

План

1. Поняття «психосоматичний розлад». Класифікація психосоматичних розладів в МКХ-10.
2. Поняття «психосоматичний розлад». Психодинамічні моделі психосоматичних розладів. Психофізіологічні моделі психосоматичних розладів. Загальний механізм психосоматичних розладів.
3. Особливості впливу стресу на організм людини.
4. Механізм біологічно-зворотнього зв'язку в тілесних та тілесно-орієнтованих техніках.
5. Психосоматична діагностика.

1. Поняття «психосоматичний розлад». Класифікація психосоматичних розладів в МКХ-10

У міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10) термін «психосоматичні хвороби» не використовується з огляду на його значення в різних мовах та різні медичні традиції, а також для того, щоб не виникало думки, нібито при інших захворюваннях психологічні фактори не мають значення в їх виникненні та перебігу.

Розлади, що були визначені як психосоматичні в інших класифікаціях, у МКХ-10 знаходяться в рубриках:

F44 – Дисоціативний (конверсійний) розлад (дисоціативні розлади – це стани, за яких стаються збої у пам'яті, усвідомленні, ідентичності або сприйнятті. Люди із дисоціативними розладами патологічно та несвідомо використовують дисоціацію як захисний механізм. В результаті дії цього механізму людина починає сприймати те, що відбувається з нею так, ніби воно відбувається не з нею особисто, а з кимось іншим. Така «дисоційована» позиція захищає від надмірних, тяжких нестерпних емоцій. Деякі дисоціативні розлади спричинені травмою, але розлад деперсоналізації-дереалізації може виникати під впливом стресу. Термін «дисоціація» був запропонований у кінці XIX століття французьким психологом і лікарем П'єром Жане);

F45 Соматоформні розлади: (група психогенних захворювань, у клінічній картині яких психічні порушення ховаються за соматовегетативних симптомами, що нагадують соматичне захворювання, але при цьому не виявляється ніяких органічних

проявів, які можна було б віднести до відомої в медицині хвороби, хоча часто є неспецифічні функціональні порушення).

До цієї групи відносять:

F45.0 – Соматизований розлад (хронічна соматизація з великою кількістю множинних мінливих соматичних скарг симптомів, які не можуть бути пояснені будь-якою органічною патологією з допомогою об'єктивних досліджень органів і систем),

F45.2 – Іпохондричний розлад,

F45.3 – Соматоформна вегетативна дисфункція,

F45.4 – Хронічний соматоформний больовий розлад,

F45.9 – Соматоформний розлад не уточнений;

F48.0 — Неврастенія;

F50 розлади прийняття їжі;

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

В оновленому американському діагностичному та статистичному керівництві психічних розладів п'ятого перегляду (DSM-5) з'явилась категорія «Розлад із соматичними симптомами і аналогічні розлади» (Somatic symptom and related disorders), що відповідає категорії соматоформних розладів в МКХ-10.

Для постановки діагнозу «Соматоформний розлад» потрібна одночасна наявність усіх наступних ознак без виключення:

- відсутні дані про істотне структурне або функціональне порушення органу або системи;
- симптоми захворювання тісно пов'язані з неприємними життєвими обставинами, труднощами та конфліктами;
- заклопотаність і засмученість з приводу можливого серйозного (але часто невизначеного) захворювання цього органу або системи, причому

повторні пояснення і переконання на цей рахунок лікарів залишаються безрезультатними.

Вплив психіки припустимий і можливий при будь-яких захворюваннях людини. «Будь-яка не відреагована емоція може викликати психосоматичне порушення» - О.С. Чабан.

2. Психодинамічні моделі психосоматичних розладів. Психофізіологічні моделі психосоматичних розладів. Загальний механізм психосоматичних розладів.

В сучасній медичній психології виокремлюють два напрямки, що пояснюють природу психосоматичних розладів: психодинамічні та психофізіологічні моделі. Психодинамічні моделі акцентують увагу на несвідомих чинниках, утім як психофізіологічні моделі наголошують на значенні й ролі свідомого стресу. Утім, виникає питання: які моделі глибше розкривають причини психосоматичних розладів? Відповідь на це питання дозволить підвищити ефективність застосування психосоматичної терапії.

Отже, метою розвідки є дослідження ролі свідомого та несвідомого у виникненні психосоматичних розладів, що передбачає аналіз сутності основних психодинамічних та психофізіологічних моделей психосоматичних порушень, а також запропонувати авторську модель у розумінні взаємозв'язку свідомого та несвідомого в процесі виникнення психосоматичних дисфункцій.

