

УДК 159.923.2

Надійшла 28.08.2017

*Л. А. КОЛЕСНІЧЕНКО, А. В. ТИМАНОВА (Київ)*

## **ДОСВІД ПСИХОТЕРАПІЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ**

Київський національний економічний університет ім. Вадима Гетьмана <timakova\_av@ukr.net>

*У статті проведено огляд динаміки теоретичних поглядів та психотерапевтичних тенденцій щодо психосоматичних розладів з позиції психодинамічних теорій особистості.*

*Авторами узагальнені та описані організаційні та змістовні аспекти психоаналітично-орієнтованої психотерапії психосоматичних розладів як прояву порушення психічного здоров'я.*

**Ключові слова:** психічне здоров'я, психосоматика, психосоматичні розлади, стратегії адаптації, психотерапія, психоаналітично-орієнтована психотерапія.

**Вступ.** Міждисциплінарність підходів до розуміння психічного здоров'я визначається неоднозначністю самого терміну «психічне здоров'я». Конструкт «психічне здоров'я» (mental health), як правило, розглядається з двох позицій: с позиції психіатрії і психології [6]. Так, при психіатричному (медичному) підході про психічне здоров'я судять з позицій психічних порушень і аномалій особи як відхилень від норми (Д. Карвасарський), збереження загальної працездатності (В. М. Мясішев). Психологічний підхід базується на аналізі здорового функціонування особистості як позитивного процесу, що описується через поняття повноцінного життя (К. Роджерс) самореалізації (А. Маслоу, Ш. Бюлер), автентичності (Дж. Бюдженаль), прагнення до сенсу (В. Франкл).

Проте, приймаючи за пріоритет завдання підтримки і збереження психічного здоров'я особистості, вважаємо за потрібне спиратися на дефініцію психічного здоров'я, яка віддзеркалює широту та багатогранність даного психологічного феномену як комплексу взаємопов'язаних психічних і тілесних аспектів. Таким, на наш погляд, є визначення М. Бачерникова, В. Петленка, Є. Щербини: «психічне здоров'я – це такий відносно стійкий стан організму й особистості, що дає змогу людині усвідомлено, враховуючи свої фізичні й психічні можливості, а також навколишні природні та соціальні умови, здійснювати й забезпечувати свої індивідуальні й суспільні (колективні) біологічні та соціальні потреби на основі нормального функціонування психофізичних систем, здорових психосоматичних і соматопсихічних відносин в організмі» [2, с. 35–36]. Таким чином, психічне здоров'я характеризується відсутністю психосоматичних розладів, сприятливим функціональним станом психофізичних систем та конструктивними стратегіями задоволення потреб.

Наприкінці ХХ ст. та на початку ХХІ ст. в суспільстві спостерігається значне зростання психосоматичних розладів, які на даний час по праву вважаються «патологією сучасної цивілізації». Так, за даними різних авторів, частота психосоматичних розладів (ПСР) складає від 30 % до 57 % від загального числа пацієнтів первинної медичної мережі і коливається в загальній популяції населення від 11 до 52 %.

Отож, глибоке розуміння природи психосоматичних розладів, їх рання діагностика та розробка психотерапевтичних стратегій щодо їх корекції набувають першочергового значення у процесі відновлення психічного здоров'я на індивідуальному і суспільному рівнях.

**Мета статі** – визначення організаційних та змістовних аспектів психоаналітично-орієнтованої психотерапії психосоматичних розладів як прояву порушення психічного здоров'я.

**Теоретична частина.** Головним джерелом теоретичних розробок психогенезу соматичних захворювань і психотерапії психосоматичних розладів залишається психоаналіз. З. Фройд в роботах «Психоневрози захисту» (1894) і «Дослідження істерії» (1895) вперше викладає конверсійну модель, розуміючи під конверсією зсув психічного конфлікту і спробу вирішити його через різні симптоми в тілі. Відбувається «відділення лібідо» від несвідомих, витіснених переживань і перетворення лібідонозної енергії в соматичну. З появою соматичного симптому людина відчуває емоційне полегшення завдяки пом'якшенню тиску несвідомого конфлікту. Тілесний симптом символізує несвідомий конфлікт, позаяк у ньому символічно представлено те, що повинне було міститися в несвідомій фантазії. Завдяки такому «перенесенню» лібідонозного заповнення з царини психічного у царину тілесного патогенний конфлікт видаляється зі свідомості.

