

**Галина Католик**

*Кафедра психології та психотерапії,  
Факультет наук про здоров'я,  
Український католицький університет,  
м. Львів*

**Маріанна Компанович**

*Кафедра психології та психотерапії,  
Факультет наук про здоров'я,  
Український католицький університет,  
м. Львів*

## **СИНДРОМ ГОСПІТАЛІЗМУ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ: ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Синдром госпіталізму – це сукупність психічних та соматичних порушень розвитку, що виникають унаслідок депривації, яка є реакцією на тривале або ж систематичне перебування в лікувальних закладах. В основі є «випадання» із звичного для підлітка середовища функціонування – домашнього та шкільного просторів, що спричиняє порушення спонтанних міжособистісних контактів з близькими та однолітками, призводить до розчарування, втрати відчуття власної значимості, що у свою чергу загострює дефективні патерни, як наслідок фрустрації та зниження самооцінки<sup>1</sup>.

Поняття «госпіталізм» виходить із психоаналітичного підходу, вперше вжите Р. Шульцом у дослідженні дитячих дисфункцій і наслідків перебування на стаціонарному лікуванні. Синдром госпіталізму в різних контекстах є предметом наукового вивчення таких вітчизняних та закордонних дослідників: Є. С. Шухова, Н. І. Бурмустрова, Н. І. Веселова, Н. Г. Веселова, Н. Д. Лакосіної, Г. Т. Ушакова, Р. Кінцевого, Г. В. П'яткова, Є. В. Шухова, В. Брайтінгама, П. Крістіана.

---

<sup>1</sup> Н. І. Коцур, Л. С. Гармаш. *Психогігієна*: навч. посіб. Чернівці: Книга 2006, с. 210-287; Г. В. Лещук. Синдром госпіталізму як наслідок труднощів процесу соціалізації // *Соціальна робота і соціальна педагогіка: виклики сьогодення*. 2016, с. 143-148; Г. О. Хомич. Невротичні зрушення у дітей як наслідок переживання тривалої соціально-психологічної депривації // *Гуманітарний вісник*. Переяслав-Хмельницький, ДПІ ім. Г. С. Сковороди. Вип. 2, с. 139-146.

За результатами наших досліджень наслідками синдрому госпіталізму у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями є:

- переключення уваги з міжособистісних стосунків у сферу навчання: підлітки із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями внаслідок перебування у стаціонарі «випадають» із середовища однолітків, компенсуючи це хаотичним зануренням у навчання;
- фрустрація внаслідок дезадаптації, яка проявляється у досліджуваних підлітків загостренням депресивних настроїв та невротизації через захворювання, що веде до зниження самооцінки, вони важко включаються у навчальний процес після повернення зі стаціонару;
- компенсаторні прояви синдрому госпіталізму подано на рис. 1.

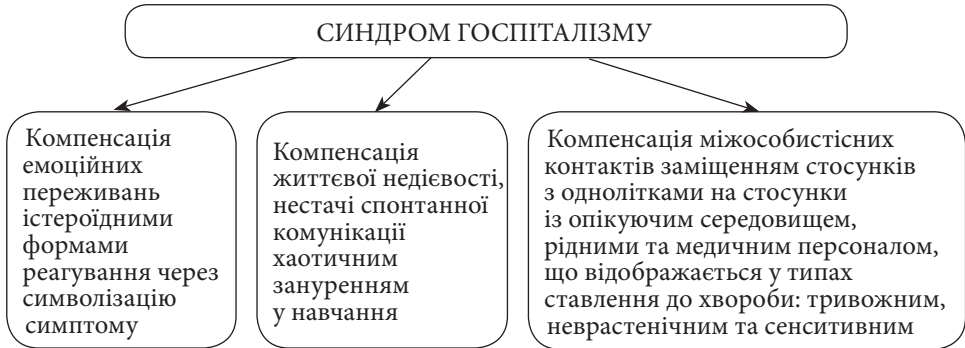


Рис 1. Компенсаторні прояви синдрому госпіталізму

На думку Л. В. Щеглової, існують неврози органів, які вона розглядає в контексті психосоматичних розладів, називаючи їх відносно ізольованими, функціональними порушеннями окремих органів або ж «функціональними синдромами». Класично вони поділяються на кардіо- і ангіоневрози, ахалазію (кардіоспазм). Наводячи приклади цих розладів, Л. В. Щеглова зазначає, що при кардіоневрозі кардіофобії проявляються поряд з кардіалгіями, явищами гіпервентиляції та порушеннями серцевого ритму. Кардіофобії пацієнти описують як страх зупинки серця або ж страх серцевого нападу. Дослідниця також описує більш генералізовані тривожні розлади, які здебільшого супроводжуються панічними атаками і страхом смерті<sup>2</sup>.

Зазначимо, що у пубертаті психогенез психосоматичних розладів характеризується особливою складністю з огляду на системні процеси змін в орга-

<sup>2</sup> Л. В. Щеглова. О функциональных заболеваниях сердца у лиц молодого возраста // *Сов. Медицина*. № 11 1989. с. 58.

