



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МЕДИКО-ПРИРОДНИЧИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
Кафедра психології
НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА
«Основи психосоматики та тілесно-орієнтованої терапії»

Лекція 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ПІДХОДУ

Поняття про “психосоматику” та “психосоматичні розлади” у найбільш розповсюдженому трактуванні для психосоматичних розладів характерним є визнання значимості психологічних факторів як у виникненні, так і в посиленні чи послабленні соматичного (фізичного) захворювання. Таким чином, критерієм віднесення специфічного фізичного захворювання до психосоматичних є наявність психологічно значимих подразників з навколишнього середовища, що у часі пов'язані з виникненням чи загостренням даного фізичного порушення. Таке розуміння психосоматичних розладів вважається широким, тому що до них відносять усі порушення функцій внутрішніх органів і систем, виникнення і розвиток яких тісно пов'язаний з нервово-психічними факторами, переживанням гострої або хронічної психологічної травми зі специфічними особливостями індивідуально-емоційного реагування людини на навколишнє.

У цьому випадку, крім різних короточасних психосоматичних реакцій, що з'являються в напружених життєвих ситуаціях (наприклад, серцебиття в закоханого чи втрата апетиту при сумі), виділяють ще чотири великі групи розладів іншого гатунку.

1. Конверсійні симптоми — символічне вираження невротичного 1 (психологічного) конфлікту. Їхніми прикладами є істеричні паралічі, психогенна сліпота або глухота, блювота, больові відчуття. Усі вони — первинні психічні феномени. Тіло тут служить, наче, сценою символічного

вираження суперечливих почуттів хворого, котрі придушені і витіснені в несвідоме.

2. Психосоматичні функціональні синдроми — виникають частіше також при неврозах. Такі “соматизовані” форми неврозів іноді називають «неврозами органів», системними неврозами або вегетоневрозами. На відміну від психогенної конверсії, окремі симптоми тут не мають специфічного символічного значення, а є неспецифічним наслідком тілесного (фізіологічного) супроводу емоцій чи психічних станів. Зокрема, деякі варіанти ендогенних і невротичних депресій часто імітують соматичне захворювання, “маскуються” під нього. Такі депресії прийнято називати “маскованими” чи соматизованими депресіями. До групи функціональних психосоматичних синдромів часто також відносять і деякі психофізіологічні захворювання — мігрень і ряд інших подібних хворіб.

3. Органічні психосоматичні хвороби (психосоматози) – в їхній основі лежить первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановленими патологічними змінами в органах. Відповідна спадкова схильність може впливати на вибір органу. Перші прояви психосоматозів виникають у будь-якому віці, але частіше вони починають фіксуватися вже в ранній юності в осіб з виразними і постійними особистісними характеристиками. Після маніфестації захворювання звичайно набуває хронічний чи рецидивуючий характер, і вирішальним провокуючим фактором виникнення чергових загострень є психічний стрес, іншими словами, етіопатогенез власне психосоматичних розладів значною мірою, особливо на ранніх етапах захворювання, пов'язаний із психологічно значимими для особистості подразниками з навколишнього середовища. Однак, функціональні порушення внутрішніх органів на більш пізніх етапах хвороби приводять до їхньої деструкції, тобто органічних змін і захворювання набуває рис типово соматичного, фізичного страждання. Історично до цієї групи відносять сім класичних психосоматичних захворювань:

- 1) есенціальна гіпертонія,
 - 2) бронхіальна астма,
 - 3) виразкова хвороба дванадцятипалої кишки і шлунку,
 - 4) неспецифічний виразковий коліт,
 - 5) нейродерміт,
 - 6) ревматоїдний артрит і
 - 7) гіпертиреозний синдром («сімірка», за Alexander, 1968).
4. Психосоматичні розлади, пов'язані з особливостями емоційно- особистісного

реагування і поведінки — схильність до травм та інших саморуйнівних видів поведінки, (алкоголізм, наркоманія, куріння, переїдання з ожирінням і інші). Ці розлади зумовлені особливостями особистості і її переживань, що приводить до поведінки, результатом якої є порушення здоров'я. Наприклад, схильність до травм характерна для особистостей із властивостями, що протилежні точності, старанності. Підвищене споживання їжі можна розуміти як індикатор престижу, соціальної позиції чи компенсацією невдоволення. Доцільно розглянути місце психосоматичних розладів у Міжнародній класифікації хворіб десятого перегляду (МКХ-10), прийнятої ВОЗ у жовтні 1989р. Термін “психосоматичні” у МКХ-10 не використовується через відмінності в його значенні у різних мовах і різних психіатричних і психотерапевтичних традиціях, а також для того, щоб не вважати, начебто при інших захворюваннях психологічні фактори не мають значення в їхньому виникненні і розвитку. Розлади, описані в інших класифікаціях як психосоматичні, у МКБ-10 знаходяться в рубриках

F45. Соматоформні розлади.

F50. Розлади прийому їжі.

F52. Сексуальна дисфункція.

F54. Психологічні і поведінкові фактори, пов'язані з розладами чи захворюваннями, класифікованими в інших розділах (власне психосоматичні захворювання).

Психосоматичні розлади відносяться до рубрики F54., що використовується для реєстрації психологічних чи поведінкових факторів, як основної етіологічної причини соматичних розладів, що класифікуються в інших розділах МКБ-10.

Для реєстрації соматичного розладу використовується додатковий код. Прикладом використання даної рубрики є кодування психогенної астми під рубрикою фізичного стану з глави J (Хвороби органів дихання):

астма (F54 і J45.) і інші, наприклад:

виразка шлунка (F54 і K25.);

виразковий коліт (F54. і K54.);

кропивниця (F54. і L50.) [50].

1 Вплив психіки припустимий і можливий при будь-яких захворюваннях людини, тому психосоматична медицина ніколи не обмежувалася вивченням тільки психосоматозів. Психосоматичний підхід як принцип лікарської діяльності полягає в якнайбільш ретельному вивченні впливу

психосоціальних факторів на виникнення і плин будь-яких соматичних хворіб і психотерапевтичному лікуванні хворих з врахуванням цих факторів.

