

Міністерство освіти і науки України  
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Кафедра психологічного консультування і психотерапії

## **СИЛАБУС**

навчальної дисципліни

### **АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПСИХОСОМАТИКИ**

Рівень вищої освіти: третій освітньо-науковий рівень

Галузь знань: 05 соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 психологія

Освітньо-наукова програма підготовки здобувачів третього рівня вищої освіти

Вид дисципліни: за вибором

Факультет психології

Силабус розроблений відповідно до робочої програми,  
рекомендованої до затвердження вченою радою факультету психології  
“26 ” червня 2019 року, протокол № 7

**РОЗРОБНИК СИЛАБУСУ:**

д. психол. н., професор, завідувач кафедри психологічного консультування і психотерапії О.С.Кочарян

2019 / 2020 навчальний рік

## 1. Дані про викладача, що викладає дисципліну

Прізвище, ім'я по батькові викладача	Кочарян Олександр Суренович
Контактний тел.	050 3001257 (пн – пт, 15.00-18.00)
E-mail:	kocharian55@gmail.com
Графік індивідуальних занять	04.03.2020, 01.04.2020, 06.05.2020: 13.40-16.40 Ауд.402
Консультації	Вівторок 16.05 – 17.05. Середа 15.30-16.30. Ауд.402

## 2. Анотація дисципліни

**Предметом** вивчення навчальної дисципліни є психологічні чинники та механізми формування психосоматичних розладів (психологічні ланки етіопатогенезу), їх психодіагностика та психокорекція. Розглядаються сучасні концепції психосоматогенезу, а також основні прояви психосоматичної патології.

Навчальна дисципліна належить до **вибіркових** дисциплін.

*Пререквізити.* Вивчення дисципліни передбачає попереднє засвоєння кредитів з дисципліни «Актуальні проблеми сучасної психології»

*Постреквізити.* Основні положення навчальної дисципліни мають застосовуватися при проведенні досліджень в клініці психосоматичної патології, діагностиці та психокорекції (індивідуальної та групової).

## 3. Опис навчальної дисципліни

**3.1. Метою викладання** навчальної дисципліни "Актуальні проблеми психосоматики" є розвиток наукових уявлень про сучасні методи діагностики та корекції психосоматичної патології та формування відповідних компетентностей.

**3.2. Основними завданнями** вивчення дисципліни «Актуальні проблеми психосоматики» є ознайомлення з основними концепціями, напрямками сучасних досліджень та практичної роботи в галузі психосоматології, формування умінь виявляти, ставити та вирішувати проблеми формування психосоматичного розладу, формування здатності діяти соціально відповідально та свідомо при аналізі стану особистості, яка страждає на психосоматичний розлад, та при допомозі їй, здатності розв'язувати комплексні проблеми розвитку психосоматичної патології, здатності критично оцінювати результати діагностики та корекції психосоматичного хворого, здатності до прийняття стратегічних рішень, надання оцінки ризиків та прийняття відповідальності за наслідки диференційної діагностики та корекції психосоматичної патології, здатності спілкуватися з медиками, доводити коректність своєї діагностичної та корекційної практики.

**3.3. Кількість кредитів – 5.**

**3.4. Загальна кількість годин – 150.**

**3.5. Характеристика навчальної дисципліни**

Нормативна / за вибором	
Денна форма навчання	Заочна (дистанційна) форма навчання
Рік підготовки	
2-й	
Семестр	
3 -й	
Лекції	
12 год.	
Практичні, семінарські заняття	
18 год.	

Лабораторні заняття	
-	-
Самостійна робота	
120	
Індивідуальні завдання	
Не передбачені	

### 3.6. Заплановані результати навчання

Згідно з вимогами освітньо-наукової програми, здобувачі вищої освіти мають досягти таких результатів навчання:

- Володіти сучасними концептуальними знаннями в галузі психології та бути здатним застосовувати їх до професійної діяльності.
- Знати існуючі методи та методики досліджень та вміти адаптувати їх для розв'язання наукових завдань при проведенні дисертаційних досліджень.
- Описувати закономірності, тенденції, моделі, виявлені в процесі реалізації психологічних досліджень.
- Розробити оригінальні психологічні процедури на основі врахування сучасного стану наукових знань та особистих дослідницьких навичок і досвіду.
- Використовувати сучасні джерела наукової інформації з досліджуваної наукової проблеми.
- Володіти навичками усної і письмової презентації результатів досліджень українською та іноземною мовами.
- Дотримуватись етичних норм, враховувати авторське право та діяти відповідно норм академічної доброчесності при проведенні наукових досліджень, презентації їх результатів та у науково-педагогічній діяльності.

## 4. Теми навчальної дисципліни

### Розділ 1. Біологічні та психофізіологічні основи психосоматики.

**Тема 1.** Історія розвитку психосоматичного напрямку в медицині та психології.

Психіатрія, психоаналіз, гештальтпсихологія, неврологія та ендокринологія та їх внесок в розумінні психосоматичного розладу. Фундаментальні принципи психосоматичного підходу. Конверсійний розлад (істерія), вегетативний розлад та психогенний соматичний розлад. Психосоматичний розлад та соматоформний розлад. Класифікація психосоматичних захворювань. Психологічний підхід в інтерпретації психосоматичних захворювань. Загальні риси психосоматичного хворого (егоцентризм, інфантилізм, емоційний контроль, алекситимія, емоційна незрілість, агресивність, амбівалентність, перфекціонізм). Пошукова активність. Вивчена безпорадність. Психонейроімунологія.

**Тема 2.** Психосоціальні чинники розвитку психосоматичної патології.

Багатоосьова модель розвитку психосоматичної патології. Психосоматичні розлади і стрес. Роль емоцій у виникненні психосоматичного розладу.

Актуальна та потенціальна емоційність. Дослідження емоцій в психосоматичній медицині. Патологічні емоційні стани. Фіксовані емоційно-негативні стани як психологічний чинник формування психосоматичних розладів. Специфічна та неспецифічна емоція. Алекситимія. Роль когнітивних схем у розвитку психосоматичної патології. Дисфункції сімейної системи як чинник розвитку психосоматичної патології. Системна модель сім'ї. Діагностика сімейної системи. Порушення структури Я та самоповаги як чинники розвитку психосоматичної патології. Психосоматичний симптом як результат рольового конфлікту. Психосоматичний симптом як результат порушення

об'єктних відносин. Особистісні чинники розвитку психосоматичної патології. Роль сім'ї у виникненні захворювань.

## **Розділ 2. Методи діагностики та корекції психосоматичних захворювань.**

### **Тема 3. Основні теорії розвитку психосоматозів.**

Конверсійна модель З. Фрейда, модель Митчелиха, модель порушення об'єктних відносин, модель Кохута, модель Шура, модель алекситимії, теорія особистісних профілей Данбар, теорія психосоматичної специфічності Александра. Ролевой конфлікт як чинник розвитку психосоматичного симптому (теорія Морено). Експеріментальна модель. Екзистенційна модель.

### **Тема 4. Принципи та методи діагностики психосоматичного хворого.**

Принципи інтерв'ювання психосоматичного хворого. Первинне інтерв'ю та його структура. Структурне інтерв'ю по Кернбергу. Загальне сімейно-діагностичне інтерв'ю. Клініко-біографічний метод. Мультимодальний опитувальник життєвої історії. Психосоматичний діагноз (позитивна і негативна діагностика психосоматичного захворювання). Методологія експериментально-психологічних досліджень в клініці внутрішніх хвороб. Торонтська шкала алекситимії (TAS-26). Методика діагностики *типу поведінкової активності* (JAS. С. David Jenkins).

### **Тема 5. Принципи та методи психокорекції психосоматичної патології.**

Принципи психотерапії психосоматичного розладу. Психоаналітичні підходи до терапії психосоматичних розладів. Індивідуальний аналіз та груп-аналіз. Тілесно-орієнтована психотерапія. Експеріментальна психотерапія. Катартичні техніки психотерапії. Оцінка ефективності психокорекційного впливу.

## **Розділ 3. Основні психосоматичні прояви.**

**Тема 6. Психосоматичні аспекти патології серцево-судинної системи та шлунково-кишкового тракту.**

Гіпертонічна хвороба. Синдром артеріальної гіпотензії. Ішемічна хвороба серця. Неспецифічний хронічний поліартрит. Виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки. Неспецифічний виразковий коліт. Психосоматичні аспекти порушень травлення. Психологічні етіологічні чинники нервової анорексії.

**Тема 7. Психосоматичні аспекти патології дихальної, ендокринної систем та шкіряних покривів.**

Бронхіальна астма. Тиреотоксикоз (гіпертиреоз). Цукровий діабет. Захворювання шкіри. Хронічний біль.

