

ПСИХОДИНАМІКА БОЛЮ

Л. Шаттенбург, Я. Кульчинський,
Психосоматична клініка RHON-KLINIKUM AG,
м. Бад-Нойштадт-ан-дер-Заале, Німеччина

Біль в інтердисциплінарному фокусі

Феномен болу поєднує в собі багато аспектів психосоматики: проблема взаємодії розуму і тіла, здатність до самоспостереження, відмінність між болем, больові відчуття і їхнім відображенням в описі, емпатичне сприйняття через оточення, особистий суб'єктивний досвід та його реактивація у зрілому віці тощо. У дослідженні феномена болу є безліч прикладів міждисциплінарної співпраці між лікарями, психологами, неврологами та ін. (Egle and Hoffmann, 1993; Basler et al., 2004).

Ця стаття присвячена психодинамічним аспектам болу, тобто переважно глибинній психотерапії. Водночас жодним чином не ігноруються елементи поведінкової психотерапії. Такі конструкти когнітивної терапії, як дисфункціональні та катастрофічні думки, локус контролю, внутрішня картина хвороби і т. д. відіграють важливу роль у медицині та психології болу та больових відчуттів. Хоча саме інтегративна модель здатна повноцінно відобразити складну картину больового синдрому. Н. Saner (1993) у визначенні болу наголошує, що больовий синдром може змінювати особистість. Біль ламає природну довіру до тіла, запускаючи «цвіль нещастя» по всій психіці. Але Н. Saner також додає, що людина може жити осмислено та повноцінно навіть із хронічним болем.

З погляду концепції конверсії S. Freud важливою є робота G.L. Engel (1959). Учений переосмислює біль не лише як неврологічне, але і як психологічне явище, аналізуючи сприйняття больових відчуттів у межах системи психічної регуляції. G.L. Engel починав вивчення зі спостереження за індивідуальною чутливістю до болу. Психодинамічно біль може виконувати функцію спокути у пацієнтів із мазохістською структурою характеру та тенденцією до провокації больового синдрому і т. д. (Engels vgl. Hoffmann und Engle, 1993; Kapfhammer, 2001).

Діагностика больового синдрому

У клінічній картині стійкого соматоформного больового синдрому (МКХ-10, F 45.5) пацієнти насамперед скаржаться на біль, який триває щонайменше шість місяців, його неможливо пояснити порушеннями фізіологічних процесів. Поряд із виключенням органічної патології має відстежуватись зв'язок між маніфестацією больового синдрому та складною психосоціальною ситуацією або внутрішнім психологічним конфліктом. Для соматизованого розладу (МКХ-10, F 45.0) характерні множинні, нестійкі та рецидивуючі соматичні симптоми продовж щонайменше двох років. Скарги можуть стосуватись будь-якої системи органів. Так, 70–80 % пацієнтів потерпають передусім від болу зі змінною локалізацією. Страхи та депресивний настрій часто довершують клінічну картину.

До соматоформних розладів також належать: недиференційовані соматоформні розлади (МКХ-10, F 45.1), іпохондричні розлади (МКХ-10, F 45.2), соматоформні вегетативні дисфункції (МКХ-10, F 45.3).

Біль і сприйняття больових відчуттів

Згідно з визначенням Міжнародної асоціації з вивчення болу (IASP) поняття «біль» інтерпретується як «неприємне сенсорне та емоційне відчуття, яке пов'язане із фактичним або потенційним ураженням тканини чи те, що описано в термінах такого пошкодження» (Hatzenbühler et al., 2007). Психологічні чинники відіграють важливу роль у сприйнятті болу. Дослідники наводять багато таких прикладів, адже біль не завжди означає ураження тканини чи подразнення нервової системи, як, наприклад, у разі збільшення розмірів пухлини. Часто пацієнт відчуває та підсвідомо виявляє свою безпорадність і безсилля у боротьбі з пухлиною через відчуття больового синдрому. Психотерапевт має вміти виявити цей феномен (Hatzenbühler et al., 2007). Так, при мігрені поряд із гормональними перепадами, вживанням алкоголю, голодуванням, важливим чинником є стрес і фаза відновлення після стресу (Hatzenbühler et al., 2007). У разі виникнення болу у спині добре відомий афективний компонент. Близько 80 % людей щонайменше раз у житті скаржились на біль у спині, що є вкрай цікавим явищем для соціальної медицини. За даними державної страхової компанії GKV, у Німеччині саме біль у спині – одна з основних причин втрати працездатності серед її клієнтів. Цей синдром спричинює 17 % нових випадків втрати працездатності та інвалідності, а також 26 % усіх випадків стаціонарного реабілітаційного лікування (Hatzenbühler et al., 2007).

