

Лікування хворих з психосоматичними розладами:

Погляд на тілесно-рухову психотерапію з точки зору втілення

Горст Кехеле (Horst Kächele), Марія Євгенія Монета (Maria Eugenia Moneta),
Міхаель Нолл-Гуссонг (Michael Noll-Hussong)

Міжнародний психоаналітичний університет, Берлін, Німеччина
Університет Дієго Порталеса, Сантьяго, Чилі
Відділення психосоматичної медицини, Університет м. Ульма, Німеччина
International Psychoanalytic University Berlin, Germany
Universidad Diego Portales Santiago, Chile
Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University of Ulm,
Germany

Ключові слова: тілесно-рухова психотерапія, соматоформні розлади, психосоматичні захворювання, нейробіологія, втілення

Keywords: body-movement psychotherapy, somatoform disorders, somatic symptom disorder, neurobiology, embodiment

Анотація

У даній роботі запропоновано теоретичний підхід до того, як тіло і розум можуть бути возз'єднані у концепції втілення. Ця концепція особливо корисна для лікування психічних розладів і захворювань, пов'язаних із взаємодією розуму і тіла, а також тілесно-психічним опрацюванням. Застосовуючи концепцію втілення до психотерапії при лікуванні таких розладів, як соматоформні, розлад тілесного дистресу або психосоматичних розладів, ми обговорюємо деякі дані, що вказують на роль мозкових нейронних зв'язків у виникненні, підтриманні та посиленні таких синдромів. Втілення означає, що когнітивні, фізіологічні та поведінково-емоційні компоненти накладаються один на одного на рівні нервової системи. Соматоформні пацієнти переживають порочне коло увічнення тілесних симптомів в автопоетичний спосіб. Ранній досвід, зокрема, прив'язаності, вплив навколишнього середовища, соціалізація та роль культури будуть розглянуті у зв'язку з виникненням симптомів. І, нарешті, ми наводимо деякі клінічні думки про те, чому залучення тілесно-орієнтованої психотерапії може дати кращі результати для ефективного лікування соматичних симптомів і суміжних розладів, ніж сама лише вербальна терапія.

Теоретичний підхід

Теоретичний підхід, представлений тут, отримано з різних джерел, що включають психоаналітичні¹ і непсихоаналітичні джерела². Ці автори поділяють висновок про те, що в основі емоцій і розвитку симптомів лежить "ядерний афект". За словами Russell (2003), ядерний афект – це постійний потік перехідних змін у нейрофізіологічному та соматовісцеральному стані організму, який представляє його безпосередній стосунок до плину подій, що постійно змінюються. Він пов'язаний із сприйняттям та інтерпретацією об'єктів або людей, а це обов'язково стосується стану тіла. Ядерний афект вводиться тут для позначення основного психо-фізіологічного стану, з народження присутнього в організмі ссавців, пов'язаного з гедоністичною цінністю (задоволення / незадоволення) і збудженням (сон / неспання). Він формується у перші роки, протягом яких відбувається регуляція фізіологічних функцій. Duncan та Feldman-Barrett (2007) описували ядерний афект як нейрофізіологічний стан або «барометр», що підсумовує стосунки індивіда з навколишнім середовищем у певний момент часу. Почуття, про які він сам повідомляє, можуть бути еквівалентом «показників» цього «барометра».

Погляд на психіку з позиції втілення пропонує рекурсивний зв'язок між тілом і розумом, який не ґрунтується на картезіанському (декартівському) редукціонізмі або дуалізмі. Втілення існує не лише у переживанні почуттів, але, ймовірно, засноване на гомеостатичних процесах регуляції почуттів та, з біологічної точки зору, складній нейрофізіології цих переживань. Валентність почуттів і відчуттів, наприклад, може бути відзначена вивільненням дофаміну, а також збудженням від вироблення адреналіну, так що такі біохімічні процеси та пережиті події є частиною втіленого розуміння світу³.

¹Bucci, 1997 and 2007; Mancía, 2006; Waller & Scheidt, 2006

²Duncan & Feldman-Barret, 2005; Rief, Hiller and Margraf, 1998; Russell, 2007

³Duncan & Barret, 2007; Rief & Broadbent, 2007

Розуміння почуттів та емоцій вимагає базової "поінформованості" про нейрофізіологічні системи, необхідні як для виявлення, так і для реагування на тілесні стани (Lane, 2008). Крім того, відносини з іншими людьми також можна розглядати з точки зору адаптивних нейроендокринних та вегетативних процесів (Porges, 2009), включно зі змінами в нейромодуляторних системах, що регулюють тілесні стани, емоції та реактивність.

Емоції є інтенційними станами, наприклад, люди стають злі на когось, боятися чогось або сумують за чимось. Згідно Edelman і Tononi (2000), ядерний афект є попередньою умовою для сприймання світу, що еволюціонує від першої особи та закладає основу свідомого досвіду. Люди переживають ядерний афект як окремий від думок і почуттів. Нейронні мережі мозку, які відповідають за афект, виконують функцію інтерпретації сенсорної інформації із зовнішнього середовища у внутрішні змістовні репрезентації, щоб можна було почуватися безпечно у своєму світі. Значимі репрезентації грають ключову роль у суб'єктивному досвіді і розумінні світу. Широко розподілена нервова мережа виконує цю функцію шляхом зв'язування сенсорної і сомато-вісцеральної інформації для створення психічної репрезентації зовнішніх об'єктів⁴().

