

Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди
Природничий факультет
Кафедра спеціальної, інклюзивної і здоров'язбережувальної освіти

Назва курсу	Основи психосоматики
Викладач (-і)	Галій Алла Іванівна
Профайл викладача (-ів)	http://hnpu.edu.ua/uk/galiy-alla-ivanivna
Контактний тел.	050-301-09-75
E-mail:	venecia11@meta.ua
Сторінка курсу в CMS UCU	-
Консультації	<i>Очні консультації:</i> 1 година кожен день (з 14-00) на кафедрі спеціальної, інклюзивної та здоров'язбережувальної освіти

1. Коротка анотація до курсу – Предмет: вивчення психологічних закономірностей у результаті яких спостерігаються психосоматичні розлади, які виявляються як наслідок дезадаптації. Викладання психосоматики порушує питання про те, який шлях формування професійного мислення був би найбільш успішним: віднайдення деякого загального принципу, який задає напрямкомислення психолога, аналітика соматики як у практиці консультування так і в академічному дослідженні.

2. Мета та цілі курсу - Метою навчальної дисципліни «Основи психосоматики» є засвоєння системи психосоматичних знань на теоретико-методологічному рівні та відповідних методичних засобів консультування й дослідження.

Основними завданнями вивчення дисципліни «**Основи психосоматики**»

- ознайомлення з історією та тенденціями розвитку психосоматики;
- засвоєння засобів аналізу особистості хворого в різних наукових парадигмах;
- виявлення в різних психотерапевтичних системах ресурсів подолання психосоматичних розладів;
- визначення відмінностей підходів до психосоматичної проблематики в медицині та психології;
- формування професійного мислення психолога, аналітика симптоматики;
- ознайомлення з психосоматичними розладами в класифікаторах хвороб;
- виділення психологічних відмінностей людей із захворюваннями різних систем організму.

3. Формат курсу - Очний (*offline*)

4. Результати навчання Згідно з вимогами освітньо-професійної програми студенти повинні:

знати:

- визначення основних категорій і понять курсу;
- досвід вітчизняних та зарубіжних психологів;
- психодіагностичні підходи до вивчення особистості з психосоматичними розладами;
- різні парадигми психосоматичного аналізу особистості із захворюваннями різних підсистем організму;
- теоретико-методологічні засади психосоматики;
- психологічний механізм виникнення соматичних розладів.

вміти:

- аналізувати різні теоретико-методологічні підходи до вирішення психосоматичних проблем;
- здійснювати дослідження психосоматичних проблем, враховуючи надбання сучасних тенденцій розвитку науки;
- застосовувати методи психодіагностики до аналізу психосоматичних розладів;
- застосовувати методи психотерапії до подолання психосоматичних розладів;
- здійснювати психологічну характеристику особистості за результатами аналізу історії хвороби;
- застосовувати психологічну характеристику особистості у процесі постановки соматичного діагнозу;
- визначати психологічний зміст соматичної мови.

5. Обсяг курсу

Вид заняття	Загальна к-сть годин
лекції	10
семінарські заняття / практичні / лабораторні	14
самостійна робота	51

6. Ознаки курсу:

Рік викладання	семестр	спеціальність	Курс (рік навчання)	Нормативний\ вибірковий
2018	1	014.05 – Біологія та здоров'я людини	1	нормативний (Н)

7. **Пререквізити** - Студент повинен прослухати курси фізіологія людини, анатомія людини, психологія, медична біологія з основами генетики людини, загальна теорія здоров'я, валеологічна екологія, діагностика і моніторинг рівня здоров'я.

8. **Технічне й програмне забезпечення /обладнання** - комп'ютер, проектор для демонстрації презентацій

9. **Політики курсу** - Положення про академічну доброчесність ХНПУ імені Г.С. Сковороди:
<http://hnpu.edu.ua/sites/default/files/files/buhgalteria/polozhennya.pdf>

Очікується, що роботи студентів будуть їх оригінальними дослідженнями чи міркуваннями. Відсутність посилань на використані джерела, фабрикування джерел, списування, втручання в роботу інших студентів становлять, але не обмежують, приклади можливої академічної недоброчесності. Виявлення ознак академічної недоброчесності в письмовій роботі студента є підставою для її незарахування викладачем, незалежно від масштабів плагіату чи обману.

Відвідання занять

Відвідання занять є важливою складовою навчання. Очікується, що всі студенти відвідають усі лекції і практичні заняття курсу. Студенти мають інформувати викладача про неможливість відвідати заняття. Допускається 1 пропуск з поважних причин, який не впливатиме на систему оцінювання. У будь-якому випадку студенти зобов'язані дотримуватися усі строків визначених для виконання усі видів письмових робіт, передбачених курсом.

Література

Уся література, яку студенти не зможуть знайти самостійно, буде надана викладачем виключно в освітніх цілях без права її передачі третім особам. Студенти заохочуються до використання також й іншої літератури та джерел, яких немає серед рекомендованих.

10. Схема курсу

Тижд. Дата, год.	Тема, план, короткі тези	Форма діяльності *лекція, самостійна, дискусія, групова робота)	Матеріали	Література, ресурси в інтернеті	Завдання	Вага оцінки	Термін виконання
------------------------	-----------------------------	---	-----------	---------------------------------------	----------	----------------	---------------------

03.11.2018 2 год	Етапи розвитку психосоматичних ідей. Проблеми зв'язку душі та тіла в історії філософії. Психоаналітичні засади психосоматики. Інтегральні підходи до психосоматичних проблем.	Лекція (F2F)	Психоаналітичні засади психосоматики. презентація	<i>Адлер А.</i> Практика и теория индивидуальной психологии : лекции по введению в психотерапию для врачей, психологов и учителей/ А. Адлер. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. – 214 с.	Психосоматичні ідеї в донауковий період розвитку людства, в античній психології, за часів Середньовіччя, в епоху Відродження. Розробити ІНДЗ	Присутність на лекції та активна участь у дискусії – 1,5 балів	09.11.2018
03.11.2018 2 год.	Характеристика напрямів психотерапії у психосоматиці Класичні та сучасні напрями психоаналітичної психотерапії психосоматики. Тлумачення психосоматики в напрями екзистенціальної психотерапії. Біхевіористський та когнітивний підходи у психотерапії психосоматики.	Лекція (F2F)	Тлумачення психосоматики в напрями екзистенціальної психотерапії. презентація	<i>Фрейд З.</i> Введение в психоанализ : лекции / З. Фрейд. – М., 1989. <i>Сандомирский М. Е.</i> Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство/ М. Е. Сандомирский. – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 592 с.	Написання есе на тему: Класичні та сучасні напрями психоаналітичної психотерапії психосоматики. переглянути презентацію, 2 год	Присутність на лекції та активна участь у дискусії – 1,5 балів	09.11.2018

	Психосоматичний аналіз особистості як засіб психокорекції.						
09.11.2018 2 год.	Психодіагностика особистості як продукт аналізу соматичних проблем. Методи психодіагностики у психосоматиці. Психосоматика в класифікаторах хвороб.	Лекція (F2F)	Методи психодіагностики у психосоматиці. презентація	Кулаков С. А. Основы психосоматики/ С. А. Кулаков. – СПб. : Речь, 2003.	Написання есе на тему: Психосоматика в класифікаторах хвороб. переглянути презентацію, 2 год	Присутність на лекції та активна участь у дискусії – 1,5 балів	16.11.2018
09.11.2018 2 год.	Психологічний аналіз захворювань серцево-судинної системи. Гіпертонія та гіпотонія. Ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда. Порушення серцевого ритму. Мігрень та головний біль напруження.	Лекція (F2F)	Аналіз захворювань серцево-судинної системи презентація	Кулаков С. А. Основы психосоматики/ С. А. Кулаков. – СПб. : Речь, 2003.	Написання есе на тему: Гіпертонія та гіпотонія. Ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда. Порушення серцевого ритму. переглянути презентацію, 2 год	Присутність на лекції та активна участь у дискусії – 1,5 балів	16.11.2018
16.11.2	Психологічний	Лекція	аналіз	Сучасна імунологія.	Написання есе на тему:		23.11.2018

018 2 год.	аналіз захворювань шлунково-кишкового тракту та харчової поведінки. Ожиріння, анорексія, булімія. Виразки шлунково-кишкового тракту. Обстипація та діарея. Захворювання печінки та жовчного міхура.	(F2F)	захворювань шлунково-кишкового тракту та харчової поведінки. презентація	Курс лекцій. 2016. – С. 47-57	Ожиріння, анорексія, булімія. Виразки шлунково-кишкового тракту. Обстипація та діарея. Захворювання печінки та жовчного міхура. переглянути презентацію, 2 год		
16.11.2018 2 год.	Психодіагностика особистості як продукт аналізу соматичних проблем. Методи психодіагностики у психосоматиці. Психосоматика в класифікаторах хвороб.	Практичне заняття (F2F)	Особливості психосоматики в класифікаторах хвороб. презентація	<i>Сандомирский М. Е.</i> Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство / М. Е. Сандомирский. – М. : Независимая фирма «Класс», 2005. – 592 с.	Дати характеристику методам психодіагностики у психосоматиці- розробити ІНДЗ, переглянути презентацію, 2 год	Присутність на практичному та активна участь у дискусії – 2 бали	21.09.2018
23.11.2018 2 год.	Психологічний аналіз захворювань серцево-судинної системи. Гіпертонія та гіпотонія. Ішемічна	Практичне заняття (F2F)	Психологічний аналіз захворювань серцево-судинної системи.	<i>Кулаков С. А.</i> Основы психосоматики/ С. А. Кулаков. – СПб. : Речь, 2003.	Підготувати доповіді з розробкою презентацій на тему: «Гіпертонія та гіпотонія», «Ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда», «Порушення	Присутність на практичному та активна участь у	30.11.2018

	хвороба серця, інфаркт міокарда. Порухення серцевого ритму. Мігрень та головний біль напруження.		презентація		серцевого ритму» переглянути презентацію, 2 год	дискусії – 2 бали	
23.11.2018 2 год.	Психологічний аналіз захворювань шлунково-кишкового тракту та харчової поведінки. Ожиріння, анорексія, булімія. Виразки шлунково-кишкового тракту. Обстипація та діарея. Захворювання печінки та жовчного міхура.	Практичне заняття (F2F)	Психологічний аналіз захворювань шлунково-кишкового тракту та харчової поведінки. презентація	<i>Сандомирский М. Е.</i> Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство / М. Е. Сандомирский. – М. : Независимая фирма «Класс», 2005. – 592 с.	Написання есе на тему: Ожиріння, анорексія, булімія. Виразки шлунково-кишкового тракту. переглянути презентацію, 2 год	Присутність на практичному та активна участь у дискусії – 2 бали	30.11.2018
30.11.2018 2 год.	Психологічний аналіз захворювань дихальної системи Астма. Застуда. Запалення дихальних шляхів.	Практичне заняття (F2F)	Психологічний аналіз захворювань дихальної системи презентація	<i>Сандомирский М. Е.</i> Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство / М. Е. Сандомирский. – М. :	Написання есе на тему: Астма. Застуда. Запалення дихальних шляхів. переглянути презентацію, 2 год	Присутність на практичному та активна участь у дискусії – 2 бали	07.12.2018

				Независимая фирма «Класс», 2005. – 592 с.			
30.11. 2018 2 год.	Психологічний аналіз захворювань шкіри та опорно- рухового апарату Кропивниця, нейродерміт, псоріаз, алергія. Остеохондроз та артрит. Нещасні випадки.	Практичне заняття (F2F)	Психологічний аналіз захворювань шкіри та опорно- рухового апарату презентація	<i>Сандомирский М. Е.</i> Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство / М. Е. Сандомирск ий. – М. : Независимая фирма «Класс», 2005. – 592 с.	Підготувати доповіді на тему: Остеохондроз та артрит. Нещасні випадки. переглянути презентацію, 2 год	Присут- ність на практич- ному та активна участь у дискусії – 2 бали	07.12.2018
07.12.2 018 2 год	Психологічний аналіз захворювань сечостатевої системи Сечокам'яна хвороба. Запалення нирок та сечового міхура. Безпліддя.	Практичне заняття (F2F)		<i>Сандомирский М. Е.</i> Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство / М. Е. Сандомирск ий. – М. : Независимая фирма «Класс», 2005. – 592 с.	Розробити презентацію на тему психологічного аналізу безпліддя в межах формування репродуктивного здоров'я переглянути презентацію, 2 год	Присут- ність на практич- ному та активна участь у дискусії – 2 бали	14.12.2018
07.12.2 018	Психологічний аналіз захворювань	Практичне заняття		<i>Сандомирский М. Е.</i>	Підготувати презентації, щодо захворювань	Присут- ність на	14.12.2018

2 год	ендокринної, імунної та нервової систем. Гіпотиреоз. Гіпертиреоз. Діабет. Онкозахворювання.	(F2F)		Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство / М. Е. Сандомирский. – М. : Независимая фирма «Класс», 2005. – 592 с.	ендокринної, імунної та нервової систем переглянути презентацію, 2 год	практичному та активна участь у дискусії – 2 бали	

Література базова:

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии : лекции по введению в психотерапию для врачей, психологов и учителей / А. Адлер. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. 214 с.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер. – М. : Эксмо, 2002.
3. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психоматических расстройствах : метод. пособие / Д. Б. Ереско, Г. С. Исурина, Е. В. Койдановский и др. – СПб., 2004.
4. Аммон Г. Психосоматическая терапия. – СПб. : Речь, 2000.
5. Ананьев Б. Г. Психология и проблемы человекознания : избр. психол. тр. / Б. Г. Ананьев; Под ред. А. А. Бодалева. – М. : Изд-во Моск. психол.-социол. ин-та, 2005. 432 с.
6. Аристотель. Сочинения : в 4 т. / Аристотель. – М., 1976. – Т. 1.
7. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры / Э. Берн. – СПб. ; М. : Университ. кн. ; АСТ, 1998.
8. Гавэйн Ш. Созидаящая визуализация / Ш. Гавэйн. – Режим доступа : [Http:// www.loopback.ru/ psytech/ practpsy](http://www.loopback.ru/psytech/practpsy).
9. Дальке Р. Болезнь как путь. Значение и предназначение болезней / Р. Дальке, Т. Детлефсен. – СПб. : Весь мир, 2004. 320 с.
10. Изард К. Э. Психология эмоций / К. Э. Изард. – СПб. : Питер-Пресс, 1999.
11. Кулаков С. А. Основы психосоматики / С. А. Кулаков. – СПб. : Речь, 2003.
12. Кюнцель Д. Организм человека / Д. Кюнцель. // VEB Verlag Volk und Gesundheit. – Berlin, 1988.

