

Ірина Франкова

Лікар-психолог, к. мед. н., асистент кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії НМУ імені О.О. Богомольця, груповий аналітик (АППУ, ЕФРР), ко-тренер секції групової психоаналітичної психотерапії Асоціації психоаналітиків та психотерапевтів України
<https://orcid.org/0000-0001-9371-6849>

ПСИХОСОМАТИЧНИЙ СИМПТОМ У ПРИЗМІ ГРУПОВОГО АНАЛІЗУ

Групова психотерапія є центральним компонентом стандартного стаціонарного лікування психосоматичних та найрозповсюдженіших психічних захворювань (афективні, тривожні, постстресові, невротичні розлади).

Основна ідея застосування групового підходу в лікуванні полягає в тому, що типові міжособистісні конфлікти пацієнтів, які спричинили порушення ментального стану, виникатимуть щодо групи, у комунікації з окремими пацієнтами та ведучими групи. Ці міжособистісні та групові конфлікти, що виникають у групі, можуть бути використані як з діагностичною, так і терапевтичною метою. Пацієнти можуть використовувати групу як навчальну ситуацію для практики нових міжособистісних форм поведінки.

Саме в психосоматичному стаціонарі на групі нерідко можна почути наступний діалог між пацієнтом та ведучим групи:

- В мене пече в ділянці сонячного сплетіння, клубок у горлі, болить голова, як ніби, хтось здавлює її обручем. Каже пацієнт.

- А що ви відчуваєте? Можливо, вам здалось, що хтось проявив до вас агресію? Чи ви ображені? - Питає груповий терапевт.

- Я не знаю. Я не розумію. Я зовсім не ображаюся, чому ви так вирішили?

Алекситимія

Саме таким чином пацієнт описує конфлікт у своїх стосунках, і через такий спосіб психосоматичним пацієнтам часто приписують іпохондричність, так ніби вони зациклені на тілесних відчуттях. Насправді це не так. Коли пацієнт скаржиться, ми спостерігаємо тілесні компоненти емоцій, що виникли у відповідь на конфлікт (ком в горлі, біль), але пацієнт їх не усвідомлює, тому й не може вербалізувати.

З нейробіологічної точки зору складність з вербалізацією виникає через недостатність нейронних зв'язків між (1) лімбічною системою, (2) асоціативною корою головного мозку (відповідає за сприйняття і зберігання інформації з різних аналізаторів, в тому числі від тіла), і (3) скроневими та лобними відділами кори головного мозку, що відповідають за сприйняття і артикуляцію мови. Описане явище лежить в основі сучасного розуміння такого феномена, як алекситимія та в нейронауці має назву недостатнього нейронного пруннінга (Sander, 2013). Алекситимія тісно зв'язана із психосоматичною медициною та появою психосоматичних симптомів, сучасні дослідники виділяють чіткі критерії для даного феномену (Fava et al., 2017).

Тож, щоб підтвердити наявність алекситимії потрібна присутність трьох і більше з наступних 6 характеристик:

1. Нездатність/складність підібрати слова для опису емоцій;
2. Тенденція описувати деталі замість почуттів (наприклад, обставини, що оточують, а не почуття);
3. Відсутність багатой фантазії, внутрішнього життя;
4. Зміст думок пов'язаний більшою мірою з зовнішніми подіями, ніж з фантазією або емоціями;
5. Незнання загальних соматичних реакцій, які супроводжують переживання різних почуттів;
6. Раптові, часто недоречні, агресивні спалахи.

Якщо людина погано розуміє власні емоційні реакції, не дивно, що емоції інших людей для неї теж є недоступними для

розуміння. Тож алекситимія робить взаємостосунки досить складними.

Невербальна комунікація

Значний внесок у розуміння особливостей формування міжособистісних стосунків і їх значення для розвитку психосоматичних розладів роблять сучасні дослідники теорії прив'язаності такі як Беатріс Біб. Вона займається спостереженням за немовлятами за допомогою мікроаналізу (Veebe et al., 2010). Доктор Біб вивчає якість невербальної комунікації між матір'ю і дитям віком 4 місяці за допомогою посекундного детального аналізу відеозаписів одночасно з обличчя матері та дитя під час їх взаємодії. За допомогою даного спостереження виявлено, що якість невербальної комунікації в 4 місяці визначає стиль прив'язаності дитини у віці 1 року, а також:

- соціальний і когнітивний розвиток дитини;
- здатність переносити та регулювати стрес;
- здатність до емпатії;
- здатність формувати любовні відносини та можливість вступати в близькі стосунки.



Рис. 1. Динаміка формування стосунків від народження

Тож природа контакту дитини з грудьми матері, з матір'ю, а пізніше з сім'єю предиспонує спосіб і характер побудови стосунків із соціумом (Рис.1). Тож з алекситимічність пов'язана з низьким рівнем налаштованості, емпатії та сприйнятливості з боку опікунів.