У даний час теоретичний підхід до того, як тіло і розум можуть бути возз'єднані, полягає у концепції втілення (Barsalou, 2008). Ця концепція може бути корисною у більшості проблем, що стосуються взаємодії тіла та психіки. «Втілене пізнання» стосується того факту, що перцептивна інформація (в тому числі соматосенсорна), вісцеральні та понятійні процеси накладаються один на одного на різних рівнях нервової системи. Іншими словами, тіло і мозок не слід розглядати як окремі одиниці або навіть як конкурентів, а швидше як такі, що співпрацюють. З цієї точки зору виглядає так, ніби емоції та пізнання, з'єднуються в одне ціле через тілесні процеси.

Соматизація

⁴Damasio 1999; Duncan & Fedman Barret, 2007; Gallese, 2009

Соматизація – один із найстаріших психологічних діагнозів. Термін «синдром соматизації»⁵ використовується для ідентифікації групи пацієнтів з множинними тілесними симптомами, включаючи біль, хронічну втому, або численні і стійкі тілесні скарги, не пов'язані з конкретними фізичними або патоморфологічними станами. Дотепер походження цих суб'єктивних симптомів залишається неясним і соматоформні розлади часто неправильно розуміють лише як пізнавально-атрибутивне явище.

Ці пацієнти потрапляють у замкнуте коло поведінкових, фізіологічних та когнітивних порушень, які на різних рівнях вносять вклад в увічнення тілесних симптомів. Від чотирьох до десяти відсотків від загальної популяції і двадцять відсотків пацієнтів первинної ланки медичної допомоги могли б отримати діагноз так званих «неспецифічних, функціональних і соматоформних тілесних скарг»⁶. Пацієнти, які скаржаться на один симптом, зазвичай мають високу частоту супутніх захворювань⁷. Багато з цих пацієнтів виявляють особливо високий рівень психопатологічного дистресу і тривоги⁸. Накладання симптомів буває між, з одного боку, синдромом хронічної втоми, а з іншого – синдромом фіброміалгії, головним болем напруги, харчовою алергією, передменструальним синдромом та синдромом подразнених кишок (СПК). Хронічний перебіг захворювання, з вираженим порушенням якості життя пацієнта, призводить до кругових чи системних розчарувань та високих витрат на охорону здоров'я і систему соціального забезпечення⁹.

Симптоми не поліпшуються за допомогою лише одновимірної біомедицини. Нечіткі висловлювання лікарів з приводу симптомів можуть погіршити тривогу та розгубленість пацієнтів. Пацієнти зазвичай з високою частотою кидають усі види лікування, включаючи традиційні вербальні психотерапії¹⁰. Було висловлено припущення, що поєднання фізіологічних, біо-психосоціальних та екологічних (соціально-культурних) чинників запускають різноманітні функціональні, неспецифічні або соматоформні розлади, які корелюють з нейробиологічними процесами (Riefand Barsky,

⁵Lahmann, Henningsen, Noll-Hussong, & Dinkel, 2013; Ronel, Noll-Hussong, & Lahmann, 2008

⁶Nimnuan, Rabe-Hesketh, & Wessely, 2001; Wessely, Nimnuan, & Sharpe, 1999

⁷Fink & Schröder, 2010; Henningsen, Zipfel, & Herzog, 2007; Wessely, Nimnuan & Sharpe, 1999

⁸Kanaan, Lepine, & Wessely, 2007; Rief & Barsky, 2005

⁹Henningsen, Zipfel, & Herzog, 2007

¹⁰Henningsen et al., 2007; Schaefer et al., 2012; Thieme, Flor, & Turk, 2006

2005). Імовірно, в основі соматоформних розладів лежить спотворене ставлення до власного тіла. Пропоновані види лікування не завжди спрямовані на зміну цього ставлення на інтегративному емоційному та поведінковому рівні¹¹. Тому наполегливо рекомендується впровадження нових форм інтегративної психотерапії, переважно тілесно-орієнтованої, яка з самого початку повинна враховуватися у планах лікування. Відтак, ефективне лікування вимагає, з одного боку, зацікавлення та активної співпраці пацієнта, та, з іншого боку, співпраці і розуміння з боку команди медичних фахівців для створення комплексного плану лікування. У цій роботі ми особливо підкреслюватимемо кроки, які використовуються у тілесно-руховій психотерапії.

Погляд на соматоформні розлади з точки зору теорії розвитку

Огляд літератури про людину та інших ссавців показав зв'язок між прив'язаністю та соматичним дистресом чи захворюванням¹². Це говорить про те, що нестабільна прив'язаність сприяє мальадаптивній регуляції стресу та афекту, що, в свою чергу, призводить до соматичного вираження дистресу, тобто «тілесного дистресу» (Maunder&Hunter, 2001). Нестабільна прив'язаність може впливати на фізіологічну реактивність пацієнтів (стосунки «я і моє тіло»), а також їхній спосіб звернення за допомогою та побудову стосунків, наприклад, із зацікавленим клініцистом. Той факт, що нестабільна прив'язаність, як було встановлено, частіше зустрічається у пацієнтів з соматоформними розладами¹³, тут є актуальним. З системної точки зору, було встановлено, що фізичні симптоми є формою спілкування в деяких сім'ях¹⁴, а тривожна поведінка прив'язаності, що постає з раннього досвіду, може бути основою для постійного пошуку медичної допомоги¹⁵.

