

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

У статті розглядаються такі питання, як: психосоматичні захворювання шлунково-кишкового тракту (виразка шлунка, виразка дванадцятипалої кишки, запори, емоційна діарея, синдром роздратованого кишківника, виразковий коліт, хвороба Крона – рідкісне захворювання, що відноситься до групи аутоімунних, проблеми ковтання); кілька типів виразкових хворих в психоаналітичному підході (психічно здоровий виразковий хворий, зокрема – у хворого гарне Его, він вибудовує близькі стосунки зі значущими іншими. Хворі такого типу мають певну схильність до захворювання – при сильному одномоментному стресі регресують в оральний період. Хворий, якому властивий невротичний характер – обсессивна структура особистості з нав'язливістю, депресивно забарвлена. Психосоматичний – параноїчна структура особистості (дуже підозрілі), дуже залежний – симбіотичний. Окреслені можливі напрями терапевтичної роботи – творчість дає відчуття осмисленості; можливості терапії з клієнтами з емоційною діареєю; робота з агресією; глибинна терапія спрямована на сепарацію (відпустка, ліміт сесії, зачинені двері (якщо клієнт прийшов раніше - то чекає); терапія, пов'язана з проживанням відокремлення; аутогенні тренування – щоб клієнти розслабилися та могли контролювати переживання тривоги при розділенні зі значущими об'єктами; робота з глиною; робота з піском й арт-терапія.

Ключові слова: психологічне консультування, психосоматичні захворювання шлунково-кишкового тракту, хвороба Крона.

К психосоматическим заболеваниям желудочно-кишечного тракта относят следующие: язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, запоры, эмоциональная диарея, синдром раздраженного кишечника, язвенный колит, болезнь Крона, проблемы глотания, язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки. Данные заболевания относятся к психосоматическим в разделе желудочно-кишечного тракта.

У больных наблюдается изъязвление стенок желудка и кишок, голодные боли на пустой желудок. Самым надежным способом для обнаружения заболевания считается эндоскопия. Язва считается структурирующим заболеванием, как и диабет. Последующая жизнь больного будет «подчинена» язве. Язву надо будет «кормить».

В психоаналитическом подходе выделяют несколько типов язвенных больных:

1) Психически здоровый язвенный больной.

У больного хорошее эго, больной выстраивает близкие отношения со значимыми другими. Больные данного типа имеют некоторую предрасположенность к заболеванию – при сильном одномоментном стрессе регрессируют в оральный период. Дебют болезни может проявиться при потерях контактов с родственниками, при ударах судьбы. Наличие слабого звена приводит к дебюту болезни.

2) Больной, обладающий характером с неврозом.

Обсессивная структура личности с наличием навязчивостей, депрессивно окрашенная. У таких людей проявляется идея «я плохой». Переживание вины, подкрепленной обсессивностью – начинает «переваривать» себя, «съедает» себя. Неосознанная агрессия: злится, но агрессию не проявляет открыто. Злость не переходит в гнев и ярость. Больной хронически злится. Отмечаются обиды на значимых других или на большое количество незначимых. Обиды и невыраженная злость соматизируются в язвенную болезнь.

3) Психосоматический.

Параноидная структура личности (очень подозрительные). Очень зависимый – симбиотический. Все должны быть вместе. Проявляются преследования других, чтобы начали любить. Дебют язвы от отвержения: человек не верит в искренность других. Язвенниками чаще являются мужчины. Язва становится элементом безличностных отношений. В болезни большое количество вторичных выгод, которые пациент не осознает. Параноидный тип – считает, что хотят причинить ему вред (например, когда терапевт говорит про вторичные выгоды). Семейная система много делает для поддержания болезни.

Психосоматический язвенный больной – отмечается колоссальная ригидность. Наблюдается наличие психосоматического набора: сердечные симптомы, больные суставы, ревматоидные проявления.

Отмечается неустойчивый иммунитет. В анамнезе данного типа больных – травмы (переломы). У больных отмечается «бедная» творческая сфера. Наблюдается потеря жизненных смыслов или их отсутствие.

