

Практика «Тілесно-емоційне усвідомлення» в роботі з психосоматичними розладами

Olexiy Sabadukha

Державний університет «Житомирська політехніка»

Оґрунтовано психосоматичну практику «Тілесно-емоційне усвідомлення» в роботі з психосоматичними розладами, яка дозволяє діагностувати конкретну емоційну причину певного розладу, нейтралізувати її на рівні несвідомого та сформувати нову умовно-рефлекторну реакцію, що буде виступати психопрофілактичною дією на майбутнє.

Постановка наукової проблеми

Сучасна медико-психологічна література дає достатньо інформації щодо визначення, класифікації та патогенезу психосоматичних розладів. Так, під психосоматичним розладом розуміємо: а) дисфункцію організму, за якої відсутні істотні структурні або функціональні порушення, але вона виникла після стресу або загострюється під час стресу і пацієнт має підвищену тривожність щодо цієї дисфункції (соматоформний розлад); б) соматичну хворобу з біологічними змінами в організмі, причиною якої є стрес (психосоматоз). До психосоматичних розладів за МКХ-10 відносимо дисоціативний розлад (F44); групу соматоформних розладів (F45): соматизований розлад (F45.0), іпохондричний розлад (F45.2), соматоформну вегетативну дисфункцію (F45.3), хронічний соматоформний больовий розлад (F45.4); неврастенію (F48.0); розлади прийняття їжі (F50) [3, с. 13]. За симптоматикою, патогенезом та функціональною структурою виокремлюють конверсійні симптоми, функціональні синдроми й психосоматози. Існують наукові моделі, що пояснюють причини психосоматичних розладів: психодинамічна модель (акцентує увагу на значенні несвідомих емоційних переживань) та психофізіологічна модель (наголошує на ролі свідомого стресу, який виступає тригером виникнення психосоматичних розладів. Утім, незважаючи на значні досягнення в теоретичному розумінні природи психосоматичних розладів, в практичній діяльності клінічного психолога можуть виникати значні труднощі у виявленні дійсної (свідомої чи несвідомої) емоційної причини психосоматичного розладу та її належного опрацювання.

Мета

Отже, метою розвідки є обґрунтування практики «Тілесно-емоційне усвідомлення» в роботі з психосоматичними розладами, яка дозволяє діагностувати конкретну емоційну причину певного розладу, нейтралізувати її на рівні несвідомого та сформувати нову умовно-рефлекторну реакцію, що буде виступати психопрофілактичною дією на майбутнє.

Виклад основного матеріалу

Тілесний симптом та/або синдром, що є предметом психосоматичної роботи є, найчастіше за все, результатом конфлікту свідомого та несвідомого. Для розуміння специфіки цього конфлікту варто зазначити загальний психічний механізм взаємодії свідомого та несвідомого: несвідоме подає запит у формі біологічного імпульсу, звички, образу спогадів, фантастичного

образу під час сну, інтуїтивного передчуття, тілесного відчуття, а свідомість ухвалює рішення, що робити з цим запитом. Підкреслимо, що формулювання цього механізму належить В. Франклу, який стверджував, що наші інстинкти лише «формують запит» на поведінку, тоді як наше «Я» ухвалює рішення, що врешті-решт робити з цим запитом. Саме наше «Я» здатне вирішувати й здійснювати вільний вибір – незалежно від того, куди нас «тягнуть» несвідомі побудники [5]. Зазначений механізм взаємодії свідомого та несвідомого на рівні нейробіології дослідив А. Корб, який наголошує, що наші вчинки – це результат взаємодії між префронтальною корою, ядром та верхньою зоною смугастого тіла. Ядро та верхня зона подають імпульс, а префронтальна кора («президент» нашого мозку) ухвалює рішення, що з цим імпульсом робити [2].