13. Лоуэн А. Психология тела. Телесно ориентированный биоэнергетический психоанализ / А. Лоуэн ; Независимая ассоциация психологов-практиков. М., 1997.
14. Максименко С.Д., Шевченко Н.Ф. Психологічна допомога тяжким соматичним хворим: Навч. посібник. – Київ – Ніжин: Міланік, 2007.
15. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика : справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2005. – 992 с.
16. Маслоу А. Психология бытия / А. Маслоу. М., 1997.
17. Немиринский О. В. Гештальт-терапия психосоматических расстройств / О. В. Немиринский // Моск. психотерапевт. журн. – 1997. – № 1. С. 84–91.
18. Никитин В. В. Психология телесного сознания / В. Н. Никитин. – М. : Алейтия, 1998.
19. Пезешкиан Н. Психосоматическая медицина и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан – М., 1996.
20. Перлз Ф. Практика гештальт-терапии / Ф. Перлз ; Ин-т общегуманитар. исследований. – М., 2001.
21. Психосоматика. Взаимосвязь психики и здоровья : хрестоматия / сост. К. В. Сельченко– Минск : Харвест, 1999.
22. Райх В. Функции оргазма / В. Райх. –СПб. ; М. : Университет. кн.. ; АСТ. 1997.
23. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / К. Роджерс. – М., 1994.
24. Ромек В. Г. Поведенческая психотерапия : учеб. пособие для студ. вузов / В. Г. Ромек. – М. : ИЦ «Академия», 2002. 192 с.
25. Русалов В. М. Опросник структуры темперамента / В. М. Русалов– М., 1990.
26. Пригожин И. Порядок из хаоса. Новый диалог человека с природой / И. Пригожин, И. Стенгерс. – М. : Прогресс, 1986.
27. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство / М. Е. Сандомирский. – М. : Независимая фирма «Класс», 2005. 592 с.
28. Фрейд З. Введение в психоанализ : лекции / З. Фрейд. – М., 1989.
29. Фрейд З. Методика и техника психоанализа : [пер. с нем.] / З. Фрейд. – М. ; Спб, 1923.
30. Хеллингер Б. Порядки помощи / Б. Хеллингер ; Ин-т консультирования и системных решений. – М., 2006. 242 с.
31. Холмогорова А. Б. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян // Основные направления современной психотерапии. – М. : Когито-Центр, 2000. С. 224 – 268.
32. Хомуленко Т. Б. Комунікативні особливості особистості з психосоматикою парних органів / Т. Б. Хомуленко // Вісн. ХНПУ ім. Г. С. Сковороди. Психологія. – Вип. 18. – Х. : Вид-во ХНПУ, 2006.
33. Хомуленко Т. Б. Основы психосоматики : навч.-метод. посіб. / Т. Б. Хомуленко. – Х. : 2009. 173с.
34. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ / К. Хорни. – М. : Прогресс-Универс, 1993. – 480 с.
35. Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике / Сост. В.Ю. Баскаков. – М. : Смысл, 1997.
36. Шутценбергер А. А. Синдром предков / А. А. Шутценбергер. – М. Изд-во Ин-та психотерапии, 2005.
37. Юнг К. Психологические типы // Психология индивидуальных различий : тексты / под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. Я. Романова. – М., 1982 – С. 199 – 218.

38. Яценко Т. О. Психологічні основи групової психокорекції : навч. посіб. / Т. О. Яценко. – К. : Либідь, 1996.

Допоміжна

1. Воотон Н. [Введение в эпистемологию метафоры. Работа с соматическими расстройствами](#) / Н. Воотон. – М., 1998.

2. Кречмер Э. Строение тела и характер / Э. Кречмер. – М. : НО Науч. фонд «Первая Исследовательская лаборатория им. акад. В. А. Мельникова», 2000.

3. Монтень М. Опыты : [пер. с фр.] / М. Монтень // Избранные произведения : в 3-х т. – М. : Голос, 1992 – Т. 3. – 416 с.

***якщо література подається в скороченому вигляді, то розшифрування подаєте вкінці

11. Система оцінювання та вимоги

Загальна система оцінювання курсу	<i>Участь в роботі впродовж семестру/екзамен - 60/40</i>
Вимоги до письмової роботи	<i>На кожну контрольну роботу студент повинен підготувати задані теми лекцій, що запропонована для читання (див. календарний план). Оцінюється якість та оригінальність наведених аргументів та самостійні приклади на задану тематику та свої висновки з кожної теми. Контрольна робота (2 за курс) може бути максимально оцінена у 5 балів. Усі повинні обов'язково підготувати всі теми, а відсутність студента з будь-яких причин необ'єктивних причин не може бути виправданням.</i>
Семінарські заняття	<i>Активна робота на кожному практичному занятті оцінюється максимально на 3 бали. За період курсу кожен студент повинен підготувати по 2 самостійних презентації, тему яких він може вибрати разом з викладачем. Максимальна оцінка презентації з її докладом на заняттях оцінюється до 9 балів.</i>
Умови допуску до підсумкового контролю	<i>Всі практичні заняття повинні бути опрацьовані і студент повинен отримати за курс не менш 40 балів, тоді він допускається до здачі іспиту</i>

До Силабусу також готуються матеріали навчально-методичного комплексу:

1) Навчальний контент (конспект, розширений план лекцій або презентації)

Матеріали надані за навчально-методичним посібником Хомуленко Т. Б. [33].

ТЕМА 1

ЕТАПИ РОЗВИТКУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ІДЕЙ

1.1. Проблема зв'язку душі та тіла в історії філософії

Погляди на зв'язок душі та тіла відрізнялись різноманітністю, певною динамікою, але є евристично плідними для визначення методологічних засад психосоматики [24].

У **донауковий період** розвитку людства переважало *міфологічне мислення*. За законами міфологічного мислення діє несвідоме, розуміння якого є ключовим у подоланні чи визначенні причин виникнення *психосоматичних розладів*. Міфологічне мислення відрізняється єдністю емоційно-вольового та образного компонентів, єдністю реального й уявного. Міфологічне віддзеркалення явищ за давніх часів відрізнялось їхнім уособленням, тобто уявленням у вигляді живих істот. Міфологічну характеристику явищ здійснювалося шляхом включення живих істот до сюжету. Особливості ролі та її зв'язки з іншими ролями в межах сюжету містили в собі в неявній формі характеристики явища. Наприклад, з античної міфології:

1. Душу було уявляли у вигляді земної красуні, доньки царя – Психеї. Дівчина, долаючи ускладнення та перешкоди, узяла шлюб з Амуром – уособленням одного з провідних почуттів людини. У результаті, Психея набула безсмертя та народила доньку на ім'я Насолода.

2. Неусвідомлені потяги людини було описано в сюжетах античних міфів через вчинки та життєві ситуації героїв (міф про царя Едипа).

В **античній психології** виділяють кілька напрямів у поглядах на зв'язок душі й тіла, а саме: натурфілософи-матеріалісти, стоїки, піфагорійці, школи Сократа, Платона, Арістотеля.

Натурфілософи-матеріалісти. Перші філософські системи беруть за першооснову світу той чи інший вид матерії – „воду” (Фалес), „повітря” (Анаксимен), „вогнь” (Геракліт), – з якої, на їхню думку, складаються і душа, і тіло. Вершиною античного матеріалізму був атомістичний матеріалізм, родоначальником якого був Демокріт. Він розумів душу як причину руху тіла. Душа вважалась матеріальною та складалася з щонайдрібніших рухливих атомів, розсіяних по всьому організму. Демокріт казав, що душа – це атоми вогню за формою та активністю. Душа розумілась як продукт розподілу атомів у тілі.

Психосоматичні ідеї втілились у вченні про афект у **стоїків**, які продовжували ідеї Демокріта. Стоїки поєднували прагнення й почуття в понятті афекту та розрізняли три стадії наростання афективного стану як чинника виникнення соматичних проблем:

1. Під впливом зовнішніх впливів настають фізіологічні зміни в організмі.

2. Мимоволі спадає думка про те, що сталося, і як слід реагувати.

3. Має втрутитися розум.

Стоїками була розроблена рецептура боротьби з афектами, а саме:

1. Не дати афекту набути зовнішнього виразу.
2. Не підсилювати афект уявою.
3. Не поспішати зі схваленням афекту (наприклад, полічити до 10) і цим

створити відстань між афектом і діяльністю в напрямку афекту.

4. Пригадати протилежне (наприклад, у разі нападу страхів пригадати приклади мужності).
5. Викрити дії, до яких підштовхує афект.

У **піфагорійців** у трактуванні особливостей душі, на відміну від тіла, поступово нарастають ідеалістичні тенденції. У **Сократа** вперше визначається душа, як дещо відмінне від тіла. Н. Пезешкіан використав як епіграф до своєї роботи з психосоматики такі слова, які пов'язують з ім'ям Сократа: "Якщо хтось шукає здоров'я, спитай його спочатку, чи готовий він надалі розлучитися з усіма причинами своєї хвороби, – тільки тоді ти зможеш йому допомогти". Сократ, звертаючи увагу на зумовленість своєї поведінки несвідомим, казав, що іде своїм шляхом, на власний розсуд до тих пір, поки тихий голос "внутрішнього поводири" не зупиняє його і не примушує повернутись [22].

Найвищого розвитку ідеалізм в епоху античності досягнув в учня Сократа – **Платона**. На думку останнього, душа є посередником між світами ідей і чуттів.

Вершиною античної психології є вчення **Арістотеля** (учня Платона). За Арістотелем, душа як форма тіла означає, що вона є суттю тіла, причиною і метою всіх його дій. „Душа не може існувати без тіла і не є тілом. Коли б око було живою істотою, душею був би зір. Душа невід'ємна від органічного життя, але не матеріального світу в цілому. Душа відноситься до тіла як корабельник до судна,” – так характеризував зв'язок душі й тіла Арістотель [6]. Він описував почуття задоволення й незадоволення як показники процвітання чи затримки у функціях душевних і тілесних. Складовою частиною вчення Арістотеля про афекти було поняття про катарсис (очищення), завдяки якому людина може уникнути ризику психосоматичних розладів (табл. 1).

Таблиця 1

Тріада Арістотеля та соматичне втілення психічних проблем [30]

Тріада Арістотеля	Компоненти психіки	Соматичне втілення	Типові проблеми
Логос	Знання	Голова, шия	У прийнятті рішень
Пафос	Емоції	Верхня частина тулуба, руки	У стосунках із людьми
Етос	Поведінка	Нижня частина тулуба, ноги	Щодо лідерства, влади

А. Августин, один із провідних філософів **середньовіччя**, вважав, що душа має сім “ступенів могутності” (досконалості) її в тілі, а саме:

1. Душа животворить тіло.
2. Душа проявляється у відчуттях і рухах.
3. Душа проявляється в науках, мистецтвах, ремеслах.
4. Душа проявляється в моральних почуттях.
5. Душа проявляється в самосвідомості.
6. Душа проявляється в пошуку істини (творчості).
7. Душа проявляється в пошуку першопричини буття.

А. Августин висловлював перші ідеї дії синдрому предків. Він казав, що "мертві невидимі, але вони не відсутні" [38].

Наслідки дії внутрішніх конфліктів, як одного з механізмів психосоматичних розладів, було відбито в дискусії між волютаристами та інтелектуалістами. Це питання про те, яка здатність домінує в поведінці – розум чи воля?

Волютаристи (Уільям Оккам, Дунс Скотт, Аврелій Августин) твердили, що психологічна свобода вибору можлива тому, що розум пропонує різні засоби для досягнення мети, а рішення залежить від волі. Інтелектуалісти (Фома Аквінський, Ансельм Кентерберійський) вважали, що „істинне вище, ніж добре”, „свобода волі є результатом пізнання необхідності”. Неможливість вирішення питання про характер вибору з альтернатив ані інтелектуалізмом, ані волютаризмом було уособлено в образі осла, який помирає з голоду („Буріданів осел”).

Яскравим представником арабомовної середньовічної науки був Авіценна (Абу Алі Ібн Сіна), автор „Канону” – настільної книги багатьох лікарів, одін з основоположників ідеї психосоматики. Найбільш відомі такі його досліді:

1. Визначення душевної причини тілесного виснаження юнака. Говорячи останньому низку слів, Авіценна зафіксував за змінами пульсу юнака, які з них провокують афект, що викликає захворювання.
2. Доведення стресогенної природи тілесних проблем. Двом баранам давали їжу, однаково за кількістю та якістю, але якщо один із них знаходився у звичайних умовах, то недалеко від іншого було прив’язано вовка. Попри нормальне харчування другий баран почав худнути й загинув.

Характеристика зв’язків душі та тіла в **епоху Відродження** відрізнялась своєрідним тлумаченням.

Бернардіно Телезіо – представник **емпірико-натуралістичного напрямку**, стверджував, що все пізнання полягає в закарбуванні й відтворенні тонкою матерією душі зовнішніх впливів.

П’єтро Помпонаци в роботі „Про безсмертя душі” зазначав, що вищі психічні функції неможливі без тілесних процесів.