Численні досліді на щурах¹⁶ і мавпах¹⁷ показали вплив позитивного афекту та уважного і чуйного догляду на регуляцію поведінки і психологію молодих

¹¹Brown, 2004; Henningsen, Zipfel & Herzog, 2007; McCracken & Keogh, 2009; Schaefer et al., 2012

¹²for a review see Landa, Peterson, & Fallon, 2012

¹³Waller, Scheidt, & Hartmann, 2004

¹⁴Stuart & Noyes, 1999

¹⁵Noyes et al., 2003).

¹⁶Meaney, 2007

смакців, а також згубні наслідки поганого піклування¹⁸. Люди, як найбільш суспільні істоти, ще більш вразливі і залежать від догляду протягом довшого часу після народження¹⁹.

Первинна материнська стурбованість, за Віннікоттом, підсумовує надзвичайно важливу роль піклувальника особливо протягом перших місяців життя²⁰. У цей період часу материнство має адаптивну функцію: зрозуміти, задовольнити та визнати потреби дитини, надаючи підтримуючу об'єкт-фігуру, яка допомагає дитині в адаптації та саморегулюванні. Ця стадія інтенсивного процесу материнства супроводжується структурними змінами у дитячому мозку які, в свою чергу, корелюють також з підвищенням пластичності мозку матері²¹.

Тілесні схеми та афекти будуються на основі взаємодії з навколишнім середовищем та регуляції внутрішніх механізмів організму або гомеостазу (Hoffer, 1994). Гомеостатичні процеси показують, коли навколишнє середовище є безпечним, а коли ні. Ці механізми формуються в ранньому періоді життя. Між дитиною і піклувальником встановлюється регуляторна система для корекції миттєвих змін у їхньому внутрішньому стані, які отримують розуміння і адекватну відповідь з боку піклувальника, таким чином, забезпечуючи їх self-регулювання (Stern, 1995). Дитина дізнається, що збудження у присутності піклувальника не призведе до дисфункціональних паттернів, які вийдуть за межі її (сумнівних) можливостей подолання. Відтак, ми можемо припустити, що система прив'язаності є регуляторною гомеостатичною системою, яка організовує ядерний афект, як вказує автор провідної монографії, присвяченої «афективній психофізіології», Panksepp (1998). Згодом емоційні схеми розвиваються переважно через тілесні відчуття.

Емоційні схеми є частиною того, що називають *моделлю дуального коду*, розробленої Paivio (1986) і впровадженої Bucci (1997), щоб зрозуміти терапевтичні взаємодії: почуття, бажання, очікування і переконання, які

¹⁷Conti et al., 2012; Harlow, 1958

¹⁸Champagne & Curley, 2009; Meaney, 2007

¹⁹Gunnar & Quevedo, 2007

²⁰Winnicott, 1965

²¹Rutherford, Williams, Moy et al, 2011

людина має стосовно інших, формуються у межах невербальної, фізичної системи, на початку життя, до розвитку словесної мови. Неприятлива обстановка в дитинстві, наприклад, занедбаність або фізичне та сексуальне насильство, є добре відомим фактором ризику розвитку тілесних (вегетативних) симптомів та симптомів дистресу²². Психодинамічні дослідження показали шляхи розвитку окремих осіб, які є вразливими до розвитку стійких соматичних скарг²³. Більш того, чітко вказано на актуальність психосоціальних факторів та їхню взаємодію з біологічними механізмами, які беруть участь у причинно-наслідковому зв'язку та підтримуванні симптомів²⁴. Наприклад, у пацієнтів, які страждають від СПК, часто присутні супутні психіатричні захворювання, наприклад, тривога, яка, швидше за все, виникла ще до початку СПК²⁵. Знову і знову дослідження пацієнтів первинної медичної ланки, які страждають від, так званих, незрозумілих з медичної точки зору симптомів, вказують на зв'язок міжособистісного контексту та соматичного дистресу²⁶.

Уявлення про себе та інтегративне лікування

Однією із найважливіших ознак пацієнтів із соматоформним синдромом є уявлення про себе як про неповносправного і хворого, що виявляється у нетерпимості до середнього рівня фізичних відчуттів або подразнень, активності або зусиль²⁷. Більш того, ці пацієнти мають труднощі при визначенні емоційних станів²⁸. Їм важко розуміти та тлумачити емоційні сигнали усередині себе, а також сприймати їх як прості фізичні відчуття. Це явище було недавно описано як дефіцит побудови афективного значення²⁹. У цьому контексті пацієнти з синдромом фіброміалгії (FMS)

²²Brown, 2004 Gunnar & Fisher, 2006; Kirmayer & Looper, 2006; Landa, Peterson & Fallon, 2012; Rief, Hiller, & Margraf, 2004; Walker, Uhutzer & Katon 1998