Свідомість витісняє травматичний досвід межі несвідомого, звідки він виходить на зовні через механізм конверсії у соматичній площині. В практиці «Тілесно-емоційне усвідомлення» тілесні симптоми, які пацієнт усвідомлює при соматоформних розладах та/або при психосоматозах, можуть виступати формою запиту для несвідомого щодо виявлення несвідомої емоційної причини соматичної дисфункції. Коли пацієнт вербалізує та візуалізує соматичні симптоми, він одночасно звертає увагу на тілесні відчуття, які починають виникати в тілі. Відомо, що тілесні відчуття це – мова несвідомого. У тілесних відчуттях найбільш відчутно проявляються сигнали несвідомого. Несвідоме вибирає для своїх повідомлень перш за все мову тіла саме тому, що в інших модальностях будь-які образи перекриваються сенсорним притоком іззовні. Інакше порушилась би адекватність відображення навколишньої дійсності майже до галюцинацій. Тілесні відчуття більш інертні та менш доступні для свідомого контролю. Отже, мова тіла – це продукovanі несвідомим кінестетичні образи, що мають символічне значення. У межах психосоматичної теорії тілесні відчуття – фізіологічний прояв несвідомих психологічних проблем – розглядається як передхворобливий стан (конверсійний, функціональний). Якщо несвідомий конфлікт довгий час не розв'язується, він трансформується в справжній розлад (психосоматоз).

Способом інтерпретації тілесних відчуттів як мови несвідомого є кольорові асоціації. Завдяки роботам М. Люшера загальновідоме універсальне символічне значення кольору, пов'язане з несвідомими асоціативними емоційними переживаннями й властиве усім людям. Так, в практиці «Тілесно-емоційне усвідомлення», тілесні відчуття органічно асоціюються з кольором, а останній – з конкретною емоцією. Усвідомлена емоція мови несвідомого дозволяє пацієнту пригадати конкретну травматичну ситуацію минулого (незалежно від часу давності), яка закарбувалася в глибинах несвідомого через внутрішню незгоду та емоційну забарвленість. Виявлений травматичний досвід екологічно опрацьовується через механізм прийняття. Ефективність механізму прийняття має нейробіологічне обґрунтування: «коли в процесі пригадування травматичного досвіду вдається зберегти в робочому стані таламус та дорсолатеральну префронтальну кору, люди можуть успішно інтегрувати свої травматичні спогади з минулим та усвідомити, що вони там і залишилися» [1, ...]. Коли в процесі пригадування травматичного досвіду пацієнт одночасно проговорює установку на прийняття – активується таламус та дорсолатеральна ПФК. Це забезпечує інтеграцію травматичного досвіду в довготривалу пам'ять як завершеного життєвого факту. Важливим індикатором ефективності втручання в позасвідоме є те, що при повторному формулюванні запиту тілесні відчуття, як відгук несвідомого, виявляються відсутніми.

Ефективність механізму прийняття забезпечується також:

- принципом класичного зумовлення. Безумовний стимул (тілесні, тілесно-орієнтовані практики) викликає безумовну реакцію (спокій). Одночасне уявлення іншого умовного стимулу (травматичного образу) формує на нього умовну реакцію, яка є тотожною безумовній (спокій);

- активізацією лівої півкулі головного мозку та зони Брока за рахунок промовляння установки під час візуалізації травматичного образу [1];

- принципом дії парадоксальної інтенції. Чим сильніше людина намагається уникнути неприємностей чи страждань, тим глибше вона занурюється в додаткові страждання [5]. Прийняття реальності усуває внутрішню напругу та створює ресурсний стан для якісних змін того, що знаходиться під власним контролем;

- формуванням асоціативного зв'язку травматичного переживання з його прийняттям.

Подальша уявна трансформація травматичного досвіду з позиції зрілої особистості [3] дозволяє запрограмувати на рівні несвідомого нову конструктивну умовну реакцію, що виступатиме психопрофілактичним чинником. Так, уявна трансформація травматичного досвіду активізує префронтальну кору, що коригує зміст несвідомого: закладає в нього нову конструктивну умовну реакцію, що дозволить в майбутньому діяти більш продуктивно й менше залежати від минулого травматичного досвіду.