М. Hatzenbühler виділяє такі психологічні чинники ризику виникнення хронічного болу:

- психосоціальне перенавантаження,
- психологічні травми,
- дефіцит навичок асертивної поведінки,
- емоційні порушення (депресія та страх),
- пасивні базові уявлення,
- неадекватна внутрішня картина хвороби,
- вторинна вигода від захворювання,
- невдоволення професійною діяльністю.

У пацієнтів із фіброміалгією спостерігають такі психологічні чинники ризику, як: фіксація на органічній причині болу; насильство (зокрема сексуальне) у ранньому дитинстві (дві третини випадків); депресія; посттравматичний розлад пристосування; страх невдачі та втрати (Hatzenbühler et al., 2007). Не завжди вдається виокремити, що є причиною, а що наслідком. До речі, депресія може погіршувати біль у спині або навіть стати його причиною.

Екзистенціальний аналітик М. Boss (1999) у науковій праці «Основи медицини та психології» підкреслює, що біль із самого початку слід аналізувати лише як відчуття больового синдрому або його сприйняття. Болісні відчуття значною мірою залежать від того, наскільки вразливо людина сприймає порушення цілісності її життя на момент розладу. Науковець починає з аналізу повсякденного досвіду та робить висновок, що біль складніше переносять ті пацієнти, які на ньому концентруються, а відволікання пом'якшують ці відчуття. Він наводить приклад клінічного випадку 40-річного вчителя, якого прооперували через карциному язика. Загоїлась постопераційна рана без ускладнень, але пацієнт і далі скаржився на сильний біль у язиці, що ледве міг їсти та говорити. Декілька місяців потому було проведено контрольне дослідження тканин у ділянці післяопераційного рубця. Патологічних змін не виявлено. Цей результат миттєво звільнив пацієнта від болю.

М. Boss із перспективи екзистенціального аналізу намагався в такий спосіб проілюструвати, що феномени болю, ймовірно, належать до первісної залежності буття людини від оцінок і причинно-наслідкових зв'язків. Завдяки сучасним методам візуалізації та даним нейропсихологічних досліджень сьогодні подібні формулювання є надто спрощеними, проте його феноменологічні описи відчуття больового синдрому залишаються значущими в розрізі того, що кожен знімок комп'ютерного томографа має бути проаналізований відповідно до суб'єктивного сприйняття болю пробандом (Grawe, 2004).

Чинники, які мають вплив на больові відчуття

У.Т. Egle і В. Kröner-Herwig (2000) виокремлюють шість психологічних та соціальних чинників, які в межах біосоціальної моделі чинять вплив на індивідуальне сприйняття больового синдрому:

1. *Увага або відволікання.* Кожен мав змогу переконатися на власному досвіді, що ми можемо за певних умов та деякою мірою відволіктись від больових відчуттів. І навпаки, зосереджена увага на болісних проявах лише посилює їх.

2. *Страх та депресія.* Ці два емоційні стани можуть знижувати больовий поріг і в такий спосіб збільшувати інтенсивність больових відчуттів. Як приклад учені наводять лікування у стоматолога. Пацієнт, який відчуває страх перед втручанням, може зазнавати інтенсивнішого болю, ніж той, хто не боїться. Людина, яка страждає на депресію, може інтенсивніше відчувати біль при ревматоїдному артриті, ніж той, хто не має порушень психічного здоров'я.

3. *Вторинна вигода/підсилення.* Як і кожне людське сприйняття та поведінка, біль піддається процесу навчання. У разі, якщо пацієнт із болем отримує занадто багато уваги та перебуває у надмірно хороших умовах під час хвороби, це також сприяє збереженню та підсиленню больових відчуттів. На думку авторів, на це потрібно неодмінно зважати в разі призначення на вимогу такого пацієнта знеболювальних медикаментозних засобів.