Возможные направления для терапевтической работы.

Творчество дает ощущение осмысленности. С данным типом больных хорошо работать в экзистенциальном терапевтическом подходе. Клиент столкнется с разрушением старых стереотипов мышления и поведения, с переосмыслением жизни, поиском новых смыслов. Больные – крайне нормативные клиенты: правильность должна быть во всем. Когда Мир не предоставляет правильных решений – у больных появляется сильная тревога. У данных больных, как правило, были дисциплинирующие родители: ребенок должен был испытывать «правильные» чувства, «правильно» складывать одежду. Манифестация болезни после сильного стресса. Мир «рушится» моментально – развивается язвенная симптоматика.

Отмечают пассивный и гиперактивный типы. Пассивный – грустный, субдепрессивный фон настроения. Очень зависим в отношениях. Язва может дебютировать при разводе, потере значимых отношений. На первом плане у больного стоит страх быть покинутым. Больные ищут того, кто точно их не бросит. Навязываются партнеру, создают зависимые отношения. У больных отмечается страх осуждения: страх столкнуться не с таким взглядом, с не такой реакцией. Манифестация язвы в момент разрыва высоко значимых отношений.

У данных больных – заботливая мать, которая откликается на все потребности. Ребенок не смог сепарироваться. Отмечается непрохождение эдипового комплекса, больной не почувствовал себя в конкуренции с отцом. В партнерских отношениях больной концентрируется на партнере.

Язва может дебютировать и после рождения ребенка. Партнерша у больного проявляет себя, как мамочка, очень заботливая (пришивает пуговицы, готовит, опекает).

Гиперактивный язвенный тип – тоже очень зависимый, но отвергает это. Одержим идеей, что ни в коем случае нельзя впасть в зависимость. Больной позиционирует себя, что ему никто не нужен, без всех прекрасно справляется. Потребность в других фрустрирована. Больной нацелен на успех, нужно все время чего-то достигать. За фасадом стоит большая неуверенность в себе. Хочет получить любовь и признание, но отвергает это, так как, получив, поймет, что он в этом нуждается, он от этого зависит. Развитие язвенной болезни может быть и при перегрузке человека.

Возможности терапии. У данных клиентов наблюдается большое сопротивление. Оно выступает первой мишенью терапии. Вторая мишень – тревожная агрессия или агрессивная тревожность. Тревожность – заряженное ядро эмоциональной сферы. Агрессия и тревожность – доминирующие эмоции у клиента, наименее осознаваемые (не признается, что злится и испытывает тревогу). Мужчины не должны бояться, и значит – не должны испытывать тревогу. Объектные отношения нарушены. Больной не может построить отношения партнерские. Другой должен обеспечить все потребности (как мама). Если другой исчезнет – то это очень болезненно для больного. Неспособность сообщить о том, что ему требуется. Ждет и не говорит. Язва для клиента является врагом – и он борется с ней. Язвенные больные лучше чувствуют себя после операции. (В то время, как, например, бариатрические операции приводят к тяжелейшим депрессиям. Невозможно удалить ножом психический конфликт внутри. Когда психика теряет объект – возможность отражаться в теле – все рушится. Начинается «психоз»). Соматические проявления уходят – психотические проявляются. Больным требуется семейная терапия. Учитывая нездоровые отношения с агрессией, в семье присутствует идея не проявления агрессии. Это может быть семья гипертоников. При конфронтации – близкому человеку (вызвавшему злость) становится хуже, выражающий злость сталкивается с чувством вины. Это приводит к блокировке злости у того, кто попытался выразить злость. У больных наблюдается стремление быстро все сделать, немедленно (ждет в терапии результаты быстро). Отмечаются срывы, обесценивание терапии. При терапии тяжесть состояния снижается (при соблюдении режима).

Запоры.

О запоре можно говорить, если человек ходит в уборную меньше раза в сутки. Запоры различают по гипер- и гипотипу. При гипертипе у больного - спастический кишечник. Больной жалуется на боли, интенсивные движения в области желудка. Отмечается интенсивное спазмирование кишечника, жесткий живот ниже пупка.