Стиль прив'язаності та психосоматика

Відомо, що у дорослих розподіл стилів прив'язаності виявлених за допомогою інтерв'ю розробленого Мері Мейн (Adult Attachment Interview, M. Main) виглядає наступним чином:

- Надійно безпечний стиль прив'язаності - (50-65%);
- Унікаючий стиль прив'язаності - (20-30%);
- Амбівалентний (тривожний) стиль прив'язаності - (15-20%);
- „Не розв'язана травма“ - (19%).

Чи цей розподіл справедливий і для пацієнтів психосоматичного стаціонару? Виявляється ні. У вибірці психіатричних пацієнтів (n=439) превалював стиль прив'язаності “нерозв'язана травма” (40%) (Van Ijzendoorn, 1995). Серед пацієнтів з депресією превалював амбівалентний стиль прихильності (50%) (Dozier, 2008). Варто пам'ятати, що активується та чи інша система прив'язаності й в ситуації хвороби, а не тільки небезпеки чи сепарації.

Тож в психотерапевтичній групі психосоматичного стаціонару ми частіше за все стикаємося з пацієнтами з ознаками надмірної залежності та сепараційної тривоги, вони часто суперечливі в зображенні минулих прив'язаностей, їм бракує об'єктивності (амбівалентний стиль). А пацієнти з «не розв'язаною травмою» внаслідок травматичного досвіду часто мають зловживання або обривають зв'язок (довгі паузи, беземоційність, жорстокість).

Для дорослих людей підтримувати контакт з афективним життям групи може виявитися настільки ж важким завданням, як і для немовляти встановлення контакту з материнськими грудями. З моменту появи на світ людина існує і розвивається тільки в тісній взаємодії із собі подібними, (сім'я, соціум). Поза цим оточення саме фізичне виживання індивіда більш ніж сумнівно, а психічне становлення його як людини просто неможливо.

Комунікація і терапевтичний процес

Комунікація в групі - процес фундаментальний. Комунікація це усі процеси, які протікають між людьми в групі (свідомі та несвідомі, навмисні і ненавмисні, зрозумілі і незрозумілі). Будь то вербальні, невербальні послання або скарги на симптоми. Психосоматичний симптом - це спроба висловити конфлікт (як наведено у прикладі на початку даного тексту) і одночасно бажання приховати його, це так зване компромісне утворення. Коли проблема усвідомлена вона може бути комунікована (почута) і зрозуміла за допомогою проговорення. В групаналітичному підході нам звично говорити про так звану "групову матрицю" - гіпотетичну мережу комунікативних зв'язків і відносин між членами групи. Річ у тому, що учасники групи формують перенесення не тільки на ведучого групи, але й один на одного, а також до групи як до єдиного цілого. У відношенні один до одного, щодо психотерапевта і групи учасники також розвивають специфічні способи поведінки. Мета в груповій психотерапії з позиції групаналітичної теорії полягає у впливі на зв'язаність, комунікацію і взаємодію між учасниками.

Ефективність групової терапії

Групова терапія ефективна як амбулаторний метод лікування при різних психологічних розладах, коли пацієнти отримують лише групове лікування (Burlingame, MacKenzie, & Strauss, 2004), так і для стаціонарних пацієнтів (Kösters, M., Burlingame, G. M., Nachtigall, C., & Strauss, B. (2006). Дослідження Kordy, H., Von Rad, M., & Senf, W. (1990) показує, що 90% пацієнтів приписують частину покращення свого стану досвіду перебування в терапевтичній групі та розглядають її як центральний по важливості досвід лікування в стаціонарі.

В більшості емпіричних досліджень групової психотерапії для виміру ефективності науковці зосереджувались на змінних про відносини у групі, а саме:

➤ когезія (згуртованість), що включає відносну прив'язаність членів групи один до одного, до ведучого, а також до групи в цілому

- груповий клімат
- терапевтичний альянс
- емпатія
- відчуття себе учасником групи

Рівень когезії становить особливий клінічний інтерес для дослідників, оскільки міжособистісні проблеми типових психосоматичних пацієнтів часто стосуються проблем з регулюванням близькості та відстані у відносинах (Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Yang, C. (2018)). Хоча при більш детальному вивченні літератури можна знайти суперечливі дані щодо ефекту та значення когезії на поліпшення стану пацієнтів в процесі лікування (Рис. 2).