1.2. Аналіз основних теоретичних підходів до проблеми психосоматики

Для того, щоб сформулювати адекватний сучасному стану наших знань погляд на взаємини між психікою і тілом, між психічними і соматичними проявами захворювань, необхідно проаналізувати цю проблему в історичному контексті. У давньому суспільстві вважалося, що хворобу викликають духовні сили, а отже, і боротись з нею необхідно духовними засобами. Основні ідеї давньогрецького суспільства про психосоматичні співвідношення можна проілюструвати словами Сократа: «Неправильно лікувати око без голови, голову без тіла, так само як тіло без душі».

1.2.1. Психодинамічні підходи

1.2.1.1. Концепція істеричної конверсії й органічного еквівалента тривожних станів (З.Фройд)

З.Фройд за допомогою концепцій істеричної конверсії й органічного еквівалента тривожних станів намагався пояснити виникнення психосоматичних розладів та визначити функцію і значення «патологічних соматичних процесів» у переживаннях і поведінці хворого. Він зараховує конверсію до витіснення, а соматичний еквівалент тривоги – до більш примітивного захисного механізму проекції. Загальним для обох концепцій є те, що органічна симптоматика розглядається не як просте порушення фізіологічних функціональних зв'язків, а як наслідок розладу переживань і поведінки. Однак, відмінність полягає в тому, що при конверсійній симптоматиці це порушення є наслідком несвідомого психічного конфлікту між інстинктивним бажанням і захистом Я, у той час © 2005 Христина Турецька www.psytopos.lviv.ua як причиною органічної симптоматики актуального неврозу, як припускає Фройд, є психічний конфлікт, що не відбувся

1.2.1.2. Психосоматичний симптом як доля інстинкту (П.Федерн)

Перший систематичний виклад психоаналітичного лікування органічного захворювання викладено, на думку Г.Аммона, Паулом Федерном (1913), що у повідомленні про «приклад переміщення лібідо в ході терапії» описував лікування хворого бронхіальною астмою. Він припустив у генезі соматичного симптому лібідинозну фіксацію в ранньому дитинстві на дихальній системі, причому нюхова зона отримала вирішальне значення при переміщенні лібідо як Під час обговорення повідомлення Федерна, Фройд сам запропонував відмежувати описане захворювання від істеричної конверсії, розуміючи його як «істерію фіксації», при якій специфічна соматична реакція робить органну систему особливо чутливою для фіксації

лібідинозного розвитку, визначаючи соматичне вираження виникаючого в результаті цього конфлікту.

1.2.1.3. Організм як символ (Г.Гродек)

Проти звуження психодинамічного розгляду областю неврозів виступив три роки по тому Георг Гродек (1917), що вважався тоді «дисидентом» психоаналізу, у роботі про «психічну обумовленість і психоаналітичне лікування органічних захворювань». Гродек висунув у цій роботі наступну тезу: «Я вважаю глибокою оманною припускати, що лише істерик володіє даром робити себе хворим з якою-небудь метою; кожна людина має цю здатність, і кожен використовує її в тій мірі, яку ми ще не цілком уявляємо»

За проявами хвороби він бачив «глибоко приховані шифри невідомого Воно, що не має ні визначення, ні пояснення». Це Воно, яким «живе» людина, використовує для своїх цілей і рішень як органічні процеси, так і психічну динаміку. Тому для Гродека не існує кардинальної протилежності між органічним і психічним процесами. Він вказав на подібність динаміки сновидінь і органічної симптоматики і сформулював концепцію подібності генезу органічних симптомів з формуванням сновидінь і невротичних симптомів. Він стверджував, що «органічні симптоми розвиваються так само, як сновидіння і невротичні симптоми, що не існує принципові відмінності між психічними й органічними процесами..., що Воно виявляє себе то психічним, то органічним шляхом»

Отже, Гродек розширює концепцію істеричної конверсії, бачачи в цьому механізм, властивий взагалі всім життєвим процесам. «Воно» знаходить при цьому символічне вираження як психічних, так і органічних процесів. У цьому сенсі він говорить про «організм як символ». Гродек бачить, однак, органічне захворювання не тільки як наслідок і символічне вираження «глибоко прихованих рішень невідомого Воно». Він визнає його функцію у взаємодії з навколишнім світом. Хвороба має задачу захистити хворого, або ж Воно, яким він «живе», – від нестерпних подразників. Ця думка, як і інші спостереження Гродека, зараз одержує особливу значимість у світлі нових психоаналітичних досліджень психології Я і групи

1.2.1.4. Теорія специфічного конфлікту

(Ф. Александер) Справжнім засновником сучасної психосоматичної медицини є Франц Александер. Мартін Гротіан (1966) сказав, що якщо Фройд порушив сон світу, то про Александра можна сказати, що він порушив сон психіатрів і психоаналітиків. При цьому він мав на увазі не тільки значний внесок Александра в розвиток «динамічної психіатрії», тобто психіатрії на психоаналітичній основі, але і його психосоматичні дослідження, завдяки яким психоаналітичний інститут у Чикаго під його

керівництвом надовго став науковим центром нового напрямку. Александер у 1939 році разом зі своїми співробітниками заснував журнал «Psychosomatic Medicine», створивши необхідний форум для психосоматичних досліджень [5, с. 31]. Якщо до нього область компетенції психосоматичної медицини найчастіше обмежували впливом психологічних факторів на виникнення і розвиток непсихічних захворювань, тобто лінією, що йде від психогенної концепції, те Александер був прихильником більш широкого підходу, що йде від холистичної концепції. Відповідно до цього підходу, психічне і соматичне нерозривно пов'язане, і розуміння причин хворіб неможливе без спільного аналізу цих двох рівнів. Найбільш відома концепція Александера – теорія психосоматичної специфічності, чи специфічних конфліктів. Відповідно до неї, тип соматичного захворювання визначається типом неусвідомлюваного емоційного конфлікту. Александер виходить з того, що «кожній емоційній ситуації відповідає специфічний синдром фізичних змін, психосоматичних реакцій, такий, як сміх, плач, почервоніння, зміни в серцевому ритмі, диханні, і т.д.» і, більш того, «емоційні впливи можуть стимулювати чи придушувати роботу будь-якого органу». Психоаналітичні дослідження виявляють в багатьох людей неусвідомлювану емоційну напругу, що зберігається в продовж тривалого часу.