нізмі. Реакцією у цьому віці на фруструючі та психотравмуючі події найчастіше є різного типу психосоматичні симптоми і синдроми, що є предикатами соматичних розладів. За В. В. Ковальовим<sup>3</sup>, вік стає окремим фактором патогенезу, який формує як функціональні психічні симптоматичні системи, так і клінічні моделі самих психосоматичних розладів.

Синдром госпіталізму у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями проявляється континуумом психоемоційних станів: депресивністю, фрустрацією, невротизацією, емоційною лабільністю (рис. 2).

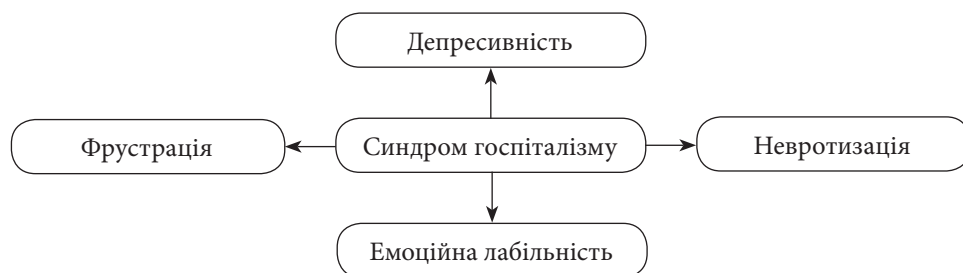


Рис. 2. Загострення психоемоційних станів внаслідок синдрому госпіталізму у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями

Часто первинно в основі психосоматичних серцево-судинних захворювань у підлітків лежать депресивні порушення. Ці порушення, як правило, задіяні у побудові клінічної картини психопатологічного стану. Так, наприклад, вегетативно-дистонічні серцево-судинні розлади формуються на тлі змін пубертатних структур та паралельно із дозріванням кардіоваскулярної системи. Ці порушення у даному віці, інтегруючись здебільшого з іншими, раніше сформованими (шлунково-кишковими, шкірними) або паралельно утвореними (руховими, алергічними, ендокринними) психосоматичними розладами, вирізняються короткочасністю та неінтенсивною вираженістю. Найчастіше їх класифікують як психосоматичні реакції. Перебіг психосоматичних серцево-судинних функціональних патологій бачиться фахівцями як поступове наростання та посилення симптоматики, що відбувається паралельно з укоріненням деструктивних форм реагування центральної нервової системи через наростання симптоматики розладів і формуванням лабільно-депресивного настрою<sup>4</sup>. За час перебування у стаціонарі у досліджуваних підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями виявлено астенічні,

<sup>3</sup> Я. Л. Обухов. Глубинно-психологические подходы в психотерапии психосоматических заболеваний: методические рекомендации // Вісник психологічного здоров'я 2 (1999) 33-34.

<sup>4</sup> Н. І. Коцур, Л. С. Гармаш. Психогігієна: навч. посібн., с. 12.

тривожні та астено-невротичні прояви депресії, що значною мірою визначають патогенез функціональних серцево-судинних розладів.

*Астенічна депресія* проявляється гіпотимією, що може мати різні інтенсивності прояву та характеризується низькою активністю хворих підлітків, починаючи від ранкового пробудження. Вона може проявлятися також нездатністю витримувати фізичні та психічні напруження: це можуть бути відчуття прохолоди або спеки, галас або звуки певних регістрів, яскраве освітлення. В результаті такої форми реагування може виникнути чи посилитись головний біль, загальна слабкість, тахікардія або ж відчуття поколювання в серці тощо. У такому випадку підлітки часто детально рефлектують власні тілесні відчуття, нарікають на постійну втому і слабкість, пояснюючи собі та іншим це проявами серцевої патології. При цьому вони проявляють недовіру до думок близького оточення та лікарів.

У свою чергу *тривожна депресія* проявляється у вигляді апатії та супроводжується відчуттями тривоги, стурбованості, часто фобіями стосовно власного життя і життя рідних та близьких. Такі стани виникають, як правило, в другій половині дня та наростають ближче до ночі. У процесі спостереження за цими підлітками дослідники зазначають, що у них мінливий настрій, який може змінюватись через дріб'язкові події або розмови. У них часто саме під час негативних емоцій виявляються різні прояви серцево-судинних розладів: первинно це коливання артеріального тиску, аритмії, тахікардії, що нерідко супроводжуються головним болем. Їхні скарги стосуються здебільшого нудьгування, переживання смутку, тривоги, екзистенційних фобій, серцевої діяльності. Спостерігається нав'язливий стан остраху та перестороги щодо неминучого погіршення самопочуття<sup>5</sup>.

Також у цієї категорії пацієнтів спостерігаються виражені фобічні стани при засинанні, тривалому та виснажливому. Спостерігається систематичне порушення сну та часті пробудження, через що депресія перебуває в редукованому вигляді. Такі підлітки скаржаться на смуток, тугу, відсутність настрою, апатію. Цікавим є той факт, що поганий настрій вони не пов'язують з серцевими розладами.