Ф. Дойч (F. Deutsch), розвиваючи ідеї З. Фрейда, визначав конверсійний процес як постійний, діючий впродовж усього життя, який спонукається загальним мимовільним прагненням до пригнічення інстинктів, що зв'язане з необхідністю постійного скидання зайвої інстинктивної енергії. З точки зору концепції постійного «конверсійного потоку» органічні симптоми є вираженням невротичних конфліктів так само, як і інші форми психічних захворювань.

Подальший розвиток психосоматичної теорії пов'язаний з ім'ям Франца Александера (F. Alexander) і Флендерс Данбер (F. Dunbar). Ф. Александером була розроблена модель вегетативного неврозу: якщо несвідомий конфлікт не має виходу у відповідному зовнішньому прояві, то він призводить до виникнення емоційної напруги, яка, в свою чергу, здатна викликати стійкі зміни у вегетативній нервовій системі [1]. Подібні зміни у вегетативній нервовій системі, на думку Александера, можуть спричинити зміни тканини, а можливо, навіть і безповоротні ураження органів. Проте, на відміну від конверсії Фрейда, в цьому процесі відсутній символічний виразний характер вибору органу ураження, а також через виникнення тих або інших симптомів хвороби емоційного полегшення не відбувається. Навпаки, переживання фізичного страждання, як, наприклад, при астмі або коліті, може ще більше ускладнити психічні проблеми людини.

Також Ф. Александер запропонував векторну теорію розвитку психосоматичного симптому, яка дозволяє зрозуміти суть симптомів вегетативного неврозу як симптоматичну поведінку. Він вважав, що динамічні сили біологічних структур організму і психодинамічні тенденції переживань і поведінки можна представити у вигляді трьох векторів, що обумовлюють взаємодію між органами: бажання об'єднати, отримати, прийняти; бажання виключити, видалити, віддати, витратити енергію для нападу або здійснення чого-небудь або для завдання шкоди; бажання зберегти, накопити.

Ф. Данбер розробляла питання психосоматики, намагаючись встановити взаємозв'язок між специфічністю психосоматичної хвороби і особливостями структури і поведінки особистості. На її думку, особи, що страждають на певне психосоматичне захворювання, є носіями певних загальних рис. Ф. Данбер намагалася встановити відповідні профілі особистості, що мали асоціюватися з певним видом хвороби.

Таким чином, у психоаналітичній парадигмі достатньо багато зроблено для розуміння психологічних причин психосоматичних розладів (від нездатності переробити внутрішній конфлікт до «вегетативного неврозу») і аналізу особливостей особистості, яка має такі розлади. Вектор пошуку таких особливостей знаходиться в описі від істеричного типу (описаного ще З. Фрейдом) до нарцисичного, які мають потужні дефіцити «Я», важко переносять фрустрацію, можуть бути достатньо емоційно стриманими.

З пізніших психоаналітично-орієнтованих психосоматичних теорій найбільш значимі доробки, як зазначає Ульник Х. [8], внесено французькою школою психоаналізу (П. Марті, М. Фен, М. де М. Юзан, К. Давид, К. Смаджа, Дж. Макдугалл). П. Марті і М. де М. Юзан (P. Marty, M. M. Uhan, 1963) зазначають, що при психосоматичних реакціях спостерігається недолік психічного функціонування, так званий «*pensee operateire*», тобто оператуарне мислення [4]. Воно проявляється в ігноруванні свого внутрішнього життя, зокрема емоцій, почуттів, афективній збідності, зниженій здатності до асоціативного мислення, символізації та тотальному зосередженні на зовнішній по відношенню до людини реальності, «прилипанні до реальності» [10] інтересу до теперішнього. Клод Смаджа, доктор медицини і психоаналітик, розширює термін до поняття «оператуарного життя», куди включає ще есенціальну депресію та оператуарну поведінку [7]. Як наслідок виникає психосоматичний симптом, який, на відміну від невротичного, не має символічного значення. Фізичний симптом психосоматичного захворювання розглядається як результат психофізіологічного захворювання. Він не є результатом роботи «Я». Через двадцять років схожий феномен американські вчені описали як алекситимію (J. C. Nemiah, P. F. Sifneos, 1970). Алекситимія означає бідність фантазійного життя і нездатність вербалізувати емоції, що є перешкодою для

психотерапії. Проте інша представниця Паризької школи Джойс МакДугалл вважає, що соматизація є захистом від архаїчних фантазій, що засновані на страху втрати суб'єктивної ідентичності [3].

Теоретичні підходи та особливості психотерапевтичного процесу осіб з психосоматичними розладами стали фокусом досліджень російських психологів і психотерапевтів [9].