4. *Причинно-наслідкові атрибути та механізми подолання захворювання.* Якщо пацієнт має екстернально-фаталістичні глибинні переконання контролю (вважає, що він піддається фаталістичному впливу ззовні через біль), то це може призвести навіть до хронічного перебігу симптоматики. Катстрофічні переконання вкрай негативно

позначаються на механізмах подолання хвороби. В. Jäger і F. Lambrecht (2001) досліджували, як глибокі переконання контролю та механізми подолання хвороби чинять вплив на відчуття болю при тинітусі (дзвін або шум у вухах).

5. *Досвід болю в дитинстві.* У.Т. Egle і В. Kröner-Herwig припускають, що ранній досвід больових відчуттів зберігається у спеціальній пам'яті болю. Вчені описують дослідження, де діти, яким робили обрізання без анестезії, через багато років мали підвищену чутливість до периферичних больових подразників, порівняно з тими, хто отримував під час такого втручання знеболення. Це також стосується пацієнтів, які мали психологічну травматизацію внаслідок фізичного чи сексуального насильства в дитячому віці.

6. *Культуральні відмінності.* Як приклад розглянемо феномен синдрому Кувад — стан, за якого близький до вагітної жінки чоловік (зокрема партнер) відчуває такі самі симптоми і відхилення в поведінці, як і вона. Жінки в деяких країнах ще й досі народжують дітей без анестезії, а їхні чоловіки проводять декілька днів у ліжку, відчуваючи при цьому симптоми, подібні до больових під час пологів. Детальнішу інформацію щодо інших інтеркультуральних аспектів сприйняття болю можна знайти у працях Д. Моерман (2002).

Відчуття болю та плацебо

Д. Моерман описує дуже складні та цікаві результати дослідження, що демонструють зв'язок відчуття болю та ефекту плацебо. Він посилається на дані дослідження G. Montgomery, I. Kirsch (1996), де психологи обрали для вивчення когорту студентів, яким повідомили, що необхідно провести випробування нового знеболювального засобу локальної дії «Триварикан». За легендою, цей препарат продемонстрував дуже гарні результати у попередніх дослідженнях. Плацебо містилося у пляшечці з добре видимою етикеткою «Триварикан. Застосовувати тільки для дослідження». Дослідник був зобов'язаний одягнути білий халат і медичні рукавички. Наносили плацебо на палець руки. Після декількох хвилин, коли вже мав подіяти «медикаментозний засіб», завдавали больового подразнення. Студенти мали оцінити біль у пальці за шкалою від 1 до 10. Вони свідчили про меншу інтенсивність больового синдрому, а також про відмінність його якісного відчуття (не таке неприємне) на пальці, який обробляли «Тривариканом», порівняно з іншими. Д. Моерман описує подібні результати, коли під час лікування захворювання йдеться про значення та сенс втручання, при яких наголошується, що це не плацебо діє, а асоційований із ним зміст.

Ефект плацебо працює, адже думки та оцінки чинять вплив на нейропсихологію. У психодинамічній моделі психології ефект плацебо мало вивчений. Можливо сформулювати таку гіпотезу: пояснення підсвідомої потреби в спокуті (каятті) може викликати ефект плацебо, хоча не сама інтерпретація має лікувальну дію, а прихильність до пацієнта та переконання, з яким йому розкривають зміст інтервенцій, або посилення на авторитетні джерела чи відомі особистості. При цьому згадується видатний угорсько-англійський психіатр, психоаналітик і психотерапевт, фахівець із групової психотерапії та групового психоаналізу М. Balint. Він порівнював ефект лікаря з наркотиком для пацієнта.

Походження соматоформного болю

S.O. Hoffmann і U.T. Egle (2004) у роботі «Психодинамічний концепт соматоформного болю» описали шість принципів його виникнення та розвитку:

- 1) нарцистичний механізм виникнення болю,
- 2) конверсаційний механізм,
- 3) психовегетативні стани напруження,
- 4) принцип активації дисоційованих наслідків травми,
- 5) вплив типу прив'язаності (прихильності),
- 6) процеси навчання в генезі болю.