А от характерними якостями *астено-тривожної депресії* є гіпотимія з астенічними проявами, яка проявляється втомливістю, швидкою виснажливістю, постійною млявістю, надмірною чуттєвістю до найменших подразників. Такі підлітки довго не можуть заснути, тому засинають пізно та сплять

<sup>5</sup> І. С. Вітенко. Зміни психіки при соматичних розладах – актуальна проблема медичної психології // *Медична освіта* 1 (1999) 48-50; Я. Л. Обухов. *Глубинно-психологические подходы в психотерапии психосоматических заболеваний: методические рекомендации*; Г. И. Рольник. Роль психологічного налаштування у розвитку серцево-судинних захворювань // *Мед. аспекти здоров.* 8 (2011) 70-74.

поверхнево, не відновлюючись під час сну та не відчуваючи бадьорості після пробудження. Це є однією з причин швидкої стомлюваності після прокидання<sup>6</sup> (рис. 3).



Рис. 3. Прояви депресій у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями

Підліткам із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями властива невротизація особистості, що характеризується страхами, соматовегетативними (енурез, нудота) і руховими розладами (різке запаморочення та втрата координації, відчуття тремору та затерпання у руках, тремор у всьому тілі).

До факторів, що впливають на невротизацію підлітків, відносяться конфлікти (внутрішні та зовнішні), емоційне перенапруження, психотравмуючі переживання задовго до серцево-судинного захворювання та депривація внаслідок госпіталізації. Звісно, форми відреагування залежать від особистісних особливостей нервової системи підлітка, тобто її лабільності<sup>7</sup>.

Симптоми невротизації особистості можуть бути психічні та соматичні. Розглянемо ті, що особливо гостро маніфестують реагування на госпіталізацію підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями.

<sup>6</sup> І. С. Вітенко. Зміни психіки при соматичних розладах – актуальна проблема медичної психології.

<sup>7</sup> А. Лэнгле. *Эмоции и экзистенция*. Х.: Изд-во Гуманитарный Центр 2011, с. 208-211; Я. Л. Обухов. Глубинно-психологические подходы в психотерапии психосоматических заболеваний: методические рекомендации; Г. И. Рольник. Роль психологического налаштування у розвитку серцево-судинних захворювань; К. Czubalski. Psychologiczne i psychosomatyczne aspekty chorób serca // *Psychologia lekarska* / К. Czubalski, М. Jarosz (red.). Warszawa: PZWL 1988, s. 452-459.

До психічних належать: емоційне напруження та вразливість через безпідставні нав'язливі думки; розвиток фобій; хронічна втома та стомлюваність, погіршення пам'яті, зниження концентрації уваги; дратівливість навіть на незначні подразники (яскраве світло, голосні звуки, перепади температур); завищена або ж знижена самооцінка, що виникає через комунікативні дефіцити та «комплекси неповноцінності», різкі коливання настрою.

До соматичних ознак можна віднести: різкий біль в серці, серцеву неврастенію; тремор рук; часте сечовиділення; сонливість вдень та безсоння вночі; різні види порушення апетиту; втрату свідомості; надмірне потовиділення; можливі кошмари; безпідставні переживання за здоров'я. Унаслідок клінічного інтерв'ювання досліджуваних підлітків можемо дійти висновку, що їм властиві, окрім фіксованого діагнозу, скарги на такі соматичні прояви: монотонний біль у серці, гострий серцевий спазм, головний біль, різке запаморочення, постійний дискомфорт у грудній клітці, відчуття тремору та затерпання у руках, тремор у всьому тілі. Вони, як правило, загострюються або виникають в умовах госпіталізації (рис. 4).

