

## Психодинамика возникновения тиннитуса: конфликт или дефицит?

*А.И. Мелёхин*

*Мелёхин Алексей Игоревич – кандидат психологических наук, доцент, клинический психолог высшей квалификационной категории, сомнолог. Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина.*

*В статье на клиническом примере пациентки с тиннитусом (шум в ушах) детализирована психосоматическая личность, или «человек соматический», т. е. человек, чье психическое функционирование в большей степени, чем у большинства, подменено телесным или поведенческим. Само физическое страдание пациента пробуждает забытые воспоминания о скрытой травме (изнасиловании), или соматический симптом представляет собой не прямое сообщение к Другому. Детализированы психодинамический инсайт и эмоциональные драйвы пациента с тиннитусом. Показана специфика проведения психодинамического нарративного подхода. Наиболее предпочтительным подходом для пациентов с тиннитусом является психотерапия, объединяющая экспрессивные и суппортивные стратегии.*

*Ключевые слова: тиннитус, шум в ушах, нарративный подход, психодинамический подход, соматизация, психосоматика.*

Тиннитус, или шум в ушах, определяется как субъективное восприятие, которое является результатом исключительно деятельности нервной системы, без какого-либо механического, вибрационного воздействия на внутреннее ухо. Появление звука, шума в ушах не связано ни с какой внешней стимуляцией. Сами пациенты описывают свои звуки в ушах как «жужжание», «писк», «тиканье часов», «бульканье», «скрежет», «шипение», «гудение», «рев», которые могут различаться по громкости, высоте звука (высоко-, низкочастотный). Звуки наблюдаются каждый день и могут меняться в течение дня (Cima, 2019).

Разделяют «истинный» шум в ушах (объективные причины, выявленные врачом-оториноларингологом, неврологом) и «ложный», «иллюзорный», «субъективный» (без каких-либо акустических оснований). Последний тип еще делится на «фантастический» тиннитус (*fantastic tinnitus*), который рассматривается как форма *слуховой галлюцинации* (Schneer, 1956).

Эту форму наглядно описал З. Фрейд в работе «Сообщение об одном случае паранойи, противоречащем психоаналитической теории» (1915). Молодая, красивая женщина вступает в интимные отношения с коллегой по работе. Приходит к нему на квартиру в состоянии сильного нервного возбуждения, но, лежа на диване, частично сняв одежду, она начинает слышать шум, напоминающий ей щелканье или удар. Не зная его причины, она вспоминает, как до этого встретила на лестнице двух мужчин, один из которых нес нечто, выглядевшее как закрытый ящик. Женщина убеждает себя, что кто-то, действуя по указанию ее любовника-коллеги, следил за ней и сфотографировал во время свидания на квартире. Таким образом, ожидание секса с коллегой прерывается звуком, шумом, щелчком, ударом, тиканьем. Его происхождение неизвестно, и на ее вопрос, что это за звук, мужчина отвечает, что это «тиканье старых часов». Странный звук, таким образом, задним числом приобретает для женщины огромное значение. Для нее он вдруг оказывается окруженным ретроспективной трактовкой, воспоминаниями, которые нагружены параноической конструкцией, доминирующей фантазией, наделяющей его определенным смыслом. Она чувствовала себя жертвой преследования, заговора, устроенного ее коллегой. Звук для нее символизировал щелчок фотоаппарата, предназначенного для того, чтобы сделать компрометирующие фотографии ее интимной связи. То, что ее коллега оправдывался, лишь еще больше доказывало его виновность для нее (Фрейд, 1995). Наличие небольшого шума в ушах, щелчок, как пишет Младен Долар в работе «Голос и ничего больше» (2018), выступает для нее «зерном желания», маленьким раздражителем, который приводит к тяжелым последствиям. Бессознательное желание женщины таким образом «говорит» через звук щелчка. Желание, влечение – «щелкает», «шумит». Случайный и незначительный шум (внешний или внутренний) может быть связан с бессознательным. Он может стать объектом фантазии пациента, который приводит в движение действие что-то глубоко внутреннее. З. Фрейд так объясняет этот случай: тиканье часов можно сравнивать с пульсацией гениталий при половом возбуждении. Он отмечает, что это не «истинное» тиканье или вообще какой-либо внешний шум, это шум внутренний. Женщина могла испытать висцеральное ощущение «удара» или «стука» в гениталиях, а впоследствии спроецировать его на восприятие внешнего объекта. Тут вырисовывается странная петля связи между «внешними» и «внутренними» факторами, происходит короткое замыкание между внешней случайностью и интимностью, возбуждением перед сексом. Происходит совпадение звука с сексуальным возбуждением, при этом щелчок выступает разрушителем интимной связи, любви. Это момент сбоя желания. Наличие шума в ушах вызывает стереотипную фантазию – как защитную структуру. Эти фантазии служат *самооправданием*. У истоков этой

фантазии находится травматическое ядро, которое можно обнаружить в рамках анализа пациента. Это фантазия наблюдения сексуального взаимодействия родителей – первобытная фантазия (по З. Фрейду). Шум во время встречи с мужчиной сыграл для женщины роль провоцирующего фактора, который активировал у женщины типичную фантазию нечаянного подслушивания, что является компонентом родительского комплекса. В итоге женщина парализована страхом и становится единой со звуком, постоянно его слышит, и он выступает объектом террора, мучений и какой-то тайны.