У своїй роботі ми зупинимося на узагальненні нашого психотерапевтичного досвіду використання психоаналітично-орієнтованої психотерапії у корекції психосоматичних розладів.

**Методологія.** У нашому дослідженні ми застосовуємо принцип комплексності (психосоматичні розлади розглядаються в межах міждисциплінарного підходу, який об'єднує медицину, фізіологію, психологію та психотерапію), принцип детермінізму (психосоматичні розлади обумовлені неусвідомлюваними психічними явищами, особливостями онтогенетичного розвитку, адаптаційними стратегіями), принцип цілісності (за допомогою психотерапевтичного втручання людина здатна генерувати нові структури і нові більш ефективні форми адаптації та підтримки себе у стані динамічної рівноваги), принцип інтегративності (поєднання різних видів і напрямів психотерапії підвищує ефективність роботи з психосоматичними розладами).

**Результати та їх аналіз.** Узагальнюючи 10-річний психотерапевтичний досвід роботи з психосоматичними розладами, ми хочемо виділити такі особливості:

- вважаємо, що при наданні допомоги особами, які мають психосоматичні розлади обов'язковим є поєднання фармакотерапії з психотерапією, тобто співпраця психіатра і психолога, чи психотерапевта;
- необхідним і бажаним при роботі з такими людьми є поєднання різних напрямів та форм психотерапії. Зазвичай, більшість таких клієнтів мають поганий контакт зі своїм тілом, не мають фантазійного потенціалу, їхнє «Его» переоцінює реальність і пригнічує фантазію як механізм захисту, вони є достатньо алекситимічними, тому на першому етапі психотерапії для них необхідні психотерапевтичні техніки, акцент в яких ставиться на невербальну комунікацію і в яких велика увага приділяється тілесності – тілесно-орієнтована психотерапія, арт-терапія, танцювальна терапія тощо.

Одночасне використання індивідуальної та групової терапії. В індивідуальній терапії людина отримує можливість в безпечному і підтримуючому середовищі прожити складні моменти в житті, бути почутим, прийнятим, усвідомити свої не найкращі моделі поведінки, отримати досвід душевної близькості і важливості іншої людини тощо. Групова терапія дає змогу клієнту так чи інакше відіграти в мініатюрі свою звичну поведінку та отримати з цього приводу зворотній зв'язок, дізнатися, що відчувають інші учасники групи, коли він поводить певним чином. Протягом часу життя групи кожен учасник може бачити і брати участь в реальних змінах в житті людей, бачити терапевтичний прогрес, зрозуміти не унікальність своїх проблем і переживань, запозичувати у інших членів групи більш здорові та успішніші способи комунікацій та розв'язання внутрішніх конфліктів.

Діагностичний етап при зборі психологічної інформації при психосоматичних розладах має ряд специфічних моментів, а саме:

- детальне прояснення сприйняття та ставлення клієнта до симптомів (больові неприємні відчуття, фізичний дискомфорт; переживань певних емоцій та почуттів (якщо вони є) у зв'язку із симптомами; думок про захворювання, його причини і наслідки);
- встановлення початку появи психосоматичних симптомів;
- пояснення клієнту зв'язку тілесного і психічного;
- встановлення зв'язку соматичних симптомів з історією життя особи;
- формування запиту на психотерапію (де в фокусі буде не симптом, а цілісна особистість).

Також на цьому етапі терапевт висуває гіпотезу (яку не озвучує) стосовно можливого глибинного смислу розладу, вторинної вигоди від симптомів і потреб клієнта, які задовольняються, дякуючи симптому.

Не дивлячись на те, що багато хто клієнтів страждав від різних психосоматичних захворювань, вони рідко вбачали якийсь зв'язок між своїми соматичними проявами і подіями, що психологічно були для них травмуючими. Більшість клієнтів автоматично позасвідомо виключала зі свідомості травмуючі події, які були сильно емоційно забарвлені, і це приводило до тимчасових соматичних проявів або спотвореного сприйняття.

Терапевтичний етап полягає у 4-х кроковій психодинамічно-орієнтованій психотерапії [5, с. 142–144].

1. Цей крок полягає у гарантії допомоги, підтримці та підбадьорюванні клієнта. На цій стадії, отримавши можливість вербалізувати свої переживання і розповісти про себе, клієнт, відповідно, зменшує іпохондричний зміст, який лежить на передньому плані переживання. Ця «розмова про себе» не лише сприяє відсічі іпохондричних страхів і викликає відчутне покращення самопочуття, а й сприяє встановленню довіри до психотерапевта. Також завдання цієї стадії – підвищення мотивації до терапії.