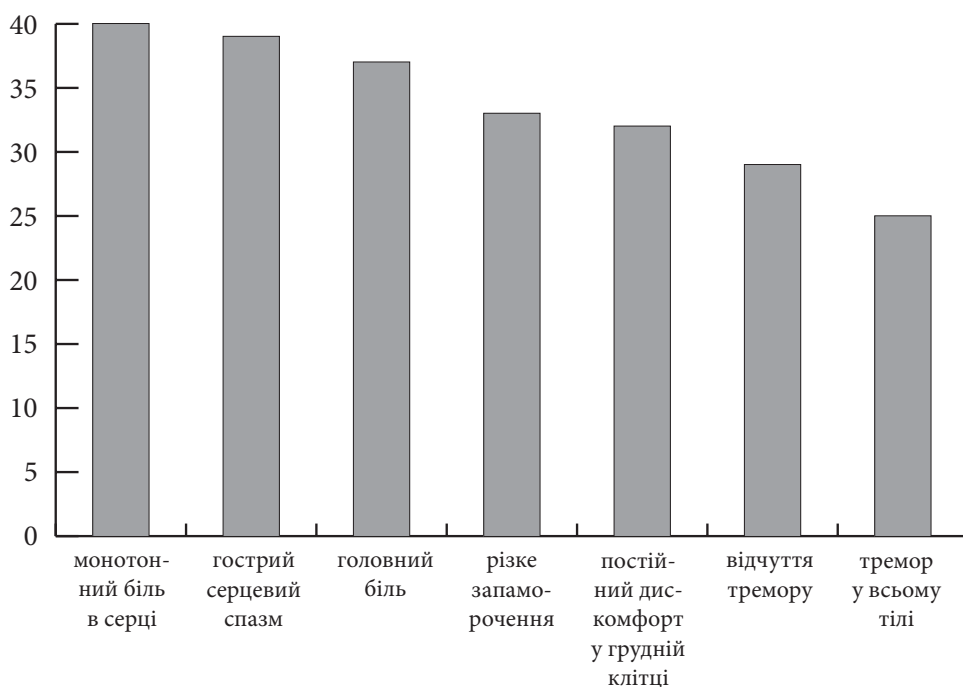


Рис. 4. Соматичні форми реагування на синдром госпіталізму у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями

Значну роль у формуванні синдрому госпіталізму у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями відіграють проблеми батьківської опіки. Так, надмірно турботливі батьки пригнічують його активність. А при потраплянні підлітка до стаціонару гіперопіка посилюється. Це проявляється, як приклад, у нав'язуванні власних інтересів, відсутності толерування цінностей власної дитини, «інакшості» її поглядів, ізоляції від вирішення життєвих проблем, здебільшого завищених очікувань щодо шкільних успіхів. Відповідно до таких умов та вимог середовища існує простір для комплексу меншовартості, невпевненості в своїх силах, неспіввідповідності, нерішучості. Часто внаслідок цього ускладнюється адаптація та комунікація з однолітками. Така ситуація врешті-решт призводить до невротизації. Протилежною є модель виховання, коли підліток через захворювання стає кумиром сім'ї. Він не знає жодних обмежень, захоплюється незначними або ж мізерними власними досягненнями та перемогами. При цьому всі його бажання дорослі негайно задовольняють, таким чином не створюються умови для долання фруструючих станів та ситуацій. Наслідком цього є відсутність у нього цілеспрямованості, патернів долаючої поведінки, самоконтролю й інших якостей, необхідних для позитивної комунікації та побудови сталих стосунків з оточуючими. Це призводить до нездатності особистості долати ситуації, відповідні вікові, що спричиняє втечу у хворобу та втрату відчуття свого соматичного Я<sup>8</sup>.

Емоційна лабільність виявляється нестійкими коливаннями настрою, підвищеною збудливістю, дратівливістю, що лежить в основі депресивних та невротичних реакцій. У підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями проявляється як особистісна властивість, ключова в генезі психосоматичних розладів, значною мірою маніфестує як реакція на захворювання в цілому та зокрема на госпіталізацію як додатково травмуючий чинник. Результати співвідношення лабільності емоційних переживань за ознаками депресивності та невротизації у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями подано на рис. 5.

За результатами опрацювання методики малюнка людини виявлено певні емоційні особливості підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями: високий рівень емоційного напруження, що констатує готовність до негативного та несприятливого розвитку життєвих ситуацій з кореляцією відчуття до нав'язливого дискомфорту, тривоги й страху.

---

<sup>8</sup> Г. Аммон. *Психосоматическая терапия*. СПб.: Речь 2000, с. 132; Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис. *Психология и психотерапия семьи*. СПб.: Питер 2001, с. 56-89; Н. І. Коцур, Л. С. Гармаш. *Психогігієна*: навч. посіб.; Г. В. Лещук. Синдром госпіталізму як наслідок труднощів процесу соціалізації.

Цей стан також характеризується нестабільним та негативним емоційним сприйняттям поведінки та нестійкою мотиваційною сферою. Ці явища спричиняють спад ефективності загальної життєдіяльності та можуть вести до її повної неспроможності. Досліджувані характеризуються високим рівнем тривожності, більшою схильністю до ригідності та негативізму.

За результатами методики Айзенка ЕРІ можемо дійти висновків: у досліджуваних підлітків характерний вищий рівень невротизму, що свідчить про тривожність, мінливість настрою, погану адаптацію до оточення, стурбованість, відчуття провини, імпульсивність, нестійкість уваги, депресивність. Переживаючи гострі, стресові події, ці підлітки схильні поводитись неорганізовано, стосунки з оточенням в них нерівні, інтереси нестійкі та часто змінюються. Для них також, як правило, характерні почуття невпевненості, дратівливості, надмірної вразливості. Як наслідок, такі підлітки часто схильні неадекватно реагувати на подразники, при цьому можуть мати нав'язливі думки. В них спостерігається швидка стомлюваність, відтак існує висока потреба підтримки та схвалення оточуючих. Досліджувані підлітки здебільшого є інтровертними та характеризуються як спокійні, віддалені від усіх, окрім близького оточення; планують свої дії; надають перевагу впорядкованості в житті та власній когнітивній та емоційній сферах й, відповідно, утримують свої почуття під суворим контролем.