Можна припустити, що в подібних випадках протягом тривалого часу будуть зберігатися і зміни в роботі фізіологічних систем, приводячи до порушення їхньої нормальної роботи і в остаточному підсумку провокуючи розвиток хвороби. Причому, оскільки при різних психічних станах спостерігаються різні фізіологічні зрушення, то і результатом різних несвідомих емоційних станів будуть різні патологічні процеси: підвищений кров'яний тиск – наслідком придушеного гніву, дисфункції шлунково-кишкового тракту – наслідком фрустрації залежних схильностей і т.д.

Щодо теорії специфічного конфлікту Ф. Александера, то в ній можна виділити 3 аспекти:

1. Специфічний конфлікт призводить до певного захворювань тільки тоді, коли до нього є інші генетичні, біохімічні і фізіологічні фактори.
2. Життєві ситуації, стосовно яких особа є сенсibiliзованою в через свої ключові конфлікти, реактивують і підсилюють ці конфлікти.
3. Сильні емоції супроводжують цей активований конфлікт і на основі автономних гормональних і нервово-м'язових механізмів діють таким чином, що в організмі виникають зміни в тілесній структури і функціях. Крім того, є відмінності в автономних реакціях індивідів на різні форми навантажень. Індивідуальні особливості інтенсивності і проявів автономних реакцій можуть пояснити різні прояви психосоматичних захворювань.

1 1.2.1.5. Теорія ресоматизації (М. Шур) Макс Шур (1955) виходить з теорій психології Я, висунутих Хартманом і його співробітниками (Hartmann, 1939, 1948, 1946; Rapaport, 1951) на основі досліджень А. Фройд (1936). У цій концепції опис Я дається переважно в аспекті функцій захисту від інстинктивних імпульсів, що виходять з Воно, і функції адаптації до навколишнього середовища. М. Шур (1955) висуває концепцію Я як адаптаційного органу, що працює з нейтралізованою інстинктивною енергією. Він вказує на те, що процес нейтралізації інстинктивної енергії пов'язаний із прогресуючою десоматизацією поведінки. Так, наприклад, тривожні реакції в ранньому дитинстві виражаються недиференційованими і некоординованими соматичними процесами і рухами. В міру дозрівання (біологічно мова йде, наприклад, про дозрівання ЦНС, психічно – про формування психічного апарату), первинно-процесуальна поведінка на ранніх ступенях розвитку замінюється вторинно-процесуальною. Остання характеризується зростаючою «десоматизацією» реакцій. Замість дифузних вегетативних і рухових реакцій скидання напруги на перший план усе більш виступає мислення, замість прямої соматичної дії – десоматизована пошукова поведінка

Шур приходить до наступної гіпотези: десоматизована поведінка є результатом панування вторинних процесів, що виявились можливими завдяки нейтралізації інстинктивної енергії. Психосоматичний симптом виникає, за Шуром, коли при сильному навантаженні психодинамічної рівноваги відбувається раптовий прорив несвідомого матеріалу у формі преєдипальних чи едипальних інстинктивних бажань, і механізми захисту Я не спрацьовують. Наслідком є регрес до рівня афектів, до ранніх стадій інстинктивного життя і захисних механізмів, що виявляються винятково на соматичному рівні

Загальний момент усіх форм психосоматичних розладів Шур бачить у «нарцисичній регресії», що виявляється в органічній симптоматиці. Нарцисична регресія веде до переміщення лібідо з об'єкту на Я. 1.2.1.6. Теорія морбогенних стосунків матері і дитини (Г.Аммон) В анамнезі психосоматичних пацієнтів Г.Аммон часто натрапляв на факт, що мати, котра не змогла знайти і розвинути власну ідентичність у своїй родині, має нереалістично завищений образ ідеальної матері й ідеальної дитини. Безпомічне і тілесно недосконале немовля сприймається матір'ю як тяжка нарцисична образа, особливо якщо його стать не відповідає бажаній. Мати сприймає дитину первинно дефектною, а її соматичні потреби – як чергову образу. Захищаючись від цього, мати нав'язує дитині свої власні несвідомі вимоги досконалості, найчастіше у формі жорсткого контролю всіх її життєвих проявів, особливо соматичних функцій. На протест дитини проти цього насильства мати реагує нерозумінням і ворожістю. Лише соматичне

захворювання дитини дозволяє матері підтвердити своє несвідоме ідеальне уявлення про себе як про добру матір і винагородити за це дитину увагою і турботою. При цьому мати має суперечливу несвідому установку, яку можна сформулювати в такий спосіб: «Я не люблю своєї дитини, тому що вона виявилась недосконалою. Це викликає в мені почуття провини і неповноцінності. Усе змінюється, коли вона занедужує. Тоді мені легко турботою про неї довести самій собі, що я все-таки гарна мати» Очікування матері до дитини амбівалентні. З одного боку, вона повинна вирости сильною, зрілою і самостійною. З іншого боку, усякі прояви самостійності дитини лякають матір, оскільки, як правило, не відповідають її нереалістично завищеному ідеалу. Усвідомити суперечливість цих взаємовиключних установок мати не може, тому з комунікації з дитиною вона виключає усе, що так чи інакше може привести до визнання очевидності її неспроможності як вихователя. У хворобі цей конфлікт дезактуалізується, але видужання знову позбавляє дитину турботи, оскільки мати повертається до своєї звичної поведінки. Повернути материнську турботу можна, лише знову виявившись хворим