К гипотипу относятся атонические запоры. Все вялое, как будто никак не двигается.

Страдающих запорами относят к анальному типу. Анальная триада: бережливость, любовь к порядку, упрямство.

Родители проводили с ребенком сверхжесткий тренинг чистоты. Ребенок ходил в туалет по часам. У данных больных требовательные матери, считающие, что ребенок обязательно должен делиться своими подарками, вещами с другими. Увеличивается желание удерживать – скупость, жадность во взрослом возрасте. Формируется страх утраты в связи с тем, что в возрасте ребенка у больного все время что-то забирали. Во взрослом возрасте - выделения оттормаживаются.

Больные – люди тревожные. Тревожность идет от матери. Мать насаждает тревогу, но за проявление тревоги наказывает. Больные выглядят внешне спокойно, но внутри все напряжено. Запоры отмечаются и при депрессиях, связанных с утратой (удерживание кала). До 12 лет потеря матери – в 50 % появляется депрессия. Депрессия – удерживание всего.

Пассивно-агрессивный тип. Внешне больной соглашается с терапевтом, но потом все саботирует. Перенос материнской фигуры на терапевта (установка не сдаваться, сопротивляться). Протест, который не проявляется. Не говорит, что не хочет, не будет – просто этого не делает. У больного присутствуют переживания о том, что он грязный. Дефекация воспринимается как что-то грязное. На больных сказывается родительский невроз по поводу телесности (интенсивно мыли ребенка; дефекация связана со стыдом и виной).

Возможности терапии. Аналитическое русло с элементами арт-терапии. Символдрама: отверстие на болоте – для работы с анальными проблемами. (Часто в образе клиента появляется чудовище. Повзаимодействовать с ним, покорить – трансформируется тревожность).

Эмоциональная диарея

У больных наблюдается чувство беспомощности, интенсивные переживания страха перед родительскими фигурами. Родители больных сильно ругаются, теряют контроль. У больных отмечается чувство бессилия. Требовательные родители, но при этом комментировали, что у ребенка все равно ничего не получится. Пространство вокруг ребенка организовывали так, что он становился зависимым от родителей. Родителями транслируется ребенку, что он не может чего-то, не способен. Наказывающие родители. За неудачи – серьезно ругают.

У больных очень сильно вытеснена потребность отдавать, дарить. Отмечается зависимость, чувство беспомощности.

Родители делают подарок ребенку, а подарок ребенка, сделанный своими руками – обесценивается. Потребность ребенка отдавать – фрустрируется. Интенсивное изгнание из себя того, что дают родители (ведь кормят родители). Энкопрез на улице – способ еще и отреагировать на агрессию: доставить неудобства родителям.

Запоры – упертые индивидуумы, ни грамма не «дадут», а так как до упора все заполнено – не возьмут. В терапии с клиентами с запорами – создать пространство для выражения агрессии. Гораздо удобнее найти внешний фактор, чем обратить внимание на то, что происходит в отношениях. Обратить внимание клиента на его способ коммуникации с окружающими. Экземы, запоры детей связаны с эмоциями мамы. Направляются блокируемые чувства мамы на ребенка. Неосознаваемые, но в невербалике проявляются.

Возможности терапии с клиентами с эмоциональной диареей.

Работа со страхом – первая мишень. Поиск опоры, ресурсов (работа на понимание, ощущение клиента, что он может противостоять сильной фигуре, может защитить себя, сможет ответить). Восстановление функции отдавать – следующий этап работы. «Я взрослый, ты – взрослый (партнерские отношения, а не созависимые). Мы в отношениях равные». Поиск областей, где клиент перестает чувствовать себя беспомощным. Хвалить, так как сам клиент себя хвалить не может. Когда у

клиента появляется устойчивость, возможна трансляция посылки в терапии: «Ты получаешь, что тебе хочется – и отдаешь то, что тебе хочется». Работа со страхом.