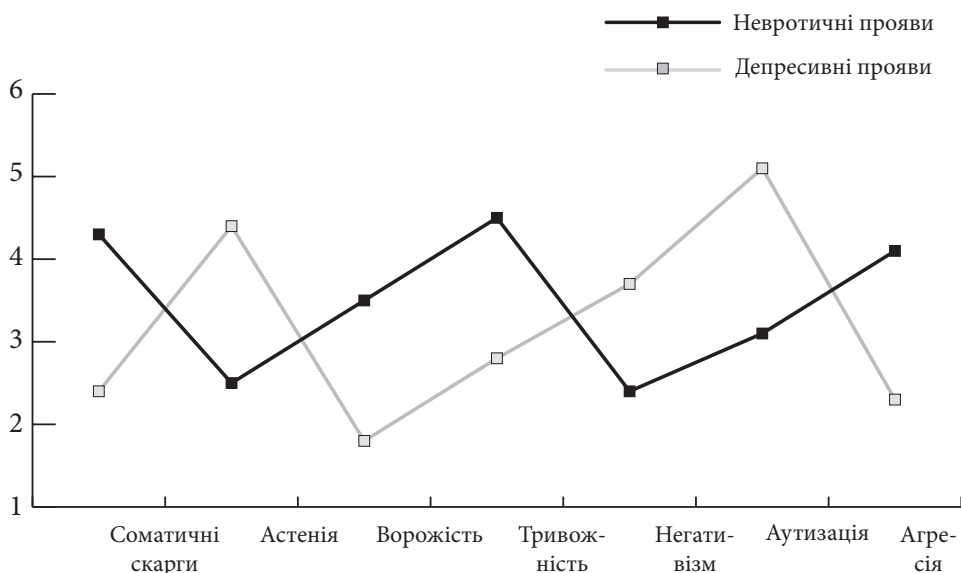


Рис 5. Депресивні та невротичні прояви емоційної лабільності у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями



Можемо простежувати прояви емоційної лабільності як результат відрегування на захворювання та госпіталізацію. Серед типів ставлення до хвороби у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями, діагнованих за методикою «Типи ставлення до хвороби» (ЛОБІ), переважає тривожний, неврастенічний та сенситивний (рис. 6).

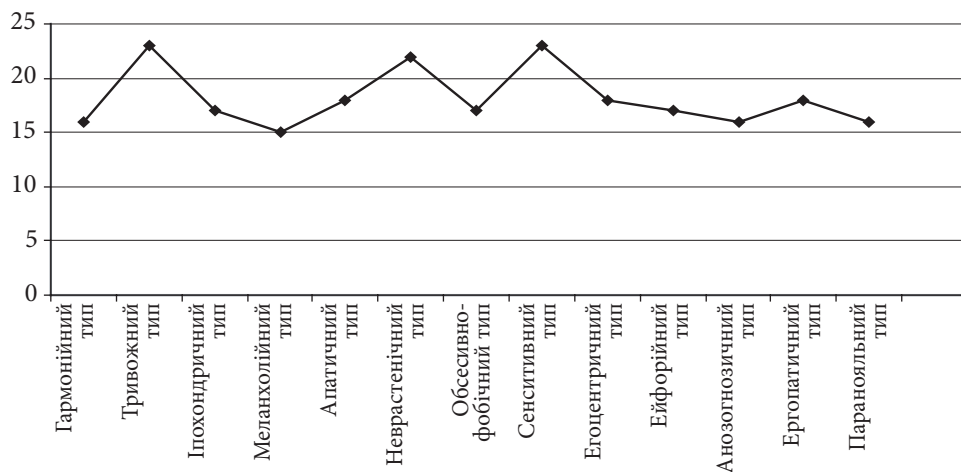


Рис. 6. Типи ставлення до хвороби у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями

Підлітки із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями часто відчують фрустрацію через повторні форми госпіталізації внаслідок адаптації до умов стаціонару, а після виходу з медичної установи зазнають повторної фрустрації в адаптації до шкільного простору і налагодженні стосунків з однолітками. Спричинене це, як правило, віковою детермінантою, оскільки підліткам важко обговорювати незручні теми, вони відчують зніченість здорових однолітків, які не знають, як реагувати, натомість підлітки із досвідом госпіталізації несвідомо очікують на співчуття та жалість, з приводу чого мають травмуючий досвід (рис. 7).

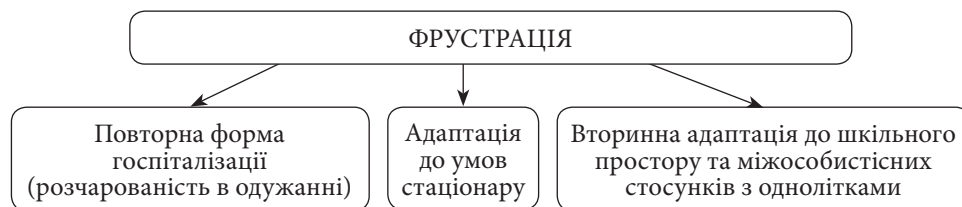


Рис. 7. Прояви фрустрації як наслідок синдрому госпіталізму.