## **5. Схема навчальної дисципліни**

за робочою програмою навчальної дисципліни "Актуальні проблеми психосоматики" запланований такий розподіл часу:

Назви розділів і тем	Кількість годин				
	Усього	Лекц.	Практ.	І/р	Самост. Робота
1	2	3	4	5	6
<b>Розділ 1. Загальна характеристика стресових та пост стресових станів</b>					
Тема 1. Історія розвитку психосоматичного напрямку в медицині та психології.	11	1	0		10
Тема 2. Психосоціальні чинники розвитку психосоматичної патології.	11	1	0		10

<b>Разом за розділом 1</b>	<b>22</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>20</b>
<b>Розділ 2. Методи та методики психодіагностики кризових станів</b>				
Тема 3. Основні теорії розвитку психосоматозів	32	4	3	25
Тема 4. Принципи та методи діагностики психосоматичного хворого.	25	2	3	20
Тема 5. Принципи та методи психокорекції психосоматичної патології.	33	2	6	25
<b>Разом за розділом 2</b>	<b>90</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>70</b>
<b>Розділ 3. Основні психосоматичні прояви</b>				
Тема 6. Психосоматичні аспекти патології серцево-судинної системи та шлунково-кишкового тракту.	19	1	3	15
Тема 7. Психосоматичні аспекти патології дихальної, ендокринної систем та шкіряних покривів.	19	1	3	15
<b>Разом за розділом 3</b>	<b>38</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>30</b>
<b>Усього годин</b>	<b>150</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>120</b>

**Враховуючи, що формою організації навчання в поточному навчальному році є індивідуальні заняття в обсязі 3 год., передбачається такий розподіл часу:**

№	Дати	План (зміст) індивідуального заняття
1.	4.03.20	А) Психосоціальні чинники розвитку психосоматичної патології. Б) Основні теорії розвитку психосоматозів.
2.	1.04.20	А) Принципи та методи діагностики психосоматичного хворого. Б) Принципи та методи психокорекції психосоматичної патології.
3.	6.05.20	А) Психосоматичні аспекти патології серцево-судинної системи та шлунково-кишкового тракту Б) Психосоматичні аспекти патології дихальної, ендокринної систем та шкіряних покривів.

#### **6. Завдання для самостійної роботи та показники академічної активності здобувачів вищої освіти**

Тема	Зміст	Література
Тема 1. Історія розвитку психосоматичного напрямку в медицині та психології.	Опрацювання літератури. Підготовка до лекції. <i>Контрольні питання:</i> 1) внесок психіатрії, психоаналіза, неврології та гештальтпсихології у розвиток психосоматичного підходу; 2) Принципи психосо-матичного підходу; 3) психосоматичний розлад та соматоформний розлад; 4) класифікація психосо-матичних захворювань;	<b>Основна:</b> 1, 2, 4, 5, 6, 7 <b>Допоміжна:</b> 1, 3  <b>Посилання на інформаційні ресурси в Інтернеті</b> 1. <a href="http://www.koob.ru">www.koob.ru</a> 2. <a href="http://www.psylib.ru">www.psylib.ru</a> 3. <a href="http://www.psychiatry.ru">www.psychiatry.ru</a>

	5) загальні риси психосо-матичного хворого.	
Тема 2. Психосоціальні чинники розвитку психосоматичної патології.	Опрацювання літератури. Підготовка до лекції. <i>Контрольні питання:</i> 1) багатоосьова модель розвитку психосоматичної патології; 2) актуальна та потенціальна емоційність; 3) фіксовані емоційно-негативні стани; 4) алекситимія; 5) особистісні чинники розвитку психосоматичної патології.	<b>Основна:</b> 1, 4, 6 <b>Допоміжна:</b> 2, 3
Тема 3. Основні теорії розвитку психосоматозів	Опрацювання літератури. Підготовка до лекції та практичних занять. <i>Контрольні питання:</i> 1) Конверсійна модель З. Фрейда; 2) модель Митчелиха; 3) теорія особистісних профілей Данбар; 4) теорія психосоматичної специфічності Александера; 5) експірієнтальна модель.	<b>Основна:</b> 1, 2, 4, 5, 6, 7 <b>Допоміжна:</b> 1, 3
Тема 4. Методи діагностики та принципи психокорекції психосоматичної патології.	Опрацювання літератури. Підготовка до лекції та практичного заняття. <i>Контрольні питання:</i> 1) принципи інтерв'ювання психосоматичного хворого; 2) структурне інтерв'ю по Кернбергу; 3) загальне сімейно-діагностичне інтерв'ю; 4) психосоматичний діагноз; 5) психодіагностичний метод.	<b>Основна:</b> 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 <b>Допоміжна:</b> 1, 3
Тема 5. Принципи та методи психокорекції психосоматичної патології.	Опрацювання літератури. Підготовка до лекції та практичних занять. <i>Контрольні питання:</i> 1) принципи психотерапії психосоматичного розладу; 2) психоаналітичні підходи до терапії; 3) індивідуальний та груп-аналіз; 4) тілесно-орієнтована терапія; 5) експірієнтальна психотерапія.	<b>Основна:</b> 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 <b>Допоміжна:</b> 1, 3
Тема 6. Психосоматичні аспекти патології серцево-судинної системи та шлунково-кишкового тракту.	Опрацювання літератури. Підготовка до лекції та практичних занять. <i>Контрольні питання:</i> 1) гіпертонічна хвороба; 2) ішемічна хвороба серця; 3) виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки; 4) гіпертонічна хвороба; 5) виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки;	<b>Основна:</b> 1, 2, 4, 5, 6, 7 <b>Допоміжна:</b> 1, 2

Тема 7. Психосоматичні аспекти патології дихальної, ендокринної систем та шкіряних покровів.	Опрацювання літератури. Підготовка до лекції та практичних занять. <i>Контрольні питання:</i> 1) бронхіальна астма; 2) тиреотоксикоз; 3) цукровий діабет; 4) захворювання шкіри; 5) хронічний психогенний біль.	<b>Основна:</b> 1, 2, 4, 6, 7 <b>Допоміжна:</b> 1, 2
<b>Усього</b>		

### 7. Вимоги викладача

До кожного індивідуального заняття здобувач має опрацювати основну та допоміжну рекомендовану літературу – скласти розгорнутий план та сформулювати не менше трьох проблемних питань, що торкаються актуальних наукових проблем за темою; виписати основні терміни (конструкти) та дати їх стисле визначення. Заохочується самостійний пошук та використання інших джерел з альтернативними поглядами на ті чи інші питання задля різнобічного вивчення актуальних проблем психосоматології. Здобувач допускається до поточного контролю за розділом за умови виконання вищенаведеної вимоги.

Здобувач має працювати над власним розвитком та вдосконаленням, визначати свої професійні можливості та виявляти прагнення до підвищення професійної кваліфікації; дотримуватися норм професійної етики, міжкультурної толерантності, професійних цінностей;

### 8. Методи контролю

**Поточний контроль** здійснюється за наступними компонентами за двоохрівневою шкалою: "0" балів – компонент відсутній; "1" бал – компонент наявний. Якщо здобувач набирає за темою 5 балів він допускається до проміжного контролю.

	Компоненти	Оцінка
1.	Реферат	0/1
2.	Конспект матеріалів для самостійної роботи	0/1
3.	Створення переліку проблемних питань, глосарію	0/1
4.	Ознайомлення з літературою понад тій, що рекомендується	0/1
5.	Активність у обговоренні матеріалу на аудиторних заняттях	0/1

**Проміжний контроль** здійснюється за кожним розділом. Тому передбачається три контрольних роботи, 10 питань за розділом 1, 10 питань за розділом 2, 10 питань за розділом 3. Кожне питання є тестовим, передбачає відповідь, як вибір однієї правильної із можливих чотирьох. Кожна правильна відповідь оцінюється – 2 бали, неправильна – 0 балів. Тому здобувач може отримати максимум 60 балів.

### 9. Схема нарахування балів

Контроль та самостійна робота						Разом	Залік	Сума	
Розділ 1		Розділ 2			Розділ 3		60	40	100
T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7			
20		20			20				

T1, T2 ... T6 – теми розділів.

У якості **контрольного семестрового заходу (заліку)** для здобувачів передбачено складання *заліку*. Залікова робота є письмовою роботою, яка складається із чотирьох завдань, кожне завдання оцінюється у 10 балів. Залікову роботу розподілено на 10 варіантів. Номер варіанту роботи може бути закріплений за слухачем шляхом випадкового вибору або за вибором викладача.

### Критерії оцінювання залікової роботи

Бали за контрольне питання	Критерії оцінювання
9-10	У відповіді повністю розкрито зміст питання. Матеріал викладено логічно, аргументовано, мова є грамотною, науковий стиль викладення матеріалу, вільне володіння термінологічним апаратом дисципліни. У відповіді продемонстровано високий рівень володіння матеріалом, що було викладено на лекціях, та додатковим матеріалом, що винесено для самостійної роботи.
7-8	Відповідь досить повно розкриває зміст питання або розкриває основні (найважливіші) аспекти у запитанні, слухач володіє термінологічним апаратом дисципліни. У викладеному матеріалі слухач має помилки із аргументацією відповіді, недостатня логічність та послідовність викладення матеріалу. У відповіді продемонстровано високий рівень володіння матеріалом, що було викладено на лекціях, та середній рівень володіння додатковим матеріалом.
5-6	Відповідь на контрольне питання є неповною, розкриває тільки деякі аспекти навчального матеріалу. Слухач припускається помилок у використанні термінології навчальної дисципліни. Рівень володіння матеріалом, що було викладено на лекціях, та додатковим матеріалом є середнім.
3-4	У відповіді допущено суттєві помилки, які свідчать про незнання лекційного матеріалу або обов'язкової літератури; слухач слабо володіє термінологією дисципліни.
1-2	Відповідь практично відсутня, слухач демонструє незнання лекційного матеріалу або обов'язкової літератури; не володіє термінологією.

