

# ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД СУЧАСНИХ ПСИХОДИНАМІЧНИХ КОНЦЕПЦІЙ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

*Д.А. Колесник*

Херсонський державний університет, [freudrulit@gmail.com](mailto:freudrulit@gmail.com)

Науковий керівник: кандидат психологічних наук А.О. Чхайдзе

Постановка проблеми. Відома з часів зародження медичної науки проблема співвідношення тілесного і психічного має вияв в останні десятиліття, перш за все, в дослідженнях співвідношення між соматичними і психічними факторами генезу та проявів багатьох соматичних по своїй клінічній картині розладів, а також пов'язування їх з особистістю хворого. Цими питаннями займались низка вітчизняних дослідників (Л. Дідковська, М. Коваленко, М. Компанович, А. Коротецька, Т. Хомуленко, В. Шмаргун, О. Юрценюк та ін.) так і зарубіжних (А. Бергман, Дж. Енглъ, Г. Крістал, П. Марті, Дж. МакДугал, П. Сіфнеос, К. Смаджа, М. Фен) Питання про оцінку впливу особливостей особистості хворого на ймовірність виникнення, розвитку та прогресування психосоматичного захворювання найчастіше розглядається в контексті концепцій пов'язаних з порушенням у роботі нервової та ендокринної систем, психоемоційного стресу, травматизації особистості і її психічної адаптації в цілому. У цьому контексті зазначимо, що у вітчизняній психологічній практиці сучасні психодинамічні концепції соматизації є мало поширеними, хоча вони спираючись на клінічний досвід довели свою ефективність. У зв'язку з цим представляється актуальним дослідження не тільки особливостей особистісного реагування на психотравмуючі обставини в якості особистісних факторів ризику формування психосоматичних розладів, а й особливості структури особистості та системи її об'єктних відносин. При цьому традиційна психодинамічна концепція в психосоматичному підході в її сучасному розумінні і розвитку продовжує розглядатися в як одна з найважливіших теоретичних підстав подібного роду досліджень.

Метою статті є теоретичний аналіз сучасних психодинамічних підходів у дослідженні «психосоматичної особистості»

Виклад основного матеріалу. Уданий час психосоматичний підхід включає в себе різні школи та напрямки, які різняться за інтерпретацією причин, що призводять до психосоматичних захворювань, підходами до лікування психосоматичних пацієнтів. На сьогодні існує багато концепцій, які можна віднести до психологічного спрямування, в узагальненому виді це: психодинамічні, характерологічно-орієнтовані, особистісно-орієнтовані, фізіологічно-орієнтовані [1].

Першою психосоматичною концепцією була – модель конверсійного неврозу, описана З. Фройдом в рамках динамічної теорії потягів. Суть конверсії є витіснення в несвідоме уявлень та спонукань, пов'язаних з сексуальними або агресивними потягами, неприйнятними для «Я» і «Над-Я» особистості. Витіснений афективний імпульс зміщується на рівень соматичного. Симптом зв'язує психічну енергію і залишає неприйнятне уявлення не усвідомленим. Вибір органу для виникнення симптомів визначає попередня конституціональна диспозиція. Симптому приписувалась функція символічного вираження від реагування афектів внутрішнього конфлікту. Через симптом несвідомесимволізує той психічний зміст, який не може прийняти свідоме «Я» на основі загальних ознак або внутрішніх асоціативних зв'язків. Окрім конверсійних розладів, З. Фройд описує соматичні симптоми актуального неврозу, іпохондричного розладу та органічних захворювання. Невротичні симптоми відповідають гіпо- та гіпер функціонуванню різних соматичних функцій в результаті недостатнього механізму витіснення. Лібідом, відхиляючись від своєї цілі спрямовується на органи. Іпохондричні симптоми не підкріплені органічними ознаками хвороби і виникають на ґрунті нарцисичного застою лібідо, яке не знайшло психічного застосування.

На основі психоаналітичних ідей Ф. Александер сформулював принципи, що отримали назву «гіпотеза специфічності», основними положеннями яких є:

1. Психологічні фактори, що ведуть до соматичної хвороби, мають специфічну природу. Вони можуть бути визначені як установки хворого по відношенню до навколишнього середовища або до себе самого. Адекватне пізнання цих факторів можливо тільки в ході лікування хворого.

2. Свідомі психічні процеси відіграють підпорядковану роль у виникненні соматичних симптомів, так як вони можуть бути вільно виражені і реалізовані через довільну систему. Пригнічені тенденції викликають хронічну дисфункцію внутрішніх органів.