Наведемо чіткий алгоритм застосування практики «Тілесно-емоційне усвідомлення».

1. Пацієнт проговорює та візуалізує образ соматичної дисфункції.
2. Під час візуалізації пацієнт звертає увагу на те, як реагує тіло на цей образ (відчуття напруження, в динаміці, зміна температури тіла). Оскільки тілесні відчуття є мовою несвідомого (М. Сандомирський, Колк ван дер Б.) – далі в процесі практики відбувається інтерпретація цих відчуттів за певною схемою і пацієнт поступово приходить до усвідомлення емоції та ситуації, що стали причиною психосоматичного розладу. На рівні нейробіології відбувається активізація медіальної та вентролатеральної ПФК, зниження активності мигдалеподібного тіла [2].
3. Для нейтралізації виявленого травматичного досвіду та руйнівної емоції застосовується психотерапевтичний процес прийняття, який проходить у двох формах: вербальній та образній. На цьому етапі нейробіологічне значення полягає в активізації таламуса та дорсолатеральної ПФК під час пригадування травматичного досвіду (Колк ван дер Б.).
4. Пацієнт знову проговорює зміст первинної соматичної дисфункції та уявляє образ тілесного симптому. Як правило, інтенсивність відчуттів зменшуються або зникають. Це означає, що на рівні несвідомого проблема нейтралізована.
5. Медитація усвідомленості. Пацієнт виконує практику усвідомленого дихання (2-3 хв.). На рівні нейробіології відбувається активізація мережі пасивного режиму роботи мозку (default системи мозку): орбітофронтальної, медіальної префронтальної кори, передньої та задньої поясної кори, островцевої частки; балансування міжпівкульної взаємодії (Колк ван дер Б.).
6. Програмування нової конструктивної умовної реакції з позиції зрілої особистості (роль метафізичної теорії особистості, В.О. Сабадуха; самотрансценденція).

Пацієнт знову уявляє образ травматичної ситуації, але трансформує його в конструктивному варіанті, візуалізує свою поведінку з позиції зрілої особистості. З одного боку, формуються альтернативні спогади (Колк ван дер Б.), з другого – якщо людина знову попадає в подібну життєву ситуацію, вона буде діяти на основі новою конструктивної умовної реакції (поведінкова психологія).

На цьому етапі відбувається узгодження нової конструктивної умовної реакції з несвідомим. Усвідомлена емоція щодо нового образу позначає узгодженість / неузгодженість нової умовної реакції з власним несвідомим. На рівні нейробіології відбувається синхронізація активності лобної ділянки кори з тім'яно-скронево-потиличною, формування нових нейронних мереж.

Висновки

Отже, практика «Тілесно-емоційне усвідомлення» дозволяє пацієнту прийти до усвідомлення несвідомої емоційної причини соматичної дисфункції та очистити психіку від травматичного

переживання через механізм прийняття; інтегрувати травматичний досвід в довготривалу пам'ять як завершений життєвий факт (терапевтичний ефект прийняття); підвищити рівень усвідомленості та запрограмувати нову конструктивну умовну реакцію з позиції зрілої особистості.

Посилання

1. Колк ван дер Б. Тіло веде лік. Як лишити психотравму в минулому. Х. : Віват, 2023. 624 с.
2. Корб А. У пастці депресії. Як подолати тривожність і радіти життю. Київ : «Наш формат», 2019. 216 с.
3. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред.. О.С. Чабана, О.О. Хаустової. – К. : Медкнига, 2019. – 112 с.
4. Сабадуха В.О. Метафізика суспільного та особистісного буття: монографія. Івано-Франківськ: ІФНТУНГ, 2019. 647 с.
5. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі. Харків : Клуб сімейного дозвілля, 2016. 160 с.