



ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ МОДЕЛІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА КОМПЛЕКСНИЙ СПОСІБ ЇХ КОРЕКЦІЇ ЗА МЕТОДОМ САМОТРАНСЦЕНДЕНТНОЇ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Олексій Сабадуха

Українська асоціація психосоматичної терапії

«Психосоматична медицина та загальна практика»

Постановка наукової проблеми. Здоров'я – найцінніший капітал кожної людини. Його «золотовалютний резерв» визначається способом життя, зокрема й тими емоціями та почуттями, які ми проживаємо щодня. Сьогодні, в умовах війни, рівень стресу зростає ще більше, що значно погіршує стан здоров'я. Важливим кроком у розумінні особливостей взаємозв'язку психічного та фізичного в організмі людини є формулювання психофізіологічної моделі, яка пояснює причини психосоматичних розладів. Проте, відкритим залишається питання щодо комплексного, цілісного способу їх корекції, який би враховував фізичні, психологічні, соціальні та духовні складові життєдіяльності людини.

Мета. Отже, метою розвідки є аналіз різних психофізіологічних моделей психосоматичних розладів та запропонувати метод самотрансцендентної психосоматичної терапії (СПТ) як комплексний спосіб їх корекції.

Виклад основного матеріалу. Перша психофізіологічна модель – «Боротьба або втеча» (У. Кенон). Сутністю цієї моделі є конфлікт біологічного та соціального [3, с. 96]. В умовах стресу активується вісь стресу (гіпоталамус – гіпофіз – наднирники), а також симпатичний відділ вегетативної нервової системи. У крові збільшується об'єм адреналіну, норадреналіну, кортизолу, глюкози, прискорюється серцебиття та підвищується артеріальний тиск. Ці фізіологічні процеси необхідні для того, щоб реалізувати захисну реакцію організму: «бий або тікай!». Утім, якщо в первісному суспільстві людина могла дозволити собі реалізувати цю захисну реакцію, то в сучасних умовах вона вступає в протиріччя із соціальними нормами. Тому часто в умовах стресу залишається нереалізована внутрішня напруга, яка пізніше проявляється в різних психосоматичних розладах.

Друга психофізіологічна модель – «Теорія стресу» (Г. Сельє). У межах даної моделі психосоматичні розлади розглядаються як «хвороби адаптації» [3, с. 97]. Г. Сельє визначив схему протікання стресу, що включає в себе три фази. Перша – фаза тривоги, тобто запуск реакції внутрішньої напруги. Друга – фаза адаптації, пристосування психіки до стресових умов. Утім, якщо стресова ситуація, на якій сконцентрована свідомість людини, триває значний час, то адаптаційний ресурс організму виснажується. У результаті порушується робота внутрішніх органів за рахунок домінування симпатичного відділу вегетативної нервової системи та відтоку крові на периферію до м'язів. Відтак, функціональні порушення внутрішніх органів часто носять психосоматичний характер.

Метод СПТ включає в себе блок тілесних та тілесно-орієнтованих практик для усунення стану

гострого стресу (вісцеральний, класичний, точковий масаж, мануальні остеопатичні техніки, діафрагмальне дихання, гіпоксія, робота з поставою, медитації усвідомленості). Дані практики враховують ключові принципи тілесно-орієнтованої психотерапії за Е. Джейкобсоном (м'язова релаксація), В. Райхом (безпосередній контакт з пацієнтом – масаж) та О. Лоуеном (корекція постави, гіпервентиляційне дихання, усвідомлене дихання). Отож тілесні та тілесно-орієнтовані практики в межах методу СПТ виконують таку роль: усувають спазми та застійні явища у внутрішніх органах та м'язах, що веде до розслаблення центральної нервової системи та регуляції міжпівкульної мозкової взаємодії. Підвищується синтез серотоніну, до 30%, збільшується вміст дофаміну та зменшується рівень кортизолу, а окситоцин сприяє більш активному формуванню ендорфінів.

Третя психофізіологічна модель – «Фрустрація». Фрустрація, як психологічний стан, часто є зумовленою відчуттям невідповідності між бажаним та дійсним, що детермінує розчарування, апатію, депресію, надмірну самокритику, образу, тривогу та інші негативні емоції. Фізіологічні наслідки цих емоцій при довготривалому переживанні можуть призвести до психосоматичних розладів [3, с. 115].

Метод СПТ включає в себе психологічну практику «Прийняття», яка, на наш погляд, є однією з базових в контексті відновлення психічного здоров'я. Практика «Прийняття» передбачає визнання як факту того, що: а) вже сталося і це змінити неможливо; б) є на даний момент, але зараз змінити не можливо; в) може статися в майбутньому. Щодо цього В. Франкл наголошує: «Коли ми більше не можемо контролювати і змінювати свою долю, тоді ми повинні бути готові прийняти її» [4, с. 107]. Чим більше людина бореться з неприємною життєвою ситуацією, яку вона не в силах змінити (зараз або взагалі), тим більше вона (ситуація) викликати негативні емоції та почуття (неприйняття себе, образи, деструктивну фіксацію думками на минулому, тривогу, апатію, почуття провини тощо). «Що сильніше людина намагається уникнути неприємностей або страждання, то глибше вона занурюється в додаткові страждання» [4, с. 107]. Лише через прийняття проблемної ситуації зникає внутрішня напруга й приходить почуття спокою.