3. Актуальна життєва ситуація має тільки прискорює вплив на хворобу. Розуміння причинних факторів повинно бути засноване на знанні розвитку особистості хворого. Кожне емоційний стан має свій фізіологічний синдром. Специфічними для хвороби Ф. Александер вважав не окремі психологічні чинники, а їх психодинамічні констеляції. Елементами комбінованої психологічної специфічності є тривога, пригнічені агресивні і сексуальні імпульси, фрустрації, почуття провини і неповноцінності.

Модель специфічності є багатофакторною біосоціальною концепцією, де враховується все, починаючи від родової травми і закінчуючи актуальними особистісними відносинами. Але питома вага кожного фактора не зрозуміла. Ф. Александер вказував, що в етіопатогенезі будь-якої хвороби велике значення мають різні чинники.

На основі попередніх досліджень, Ф. Данбар було введено поняття «психосоматичного профілю», тобто певну констеляцію особистісних характеристик, властивих людині. Вона описала «виразкову особистість», «коронарну особистість», «ревматична особистість» тощо. Вона вважала, що ці профілі мають діагностичне, прогностичне і терапевтичне значення.

Таким чином, вже не просто зміст афективного конфлікту виявлялося специфічним для певної хвороби, а взаємодія певних особистісних рис і емоційних конфліктів. Було відмічено, що для цих хворих характерні сильна фантазія і недостатня емоційна включеність в об'єктивну ситуацію. Вони часто не здатні описати свої почуття і часто взагалі не, знаходять слів для

самовираження. Дослідники відзначають інфантильність людей, які страждають психосоматичними захворюваннями, і приписують причину захворювання їх нездатності управляти символічними процесами з метою комунікації. В даний час описана «ракова особистість», яка характеризується використанням таких захисних механізмів, як заперечення, придушення, Раціоналізація. Для неї так само властиві сильний самоконтроль, брак комунікації і т.д. [4].

У рамках концепції об'єктних відносин Дж. Енгль, з колегами писали про стрес втрати об'єкта, тобто про стрес, викликаний смертю близької людини, розривом відносин з нею. Їх дослідження дітей і дорослих з лейкемією і виразковим колітом показали, що захворювання розвиваються вслід за втратою або відділенням ключової фігури, яка грала найважливішу роль в житті людини. Автори підкреслюють значення внутрішніх опосередкованих факторів, відзначаючи, що переживання події як втрати, набагато важливіше реальності того, що відбувається. Виділяють символічну втрату, загрозу втрати реальну втрату (смерть, розлучення), кожна з яких може в рівній мірі спровокувати початок психосоматичного захворювання. Автори описують механізмсоматизації: загроза втрати об'єкта народжує комплекс почуттів безпорадності - безнадійності і депресії, що збільшують уразливість організму і ризик виникнення хвороби.

Дж. Арехарт-Трейхель розвинула ці гіпотези концепції біотипів де зведені поняття психотравми, почуттів безпорадності-безнадійності, захисної поведінки, стресу, адаптивного провалу. Під біотипом при цьому розуміється тип особистісних, фізіологічних, соціальних та інших патернів, властивих даній людині. Виділяється загальна для всіх патологічних біотипів риса – рання психотравма. Ця травма провокує почуття безпорадності-безнадійності і спотворює на все життя образ себе. Такі люди схильні придушувати жахливі для них думки і емоції. На думку Дж. Арехарт-Трейхель психосоматичні пацієнти не можуть адекватно переробити актуальну, уявну або загрозову втрату, яка набуває характеру нарцисичної травми. Наслідком стають депресії з

почуттям беспорядності-безнадійності. Фактори, що сприяють розвитку психосоматичної хвороби: реактивна депресія після об'єктної втрати і нарцисичної травми, оральна регресія, нездатність до інсайту, що пояснюється розладами прегенітального розвитку [5].

Сучасні психоаналітики (А. Бергман, Ф. Пайн, Д. Стерн) розглядають найважливіші новоутворення у дитини, як результат процесів сепарації-індивідуації, що відбуваються в період від 14-15 до 30-36 місяців. Ці процеси полягають в готовності отримувати задоволення від незалежного функціонування. М. Малер вважала, що дитина досягає свого психологічного народження (емоційної сепарації і індивідуації), настільки ж необхідного, як і фізичного, пройшовши ряд фаз. Для нормального проходження дитиною всіх цих фаз, успішного вирішення поставлених перед ним на кожному етапі завдань дозрівання важлива адекватна участь матері: повне задоволення потреб на симбіотичній фазі, дозовані фрустрації, що підштовхують дитину до сепарації і створення об'єктивних репрезентацій на підфазі сепарації і так далі. Так взаємодія дитини і матері має пряме відношення до проблеми психосоматичних захворювань. Мати, несвідомо відкидає спроби дитини сепаруватися (зазвичай в силу власних порушень), може затримати його розвиток на фазі симбіозу або на одному з наступних етапів розвитку, що призведе до виникнення слабкого «Я» з різними формами порушень. Багато авторів бачать саме патологічний зв'язок з матір'ю як найважливіший аспект психологічної передиспозиції до хвороби.