Леонардо да Вінчі стверджував, що синтез чуттєвого (образного), теоретичного узагальнення (логічного) і практичного

втілюється в науці живопису, яка розповсюджується на філософію природи. Він досліджував емоції, вивчав зв'язок між позою, мімікою й емоційним станом.

Гомес Перейра переконував у тому, що тварина, на відміну від людини, не має душі. Будучи лікарем він намагався навести експериментальні докази того, що тварина є керованою слідами зовнішніх впливів, а не душею. Його думки вважаються першою спробою формулювання рефлекторної теорії.

Парацельс запевняв, що три матеріальних елементи дають розуміння духовного – це ртуть (дух), сірка (душа), сіль (тіло). Він намагався в межах алхімії втілювати психосоматичний підхід, реалізуючи його у власній лікарській практиці.

Мішель Монтень у „Дослідах” вивчав низку психосоматичних проблем щодо такого:

- пристрасті душі виливаються на уявні предмети, коли їй не вистачає справжніх;
- філософствувати – це означає вчитися вмирати;
- ми сміємося і плачемо від одного й того ж;
- що розпалює наші бажання;
- як треба судити про поведінку людини перед обличчям смерті;
- не слід прикидатися хворим [19].

Епоха нового часу надає нових дослідників і нові концепції.

Асоціанізм – філософська концепція XVII-XVIII ст., застосовувана як основний пояснювальний принцип психології – принцип асоціації. Асоціація – це закономірний зв'язок двох чи декількох психічних процесів (відчуттів, уявлень, думок, почуттів, рухів), яка виражається в тому, що поява одного з них викликає появу іншого. Асоціація може бути одним з пояснювальних принципів механізму виникнення психосоматичних розладів.

Мислителі XVIII ст. шукали шляхів розуміння зв'язків між психічними і нервовими процесами у межах окремого організму. Тоді ствердився **психофізіологічний паралелізм** у його двох варіантах – *матеріалістичному* (Гартлі) та *ідеалістичному* (Вольф).

Проти ототожнення психіки і свідомості виступив Лейбніц, одним з важливих нововведень якого є поняття про несвідоме. Він розрізняв перцепцію і апперцепцію (усвідомлення). Лейбніц доводив, що те, що існує в свідомості, зумовлене не фізіологічними, а несвідомими психологічними актами.

Г. Т. Фехнер визначив **психофізику** (XIX ст.) як наукове дослідження зв'язку між психічними і фізичними процесами і сформулював закон зв'язку між мозком і тілом: зі збільшенням інтенсивності подразника в геометричній прогресії інтенсивність відчуття зростає в арифметичній.

1.2. Психоаналітичні засади психосоматики

В основі психосоматичних явищ, за З. Фрейдом [31; 32], лежать істерична конверсія та тривога.

Конверсія є наслідком витіснення психічного збудження в соматичну, перенесенням психічного конфлікту та спробою розв'язати його через різні симптоми в ділянці тіла (соматичні, моторні, чуттєві). Завдяки перенесенню лібідо з ділянки психічного в ділянку тілесного конфлікт видаляється зі свідомого. У соматичному симптомі символічно подано те, що має міститися в несвідомій фантазії. Тілесний симптом символізує несвідомий конфлікт, який має едипальну природу. У психосоматичних явищах як еквіваленті істеричної конверсії лібідо вступає в конфлікт із механізмами захисту Его, і конфлікт соматизується. Результатом є сплав психічного змісту з органічним симптомом (від Его – у соматичну).

Психосоматичне явище як еквівалент *тривоги* означає, що органічний симптом з'являється як результат відхилення соматичного збудження, якому заборонено в допуску до свідомості. У психосоматичних явищах як еквіваленті тривоги лібідо, не вступаючи в конфлікт з Его, переходить у соматичне збудження. Результатом є відчуження соматичної від психіки (з Ід – у соматичну).

Психосоматичні ідеї З. Фрейда розвивались у психоаналітичних концепціях психосоматики та психосоматичній медицині.

Психоаналітичні концепції психосоматики [4]. Ф. Дейч, продовжуючи психосоматичні ідеї З. Фрейда, сформулював *концепцію “соматичної мови”*. Соматична мова – це вираз конфігурації потягів Ід та механізмів захисту Его, який проявляється в постійному конверсійному потоці. Зазначений автор визначав конверсію як постійно здійснюваний протягом життя процес, зумовлений прагненням до витіснення інстинкту і паралельного йому позбавлення надлишку інстинктивної енергії, який переобтяжує Ід. Конверсія – це необхідна форма реакцій, націлених на підтримання здоров'я.

В. Вейтгер сформулював *концепцію “кола образів”*, яка полягає у протиставленні втрати реальності зміні реальності, що виникає з органічним захворюванням. Наприклад, зміна неврозу на ангіну. Ангінна має той характер реальності, якого невроз не досягає. Він замінив концепцію конверсії_концепцією “вирівнювання психофізичних констеляцій та їхніх порушень” (захисний характер симптомів виявився менш значущим, ніж прогресивний). В. Вейтгер вважав, що психічне протистоїть фізичному, а Его протистоїть оточенню.

Г. Шульц-Хенке вважав, що організм є соматичним корелятом психічних процесів. Потреба, замість того, щоб бути висловленою словами, проявляється у підкресленому функціонуванні органа.

П. Федерн вважав, що психосоматичний симптом має функцію позбавлення слабкого Я від перероблення події, яка викликала біль.

Е. Якобсон твердив, що афективна мова органів у ранньому дитинстві є засобом комунікації. Нездатність матері розуміти ранні недиференційовані соматичні прояви дитини як мову тіла й адекватно відповідати на пов'язані з цим почуття дитини веде до тяжких порушень соматичного Я.

М. Спелінг вважала, що дитина послуговує для матері зовнішнім носієм симптомів. Хвора дитина послуговує засобом втілення несвідомих конфліктів матері, надаючи можливість контролювати конфлікт. Дитина закриває собою діру в системі механізмів

психологічного захисту Его матері.

А. Гарма виділяє такі риси у психодинаміці симптоматичної поведінки:

- базисне пасивне підкорення “інтерналізованій архаїчній всюдисушій і контролюючій” матері;
- сильне почуття провини й тенденції до самопокарання за кожної спроби відокремлення від матері чи її інтерналізованого образу, за кожної спроби едипального наближення чи агресивного імпульсу. Наприклад: шлункова язва пояснюється як переривання пуповини, як пошкодження у вигляді “докору совісті”, яке нанесене агресивною матір’ю.

Психосоматична медицина. У 1939 р. під редакцією А. Данбар почав видаватися журнал “Психосоматична медицина”.

А. Данбар вважала, що емоційні реакції є похідними від профілю особистості хворого і зумовлюють певні соматичні розлади. Вона виділила коронарний, гіпертонічний, алергічний і схильний до ушкоджень типи особистості, але вважала, що психосоматичний підхід може бути застосований до всіх хвороб.

Найбільш помітною фігурою в психосоматичній медицині був Ф. Александер [2]. На відміну від А. Данбар, Ф. Александер підкреслював значення психодинамічного конфлікту як більш важливого у природі психосоматичного розладу, ніж особистісний профіль. На його думку, такі три фактори є важливими в етіології психосоматичних розладів:

- ✓ успадкована чи рано набута органна чи системна недостатність;
- ✓ психологічні патерни конфлікту та психологічний захист, який формується в ранньому дитинстві;
- ✓ актуальні життєві ситуації.

На відміну від З. Фрейда, Ф. Александер розрізняв конверсію й органічне порушення (*вегетативний невроз*), вважаючи, що останнє піддається психодинамічному вивченню й лікуванню. Він сформулював:

1. “Загальну динамічну формулу” генези психосоматичних захворювань: *“При витісненні певних імпульсів чи гальмуванні їхнього адекватного виразу в міжособових стосунках розвивається хронічне емоційне напруження, яке чинить постійний вплив на певні вегетативні функції”*.

2. Концепцію “логіки емоцій”: у всіх психічних процесах можна спостерігати взаємозв’язок і протидію психічних тенденцій, що характеризуються прагненням:

- до прийняття, заковтування;
- виділення, виключення, використання;
- утримання.

Ці вектори можуть бути носіями як лібідозних, так і деструктивних імпульсів та відбиватися в “емоційних силогізмах”. Наприклад, астматик виходить із такого несвідомого міркування: “Я не можу любити, оскільки це означатиме втрату любові матері”.

1.3. Інтегральні підходи до психосоматичних проблем

Низка сучасних теорій поєднують у собі психоаналітичні та когнітивні моделі [30], а саме:

1. **Алекситимічна** теорія, яка стверджує, що в основі психосоматики лежить нездатність до усвідомлення емоцій і словесного виразу почуттів. Такі люди мають проблеми з уявою і стосунками: у них домінує ліва півкуля і виникають ускладнення з пізнанням власного несвідомого.
2. Модель **ресоматизації**, яка пояснює психосоматику як повернення до дитячих способів емоційного реагування, оскільки дитина виражає емоції не тільки плачем чи криком, але й усім тілом. Ресоматизація виникає в незрілої особистості з недостатньою соціалізацією тілесності та неадекватним її усвідомленням. Процес становлення зрілих способів емоційного реагування зветься десоматизацією.
3. **Соматизація** невідредагованих негативних емоцій може розглядатись як злам механізмів психосоматичного захисту чи як варіант захисту.
4. **Теорія контролю** акцентує увагу на вторинному зиску психосоматичних порушень як інфантильному способі контролю поведінки з боку оточення.

ТЕМА 2

ПСИХОСОМАТИЧНІ ІДЕЇ В НАПРЯМКАХ ПСИХОТЕРАПІЇ

2.1. Характеристика напрямків психотерапії в психосоматиці

2.1.1. Класичний психоаналіз (З. Фрейд)

Психосоматичні розлади можуть бути зумовлені конфліктом між Id та Super Ego, як *структурними компонентами психіки*:

Ego (Я) – центральна інстанція саморегуляції особистості. Контролює поведінку, врівноважує імпульси людини з вимогами соціального оточення через механізми психологічного захисту. Орієнтується на принцип реальності.

Super Ego – моральна інстанція, яка складається з соціальних норм, правил, “табу”, інтеріоризованих у процесі соціалізації.

Id (Воно) – первинне джерело психічної активності, містить інстинкти, керується принципом задоволення (лібідо – мортідо, ерос – танатос).

Психосоматичні розлади можуть бути зумовлені застряганням на якому-небудь *етапі психосексуального розвитку дитини*: оральний, анальний, фалічний (едипальний), генітальний (зрілий).

Механізми захисту також можуть бути чинниками психосоматичних розладів. Це типові шаблони мислення, які сприяють підтримці стійкої позитивної самооцінки, зняттю тривоги, страхів:

1. Репресія – витіснення зі свідомості того, що несумісно з настановами особистості (витіснятися може афект чи ідея; тоді або ідея пов’язується з іншим афектом, або афект – з іншою ідеєю).
2. Конверсія істерична – витіснений імпульс проявляється через соматичний симптом.
3. Регресія – повернення на ранній ступінь психічного розвитку.

4. Інтер-екстерналізація – звинувачення себе або оточення в певних подіях.
 5. Раціоналізація – дискредитація недосяжного ("кислий виноград"), або перебільшення оцінки того, що маю, ("солодкий лимон") – псевдорозумне пояснення вчинків.
 6. Інтелектуалізація – раціональний відсторонений погляд, позбавлений емоційної оцінки, здатність спостерігати за перебігом подій із пізнавальним інтересом, зберігаючи намір бути байдужим до результату.
 7. Ідентифікація – ототожнення себе з чимось або кимось.
 8. Реверсія – перетворення інстинкту на протилежний (мета інстинкту, наприклад, мучити, залишається, а об'єкт змінюється, скажімо, не себе, а інших).
 9. Реактивне утворення – символічно заперечується витіснений імпульс (сильний сексуальний інстинкт проявляється в підкресленій відраді до будь-яких проявів сексуальності).
 10. Ритуалізація – деритуалізація.
 11. Сублімація – перетворення інстинктивної енергії на соціально прийнятну форму поведінки.
 12. Проекція – приписування іншим власних якостей, думок, почуттів.
- Класична проекція – неусвідомлена.
Раціоналістична – усвідомлена.
Аутистична – помилкове чи випереджальне впізнання об'єкта відповідно до потреби (наприклад, голодний чує запах котлети, там, де її немає, або тоді, коли інші ще нічого не відчувають).

2.1.2. Аналітична психологія (К. Юнг)

Відрізняється від психоаналізу за З. Фрейдом таким чином:

1. Включенням до структури особистості колективного несвідомого, яке складається з архетипів. Архетип – це колективно успадковані форми сприймання й розуміння. Архетипічні форми можуть втілюватись в будь-якій архетипічній фігурі. До архетипічних фігур відносяться мати, батько, дитина, правитель, священик, лікар, учитель, герой, злочинець тощо. Архетипічні ситуації включають народження, статеву зрілість, залицяння, статевий зв'язок, шлюб, смерть. Архетипічні символи складають матеріал міфології, релігії, мистецтва, снобачень. Архетипічні ідеї є абстрактними версіями символічних тем. Аніма, Анімус, Персона, Тінь, Я – архетипічні форми. Персона – маска, яку кожен з нас одягає, спілкуючися з іншими (це те, як ми бажаємо, щоб нас бачили, або як ми думаємо, що нас бачать). Аніма – фемінні риси в чоловічому характері. Анімус – маскулінні риси в жіночому характері. Тінь – зворотний, темний, дикий бік нашого Я. Але Тінь – джерело спонтанності, творчості, осяяння, глибоких емоцій. Я – поєднуючи і гармонізуючи усі аспекти несвідомого, створює єдність і стабільність особистості та забезпечує прагнення до самоактуалізації.
2. Заміною метода вільних асоціацій на асоціативний тест. Асоціативний тест – усталений перелік слів, який читає

клієнтові психолог, фіксуючи при цьому індикатори комплексу (пригальмованість реакції, нерозуміння слова-подразника чи механічне його повторення, зміна пульсу і шкіряно-гальванічної реакції).