Під нарцистичним механізмом виникнення болю автори розуміють підтримання функціонування психіки або уникнення психічного колапсу через больові відчуття. Символізм у симптоматиці не такий експресивний, як при конверсивно-невротичному механізмі. У клініці йдеться про виникнення больового синдрому внаслідок нещасних випадків або випадкових ушкоджень. Тобто подібні обставини призводять до декомпенсації до того компенсованих психічно моделей поведінки.

Найвідомішим є конверсійний механізм пояснення виникнення болю. Конверсія, яку детально описав S. Freud ще 1895 р., означає перетворення психічного конфлікту на тілесний. Внутрішні конфлікти послаблюються саме за допомогою тілесного симптому. S. Freud відповів на запитання «Що ж є тут такого, що перетворюється на тілесний біль?» формулюванням: «Щось, із чого міг і має виникнути біль душевний». Під психовегетативними станами напруження в генезі болю дослідники розуміють процес, у якому всі афекти протягом життя мають певний супутній соматичний компонент, який вказує на первинний зв'язок афекту та вегетатики. Зокрема, принцип активації дисоційованих наслідків травми може відігравати важливу роль у виникненні болю. Дисоціація (психічний процес, що належить до захисних механізмів психіки) є спробою впоратись із нестерпними сприйняттям, які дисоціюються, тобто стають недоступні для свідомості. У цьому контексті P. Janet пояснює больові почуття, що виникли раптово, як неопосередковане відновлення збережених спогадів реального пережитого болю у разі психотравмуючої ситуації (Fiedler, 2006). Дослідники демонструють вплив типу прив'язаності (прихильності), характерної для пацієнта, на розвиток хронічного болю. J. Bowlby виокремлює чотири типи такої прив'язаності: 1) надійна; 2) тривожно-уникаюча; 3) дезорієнтовна; 4) тривожно-амбівалентна.

На думку S. O. Hoffmann і U.T. Egle, для пацієнтів, які страждають на хронічний біль, найхарактернішим типом є тривожно-уникаюча прив'язаність. Автори дійшли висновку, що процеси навчання, такі як оперантне кондиціонування та вплив соціального підкріплення, мають особливе значення в процесі хронізації больових відчуттів пацієнта.

Депресивна соматизація

G. Rudolf (2000) сконцентрував увагу на психодинамічній взаємодії між центральним раннім конфліктом, депресивним основним конфліктом і різноманітними психічними процесами пропрацювання, які відбуваються впродовж життя. Важливо зрозуміти специфічну взаємодію між раннім і динамічно завжди впливовим конфліктом (зокрема депресивним основним конфліктом)

і біографічно розвиваючими, Я-синтонними, характерологічно фіксуючими формами його подолання. Суттєве значення для розуміння розвитку захворювання має модель пропрацювання ранніх конфліктів. Є такі стратегії подолання конфліктів, які не витримують навантаження у дорослому житті, руйнуються та запускають процес формування симптоматики. Психодинамічне ядро депресивного основного конфлікту побудоване зі звичних (підсвідомих) потягів до туги за об'єктом, розчарування через нього, сумнівів власного «Я» та вагань у собі.

Учений виділяє шість стратегій пропрацювання депресивного конфлікту: 1) надмірно-альтруїстична; 2) нарцистична; 3) шизоїдна; 4) орально-регресивна; 5) філобати́чна; 6) пропрацювання через гумор і творчість.

На цьому теоретичному підґрунті G. Rudolf побудував модель депресивної соматизації на прикладі соматоформного больового розладу. Так, надмірно-альтруїстична стратегія подолання конфліктів, а також нав'язливо-нарцистичні риси характеру найчастіше зустрічаються при депресивній соматизації. Конфлікт, який викликає симптоми, виникає тоді, коли захисні механізми вже виснажені. Ми відчуваємо постійні сумніви в собі та напруження, що потім можуть проявитись у тілесних симптомах. G. Rudolf наголошує, що при депресивній соматизації поведінка, за допомогою якої пацієнт висловлює свої скарги, має розглядатись як частина симптоматики. В експресивному моменті скарги лежить первинна користь від захворювання. Пацієнт може звернутись до терапевта (як до всесильного суб'єкта) із підсвідомим бажанням, щоб той повністю звільнив його від хронічного болю. Хоча водночас пацієнт може адресувати свої скарги на об'єкт, який його покинув або зрадив. Саме під впливом інтеракціональних і фізіологічних аспектів G. Rudolf розвиває далі свою концепцію депресивної соматизації. Через фізіологію він демонструє, як норадренергічна система може потенціювати процеси запалення та симпатичне збудження, що в такий спосіб може впливати на виникнення болю, а також його хронізацію.

