

## Психодинамічні моделі соматичних розладів

### План:

1. Істерична конверсія й органічний еквівалент тривожних станів (З. Фройд)
2. Теорія специфічного конфлікту (Ф. Александер)
3. Теорія ресоматизації (М. Шур)
4. Теорія алекситимії (П. Сифнеос)
5. Несвідома компенсація комплексу неповноцінності (Альфред Адлер).
6. Несвідома тривога (Карен Хорні).

### ***1. Істерична конверсія й органічний еквівалент тривожних станів (З. Фройд)***

Ще на зорі психоаналізу З. Фрейд описав психосоматичний механізм розвитку тілесних захворювань: на його думку, при неврозах сильне емоційне збудження (психотравма) призводить до соматичних порушень. Надалі склалося психоаналітичне трактування подібних захворювань, згідно якої психосоматичні порушення формуються внаслідок поєднаної дії двох механізмів з боку свідомості це механізм витіснення, що є перешкодою на шляху доступу сферу свідомості неприйнятних підсвідомих думок і потягів (принаймні, у їхній початковій формі - неприкритій, «голої правди», не відретушованої свідомістю). З боку ж підсвідомості діє механізм конверсії, завдяки якому «підсвідомий матеріал» проривається на поверхню у трансформованій формі, у вигляді символів, що обходять цензуру зі знання, але в той же час недвозначно вказують на внутрішній конфлікт.

Тому ті чи інші хворобливі психосоматичні прояви є відповідями на неприйнятну життєву ситуацію. у символічній формі. Цей символізм відображає «правопівкульну», дитячо-символічну логіку підсвідомості, яка такою наївно-дитячим способом протиставляє себе свідомості і досягає своїх цілей - «карає» свідомість (повторюючи нав'язні в дитинстві закиди старших,

виконуючи вказівки Супер-Его) або «мститися» свідомості (повторюючи нав'язні ж, але вже більш зрілому віці, негативні установки оточуючих). До цього додаються дії «передсвідомої» цензури, яка допомагає свідомості виправдовувати свої помилки (захист Его) і «ховає» від свідомості неприйнятні, на думку останнього, бажання та емоції (механізм витіснення).

Так, наприклад, з цього погляду напад бронхіальної астми - не що інше, як загальмований "приступ плачу" або за заклик материнської допомоги. Поширеним захворюванням з виразним психосоматичним компонентом і подібним внутрішнім психологічним конфліктом є вазомоторний риніт (риносинусит) - свого роду невивпакані, «невидимі світу сльози».

Психоаналітична інтерпретація розладів травлення - це нездатність «перетравити життєві обставини». Символічна трактування виразкової хвороби шлунка (а частково і панкреатиту) - соматизовані самозвинувачення, наслідок випробовуваного людиною почуття провини і самопокарання, як би «перетравлення» нею самого себе (російською мовою до цієї ситуації добре підходить образний вираз «самоїдство»). В основі хвороб кишкового тракту, на думку А. Лоуена, також лежить «затриманий» плач (фрейдівське психоаналітичне трактування колітів - ригідність, дріб'язковість, скупість і прагнення контролювати оточуючих, так званий «анальний характер»).

Захворювання опорно-рухового апарату (хребет, суглоби) - відображення «пасивної роздратованості» життєвою ситуацією, яку людина, з одного боку, не сприймає (що і служить причиною її роздратування), а з іншого - не вважає для себе можливим дозволити з допомогою активних власних дій. До цього зазвичай додається переживання відсутності зовнішньої підтримки та опори або відчуття буквально фізичного «тиску» життєвих обставин.

Ще одна психологічна проблема, що давно потрапила в поле зору психоаналізу, - різноманітні болі (головний біль, біль у ділянці серця та ін.). Тут можна безпосередньо спостерігати, як тілесні болі є відображенням болю душевного. Останній являє собою, по суті, не що інше, як самопокарання,

причиною якого є почуття провини, заподіяне жорстким батьківським вихованням в ранньому дитинстві в глибинні верстви психіки людини. Нерідко подібні розлади виникають у істероїдних натур, у яких незріла, дитяча частина «Я» прагне вийти з-під контролю більш зрілою частини - Супер-Его. Схильність до розвитку психогенних болів відзначається також у осіб з жорсткою, ригідною (епілептоїдною) структурою характеру, з гіпертрофованим Супер-Его.

За механізмом витіснення («не бачу - тому що не хочу бачити», «не відчуваю - тому що не хочу відчувати») або саме покарання розвиваються і істеричні (конверсійні) порушення рухів, чутливості, зору, мови.

Ще одним вихідним становищем психоаналізу, що впливає з погляду на витіснення неприйнятної для свідомості матеріалу в несвідоме як базового механізму психологічних проблем, є уявлення про те, що усвідомлення проблеми рівнозначне звільненню від неї. (Хоча правильніше було б розглядати дане положення як необхідне, але в той же час недостатнє для досягнення дійсного психокорекційного результату.) Подібні погляди частково повторюються і в пізніших напрямках психотерапії, що успадкували їх від психоаналізу.