Психодинамічні моделі.

Істерична конверсія й органічний еквівалент тривожних станів (З. Фройд) [2, с. 136]. Згідно цієї моделі психосоматичні розлади формуються внаслідок психотравми, яка згодом в процесі включення механізмів психологічного захисту витісняється у межі несвідомого. Несвідоме активізує механізм конверсії, завдяки якому психотравма виходить назовні в трансформованій формі, минаючи цензуру свідомості й проявляючись на соматичному рівні.

Теорія специфічного конфлікту (Ф. Александер) [2, с. 138]. Виникнення психосоматичних розладів обумовлено взаємодією трьох факторів: фізіологічного, психологічного та соціального. В певній соціальній ситуації психологічний конфлікт в ранньому дитячому віці проявляються у конкретних соматичних реакціях. В зрілому віці в подібних соціальних ситуаціях ранні психологічні конфлікти актуалізуються, що детермінує психосоматичні дисфункції.

Теорія ресоматизації (М. Шур) [2, с. 139]. В центрі цієї моделі є ідея про те, що психотравмуюча ситуація запускає механізм регресії – повернення до примітивно-дитячого способу реагування (крик, плач, тілесні реакції). Людина замість свідомого, вербального вираження своїх емоцій та почуттів, переживає їх у вигляді тілесних реакцій та фізичного дискомфорту. З позиції М. Шура в основі ресоматизації лежить інфантильність, фіксація психіки на ранніх стадіях розвитку, коли дитина зустрілася з травматичним життєвим досвідом.

Теорія алекситимії (П. Сифнеос) [2, с. 142]. Психосоматичні розлади виникають внаслідок алекситимії – нездатності вербалізувати свої емоції, почуття та пов'язати їх з тілесними відчуттями. Неспроможність усвідомлювати свої емоції та почуття призводить до того, що вони витісняються у межі несвідомого, залишаються невідреагованими, що призводить до розвитку психосоматичних порушень. За алекситимії спостерігається стереотипність мислення, шаблонність мовлення, а також труднощі в міжособистісній комунікації: недостатній рівень розвитку уяви не дозволяє поставити себе на місце іншого і проявити емпатію. За алекситимії спостерігається порушення міжпівкульної взаємодії: домінування лівої та гальмування правої півкулі мозку.

Психофізіологічні моделі.

«Боротьба або втеча» (У. Кенон) [3, с. 96]. Сутністю цієї моделі є конфлікт біологічного та соціального. В умовах стресу активується вісь стресу (гіпоталамус – гіпофіз – наднирники), а також симпатичний відділ

вегетативної нервової системи. У крові збільшується об'єм адреналіну, норадреналіну, кортизолу, глюкози, прискорюється серцебиття та підвищується артеріальний тиск. Ці фізіологічні процеси необхідні для того, щоб реалізувати захисну реакцію організму: «бий або тікай!». Утім, якщо в первісному суспільстві людина могла дозволити собі реалізувати цю захисну реакцію, то в сучасних умовах вона вступає в протиріччя із соціальними нормами. Тому в умовах стресу часто залишається нереалізована внутрішня напруга, яка пізніше проявляється в різних психосоматичних розладах.

«Теорія стресу» (Г. Сельє) [3, с. 97]. У межах даної моделі психосоматичні розлади розглядаються як «хвороби адаптації». Г. Сельє визначив схему протікання стресу, що включає в себе три фази. Перша – фаза тривоги, тобто запуск реакції внутрішньої напруги. Друга – фаза адаптації, пристосування психіки до стресових умов. Утім, якщо стресова ситуація, на якій сконцентрована свідомість людини, триває значний час, то адаптаційний ресурс організму виснажується. У результаті порушується робота внутрішніх органів за рахунок домінування симпатичного відділу вегетативної нервової системи та відтоку крові на периферію до м'язів. Відтак, функціональні порушення внутрішніх органів часто носять психосоматичний характер.

«Фрустрація» [3, с. 115]. Фрустрація, як психічний стан, часто є зумовленою відчуттям невідповідності між бажаним та дійсним, що детермінує розчарування, апатію, депресію, надмірну самокритику, образу, тривогу та інші негативні емоції. Фізіологічні наслідки цих емоцій при довготривалому переживанні можуть призвести до психосоматичних розладів.