1.2.1.7. Теорія алекситимії (Немайя, Сифнеос) Термін «алекситимія» (від грецьк. «а»-нездатність, «lexis» - слова, «thymos» — душа, настрої, почуття) ввели Немайя (ім'я англізоване від німецького Ноймайер) і Сифнеоса (Nemiah and Sifneos, 1970). Подібне значення має і феномен «pensee operateire» (від франц.— «механічне мислення») французьких авторів Marty і де M'uzan (1963). Вихідним пунктом зазначених вище авторів було спостереження, що багато психосоматично хворих в ситуації обстеження (наприклад, психоаналітичного) поведуться інакше, ніж здорові люди і хворі з неврозами Їхні висловлення часто банальні, пустослівні, вони не здатні розвивати свої думки, не можуть зрозуміти метафоричне значення висловів. Виявляється не тільки мовна бідність, але і нездатність до фантазування. Характерно, що під час контакту, особливо в критичній ситуації, хворі замінюють очікувані від них мовні обороти жестами, тобто в них спрацьовує тілесна іннервація. Психосоматичний суб'єкт при цьому відділений від свого несвідомого і тісно прив'язаний до навколишнього світу. Психосоматична регресія розцінюється як регресія «Я» на примітивний захисний рівень з агресивними й аутодеструктивними тенденціями у вигляді соматизації. Достовірні дані численних спостережень дозволили зробити спробу охарактеризувати психосоматичну структуру особистості. Сьогодні вона здебільшого визначається поняттям «алекситимія», що характеризується чотирма типовими ознаками з різним ступенем їхньої виразності в кожному окремому випадку

1. Своєрідна обмеженість здатності фантазувати. Пацієнт затруднюється або виявляється просто не здатним використовувати символи, результатом чого є

своєрідний тип мислення, який можна визначити як «механічний», «утилітарний», «конкретний».

2. Типова нездатність виражати пережиті почуття. Пацієнт не в змозі пов'язувати вербальні чи жестові символи з почуттями. Почуття переживаються, якщо вони взагалі є, як щось неструктуроване, у всякому разі непередаване словами. Вони часто описуються через навколишніх (моя дружина сказала... лікар сказав...) або замість почуттів описується соматична реакція. 3. Психосоматичні пацієнти дуже пристосовані до товариських стосунків, що навіть визначається як «гіпернормальність». Їхній зв'язок з конкретним партнером характеризуються своєрідною «порожнечою стосунків». Оскільки вони не можуть розпізнати психологічні тонкощі, то залишаються на рівні конкретного «предметного» використання об'єктів. 4. Через затримку на симбіотичному рівні і пов'язану з цим недостатність диференціації суб'єкт-об'єкт, впливає нездатність до щирих відносин з об'єктом і до процесу перенесення. Відбувається тотальна ідентифікація з об'єктом; хворий існує, наче, за допомогою і завдяки наявності іншої людини (його «ключової фігури»). Звідси стає зрозумілим, чому втрата (вигадана чи реальна) цієї «ключової фігури» («втрата об'єкту») так часто виявляється як провокуюча ситуація на початку (чи при погіршенні) хвороби.

Для пояснення цих даних Бройтігам і Крістіан наводять п'ять етіологічних гіпотез I. Гіпотеза дефіциту. У її основу покладена думка J. Ruesch про те, начебто в цих хворих має місце «первинне застрягання» на більш ранній стадії розвитку, а не фіксація з регресією, як це відбувається при неврозах. II. Гіпотеза регресії внаслідок травми – психосоматичне симптомоутворення аналогічне трактуванню невротичних симптомів як наслідку фіксації на травмуючому факторі, з регресією, на більш ранню стадію розвитку. Ця модель не може, однак, пояснити, чому виникає соматичний, а не психічний симптом.

III. Гіпотеза успадкування. Бройтігам і Крістіан вважає, що вона поки що не може обговорюватися, оскільки для її обґрунтування занадто мало достовірних даних. IV. Гіпотеза нейроанатомічно – нейрофізіологічного порушення («функціональна комісуротомія»).

V. Гіпотеза соціально-психологічного формування реакції. У світлі цієї гіпотези алекситимія інтерпретується як феномен типового пристосування до західного індустріального суспільства, у якому потрібна конкретнореалістична, емоційно нейтральна пристосувальна поведінка. Хоча «алекситимія» як прояв людського способу дій – явище безперечне і спостерігається постійно в багатьох пацієнтів, гіпотеза про те, що це типова психосоматична структура, нашою хується на контраргументи і дотепер викликає дебати. Найважливіше заперечення викликає її неспецифічність: 1

незважаючи на те що алекситимію знаходять у багатьох (хоча і не в усіх) психосоматично хворих, вона виявляється в не меншого числа хворих з невробами і здорових людей. Тому, сьогодні краще говорити про те, що алекситимічна поведінка являє собою неспецифічний фактор ризику, що може бути пов'язаний з іншими (специфічними і неспецифічними) факторами

Семінар 1.

Тема ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ПІДХОДУ

План

1. Що таке психосоматика
2. Теорії специфічного конфлікту Ф. Александера
3. Приклад психосоматичної хвороби та метод лікування із власного життя

Лекція 2. ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Соматичні симптоми, які неможливо пояснити органічними захворюваннями і, які не є вторинними наслідками іншої симптоматики (наприклад, депресії або панічні розлади) з 1980 року, тобто моменту введення американської класифікаційної системи DSM-III, називаються «соматоформними розладами». В медицині зустрічаються ще й поняття «функціональні соматичні порушення». У сучасній медицині під психосоматичними розладами розуміють групу хворобливих станів, що проявляються екзацербациєю соматичної патології, формуванням загальних, що виникають при взаємодії соматичних і психічних факторів системоконструкцій – соматизованих психічних порушень, психічних розладів, що відображають реакцію на соматичне захворювання. Проблема психології соматичної хвороби завжди розглядалася у двох аспектах: по-перше, з точки зору впливу психічних факторів на соматичну сферу людини і по-друге, впливу соматичних факторів на психіку хворого. У зв'язку з цим в сучасних медико-психологічних дослідженнях чітко оформилися два протилежних напрямки. До одного з них відносять аналіз сутності патогенного впливу хвороби на особистість, змін перебігу психічних процесів та операціонально-технічних можливостей пацієнтів в умовах певної хронічної соматичної хвороби. Зокрема, А. Франц вказував, що етіологічне значення для захворювання можуть мати такі фактори як спадкова схильність, родові травми, органічні захворювання раннього віку, що призводять до підвищеної чутливості певних органів, переживання негативного досвіду в дитинстві тілесної травми, особливості виховання в ранньому дитинстві, переживання негативного емоційнотравматичного досвіду, емоційний клімат в сім'ї і характерні особистісні особливості батьків, нещодавні тілесні ушкодження, нещодавні емоційні переживання, що пов'язані з інтимними, особистими і професійними взаєминами. Лише при аналізі всіх цих категорій і їх взаємодії можна отримати повну етіологічну картину. Практичне значення досліджень Александра полягає в тому, що якщо специфічні психологічні особливості характерні для певних захворювань, то це дає можливість ранньої діагностики соматичного ушкодження за психологічними ознаками пацієнта. Інший напрямок досліджень спрямований, навпаки, на аналіз особистісних рис, що виявляються задовго до маніфестації певного соматичного захворювання. Крайнім вираженням цих поглядів є концепція «специфічної особистості» у психосоматичних школах.