Уперше дослідження, схоже на асоціативний тест, запропонував Авіценна, який вважається основоположником психосоматичних ідей у науці (див. тему 1).

Зазначені індикатори комплексу можна відмічати під час психосоматичного аналізу особистості. Коли клієнтові повідомляють психологічні причини його тілесного захворювання, невротичну програму може бути виявлено через перелічені індикатори.

3. Визначенням психотипу особистості. Поєднання чотирьох функцій (мислення, почуття, відчуття та інтуїція) з двома видами спрямованості (інтроверт, екстраверт) дає вісім психотипів. Мислення й почуття утворюють раціональний рівень сприйняття світу (включає причинні судження). Відчуття та інтуїція – нераціональний рівень.

На думку К. Юнга [39], *ідентифікація з архетипом* може спричиняти принаймні два ефекти. Це, по-перше, відчуття суб'єктом та його оточенням підвищення рівня енергетики суб'єкта (ефект "*мана-особистості*"). Але, у разі коли якості особистості та архетипічні риси значною мірою не збігаються, це може спричинити ефект "*психічної інфляції*". Такий ефект викликає деструктивні процеси в особистості та, як наслідок, *соматичні розлади* руйнівного характеру. Спрямованість на психосоматичну проблематику мають *неоюнґіанські підходи*. Серед них у сучасній психотерапії на особливу увагу заслуговують такі: метод Нортон-Воотона "речі в тілі"; метод системних розстановок Берта Хелінґера [33]; метод роботи з "синдромом предків" [37]. Зазначені методи, на відміну від юнґіанського підходу, акцент у роботі ставлять на поверховому прошарку колективного несвідомого. Йдеться про той зміст несвідомого, який стосується сім'ї чи роду. Практика застосування таких методів доводить, що розгляд змісту зазначеного прошарку несвідомого як чинника психосоматичних розладів має значний корекційний потенціал.

2.1.3. Тілесно орієнтована терапія [25]

В. Райх розширив теорію лібідо, включивши до неї всі основні біологічні та психологічні процеси. До основних положень його теорії відносять такі:

- неврози є результатом застою сексуальної енергії;
- задоволення є вільним рухом енергії зсередини організму до периферії та в зовнішній світ;
- тривожність є відволіканням енергії від контакту із зовнішнім світом, повернення її всередину;
- терапія – це відновлення протікання енергії через звільнення блоків м'язового панцира. Ці блоки сприяють порушенню оргазмічної функції;
- конфлікт, який діяв у певний період життя, залишає слід у характері та у формі ригідності;
- ригідність мускулатури – соматичний бік процесу стримання сексуальності;

- функція панцира – захист від незадоволення. А результат – втрата здатності до задоволення. Хронічні м'язові зажими блокують тривожність, гнів і сексуальне збудження;
- панцир характеру є тотожним панциру м'яз. Вони виконують одну функцію і можуть замінити один одного (див. матеріали до практичного заняття).

В. Райх сформулював свою концепцію як принцип психосоматичної єдності і протилежності. Він вважав, що єдність існує на глибинному енергетичному рівні організму, тоді як на рівні споглядальних явищ існує протилежність.

2.1.4. Психосоматичні ідеї неофрейдистів

У концепції “неповноцінності органа” А. Адлер [1] пояснює, яким чином невроз обирає свої органи як мішені. Розповсюджуючи принцип неповноцінності на стан окремих органів тіла, А. Адлер стверджував, що саме вроджена неповноцінність органа, пов'язана з неповноцінністю психологічною, робить його схильним до психосоматичних розладів. Крім того, А. Адлер виділяв таке явище, як “втеча у хворобу”, яке поряд із “прагненням до влади” було віднесено до двох основних неконструктивних шляхів подолання комплексу неповноцінності. Уникнути “втечі від хвороби” людина може, лише надаючи перевагу таким конструктивним шляхам подолання комплексу неповноцінності, як реакція компенсації та реакція надкомпенсації. *Реакція компенсації* – подолання комплексу неповноцінності шляхом розвитку якостей, які не мають дефектів (наприклад, фізично слабкий розвиває інтелект). *Реакція надкомпенсації* – подолання комплексу неповноцінності шляхом розвитку якостей, які сприймаються як дефект (наприклад, косноязычний стає оратором).

За К. Хорні [36], саме механізм тривоги виходить на перший план, набуваючи головного значення у виникненні тілесних проблем. Психосоматичні розлади є тілесними проявами тривоги. Виникнення базальної тривоги за К. Хорні є близьким до механізму формування комплексу неповноцінності за А. Адлером і зумовлює виникнення невротичних потреб. Види невротичних потреб – у схваленні, у співчутті, у владі, у престижі, у володінні, у залежності, в ізоляції, у славі, у любові – поєднуються в групи:

- 1) прислужлива особистість (потреба у схваленні й любові з боку партнера, що домінує);
- 2) відчужена особистість (потреба в незалежності й досконалості, замкненість);
- 3) агресивна особистість (потреба у владі, престижі, захопленні, успіху та підкоренні інших).

Невротичні потреби відрізняються від нормальних тим, що вони вимагають постійного задоволення без наявності адекватних причин; залежністю стану людини від їхнього задоволення; несиметричністю задоволення в діаді.

Основною причиною невротичних потреб є базальна тривожність, яка включає тріаду почуттів: безпорадність, почуття ізоляції, почуття небезпеки. Базальна тривожність виникає в результаті блокування основних потреб: у комфорті, в інтеграції, у безпеці.

2.1.5. Уявлення представників екзистенціальної психотерапії

Близькими до описаних поглядів є уявлення представників екзистенціальної психотерапії про тривогу як невід'ємну частину людського існування. Подолання тривоги можливе завдяки задоволенню потреби в *самоактуалізації*. Самоактуалізація, за А. Маслоу [18], характеризується таким чином:

– об'єктивне сприйняття реальності; повне прийняття своєї власної натури захопленість і відданість справі; простота і природність поведінки; потреба в самостійності й незалежності можливості усамітнитися; інтенсивний містичний і релігійний досвід, наявність вищих переживань; доброзичливе і співчутливе ставлення до людей; неконформізм (опір зовнішнім впливам); демократичний тип особистості; творчий підхід до життя; високий рівень соціального інтересу.

2.1.6. Клієнт-центрована психотерапія

К. Роджерс [26] також вважав, що головним мотивом діяльності людини є прагнення до самоактуалізації. Він підкреслював значення позитивної уваги в дитинстві. Основними поняттями його концепції є такі:

- “поле досвіду” – те, що потенційно доступне свідомості, усвідомлювана частина внутрішнього світу;
- “самість” — цілісність, яка включає тілесний, символічний, духовний досвід;
- “Я – реальне” – система уявлень про себе самого, яка формується на основі досвіду спілкування;
- “Я – ідеальне” – уявлення про те, якою б людині хотілося стати в результаті реалізації своїх можливостей;
- “Тенденція до самоактуалізації” – рух до більш реалістичного функціонування.

Умови успішного психотерапевтичного процесу – *“тріада Роджерса”*:

- конгруентність у відносинах із клієнтом (відповідність між почуттям і змістом висловів; безпосередність поведінки; невідгородженість; щирість; інструментальність концепцій);
- безумовна позитивна оцінка по відношенню до клієнта;
- емпатичне сприйняття клієнта.

Сім етапів психотерапії, за К. Роджерсом:

- заблокованість внутрішньої комунікації (відсутні особистісні повідомлення, не визнається наявність проблем, відсутнє бажання до змін);
- стадія самовиразу (клієнт в атмосфері прийняття відкриває свої почуття);
- розвиток процесу самовідкриття (3-й і 4-й етапи);
- формування відношення до свого феноменологічного світу (подолання відчуженості від свого Я);

- розвиток конгруентності, самоприйняття й відповідальності, встановлення вільної внутрішньої комунікації;
- особистісні зміни, відкритість світу і собі.

Результат – психічне здоров'я, а саме :

- відкритість досвіду будь-якого типу;
- намір жити повним життям у будь-який момент життя;
- здатність прислухатися до інтуїції більше, ніж до розуму і думок інших;
- почуття свободи в думках і вчинках;
- високий рівень творчості.

Психосоматичну проблематику в межах парадигми клієнт-центрованої психотерапії пов'язано з проблемами задоволення потреби в самоактуалізації.

2.1.7. Трансактний аналіз

Трансактний аналіз, за Е. Берном [7], включає:

1. Структурний аналіз. Структура особистості характеризується трьома Его-станами.

“Батьківський” — стан з інтеріоризованими раціональними нормами, вимогами, заборонами. Це інформація, одержана в дитинстві від батьків та інших авторитетних осіб. “Батьківський” Его-стан може бути “контролюючим” (заборони, санкції) і “турботливим” (поради, підтримка, опіка).

“Дитячий – стан, що відображає емотивне начало в людині, яке проявляється двома видами: “природна дитина” – довірливість, безпосередність, захоплення, винахідництво, капризність, образливість, егоцентричність, впертість, агресивність, легковажність; “адаптивна дитина” — передбачає поведінку, яка відповідає очікуванням батьків — конформність, невпевненість, сором'язливість. Різновидом адаптивної дитини є “дитина, що бунтує”.

“Дорослий” – стан, що відображає здатність людини об'єктивно оцінювати дійсність за інформацією, одержаною в результаті власного досвіду, і на основі цього приймати незалежні адекватні рішення.

2. Аналіз трансакцій. Трансакції – взаємодії з іншими людьми з позиції “Дорослого”, “Батька” чи “Дитини”. Виділяють трансакції:

доповнювальні – відповідають очікуванням тих, хто взаємодіє, і є неконфліктогенними;

перехресні – на стимул видається реакція, яка активує невідповідний Его-стан;

приховані – включають більше двох Его-станів, що становлять сутність психологічних ігор.

3. Аналіз ігор. Гра – серія прихованих трансакцій з чітко визначеним результатом. Метою є уникнення прямих трансакцій, одержання психологічного виграшу шляхом маніпуляції партнером. Структура гри: теза, мета, ролі, кроки, винагороди. Результат

гри: збереження рівня самоповаги; заповнення психологічного часу (одержання “поглажування”); звернення на себе уваги; одержання права на безвідповідальність; уникнення усвідомлення власних недоліків; звільнення від почуття провини; обмін агресивними трансакціями; одержання пробачення; уникнення покарання; задоволення від манери чинити безлад; звільнення внутрішньої стабільності.

4. Сценарний аналіз. Життєвий сценарій – план життя, який нагадує спектакль. Може бути конструктивним, деструктивним, непродуктивним. Життєвий сценарій залежить від психологічних позицій, прийнятих у дитинстві. Психологічна позиція – це позиція у ставленні до себе й до інших.

Види психологічної позиції:

1. “Я о’кей – ти о’кей” – позиція успіху
 2. “Я о’кей – ти не о’кей”
 3. “Я не о’кей – ти о’кей”
 4. “Я не о’кей – ти не о’кей”
- } позиція життєвого неуспіху.

Виникнення психосоматичних проблем інтерпретується в парадигмі трансактного аналізу як один із варіантів розвитку життєвого сценарію неуспіху. Крім того, виникнення *психосоматичних ефектів* може бути зумовлене специфікою ролей в іграх, в які грають люди, перевагою дитячого та батьківського Его-станів, перевагою перехресних та прихованих трансакцій.

2.1.8. Гештальт-терапія

Погляд на єдність тіла та психіки у Ф. Перлза [23] сформувався під впливом В. Райха. Організм, на його думку, є єдиним цілим. Хвора людина нездатна або визначити потребу, що домінує, або побудувати стосунки з оточенням так, щоб потреба, яка домінує, задовольнялась. Симптоми виникають, коли життєво важливі потреби не задовольняються і коли порушено здатність до творчого пристосування (використання власних можливостей і можливостей середовища для задоволення потреб).

У *гештальт-терапії* існує стратегія роботи з психосоматичними захворюваннями, яка складається з кількох етапів:

1. Генералізація проєкції. Пацієнтові пропонується побути своєю хворобою і поговорити від її імені. Можна спитати пацієнта про характер хвороби, попросити описати її.
2. Прояв активної нереалізованої потреби, яка стоїть за хворим органом, усвідомлення цієї потреби. Слід поставити акценти на позитивному аспекті хвороби (“Що ти можеш дати мені цінного і необхідного, без чого я не можу обійтись?”).
3. Вираз заблокованого почуття, усвідомленої потреби по відношенню до особистого оточення.
4. Інтеграція одержаного досвіду, включення його в систему цілісної особистості.

Працюючи з пацієнтом, слід проаналізувати функціональне значення хвороби, міру її життєвої важливості, тобто з’ясувати, що означає для нього бути хворим на таку хворобу; у чому полягає особистісний сенс цієї хвороби для оточення, сім’ї, яке

екзистенціальне послання може приховуватися за цим симптомом і якими альтернативними шляхами його може бути передано оточенню. На соціально-психологічному рівні розглядається функція симптому в системі міжособистісної взаємодії та стосунків з макросистемами. У міжособистісному плані видно регулятивну роль симптому в стосунках пацієнта з близьким оточенням і терапевтом.