### Шкала оцінювання

Сума балів за всі види навчальної діяльності протягом семестру	Оцінка за національною шкалою	
	для екзамену	для заліку
90 – 100	відмінно	зараховано
70-89	добре	
50-69	задовільно	
1-49	незадовільно	не зараховано

### Політика, пов'язана з відвідуванням занять та виконанням завдань

Здобувач має відвідувати всі індивідуальні заняття. У випадку, якщо здобувач не може бути присутній за поважною причиною (обов'язковим є документальне підтвердження), потрібно попередити викладача одразу, як здобувачу стає відомо про таку причину. У цьому випадку викладач визначає іншу дату для проведення заняття. Якщо здобувач пропускає заняття без поважної причини, він не має можливості відпрацювати пропуск.



Під час занять мобільні телефони мають бути відключеними. Якщо ви чекаєте на дзвінок, пов'язаний з невідкладним питанням, повідомите про це викладача.

Обов'язковою умовою отримання допуску до заліку є надання здача усіх трьох розділів.

#### **Академічна доброчесність**

Очікується, що відповіді на контрольні питання будуть здійснюватися без використання довідкових даних з будь-якого джерела, що відповідає політиці ХНУ імені В.Н. Каразіна щодо академічної доброчесності. Це означає, що роботи, які ви надаєте, виконані особисто вами. Будь ласка, пам'ятайте, що обман, брехня або плагіат у будь-якому вигляді є неприпустимою та непробачною поведінкою.

#### **Оцінка навчального курсу здобувачем**

Викладач буде вдячний, якщо здобувач надасть відгук щодо якості навчання та висловить свої пропозиції щодо покращення змісту курсу та форм роботи.

### **10. Рекомендована література**

#### **Основна література**

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. – Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2004. – 336 с.
2. Аммон Г. Психосоматическая терапия. - СПб.: Речь, 2000. - 238 с.
3. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.С., Жидко М.Е. Психотерапия: учебник для вузов (психологические модели). – СПб.: Питер, 2003. – 472 с.
4. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
5. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия. — СПб., 1998.
6. Кулаков С.А. Основы психосоматики. СПб.: Речь, 2003. – 288 с.
7. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. - М.: Эксмо, 2008.
8. Клиническая психология / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — [Санкт-Петербург: Питер](#), 2010. — 864 с.

#### **Допоміжна література**

1. Парцерняк С.А. Стресс. Вегетоневрозы. Психосоматика. – СПб.: А.В.К., 2002. – 384 с.
2. Тадевосян А. Практическая стрессология. Пограничная медицина. – Москва: Литтерра, 2011. – 368 с.
3. Хомуленко Т. Основы психосоматики: навчю -метод посіб. – Вінниця: Нова Книга, 2009. – 120 с.

### **10. Посилання на інформаційні ресурси в Інтернеті, відео-лекції, інше методичне забезпечення**

1. [www.koob.ru](http://www.koob.ru)
2. [www.psylib.ru](http://www.psylib.ru)
3. [www.psychiatry.ru](http://www.psychiatry.ru)

## **Питання до підготовки до семестрового контролю за розділами.**

### **РОЗДІЛ 1.**

- 1) внесок психіатрії, психоаналіза, неврології та гештальтпсихології у розвиток психосоматичного підходу;
- 2) принципи психосо-матичного підходу;
- 3) психосоматичний розлад та соматоформний розлад;
- 4) класифікація психосо-матичних захворювань;
- 5) загальні риси психосо-матичного хворого;
- 6) багатоосьова модель розвитку психосоматичної патології;
- 7) актуальна та потенціальна емоційність;
- 8) фіксовані емоційно-негативні стани;
- 9) алекситимія;
- 10) особистісні чинники розвитку психосоматичної патології.

### **РОЗДІЛ 2.**

- 11) конверсійна модель З. Фрейда;
- 12) модель Митчелиха;
- 13) теорія особистісних профілей Данбар;
- 14) теорія психосоматичної специфічності Александера;
- 15) принципи інтерв'ювання психосоматичного хворого;
- 16) структурне інтерв'ю по Кернбергу;
- 17) загальне сімейно-діагностичне інтерв'ю;
- 18) психодіагностичний метод.
- 19) психоаналітичні підходи до терапії;
- 20) індивідуальний та груп-аналіз.

### **РОЗДІЛ 3.**

- 21) гіпертонічна хвороба;
- 22) ішемічна хвороба серця;
- 23) виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки;
- 24) гіпертонічна хвороба;
- 25) виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки;
- 26) бронхіальна астма;
- 27) тиреотоксикоз;
- 28) цукровий діабет;
- 29) захворювання шкіри;
- 30) хронічний психогенний біль.

## **Конспект лекцій з дисципліни «Основи психосоматики»**

### **ТЕМА 1. ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ПСИХОСОМАТИЧНОГО НАПРЯМКУ В МЕДИЦИНІ ТА ПСИХОЛОГІЇ**

Психосоматична ера почалася з робіт Фрейда з конверсійної симптоматики істерії. Фрейд вважав, що симптом - це вираз конфлікту між вимогами інстинкту і захистами. Спочатку «психосоматики» спиралися на концепцію неврозів: «стрибок з психічної в соматичну» сферу. Freud вважав, що симптом - захисний компонент Его. Уже пізніше, в 50-і роки з'явилася концепція двухфазного захисту від інстинктивних потреб. Вона базувалася на тому, що витіснення у соматичну відбувається тоді, коли «Я» не здатна впоратися з психічним конфліктом. Схильність до ПС реакцій - наслідок травми, отриманої на тій стадії розвитку, коли «Я» було занадто слабким (до року). Цим питанням займалася Філіс Грінейкр. Вона писала, що, чим у більш ранньому етапі мала місце травма, тим сильніше буде у людини тенденція до соматизації конфліктів.

Фрейд писав ще про те, що, коли «Я» відділяється від «Воно», дуже важливим чинником є формування тілесного «Я», тобто, це формування сприйняття власного тіла. У роботі «Я і Воно» він говорив: «Наше "Я" перш за все тілесно. У дитини з'являється зовнішні відчуття (тактильні) і одночасно внутрішні (сенсорні). Це стає основою для почуття окремо свого тіла від зовнішнього світу. Наше «Я» - це психічне представництво нашого тіла.

Наша шкіра - межа нашого тіла, нашого тілесного «Я», це той орган, за допомогою якого ми можемо відокремлювати себе від зовнішнього світу. Пізніше Фрейд аналізував біль і в тілесному, і в психічному сенсі. Біль дає новий досвід свого тіла, формує уявлення про нього. Але біль може бути неоднакова. Є просте відчуття болю, а є страждання. Страждання - активна здатність нашого «Я» до переробки травматичних вражень, наприклад, незадоволеність тією чи іншою потребою, втратою об'єкта.

Поль Федерн задався питанням: "...чому я може бути не здатне переробляти ту чи іншу інформацію?". Переробити травму - це ізолювати її за допомогою захистів від страху і почуття провини, - тоді розвивається невротичний синдром. Або «Я» може спробувати відокремитися від своєї травмованої частини, це найбільш чітко проявляється в параної. Федерн сказав, що занадто мало (дефіцит) нарцистичного лібідо, «заряджає» межі «Я», призводить до того, що ці межі недорозвинені або відсутні. При кожному повторенні травми ефект болю поновлюється. У такій ситуації «Я» виявляється пасивним щодо кожного нового травматичного враження, і кожне нове травматичне враження - загроза дезінтеграції для «Я» і замість страждання буде біль як пасивне враження.

### **ТЕМА 2. ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ РОЗВИТКУ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

Питання, які виносяться на розгляд:

1. Біологічний рівень інтерпретації.
2. Психосоматичні розлади і стрес.
3. Роль емоцій у функціонуванні організму людини.
4. Основні Теорії емоцій.
5. Дослідження емоцій в психосоматичній медицині.
6. Патологічні емоційні стани.
7. Психофізіологічний рівень інтерпретації психосоматичних захворювання.

8. Фіксовані емоційно-негативні стани як психологічний чинник формування психосоматичних розладів.
9. Поняття емоційного стану.
10. Класифікація емоційних станів.

### ЗАГАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ОСОБИСТОСТІ (УЗАГАЛЬНЕНИЙ ПОРТРЕТ).

Як правило, це людина, яка дуже строго стежить за своїм тілом, його функціями. Це - його захист від власної аутоагресії. Він сам себе спостерігає, оберігає тіло. Як мати в дитинстві дбала про нього, так він і сам ставиться до себе. Часто він буває дуже недовірливим, схильний «пектися» про своє здоров'я. У той же час, емоційно він «умертвлений», холодний, так само, як була холодна його мати, яка «прищеплювала» дитині свої власні психічні потреби і захисти (підвищена увага до тіла і емоційна холодність, як правило, зовні він у всьому досконалий, успішний: акуратно одягнений, акуратно причесаний, високий соціальний статус (у нього працює материнське, доєдпальне супер-Его). Орієнтація на життєвий успіх. (Д.С. згадує пацієнта з ВХ ДПК, який весь час говорив «повинен», не використовуючи слова «хочу»). Алекситимія - не здатність висловити свої переживання і зрозуміти почуття іншого. У нього мало здібностей вільно фантазувати. Сни він бачить рідко, запам'ятовує ще рідше (щось наснилося, але не пам'ятаю, що). "Невротик" завжди готовий виговоритися, а "психосоматик" вимагає пояснень. Він хоче все розуміти раціонально. Труднощі з вільним говорінням, він просить задавати йому питання, давати теми. Сам небагатослівний, словниковий запас справляє враження збідненого, для них характерно одне і те ж слово вживати в багатьох сенсах. Він весь час говорить про щось зовнішнє, стороннє, наприклад, розповідає про свою роботу. ПС рідко звертаються в психотерапію зі своїми захворюваннями, а частіше - з якими-то життєвими проблемами. Психосоматик - доєдпов клієнт, а доєдпальні клієнти взагалі не приходять зі своєю справжньою проблемою. Приходять з якимось симптомами. З ПС симптомом звернення повинно бути особливим. І стратегія терапії повинна бути така: чи не намагаємося лікувати його симптом, а намагаємося дати йому можливість розвивати своє «Я», аж до досягнення повної ідентичності. (Гюнтер Амон «Динамічна психіатрія» пише, що, коли пацієнт ставить запитання: «Що зі мною?» Це питання потрібно розуміти так: хто я і ким мені дозволено бути?) Традиційна медицина проводить курс лікування і усуває симптом. У перекладі на символічну мову це означає: «Тобі ніким не дозволено бути, навіть не дозволено бути таким, який ти є». Тобто з ПС-хворим припускають ту ж помилку, яка була допущена в первинній групі, тобто, дитячої сім'ї: орієнтування на усунення симптому. А для нього - це єдиний засіб комунікації, засіб відчувати себе. Пс-дитині свого часу мати не дозволила підняти питання про його автентичність. Якщо симптом усувається безпосередньо - за ним може послідувати серйозна афективна реакція, глибока депресія. Можна людини за допомогою гіпнозу за місяцьвилікувати від бронхіальної астми, а потім він влаштує суїцид. Виявляється, симптом був для нього захистом від його почуття провини до втрати об'єкта.

### ПІДХІД ДО ПСИХОСОМАТИЧНОГО ХВОРОГО

Необхідно позбутися конкретних теоретичних уявлень і від очікувань. Робота ведеться не з симптомом, а з особистістю. Терапія - не стільки лікування хвороби, скільки процес взаємодії двох особистостей - аналітика і пацієнта. Пацієнт, як правило, цьому чинить опір. Коли він звертається до аналітика, він схильний «чіплятися» за соматичний бік своєї проблеми. Він хоче бути переконаний в органічній природі своєї хвороби. Тому не потрібно говорити фраз: «Це у вас психічне». Симптом потрібно поважати. Потрібно тільки підкреслити зв'язок, представити йому симптом, який впливає з особливостей його

особистості, а не як суто соматичну хворобу («подцеплення зарази»). Для такого пацієнта бути соматичним хворим - значить гарантувати собі прийняття і турботу, а бути психічно хворим - страх відкидання. Оскільки пацієнт мало здатний до артикуляції емоційних відповідей, тому схильний переоцінювати соматичні відповіді. Симптом, на який він скаржиться, потрібно зрозуміти, як його прохання про емоційну підтримку. Згодом дати це розуміння і йому теж (приклад: жінка, яка лікувалася у 18 лікарів, за цим стояло бажання знайти особисті, інтимні стосунки з лікарем. Ліки, які вона возила за собою - символ любові).

Виділяють 3 конструктивні форми терапевтичної бесіди з пацієнтом:

1. Психологічна бесіда. Це пролонгована консультація. Терапевт ставить прямі питання про поведінку хворого, запитує його про сім'ю, дітей, роботи, світоглядах, соціальні проблеми тощо.

2. Розмовна терапія. Лікар надає хворому ведення розмови, сам тільки слідкує за ним. Бесіда без цілей глибинного аналізу.

3. Аналітична терапія.

Чим ця терапія відрізняється від терапії невротичних пацієнтів?

Більш активна позиція лікаря,

Терапія ведеться без кушетки (очі в очі).

Але це більше схоже на бесіду, ніж на терапію - «треба внутрішньо зняти білий халат». Важливо надавати пацієнту більше ініціативи. Це необхідно для того, щоб він навчався вираження свої почуття. У ПС пацієнта іноді корисно запитати на першій зустрічі: як він думає, чому у нього цей симптом утворився? Цим його запрошують до співпраці.

Спочатку пацієнт розповідає тільки про свій симптом. Потім він починає все частіше замовкати і очікувати ваших наступних питань. Тут вже можна почати застосовувати звичайну аналітичну техніку - повторити його останні слова у формі запитання тощо, щоб він більше давав інформації про себе. Коли ви задаєте пацієнту питання, майте на увазі, що кращими є ті запитання, які менш сконцентровані на чомусь. Тобто, питання типу: «Що ви про це думаєте?» дають більший простір для асоціацій.

## ОСОБЛИВОСТІ РЕАКЦІЇ ПЕРЕНЕСЕННЯ І КОНТРПЕРЕНОСА

У ПС хворого мало здатності говорити про себе і досить мало здатності вільно асоціювати, він вважає за краще говорити про сторонні речі, наприклад, про погоду. В основному, він схильний розповідати про поточні проблеми. Його уява досить бідна. Тому у ПС пацієнта не буває спонтанних фантазій про терапевта. Максимум, на що він здатний - це уявити терапевта таким же, як він сам - таким же функціональним, механістичним. Аналітик для пацієнта найчастіше «ніякої» - функціональний об'єкт: я до вас ніяк не ставлюся, ви до мене ніяк не належите.

У пацієнта слабке Его, він погано розуміє, хто він такий й сприймає себе в функціональному аспекті. Зараз він - хворий, він ідентифікувався з хворобою. Оскільки у нього порушено базисна довіра, у нього немає здатності до емоційного контакту. Дуже важливо, щоб сам терапевт не був алекситимічним, щоб він вмів поводитися з почуттями - своїми і чужими. Інакше він візьме на себе функцію психосоматогенної матері.

У ПС пацієнта немає можливості контролювати свої емоції. Він уникає емоційно насичених ситуацій. Інтерпретацію приймає інтелектуально, все намагається зрозуміти. Його головні захисти - ізоляція і заперечення. Інтерпретації необхідно давати рідко і дуже продумано. Кожна інтерпретація повинна бути для клієнта значущою подією.

При всій механістичності у таких пацієнтів в стресовій ситуації можливі спалахи афекту. Можливоотреагування зовні за межами аналізу. Пацієнт «чіпляється» за соматичний компонент своєї хвороби - він хоче, щоб його лікували, а як лікування він сприймає сугестію, роз'яснення, а не «балаканину».

Важливо приймати це бажання, а й показувати, що аналіз взаємин, які він будує, теж заслуговує на увагу. У такого пацієнта висока потреба в залежності. Звідси впливає бажання, щоб ним керували, щоб йому пояснювали. Буває, що він досить травматично реагує на відпустку аналітика - ситуація втрати об'єкта. (Приклад з пацієнтом, який після сесії затримувався на 2-3 хвилини - ніяк не міг піти, або пацієнт, який постійно платив вперед - тобто «прив'язував» аналітика до себе).

## КОНТРАПЕРЕНОС.

Звичайні почуття - почуття безнадійності, відсутності динаміки, власного безсилля, тощо. Такі пацієнти прогресують вкрай повільно. Дуже важливо не опинитися з самого початку у владі міфу, навіть не треба ставити певну мету в лікуванні. Потрібно налаштувати пацієнта на те, що протягом необмеженого часу він буде вас використовувати для спілкування. Надмірний оптимізм може стати формою сильної фрустрації і для лікаря, і для клієнта. Для підтримки власного морального тону в цій ситуації дуже важливі супервізії, хоча б для того, щоб супервізор нагадував, що ніякої динаміки ви ще довго не дочекаєтесь.

## ТЕМА 3. ОСНОВНІ ТЕОРІЇ РОЗВИТКУ ПСИХОСОМАТОЗІВ

Питання, що виносяться на розгляд:

1. Психологічний рівень інтерпретації психосоматичних захворювання.
2. Феноменологія емоційно-негативних станів.
3. Тривога.
4. Депресія.
5. Емоційні стани при агресії.
6. Стан емоційного збудження.
7. Стан емоційної напруги.
8. Стан фрустрації.
9. Самотність.
10. Сенсорна депривація.
11. Соціальна депривація.
12. Фактор «ув'язнення».
13. Роль сім'ї у формуванні психосоматичних захворювань.
14. Концепція стресу.

ПС захворювання - результат накопичуються пасивних больових відчуттів.  
У ПС процесі 3 основних стадії.

1. Спроба впоратися з конфліктом або травмою психічно - відреагувати агресією або ввести в дію невротичні захисти. Якщо спроба вдалася - травма може бути анульована, або виникає невротичний симптом.
2. Стадія захисту. Вона настає в ситуації, якщо не вдалася 1 стадія. Може бути соматизація у вигляді функціонального або вегетативного порушення.
3. Якщо порушення виявляється яскраво виражено, то виникає стадія психосоматозів, і тоді виявляється пошкоджений той чи інший внутрішній орган.

«Психосоматики» - люди з дефектом в розвитку Еґо.

У чому принцип вибору органу, який реагує?