²³Abey, 2005

²⁴Rief, Hiller and Margraf, 1998, Schaefer et al., 2012; Yunus, 2012

²⁵Guthrie, Creed, Dawson et al 1991; Sykes, Blanchard, Lackner, et al. 2003

²⁶Hilbert, Martin, Zech, et al. 2010

²⁷Kim, Lim, Park, et al. 2012; Rief & Broadvent, 2007; Sayar, Gulec, & Topbas, 2004

²⁸Sayar et al., 2004; Subic-Wrana, Beutel, Knebel, et al., 2012

²⁹Subic-Wrana, Beutel, Knebel et al. (2012); Noll-Hussong, Otti, Wohlschlager et al., 2013

виявляли відсутність диференціації між власним дотиком та дотиком інших людей, що вказує на зміни в опрацюванні сенсорних сигналів³⁰.

В цілому, терапія повинна бути спрямована на салютогенне усвідомлення тіла та психоедукацію, на поліпшення регулювання та розуміння тілесних сигналів (уникання катастрофічних реакцій). Ряд монотерапій, таких як когнітивно-поведінкова терапія, гіпнотерапія, психодинамічна психотерапія та терапія фізичними вправами використовуються з обмеженою ефективністю³¹.

Насправді, у випадку хронічного болю поєднання фізичних вправ, когнітивно-поведінкової, психодинамічної, інтерперсональної психотерапії³² та методик релаксації виявилось ефективнішим за інші види лікування, особливо лікування «однією методикою», наприклад, з точки зору зменшення болю³³. Крім того, у пацієнтів, які страждають від фіброміалгії, мультимодальний підхід у зниженні болю і та лікуванні тривоги був більш ефективним³⁴.

Для лікування соматоформних пацієнтів рекомендують групову терапію. Конфронтація членами групи щодо, наприклад, вторинної вигоди, як правило, краще переноситься пацієнтами, ніж така ж конфронтація з боку терапевта або лікаря³⁵. Психотерапія, зосереджена на тілі та рухах³⁶, також може проводитися в групах. Вона походить від танцювальної терапії, яка використовується з 1960-х років³⁷. Рухи – це спосіб викликати кінестетичні відчуття, які можуть бути пов'язані з почуттями³⁸.

Загалом, ментально-тілесна терапія допомагає пацієнтам зосередитися на теперішньому моменті³⁹, так щоб почуття і відчуття могли з'явитися у найбільш продуктивному «тут і зараз». Вони включають в себе різні методики, засновані на усвідомленні тіла та релаксації з метою підвищення

³⁰Kurtais, Kutlay, & Erginet, 2006

³¹Rief, Hiller and Margraf, 1998; Deary, Chalder, & Sharpe, 2007; de Greck, Scheidt, Bölter et al., 2011

³²Kroenke & Swindle, 2000; Sattel, Lahmann, Gundel et al., 2012

³³Henningesen et al., 2007; Kurtais et al., 2006; MacCracken & Keogh, 2009; Thieme, Flor & Turk, 2006

³⁴Kurtais, Kutlay & Ergin 2006; Moss-Morris, Sharon, Tobin, & Baldi, 2005

³⁵Abey, 2005

³⁶Moneta, 2008

³⁷Dosamantes-Alperson, 1987; Whitehouse, 1999

³⁸Solms & Panksepp, 2012

³⁹Greenberg, 2002

здатності розуму впливати на тілесні функції і симптоми, тим самим сприяючи лікуванню⁴⁰.

Кроки тілесно-рухової психотерапії

Описані тут кроки у тілесно-руховій психотерапії є паралельними до референційного процесу (процесу посилян), описаного Вуссі (2007):

1.Зосередження уваги на собі (Self-Focus attention):

Змістом зосередження уваги на собі є інформація щодо власних тілесних відчуттів, пов'язаних із думками та образами, які включають явні вегетативні реакції. Через інтервенції терапевта пацієнт досягає регуляції настороженості (вегетативної активації), яка проявляється уповільненням вегетативних параметрів (серцебиття, дихання, напруга) або зосередженням на рухах (або просто у намірі рухатися).

Соматично-тілесну обізнаність можна розглядати як таку, що виникає на спектрі або континуумі, від чистого відчуття або руху (прихованого змісту) до сенсорних переживань, які афективно або когнітивно беруть участь у такому відчутті. Ці переживання втілюють «зміст» або знання, яке належить пацієнтові (Forester, 2007).

Найбільш важливим аспектом цього виду імпліцитного знання є те, що воно містить репрезентації, афекти і спогади, та інші невербальні поняття (Stern, 2004). Тому імпліцитне знання має важливе клінічне значення щодо того, як ми формуємо наші спогади і ставлення стосовно тіла (Mancia, 2006; Lane, 2008).

Фокусована увага сприяє допитливому ставленню до тіла і минулого досвіду стосунків. Таким чином, формується необхідне розуміння тіла в русі та впродовж часу і простору. Ці особливі переживання терапевт заохочує перетворити у вербальні (див Крок 3), працюючи з афектами, спогадами та невербальними поняттями. Вибіркова автентична участь терапевта має основоположне значення для процесу.