2.1.9. Порівняльна характеристика психосоматичних ідей біхевіористичного та когнітивного підходів

Модель хвороби, яка лежить в основі *біхевіоризму* [24], розглядає соматичні та психологічні симптоми, як заучену форму поведінки, яку можна і забути. Поведінка у хворобі зумовлюється впливом певних подразників. Певні думки та настанови одночасно приводять до розвитку соматичних симптомів і сприяють їхньому зберіганню. *Біхевіорист* прагне змінити поведінку, а *когнітивіст* прагне змінити сприйняття себе й оточення. При цьому застосовуються стратегії на підкріплення поведінки, яка сприяє здоров'ю і відмову від поведінки, яка сприяє хворобі. Біхевіористів і когнітивістів не цікавлять причини розладів і минуле пацієнтів. Біхевіорист зосереджується на актуальній поведінці, а когнітивіст на тому, що наразі думає людина про себе і про світ. Біхевіорист вчить новим способам поведінки, а когнітивіст – новим способам мислення. Структура переконань, яка виникла історично в межах певної культури зветься дискурсом. Синонімом дискурсу в когнітивній психології [34] є “схема” – когнітивна репрезентація минулого досвіду, правила, які організують і спрямовують інформацію, що стосується особистості. Схеми впливають на процеси оцінки подій і процеси пристосування. Тому основним завданням психолога є допомога пацієнтам у розумінні того, як вони пояснюють реальність. Схеми мають структурні якості: широта, гнучкість, інтенсивність. Афективно заряджені схеми, які лежать в основі систематичних помилок мислення, називають “когнітивними викривленнями”: довільні умовиводи, надузагальнення, перебільшення, нівелювання, оцінні судження, максималізм, персоналізації. При складанні анамнезу, стежачи за розповіддю про значущі події, важливо знайти індивідуальну когнітивну схему, пов'язану з патогенезом психосоматичного розладу.

Інформаційний підхід розвивався в межах когнітивізму й відбитий у концепції І. Пригожина [24] та Б. Ананьєва [5], які розглядають психосоматичний симптом як *результат високої ентропії та дії атрактора хвороби*.

Проявами ентропійних, хаотичних, деструктивних тенденцій у життєдіяльності організму є втрата людиною тілесних можливостей із часом. За І. Пригожиным, особливість термодинаміки незворотних процесів у відкритій системі в нелінійній області полягає в здатності здійснювати дисипацію (коливання) біля точки рівноваги. Це знижує потік ентропії. Нелінійність означає таке:

- 1) малі події можуть спричинити значні наслідки (“Ефект метелика”);
- 2) майбутнє неоднозначно визначається теперішнім (можливі розгалуження процесу – біфуркації).

Існують траєкторії, які ведуть систему до стійких станів. Такі стани називають атракторами. Якщо система увійшла в коридор атрактора, то це зумовлює її майбутнє.

За Б. Ананьєвим, психосоматичні варіанти вісцеральної патології є наслідком формування й перманентної актуалізації “структурних атракторів хвороби” (генетичний фактор; хвороби дитинства; умови виховання, психотравматичні ситуації; особистісні особливості дискретного типу).

Хвороби внутрішніх органів розглядаються як онтогенетичні адаптаційно-компенсаторні психосоматичні процеси, а здоров'я – як процес динамічної рівноваги адаптаційних і компенсаційних механізмів. Соціально-психологічні фактори створюють умови хаосу і виконують такі функції: тригерну (запуску процесу) та моделювальну (спрямування з точки біфуркації в сприятливе русло).

2.2. Психосоматичний аналіз особистості

Психосоматичний аналіз особистості може застосовуватися як засіб психокорекції. Такий аналіз має ґрунтуватися на основних технологічних засобах, які було запропоновано в різних психотерапевтичних парадигмах. Інтегральність психосоматичної проблематики дозволяє об'єднати зазначені засоби, долаючи еклектичні перестороги. Одним із втілень такого підходу може бути запропонована та апробована автором посібника методика психосоматичного аналізу особистості ПАВА [35]. Назва методики є аббревіатурою таких понять, як персоніфікація, асоціація, візуалізація, аналогізація (рис. 1).

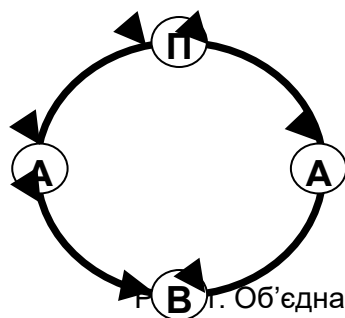


Рис. 1. Об'єднання засобів психокорекції за методикою ПАВА

Тут *персоніфікація* – це ідентифікація особистості з органом чи підсистемою організму. *Асоціації* – образи, ідеї, почуття, метафори, які пов'язано з симптомом, з особливостями функціонування органа, з його цільовим призначенням. *Візуалізація* – виявлення когнітивної схеми, ідеї, яку закладено в симптомі в наочній формі, унаочнення конфліктної ситуації, яка зумовила виникнення симптому, унаочнення порушення у функціонуванні органа, яке зумовлює відчуття симптому. *Аналогізація* – виявлення спільних рис між проблемою органа і проблемою особистості, між симптомом та ідеєю, яку він символізує.

Зупинімося стисло на характеристиці етапів методики ПАВА.

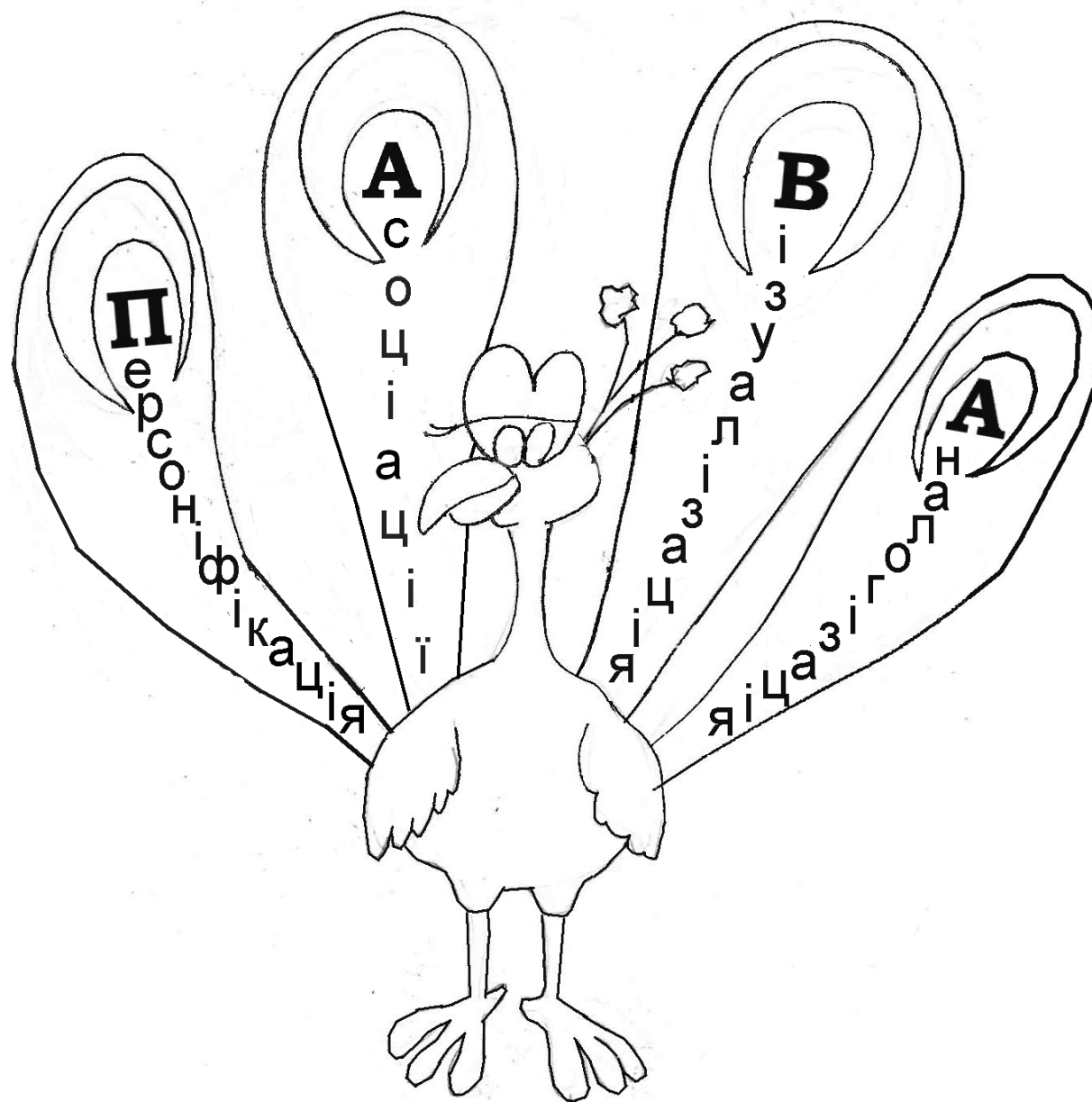
Персоніфікація як метод застосовується представниками гештальт-терапії у двох напрямках: як спроба уявити хворий орган як живу істоту та як ідентифікація хворого з власним хворим органом. Крім того, на думку психоаналітиків, принаймні проблема, якщо не вся людина, втілюється в особливостях функціонування тих чи інших органа чи системи. На нашу думку, саме персоніфікація є першим кроком у виявленні психологічного механізму соматичного розладу (діагностична чи дослідницька мета).

Асоціація ще за часів античності була запропонована Платоном як універсальний механізм функціонування психіки. Як психосоматичний метод застосувалася вперше Авіценною. А в психологію прийшла через психоаналіз. Саме асоціативний потік надає можливість визначити змістовні характеристики зв'язків між психологічними проблемами особистості та їхнім утіленням у порушеннях функціонування органа чи підсистеми організму.

Візуалізація як метод, що спирається на продуктивні функції репродуктивної уяви є загальновживаним у психотерапевтичній практиці. Світогляд сучасної людини, яка прагне успіху, базується на так званому позитивному мисленні. Таке мислення ретельно операціоналізовано в нині популярному фільмі "Секрет" і ґрунтується на методі візуалізації. Але в психосоматичному аналізі особистості від візуалізації вимагається не стільки створення яскравого й динамічного образу, скільки унаочнення ідеї, закладеної у порушення функціонування організму у вигляді схеми. Таке унаочнення може бути досягнуто через візуалізацію конфлікту, ситуації та особливостей функціонування органа.

Аналогізація є індуктивним умовиводом, в якому висновок має ймовірнісний характер і ґрунтується на припущенні про подібність двох об'єктів чи явищ. Евристичний потенціал аналогізації доведено в дослідженнях з психології творчості. Оскільки за результатами попередніх етапів психосоматичного аналізу констатовано зв'язок між проблемами та соматичними розладами (персоніфікація), визначено особливості соматичних проблем, які символізують психологічний зміст (асоціації), та унаочнено їх (візуалізація), лишилося через виявлення спільних рис між симптомом та ідеєю, яку він символізує (аналогізація), повернутись до особистості, яка через усвідомлення психологічної символіки власних соматичних розладів здійснила оновлення свого потенціалу (персоніфікація).

Наприклад, жінка 38 років раз на три місяці страждає нападами панкреатиту. Персоніфікація дозволяє поставитися до хворого організму, як до суб'єкта, який є віддзеркаленням особи хворого. Підшлункова залоза виділяє деякий агресивний секрет, який бере участь у перетравлюванні їжі. При порушенні функціонування залози закриваються її протоки, а виділений нею секрет залишається всередині. У результаті, підшлункова залоза починає немовби сама себе перетравлювати, а мисленнєвий процес психолога дає такі асоціації, як самопоїдання та саморозчинення. Візуалізація особливостей функціонування залози надає можливість уявити, що діється. І дійсно, ця жінка неначе розчинилася у своїй сім'ї, як її хворий орган в середовищі її організму. Вона живе проблемами доньки та чоловіка, але сама бачить себе тільки в майбутньому, пенсіонеркою. Крім того, вона несвідомо займається самопоїданням, причиною якого може бути почуття провини по відношенню до себе як нереалізованої особистості. І дійсно, будучи дипломованим медиком, вона працює дрібним клерком (аналогізація). Усвідомлення психологічної символіки розладу дозволяє подолати хворобу.



ТЕМА 3

3.1. Психодіагностика особистості як продукт аналізу соматичних проблем

Психологічний зміст соматичних захворювань може складати підґрунтя для психодіагностики особистості.

Психодинамічний підхід до психодіагностики особистості, розглянуто в темі, присвяченій психоаналітичним засадам психосоматики. Такий підхід може надати інформацію про внутрішні конфлікти, про зміст несвідомого та про механізми захисту, яким надає перевагу людина.

Психофізіологічний підхід дозволяє через аналіз структури та динаміки захворювань вийти на індивідуальні характеристики стресостійкості, адаптованості та особистісні характеристики, пов'язані з ними (рис. 2).

Серед сучасних підходів евристично плідними для психодіагностики є *позитивна психотерапія* Н. Пезешкіана [22] (рис. 3) та *неоюнґіанська концепція хвороби як шляху* особистості Р. Дальке та Т. Детлефсена [10].

За Н. Пезешкіаном, кожна хвороба зумовлена відповідними так званими "актуальними здатностями", які легко визначаються за результатами соматичного діагнозу. Крім того, відвертість і чемність є тими полярними якостями особистості, які пов'язано з надактивністю симпатичної чи парасимпатичної нервової системи та зумовлюють різні групи хвороб.

Р. Дальке та Т. Детлефсен називають свій підхід "фінальною причинністю", чи "позачасовою концепцією аналогій". Основний постулат полягає в тому, що хвороба зумовлена не тільки минулим, але й майбутнім. Чому на папері виникає написане? Тому що на столі лежав папір? Тому що на світі є алфавіт? Чи все ж таки тому, що автор написаного мав за мету передати інформацію? Інформація, яка передається через хворобу, має виключно психологічний зміст, стосується особистості. На думку авторів, життєвий шлях людини – шлях до самої себе. На шляху самопізнання зустрічаються складності, коли людина не може бачити ту частину своєї цілісності, яка зветься в термінах теорії К. Юнга "Тінь". У симптомах хвороби Тінь демонструє свою присутність. А людина сама перетворює явища на причини хвороби. Момент, коли з'являється симптом, може дати інформацію про коло проблем, які цей симптом виражає, оскільки в ньому виражається Тінь. Хворий розповідає про свої психічні проблеми, говорячи про симптоми соматичні.