Работа с агрессией

Родители часто блокируют агрессию ребенка. Агрессия отца приводит к диарее у ребенка. Ребенок нуждается в контейнировании, чтобы все эмоции были приняты. Ребенку невозможно размещать эмоцию в пространстве. Эмоция может уйти в тело и тогда человек уходит в соматику, либо же человек может уйти в зависимость или в психоз (адаптация незрелой личности).

Синдром раздраженного кишечника

Часто встречающееся заболевание. Меняющееся состояние: несколько дней - запор, потом начинается понос. Часто наблюдаются болевые ощущения, вздутие живота, метеоризм, кровь в стуле (длительный период запора – кал ранит слизистую). Нет четкой связи с едой. К медикаментам – отношение неясное: то помогает, то нет. Больные фиксируются на том, что «выкинет» кишечник. Колоноскопиянического патологического в организме не находит.

Среди больных с синдромом раздраженного кишечника нет единого типа личности. Часто можно проследить очень интенсивную черту личности – сверхконтроль. Больные контролируют все проявления чувств. Знают, как должен «правильно» выглядеть и вести себя человек. Если функция вышла в патологию: и себя, и других контролирует.

Мужчины заболевают чаще. Стараются быть настоящими мужчинами: быть твердыми, решительными, последнее слово должно быть за ними. Боятся потерять лицо. Выйти из роли сильного человека, показать свою слабость, уязвимость - непереносимо. Болезнь – единственное, что делает их неидеальными, и то, что они не могут контролировать – единственная и очень закрытая сфера. Чем больше контроль – тем чаще проявляют себя симптомы.

Возможности терапии. Работа направлена на принятие, все контролировать нельзя. Есть вещи, которые мы все равно не можем контролировать – и их намного больше, чем тех, что контролировать можно. Работа над истинным «Я-предъявлением». Поддерживать клиента во встречах с собой (обычно он собой не доволен). Идеальное «Я» недоступно в принципе, и свое истинное я обесценивает. Расбалансировка ведет к болезни. Рефрейминг – переименовать («не тряпка, а тонко чувствующий»).

Язвенный колит. Болезнь Крона

Заболевания очень похожи по симптоматике. Органическая основа заболевания. При болезни Крона поражены все слои стенок кишечника, в то время как при неспецифическом язвенном колите поражена слизистая кишечника. Симптомы: интенсивные болевые ощущения в области кишечника, появление крови в стуле, нестабильный стул.

Тяжелые хронические заболевания. Воспалительные процессы плохо поддаются медицинскому вмешательству.

У пациентов депрессивная структура личности. Достаточно часто у больных сплоченная семья, им практически невозможно пройти сепарацию. Границы с внешним миром, члены семьи вовлекаются друг в друга. Эмоциональная «мешанина»: члены семьи не говорят, что чувствуют, симбиоз. Не проявляют агрессивных чувств, если плохо другому – значит, плохо и самому больному. «Биомасса». Все друг за другом ходят, очень зависимы друг от друга. По сепарации две болезни отличаются. Колит–сепарация проходит поздно. Отличается сохранением симбиотической системы взаимоотношений. Болезнь Крона: больные раньше выходят из семей. Внешне симбиотически не связаны. Агрессию не проявляют.

В случаях обоих заболеваний – больным невозможно дать волю чувствам.

Нарушены сексуальные отношения. Симбиотические отношения – члены симбиоза ощущают себя, как одно целое. Если один отличается от другого – то это рождает страх, что второй может уйти, бросить. Снижено удовольствие от сексуальных отношений, оргазм пугает.

При колите отмечается очень низкая самооценка у больных. Стремятся к тому, кто будет их опекать. Дебют наблюдается при смене работы, утрате значимого объекта, невыраженной печали. Горе, заблокированные чувства печали. Сепарации нет.

Позиция родителей: кормить, чувствовать за ребенка. Мать стремится не дать ребенку возможности отличаться от нее. Она за него чувствует. Страх матери: что случится с ней, когда

ребенок уйдет. Заблокирована самостоятельность ребенка. Обострение случается часто на фоне переживания депрессивных историй: действительная или воображаемая утрата.