Послідовники цього напрямку вказують на той факт, що хворі на цукровий діабет мають особливу особистісну структуру, яка відрізняє їх як від хворих із іншими соматичними хворобами: так і від здорових людей. На основі аналізу наукової літератури та наявних досліджень було встановлено, що на

сьогоднішній день у сучасній психосоматичній медицині існує понад триста різноманітних концепцій психосоматичних взаємозв'язків. Зокрема, З. Фройд за допомогою концепцій істеричної конверсії й органічного еквівалента тривожних станів намагався пояснити виникнення психосоматичних розладів та визначити функцію і значення «патологічних соматичних процесів» у переживаннях і поведінці хворого. Він зараховує конверсію до витіснення, а соматичний еквівалент тривоги – до більш примітивного захисного механізму проєкції. В теорії морбогенних стосунків матері і дитини (Г. Аммон) пояснюється, що мати, котра не змогла знайти і розвинути власну ідентичність у своїй родині, має нереалістично завищений образ ідеальної матері й ідеальної дитини, нав'язуючи дитині свої власні несвідомі вимоги досконалості, найчастіше у формі жорсткого контролю всіх її життєвих проявів, особливо соматичних функцій. Лише соматичне захворювання дитини дозволяє матері підтвердити своє несвідоме ідеальне уявлення про себе як про добру матір і винагородити за це дитину увагою і турботою.

Нейрогуморальна теорія розглядає більшість психосоматичних захворювань як реакції на перевантаження, підвищені вимоги, порушення внутрішньої рівноваги (гомеостазу), що розуміють як прояви загального неспецифічного синдрому адаптації, «стресу» Ще в тридцятих роках ендокринолог Г. Сельє піддавав щурів різним стресогенним чинникам. З'ясувалось, що незалежно від специфіки джерела стресу, щурі починали страждати виразковими хворобами і різноманітними порушеннями роботи ендокринної системи. На основі результатів експериментальних даних І. Павлова була побудована кортико-вісцеральна теорія походження психосоматичних розладів. На його думку не можна відмежовувати психічне від соматичного, треба завжди йти шляхом фізіологічного обґрунтування реакцій цілісного організму. У світлі теорії функціональних систем П. Анохіна будь-яка емоція розглядається як цілісна функціональна система з усіма властивими їй закономірностями, а емоційні стани як у нормі, так і при соматичних захворюваннях підпорядковані причинно-наслідковим зв'язкам. Усі ці теорії, по суті, є окремими фрагментами, які лише в сукупності наближаються до дійсно повного пояснення складних психосоматичних взаємовідносин. Кожна з них висвітлює лише якийсь один аспект проблеми, тим самим розглядаючи лише окремий випадок виникнення психосоматичних порушень. Як результат, з'являються так звані комплексні теорії, що підкреслюють складність патогенезу психосоматичних розладів, які враховують як психологічні, так і соматичні фактори розвитку патології. Серед таких робіт можна виділити сучасну гіпотезу, що намагається пояснити природу психосоматозів, згідно якої важливим фактором у виникненні багатьох соматичних захворювань є негативні емоції, особливо ті, на які не вдалось адекватно відреагувати. А тому негативні емоції супроводжуються фізіологічними змінами в організмі,

що призводять до підвищеного артеріального тиску, підвищеного м'язового тону, надлишкового цукру в крові, гормонів (адреналіну, норадреналіну) та активізації кровообігу. У тваринному світі слідом за такою реакцією наступає моторна реакція як наслідок активізації так званих обслуговуючих систем організму. Але в умовах сучасної цивілізації, в умовах високого самоконтролю безпосередні моторні реакції відсутні, в результаті чого спочатку порушується вегетативна регуляція внутрішніх органів а потім і їх ушкодження. Виходячи з цього, багато вчених роблять висновки, що негативні емоції безумовно шкідливі і їх шкода особливо велика, якщо вони не реалізуються в поведінці. Отже, сучасні психологи також визнають вплив емоцій на виникнення та перебіг різних захворювань. Будь-яка якісно окреслена емоція розглядається як цілісна функціональна система з усіма властивими їй закономірностями. Включення емоційних станів у зміст функціональної системи чітко корелює з біологічною роллю емоцій, філогенетично спрямованих насамперед на задоволенні потреби у збереженні себе. Саме емоції, один із найбільш демонстративних прикладів соматовегетативної інтеграції, детермінують усю життєдіяльність організму. Першим проявом початку психосоматичної хвороби з боку емоційно-почуттєвої сфери в людини є погане самопочуття, що досить часто пояснюється нею як наслідок втоми. Якщо не змінюється ситуація, що викликала цей стан, хвороба проявляється на клінічному рівні та розширюється симптомокомплекс із боку інших психічних функцій: порушується сон, звужується коло інтересів, виснажується увага, пам'ять, знижується швидкість мисленневих операцій, спостерігається підвищена емоційна лабільність, плаксивість, вразливість. Крім різних короточасних психосоматичних реакцій, що з'являються в напружених життєвих ситуаціях, виділяють ще чотири великі групи розладів іншого ґатунку: 1. Конверсійні симптоми – символічне вираження невротичного (психологічного) конфлікту. Тіло тут служить, наче, сценою символічного вираження суперечливих почуттів хворого, котрі придушені і витіснені в несвідоме. Їхніми прикладами є істеричні паралічі, психогенна сліпота або глухота, блювота, больові відчуття.