Наприклад, неусвідомлене прагнення переступити межу проявляється на рівні організму як симптоми екземи. Для психодіагностики особистості засобами психосоматики, поряд зі здатністю сприймати психологічний підтекст симптомів, слід мислити аналогіями, що дозволяє впізнавати в конкретному явищі виражений у ньому принцип. У прикладі з екземою шкіра є аналогією моральних норм, оскільки на соматичному рівні виконує ті ж функції, що і норми на психічному. Будь-який зміст психіки має соматичну відповідність. Звичайний симптом перетворюється на симптом хвороби в разі опору йому. Опір дає зрозуміти, що людина зіштовхнулася

з часткою Тіні. А ті симптоми, які відповідають уже усвідомленим частинам Тіні, ми приймаємо за звичайні прояви особистості. Відповіді на запитання: “Чому заважає цей симптом? Що він примушує робити?” – надають ключ до усвідомлення психологічного сенсу хвороби. Проблема може знайти вираз через різні органи й системи (“зсув симптомів”). Симптом повертає людині цілісність, але остаточно вирішити проблему він не може. У своїй свідомості людина залишається нецілісною (хворою), доки не визнає власну Тінь. Симптом висуває вимогу і надає можливість усвідомити приховану проблему.

Внутрішні причини

Духовний рівень: відсутність конструктивних життєвих цілей, екзистенційного сенсу життя.

Мотиваційний рівень: перфекціонізм.

Когнітивний рівень: дезадаптаційні переконання, помилки мислення.

Емоційний рівень: негативний емоційний вантаж

Зовнішній пусковий фактор

Стрес, життєво важлива невдача, конфлікт, втрата близьких, різка зміна життєвих обставин, невизначеність майбутнього

Фрустрація (неадекватне переживання невдачі чи невідповідності бажаного і дійсного, у тому числі реального та ідеального образу “Я”

Занижена самооцінка й підвищена самокритичність, комплекс меншовартості, почуття безпомічності

Невпевненість у собі, яка проявляється на когнітивному (зниження продуктивності мислення, складності прийняття рішень, нав’язливі думки), емоційному (дискомфорт), мотиваційно-вольовому (апатія чи нав’язливі потяги) й поведінковому (порушення пошукової та пристосувальної активності, нав’язливі дії) рівнях

Соціально-психологічна дезадаптація (стресовий розлад, невротичний розвиток і розлад особистості)

Особисті здатності	
актуальні	
пунктуальність, чистоплотність, акуратність, слухняність, вірність, ввічливість, чесність, справедливість, старанність, бережність, обов’язковість, точність, сумлінність	любов, терпіння, взірець, час, контакти, сексуальність, довіра, надія, віра, сумніви, впевненість, цілісність

Зовнішні	Мікротравми – непунктуальність, ненадійність, несвоєчасність, несправедливість
----------	--

актуальний конфлікт

Базовий конфлікт – виникає з АК,
коли актуальні здатності суб'єктивно
погіршують зовнішні події
Ключовий конфлікт – готовність до
вчинків, яка проявляється в
дихотомії таких якостей:

Чемність	Прямота
Цій якості відповідає в механізмах ЦНС така реакція:	Цій якості відповідає в механізмах ЦНС така реакція:
страх	агресія
симпатикотонія	парасимпатикотонія

Функціональні розлади

Органічні синдроми

	базові	вторинні
	здатності до пізнання	
	здатності до любви	первинні

	Життєві події – зміни у професійній діяльності, статусі, сім'ї, звичах, святі, переселення, хвороба, смерть
--	---

Рис. 3. Модель конфлікту в позитивній психотерапії (за Н. Пезешкіаном)

3.2. Методи психодіагностики у психосоматиці

Провідним методом психодіагностики у психосоматиці є бесіда.

Психодіагностична бесіда [17]:

1. Спочатку ставлять запитання *про скарги*, які спричинили звернення до психолога: “Що привело Вас сюди?”. Скарги зумовлюють необхідність розпитати пацієнта про зміст попередніх переживань. Важливо, щоб пацієнт розповів про свій стан власними словами. При цьому необхідно відмічати мовленнєві конструкції, якими він користується, описуючи свої скарги і картини своєї хвороби.

2. Наступне запитання дозволяє уточнити *час появи хворобливих переживань*: “Коли Ви це відчули вперше?”. Встановлюються періоди наступних погіршень і покращань. Важливий термін, аж до дня і часу.

3. Вирішальним для розуміння внутрішніх конфліктів і зовнішніх зв'язків є запитання *про життєву ситуацію на момент початку хвороби*: “Що діялось у Вашому житті, коли це сталося? Що на той час з'явилося нового у Вашому житті, хто з'явився у Вашому житті та хто пішов із нього?”. Це запитання про невдачі, зміни в роботі, перемиїни із житлом, втрати. Спогади слід викликати у формі вільних асоціацій. На ті драматичні події, про які пацієнт говорить як про звичайні, слід звернути особливу увагу.

4. *Ретроспективний погляд* надає можливість знайти життєві ситуації, які викликали хворобу в дитинстві: “Розкажіть мені ще трохи про себе, може, щось із дитинства”, “Розкажіть трохи про своїх батьків” чи “Якою Ви були дитиною?”, “Що для Вас було важливою подією в житті?”.

5. На завершення створюється *картина особистості пацієнта в цілому*. Якщо враховувати його душевні переживання й поведінку, то можна оцінити значення симптоматики, ситуації захворювання й даних анамнезу. “Що це означає для Вас? Як Ви це пережили?” – такі запитання приводять пацієнта до розуміння власних способів реагування.

Діагностична бесіда має частково характер провокації. Психолог, підбадьорюючи, ставить відверті запитання, які наштовхують пацієнта на відповідь, але не фіксують на них увагу, даючи лише напрямок для міркування: “Розкажіть мені про це детально. Як це переживалося Вами тоді?”. Важливими є ті моменти бесіди, коли пацієнт замовкає, немовби зустрів внутрішню перепону. Це шлях до розуміння внутрішніх переживань.

Уміння ставити запитання є важливою професійною навичкою психолога. С. Кулаков [13] пропонує такий параметр диференціації запитань, як континуум локусу змін, які стоять за цими запитаннями. На одному полюсі континуума лежить переважно орієнтувальна діагностична мета, а на іншому полюсі – мета втручання (досягнення змін). Другу важливу вісь для диференціації запитань пов’язано зі змінами у припущеннях про зміст психічних феноменів у психотерапевтичному процесі.

Тоді на одному полюсі опиняються переважно лінійні цілі, а на іншому – циркулярні (системні). Перетин цих двох вісей дає чотири квадрати, відповідні чотирьом основним типам запитань (рис. 4).



Рис. 4. Диференціація запитань згідно з цілями, за С. Кулаковим [13]

1. *Лінійні запитання* – це запитання типу: “Хто це зробив? Де? Коли? Чому?”. Більшість інтерв’ю починаються зазвичай з декількох лінійних запитань. Психотерапевт намагається з’ясувати конкретну причину проблеми.

2. *Циркулярні запитання* ставлять, щоб спеціаліст міг розібратися в ситуації клієнта. Провідна гіпотеза під час постановки гіпотез інтеракційна й системна. Робиться припущення, що одне явище якимось пов’язано з іншим. Питання формулюються для з’ясування стійких картин стосунків у ланцюгу, які пов’язують особистість, об’єкт, дії, сприйняття, ідеї, почуття, події, настанови,

контекст.

3. Для *стратегічних запитань* характерна коригувальна функція. Спеціаліст поводить, як вчитель, інструктор, суддя. Директивність психотерапевта може бути прихованою, але проходить крізь контекст, час та інтонацію.

4. *Рефлексивні запитання* – це запитання, які сприяють особистісному зростанню шляхом стимуляції відповідей, які дозволяють створити нові конструктивні настанови.

Поряд із бесідою в діагностичних цілях може бути застосовано психологічні опитувальники, які надано в матеріалах до практичних занять.

3.3. Психосоматика в класифікаторах хвороб [13]

У клінічній практиці виникло власне розуміння психосоматичних розладів, яке охоплює соматичні порушення без “однозначного органічного субстрату”. Варіанти соматоформних розладів відбито двома провідними класифікаційними системами світу – МКХ-10 та DSM-IV.

Соматоформні розлади в МКХ-10 (F-45)

- Соматизований розлад (F 45.0).
- Соматоформна вегетативна дисфункція (F 45.1).
- Конверсійний розлад (F 44. xx).
- Соматоформний больовий розлад (F 45.4).
- Іпохондрія (F 45.2).
- Дисморфофобічний розлад (F 45.2).
- Соматоформний розлад не уточнений (F 45.9).

Соматоформні розлади – соматичні симптоми, які не можна достатньою мірою пояснити органічними захворюваннями та які не є вторинними наслідками іншої психічної симптоматики.

Соматизований розлад – соматоформний розлад, який характеризується значною кількістю фізичних нездужань (вираженість), що повторюються (постійність) і не мають органічної основи (синдром Бріке). Термін “соматизація” було введено в медичну практику як альтернативу конверсії.

Соматоформні вегетативні розлади – множинні соматоформні симптоми, відрізняються тим, що суб’єктивні відчуття та скарги не є вираженими та постійними і не пов’язуються хворим з одним органом або системою (наприклад, прискорене серцебиття, почервоніння, піт, тяжкість в епігастрії, неприємні відчуття в животі).

Конверсійні розлади розуміють як порушення фізіологічних функцій, які втрачають саморегуляцію внаслідок психологічних проблем.

Конверсія – трансформація емоційних порушень у рухові, сенсорні та вегетативні еквіваленти. В утворенні істеричних соматоформних розладів відіграє роль первинний і вторинний зиск. Первинний зиск полягає в тому, що істеричні симптоми не допускають внутрішній конфлікт до свідомості, а вторинний – істеричні симптоми викликають в інших добре ставлення до хворого чи дозволяють йому уникнути неприємної діяльності.

Іпохондричні соматоформні розлади – такі розлади, за яких люди неправильно інтерпретують незначні симптоми, пов'язані з функціями організму, чи занадто сильно реагують на них.

Дисморфофобія – надзвичайна стурбованість із приводу недоліків зовнішності.

Соматоформний больовий розлад – зумовлює біль, провідну роль у виникненні, силі й тривалості якого відіграють психологічні форми.

МОДУЛЬ II ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ТІЛЕСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

ТЕМА 4

ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ



За Ф. Александером, хворі на *гіпертонію* характеризуються:

- ❖ стримуванням агресивних імпульсів, пов'язаних із тривожністю, чи їхнім витісненням;
- ❖ пригніченням сексуальної сфери, почуттям провини через незаконний зв'язок;
- ❖ конфліктом між пасивно залежними нахилами і компенсаторними агресивними ворожими імпульсами;
- ❖ заздрістю і ворожими почуттями до конкурентів через страх поразки.

Хворі на *мігрень* характеризуються:

- ❖ затримкою емоційного розвитку, високим інтелектом, складнощами сексуальної адаптації, надмірною залежністю від матері;
- ❖ ханжеським типом особистості: честолюбство, скритність, спокій, гордощі, чутливість, деспотичність, відсутність почуття гумору;

ворожими імпульсами, які спочатку спрямовано проти людей, які

- ❖ виділяються своїм інтелектом, а потім проти власної природи.
Хворі на *аритмію* характеризуються:
- ❖ зв'язком із тривогою та гнівом;
- ❖ витісненими ворожими імпульсами;
- ❖ тим, що зустрічається в боязних та скутих людей;
- ❖ як варіант, вузькоспрямованою фобічною тривогою.

За Н. Пезешкіаном, хворі на *гіпертонію* характеризуються:

- здатністю реагувати на зовнішній тиск внутрішнім тиском;
- через аналіз таких метафор, як “чинити тиск”, “випустити пару”, “закипіла кров у жилах”, “підстрибнути як ужалений”, “дійти до краю”, “урвався терпець”, “піддати пару”, “підхльоснути”;
- порівнянням із хижаком, зачиненим у клітці в пошуках шансу на напад чи втечу;
- напруженням через вимушену ввічливість, внутрішньою боротьбою з агресивністю, честолюбством, перфекціонізмом, неадекватно завищеними очікуваннями, потребою у схваленні;
- вимогливим, контролювальним типом батьків із такими настановами: “розумний поступиться першим”, “головне – це спокій”, “зосередься”, “спочатку пропусти інших”, “будь ввічливим”;
- проблемами з такою актуальною здатністю, як терпіння, а саме нетерплячістю по відношенню до пунктуальності, акуратності, вірності, працелюбності, бережливості.