Утрата значимого объекта – агрессия к нему (как мог?). На тех, с кем находится в симбиозе, проявлять агрессию нельзя. Злость на себя, аутоагрессия. Важность достижения – страдания, самоедство в связи с недостижениями. Больные, страдающие болезнью Крона более скомпенсированные, ведут более самостоятельную жизнь, чем больные, страдающие неспецифическим язвенным колитом.

Возможности терапии. Глубинная терапия на сепарацию (отпуск, лимит сессии, закрытая дверь (если клиент пришел раньше – то ожидает)). Терапия, связанная с проживанием отделения. Аутогенные тренировки – чтобы клиенты расслабились, и смогли контролировать переживание тревоги при разделении со значимыми объектами. Работа с глиной, песком. Арт-терапия.

Проблемы глотания

Нарушения глотания. Обиды – выражение обид помогает. Компульсивные. С данными клиентами часто тяжело работать в терапии. Компульсивные: страхи, направленные на то, чтобы раздробить и справиться с другим страхом. Навязчивости в терапии лечатся с трудом. Комок в горле (истероидный тип). Удушье при глотании – компульсивное. Резкое глотание: во взрослом возрасте наказывали, незрелость личности. Объектные отношения могут нарушиться. Глотание воздуха (метафора) – желание максимально забрать у человека.

Гипофункция

Гастриты с пониженной кислотностью, затруднение в переваривании пищи – часто сопровождается накоплением веса. Воспитывались с посылом: «будь тише воды, ниже травы». Ребенок учится никак не проявляться, все функции замедлены, в том числе переваривание. Ничего не брать, ничего не отдавать. Депрессивная окраска. С детства не было пространства, чтобы проявлять себя. Как можно меньше места занимали, меньше шума. Очень сильно заблокирована творческая часть.

В терапии внимание на них – их это очень трогает. Вялый, малоподвижный психически, инертный тип. Остающиеся в терапии гораздо дольше других. (Единственное место, где они могут быть самими собой.) Терапия продвигается медленно. Интерпретации долго переваривают. Если смогли переварить – уляжется. Агрессия очень сильно подавлена, почти ее нет. Чтобы расщепить пищу – надо ее облить кислотой (проявить агрессию). Молчаливые обиды. Почти не свойственны агрессивные проявления. Терапевту следует говорить в обратной связи клиенту: «Здесь чувствую много злости». Работа направлена на проявление агрессии и проявление самого человека. Все проявления заблокированы.

Дискинезия желчевыводящих путей. Также психосоматическое.

Гипо-вялые протоки. Тонизируем его, даем много тонизирующих техник. Гипер (ты должен быть лучшим; не бегай, не делай, много посланий от родителей с «не») – успокаиваем.

Больные, страдающие с болезнью Крона, отличаются повышенным уровнем тревожности, которая находит свое приложение в различных сферах их жизни. Наблюдается наличие большого количества страхов: страхи о близких (о их жизни и здоровье), о развитии заболевания, о пагубных последствиях приема лекарственных препаратов (особенно гормональных и биологических: здесь и страх туберкулеза, и разрушения других органов, и страх генетических мутаций потомства), страх о будущем (что оно может принести), о возможной личностной нереализации (страх не построить семью, потерять или не найти работу, потерять партнера, не иметь потомства), страх за жизнь, страх смерти, в том числе мучительной и в одиночестве.

У людей с болезнью Крона наблюдается личностная незрелость, инфантильность. Как правило, они не сепарированы от родительской семьи. И даже в случаях отдельного проживания от родителей, эмоциональная сепарация, как правило, не происходит. Больные эмоционально очень зависят от родителей, чаще от матери.