⁴⁰for a review see Kanitz, Moneta, & Seifert 2013

2. Спонтанний рух: Dosamantes-Alperson (1984), танце-терапевт та психоаналітик, зауважила, що природна імітація та розвиток руху, що народжується всередині, є двигуном для емоцій. Вона описує, як вона використовує кінестетичну емпатію, відтворюючи рухи її клієнта власним тілом, щоб вона могла відчувати і реагувати на емоційний стан клієнта⁴¹.

Моторне виконання рухів, пов'язаних із щасливими або задовільними моментами, значно підвищувало позитивний афект. Навпаки, виконання сповнених страху рухів значно підвищувало негативний афект. Крім того, згідно зі спостереженнями, уявлення емоційних рухів також викликали відповідний афективний стан⁴².

Прохання до пацієнта творити спонтанні рухи, які можуть бути імітовані терапевтом у сенсі якості, сили та швидкості, сприяє мобілізації емоцій та несвідомих процесів. Після ознайомлення з процедурою терапії пацієнт може дати волю фантазіям та почуттям. У цьому контексті через тілесно-рухову терапію можна відтворити деякі зв'язки із важливими найбільш ранніми переживаннями дитини у взаємодії з матір'ю. Ці переживання є в основному тілесно-центровані та приховані⁴³.

Таким чином, терапевт індукує втілення симуляції стану пацієнтів. Цей вид тілесно-комунікативного емпіричного знання дозволяє безпосередньо вхопитися за сенс дій, вчинених іншими особами, а також супутні емоції або відчуття, які вони переживають (Gallese, 2005).

3. Асоціації: Психотерапевт заохочує пацієнтів перетворити свої переживання рухів у слова. Пацієнт намагається символізувати переживання словами, які іноді спадають йому на думку у незв'язний або логічний спосіб. Зростає допитливе ставлення до тіла; мають місце експресивний рух і жвавість.

⁴¹Dosmantes-Alperson, 1984, p.156

⁴²Shafir, Taylor, Atkinson et al., 2014

⁴³Mancia, 2006; Tronick, 1998

На цьому етапі акцент робиться на відчуття, викликані цим досвідом, і на те, *як це є*, а не на розповідях або пошуках чистої символізації; перевагу віддають рефлексивному усвідомленню та впевненості в собі (або автентичності) в пацієнта. Селективно-автентична та активна участь терапевта, яка може бути протилежністю традиційної психоаналітичної позиції щодо ролі терапевта, має основоположне значення для цього процесу. Рухаючись, пацієнти дізнаються про інші можливі способи перебування у власному тілі; це може статися шляхом підвищення усвідомлення свого тіла та встановлення із ним стосунків.

Приклад під час терапії:

Психотерапевт: Ви коли-небудь рухалися так?

Пацієнт: Ні, зараз я відчуваю, що мої ноги стоять на землі, і я відчуваю, що маю значно більше можливостей і я сильніший...

Стерн (2004) наполягає на тому, що «Зараз»- *«це єдиний час, коли ми маємо безпосередні, справжні переживання. Це єдиний час, коли ми відчуваємо, що відбувається. Це момент вступу в буття. Це той момент, коли несподівано усе складається до купи»* (с.3-22).

Навмисне відтворення рухів пацієнта з боку терапевта з точки зору якості (повільно / швидко або плавно / ламано), експресії (спонтанно / свідомо) і м'язового тону (низький / високий), перетворює афект пацієнтів під час рухів.

З нейробіологічної точки зору, ми вважаємо, що поняття дзеркальних нейронів грає ключову роль у налаштуванні афекту та спілкуванні у переважно діадних взаємодіях, лицем до лица (пацієнт-терапевт). Швидше за все, підхід «лицем до лица» в терапії є більш корисним для таких пацієнтів, ніж традиційна кушетка.

Хоча технічні психоаналітичні терміни не застосовуються у ділянці тілесної, танцювальної та рухової терапії, будь-яка форма контрперенесення має важливе значення; зокрема, терапевт повинен усвідомлювати власне соматичне контрперенесення (Dosamantes-

Beudry, 1997). Таким чином, здатність працювати з соматичним контрперенесенням залежить від застосування соматичної обізнаності, а також здатності до рефлексії над власними соматичними переживаннями (Forester, 2007).

4. Створення послідовності: коли пацієнту радять розвивати чутливість тіла за допомогою простих вправ і дотику, він створює зв'язок з усім своїм «я» в русі, що допомагає диференціювати self як втілення (імпліцитне знання) від self як думки чи абстрактної сутності. Переживання «зовнішнього» тіла зсередини (через активацію сенсорних рухових систем) веде до відчуття та руху. Набагато пізніше стає можливо перетворити цю периферичну інформацію у розвинені символічні процеси. Терапевт полегшує переживання рухів та інсайту, що, у свою чергу, викликає асоціації, почуття та спогади.

Під час терапії встановлюється двосторонній зв'язок між вербальною та невербальною сферами (Вуссі, 1997). Деякі пацієнти не в змозі терпіти прямі вираження почуттів; інші не в змозі зрозуміти абстракції або символічні висловлювання.