«Дефіцит задоволення» (К. Блум) [3, с. 112]. Відомо, що за відчуття радості та задоволення відповідають такі гормони та нейромедіатори як серотонін і дофамін. Утім, під дією різних факторів синтез цих речовин може значно погіршуватися і тоді біологічний «маятник» починає розгойдуватися між крайніми положеннями «задоволення» – «дисконфорт». Поступово

нейромедіаторний ресурс серотоніну та дофаміну вичерпується, що призводить до тривожно-депресивних та психосоматичних розладів.

«Навчена безпорадність» (М. Селігман) [3, с. 108]. На основі експериментів автор зазначеної моделі доходить висновку, що як тварина, так і людина після кількох невдалих спроб впливати на негативні обставини середовища (або уникнути їх) потрапляє у стан безпорадності. Утім, цей стан безпорадності може бути цілком суб'єктивним. Об'єктивно людина може мати можливість впливати на ситуацію, але не робить жодних спроб для поліпшення свого стану. На психологічному рівні відчуття безпорадності тісно пов'язане з тривогою та депресією, що може зумовлювати психосоматичні розлади.

Психодинамічні та психофізіологічні моделі психосоматичних розладів справедливо акцентують увагу на різних психічних чинниках соматичного здоров'я, але вони абсолютизують окремі аспекти і не дозволяють цілісно усвідомити механізм виникнення психосоматичних дисфункцій. Щоб це здійснити, треба розуміти загальний механізм взаємозв'язку свідомого та несвідомого, який був сформульований В. Франклом і підтверджений А. Корбом. Так, В. Франкл наголошує, що **наші інстинкти (несвідоме) лише «формують запит» на поведінку, тоді як наше «Я» (свідоме) приймає рішення, що робити з цим запитом. Саме наше «Я» здатне вирішувати й здійснювати вільний вибір, незалежно від того, куди нас спрямовують несвідомі побудники [4].** А. Корб у нейробіологічних дослідженнях дійшов подібного висновку і зазначає, що **наші вчинки – це результат взаємодії між префронтальною корою (свідомістю), ядром та дорсальною зоною смугастого тіла (несвідомим). Ядро та верхня зона подають імпульс, а префронтальна кора приймає рішення, що з цим імпульсом робити [1, 72–73].**

Префронтальна кора є «президентом» мозку і в умовах спокою легко виконує свою контролюючу функцію щодо лімібічної системи та смугастого тіла. Утім, коли виникає сильний свідомий стрес (роль психофізіологічних

моделей психосоматичних розладів), відбувається ослаблення префронтальної кори і на цьому фоні починає домінувати несвідоме (роль психодинамічних моделей психосоматичних розладів). Так, А. Корб зауважує: **«Коли ми спокійні і розслаблені, префронтальна кора доволі успішно стоїть на своєму. Але з посиленням тривожності або стресу авторитет переходить до прилеглого ядра і дорсальної частини смугастого тіла. <...> У стані стресу ми або наслідуюмо найглибше закарбовані звички, або стаємо жертвами імпульсів»** [1, с. 79], тобто опиняємося під владою несвідомого – невідреагованих емоцій, стереотипних, інфантильних форм поведінки, вмикається механізм конверсії. Про людей, які живуть переважно під впливом несвідомого (внаслідок тривалого стресу, або коли спонукаються стимулом й живуть з принципом задоволення) З. Фройд писав: **«Стосовно Воно Я подібне вершнику, який повинен приборкати сильнішого від себе коня <...> Як вершнику, якщо він не хоче розлучитися з конем, часто залишається лише вести його туди, куди йому хочеться, так і Я перетворює волю Воно на дію, ніби це було його власною волею»** [6, с. 432].

Отже, синтез (взаємодія) свідомого стресу та впливу негативного змісту несвідомого детермінує психосоматичні розлади. Формується концентрація уваги на певних переживаннях, виникає певний стан свідомості, що визначає наші дії та загальний стан. Так, А. Корб зазначає, що **«передня поясна кора подібна до монітору комп'ютера. На його жорсткому диску зберігається багато різної інформації. Але на вашому моніторі відображається лише та її частина, яка вас цікавить і, нарешті, це визначає ваші дії...»** [А. Корб].

Задачею психосоматичної терапії має бути активізація префронтальної кори (свідомого), що є необхідною умовою для відновлення фізичного та психічного здоров'я. У стані активності префронтальна кора (свідоме) здатна контролювати імпульси ядра смугастого тіла (несвідоме), а також коригувати роботу дорсальної зони смугастого тіла – стримувати негативні й формувати

корисні звички, конструктивні соціально-психологічні установки. **«Медіальна префронтальна кора може проєктувати свою активність на дорсальну зону смугастого тіла, а орбітофронтальна зона кори головного мозку – на прилегле ядро. Префронтальна кора коригує й модулює наші імпульси та звички. Це дає можливості для контролю власного життя, дозволяючи менше залежати від минулого досвіду»** [А. Корб].