Психологічна допомога підліткам із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями значною мірою скерована на подолання синдрому госпіталізму, тому що внаслідок госпіталізації тригуються ключові, часто латентні, особистісні властивості в генезі захворювання (рис. 8).



Рис. 8. Способи психологічної допомоги

У підлітковому віці при психосоматичних серцево-судинних захворюваннях доцільним є використання методів особистісно-орієнтованої, сімейної та групової психологічної допомоги. Також великі можливості психологічної допомоги створюють методи та методики творчої взаємодії. Необмежені можливості цього методу полягають у формуванні до «цілісної» особистості, поглибленні відчуттів самоідентичності і рефлексивно-емпатійних здібностей, активній залученості підлітка до процесу психокорекції. Засоби можуть бути різними: малювання, ліплення, танець, технічна, поетична і прозова творчість, групові рефлексії, епістолярій. Вибір методів великою мірою залежатиме від особливостей корекційного запиту і віку. Необхідно побудувати соціальну площину для визначення та апробації індивідуальних здібностей, спрямувати ці звичні заняття в психотерапевтичне русло, тому що потенційно багатий психокорекційний метод часто редукується до елементарних спроб зацікавити хворих підлітків.

Коли в основі синдрому госпіталізму підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями лежать пригнічені або витіснені комплекси, потяги, переживання, доцільно використовувати психоаналітичний

підхід. Слід зважати на процедури психоаналітичної терапії, а на додаток – загальнометодичний підхід до розуміння і інтерпретації розладу в цілому і його окремих проявів, використання елементів психоаналітичної техніки. Їх можна застосовувати в комплексі з релаксацією в індивідуальній і груповій роботі<sup>9</sup>.

Використання у психокорекції елементів раціонально орієнтованої психотерапії передбачає вплив на психіку підлітка з метою зміни неадекватних уявлень про захворювання та його важкість. Основними напрямками цієї допомоги можна вважати створення разом з хворим підлітком життєвих настанов, відповідних ситуацій з використанням логічного переконання і лікувального перевиховання. Створенню необхідних настанов передують формування коректних уявлень клієнта про свій стан. У цьому контексті необхідно протестувати його комунікативні простори та соціальне середовище, визначити афективні досвіди. Якісному порозумінню з іншими та адекватному реагуванню допомагають заздалегідь складені підлітками наративи, а також фантазійні оповіді щодо побутової або фантастичної тематики. У процесі терапії пропонуються також різні види моделювання ситуацій самими підлітками або запропоновані підліткам. Це можуть бути незавершені наративи, а саме їхнє завершення дає змогу подолати конфліктні ситуації відповідно до набутого життєвого досвіду. Такий метод передбачає зустріч з реальністю, подолання у безпечний спосіб певних труднощів у її пережитті та полегшує розуміння власних можливостей. Вирішенню життєвих проблем і поліпшенню адаптації сприяє візуалізація, перебування у психотерапевтичному просторі та рольове відтворення цієї історії. Індивідуальна психотерапія підлітків чи психокорекція проблемних властивостей повинна проводитися одночасно з психокорекцією чи психоедукацією дитячо-батьківських стосунків<sup>10</sup>.

Поведінковий напрям допомоги спрямований на виправлення травматичного досвіду госпіталізації через форми поведінки. Його теоретичною базою є знання про умовно рефлексивну діяльність, що є основою процесів навчання. Багаточисельні методики поведінкової терапії зорієнтовані на використання зовнішніх дій задля підкріплення конструктивних або пригнічення деструктивних форм поведінки. У поведінці хворих підлітків виділятимуться певні патерни, які, відповідно до мети терапії, будуть заохочуватися або пригнічуватися. Створюватиметься оптимальна програма і організуватиметься потрібна ситуація, в якій найбільш вірогідне досягнення бажаної модифікації поведінки. Цьому також сприяє моніторинг і самомоніторинг

---

<sup>9</sup> А. Лэнгле. *Эмоции и экзистенция*.

<sup>10</sup> Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис. *Психология и психотерапия семьи*, с. 222-254.

поведінки підлітка. Підкріпленням роботи може бути прояв зацікавленості дорослого, заохочення, похвали, матеріальні форми винагороди або оцінка, наприклад, як у школі – у вигляді балів. Деструктивна поведінка підлітка завдяки певним технікам та методикам супроводжуватиметься відсутністю підкріплення або ж ігноруванням дій. При застосуванні покарання слід враховувати його деструктивні сторони – паніку чи образу підлітка, що можуть формувати негативне перенесення на особу, яка його впроваджує<sup>11</sup>.