5. Організація нової інформації: Пацієнтам потрібен час, щоб реорганізуватися так, щоб новий досвід міг бути інтегрований у self, наприклад, нові відчуття, а також нові способи буття та сприйняття власного тіла.

Коротше кажучи, за допомогою роботи з прихованим знанням тіла, суб-символічного опрацювання та, пізніше, через пізнання та вербалізацію, первинні емоції виробляються та переглядаються з точки зору «felt sense» пацієнтів.

Який тип рамок може бути корисним для лікування соматоформних розладів?

На нашу думку, повинні бути рамкові умови, які забезпечують єдність тіла і психіки в соціальному контексті. Для використання при лікуванні соматоформних розладів ми представили модель, засновану на взаємодії

тіла та розуму, яка включає в себе фізіологічні, афективні та психо-соціальні компоненти. Такий підхід використовує тілесні параметри в контексті психотерапії, так, як і описані в тілесно-руховій, танцювальній та інших психотерапевтичних методиках, котрі мають справу з поєднанням душі та тіла⁴⁴. Ці методи можуть змінити неадекватні уявлення пацієнта про здоров'я або життя як про стан без тілесних відчуттів. Потребу побудови зв'язків між невербальною сферою імпліцитного знання та символічною сферою слів та інших символів можна задовольнити за допомогою методів, пов'язаних із сприйманням тіла та його рухів. Рухи репрезентують взаємодію зі світом «за межами моєї шкіри»; відтак, вони надають зворотний зв'язок із супутніми відчуттями. Реконструкція несвідомого змісту (через відчуття), який, здавалося, раніше не залишав жодних слідів або не існував у вербальній сфері, є важливим кроком для розуміння симптомів.

Заключні зауваження

Кілька теорій підкреслюють важливість когнітивних або емоційних налаштувань пацієнтів і поведінковий зв'язок із тілом як терапевтичною мішенню при соматоформних розладах⁴⁵. Лише деякі з них вказують на змістовну інтеграцію. Ми пропонуємо (хоча й неповну) втілену інтеграцію між фізіологічними, психосоціальними та психодинамічними підходами. Застосування тілесно-рухових методик психотерапії при лікуванні соматоформних розладів створює життєздатний міст між емоційними схемами, пізнанням та символізацією.

Соматична психологія, рухова та танцювальна терапія, а також тілесна психотерапія допомагають розробити терапевтичні методи для втілення свого self⁴⁶.

Окрім того, ми вважаємо, що діагноз соматоформного розладу може бути уточнено за рахунок втіленого поняття або структури, яка виявляє специфічні патологічні процеси у ділянках сприйняття емоцій та соціальної поведінки, що сприяє дистресу, хронізації симптомів та інвалідності.

⁴⁴for review see Kanitz et al., 2013

⁴⁵Kalisvart et al., 2012

⁴⁶Burns, 2012

Розуміння почуттів та емоцій вимагає розуміння нервових і фізіологічних систем, необхідних як для виявлення, так і для реагування на тілесні стани. Таким чином, відносини з іншими людьми також можна розглядати з точки зору пристосувальних нейроендокринних та вегетативних процесів⁴⁷, включаючи зміни в нейро-модуляторних системах, що регулюють тілесні стани, емоції та реактивність.

На нашу думку, поняття втілення у психіатричному лікуванні повинне враховувати тілесні процеси, засновані на перцептивних, моторних, афективних та когнітивних схемах, беручи до уваги єдність тіла та розуму у людських стосунках.

Переклад - Лизак Оксана.

Наукова редакція – Кечур Звенислава.

References

- Abey, S.E. (2005). Somatization and somatoforme disorders. In L. James (Ed.), *The American Psychiatric Publishing textbook of psychosomatic medicine* (pp. 271-296). Washington: The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., VanIjzendoorn, M. H., & Yuffer, J. (2008). Earlier is better: A meta-analysis of 70 years of intervention improving cognitive development in institutionalized children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 73(3), 279-293.
- Barsalau, L.W. (2008). Grounded cognition. *Annual Review of Psychology*, 59, 617-645.
- Barsky, A. J., Orav, E. J., & Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62: 903-910.
- Brown, R. (2004). Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms and integrative conceptual model. *Psychological Bulletin*, 130(5), 793-821.
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry* 17 (N2): 151-172