Люди із захворюваннями *крові* характеризуються:

- ❖ здатністю “потом і кров'ю” реагувати на перенавантаження та незадоволення потреби;
- ❖ вербалізацією в таких метафорах: “висмоктати кров”, “вижимати соки”, “плоть від плоті”, кривава помста”, “закипіла кров у жилах”, “стікати кров'ю”, “хвилює мою кров”;
- ❖ проблемами з такими актуальними здатностями, як сумніви та впевненість;
- ❖ батьківською концепцією реагувати на фантазії;
- ❖ впертістю, догматизмом, фіксацією, почуттям провини, страхом, недовірою, безнадією,

Хворі на *головний біль та мігрень*

- ❖ здатністю давати вихід напруженню і
- ❖ через аналіз таких метафор, як “ламати голову”, “бути без голови”, “бути головним болем”, розколюється”, “ризикувати головою”, “підставляти “стискувати зуби”, “закушувати губу”, “бути



конфлікти активацією негативної

фанатизмом, амбівалентністю, надмірними вимогами. характеризуються:

конфліктам через голову; голову”, “задіти за живе”, “втратити “мати німб навколо голови”, “голова лоба”, “тримати вухо востро”, твердолобим”, “високо тримати

голову”, “покірно схиляти голову”, “з холодною головою”, “втратити голову”, “битися головою об стінку”;

- ❖ батьками, які цінують розум і досягнення;
- ❖ неспроможністю розслабитися й отримати задоволення;
- ❖ неадекватно завищеними цілями, яких складно досягти;
- ❖ стосунками з іншими, які залежать від вигоди для роботи;
- ❖ песимістичними поглядами;
- ❖ такими концепціями: “я не маю часу”, “перш за все робота”, “я все зроблю сам”, “я не роблю наполовину”, “треба хоч трохи думати головою”;
- ❖ проблемами з такою актуальною здатністю, як акуратність, а саме педантичність, нав’язливий контроль, “хаос – порядок” тощо. Хворі на *аритмію* та *інфаркт міокарду* характеризуються:
- ❖ через аналіз таких метафор: “бути м’якосердим”, “брати близько до серця”; “мати щось на серці”; “згнітивши серце”; “серцеїд”; “відданий усім серцем”; “завмерло серце”; “говорити від щирого серця”; “камінь на серці”; “порадити від щирого серця”; “це розриває мені серце”; “удар у самісіньке серце”;
- ❖ відчуттям нестачі материнської любові, зумовленим розлученням чи смертю;
- ❖ наявністю неавторитетного батька, конфлікту домінантності між батьками, обмеженим спілкуванням сім’ї з іншими;
- ❖ проблемами з такою актуальною здатністю, як пунктуальність (очікування на пунктуальність від інших, переживання щодо порушень графіку);
- ❖ страхом розчарування;
- ❖ схильністю до дотримання традицій.

За І. Г. Малкіною-Пух, хворі на *гіпертонію* характеризуються:

- виникненням загострення в ситуаціях хронічного напруженого очікування;
- провокаційними ситуаціями тривалого стану страху, нестачі часу, стримуваної агресії;
- складнощами самоствердження;
- страхом втрати прихильності;
- роздратованістю у зв’язку з нездоланим опором;
- нападами гніву в дитинстві;
- схильністю до роботи за інших, працелюбністю, обов’язковістю, відповідальністю, сором’язливістю, відмовою від власних потреб на користь інших, щоб отримати схвалення.

Люди, які страждають на *головний біль*, характеризуються:

- ❖ зумовленістю загострень зовнішнім та внутрішнім конфліктами;
- ❖ надмірними претензіями, очікуванням успіху та схвалення у поєднанні з почуттям провини з дитинства;
- ❖ честолюбством із надміром активності та одноманітністю життя;
- ❖ прагненням досконалості;
- ❖ складнощами з повним розслабленням.

Хворі на *ішемічну хворобу серця та інфаркт* характеризуються:

➤ поведінкою типу А (благополуччя у творчому спокої та нав'язливі роздуми в разі неуспіху). Виділяють такі *варіанти поведінки типу А*:

- 1) замкненість, стриманість у міміці та жестах, майже без проявів бурних емоцій, та коли вже дійшло до того, то неможливість тривалий час заспокоїтися;
 - 2) уміння приховувати свої почуття;
 - 3) товарииськість, експресивність;
- тим, що розчарування, розставання та неуспіх є загрозою для здоров'я;
- зумовленістю синдромами *гіперактивності* (честолюбство, працьовитість, цілеспрямованість та ретельність); *надкомпенсації* (зовнішній тиск провокується поведінкою і призводить до перенапруження, характерні надурочні та порушення сну); *руйнування* (страждання, емоційна стриманість, соціальна пристосованість зовні, а виснаженість та депресія всередині).

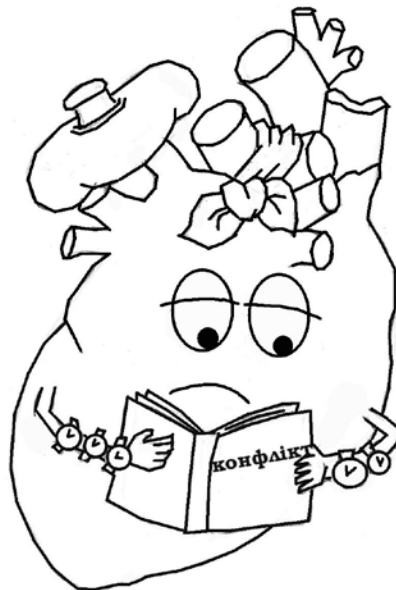
За Р. Дальке – Т. Детлефсеном, люди, які страждають на *головний біль*, характеризуються:

- ❖ тим, що людина, яка цінує розумне, надає перевагу тверезому підходу, може досягти значних висот, але при цьому позбавитися підтримки “знизу”, оскільки не відчуває своїх коренів (на “висоті” голова починає крутитися і тому “б’є тривогу”);
- ❖ честолюбством, завищеними претензіями, прагненням наполягти на своєму;
- ❖ використанням раціонального мислення для обмеження власного “я”, забезпечення домінування власного Его;
- ❖ неправильним використанням власного розуму, переслідуванням сумнівних цілей;
- ❖ тим, що організм швидко реагує на появу проблем.

Хворі на *мігрень* характеризуються:

- ❖ однобічністю мислення;
- ❖ проблемою сексуальності (якщо людина з головним болем намагається “відділити свою голову від тіла”, то людина з мігренню переносить одну з проблем тіла в голову); напад мігрені – це “оргазм у голові”;
- ❖ порушенням травлення;
- ❖ небажанням мати нічого спільного зі змістом
- ❖ конфліктом між потягом і розумом. Розум має свої тілом. Якщо цей зв'язок розірвати, почнеться застій енергії, хвороби:

- якщо активність (секс, агресія) блоковано на рівні то з'являється головний біль;
- якщо активність блоковано на рівні вегетативної до дії), тобто на рівні функцій організму, то це
- якщо активність блоковано на рівні нервової діях), розвивається розсіяний склероз (див. тему 7);
- якщо активність гальмується на рівні м'язів



несвідомого;
корені в умінні користуватися власним
який проявиться в різних симптомах

мисленнєвої підготовки активності,

нервової системи (підготовка тіла
призводить до гіпертонії;
системи (втілення уявлення в

(втілення дії в рухах), то виникають

захворювання рухового апарату (ревматизм чи подагра) (див. тему 7).

Гіпертонія та гіпотонія пов'язані зі взаємодією крові та стінок судин. Якщо кров відповідає сутності, то стінки судин відповідають межам, на які орієнтується особистість у своєму розвитку, та опору цьому розвитку. Гіпотонік буквально не стоїть на варті, не встає в позу, не має стійкості. А гіпертонік, навпаки, стійкий, тримає себе в руках тощо. Гіпотонік та гіпертонік намагаються уникнути конфліктів, але різними засобами. Гіпотонік біжить від конфлікту на рівень несвідомого, а поведінка гіпертоніка характеризується втечею в діяльність, яка відволікає.

Проблеми судин можуть втілитися у *варикозі*. Якщо стінки судин слабкі, то в людини спостерігається відсутність опори і схильність піддаватися зовнішньому тиску. Такі люди образливі та мстиві. Їм не вистачає напруження та еластичності. Для вільної течії необхідна здатність змінюватися. Зупинка в розвитку зумовлює утворення тромбу. Коли свідомість людини стає інертною, її думки не виходять за межі прийнятих норм, в організмі застигає все, що має бути рухливим.

Аритмія буває у тих людей, яких ніякі емоції не здатні вивести з рівноваги. “Божевільним” серце стає тоді, коли сама людина не здатна “з глузду з’їхати” від хвилі емоцій.

Інфаркт міокарду – серцевий удар – це сума всіх не виведених назовні ударів. Переоцінка своїх сил і домінування волі відрізає людину від потоку життя. Розірватися може тільки тверде серце. Люди з хворим серцем – це ті, хто хотів би дослухатися тільки до голосу розуму, хто відводить емоціям незначну роль у житті.

ТЕМА 5

ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ТА ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

За Ф. Александером, люди із захворюваннями шлунково-кишкового тракту характеризуються:



- ❖ відразою до світу;
- ❖ екстравертованими якостями;
- ❖ страхом голоду (ядро почуття небезпеки);
- ❖ страхом майбутнього;
- ❖ оральною агресією (кусання), яка викликає почуття провини;
- ❖ витісненими сексуальними прагненнями, які регресивно виражаються у процесі харчування та його порушеннях;
- ❖ недостатнім умінням свідомо ставитися до власних образ та агресії.

Хворі на *анорексію* характеризуються:

- ❖ компульсивними рисами характеру;
- ❖ перфекціонізмом, упертістю, докорами сумління, чистоплотністю, чутливістю, амбіційністю;
- ❖ бажанням звернути на себе увагу (оскільки їжа – це задоволення, то має бути публічна форма покаяння), як це

робить дитина, відмовившись від їжі;
❖ самодеструктивними тенденціями.

Хворі на *булімію* характеризуються:

- ❖ прагненням до агресивного заковтування та володіння;
- ❖ тим, що ожиріння, як один із наслідків, є захистом від жіночої ро, а блювання, як один із наслідків, є проявом нечистої совісті чи відмовою від неусвідомленого бажання вагітності;
- ❖ тим, що їжа виявляється способом задоволення фрустрованої потреби в любові.

Хворі на *гастрит* характеризуються:

- ❖ фіксацією на ситуації залежності в ранньому дитинстві, Его;
- ❖ настановою на залежність, яка суперечить нестриманість харчової поведінки;



яка вступає в конфлікт з дорослим
самоствердженню й зумовлює

- ❖ амбіційністю, астеничністю, гальмуванням жіночих тенденцій, орально-агресивними та орально-рецептивними імпульсами;
- ❖ конфліктом між дитячістю та дорослістю;
- ❖ схильністю до перенавантажень та відмовою від допомоги;
- ❖ тенденцією до компенсації бажання залежності демонстрацією активної діяльності та прийняттям лідерства;
- ❖ страхом втрати стосунків залежності, які приводять до посилення шлункової секреції.

Хворі на *діарею та коліт* характеризуються:

- ❖ ворожими імпульсами, які сприяють розвитку почуття провини;
- ❖ прагненням компенсувати все те, що бажають відняти в інших, яке проявляється в стурбованості з приводу обов'язків;
- ❖ інфантильною формою даріння, замість реальних дій (вміст кишечника);
- ❖ нарцисизмом, залежністю від матері, витісненими садистичними імпульсами, фрустрованою схильністю виконувати обов'язки чи будь-що, що вимагає інтенсивного виходу енергії (у разі виразкового коліту).

Ті, хто страждають на *обстипацію (запор)*, характеризуються:

- ❖ свідомим агресивним та принизливим ставленням до інших як реакцією на почуття відторгнення та недовіри;
- ❖ позицією, яка відбивається в таких словах: "Я ні від кого нічого не можу чекати і тому не вважаю за потрібне щось давати. Я повинен триматися того, що маю".

За Н. Пезешкіаном, хворі на *виразку шлунка та 12-палої кишки* характеризуються:

- ❖ здатністю давати вихід напруженню й конфліктам;
- ❖ вербалізацією в таких метафорах: "важко на душі", "лопатися від злості", "з'їдати себе (чи когось)", "ущипливо реагувати", "не переварювати", "бути кислим", "показувати зуби", "замикатися у шкаралупі";
- ❖ проблемами з такою "актуальною здатністю", як слухняність, що пов'язано з покаранням, нагородою, схваленням;
- ❖ незадоволеною, потужною потребою в надійності та прив'язаності;
- ❖ прагненням до професійного успіху та грошей, яке витісняє турботу про духовну їжу;
- ❖ тим, що в батьківському домі важливу роль відігравали досягнення та бережливість; почуття гніву немовби "проковтувалися"; ді дітей "переговорувалося" увагою.

Ті, хто страждають на *обстипацію*, характеризуються:

- ❖ здатністю щось міцно тримати при собі;
- ❖ вербалізацією в таких метафорах: "утримуватись від чогось", "бурчати"; "тримати при собі"; "бути стриманим"; "поставити себе в жорсткі рамки"; "пустити на самоплин"; "бути замкненим"; "триматися за щось";
- ❖ проблемами з такими "актуальними здатностями": обов'язковість, точність, сумлінність;
- ❖ обмеженістю чи надлишковістю контактів при замкненості та мріях про відкритість;
- ❖ лояльністю до сімейних традицій та такими батьківськими девізами: "Довіряй, та перевіряй", "Стримуйся".

Хворі на *діарею та коліт* характеризуються:

- ❖ вербалізацією в таких метафорах: "накласти в штани з переляку", "тремтіти від переляку", "отримувати прочуханки", "покінчити з чимось", "відпустити на всі чотири сторони", "гроші не пахнуть";

- ❖ прагненням уникнути конфліктної сфери контактів;
- ❖ нервовістю, нетерплячістю, надчутливістю, ранимістю, блокуваністю здатності розслаблятися та насолоджуватися, вираженим самоконтролем з елементами нав'язливості, конфліктом між прагненнями близькості та незалежності;
- ❖ батьківськими концепціями: “точність – це чемність королів”, “не терши, не м'явши, не їстимеш калачі”;
- ❖ прагненням позбавитись чогось, що не має великої цінності, що містить небезпеку та тривогу.

Хворі на *холецистит* характеризуються:

- здатністю бути “жовчним” за зовнішньої привітності;
- вербалізацією в таких метафорах: “позеленіти від злості”; “камінь спотикання”; “жовчна людина”; “неначе муха вкусила”; “ґедзь напав”; “говорити напрому”; “чорні заздрощі”; “на свій страх і ризик”; “сліпа довіра”; “голову собі відтяти”; “легковірний”; “це вже доконче”;
- проблемами з такою “актуальною здатністю”, як довіра;
- бажанням допомогти іншим, ігноруючи власні бажання;
- спрямованим проти себе самого гнівом, традиційною свідомістю, працелюбністю;
- прагненням порядку та справедливості.