Версії:

1. Конституціональна ослабленість органу.
2. Ідентифікація сприйнятливості органів в дусі сімейної традиції. Якщо в родині особливо сильна проблема неминучою агресії, пригніченою ворожості - це веде до захворювань

серцево-судинної системи, а якщо проблема любові і підтримки - до захворювань шлунково-кишкового тракту.

3. Теорія профілів особистості (Ф. Данбар) - особи, схильні до певних захворювань, психологічно відрізняються від інших. Ця теорія досі має популярність.

4. Александер писав, що надмірна турбота про шкіру немовляти може вести до нейродерміту, а розмови під час їжі - до захворювань шлунково-кишкового тракту. Гіперчистоплотність веде до порушення функцій виділення. Тобто, специфічні конфлікти корелюють з певними видами ПС реакцій.

Як дивляться на виникнення ПС захворювань об'єкт-теоретики?

Об'єкт-теоретики вважають, що основну роль у виникненні ПС захворювань грають перші 6 місяців життя дитини (фаза реципрокності і початку діалогу),

Вони ввели поняття: ПС сім'я. Це та сім'я, в якій у дітей формуються ПС розлади. Це система, яка жорстко пов'язана всередині себе, дуже взаємозалежні, дуже замкнута на себе (ізольована від зовнішнього світу). У цій родині панують 3 напрямки внутрішньосімейних стосунків:

1. Зв'язування. Це відносини, які уповільнюють або блокують розвиток дитини. Дитина розвивається перш за все в контакт з навколишнім світом, а тут йому цього не дають.

2. Відторгнення. Це ті відносини, які ведуть до почуття занедбаності, самотності («Не плутайся під ногами», «Не заважай мамі»).

3. Делегування. Дитина виховується таким чином, щоб з нього вирросло те, що не вдалося батькам. Дитина, реальне існування якого суперечить проєкції батьків на нього.

У ПС сім'ї уникають конфлікти, які є «придушеними». Якщо конфлікти «прориваються», вони руйнують стосунки і все навколо.

## ПСИХОСОМАТОГЕНА МАТИ

Це мати, яка позбавлена власного почуття ідентичності. У сім'ї вона домінує, в той же час дуже холодна емоційно. Її комунікації з дитиною досить одноманітні і однобічні. Емоційні реакції дитини не помічаються. Причина: для такої матері важливо емоційно відсторонитися від емоційного впливу будь-якого об'єкта. Вона відповідає головним чином на фізіологічні потреби дитини, на його хвороби, але не емоційні запити. Іноді вона може виглядати надмірно турботливою, але це нормативна турбота: дитина повинна не хворіти і бути вчасно нагодованою. Оскільки мати сфокусована на тілі дитини, він, щоб отримувати емоційну турботу, повинен хворіти. Він у своїй емоційній фрустрації починає «говорити» мовою симптомів.

У перші місяці життя дитини його потреби складаються з циклічних станів напруги і задоволення. У ПС сім'ї мати не може забезпечити задоволення, тому що нестабільні самі її реакції на дитину. У такої дитини не буде стабільності в диференціації внутрішнього і зовнішнього. Його ідентичність не має достатньої основи для його розвитку.

Якщо мати нормально задовольняє дитину, то у дитині розвивається почуття базової довіри, при цьому у нього немає довіри до свого тіла.

Дитина на ранніх стадіях спирається на матір, як на допоміжне Его. Вона допомагає дитині сформувати межі тілесного «Я». У ПС сім'ї цього немає і дитина знаходить нарцисичний дефіцит. Дитина недостатньо впевнена у собі, не відчуває себе в безпеці. Її комунікація з матір'ю трапляється тільки через незадоволену фізіологічну потребу, можливо, через хворобу, симптом. Хвороба - радикальний засіб, щоб отримати любов, нарцисичне підживлення. Почуття себе дитина може отримувати тільки через свою хворобу.

## СИТУАЦІЯ ВТРАТИ ОБ'ЄКТУ - КОЛИ ДЕФІЦИТ ІДЕНТИЧНОСТІ ВИЗНАЧАЄТЬСЯ З ОСОБЛИВОЮ ГОСТРОТЮ

Процес триває на стадії сепарації-індивідуації (діадних відносин). На підфазі практики - перший негативізм, який дає можливість заперечувати, пов'язувати афекти зі словами. У матері заперечення викликає агресію, вона сердиться, коли чує «ні». Так у дитини з'являється страх материнської агресії, своєї автономії. Він боїться ідентифікуватися з агресором, щоб не викликати агресію ще більшу. Підтримка матері - тільки в прояві контролю над дитиною. Вона не дає дитині свободи, ідентичність не розвивається, внаслідок цього - симбіотичний комплекс, тобто, дитина без материнського контролю нездатна самостійно існувати. Якщо при нормальних умовах з симбіотичного стану дитина і мати виходять синхронно, то психосоматогенна мати виходить з симбіозу першою. Мати весь час говорить дитині, яким він повинен бути, тому що не знає, яка вона сама. Вона «підштовхує» дитину до розлуки, а для нього це травма. Мати змушує жити його так, як ніби ідентичність сформована, чого насправді немає.

ПС реакція - порушена функція вміння сказати «ні». Людина не може сказати «ні» об'єкту, він говорить його самому собі. Якщо людина не може сказати «ні», його агресія перетворюється в аутоагресію. Його агресія спрямовується проти себе «поганого», проти тієї частини себе, яка не варта любові. Він сам для себе - оберігає матір. І він замість матері переносить любов до тіла, тому що для неї головне - здоров'я.

Найчастіше мати ПС особистості перебувала під сильним тиском «ідеалу -Я». У неї є уявлення про ідеальну матір і дитину, а реальність сприймається нею як нарцисична травма, тому що її дитина далеко до ідеалу. В результаті відбувається нав'язування досконалості дитині, а реакція на протести - нерозуміння.

Французька школа пояснює розвиток ПС захворювань дефіцитом фантазійної активності. У ПС хворих часто відзначається операційне мислення: бідні сновидіння, відсутність фантазій, слабо розвинена здатність до проєкції і інтроєкції. Причина цього - специфіка ранніх відносин з матір'ю: мати гальмувала у дитині розвиток фантазійної активності. Наприклад, дитина засинає на руках у матері - і мати починає качати його постійно. Дитина отримує це замість того, щоб створити фантазм і з ним заснути. Дитині потрібен материнський інтроєкт. А в даному випадку його замінює справжня мати, тобто, не формується інтроєкція материнських рук і материнських грудей. Згодом такій дитині недостатньо смоктати палець - йому потрібні тільки мамині груди. Мати - як наркотик, реальна материнська турбота - єдина захисна інстанція. Для нього ПС стабільність можлива тільки при наявності стійкого зв'язку з матір'ю. Така людина в зрілості буде легко потрапляти в залежність від опікає об'єкта.

#### **ТЕМА 4. ПРИНЦИПИ ТА МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ХВОРОГО**

Питання, які виносяться на розгляд:

1. Психосоматичних підхід.
2. Психосоматичне захворювання.
3. Кваліфікація психосоматичних захворювання.
4. Психосоматичних діагноз (позитивна и негативна діагностика психосоматичних захворювання).
5. Методологія експериментально-психологічних досліджень в клініці внутрішніх хвороб.

Психіка (П) і соматика (С) - дві сторони єдиного П.-С. процесу, психосоматичне захворювання - вираз того, що процес розірваний - настала деяка неузгодженість. ПС медицина розглядає людину в цілому. Лікуємо симптом, а не пацієнта.



Етіологічні чинники будь-якого захворювання різноманітні. Афективні та емоційні чинники задіяні так чи інакше в більшості ПС расстроїв. Сучасна ПС як наука заснована на тому факті, що емоції можуть впливати на функції органів.

## ПОНЯТТЯ "ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ"

Будь-який розлад в найширшому сенсі є психосоматичним. У більш вузькому сенсі це - соматичні розлади, які цілком або частково обумовлені психічно.

Класифікація психосоматичних розладів.

1) ПС реакції. Це те, що є у всіх. Наприклад, зниження апетиту від переживання, жар від сорому. Це нормальний аспект діяльності організму, вони зникають при зміні викликає їх ситуації.

2) Власне ПС порушення. Сюди входять:

- Конверсійні симптоми.
- Функціональні синдроми (неврози органів).
- Психосоматози.

Конверсійний симптом - проекція психічної реальності на тілесну сферу. Соматична відповідь - як спроба вирішення конфлікту. Симптом має символічний характер. Є тільки уявлення, яке виражене в тілесній сфері. Це таке собі самонавіювання розладу.

Функціональні синдроми - фізіологічні супроводу емоційних станів. Це реально існуюче розлад діяльності внутрішніх органів, яке виникає як супровід афектів.

Психосоматози - це те, що розуміють в найвужчому сенсі під ПС хворобою. Це прояв первинної тілесної реакції на конфліктну ситуацію. У 1950 році виділено 7 захворювань, які вважаються ПС: бронхіальна астма, виразкова хвороба шлунку та 12-палої кишки, неспецифічний виразковий коліт, гіпертонічна хвороба, ревматоїдний артрит, нейродерміт (псоріаз), тиреотоксикоз. Ряд дослідників додають сюди ІХС, ожиріння, схуднення.