Часто отмечается особая привязанность к матери, зависимость от нее и ее настроения. Наблюдается высокий уровень неосознавания собственных чувств. Чувство злости фрустрировано: больные не разрешают себе злиться на значимых людей, часто объясняют себе агрессию и

неблаговидное поведение другого различными уважительными причинами, не чувствуют права в выражении злости или же не верят в правильность своих чувств, сомневаются в адекватности своего виденья ситуации. При попытках выражения злости значимым объектам, отстранение и игнорирование в ответ на их проявления со стороны значимых объектов, для них непереносимы. Больным страшны любые конфликты, даже с посторонними людьми. Им легче внушать себе, что ничего обидного и некомфортного не происходит, чем честно называть происходящее своими именами, потому что в данном случае – «объявив войну, придется воевать» (слова одной клиентки с болезнью Крона) – а к этому больные не готовы. При конфликтах с окружающими больные испытывают блокирующий и парализующий страхи.

Отмечается, что чем глубже и серьезнее проявила себя болезнь (чем серьезнее диагноз) – тем большая неосознанность собственных чувств у больных.

У больных наблюдается плохой контакт с собственными чувствами. Наблюдается зацикленность на болезни, симптоматике, обидах, самобичевание и самоедство. И в то же время низкий интерес к своей внутренней жизни (широкому спектру чувств не дается места). Наблюдается нестабильность эмоционального состояния, так называемые «эмоциональные качели»: иногда больные чувствуют надежду и веру в светлое будущее, иногда погружаются в депрессию и самоедство, в чувство беспомощности и жаления себя. Состояния сменяют друг друга.

Молодые девушки, заболевшие болезнью Крона, часто не готовы к детям, боятся передать болезнь по наследству, генетических мутаций, не чувствуют себя взрослыми для рождения потомства.

У больных часто наблюдаются ипохондрические страхи (канцерофобия, страх туберкулеза, болезни Паркинсона...). В некоторых случаях ипохондрия у больных началась после утраты близкого человека от смертельного заболевания или от старости. Тяжелый и мучительный уход близкого человека также часто остается непрожитым и рождает ипохондрические мысли.

Больные имеют низкую самооценку, не разрешают себе иметь желаемое (боятся рискнуть работать там, где хотелось бы, заниматься любимым делом, путешествовать...). Прослеживается параллель в невозможности есть любимые продукты (из-за диет, которые вынуждены держать больные в связи с болезнью) и невозможностью реализовывать себя в полной мере желаемым образом: больные из-за болезни вынуждены отказываться от множества продуктов питания, в том числе от любимых (если они позволяют себе любимый продукт который чаще всего из-за болезни становится для них запрещенным, то после этого следует наказание – обострение), так и с любимыми и желанными «вещами» (хобби, отношения, успех в желаемой профессии, обучение профессии мечты) – болезнь сковывает их, не дает им возможности свободно выбирать и действовать, обретать желаемое в различных областях, проявлять себя.

Помощниками болезни здесь выступают страхи, в том числе порождаемые симптоматикой. Круг замыкается: сепарации от родных не происходит, и больной все больше и больше погружается в зависимость. Некоторые больные говорят о желании успеха (а при успехе нужно быть видимыми), но страх быть видимыми останавливает больных – они чувствуют себя очень небезопасно и уязвленно – и избегают проявлений себя, активных движений к желаемому, оставаясь в безопасности – дома, где близкие обеспечивают и ухаживают. Обретению желаемого, по мнению больных, мешает болезнь и связанные с ней страхи, в то время как нам представляется, что этому мешают глубинные неосознаваемые внутренние конфликты, последствия травматического опыта, и болезнь является не источником проблем, а скорее «стражником у ворот» перед самостоятельной жизнью людей с болезнью Крона, или помощником для реализации неосознанных глубинных потребностей больных.

Многие больные испытывают глубинное одиночество, порой неосознаваемое. Больные – мнительные, легко внушаемые, ведомые люди.

У больных не построены внутренние опоры, наблюдается тенденция к опорам на внешние объекты. Кто-то из родителей (или оба) – часто очень эмоциональный – и часто это мать. С такой матерью очень трудно простраивать внутренний стержень, собственное «Я», в ней нет стабильности. Часто в семьях больных у кого-либо из родственников наблюдаются другие аутоиммунные заболевания и алкоголизм.