Так, на думку А. Лоуена (2000), один з механізмів психосоматичних розладів полягає в тому, що людина, яка страждає на них ототожнює себе зі своїми хворобами, хоча може перервати цю ідентичність, пояснивши собі її неправильність, нелогічність.

Що ж до запропонованих психоаналізом способів зменшення дорослих пацієнтів від «дитячих» проблем, то рецепт психоаналітичного лікування, по суті, був сформульований ще в стародавній культурі вустами римського філософа Сенеки: «У душі є щось занадто глибоко заховане; воно і звільняється, будучи сказаним ». У цій схемі можна безперечно побачити аналогію психодинамічної тріади: витіснення - усвідомлення - катарсис. Додамо тільки, що для пацієнта усвідомити раніше витіснені, підсвідомі комплекси означає не що інше, як стати зрілою особистістю.

З погляду сучасної психотерапії, подібне уявлення має очевидні обмеження. **Досвід психокорекційної роботи показує, що одного тільки усвідомлення причин і механізмів психологічної проблеми виявляється недостатньо для її усунення.** Як наголошує В.В. Миколаєва (2000), усвідомлення є не основним, а лише допоміжним, опосередковуючим механізмом саморегуляції, що допомагає досягненню особистісної трансформації за допомогою роботи з побудови особистісних смислів. Як зазначав сам автор концепції особистісного змісту О.М. Леонтьєв (1983), «можна розуміти і мати значення, [...] але воно буде недостатньо регулювати, керувати життєвими процесами: найсильніший регулятор є те, що я позначаю терміном «особистісний зміст».

Отже, 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.

## **2. Теорія специфічного конфлікту (Ф. Александер)**

Ф. Александером була виявлена певна психосоматична специфічність тих чи інших емоцій: тілесні порушення, що викликаються ними, проявляються саме в тих системах організму, з якими дані емоції мають «спорідненість». Так, наприклад, пригнічуване почуття гніву призводить до розвитку серцево-судинних захворювань, почуття залежності - до виразкової хвороби шлунка, а сексуальні бажання, що витісняються, - до бронхіальної астми. При цьому психосоматичні пацієнти виявляють схильність до звичного повторення певних негативних емоцій у конфліктних ситуаціях. Подібні емоційні шаблони пов'язані з «конфліктними констеляціями» у структурі особи, що відображають, на думку Александера, конфлікти з раннього (превербального!) періоду життя пацієнта. Згодом, у зрілому віці у

подібних життєвих ситуаціях ці ранні конфлікти актуалізуються. Тим самим для кожного пацієнта існують певні специфічні внутрішньопсихічні конфлікти та відповідний їм набір зовнішніх конфліктних ситуацій «життєвих констеляцій», що викликають звичні негативні емоції і, як наслідок останніх, - психосоматичні порушення. Звідси описана модель психосоматики одержала назву «теорії специфічних для хвороби психодинамічних конфліктів».

Таким чином, специфічність психосоматичних порушень пов'язана і з психологічною специфічністю, тобто з індивідуальним стереотипом емоційного реагування людини, і з психофізіологічною специфічністю - вибірковістю впливу пригнічуваних емоцій на ту чи іншу систему організму. Що стосується механізму шкідливого впливу витісняються емоцій, тієї шкоди, яку вони завдають здоров'ю людини, то ці негативні аспекти пов'язані з «вегетативним супроводом» емоцій.

### **3. Теорія ресоматизації (М. Шур)**

Близькі до психоаналітичних погляди на природу психосоматичних розладів висловлював М. Шур (особистий лікар З. Фрейда). Ця модель отримала назву теорії ресоматизації, під якою мається на увазі повернення (регресія) до примітивно-дитячого способу емоційного реагування, властивої дитині раннього віку. Грудна дитина висловлює свої почуття не тільки плачем чи криком, а ВСІМ ТІЛОМ. Можна назвати це правопівкульною формою спілкування з оточуючими - природною і єдино можливою для віку, в якому вербальний канал комунікації ще немає.

У психоаналізі добре відома така форма психологічного захисту, як регресія, повернення до дитячого способу мислення та дитячої поведінки. Ресоматизація ж є проявом цього інфантильного способу психологічного захисту в щодо вираження емоцій. Відповідно людина доросла, у якого в психотравмуючій ситуації включається подібний захисний механізм емоційного реагування, що перебуває в стан, подібний до стану дитини -

регресійний. Замість вираження емоцій на свідомому рівні він відчуває їх у вигляді тілесного дискомфорту, тому що не дозволяє собі заявити про свої почуття відкрито. Тому спочатку в основі ресоматизації лежить інфантильність особистості, так звана слабкість свідомого «Я», у термінології психоаналізу - регресія до первинного процесу.

Отже, 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.