Під час роботи над депресивним основним конфліктом G. Rudolf посилається на розлади «Я» на ранніх стадіях розвитку та порушення об'єктних відносин. Цікаво було б пов'язати цей концепт із новітніми моделями досліджень стресу, які розглядають здоров'я у світлі успішного задоволення людських потреб. P. Becker (2006) представив модель, у якій основним припущенням є те, що здоров'я людини залежить від того, наскільки їй вдається задовольнити особисті та загальні потреби за допомогою внутрішніх і зовнішніх ресурсів. Науковець виводить глобальну гіпотезу, що хронічна нестача у задоволенні потреб негативно позначається як на психічному, так і фізичному здоров'ї індивідуума.

Основна мазохістична фантазія

L. Wurmser (1998) вдало поєднує цитати з психоаналізу своїх пацієнтів та теоретичні роздуми. У такий спосіб у своїх роботах він дає змогу пацієнтам висловлювати власні думки через сни та оцінки. Так, у книзі «Головоломка мазохізму» (1998) він уважно вивчає мазохістський компонент у відчутті болю. Він описує клінічний випадок 35-річного пацієнта, який був розлучений, не мав дітей і працював лікарем. Після дев'яти років аналізу пацієнт захворів на дископатію хребта, яка йому дуже докучала та обмежувала рухи.

Усі консервативні методи лікування (фізіотерапія, акупунктура, гіпноз) разом із медикаментозною терапією, зокрема і наркотичні засоби, виявились недієвими. Через півроку його прооперували, що не привело до полегшення. До того ж наростали симптоми депресії, тому пацієнт попросив призначити йому антидепресант. Ця симптоматика реактивувала сімейну ситуацію, яка сталася в дитинстві пацієнта, що своєю чергою призвело до наступного мазохістського переконання. Його ми розуміємо як основну мазохістську фантазію: «коли я жертва, якщо я дозволяю себе бити — мене любитимуть, я зможу відчувати жагу до життя». Усе має розчарувати: психоаналіз, хірургічна операція, професія, жінка та діти. Сімейна ситуація в дитинстві пацієнта теж змальована через призму масивних конфліктів. Мати його була жінкою з багатьма фобіями та перфекціонізмом, яка навіть побут влаштувала через гнів і погрози смерті. Пацієнт мусив обрати ту професію, яку йому нав'язали батьки. А насправді він хотів бути математиком, а не лікарем. L. Wurmser цитує пацієнта: «Сором за те, що не маю власного «Я», вина за те, що хочу самостверджуватись, сказати «Ні», виявити супротив... Це вбиває». У ранньому дитинстві Томас страждав на закрепи, він годинами мусив перебувати у напруженні, за чим спостерігав його батько. Замість того, щоб розгніватись та бунтувати — і це знову повертає нас до мазохістської фантазії — він здався у батькове підпорядкування. L. Wurmser (1998) розглядає сексуальність у контексті мазохізму як захисного механізму. Спочатку вона дає мазохізму його силу, але надалі постійно призводить до реактивації та поглиблення конфлікту. У цій статті не досліджують питання психотерапії соматоформного больового розладу, проте виникає питання: чи може психоаналітичне лікування тривати дев'ять років, як у Томаса. Цікаво б дослідити психоаналітичні техніки, якими послуговувався L. Wurmser, особливо щодо терапевтичних втручань.