2. Психосоматичні функціональні синдроми – виникають частіше при неврозах. На відміну від психогенної конверсії, окремі симптоми тут не мають специфічного символічного значення, а є неспецифічним наслідком тілесного (фізіологічного) супроводу емоцій чи психічних станів. Зокрема, деякі варіанти ендогенних і невротичних депресій часто імітують соматичне захворювання, «маскуються» під нього. 3. Органічні психосоматичні хвороби (психосоматози) – в їхній основі лежить первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановленими патологічними змінами в органах. Відповідна спадкова схильність може

впливати на вибір органу. Перші прояви психосоматозів виникають у будь-якому віці, але частіше вони починають фіксуватися вже в ранній юності в осіб з виразними і постійними особистісними характеристиками. Після маніфестації захворювання звичайно набуває хронічний чи рецидивуючий характер, і вирішальним провокуючим фактором виникнення чергових загострень є психічний стрес. Однак функціональні порушення внутрішніх органів на більш пізніх етапах хвороби приводять до їхньої деструкції, тобто органічних змін і захворювання набуває рис типово соматичного, фізичного страждання. Історично до цієї групи відносять сім класичних психосоматичних захворювань: 1) есенціальна гіпертонія; 2) бронхіальна астма; 3) виразкова хвороба дванадцятипалої кишки і шлунку; 4) неспецифічний виразковий коліт; 5) нейродерміт; 6) ревматоїдний артрит і 7) гіпертиреїдний синдром («сімка», за Alexander, 1968).

4. Психосоматичні розлади, пов'язані з особливостями емоційноособистісного реагування і поведінки – схильність до травм та інших саморуйнівних видів поведінки, (алкоголізм, наркоманія, куріння, переїдання з ожирінням і інші). Ці розлади зумовлені особливостями особистості і її переживань, що приводить до поведінки, результатом якої є порушення здоров'я. Практично кожне соматичне захворювання закінчується астеничним станом. Цей стан нерідко входить як один із ведучих симптомів у клініку ряду соматичних хвороб. Із медико-психологічних досліджень відомо, що усім хворим із ураженням внутрішніх органів притаманні знижений настрій і особистісна переробка інтероцептивних сигналів. Хворі схильні постійно порівнювати свій стан з тим, який був до захворювання. При цьому, залежно від преморбідних особливостей особистості, проявляються різні типи реагування на хворобу. Одні виявляють відстороненість, замкнутість, інші, навпаки, прагнуть боротися з хворобою, намагаються втрутитися в лікування. Сучасна медицина виділяє три основні форми астеничного синдрому. Це гіперстенічна форма, форма дратівливості й слабкості, гіпостенічна форма. Ці форми можуть бути не тільки окремими, але й розглядатися як послідовні стадії астенії. Для першої гіперстенічної форми характерна підвищена дратівливість, висока збудливість пацієнта. Він нестриманий із оточуючими, його дратують сторонні звуки, шуми, скупчення людей. Такі люди відрізняються низькою працездатністю, що пов'язано не з утомою, а порушенням процесів уваги, сприйняття, розсіяністю і неспроможністю зосередитися. У письмовій продукції зустрічаються багато помилок й описок. Невдачі та перешкоди, що виникають під час роботи, легко вибивають людину з робочого стану, змушують його відступати від наміченого плану діяльності. Все це стає причиною того, що до кінця робочого дня людина відчуває себе втомленою і роздратованою, але фактично результат його роботи на нулі. При другій формі астенії –

дратівливості й слабкості – у хворих після бурхливого початку діяльності настає швидке її згасання, за швидким спалахом цікавості – в'ялість та апатія, за нетерплячим прагненням що-небудь зробити – настає стомленість і розчарування. Людина швидко виходить з себе, кричить, але через кілька хвилин крик може переходити в плач та психічне виснаження. При третій, гіпостенічній формі, пацієнт відчуває психічну слабкість, апатію, втрату життєвих інтересів. Він починає страждати депресією, втрачає життєві орієнтири. Колишні інтереси перестають бути привабливими. Уже в середині робочого дня він почуває себе нездатним до діяльності. Нові завдання здаються нездоланно важкими, а після робочого дня хворий почуває повну неспроможність і відсутність цікавості до будь-якої роботи, читання і навіть до розваг. Характерна постійна сонливість. Сон при цьому не приносить бадьорості та відновлення працездатності. Таким чином, із опису астеничного синдрому видно, що загальне зростаюче стомлення на пізніх стадіях астеничного синдрому обмежує соціальну активність та трудову діяльність людини, що в свою чергу часто призводить до патологічного розвитку особистості. При затяжному та хронічному перебігу хвороби астеничний синдром призводить до істотних змін спрямованості потребомотиваційних процесів хворої особистості. Поступово це веде до повного підкорення всіх мотивів діяльності одному мотиву – збереження власного здоров'я та зниження інтересу до праці, сім'ї, розваг. Будь-які події у житті хворого інтерпретуються ним із позиції шкоди або користі для здоров'я. Як указують С.Д. Максименко та Н.Ф. Шевченко, соматичне захворювання належить до тих чинників, які впливають на зміну психічного стану людини, її ставлення до навколишнього середовища, на зміну структури її самооцінки, нерідко спричиняють передчасну як фізичну, так і психічну інвалідизацію. У ситуації захворювання людина формує своє власне ставлення до нових обставин життя і до самої себе у цих обставинах, тобто внутрішню картину хвороби. Термін «внутрішня картина хвороби» визначає відображення хвороби у психіці людини (синонімічні терміни: апопластична картина хвороби, аутопластична картина хвороби, переживання хвороби, ставлення до хвороби, реакція адаптації тощо). Усебічне наукове вивчення проблеми реакцій хворого на своє захворювання розпочалося з праць німецького лікаря А. Гольдшейдера. Він уперше описав відчуття, переживання та уявлення хворого про свою хворобу і назвав їх картиною захворювання. А. Гольдшейдер виокремив два рівні у картині захворювання: «сенситивний», який виникає на основі відчуттів, та «інтелектуальний», що є результатом розмірковувань хворого про свій фізичний стан В.В. Ніколаєвою (1976) схема внутрішньої картини хвороби була доповнена емоційним і мотиваційним компонентами, які диференціюють її опосередкований, психологічний бік.