З більш сучасних психодинамічно орієнтованих психосоматичних теорій найбільш популярна теорія оперативного мислення (П. Марті, М. Фен, К. Давид, М. де М'юзан). Відповідно до неї при психосоматичних реакціях спостерігається недолік психічного функціонування, званий «*penseeoperative*». З цієї точки зору психосоматичний симптом на відміну від невротичного, не має символічного значення. Фізичний симптом – це соматичний образ того, що З. Фройд називає актуальним неврозом, тобто фізичні симптоми не є результатом роботи «Я». На думку К. Смаджа, психосоматичний симптом не

має сенсу, не має символічного сенсу, психологічної логіки. Може бути біологічна логіка. Причина – символічна недостатність. Дж. Мак Дугал вважає, що немає недостатності, а є масивний захист від нарцисизму і психотичних тривог. Тобто пацієнт страждає не від неможливості відчувати емоції, а від неможливості контролювати надлишок емоцій. Тому він має глибоко заховані (заморожені) фантазії. Психічне життя у них протікає по типу короткого замикання: конфліктні думки і хворобливі афекти не переробляються, не сублімуються та заперечуються, вони витісняються з психіки і закріплюються у глиб тіла. Це афекти безсловесних уявлень [3].

На думку представників цього підходу, психосоматичні хворі не мають фантазійного потенціалу; їх «Я» до крайності переоцінює реальність і пригнічує фантазію як механізм захисту. Як наслідок виникає психосоматичний симптом. Пізніше подібний феномен П. Сіфнеос описав як алекситимія. Алекситимія означає бідність фантазійної життя і нездатність вербалізувати емоції, що є перешкодою для психотерапії. У цій концепції окремі психосоматичні хвороби не розглядаються. Будь-яка хвороба може бути психосоматичною. Коли переживається перехідний етап, можлива соматизація. Схильність до психосоматичних хвороб в дискусії.

Висновок. Дедалі більшої ваги на сьогодні набувають ідеї про мультикаузальність психосоматичних розладів. Однак, як це не парадоксально, сьогодні наростає, якщо так можна висловитися, депсихологізація досліджень психосоматичної медицини. Психоаналітичних пояснень психосоматичних феноменів замінити нічим, тому зростає число медико-біологічних, мікробіологічних, нейрофізіологічних досліджень, а проблема ясніше не стає. Тому можна сказати, що, незважаючи на вражаючі вказівки на нові горизонти психосоматичної медицини, цей напрям в даний час переживає глибоку кризу.

Фундаментальною для даної області досліджень залишається психосоматична проблема, яка до останнього часу розроблялася в руслі психодинамічно орієнтованих досліджень психосоматичної медицини. Дослідниками цього напрямку зібрані великий обсяг фактичного матеріалу та

розроблені перспективні теорії. Однак багато уявлень про природу психосоматичних хвороб є й досі щонайменше дискусійними.

#### Література:

1. Огоренко В.В. Інтегративний підхід в генезі психосоматичних розладів з позицій концепцій про особистість [Електронний ресурс]. *Вісник проблем біології і медицини*. 2019. Вип. 4(2). С. 14-17. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm\\_2019\\_4\(2\)\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm_2019_4(2)_4)
2. Операционализиованная Психодинамическая Диагностика (ОПД)-2. Руководство по диагностике. Пер.: Гончаров М. А., Кириллов И. О., Фролов П. А. М.: Изд. «Академический проект», 2019. 454 с.
3. К.Смаджа Оператуарная жизнь: Психоаналитические исследования. Пер. с фр. М.: Когито-Центр, 2014. 256 с.
4. Рождественский, Д. С. Психосоматика: психоаналитический подход : учебное пособие для вузов. 2-е изд. Москва. : Издательство Юрайт, 2019. 235 с.
5. ShawRichard J., DeMasoDavid R. (eds.) *Textbookof Pediatric Psychosomatic Medicine* American Psychiatric Publishing, 2010. 552 p.