2. Мета цієї стадії – розвиток здатності клієнта до сприйняття власних почуттів і переживань. (Мета терапевта на цій стадії – визначити домінуючий афект клієнта, зрозуміти фрустраційно-агресивні прагненнями клієнта та осмислити розуміння та ставлення клієнта до своїх переживань.)

З одного боку, обговорюємо на конкретних прикладах емоційний зміст переживання клієнта (особливо його фантазії), а з іншого – підбадьорюємо і підтримуємо клієнта в його спробах вербалізувати і диференціювати власні почуття.

Психотерапевт шляхом постійних питань, щоб не було довгих пауз, і проявом розумінням кожного висловлювання клієнта підтримує та емпатійно приєднується до того, що він говорить, а також підкріплює відповіді клієнта відповідними думками і припущеннями. Це дає змогу клієнту вербалізувати свої переживання.

3. Це стадія стабілізації стосунку. На цій стадії відбувається закріплення і покращення саморефлексії та усвідомлення клієнтом внутрішнього конфлікту, а також тлумачення ним зв'язку між соматичними симптомами і конфліктною ситуацією. Досвід саморефлексії має сприяє створенню позитивної мотивації щодо конфліктперероблюючої терапії. Психотерапевт може дуже обережно конфронтувати клієнта, але при цьому клієнт не має відчувати надмірного психічного болю або загрози від «розкриваючої» терапії та протестувати проти змін своєї поведінки та характеру взаємин відмовою від подальшої бесіди. Підвищення рівня тривоги та опору клієнта є сигналом для припинення психотерапевтичного опрацювання конфлікту. При цьому потрібно концентрувати увагу на психічному статусі клієнта і його поведінці та констатувати (для себе) його фактичну нездатність до переробки давнього конфлікту. Важливо зрозуміти, що на даний момент клієнт знайшов для себе найкращий спосіб переносити цю ситуацію (через виникнення психосоматичних симптомів) та встановлювати відповідну внутрішню рівновагу.

4. Стадія переходу до тривалої психотерапевтичної роботи, яка поєднує елементи підтримуючої та експресивно-вскриваючої психотерапії. Стадія є можливою за умови «зрощування клієнта» на попередніх стадіях та накопичення ним достатньої емоційної витривалості та здатності переносити психотерапевтичне втручання.

**Висновки.** Узагальнення та систематизація досвіду психотерапевтичної роботи з особами, які мають психосоматичні розлади дозволили нам припустити, що для посилення позитивної динаміки у позбавленні патологічної симптоматики, полегшення страждання і формування нових стратегій адаптації важливим є поєднання фармакотерапії з психотерапією (співпраця психіатра і психотерапевта); різних напрямів та форм психотерапії (тілесно-орієнтована психотерапія, арт-терапія, танцювальна терапія, психоаналітично-орієнтована терапія; індивідуальна і групова). Специфіку діагностичного етапу у роботі з клієнтами з психосоматикою складає приділення додаткової уваги проясненню та поясненню зв'язку тілесного і психічного, місця, ролі симптомів у житті людини та підсиленню мо-

тиваційного компоненту клієнта, який має психосоматичні розлади. Терапевтичний етап, особливо на початку, має базуватися на підтримуючій стратегії, яка в подальшому буде поєднуватися з експресивно-вскриваючою.

У подальшій роботі ми продовжимо вивчення та дослідження позитивної динаміки в осіб, які мають психосоматичні розлади за допомогою стандартизованих методик, що будуть залучені на початку психотерапевтичної роботи (для діагностики стану та особистісних властивостей клієнта) та в кінці роботи (для констатації змін).