У її роботах виокремлюються 4 рівні суб'єктивної картини хвороби: 1) рівень безпосередньо чуттєвого відображення хвороби (обумовлені хворобою відчуття і стани); 2) емоційний (афективний) рівень (безпосередні емоційні реакції на обумовлені хворобою відчуття й емоційні реакції на наслідки хвороби у житті людини); 3) інтелектуальний (когнітивний) рівень (знання про хворобу, роздуми про її причини, можливі наслідки, раціональна оцінка захворювання). Це концепція хвороби, яку створює сам хворий; 4) мотиваційно-поведінковий рівень (виникнення нових мотивів і перебудова преморбідної мотиваційної структури, тобто тієї, яка була до хвороби, зміна поведінки і образу життя в умовах хвороби, дії, спрямовані на повернення здоров'я). Патологічний процес в організмі двояко бере участь у побудові суб'єктивної картини хвороби. Ступінь участі біологічного радикалу в установці внутрішньої картини хвороби визначається важкістю клінічного прояву цієї хвороби. Окрім того, хвороба дещо змінює життєву ситуацію пацієнта, що включає в себе процедуру обстеження, спілкування з лікарями, нові відносини у сім'ї та на роботі, процедуру лікування. Все це формує суб'єктивну оцінку хвороби, робить її цілісною і структурованою картиною. Новим методологічним інструментом вивчення психосоматичних розладів є синергетика – міждисциплінарна наука про розвиток і самоорганізацію.

Синергетика – (від гр. *synergetikos* – сумісний, узгоджений, діючий), науковий напрям, що вивчає зв'язки між елементами структури (підсистемами). Життєдіяльність людини як складної живої системи забезпечується на різних, але взаємозалежних між собою рівнях функціонування. У цілому виділяють три досить специфічних рівні життєдіяльності: біологічний, психологічний і соціальний. І на кожному з названих рівнів здоров'я людини має особливості свого прояву. Здоров'я на біологічному рівні припускає динамічну рівновагу функцій усіх внутрішніх органів та їхнє адекватне реагування на вплив навколишнього середовища. Якщо питання профілактики здоров'я, зміцнення захисних сил організму й лікування хвороб віддавна перебувають у полі зору традиційної медицини, то уявлення про сутність і шляхи забезпечення здоров'я, пов'язаного з психологічним рівнем, поки що не можуть бути визнані як задовільні. Здоров'я на психологічному рівні так чи інакше пов'язане з особистісним контекстом, у рамках якого людина з'являється як психічне ціле. Основне завдання цього рівня – зрозуміти головне: що таке здорова особистість. За визначенням психіатра С.С. Корсакова, чим гармонійніше об'єднані всі істотні властивості, що складають особистість, тим більше вона стійка, урівноважена і здатна протидіяти впливам, що прагнуть порушити її цілісність. Благополуччя в психічному здоров'ї особистості може бути порушене домінуванням певних та негативних за своєю суттю рис характеру, дефектами в моральній сфері, неправильним вибором ціннісних орієнтацій

тощо. Здоров'я на соціальному рівні розуміється досить умовно, тому що психологічні властивості особистості просто не існують поза системою суспільних відносин, у яку вона включена. Розробники системно-динамічної концепції, П.І. Сидорова та І.А. Новікова, в своїх роботах переконують, що для розвитку психосоматичного захворювання необхідні етапи соціо- психо- і патогенезу. Соматогенез передбачає розвиток систем і функцій організму; психогенез – розвиток психічних функцій; соціогенез – розвиток соціальних ролей і відношень. Модель передбачає мультидисциплінарний і інтегральний підхід до комплексних і складних причинно-наслідкових відносин. Спочатку виникає напруженість і дисбаланс в багаторівневій системі соціуму, передусім стресор, специфічний для кожної особистості. Специфічність визначається тим, що стресовий фактор супроводжується «вітальним страхом», оскільки розпізнається як загроза благополуччю, пов'язаної зі збігом стресора із значимою життєвою сферою, яка формується в ранньому дитинстві, в процесі соціалізації, і залежить від особливостей виховання дитини. На думку авторів, їхня концепція враховує всі зовнішні і внутрішні фактори у виникненні психосоматичних захворювань. Психотерапевтичний підхід, що базується на цій концепції, дає можливість позитивного впливу на перебіг психосоматичних захворювань, оскільки спрямований на етіопатогенетичні механізми їх виникнення, відкриваючи нові можливості і перспективи під час допомоги хворим з психосоматичною патологією

. Висновки та перспективи подальших розвідок. Прогресуюча кількість випадків захворюваності психосоматичними недугами, невисока ефективність традиційного лікування, низька якість їхнього життя, а також необхідність впровадження високоефективних методик етіопатогенетичної психотерапії психосоматичних розладів диктує необхідність подальшого вирішення, передусім тих питань, що пов'язані з механізмами виникнення психосоматичних розладів, методами досліджень, а також наданням ефективною медичної, психологічної та соціальної допомоги.

Семінар 2.