Багато захворювань справляють враження спадкових. Але це псевдоспадковість, тому що, спадщина не генний матеріал, а зразок поведінки в сім'ї. Захворювання починається частіше в підлітковому віці, загострюються в ситуації, пов'язаній з втратою об'єкта.

## ТЕМА 5. ПРИНЦИПИ ТА МЕТОДИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ.

Питання, які виносяться на розгляд:

1. Принципи психотерапії психосоматичного розладу.
2. Психоаналітичні підходи до терапії психосоматичних розладів.
3. Індивідуальний аналіз та груп-аналіз.
4. Тілесно-орієнтована психотерапія.
5. Експерієнтальна психотерапія. Катартичні техніки психотерапії.
6. Оцінка ефективності психокорекційного впливу.

Аналітична робота з психосоматики ділиться на 2 основні етапи:

1. Етап формування залежності.

Триває близько 2 років. Це просто етап спілкування - спілкування, в якому ви надаєте пацієнтові то прийняття та підтримку, яких він не отримував в дитинстві. Іноді хочеться штучно тонізувати цю роботу. Цього не потрібно робити. Не питайте у такого пацієнта: що він відчуває, тому що він цього сказати не може. Краще говорити: «Мені здається, ви зараз відчуваєте те-то і те-то». Таким чином, ви будете поступово допомагати йому розвивати здатність до вербалізації своїх почуттів. Не чекати від нього вираження емоцій, а

допомагати йому. Дуже важливо на цьому етапі вивчити систему цінностей людини - що для нього є «Ахіллесовою п'ятою». Речі треба зачіпати вкрай обережно - нехай краще він сам це зробить, коли піде його тривога. На цьому етапі велике значення надається настрою і тривозі. Завдання в тому, щоб сформувавши ставлення і сформувавши його залежність.

2. Етап пошуку зв'язку симптому з конфліктом.

Віктор фон Вайсбеккер ввів поняття: «Суб'єктно - орієнтований підхід». Він постійно запитував: чому симптом виник саме зараз? Він націлювався на пошук того хворобливого переживання, яке передувало тілесному прояву. Ці хворобливі переживання, як правило, пов'язані з втратою чогось значимого. Іноді зв'язок причини і слідства буває досить важко побачити, тому що причина може виглядати занадто незначною, настільки незначною, що сам пацієнт може забути про це - він же це емоційно не переймається (наприклад, втекла кішка). Ця кішка для нього дуже дорога. Тому потрібно знати шкалу його індивідуальних цінностей і глибину його схильності до тієї чи іншої ПС реакції.

Тілесну симптоматику дуже важко перекладати на вербальну мову, іноді потрібно багаторічний аналіз. (Приклад з пацієнткою, у якій виникали напади головного болю як докір аналітику за його пасивну позицію, за те, що він приділяв пацієнтці так само мало часу, як і її мати. Потім у неї стали з'являтися напади булімії - як реакція на порожнечу між сесіями). Треба дати клієнту зрозуміти, що він своїм тілом виражає якийсь конфлікт. Важливо, щоб під час перших інтерв'ю він зрозумів, що є якийсь зв'язок симптому і конфлікту, щоб він прийняв це на свідомому рівні. На другому етапі можна «запускати» більше нейтральності, більше абстиненції, можна в більшій мірі допускати фрустрованість. Краще, якщо пацієнта попередити про можливість загострення симптому. І, крім того, важливо, щоб пацієнт поєднував терапію у аналітика з терапією у соматичного лікаря. Результат такої терапії вважається дуже високим, якщо пацієнт досягне рівня діалогу з самим собою, досягає розуміння своїх переживань. Якщо це досягнуто - значно знижується можливість хронізації процесу.

Іноді симптом є дуже важливим компонентом відносин в родині, вся структура сімейних відносин може спиратися на хворобу одного члена сім'ї. Тому тут може бути корисною сімейна терапія. Сімейна терапія може бути показана, якщо у носія симптому слабка мотивація.

## КОНКРЕТНІ ЗАВДАННЯ ТЕРАПЕВТА ПРИ ЛІКУВАННІ КОНКРЕТНИХ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

### БРОНХІАЛЬНА АСТМА.

Пацієнт «утримує» в собі плач. У нього в ставленні до терапевта розвивається сильний конфлікт між бажанням залежності і бажанням відсторонитися. Не потрібно спонукати такого пацієнта до швидкої віддачі почуттів, тому що, якщо ви будете тягти його почуття, «підштовхувати» його до наближення - це тільки посилить тривогу. Краще, якщо ви досить його тривогу понизили, якщо він починає якісь почуття вам висловлювати, реагувати на це непрямым заохоченням (вираження своїх почуттів, наприклад, захоплення). У нього в родині не було взаємообміну, а він йому дуже важливий. Якщо він заплаче на сесії - це хороший знак. Але, якщо хворого «підштовхувати» - у нього може бути психотична реакція. Це для нього означає: «Мама хоче, щоб я заплакав, а вона б за це мене покарала». У процесі терапії бронхіальних хворих можна використовувати роз'яснення сенсу симптому. Цим самим знижується рівень тривоги Его на раціональному рівні. І може бути корисно навчати технікам дихання і розслаблення. Також при БА дуже корисна групова терапія.

### ЕСЕНЦІАЛЬНА ГІПЕРТОНІЯ

Вираз конфлікту між агресивністю і потребою в залежності від того об'єкта, з яким адресована агресія. У терапії, швидше за все, буде той же самий конфлікт. У такого хворого ставлення до лікаря - скептичне, є певна ступінь напруженості у відносинах. Труднощі в тому, що у хворих з ГБ низька мотивація до психотерапії, тому що вони вважають за краще медикаментозне лікування. Тут найкраще абсолютно недирективне ставлення до хворого. Терапія повинна бути спрямована на підвищення можливості самосприйняття, самооцінки і на посилення самостійності (можна запропонувати самому поспостерігати за своїми переживаннями).

## **ТЕМА 6. ПСИХОСОМАТИЧНІ АСПЕКТИ ПАТОЛОГІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ТА ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ**

Питання, що виносяться на розгляд:

1. Гіпертонічна хвороба.
2. Виразкова хвороба.
3. Неспецифічній виразковій коліт.
4. Неспецифічній хронічній поліартрит.
4. Ішемічна хвороба серця й інфаркт міокарда.

### **ЕСЕНЦІАЛЬНА ГІПЕРТОНІЯ**

ЕГ тісно пов'язана з емоційною сферою. У гіпертоніка - дуже сильна напруга між агресивними імпульсами і почуттям залежності від того, на кого агресія спрямована. Одночасне бажання висловити свою ворожість і потреба до дуже адаптованому поведінки (за яке його не засудять). Зазвичай такі хворі в житті не конфліктні, але у нього сильна тенденція до стримування афектів взагалі - як позитивних, так і негативних. У такого хворого в дитячій сім'ї не було нормального вирішення конфліктної ситуації. Переважала негативно-невербальна комунікація, тобто, замість відповіді на агресивну репліку опускалися очі, відводився погляд. Замість розрядки конфлікту - важке мовчання. Це зазвичай відбувається в тих сім'ях, де батько - гіпертонік. Характерна проблема таких сімей - заборона на мовну негативну вербальну комунікацію взагалі.

### **ВИРАЗКОВА ХВОРОБА ШЛУНКУ ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ.**

Нею страждають ті, хто з ранніх дитячих років в силу конституціональної схильності був схильний до підвищеної секреції. Александер писав, що специфічного типу язвенников не існує (на відміну від того, що писав Джозеф Сандлер), а є конфліктна ситуація, яка полягає у фрустрації оральних потреб. (Не тільки потреба в їжі, але і потреба, щоб балували, нагороджували). Ця ситуація викликає хронічне бажання «годувати» самого себе. Звідси випливає наслідок, що шлунок знаходиться в стані постійної стимуляції, навіть поза процесом їжі. На тлі схильності до підвищеної секреції це викликає і підвищену вразливість слизової шлунку. Будь-яка травма може викликати ерозію і привести до формування виразки. Особистість з ослабленим селф. Дуже висока залежність від об'єктів. У ситуації невдачі спілкування з об'єктом (втрати об'єкта, образи на об'єкт) виникає сильний фізичний дисбаланс. Ці люди зовні є маловиразними, зі збідненого фантазією. Оточуючих сприймають не як цілісних особистостей, а як функціональний об'єкт. Характерна особливість таких пацієнтів - вони зазнають великих труднощів, коли заходить мова про їхнє ставлення з терапевтом. Стандартна відповідь - я до вас нічого не відчуваю. У них

надмірна орієнтація на нормативне поведінку. Вони в житті соціально дуже успішні. Розрізняють 2 типу хворих на виразку - активний і пасивний.

У пасивного типу на першому плані стоїть тривога бути покинутим. Вони в житті починають шукати такі обставини і таких людей, з якими можуть бути вічно. Якщо виникає сумнів у тому, що цей об'єкт завжди буде з ними, вони можуть використовувати заперечення як захист або видавати панічні реакції. Вони, як правило, не роблять кроків до самостійності. Залежність приємна, бо вона безпечна. У такої людини в дитинстві була надто сильна материнська турбота. І вона не змогла свого часу розірвати «психологічну пуповину». Коли такий хворий вибирає собі партнера для спільного життя, він теж орієнтується на залежність (чоловік, який вибирає жінку, значно старше за віком).