⁴⁷Porges, 2009

- Bucci, W. (2007). *Psychoanalysis and cognitive sciences: A multiple code theory*. New York: The Guilford Press.
- Burns, C.A.(2012). Embodiment and embedment: Integrating dance movement therapy, body psychotherapy and ecopsychology. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy and Psychiatry*, 62, 3-10.
- Champagne, F. A., & Curley, J. P. (2009). Epigenetic mechanisms mediating the long-term effects of maternal care on development. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33, 593-600.
- Conti G., Hansman, C., Heckmann, J.J., Novak, M.F., Ruggiero, A., & Suomi, S.J. (2012). Primate evidence on the late health effects of early-life adversity. *Proceedings National Academy of Science USA*, 109(23), 8866-8871.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Hartcourt.
- Deary, V., Chalder, T., & Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioral model of medically unexplained symptoms: A theoretical review. *Clinical Psychological Review*, 27, 781-797.
- deGreck, M., Scheidt, L., Bolter, A.F., Frommer, L. et al. (2011). Multimodal psychodynamic psychotherapy induces normalization of reward related activity in somatoform disorder. *World Journal of Biological Psychiatry*, 12(4), 296-308.
- Dosamantes-Alperson, E. (1984). Experiential movement psychotherapy. In P. Lewis (Ed.), *Theoretical approaches in dance-movement therapy* (Vol II, p.156). Iowa: Kendall-Hunt.
- Dosamantes-Beudry, E. (1997). Somatic experience and psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 14, 521-534.
- Duncan, S., & Barrett, F.L. (2007). Affect is a form of cognition: A neuro-biological analysis. *Cognition and Emotion*, 21(6), 1184-1211.
- Edelman, G.M., & Tononi, G. (2000). *A universe of consciousness*. New York: Basic Books.
- Fink, P., & Schröder, A. (2010). One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 415-426.
- Forester, C.(2007). Your own body of wisdom: Recognizing and working with somatic countertransference with dissociative and traumatized patients. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 2(2), 123-133.
- Gallese, V. (2005). Embodied simulation: From neurons to phenomenal experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4, 23-48.
- Gallese, V. (2009). Mirror neurons embodied simulation and the neural basis of social identification. *Psychoanalytical Dialogues*, 19, 519-536.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching client to work with feelings*. Washington DC: American Psychological Association Press.

- Gunnar, M., & Fisher, P.A. (2006). Bringing basic research on early experience and stress neurobiology to bear on preventive interventions for neglected and maltreated children. *Development and Psychopathology*, 18(3), 651-677.
- Gunnar, M., & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology*, 58, 145-173.
- Guthrie, E.A., Creed, F., Dawson, D. et al. (1991). A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 100, 450-457.
- Harlow, H.F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, 673-685.
- Henningsen, P., Zipfel, S., & Herzog, W. (2007). Management of functional somatic syndromes. *Lancet*, 369: 946-955.
- Hilbert, A., Martin, A., Zech, T., Rauh, E., & Rief, W. (2010). Patients with medical unexplained symptoms and significant others: illness attributions and behaviors as predictors of patients functioning over time. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 253-262.
- Hoffer, M. (1994). Developmental psychobiology of early attachment. In B. J. Casey (Ed.), *Developmental Psychobiology. Review of Psychiatry* (Vol 23, N4, pp. 1-28). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Kalisvart, H., van Broeckhuysen, S., Bühring, M., Kool, M., van Dulmen, S., & Geenen, R. (2012). Definition and structure of body-relatedness from the perspective of patients with severe somatoform disorder and their therapists. *PLOS one*, 7(8), e42534.
- Kanaan, R. A., Lepine, J.P., & Wessely, S.C. (2007). The association or otherwise of the functional somatic syndromes. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 855-859.
- Kanitz, J.L., Moneta, M.E., & Seifert, G. (2013). Keeping the balance: An overview of mind body therapies in pediatric oncology. *Complementary Therapies in Medicine*, 21S, S20-S25.
- Kim, M.J., Lim, M.J., Park, W.K., & Kho, H.S. (2012). Comparison between SCL-90 and MMPI in TMD patients with psychological problems. *Oral Disability*, 18(2), 140-146.
- Kirmayer, I.J., & Looper, K.J. (2006). Abnormal illness behavior: Physiological, psychological and social dimensions of coping with distress. *Current Opinion Psychiatry*, 19(1), 54-60.
- Kurtais, Y., Kutlay, S., & Erginet, S. (2006). Exercise and cognitive-behavioral treatment in fibromyalgia syndrome: Review. *Current Pharmacology*, 12(1), 140-146.
- Kroenke, K., & Swindle, R. (2000). Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: A critical review of controlled clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 205-215.
- Lahman, C., Henningsen, P., Noll-Hussong, M., & Dinkel, A. (2010). Somatoform disorders. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 60(6), 227-233.