За І. Г. Малкіною-Пух, люди із захворюваннями *шлунково-кишкового тракту* характеризуються:

- ❖ вербалізацією в таких метафорах: “його складно розкусити”, “тобі це не по зубах”, “напевно, ти цього не перетравиш”, “аж слинки потекли”, “ти в повному лайні”; “із л... змішати”, “облив л... із ніг до голови”, “плювати я на тебе хотів”;
- ❖ переживаннями агресії, страху, депресії, які гальмують функції шлунку та кишечника;
- ❖ тим, що анальну зону (одну з ерогенних) пов'язано з боротьбою проти авторитету, а вміст кишечника – із власністю, володінням, довірою і можливий характер подарунка.

Хворі на *виразку шлунка та 12-палої кишки* характеризуються:

- за пасивного типу – схильністю до субдепресивного тла настрою. Напад виникає тоді, коли свідомі чи несвідомі бажання залежності зустрічають відмову. Страхом бути покинутим – на першому плані. Такі хворі шукають людей, які їх не кинуть, або не можуть повірити, що їх кинули. Страхом перед авторитетною батьківською фігурою. Відмовою від ризику. Такому хворому не вдається досягти переривання психологічної пуповини;
- за гіперактивного типу – силою бажання залежності, але хворі це не визнають, самі себе фруструють, позбавляють спокою. Вони агресивно наслідують свою мету компенсаторно прагнути незалежності й постійно намагаються довести свою силу. Хворий забезпечує собі почуття захищеності через досягнення успіху. Він прагне успіху, але в цілому неуспішний, оскільки одночасно активний і невпевнений у собі.

Ті, хто страждають на *обстипацію*, характеризуються:

- ❖ впертістю, любов'ю до порядку, бережливості;
- ❖ протестною реакцією;
- ❖ спробою утримати, щоб заволодіти, вистояти;

- ❖ відступом через страх;
- ❖ прагненням захиститися від занадто великої віддачі;
- ❖ через зв'язок дефекації з “брудними” потягами, почуттям провини чи небезпеки.

Хворі на *діарею* характеризуються:

- у сфері особистості домінуванням бажання визнання власної значущості та можливостей у поєднанні з латентним усвідомленням надмірності вимог і власної слабкості;
- залежністю від сильних об'єктів із рецептивними і оральними агресивними бажаннями;
- потребою дарувати в інфантильній формі;
- почуттям безсилля, яке компенсується бажанням.

Хворі на *ожиріння* характеризуються:

- ❖ недостатньою силою “Я” та, як наслідок, – недостатнім рахунок підкріплення;
- ❖ прихильністю до матері на тлі підлеглої ролі батька (мати руховий розвиток і готовність до соціального контакту та позиції);
- ❖ прагненням до отримання зайвих калорій як захисту від ознаками втечі в самотність та апатичним відчаєм;
- ❖ тим, що людина відчуває себе недосконалою;
- ❖ проблемністю сфери стосунків, сенситивністю у перевагою психологічного захисту за типом реактивного такими причинами, як фрустрація під час втрати об'єкта

Хворі на *анорексію* характеризуються:

- тим, що жінки виявляються не готовими до своєї зрілості, себе;
- диференційованістю в інтелектуальній сфері та сенситивністю та недостатньою контактністю;
- шизоїдними рисами та аутистичними настановами;
- тим, що складають враження соціально-компенсованих, сумлінних, схильних до підкорення;
- страхом розлучення, суперництвом із комплексами, зумовленими першим еротичним досвідом;
- амбівалентним конфліктом близькості / дистанції з матір'ю;
- прагненням встановити контроль над рідними за допомогою харчової поведінки;
- оральним протестом, спрямованим на віддалену, обмежену свободу мати (мета протесту, з одного боку, полягає в тому, щоб примусити до турботи, а з іншого – пов'язана з прагненням до автаркії);
- тим, що Я намагається ствердити і підняти свою цінність шляхом відхилення оральних потягів;
- хронічною формою самогубства;



переробленням фрустрації (лише за

свою надмірною турботою затримує фіксує дитину в пасивно-рецептивній

негативних емоцій;

відношенні до міжособових стосунків; утворення, проєкції та регресії; кохання, страх перед самотністю.

вважають жіночу роль надмірною для

ранимістю в емоційній;

- захистом від усього інстинктивно-тілесного (зсув маніфестного захисту на оральний рівень), захистом від страху вагітності;
- сімейним ідеалом самопожертви із відповідним змаганням членів сім'ї; взаємодія визначається контролювальними, гармонізованими імпульсами перфекціонізму та гіперпідключанням; атмосфера внутрішньо напружена, але зовні гармонійна; поведінка характеризується прив'язливістю, надмірною турботливістю, униканням конфліктів, ригідністю, залученням дітей до батьківських конфліктів, боротьбою дочок за владу в межах надто близьких, залежних стосунків, прагненням нав'язати власне визначення стосунків: ніхто в сім'ї не готовий приймати рішення; домінує жіночий авторитет, батько лишається поза емоційним полем.

Хворі на *булімію* характеризуються:

- ❖ занепокоєністю щодо очікувань оточення;
- ❖ прагненням більшого успіху;
- ❖ нерозрізненням любові та визнання;
- ❖ типовим конфліктом підліткового віку (завдання розвитку самостійності, проблема розвитку через неприйняття свого дорослого тіла);
- ❖ розбіжністю між Я-ідеалом та сприйняттям себе;
- ❖ потенціалом насилля в сімейній комунікації, страхом ненадійності батьків, який компенсується турботливою поведінкою;
- ❖ емоційною нестабільністю та фрустраційною толерантністю, дифузним відчуттям внутрішньої загрози;
- ❖ зсувом внутрішнього конфлікту в оральну сферу через складність його вербалізації;
- ❖ прирівнюванням контролю над тілесними формами до здатності впоратися з проблемами;
- ❖ тим, що напад має функцію зниження напруги, інтеграції, втішливого самозадоволення;
- ❖ перфекціонізмом, імпульсивністю, депресивністю, ризикованістю, низькою самооцінкою, нереалістичними цілями.

За Р. Дальке – Т. Детлефсеном, люди із захворюваннями *печінки* характеризуються:

- ❖ тим, що печінка виконує такі функції, як акумуляція енергії, вироблення енергії, білковий обмін (розщеплення і синтез амінокислот), виведення шкідливих речовин;
- ❖ відсутністю почуття міри, нестримним прагненням володіти всім;
- ❖ тим, що відчувають втрату енергії, і це коригує почуття міри та манію величчя;
- ❖ проблемами з оцінюванням, оскільки печінка оцінює речовини з точки зору їхньої корисності чи шкоди і може помилятися;
- ❖ особливим ставленням до релігії як до праоснови (амінокислоти як продукт білкового обміну є "будівельним матеріалом" для організму, так само як духовність є стрижнем для психіки).

Люди із захворюваннями *шлунка* характеризуються:

- тим, що їм не вистачає вміння свідомо поставитися до образ і агресивності, вони не вміють упоратися з проблемами і бути відповідальними. Такий хворий інколи не проявляє своєї агресивності, "з'їдаючи все";
- невірою в себе і відчуттям небезпеки;
- мріями про дитинство, так само як їхній шлунок мріє про дитяче харчування (життя й харчування мають бути позбавленими вимог);
- самоїдством.

ТЕМА 6

ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНЬ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

За Ф. Александером, хворі на *бронхіальну астму* характеризуються:

- залежністю від матері та рисами, які зумовлені цим – агресивність, амбіційність, безшабашність, надчутливість, естетичність, прагнення до суперечок;
- різноманітністю типів захисту;
- провокуванням нападу хвороби в разі загрози відділення пацієнта від матері, що захищає, чи від людини, яка її заміщає; у разі сексуальної спокуси чи прийняття рішення про шлюб; під час спроби незалежної поведінки.

За І. Г. Малкіною-Пух, хворі на *бронхіальну астму* характеризуються:

- ❖ нездатністю дихати «на повні груди» в цьому
- ❖ тим, що недостатня турбота чи її надлишок рівною вільно»;
- ❖ загостренням хвороби, коли треба проявити сміливість, пережити сум чи самотність;
- ❖ схильністю до агресії чи депресії, стримуванням перевагою нементалізованих переживань, підвищеною високою тривожністю;
- ❖ недовірливістю, підозрілістю, агресивністю, яку не самопожертви;
- ❖ розладами в сексуальній сфері;
- ❖ залежністю від думок оточення (особливо в тих, хто порушеною здатністю брати і віддавати, тенденцією до тенденцією ідентифікувати себе у спілкуванні з бажанням та страхом ніжності;
- ❖ боязливостю з істеричними та іпохондричними рисами;
- ❖ стосунками з матір'ю за принципом «люблю і ненавиджу»;
- ❖ блокуванням вербального каналу комунікації, маніпуляцією людьми зі значущого оточення шляхом нападу;



складному світі;
мірою позбавляють здатності «дихати
відповідальність, незалежність,
реакції на фрустраційний вплив,
нервовістю, надмірною збудливістю,
проявляють зовні, але схильністю до
чутливий до запахів);
неповернення, утримання, збереження;
іншими;

- ❖ тим, що центральну роль у виникненні бронхіальної астми відіграє материнське відчуження, причини якого в емоційній незрілості матері, проблемах в її дитинстві;
- ❖ за неврастенічного типу – заниженою самооцінкою, непосильними, завищеними вимогами до себе, усвідомленням власної недосконалості;
- ❖ за істероїдного типу – підвищеним рівнем домагань стосовно значущих осіб мікросоціального оточення, тенденцією перекладати відповідальність на оточення;
- ❖ за психастеноподібного типу – підвищеною тривожністю, блокуванням емоцій, несформованістю власної ціннісної системи, залежністю від осіб значущого оточення і низькою здатністю до самостійних рішень;
- ❖ за «шунтового» типу – поєднанням рис істероподібного (маніпулювання оточенням і перекладання відповідальності) та психастеноподібного (тривожність, залежність, нерішучість) типів.

За Н. Пезешкіаном, хворі на *бронхіальну астму* характеризуються:

- такими метафорами: «дихання перехоплює», «легко дихається», «погана атмосфера», «тяжке повітря», «випустити пару», «нагнітати атмосферу», «різати правду в очі», «сказати начистоту», «що на думці, то і на устах», «проковтнути образу», «тримати язик за зубами»;
- такою «актуальною здатністю», як щирість, чесність;
- тим, що в сім'ї цінувались досягнення, але і стриманість, скромність, чемність;
- провокуванням нападу хвороби значними вимогами або зіткненням із несправедливістю;
- конфліктом ввічливості – прямої, який примушує приховувати агресію.

За Р. Дальке – Т. Детлефсеном особливості хворих на

- ❖ мигдалини розпухають, і ви не здатні більше «ковтати відповіді на питання, що саме ви не бажаєте більше ковтати»;
- ❖ ковтання – акт одержання, сприйняття, прийняття до свідчить простуда.

За Н. Пезешкіаном, хворі на *застуду і нежить*

- здатністю переробляти дрібниці повсякденного життя самим своєчасно завойовувати дбайливе ставлення;
- за аналізом змісту метафор: «розпустив соплі», «на дух не все пхати носа», «чхати я на це хотів»;
- такими «актуальними здатностями», як вірність і час.



тонзиліт пов'язано з таким:

все підряд», а тому слід чесно уваги, цього ви не бажаєте, про це

характеризуються:

верхніми дихальними шляхами і тим переносити», «втратити голос», «у

Люди, що страждають на *порушення ковтання і кашель* характеризуються:

- ❖ здатністю заковтнути конфлікти, щоб уникнути їх, чи “прокашляти” комусь щось, щоб не травмувати словами або вчинками;
- ❖ вербалізацією в метафорах: “клубок у горлі”, “зашморг навколо шиї затягнувся”, “я не можу цього проковтнути”, “моторошно”, “з душі воротить”;
- ❖ такими “актуальними здатностями”, як справедливість і вірність.

За І. Г. Малкіною-Пих, у психосоматичному аналізі *застуди* лежать такі міркування:

- невротики хворіють інфекціями верхніх дихальних шляхів у 2-3 рази частіше і триваліше за все населення в цілому;
- структура особистості визначає картину хвороби та перебіг захворювання;
- відпочинок від роботи може викликати стрес;
- існує зв’язок між зменшенням лімфоцитів та зміною життєвої ситуації;
- кашель у переносному значенні є звільненням від нереалізованих емоцій, напруження і конфліктів, які пов’язано з гнівом, агресією чи страхом;
- схильність до частіших ангін – у підлітковому та юнацькому віці, якому притаманні кризи в перевантаженій конфліктами сексуальній сфері;
- загострення ангіни може бути пов’язано з проблемами в «генеративній сфері»;
- туберкульоз є еквівалентом життєво важливого рішення. Одужання зумовлене вирішенням ситуації ззовні (шлюб, професія), а гальмується тривалістю вибору.

За Р. Дальке – Т. Детлефсеном, у психосоматичному аналізі захворювань органів дихання лежать такі міркування:

- ❖ дихання є ритмічним процесом напруження й релаксації, полярність за принципом “взяти і віддати”;
- ❖ у стародавніх мовах одне й те саме слово послуговує на ознаку дихання, душі та духу;
- ❖ дихання пов’язує нас із тим, що перебуває по той бік форми;
- ❖ дихання – та «пуповина», через яку до нас надходить життя;
- ❖ дихання запобігає тому, щоб людина закрилася повністю, щоб межа її “Я” стала непроникною;
- ❖ дихання – це контакт із тим, що є ззовні; контакту шкірою ми можемо уникнути, але не можемо уникнути запаху (може бути зсув симптомів хвороби з легенів на шкіру, і навпаки);
- ❖ із першим вдихом ми отримуємо самотійність і свободу, від якої потім інколи «перехоплює дух», або отримавши яку ми робимо «глибокий вдих»;

Астматикам притаманна низка проблем: суперечність між здатністю брати і давати; бажання відгородитись; претензії на домінування; прагнення захиститися від темних сторін життя.