#### **4. Теорія алекситимії (П. Сифнеос)**

Ще одна модель розвитку психосоматичних захворювань запропонована П. Сіфнеосом і носить назву «алекситимія». Людина, що має подібну особливість особи, погано орієнтується у власних емоціях і не здатна словесно описати свій емоційний стан - свого роду «емоційна глухонімота». Більше того, йому важко охарактеризувати свої переживання і так само важко, а часом просто неможливо зв'язати їх з тілесними відчуттями, - а це вже «емоційна сліпоту».

Очевидно, що нездатність людини, яка страждає на олекситію, усвідомлювати свої емоції призводить до того, що вони витісняються. Нагромадження тілесних проявів невідрагованих, які не отримали розрядки емоцій і призводить в кінцевому рахунку до розвитку психосоматичних захворювань. Діє як би своєрідний «закон збереження» щодо емоцій: коли людина не може висловити свої почуття словами, він висловлює їх тілом. Тим найбільш алекситимія на психологічному рівні стає аналогом соматизації, яка проявляється на рівні фізіологічному. Звідси природно, що сучасні медико-психологічні дослідження олекситимії виявляють дедалі

більшу роль, яку вона грає у розвитку багатьох психосоматичних захворювань.

Алекситимія розглядається як наслідок недостатньої зв'язку лівого (свідомого, мовного, малоемоційного) і правого (підсвідомого, невербального, емоційного) півкуль (Kellner R., 1990). При цьому людина як би живе в стані безперервного внутрішньопсихічного (міжполушарного) конфлікту - у нього в порівнянні зі «звичайними» людьми більшою ступеня виражено домінування мовної півкулі та придушення невербальної, несвідомої. Існує думка, що порушення взаєморозуміння між півкулями має і свою органічну основу у вигляді розривів сполучного їх анатомічного "мосту", так званого мозолистого тіла. (Дефекти мозолистого тіла нерідко відзначаються в клінічній практиці у пацієнтів з психосоматичними розладами, обстежених за допомогою комп'ютерної томографії.) Ці морфологічні порушення незначні (можливо, існують лише на мікроструктурному рівні) і не викликають суттєвого неврологічного дефіциту. Іншими словами, вони не порушують життєво важливих функцій організму, виявляючись лише на найвищих (найтонших і уразливих) рівнях його душевної організації.

Отже, 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.

## **5. Несвідома компенсація комплексу неповноцінності (Альфред Адлер).**

Свій внесок у вирішення проблеми психосоматичної специфічності зробив також А. Адлер. Найбільш відомим конструктом індивідуальної психології є поняття комплексу неповноцінності, що розвивається у дитини внаслідок усвідомлення власної безпорадності та незахищеності та зберігається протягом дорослого життя (за Адлером, для людини жити – означає відчувати власну неповноцінність).

Шлях до позбавлення від цього комплексу відкриває закладений у психіці принцип компенсації, що є в сучасному розумінні основою для особистісного зростання. З його допомогою людина може не тільки подолати початкову неповноцінність, а й досягти більшого (гіперкомпенсація), а часом навіть «підвищитися» на оточуючими (таким чином, комплекс неповноцінності трансформується у прагнення до переваги, особливо коли людина переслідує не реальні життєві цілі, а ілюзорні, "Фіктивні").

В одній зі своїх робіт – «Дослідження неповноцінності органу та її психічної компенсації» - Адлер описав застосування даного підходу до проблеми психосоматичної специфічності, до пояснення того, яким чином невроз «вибирає» свої органи-мішені. При цьому він розширив уявлення про «неповноцінність», що суб'єктивно переживається, як джерело розвитку неврозів і особистісних розладів, переносячи його з душевного життя на тілесні функції. Поширюючи цей принцип "неповноцінності" на стан окремих органів тіла, Адлер говорив про те, що саме початкова, можливо, вроджена «Неповноцінність» органу, тісно пов'язана на особистісному рівні не з «Неповноцінність» психологічної, робить його підвищено але вразливим для формування психосоматичних розладів.

Тим самим у формуванні комплексу неповноцінності беруть участь три джерела: неповноцінність органу, а також відношення до дитини з боку батьків, яка може бути надмірно опікувальною або, навпаки, відкидає. При

цьому органічна неповноцінність може бути значною мірою компенсовано, подолано за рахунок резервів як психологічних, так і фізіологічних.

## **6. Несвідома тривога (Карен Хорні).**

По суті, багато проявів психосоматичних розладів є тілесним відбитком хронічної тривоги. У цьому зв'язку необхідно в першу чергу згадати про описаний К. Хорні (1997) базовому почутті тривоги, на її думку, лежить у основі всіх неврозів, під яким мається на увазі «почуття, яким володіє дитина, будучи ізольованою і безпорадною в потенційно ворожому світі». Близькими до описаного «психоаналітичним» поглядом є уявлення інших психокорекційних напрямів, зокрема, екзистенційної психотерапії про тривогу як невід'ємну частину людського існування: «Бути людиною - значить бути тривожною» (Р. Нельсон-Джоунс, 2002).

Очевидно, що подібна тривожність у зрілої людини є перенесеним у дорослий вік переживанням дитини і є ще одним проявом описаної раніше універсального регресійного механізму формування психосоматичних розладів.