- Lane, R.D. (2008). Neural substrates of implicit and explicit emotional processes: A unifying framework for psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 70, 214-231.
- Landa, A., Peterson, B., & Fallon, B. (2012). Somatoform pain: A developmental theory and translational research review. *Psychosomatic Medicine*, 74, 717-727.
- Mancia, M. (2006). Implicit memory and early unrepresed unconscious: Their role in the therapeutic process (How the neurosciences can contribute to psychoanalysis). *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 83-103.
- Maunder, R. G., & Hunter, H. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, 63, 556-567.
- McCracken, L.M., & Keogh, E. (2009). Acceptance, mindfulness, and values based action may counteract fear and avoidance of emotions in chronic pain: An analysis of anxiety sensitivity. *Journal of Pain*, 10, 408-415.
- Meaney, M. J. (2007). Environmental programming of phenotypic diversity in female reproductive strategies. *Advance Genetics*, 59, 173-215.
- Moss-Morris, R., Sharon, C., Tobin, R., & Baldi, J.C. (2005). A randomized controlled graded exercise trial for chronic fatigue syndrome: outcomes and mechanisms of change. *Journal of Health Psychology*, 10, 245-259.
- Moneta, M.E. (2008). Affective processes, cognition and the body. *Subjetividad y procesos cognitivos (Arg)*. 11, 136-143.
- Nimnuan, C., Rabe-Hesketh, S., Wessely, S. et al. (2001). How many functional somatic syndromes? *Journal Psychosomatic Research*, 51, 549-557..
- Noll-Hussong, M., Otti, A., Wohlschlager, A., Zimmer, C., Henningsen, P. et al (2013). Neural correlates of deficits in pain-related affective meaning construction in patients with chronic pain disorder. *Psychosomatic Medicine*, 75, 124-136.
- Noyes, R.J., Stuart, S.P., & Watson, D.B. (2008). A conceptualization of the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 49, 352-358.
- Noyes, R., Stuart, R.I., & Langhben, D et al. (2003). Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosomatic Medicine*, 65, 292-300.
- Otti, A., Guendel, H., Henningsen, P., Zimmer, C., Wohlschlaeger, A. M., & Noll-Hussong, M. (2012). Functional network connectivity of pain-related resting state networks in somatoform pain disorder: An exploratory fMRI study. *Journal of Psychiatry Neurosciences*, 37, 110-187.
- Paivio, S. (1986). *Mental Representations: A dual coding approach*. New York: Oxford University Press.
- Pankseep, J. (1998). *Affective Neurosciences. The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Porges, S.W. (2009) The Polyvagal Theory: New insights into adaptive reactions of autonomic nervous system. *Cleveland Clinical Journal Medicine*, Supl.2, S:86-90.

- Rief, W., & Barsky, A.J. (2005). Psychobiological perspective on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 996-1002.
- Rief, W., Hiller, W., & Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(N4), 587-595.
- Rief, W. & Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms- models and mechanisms. *Clinical Psychology Reviews*, 27: 821-41.
- Ronel, J., Noll-Husong, M., & Lahmann, C. (2008). Von der Hysterie zur F45.0. *Psychotherapie im Dialog*, 9(3), 207-216.
- Russel, J.A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion: Review. *Psychological Review*, 110, 145-172.
- Rutherford, H.J. Williams, S.K., Moy, S., Mayes, L., & Jons J. M. (2011). Disruption of maternal parenting circuitry by addictive process; rewiring of reward and stress systems. *Frontiers in Psychiatry*, 37(2), 1-17.
- Schaefer, R., Hausteiner-Wiehle, C., Häuser, W., Ronel, J., Hermann, M., & Henningsen, P. (2012). Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(47), 803-813.
- Sayar, K., Gulec, H., & Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 23(5), 441-448.
- Sattel, H., Lahmann, C., Guendel, H., Guthrie, E., Kruse, J. et al. (2012). Brief psychodynamic psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: Randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 200(1), 60-67.
- Shafir, T. Taylor, S.F. Atkinson, P. Langenecker, S.A. & Zubieta J.K. (2013). Emotion regulation through execution, observation, and imagery of emotional movements. *Brain and Cognition* 82, 219-227.
- Solms, M., & Panksepp, J. (2012). The Id knows more than the Ego admits: Neuropsychanalytic and primal consciousness perspective on the interface between affective and cognitive neurosciences. *Brain Sciences*, 2, 147-175.
- Stern, D. (1995). *The motherhood constellation*. New York: Basic Books.
- Stern, D. (2004). *The present moment: Psychotherapy in everyday life*. New York: Norton & Company.
- Stuart, S., & Noyes, R. (1999) Attachment and interpersonal communications in somatization. *Psychosomatics*, 40, 14-43.
- Subic-Wrana, C., Beutel, M. E., Knebel, A., & Lane, R. D. (2012). Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders. *Psychosomatic Medicine*, 72, 404-411.
- Sykes, M.A., Blanchard, E.B., Lackner, J., Keefer, L., & Krasner, S. (2003). psychopathology in Irritable Bowel Syndrome: Support for psychophysiological model. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(4):361-372.

- Thieme, K., Flor, H., & Turk, D. (2006). Psychological pain treatment in fibromyalgia syndrome: Efficacy of operant behavioural treatments. *Arthritis Research Therapy*, 8(4), R121.
- Tronick, E.Z. (1998). Interactions that effect change in psychotherapy: A model based in infant research. *Infant Mental Health Journal*, 19, 1-29.
- Waller, E., Scheidt, C. E. & Hartmann, A. (2004). Attachment representations in illness behavior in somatoform disorders. *Journal of Nervous Mental Disease*, 192: 200-209.
- Walker, E., Uhutzer, J., & Katon, W. (1998). Understanding caring for the distressed patient with multiple medically unexplained symptoms. *Journal American Board Family Practice*, 11, 347-356.
- Waller, E. & Scheidt C. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review Psychiatry*, 18(1), 13-24.
- Whitehouse, M. (1999) C.G. Jung and Dance Therapy: Two mayor principles. In P. Pallaro (Ed) *Authentic Movement: Essays by Mary Strak Whitehouse, Janet Adler, Joan Chodorow*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Wessely, S., Nimnuan, C., & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet*, 354, 936–939.
- Winnicott, D.W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. London: Hogarth Press.
- Yunus, M.B. (2012). The prevalence of fibromyalgia in other chronic pain conditions. *PainResearch Treatment*. published online doi: 2012:584573.