Активний тип - щось прямо протилежне. У цього типу теж дуже сильне бажання залежності, але воно активно відкидається. Він відкидає оральні тенденції «присмоктатися» до когось, тому що на свідомому рівні його «Я» прагне до незалежності. Така людина продуктивна, успішна, лідер, любить допомагати іншим. Але в несвідомій сфері у нього дзеркально протилежна установка - він відчуває сильну потребу в залежності і допомоги. Він постійно собі компульсивно доводить свою силу, значимість, тому що він захищений, коли успішний. Через свій успіх він визнає сам себе.

### НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ.

Етіологія неясна, багатофакторна. У більшості випадків НЯКу передують депресивно пофарбована життєва ситуація (частіше - ситуація втрати об'єкта - як реальна, так і уявна). У них в дитячих сім'ях яскраво виражені симбіотичні відносини і дуже мало говорять про почуття. Велика частина хворих страждає низькою самооцінкою і вони дуже чутливі до будь-яких невдач. У них, також як хворих на виразкову хворобу шлунку та 12-палої кишки, сильне прагнення бути опікуваними. Вони вважають за краще з об'єктами будувати такі відносини, які б давали їм опору. Втрата опорного об'єкта ними сприймається як загроза власному існуванню. Загострення коліту - це заміна реакції печалі по втраченого об'єкту. Їм бракує свідомого переживання агресії до об'єкта, який наважився їх покинути. Є формула: «Схильність до соматизації - це емоційна неграмотність». Хворі НЯКом емоційно «неграмотні».

### РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ.

Теж багатофакторне захворювання. У більшості ПС захворювань однієї емоційної реакції мало. Для того, щоб розвинулася ця хвороба, важливим є емоційний застій, пов'язаний з підвищеним м'язовим тонусом. З застою емоцій впливає напруженість. Конфлікт переміщається в опорно-руховий апарат. Обмеження рухової активності впливає з заборони на вираження агресії, яка може проявитися в русі: ударах, бігу тощо. Усереднені риси особистості цих хворих: вони тихі, малопомітні, старанні, сумлінні. Приємні пацієнти: терплячі, дружелюбно налаштовані до терапевта. Але потрібно пам'ятати, що ця терплячість і доброзичливість впливає з їх проблем, з порушення їх афективної сфери. Вони не пред'являють до терапевта скарг, докорів, але як раз в цьому-то їх проблема і полягає. Найчастіше в їх дитячій сім'ї була присутня авторитарна, холодна мати. Дитина перед цією матір'ю відчував почуття страху і у нього було постійно пригнічене бажання бунту. Виникає звичка дуже строго володіти своїми почуттями. Психодинаміка цього захворювання - хронічний латентний бунт, заряд нереалізованої агресії. Проти цієї агресії виникає реактивне утворення: бажання всіх любити, допомагати. Будь-які свої агресивні імпульси ці люди сприймають як загрозові. Якщо агресія наростає - тут же наростає ригідність рухового апарату.

## ІНФАРКТ МІОКАРДА.

Складна сума несприятливих психічних і соматичних чинників. У людей, схильних до інфаркту міокарда, є певний набір особистісних ознак: це люди з поведінкою, над адаптованою до світу роботи, до світу досягнень. Все заради досягнення успіху. Серед них відносно рідко зустрічаються люди, які невпевнені в собі або соціально нестійкі. Ці люди часто честолюбні, схильні до змагання, агресивні. Але це тому, що вони підспудно перебувають в стані страху і напруги. У них зазвичай сильно розвинене почуття відповідальності. Але воно теж впливає зі страху щось порушити, похитнути в тій системі, в якій вони існують. Вони часто ідентифікуються зі своєю професією. (Хто такий я? Я - це директор, це суть моєї особистості). На тлі цього в своєму особистому житті вони можуть погано розуміти, хто вони такі. Така людина залишається директором навіть приїхавши додому. Вони дуже бояться невдач, хоча на свідомому рівні цього страху немає. Якщо відбувається невдача - це може привести до нав'язливих думок, зростання внутрішньої напруги. Якщо людина ледача, безініціативна, розслаблена, у нього в 2,5 рази менше шанс отримати інфаркт (навіть при тих же соматичних факторах). Ситуація, яка передиспонує до інфаркту, теж дуже часто відповідає травмі втрати об'єкту (звільнення з роботи, професійна невдача, «рознос на килимі»). Тобто, є емоційний елемент втрати чогось значимого. Людина не може цю втрату адекватно переробити, тому що він її сприймає як нарцисичну травму. У нього дуже сильний нарцисичний дефіцит. Його почуття значущості, впевненості у собі насправді досить нестійкі. Його дефіцит ідентичності - і є його головний мотив для прагнення до успіху. («Компенсаторне самосприйняття» по Фройбергеру). Вайхе і Фішер проводили дослідження і показали, що інфаркту передують 4 етапи:

1. За 3 роки до ІМ - пік стресових ситуацій.
2. За рік до ІМ - пік соматичних симптомів (безсоння, нездужання, біль у серці).
3. За 2-3 міс - пік психоневрологічної симптоматики (астенія, безсоння, страх).
4. За місяць до ІМ - другий пік стресових ситуацій, але ці стреси людина практично не відчуває як такі, тому що вони переросли в соматіку.

## ТЕМА 7. ПСИХОСОМАТИЧНІ АСПЕКТИ ПАТОЛОГІЇ ДИХАЛЬНОЇ, ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМ ТА ШКІРЯНИХ ПОКРОВІВ

Питання, які виносяться на розгляд.

1. Бронхіальна астма.
2. Захворювання шкіри.
3. Діабет.
4. Нервовий кашель.
5. Порушення харчування.
6. Анорексія.
7. Булімія.
8. Головний біль.

### БРОНХІАЛЬНА АСТМА

Захворювання, яке носить символічний характер. З моменту народження дитини його дихання прирівнюється до автономного існування. І, крім того, дихання може бути розглянуто як засіб самовираження особистості (дихати на повні груди, затамувати подих). Нормальне спокійне, глибоке дихання має асоціації з повноцінною, вільною особистістю. Людина, котра захворіла на бронхіальну астму, не може видихнути. Це захворювання найчастіше проявляється до 10-річного віку. Психоаналітики вважають, що це - еквівалент

плачу. Цій дитині, швидше за все, мати в дитинстві забороняла плакати. Тут проявляється, з одного боку, сильне бажання інтимних відносин, а з іншого - страх перед цими відносинами. Плакати не можна - означає: зближуватися не можна, не можна довіряти себе. Мати, забороняючи дитині плакати, каже йому: «Не смій себе мені довіряти!» Людина, яка хвора БА - внутрішньо дуже боязка, боїться самовираження. Але вона цього страху не усвідомлює. Невміючи нормально видихнути, він утримує в собі емоції, адресовані об'єкту.

## НЕЙРОДЕРМІТ

Шкіра - це межа індивіда. При шкірному захворюванні ця межа виявляється вражена. Це захворювання кордонів «Я». У таких хворих відзначають сильну швидку ідентифікацію через порушення кордонів «Я». Наша шкіра добре відображає емоції: на ній проступають мурашки, може бути почервоніння тощо. Дуже швидко реагує на фізичні навантаження. Вона тісно пов'язана з ЦНС. Крім того, шкіра є засобом комунікації. Перша комунікація - тактильний контакт дитини з матір'ю. Рене Спітц вивчав нейродерміт. Він сказав, що це захворювання - вираз порушених відносин з матір'ю, тактильного контакту з нею. В сім'ях хворих на нейродерміт у матері дитини буває інфантильна структура особистості - вона сама, як дитина. Її ставлення до дитини переважно вороже, але це несвідома ворожість. Це вороже ставлення може маніфестуватися у вигляді зайвої турботи. (Не дай бог, щось зробити не так, не дай Бог, захворіє). Така мати утримується від тактильного контакту - уникає доторкнутися до нього зайвий раз. У дитини схильність до шкірних реакцій виникає як протест проти такого ставлення. І посилюється шкірне представництво психічних конфліктів. Має місце підвищена лібідозне навантаження поверхні шкіри: дитина як би кричить своєю шкірою: «Мама, доторкнися до мене!» Часто це захворювання може припинитися спонтанно, якщо дитина досить активна, щоб звільнитися від тотальної материнської залежності, щоб увійти в нормальний контакт зі світом об'єктів. У зрілому віці екзема супроводжує конфліктний розвиток відносин з об'єктом. Відзначаються такі риси, як виражена пасивність у об'єктних відносинах й великі труднощі в самоствердженні за рахунок пасивності. Якщо відносини з об'єктом зовні виглядають як неконфліктні, тоді найчастіше спостерігається екзема в області обличчя, голови і суглобів. А якщо вони і зовні виявляються як конфліктні - переважає екзема в області грудей, стегон і плечей.

## ДІАБЕТ

Етіологія неясна. Розглядається роль спадковості, але вона сама по собі не веде до маніфестації захворювання. Один з факторів маніфестації - емоціональний стрес. Риси особистості діабетиків - почуття емоційної занедбаності і незахищеності, присутність бажання турботи про себе і активний пошук залежності. Надто вже великі оральні тенденції і висока чутливість до фрустрації цих бажань. Часто конфлікти і неоральні потреби вони задовольняють за допомогою їжі. Для них любов і їжа прирівняні один до одного. При відібранні любові у них починається «голодний обмін речовин» незалежно від прийняття їжі.