Больные, страдающие болезнью Крона часто очень ответственные, отличники,

перфекціоністи. Пред'являють к себе високі вимоги, вважають, що недостатньо хороші в різних областях (у кожного свій список). Не присвоюють собі свої досягнення і таланти, обесценивають їх. Наблюдается особиста ригідність. Проявляють мазохістическі тенденції і часто виступають в ролі жертви (в стосунку з партнером, незадоволеність і замалчування її на роботі, проглатування образ і злості на інших). Больні, страждаючі болістю Крона в більшості своїй дуже чутливі люди, часто одарені творчими талантами. Часто відчувають сором і вина (за залежне становище, неможливість «расторгошити» себе для активних дій, нереалізованість в професії і особистому житті, відчуття себе обузою для близьких).

Больним складно говорити «Ні», вони відчувають страх реакції співрозмовника і сильне відчуття вини. Уникають конфліктів (конфлікти дуже лякають), в конфліктах замикаються і відчувають страх. Деякі больні спостерігали в дитинстві драки і емоційні пояснення стосунків батьків, пережили страх за життя матері і свою власну – і тепер конфлікти для них непереносимі. В деяких випадках злість больних заблокувалася вихованням – або злість була неприйнятною, або батько (батьки) виходив з контакту і ігнорировав, винив за проявлення негативних відчуттів. Больні замалчують, проглатують негативні відчуття, мало їх виражають або не виражають взагалі. Часто відчувають внутрішнє напруження (дома, на роботі, в спілкуванні). В сім'ях больних – стосунки закриті, багато відчуттів і думки не звучать відкрито, не проговорюються. В спілкуванні больних з членами сім'ї відзначається емоційне зараження, больні дуже піддані впливу на їх стан іншого людини, особливо значущого об'єкта. Больні дуже чутливі люди, вони звикли не довіряти собі, а орієнтуватися на зовнішнє, звикли підстрахуватися до емоційно нестабільним близьким (частіше всього до батьків) з метою бути прийнятими або ж з метою вижити в емоційно нездоровій обстановці сім'ї, чутко слідкуючи за можливими ризиками і небезпеками, все час внутрішньо контролюючи обстановку. З емоційно нестійкими батьками (а батьки больних як правило емоційно нестійкі люди) у больних не було можливості побудувати внутрішні опори (внутрішній стержень), а взаємозалежна середовище, в якій вони живуть, не дозволяє їм (за рідким виключенням) побудувати свій власний стержень, стають психічно зрілими і отримують внутрішню цілісність (навіть відоклившись від батьків, емоційна залежність від них зберігається (іноді тільки від одного батька, частіше матері), в доданок до цього, деякі больні створюють свої сім'ї – також взаємозалежні). Больні – нелюбимі люди, маючі в своєму досвіді переживання покинутості батьками, відчуття глибокого самотності і сильнішого страждання в зв'язі з цим.

Использованная литература

1. Дэвид П. Селани. Иллюзия любви. Почему женщина возвращается к своему обидчику. - М: Независимая фирма «Класс», 2013. - 262 с.
2. Халиф И. Л., Лоранская И. Д. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона): клиника, диагностика и лечение. — М.: Миклош, 2014. — 88 с.
3. Старшенбаум Г. В. Психосоматика: Руководство по диагностике и самопомощи. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2014. - 252 с.
4. Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия. Исцеление души и тела. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. - 350 с.

References

1. Devid P. Selani. Illyuziya lyubvi. Pochemu zhenschina vozvraschaetsya k svoemu obidchiku. - M: Nezavisimaya firma «Klass», 2013. - 262 s.
2. Halif I. L., Loranskaya I. D. Vospalitelnyie zabolovaniya kishchnika (nespetsificheskii yazvennyiy kolit i bolezni Krona): klinika, diagnostika i lechenie. — M.: Miklosh, 2014. — 88 s.
3. Starshenbaum G. V. Psihosomatika: Rukovodstvo po diagnostike i samopomoschi. - Rostov-na-Donu: Feniks, 2014. - 252 s.
4. Starshenbaum G. V. Psihosomatika i psihoterapiya. Istselenie dushi i tela. - Rostov-na-Donu: Feniks, 2015. - 350 s.