На психофізіологічному рівні вербалізація та прийняття ситуації активізує вентролатеральну префронтальну кору мозку й активність мигдалини знижується. Варто зазначити, що практика «Прийняття» корелює з технікою «Повінь» («Експозиція») в поведінковій психотерапії, а якщо її застосовувати для пацієнта в стані релаксації після тілесно-орієнтованих технік, то цілком співвідноситься з технікою «Систематична десенсибілізація» також за методом поведінкової психотерапії [2, с. 295].

Четверта психофізіологічна модель – «Дефіцит задоволення» (К. Блюм). Відомо, що за відчуття радості та задоволення відповідають такі гормони та нейромедіатори як серотонін і дофамін. Утім, під дією різних факторів синтез цих речовин може значно погіршуватися і тоді біологічний «маятник» починає розгойдуватися між крайніми положеннями «задоволення» – «дискомфорт». Поступово нейромедіаторний ресурс серотоніну та дофаміну вичерпується, що призводить до тривожно-депресивних та психосоматичних розладів [3, с. 113].

А. Корб, вивчаючи нейробіологічні особливості роботи мозку людини, вказує на певні причини, чому може порушуватися синтез серотоніну та дофаміну. Так, він зазначає, що «мозок кожного з нас <...> гостріше реагує на негативні події» [1, с. 58]. Це відбувається тому, що на нейронний ланцюг уваги впливає нейронний ланцюг емоцій, відповідно емоційно-забарвленим подіям дістається більше уваги. Цікавим є факт, що нейронним ланцюгам емоцій простіше відповідати на негативні збудники [1, с. 56]. На рівні нейробіології емоційне переживання неприємних подій зумовлює високу активність у медіальній префронтальній корі, мигдалеподібному тілі та гіпокампі. Відповідно, частіше переживаючи негативні емоції та концентруючи увагу на неприємних подіях – ми автоматично пригнічуємо природний процес синтезу серотоніну та дофаміну.

Метод СПТ включає психодуховну практику «Вдячність», що допомагає свідомо фокусувати увагу на позитивних аспектах свого життя й сприяє формуванню конструктивного світогляду. Чим більше ми вдячні, тим більше ми цінуємо дійсність; відповідно – менше негативних емоцій, а особливо – критики, що чинить руйнівний вплив на організм людини. А. Корб звертає увагу, що почуття вдячності покращує настрій, знижує рівень стресу, тривожності, депресії, зменшує ймовірність появи суїцидальних думок, покращує сон та загалом фізичний стан організму. На нейробіологічному рівні почуття подяки активізує вироблення нейромедіаторів серотоніну та дофаміну [1, с. 158].

П'ята психофізіологічна модель – «Навчена безпорадність» (М. Селігман). На основі експериментів автор зазначеної моделі доходить висновку, що як тварина, так і людина після кількох невдалих спроб впливати на негативні обставини середовища (або уникнути їх) потрапляє у стан безпорадності. Утім, цей стан безпорадності може бути цілком суб'єктивним. Об'єктивно людина може мати можливість впливати на ситуацію, але не робить жодних спроб для поліпшення свого стану. На психологічному рівні відчуття безпорадності тісно пов'язане з тривогою та депресією, що може зумовлювати психосоматичні розлади.

Метод СПТ включає в себе психодуховну практику «Прийняття рішень», в межах якої пацієнт виховує в собі здатність бути суб'єктом діяльності: вчиться ставити цілі та приймати рішення щодо розв'язання тієї чи іншої проблемної ситуації. Це дозволяє суттєво знизити рівень тривоги, бо нейронні мережі, які відповідають за відчуття тривоги й прийняття рішень – одні й ті ж самі [1, с. 43]. Відповідно, визначившись з певним рішенням – ситуація стає більш контрольованою й автоматично зменшується відчуття тривоги.

Процес прийняття рішень активізує префронтальна кора, що дозволяє заспокоїти лімбічну систему та стримувати зайву активність смугастого тіла, яке часто покладається тільки на імпульси і несвідомі звички. Так, медіальна префронтальна кора може проектувати свою активність на дорсальну зону смугастого тіла, а орбітофронтальна зона кори головного мозку – на прилегле ядро. Отож префронтальна кора коригує й модулює наші імпульси та звички [1, с. 109].

Постановка цілей та прийняття рішень збільшує рівень дофаміну, а відтак й почуття задоволення. А. Корб зазначає, що дофамін синтезується не лише після досягнення мети, а й виділяється на початку її постановки та на кожному кроці в процесі наближення до неї [1, с. 108]. Але варто пам'ятати основні правила постановки мети та прийняття рішень. По-перше, аби поставити значущу мету, необхідно з'ясувати, що дійсно в житті є важливим. По-друге, цілі мають бути конкретні й досяжні. По-третє, приймати рішення необхідно «за», а не «проти». Тобто мета має бути спрямована не на уникнення чогось, а на досягнення. По-четверте, процес постановки мети та прийняття рішення передбачає відкидання перфекціонізму та діяльність без категоричних очікувань: робити те, що потрібно, і бути готовим прийняти будь-який сценарій розвитку подій.

Висновки. Отже, тілесні, тілесно-орієнтовані техніки, психологічні та психодуховні практики за методом СПТ дозволяють комплексно впливати на організм людини, усувати психосоматичні розлади за різними психофізіологічними моделями їх виникнення.

Посилання

1. Korb A. Trapped in depression. How to overcome anxiety and enjoy life. Kyiv: Our format; 2019.
2. Mushkevich M. I. Fundamentals of psychotherapy. Lutsk: Vezha-Druk; 2017.
3. Sandomirsky M. Psychosomatics and body psychotherapy: Practical guide. Kisheniv: BBDO; 2007.
4. Frankl V. Man's Search for Meaning. Moscow: Progress; 1990.