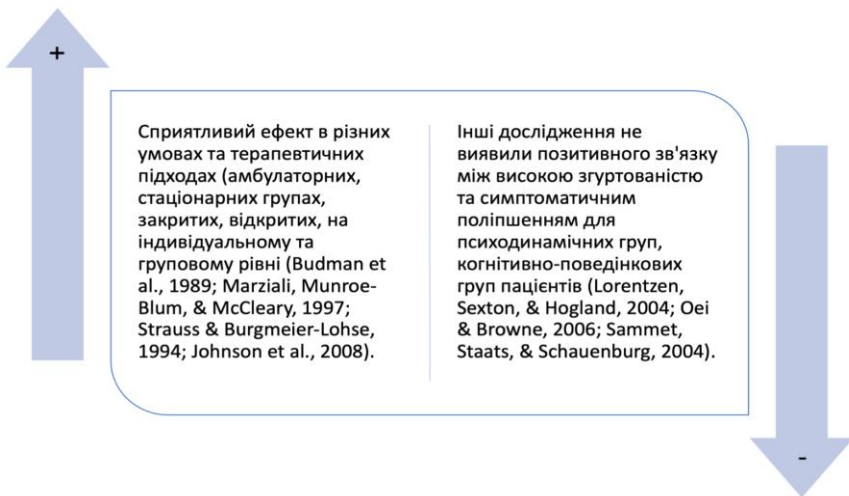


Рис. 2. Ефект когезії на лікування

Вивченням даної дилеми та ефекту індивідуальної когезії й інтерперсонального стилю (приналежність чи домінування) на результат психодинамічно-орієнтованої групової терапії у рамках стаціонарного лікування займається німецький психосоматолог Геннінг Шауенбург (Dinger, U., & Schauenburg, H., 2010). В дослідження під його керівництвом увійшли 327 пацієнтів (226 жінок, 101 чоловік), які проходили лікування мультимодальною стаціонарною груповою психотерапією в університетській клініці Гьоттінген, Німеччина. У пацієнтів превалювали діагнози: афективні розлади (61,5%), тривожні (24,2%), розлади харчової поведінки (18,7%), соматоформні розлади (15,3%), розлад адаптації (8,0%), obsесивно-компульсивний розлад (4,6%). Результати показали, що вищий рівень згуртованості (когезії), а також збільшення ступеня згуртованості з часом були пов'язані з поліпшенням симптомів у психічній сфері. З літератури також відомо, що пацієнти з високим рівнем дистресу відчують нижчий рівень згуртованості, а низька згуртованість, в свою чергу, є предиктором поганої відвідуваності групової терапії (Ogrodniczuk, Piper, Joyce, 2006).

Важливою знахідкою стало те, що пацієнти, які повідомляли про міжособистісні проблеми до лікування, а саме занадто доброзичливе ставлення до оточення, мали покращення загального стану під час стаціонарної групової терапії, коли їх особистий досвід згуртованості зменшувався (тобто дистанція стосовно інших учасників збільшувалась). А пацієнти з міжособистісними проблемами, пов'язаними з низькою приналежністю (наприклад, ворожість або холодність), повідомляли про значне зменшення симптомів, коли їхнє почуття згуртованості зросло. Це трактувалось як зростання компетенцій, комплементарних провідній проблемі пацієнтів.

Група має стати таким простором, в якому можливі менталізація та рефлексія (Fonagy, 2013) щодо наступних тез:

- Бачення себе та інших як думаючих і відчуваючих

- Переймання різних перспектив/ точок зору
- Антиципація реакції інших
- Рефлексія зміни внутрішніх станів та їх наслідків

Висновки

Якість невербальної комунікації в парі мати-немовля, стиль прив'язаності та рівень алекситимії грають важливу роль у розвитку психосоматичних захворювань. З нейробіологічної точки зору це пов'язано з недостатнім нейронним прунінгом. Психоаналітична теорія та теорія прив'язаності перекидає місток від низького рівня налаштованості, емпатії та сприйнятливості матері в ранньому віці немовля до проблем з емпатією, регуляцією стресу та дистанції в стосунках із соціумом, що призводить до браку соціальної підтримки та психосоматичної хвороби. Ефективним амбулаторним так і стаціонарним методом лікування є групова терапія, де з позиції групаналітичної теорії основна мета полягає у впливі на зв'язаність, комунікацію і взаємодію між учасниками відповідно до провідних проблем пацієнтів. Бо різні пацієнти отримують користь від різних аспектів групової терапії в залежності від їх стилів прив'язаності.

Література:

1. Burlingame, G. M., Fuhriman, A., & Johnson, J. E. (2004). Process and outcome in group counseling and psychotherapy. *Handbook of group counseling and psychotherapy*, 49-61.
2. Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Yang, C. (2018). Cohesion in group therapy: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 384.
3. Dinger, U., & Schauenburg, H. (2010). Effects of individual cohesion and patient interpersonal style on outcome in psychodynamically oriented inpatient group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20(1), 22-29.
4. Fava, G. A., Cosci, F., & Sonino, N. (2017). Current psychosomatic practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(1), 13-30.
5. Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic inquiry*, 33(6), 595-613.
6. George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). Adult attachment interview.

7. Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T., & Schauenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(3), 277.
8. Kordy, H., Von Rad, M., & Senf, W. (1990). Therapeutic factors of inpatient psychotherapy--the patients' view. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 40(9-10), 380-387.
9. Kösters, M., Burlingame, G. M., Nachtigall, C., & Strauss, B. (2006). A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 10(2), 146.
10. Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2006). Treatment compliance among patients with personality disorders receiving group psychotherapy: What are the roles of interpersonal distress and cohesion?. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 69(3), 249-261.
11. Sander D. (2013). The power of emotions. Belin. P 171.
12. Stovall-McClough, K. C., & Dozier, M. (2016). Attachment states of mind and psychopathology in adulthood. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 715-738.
13. Van Ijzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological bulletin*, 117(3), 387.