Демченко Н. Ю. Особенности психологического консультирования при соматических заболеваниях

В данной статье рассматриваются такие вопросы, как: психосоматические заболевания желудочно-кишечного тракта (язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, запоры, эмоциональная диарея, синдром раздраженного кишечника, язвенный колит, болезнь Крона - редкое заболевание, относящееся к группе аутоиммунных, проблемы глотания); несколько типов язвенных больных в психоаналитическом подходе (психически здоровый язвенный больной - у больного хорошее эго, больной выстраивает близкие отношения со значимыми другими, больные данного типа имеют некоторую предрасположенность к заболеванию – при сильном одномоментном стрессе регрессируют в оральный период; больной, обладающий характером с неврозом – обсессивная структура личности с наличием навязчивостей, депрессивно окрашенная; психосоматический – параноидная структура личности (очень подозрительные), очень зависимый – симбиотический); возможные направления для терапевтической работы (творчество дает ощущение осмысленности; возможности терапии с клиентами с эмоциональной диареей; работа с агрессией; глубинная терапия на сепарацию (отпуск, лимит сессии, закрытая дверь (если клиент пришел раньше – то ожидает); терапия, связанная с проживанием отделения; аутогенные тренировки – чтобы клиенты расслабились, и смогли контролировать переживание тревоги при разделении со значимыми объектами; работа с глиной; работа с песком и арт-терапия.

Ключевые слова: психологическое консультирование, психосоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, болезнь Крона.

Demchenko N. Yu. Features of psychological counseling in case of somatic diseases

In this article are considered such issues as: psychosomatic diseases of the gastrointestinal tract (gastric ulcer, duodenal ulcer, constipations, emotional diarrhea, irritable bowel syndrome, ulcerative colitis, Crohn's disease which is a rare disease belonging to the group of autoimmune, swallowing problems); few types of ulcerative patients in the psychoanalytic approach (mentally healthy ulcer patient is the patient who has a good ego, the patient builds close relationships with significant others, patients of this type have some predisposition to the disease – due to strong one-stage stress they regress into the oral period; a patient with a neurotic character is a obsessive personality structure with the presence of obsessions, depressively colored; psychosomatic patient is a paranoid personality structure (very suspicious), very dependent – symbiotic); possible directions for therapeutic work (creativity gives a sensation of meaning; the possibilities of therapy with clients with emotional diarrhea; work with aggression, deep therapy for separation (leave, session limit, closed door (if a client comes earlier, then he should wait); therapy associated with living of the department; autogenic training in order to make the clients relaxed and in order they could control their anxiety during sharing with significant objects; work with clay, work with sand and art therapy.

Keywords: psychological counseling, psychosomatic diseases of the gastrointestinal tract, Crohn's disease.

Стаття надійшла до редакції 14.11.2017 р.

Статтю прийнято до друку 16.11.2017 р.

Рецензент д. псих. наук Мартиненко І.В.

УДК: 373.2:159-051:81:376

Михальська С.А.

**ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ ПСИХОЛОГА
З ДОШКІЛЬНИКАМИ З МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ**

У статті розглядається проблема організації та змісту психологічної роботи із дітьми з мовленнєвими порушеннями. Здійснено аналіз взаємозалежності між мовленнєвим та психічним розвитком дитини. Проаналізовано методи психологічної допомоги з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей дітей з мовленнєвими порушеннями. Зазначено, що організація корекційної роботи з дітьми-логопатами потребує певної системи, оскільки у них наявні і психологічні проблеми. Обґрунтована необхідність надання психологічної допомоги дітям з мовленнєвими порушеннями. Визначено рекомендації щодо планування роботи психологів у процесі корекційно-розвиткової роботи, що стимулюватиме мовленнєвий і особистісний розвиток дитини. Констатовано, що зміст роботи психолога має бути узгоджений з програмою дошкільного навчального закладу, перспективним і календарним планами роботи вихователя та логопеда, послідовністю корекційного впливу.

Ключові слова: дитина, психолог, мовлення, мовленнєві порушення, психологічна корекція.