Тема ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

1. Нейрогуморальна теорія
2. Виникнення психосоматичних функціональних синдромів
3. Що вивчає Синергетика

Лекція 3. ПСИХОСОМАТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБИСТОСТІ

Відмітною рисою сучасності стає особлива увага до розроблення проблем, що знаходяться на перетині різних галузей науки. Саме такими актуальними є проблеми психосоматики, які викликають інтерес як психологів, так і медиків. Але сучасний погляд на психосоматику виходить поза межі уявлень про

здоров'я та хворобу. Сьогодні психосоматика розуміється ширше – як тілесне відображення душевного життя людини. В історії психології перші

психосоматичні ідеї були висловлені представником середньовічної арабомовної науки, відомим під ім'ям Авіценни. Саме він заявив про існування

психологічних причин тілесних захворювань та використовував асоціативний метод, який отримав розвиток у роботах З. Фрейда та К. Юнга. Звернувшись до

історії та сучасних проблем методу у психосоматиці, можна знайти відповідь на питання про різноманітність її адаптаційних аспектів.

Викладання психосоматики порушує питання про те, який шлях формування професійного мислення був би найбільш успішним:

- заучування множини психологічних інтерпретацій соматичних захворювань;
- нагромадження практичного досвіду аналізу на основі заученого;
- віднайдення деякого загального принципу, який задає напрямок мислення психолога, аналітика соматики як у практиці консультивання так і в академічному дослідженні?

Фактично, намагаючись зрозуміти специфіку функціонування органа, ми повинні виділити деяку когнітивну схему, яка допоможе нам розібратись у психічній символіці соматичного розладу. Ця схема виявляється засобами персоніфікації, асоціації, візуалізації, аналогізації й надає можливість зрозуміти

символіку розладів.

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 методика психосоматичного аналізу особистості ПАВА. Мета методики: оволодіння когнітивними операціями які складають основу для розуміння мови тіла, як "голосу душі" (як джерела інформації про психологічні особливості і навчальні програми людини).

Назва методики є аббревіатурою таких понять, як персоніфікація, асоціація, візуалізація, аналогізація.

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 гештальттерапії 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). Метою даного етапу є підготовка бази для асоціативного процесу через ідентифікацію людини з органом чи підсистемою організму; досягнення відчуття цілісності через операцію персоніфікації – де персоніфікації. На такому етапі виконуються такі завдання: 1. Ідентифікуйтесь з різними частинами власного тіла, наприклад: "Я ліва рука" та з різними органами власного тіла, наприклад: "Я серце". Спробуйте дати собі звіт у тому, чи виходить це, як це виходить, з якими частинами чи органами тіла, які при цьому виникають почуття та думки. 2. Уявіть власний хворий орган, як живу істоту. Визначте, що вона відчуває: натхнення, втому, бадьорість, сумніви, тощо. Визначте, чого вона хоче: уникнути, отримати, досягнути, позбавитись, тощо. Виявіть, що вона переживає: страх, радість, злість, захоплення, тощо. 3. Змініть вислів, наприклад: "У мене гіпертонія" на "Я гіпертоную". Проговоріть це. Визначте, як змінюються ваші почуття, думки.

Знайдіть відмінності між першим і другим варіантом висловлювання. 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. Метою даного етапу є віднайдення різних зв'язків, які дадуть основу для виявлення психологічного сенсу тілесного захворювання. Це стосується перш за все просторово-часових, причинно-наслідкових, образних асоціацій, асоціацій за подібністю та контрастом. На даному етапі визначаються з такими запитаннями. Щодо часових асоціацій: 1. Які події співпадають у часі з появою симптому. 2. У випадку повторюваності симптому які події, що з ним співпадають, повторюються. 3. В якому віці з'явився симптом. Співвіднесіть характеристики віку та симптому. 4. В якому віці припинився симптом чи змінилась їх динаміка та насиченість. Щодо просторових асоціацій: 1. Чи зумовив симптом зміну простору (навколишнього, місцезрозположення) і як? 2. Чи зумовила зміна простору появу симптому? 3. Яких характеристик простору тепер потребує хворий? 4. За яких характеристик простору був зафіксований симптом. 5. Як би змінився ваш простір, якби ви видужали. Щодо причинно-наслідкових асоціацій: 1. Що передувало появі симптому. 2. Якими можуть бути варіанти причин і наслідків захворювання? 3. Що змінилося у можливостях діяльності? 4. Яку вторинну вигоду отримує хворий? 5. Реалізація якого наміру втілена у хворобі? Щодо образних асоціацій визначається, які образи (метафори) за асоціацією викликає орган, хвороба, чи хворий? Асоціації за подібністю чи контрастом виявляються за функцією чи формою з органом чи системою організму в яких відмічається збіг функціонування. Візуалізація як метод, що спирається на продуктивні функції репродуктивної уяви є загальноповсюдним 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. Метою даного етапу є оволодіння прийомами візуального мислення для створення образів, які забезпечують усвідомлення психосоматичної цілісності (відчуття єдності душі і тіла). На даному етапі виконуються такі завдання: 1. Спробуйте візуалізувати метафору, яка відповідає аналізованому захворюванню. Опишіть поведінку людини, якій

підходить дана метафора. Спробуйте уявити образ у динаміці (ситуацію у розвитку). 2. Візуалізуйте орган, в якому відмічається збій у функціонуванні. Переструктуруйте створений зоровий образ таким чином, щоб функціональна проблема чи органічна деструкція була виправлена. 3. Зорово уявіть орган (систему), в якій відмічається збій у функціонуванні. Зробіть його яскравішим, динамічнішим, позитивнішим, світлішим. 4. Виконайте техніку Н. Воотона "Речі в тілі" [1]. 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. Метою даного етапу є співвіднесення і віднайдення спільного між тим, що діється в органі, в характері порушень у його функціонуванні і в психічних процесах. На даному етапі виконуються такі завдання: 1. Відмітьте особливості функцій в органі чи системі організму, які аналізуються. А саме, функція понижена, підвищена чи нестійка. Подумайте, які з психічних функцій, поведінкових проявів мають аналогічну динаміку? 2. Визначте, серед функцій органа порушені усі чи деякі? Серед них це може бути функція віддачі, розчеплення, поєднання, руху, функція, яка має пропускати (чи не пропускати) щось, яка потребує гнучкості чи пружності, тощо. Які з психічних функцій, поведінкових проявів мають аналогічні характеристики? 3. Пошукайте аналогії між характером функції органа і поведінкою чи змістом психіки. 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).