Тривалий стрес, передусім, зумовлює **функціональні порушення внутрішніх органів** (домінування симпатичного відділу вегетативної нервової системи). У свою чергу, дисфункція органу відбивається на представницьких зонах (засновники зон – Г. Захар'їн, Г. Хед; розширив та доопрацював – О.Т. Огулов). Тому психосоматична терапія, як правило, повинна включати вісцеральну терапію (масаж внутрішніх органів).

3. Особливості впливу стресу на організм людини.

Тривалий стрес зумовлює функціональні порушення внутрішніх органів (домінування симпатичного відділу вегетативної нервової системи). У свою чергу, дисфункція органу відбивається на представницьких зонах (Г. Захар'їн, Г. Хед;

4. Механізм біологічно-зворотнього зв'язку в тілесних та тілесно-орієнтованих техніках.

Механізм біологічно-зворотнього зв'язку активізується від:

- Зміни типу дихання;
- Зміни тону м'язів;
- Виразу обличчя, посмішки;
- Особливостей постави.

5. Психосоматична діагностика.

При первинному обстеженні та зборі анамнезу звертаємо увагу на емоційний стан пацієнта. Лікарі-психологи, насамперед, використовують

рубрики R45 і R46 за МКХ-10. Ці рубрики ми рекомендуємо до використання й іншим лікарям непсихіатричного профілю.

R45 Симптоми та ознаки, що відносяться до емоційного стану

R45.0 Нервозність

R45.1 Стурбованість та збудження

R45.2 Почуття нещастя

R45.3 Деморалізований стан та апатія

R45.4 Роздратованість та гнів

R45.5 Ворожість

R45.6 Фізичне насильство

R45.7 Стан емоційного шоку та стресу, неуточнений

R45.8 Інші симптоми та ознаки, що відносяться до емоційного стану

R46 Симптоми та ознаки, що відносяться до зовнішнього вигляду

та поведінки

R46.0 Дуже низький рівень особистої гігієни

R46.1 Анормальний зовнішній вигляд

R46.2 Дивна та незрозуміла поведінка

R46.3 Зверхактивність

R46.4 Сповільненість та знижене сприйняття

R46.5 Підозрілість та помітна ухильність

R46.6 Надмірне занепокоєння та неухильність зі стресовими наслідками

R46.7 Багатослівність та дріб'язкова деталізація, що ускладнюють

контакт

R46.8 Інші симптоми та ознаки, що відносяться до зовнішнього вигляду

та поведінки

Також проводиться експрес діагностика (представницькі зони нервової системи). За тілесних скарг можна застосувати психосоматичні таблиці Л. Хей, Н. Пезешкіана;

I етап діагностики — за умови отримання інформованої згоди пацієнта проводиться скринінгове тестування за допомогою

самоопитувальника «Анкета для виявлення психосоматичних розладів» (варіант для дорослих) (Чабан О.С. і Хаустова О.О.), або, за наявності показань, скрінінг феноменів тривоги, депресії тощо.

II етап – у разі отримання позитивного результату на I етапі доцільне подальше обстеження з використанням індивідуалізованої діагностичної програми, створеної з декількох методик, наприклад:

- 1). Опитувальник стану здоров'я РНQ;
- 2). *Госпітальна шкали тривоги і депресії HADS;*
- 3). Шкали сну;
- 4). Монреальської шкали когнітивної оцінки (МОСА);
- 5). *Шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С., 2009);*
- 6). *Шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна – State-Trait Anxiety Inventory (STAI);*
- 7). *Шкала депресії А. Бека;*
- 8). *Шкала оцінки рівня якості життя (©Чабан О.С.);*
- 9). *Первинний скрінінг ПТСР;*
- 10). *Скорочена шкала тривоги, депресії та ПТСР;*
- 11). *Клінічна шкала ПТСР за DSM 5;*
- 12). *Діагностика психосоматичного стану людини (©Сабадуха О.В.).*

Оцінка певного психопатологічного феномену за діагностичною шкалою не є тотожною діагнозу психічного позладу, але дозволяє визначити ступінь порушення і обґрунтувати обсяг терапії.