Є деякі різновиди ПС реакцій, що не відносяться до психосоматозів, але часто виявляються.

## НЕРВОВИЙ КАШЕЛЬ

Це конверсійний симптом. Сенс кашлю взагалі - звільнити своє тіло від чогось чужорідного, дратівного. Деякі фахівці розглядають кашель як образу в чий-то адресу (людина як би «плює» в обличчя у знак несхвалення, знак агресії). Але це те ж саме -

видалення, «виштовхування» з себе поганого об'єкта. Кашель як відхаркування секрету - щось близьке до дефекації, він може носити сенс образи в чиюсь адресу. У будь-якому випадку, кашель пов'язаний з пригніченою агресією. У терапії така агресія повинна бути проявленою і вербалізованою. Це - одна з основних задач, які стоять при лікуванні ПС симптомів.

## ПОРУШЕННЯ ХАРЧУВАННЯ

У дитячих переживаннях почуття ситості, любові і безпеки є нероздільними. Це найперший, найраніший досвід відносин з матір'ю. У фазу первинної реципрокності дитина диктує матері певний ритм годування - і він повинен його отримувати. Якщо мати її фруструє дитина може почати при годуванні смоктати молоко компульсивно, тобто не отримуючи насиченості. Це - відповідь на порушені відносини з матір'ю. Якщо мати не супроводжує годування люблячим поглядом, може бути, що по відношенню до неї розвинеться агресивність. Дитина буде несвідомо відкидати нелюблячу мати. Це може вилитися в спазми, блювоту тощо. Якщо для батьків турбота про дитину зводиться до того, щоб його нагодувати, відбувається наступне: для дитини їжа, яку їй наполегливо пропонують, буде асоціюватися з загрозою приниження любові. Годування - єдиний прояв любові. Якщо вона відмовляється від годування, значить, вона відмовляється від любові. Вона може проявляти це впертістю, агресією, а може пасивно змиритися з тим, що його перегодовують. У будь-якому випадку, він відчуває голод по любові.

## АНОРЕКСІЯ

Радикальну відмову від харчування і втрата ваги до 40%. У переважній більшості випадків зустрічається у жінок. Психодинаміка така: дуже сильний конфлікт амбівалентності до матері. Бажання одночасного зближення і дистанціювання. Як покарання за бажання віддалитися від матері виникає аутоагресія. З іншого боку, багато хто розглядає анорексію як спробу отримати материнську любов, тобто, за рахунок зміни свого тіла отримати материнську турботу: щоб мама погодувала.

Є таке поняття - «оральний протест». Це повне придушення оральної агресивності і заперечення оральних потреб. Сенс протесту: таким шляхом Его намагається підняти свою цінність. Це означає: поки я їм з рук мами або з її грудей наді мною домінує материнське «Я». Відмова від їжі - підняття власного «Я». При анорексії невід'ємним компонентом особистості стає свідоме уявлення: «Я повинна схуднути!» Це уявлення, як правило, Его-синтонно. Є інше розуміння: відмова хворихна анорексію від їжі - це захист від усього тілесного, захист від усього інстинктного. Ця версія підкріплюється фактом, що анорексія починається після першого сексуального досвіду жінки, якщо він сприймається як загрозливий, травмує. Тоді маніфестація захисту зсувається на оральний рівень. Є розуміння анорексії як захисту від жіночності, тому що при серйозних формах анорексії губляться жіночі форми тіла. Небажання дорослішати, боротьба проти дозрівання жіночої сексуальності.

Що відомо про сім'ях таких пацієнтів?

У дитячій сім'ї була сильна орієнтація на соціальний успіх. Над дочкою встановлювався гіперконтроль, гіперопіка. У такій сім'ї заперечувалися, як правило, будь-які конфлікти. Там все було дуже соціально, несформовані варіанти адекватного вирішення конфліктів. Така сім'я зовні виглядає як дуже гармонійна, але має сильне внутрішнє напруження. Тому симптоматика анорексії - це прояв боротьби за владу між дочкою і батьками. Вона намагається утримати автономію, «відмежуватися» від соціальних стандартів. У цій родині всі її члени нав'язують один одному «свої» відносини, і кожен намагається відкинути те, що нав'язується йому. Коли дитина відкидає їжу - він відкидає комунікацію. Домінує в такій сім'ї найчастіше мати, а батько знецінюється, пригнічується.

При анорексії важлива диференційна діагностика. Оскільки анорексія - це протест проти контролю, в перенесенні у цього хворого буде недовірливе ставлення до терапевта. У цих людей ослаблена мотивація. Захворювання Его - синтонно, воно не сприймається як хвороба. Особливу увагу потрібно приділяти довірі. Не потрібно робити темою процесу сам симптом анорексії. Покажіть хворому, що тут потрібно зосередитися на його особистості. І особливо зосередити увагу на тому, як він буде міжособистісні відносини. Акцент уваги на симптом сприймається як примус.

## БУЛІМІЯ - НАВ'ЯЗЛИВА ЇЖА

Напади переїдання, які поєднуються в контролі над своєю вагою шляхом штучної блювоти і прийому проносних препаратів. Як і анорексія, частіше у жінок. (15-25 років).

Після блювоти - розрядка напруги, але, одночасно, і почуття провини. Зазвичай у таких хворих - велика розбіжність між його самосприйняттям і його «Ідеалом -Я». Вони зовні намагаються будувати себе за зразком свого ідеалу - сильні, незалежні, а всередині у них відчуття порожнечі. У сім'ї у такого хворого був високий потенціал насильства, садомазохистичні відносини і дуже імпульсивна комунікація. Непередбачуваність атмосфера високої конфліктності, сильних стресів і слабка можливість щось контролювати, щоб передбачити. При цьому велика орієнтованість на соціальний успіх. Бути дитиною - означає: бути при владі сваволі, і тому вона намагається швидше вирости. Дитина в такій ситуації намагається взяти на себе батьківські функції: наприклад, дуже дбайливо ставиться до батьків. Паралельно з цим у нього дуже висока емоційна нестабільність і впливає з неї страх втратити контроль над своїми емоціями. Ця людина не розуміє себе, не розуміє свого внутрішнього стану, що за почуття всередині нього, він це відчуває як «внутрішню непридатність». Вона дуже боїться втратити контроль над собою, тому що неконтрольована обстановка в сім'ї не навчила її контролювати себе. Для неї найменше внутрішнє напруження сприймається як загроза втрати контролю взагалі. Відбувається регрес в оральну сферу, коли почуття стабільності супроводжувалося зниженням голоду. І коли у неї виникає відчуття голоду, її напруга означає загрозу втрати контролю над чимось всередині себе. З таким вона не може впоратися самостійно.

Функція нападу переїдання - зниження напруги, набуття почуття втраченого контролю. Тривога настільки сильна, що людина намагається «задавити» на корені це почуття дисбалансу. І вона «забиває» його настільки, що виникає дисбаланс, але вже в протилежну сторону. Контроль знову втрачається: тоді потрібен блювотний рефлекс, тобто, і ситість погано, і голод. Весь час він в напрузі і весь час намагається усунути цю напругу (як маятник). Блювота і почуття полегшення показують, що контроль знову здобутий.

Завдання, які стоять перед терапевтом.

Добре, якщо терапевт візьме на себе контролюючу функцію, яка у пацієнта слабо розвинена. Наприклад, домовитися з клієнтом про вирішення проблеми його харчування на час терапії. Хворий на булімію, на відміну від аноректиків, досить добре сприйнятливий, тобто, з ним можна спілкуватися на рівні раціонального, свідомого Его. Тут, на відміну від анорексії, можливо лікування сфокусоване на симптомі. Це добре ще й тим, що дасть пацієнтові відсутнє в нього почуття контролю. Які труднощі можуть виникати? Основні труднощі, яку відзначають фахівці - лабільне відношення до терапевта. Воно змінюється від ідеалізації до девальвації, як у межових пацієнтів - пацієнт функціонує за принципом: «Або все, або нічого», «Або я зараз поглинаю терапевта, або я його виприскую, відпльовую його».

## ГОЛОВНИЙ БІЛЬ

Головний біль напруження пов'язаний з постійною напругою м'язів потилиці і плечового поясу. Головний біль може бути ПС реакцією на гострий конфлікт, на тяжкі



переживання, може заміщати гнів, образу, ворожість тощо. Часто вони пов'язані з ситуацією неможливості досягти успіху. Це може бути симптом ларвірованої депресії. Конфлікт викликає напругу, тривогу, підвищену агресивність тощо.

Часто буває так, що соматична причина головного болю поєднується з її символічним значенням. Головний біль може означати відмову від розуміння чогось, чого розуміти не хочеться, неможливість будь-якої діяльності: розумової і чи якийсь інший. У тих людей, які страждають на головний біль, досить високий рівень інтелекту (вище середнього). У цих людей часто буває підвищене честолюбство, бажання домінувати в своїй області. Іноді головний біль - самовиправдання при неможливості досягти того, чого хочеш (конфлікт бажання і можливостей). Пригнічена ворожість до інтелектуальних досягнень інших людей. Тут присутні і елементи вторинної вигоди, за допомогою головного болю легко маніпулювати рідними, близькими. Людина і рідних "карає і себе".