Сім'я відіграє ключову роль у формуванні такого психосоматичного явища, як конверсія, та індивідуальних рис особистості (тип акцентуації характеру, спектр емоційного відреагування, інфантильність, алекситимія), також може сприяти нівелюванню здатності до адекватного сприйняття стресів (розлади стресостійкості), глибокому переживанню фрустрації до втрати об'єкта прив'язаності із формуванням внутрішніх заборон на емоційне реагування, як результат – схильності до соматизації. Багато психоаналітиків вважають, що психологічними детермінантами, які беруть участь в генезі психосоматичних розладів, найчастіше є сімейне оточення, пережиті ранні досвіди розлуки, некомпенсовані фрустрації та ранні травматичні досвіди.

Для сімей, котрі сприяють виникненню у підлітків психосоматичних реакцій, характерні спільні риси: втручання в особистий простір, гіперопіка, особливо, що стосується ставлення до здоров'я дитини, відсутність поведінкової та психологічної гнучкості із сталою тенденцією до збереження незмінного стану сім'ї; невміння вирішувати конфлікти, що залежні від деструктивних взаємодій і призводять до соціальної дезадаптації. Ще однією ознакою є схильність до унікаючої поведінки, коли сім'я зіштовхується з труднощами, що детермінує та провокує загострення захворювання<sup>12</sup>.

Психотерапія та психокорекція сімейних стосунків починається з сімейної діагностики (бесіди, спостереження), у процесі якої з батьками хворої дитини обговорюється перспектива та узгоджується план корекції родинних стосунків, а також спільних сесій підлітка і батьків. Напрямок допомоги визначається змістом родинного простору та зонами напруження в ньому. Методи спільної ігрової терапії, що допускають вільну імпровізацію та толерують тематику, насамперед пацієнта-підлітка, його батьків, психолога або лікаря, доповнюються індивідуальними обговореннями сімейних несвідомих змістів з кожним членом сім'ї. Ресурсом для пацієнта є також створення психологом

<sup>11</sup> Г. Аммон. *Психосоматическая терапия*; Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис. *Психология и психотерапия семьи*; В. Сатир. *Психотерапия семьи*. Санкт-Петербург: Речь 2000, с. 222-254.

<sup>12</sup> Г. И. Рольник. Роль психологического налаштування у розвитку серцево-судинних захворювань; Г. О. Хомич. Невротичні зрушення у дітей як наслідок переживання тривалої соціально-психологічної депривації.

конструктивної моделі сімейних стосунків з підлітком. Спільна діяльність в процесі взаємодії фактично стає повчальним експериментом.

Під час проведення психотерапії діагностуються та в подальшому коректуються розлади в сімейному функціонуванні, до яких належать:

- сімейні стосунки та комунікативні простори;
- розподіл ролей між членами сімейної спільноти;
- міжособистісне інтимне спілкування;
- афективні спектри;
- соціальна інтеграція кожного члена сім'ї та сімейного простору в цілому.

Також важливо виявити ступінь зв'язку між сімейним і особистісним розладом підлітків із психосоматичними станами.

Спираючись на набутий досвід, зазначимо, що хороший результат у роботі з алекситимічними станами та дефіцитарними емоційними переживаннями досягається при використанні як окремих інтегрованих в психотерапевтичний простір арт-терапевтичних методик, так і методу в цілому. Творча діяльність знижує внутрішній опір особистості в процесі корекції, сприяє концентрації уваги та допомагає долати психологічні труднощі<sup>13</sup>. Образотворча діяльність підлітків впливає на розслаблення та зняття емоційної напруги і, як наслідок, корекцію травматичного досвіду госпіталізації. Застосування методів арт-терапії (образотворчих форм роботи), з одного боку, є діагностичним засобом, натомість, з іншого, дає можливість легшого відрегування та переживання фантазій, що сприяє зміні поведінки.

Суть ігрової корекції полягає в тому, що вона є модулятором життєдіяльності, створюючи безпечні умови для формування та відтворення (за аналогією з реальністю) придуманої, нафантазованої реальної чи бажаної дійсності. Гра дає підліткові можливість пережити успіхи та перемоги, розкрити свої фізичні і розумові здібності<sup>14</sup>. Психологічні ігри – неймовірний природний ґрунт для виявлення та подолання дефіцитів емоційних комунікацій та духовних конфліктів. Використання спонтанної (некерованої) гри зменшує емоційну напругу, створює зацікавлення до психокорекції. Її терапевтична цінність полягає в створенні умов для емоційної і моторної самоздатності, усвідомлення та опрацювання власних реакцій на внутрішні особистісні та міжособистісні конфлікти та проєктовані страхи. Своєю чергою, скерована терапевтом гра є здебільшого тренінгом психічних процесів, станів та властивостей, вона підвищує рівень стресостійкості, напрацьовує адаптаційні патерни, стимулює відповідальність та активність, а, відповідно,

<sup>13</sup> Я. Л. Обухов. Глубинно-психологические подходы в психотерапии психосоматических заболеваний: методические рекомендации, с. 34.

<sup>14</sup> Г. Аммон. *Психосоматическая терапия*, с. 33.