#### Список літератури

1. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина. Принципы и применение / Пер. с англ. С. Могилевского. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
2. *Бачерников Н. Е., Петленко В. П., Щербина Е. А.* Философские вопросы психиатрии. – К., Здоров'я, 1985. – С. 35–36.
3. *МакДугалл Дж.* Театры тела. Психоаналитический подход к психосоматическим расстройствам / Пер. А. Росохин, А. Багрянцева. – М.: Изд-во Когито-Центр, 2007. – 216 с.
4. *Марти П., де М'Юзан М.* Оперативное мышление // Антология современного психоанализа / Под ред. А.В. Россохина. М. 2000. С. 327–335
5. *Кискер К. П., Фрайбергер Г., Розе Г. К., Вульф Э.* Психиатрия, психосоматика, психотерапия / Пер. с нем. И. Я. Сапожниковой, Э. Л. Гушанского. – М.: Алетейя, 1999. – 504 с.
6. *Падуи М. А.* Влияние процессов регуляции эмоций на психологическое здоровье [Электронный ресурс] // Журн. практ. психологии и психоанализа. – М.: НОЧУ ВПО Ин-т практ. психологии и психоанализа, 2015. – № 4 Режим доступа: <http://psyjournal.ru>.
7. *Смаджа Клод* Оперативная жизнь: психоаналитические исследования / Пер. с фр. Мишеля Фэна. – М.: Когито-Центр, 2014. – 255 с.
8. *Ульник Х.* Психосоматическая теория Пьера Марти (критический анализ) [Электронный ресурс] // Журн. практ. психологии и психоанализа. – М.: НОЧУ ВПО Ин-т практ. психологии и психоанализа, 2017. – № 1. Режим доступа: <http://psyjournal.ru>.
9. *Коростелева И. С.* Особенности взаимоотношений с психосоматическим пациентом в рамках психоаналитической психотерапии [Электронный ресурс] // Журн. практ. психологии и психоанализа. – М.: НОЧУ ВПО Ин-т практ. психологии и психоанализа, 2013 № 1. Режим доступа: <http://psyjournal.ru>.
10. *Швек Ж.* Добровольные галереи: очерки о процессах самоуспокоения. – М.: Когито-Центр, 2016. – 200 с.

#### ОПЫТ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

*Л. А. Колесниченко, А. В. Тимакова (Киев, Украина)*

Цель статьи – определить и описать организационные и содержательные аспекты психоаналитически-ориентированной психотерапии психосоматических расстройств как проявления нарушения психического здоровья. В описанном подходе к психотерапии психосоматических расстройств авторы опирались на теоретический анализ зарубежной и отечественной литературы и исследований, представленных в журналах по медицине, психологии и психотерапии; обобщение и систематизацию десятилетнего собственного профессионального психотерапевтического опыта работы (психоаналитически ориентированное направление) с клиентами с психосоматическими расстройствами. Выборка составляла пятьдесят лиц в возрасте от 27 до 50 лет. Выделены организационные особенности психотерапевтической работы с психосоматическими расстройствами, которые заключаются в обязательном сочетании аналитической терапии с фармакологической терапией и разными видами телесно-ориентированной и арт-терапии, а также в сочетании групповой и индивидуальной форм психотерапии. Содержательные особенности психотерапевтической работы с психосоматическими расстройствами заключаются в психотерапевтическом проведении клиента через ряд последовательных стадий, каждая из которых имеет свои цели и задачи, доминирующие психотерапевтические стратегии и есть подготовительной для последующей. Таким образом, авторами предложен алгоритм психотерапевтической работы с клиентами психосоматическими расстройствами, разработанный с учётом их индивидуально-типологических, психоэмоциональных и когнитивных особенностей.

**Ключевые слова:** психическое здоровье, психосоматика, психосоматические расстройства, стратегии адаптации, психотерапия, психоаналитически-ориентированная психотерапия.

## EXPERIENCE OF PSYCHOTHERAPY OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS

*L. A. Kolesnichenko, A. V. Timakova (Kiev, Ukraine)*

Kyiv National Economic University named after Vadim Getman

Purpose of the article – to define and describe the organizational and rich in content aspects of psychoanalytic-oriented psychotherapy of psychosomatic disorders as displays of violation of psychical health. In the described going near psychotherapy of psychosomatic disorders authors leaned against the theoretical analysis of foreign and domestic literature and researches, presented in magazines on medicine, psychology and psychotherapy; generalization and systematization of ten year own work psychotherapy experience of work (psychoanalytic-oriented direction) with clients which have psychosomatic disorders. A selection made fifty persons in age from 27 to 50 years. The organizational features of psychotherapy work selected with psychosomatic disorders, which consist in obligatory combination of analytical therapy with pharmacological therapy and different kinds corporal-oriented and art-therapies, and in combination a group and individual forms of psychotherapy. The rich in content features of psychotherapy work with psychosomatic disorders consist in the psychotherapy accompaniment of client through a row successive the stages, each of which has goals and tasks, dominant psychotherapy strategies and am preparatory for subsequent. Thus, authors are offer the algorithm of psychotherapy work with clients by psychosomatic disorders, developed taking into account their individual typology, psychoemotional and cognitive features.

**Key words:** psychical health, psychosomatic, psychosomatic disorders, strategies of adaptation, psychotherapy, psychoanalytic-oriented psychotherapy.