Психодинаміка аутоагресії

Тенденція до аутоагресії та самоушкодження є певним викликом для психотерапевта, який має витримувати та контролювати таку напружену ситуацію. Результати проведених досліджень демонструють десенсибілізацію у пацієнтів з емоційно нестійким розладом особистості та гіперсенсибілізацію осіб із фіброміалгією. При цьому вчені досліджували обробку больових імпульсів центральною нервовою системою пацієнтами з емоційно нестійким розладом особистості та здоровими особами. Зовнішній бік долоні подразнювали за допомогою тепла. Об'єктивно однаковий подразник (43°C) викликав суб'єктивно меншу інтенсивність больових відчуттів в осіб із патологією, ніж у здорових. Можна припустити, що сильний больовий подразник призводить до зниження збудження в центрах мозку, які відповідають за обробку сильних емоцій. Тобто ушкодження власного тіла можна трактувати як своєрідну спробу самолікування від нестерпних емоцій. Мозку притаманні ефективні механізми придушення та пом'якшення болю, що стають доступними пацієнтам з емоційно нестійким розладом особистості (Jochims et al., 2006).

У контексті самоушкодження слід згадати декілька цікавих аналітичних думок відомих дослідників. O. Kernberg (1978) вбачав у деяких пацієнтів саме

нарцистичні компоненти особистості. Пацієнти відчувають у певному сенсі владу та гордість, що вони не залежать від інших щодо отримання задоволення. Це підсилює приємний акт саморуйнування. G. Paar (2002) тлумачить навмисне ушкодження свого тіла як акт самозбереження. Кровотеча через самоушкодження звільняє пацієнта від напруження та сприяє відчуттю життєздатності. Власне тіло стає самооб'єктом, самоушкодження відбувається у психодинамічно значущих ситуаціях, воно може бути навіть ритуалізованим. Пацієнти заподіюють самі собі травми стороннім предметом, пошкоджуючи власну шкіру за допомогою розрізів, роздряпування, опіків, натирання та ін. Чим раніше в анамнезі відбулися подібні дії, тим глибшим є розлад сприйняття власного тіла. G. Paar доводить наявність розладу сприйняття власного тіла експериментально.

U. Sachsse (2000) вказує на те, що самоушкодження можна розглядати як антидепресант та антипсихотик, а також засіб проти деперсоналізації. Так, розпад власного «Я» описують як: «відчуваю, що ламаюся, переломлююся, розпадаюся». T. Fuchs (2007) звертає увагу на те, що реактивація больової пам'яті можлива навіть через довгий проміжок часу. Складний зв'язок між болем і досвідом стосунків спостерігається у тих пацієнтів, які близькість і любов або покарання та приниження прив'язали до болю сексуального насилля. У разі самоушкодження у дорослому віці ці дві форми інтроєктивної реактивуються та несвідомо еротизуються через заподіяння самому собі травми.

Висновок

Психодинаміка болю є багатокомпонентною системою. На перший план при самоушкодженні можуть виступати як нарцисизм, так і підсвідомо спроба запобігти психотичній декомпенсації. Так, при аналізі можливих мотивів та імпульсів такої поведінки стає зрозумілим, що діагностика аутоагресії перетворюється на складний процес дослідження.

Психодинамічні теорії описують багато психологічних механізмів, що можуть призводити до больового розладу, такі як: конверсія, дисоціація, несприятливий тип прив'язаності, подолання основного депресивного конфлікту через депресивну соматизацію або підсвідому мазохістську фантазію, де страждання поєднуються з потягом до любові та надії. Те, що у сприйнятті больових відчуттів значну роль може відігравати ефект плацебо, є беззаперечним фактом, доведеним результатами багатьох досліджень.

S.O. Hoffmann і U.T. Egle (2004) дійшли висновку, що соматичні аспекти виникнення та розвитку психосоматичного болю, які відіграють суттєву роль у трансформації з психічного в тілесне, на тепер досліджені вкрай мало. Великі сподівання покладаються в цьому контексті саме на нейрофізіологію. Підсумовуючи дані досліджень із медико-антропологічного погляду, D. Moerman (2002) наголошує на складній ситуації, коли ми бачимо картину розмитості. Однак абсолютно зрозуміло, що те, як люди сприймають біль, яке значення йому надають, залежить від багатьох аспектів: особистого досвіду, віку, переконань та ін. Адже саме це має вплив на спосіб сприйняття власного тіла, його патологій і, ймовірно, лікування. Проте ніхто не вважає, що йдеться про легке завдання...