і зрілість, перебудовує стосунки з оточуючими. Вона активно сприяє загальному розвитку та, зокрема, зростанню та розбудові пізнавальних, емоційних, чуттєвих та моторних функцій. Зазначимо, що скеровану терапевтом гру прийнято планувати та проводити за планом, однак інколи вона не має чітких обмежень рольової поведінки та дозволяє креативно видозмінювати простір. В іншому випадку ігри з жорсткішими правилами корисні для діагностики стану клієнта та його сімейної ситуації. Тому використання на різних етапах терапії різних форм гри свідчить про рівень професійності психотерапевта. Він чутливо керує ігровою активністю хворого підлітка, емпатійно враховує його переживання. В процесі гри моделюються різні пережиті стресові досвіди, які підліток повинен ретроспективно зуміти подолати, використовуючи власні досвіди та ресурси. Якщо його можливості вичерпуються, допомогу надає психолог, емпатійно підбираючи конструктивне вирішення ситуації.

Групова психотерапія – спільна діяльність учасників групи з метою корекційних впливів та відповідно до них конструктивних особистісних змін, орієнтована на активізацію власних соціально орієнтованих цілей, подолання неконструктивних патернів, трибів та фіксацій на хворобливому стані. Активне тривале залучення підлітків до психокорекційного процесу дає їм можливість розширення власних кордонів, віднайдення ідентичності, відтак збільшення інтересів і напрацювання контактів, розвитку здатності до стосунків та почуття безпеки у соціумі. Ще однією метою групової психотерапії є нівелювання деструктивних настанов та розуміння процесів групової динаміки для усвідомлення життєвих ситуацій.

Робота в нозологічних групах проводиться найбільш перевіреним шляхом: первинно опрацьовуються питання, наприклад, «що позитивного дає хвороба в житті підлітка». Це відбувається як у формі прямого комунікативного відреагування, так і у формі арт-терапії, символдрами, драми, опрацювання несвідомих змістів шляхом аналізу сновидінь тощо. Наступний крок передбачає відкриття нових шляхів для формування конструктивного стилю життєдіяльності. Ті підлітки, які подолали свої деструктивні соматизовані досвіди, або ж ті, хто успішно адаптувалися до власних станів, першочергово стають прикладом для ще більше хворих, що знаходяться на вході у психотерапевтичний простір. Вони беруть на себе роль старших і досвідченіших братів і сестер (сиблінговий досвід).

Групова форма роботи з підлітками націлена також й на формування в них адекватної самооцінки і цілісної конгруентної Я-концепції; конфронтацію з внутрішньо-психологічними конфліктами, діагностування неадекватних емоційно-поведінкових змістів та відповідних ситуації форм відреагування, включення у життя власних ресурсів; зустрічі з власними пережитими досвідами, уможливлення їхнього розкриття та вербалізацію, вдосконалення

навиків володіння ситуацією, напрацювання досвіду будувати стосунки з іншими у взаємній манері<sup>15</sup>.

Групові методи роботи з успіхом застосовують у психотерапевтичній роботі з пубертатними пацієнтами із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями з синдромом госпіталізму. Це пояснюється психологічними особливостями віку: прагненням приналежності до групи однолітків, що дає можливість забезпечити формування основних психологічних станів підліткового віку – потреби в інтимності і приналежності до соціуму; компенсації базальної тривоги, що виникає в результаті власних відкриттів суб'єктивного світу і формуванням зрілої Я-концепції; природного вікового потягу до випробування та збільшення обсягу рольової поведінки; конкретністю та багатогранністю когнітивних структур і емоційної спонтанності (що сформувалась у дитячі роки), нівелювання потреби реалізації себе через соматичну хворобу.

**Висновки.** Ми з'ясували, що синдром госпіталізму у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями проявляється континуумом психоемоційних переживань: депресивністю, невротизацією, фрустрацією та емоційною лабільністю, що є латентними особистісними властивостями підлітків, які значною мірою маніфестують через форму відреагування на захворювання, тому серед типів ставлення до хвороби у досліджуваних підлітків переважають тривожний, неврастенічний та сенситивний. Також виявлено, що емоційна лабільність пов'язана з депресивними та невротичними станами підлітків, значною мірою як і форма відреагування на стрес госпіталізації.

Психологічна допомога підліткам із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями може надаватись у трьох напрямках:

1. Консультативно-едукативному – передбачає превентивні заходи впливу на психоемоційну сферу госпіталізованого підлітка з метою запобігання стресу госпіталізації, едукативну роботу з сім'єю підлітка та медичним персоналом.
2. Психокорекційному – вплив спрямовується на виправлення дефективної особистісної властивості підлітка, що є в основі типу ставлення до хвороби чи дисгармонії через перебування у медичному закладі, а також виправлення сімейного поведінкового триггеру захворювання.
3. Психотерапевтичному – передбачає роботу з інтеграцією травматичного досвіду захворювання в цілісний Я-образ підлітка, символічність симптому; виявлення неконструктивних форм емоційно-поведінкового реагування; пошук «місця» хвороби у психосоціальному просторі госпіталізованого підлітка; роботу над усвідомленням та зміною проблемної сімейної моделі стосунків.

---

<sup>15</sup> Г. Аммон. *Психосоматическая терапия*.