Современная тактика лечения тиннитуса больше ориентирована на *неврологические* (снижение нейронной гиперактивности для достижения габитуации, минимизация дисфункции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси), психические (снижение симптомов депрессии, тревожного спектра расстройств) и реже на психологические мишени (Cima, 2019). Еще З. Фрейд в работе «Проблема дилетантского анализа» (1926) писал, что нужно противостоять соблазну заигрывать с вегетативной нервной системой, поскольку наша задача состоит в том, чтобы определять психологические данные психологическими же вспомогательными средствами (Фрейд, 2009). В связи с этим при обследовании пациента с тиннитусом важно уделять внимание специфике *описания им симптоматики*. Это служит «языком», с помощью которого цель **бессознательный смысл → мотив → побуждение → потребность** не выражается буквально словами, а проявляется в симптоме.

Требуется уделять внимание *источнику проблемы*, т. е. истории жизни пациента, которая в итоге будет ключом к пониманию истории недуга. Детализировать, чем вызвано эмоциональное страдание пациента, которое часто связано с травматическим опытом в жизни и в раннем детстве. Часто это фактическое или фантазмическое переживание *потери объекта*, что приводит к развитию у пациента страха упущенной возможности, чувства уязвимости и невыносимой незащищенности (незащищенности), которую нужно постоянно контролировать и «что-то делать» (феномен «живой машины» по В. Райху, цит. по: Рождественский, 2019). Эти паттерны поведения поддерживаются за счет чувства стыда («ведь что-то нужно... потратил время, не занимался полезным»).

Травматический опыт отношений с Другими был долгое время подавлен пациентом и может проявляться в различных соматических проявлениях: эмоциональное вертиго (emotional vertigo – ощущение головокружения, тошноты), болевой синдром (плече-лопаточная область) и парестезии.

Перед психологом и пациентом возникает два вопроса: 1) Почему тиннитус возник именно в этот период жизни? 2) Почему именно в такой форме и с такой динамикой?

Нам важно не только прошлое пациента, но и его образ будущего, который часто носит *катастрофизирующий характер*. Пациент с шумом в ушах находится в состоянии «борьбы», готовности и ориентирован на события, которые еще не произошли. Например: «Я оглохну», «буду постоянно слышать шум даже ночью», «сойду с ума», «буду постоянно

принимать препараты и ходить по врачам и потрачу все деньги на поиск причины».

Пациенты описывают свои жалобы по-разному, иногда даже в зависимости от интереса и понимания Другого, к которому они обращаются за помощью. Частое обращение к врачам, неаккуратные фразы врачей («с этим нужно жить», «к этому нужно привыкнуть», «вы особенный») приводят к формированию у этих пациентов разочарования, ощущения собственной неполноценности, что порождает болезнь-ориентированное поведение, феномен «доктор-шопинга» и «лечения в аптеке». Чтобы избежать ошибки при постановке диагноза, нужно понимать специфику внутреннего конфликта пациента, который страдает от беспокойства, шума в ушах: его эмоциональные мотивы, жалобы, поведение структурированы в соответствии с бессознательной логикой (Holloway, Jefferson, 2001). Из-за скрытого раздражения, гнева пациенты не могут построить пронизательный, глубокий рассказ, поэтому у врачей формируется ограниченная и предвзятая модель болезни и здоровья. Б. Эдгрен-Сундин показал, что у пациентов наблюдается *gore по поводу потери тишины*, они воспринимают каждый новый приступ тиннитуса как проблему, с которой они не могут справиться, что усиливает у них чувство неполноценности и дефективности (Edgren-Sundin, 1993).

По сей день мало психоаналитических процедур, которые помогают справиться с потерей такого рода. Большой акцент делается на управлении симптомами тиннитуса, как, например, в рамках *когнитивно-поведенческой психотерапии*.

Было показано, что перед возникновением тиннитуса у пациентов наблюдается период повышенного эмоционального напряжения, которое сопровождается различными телесными ощущениями (головокружение, жжение в теле, давление в груди) и нарушениями сна. Это связано с наличием слабости Я, отсутствием навыков эмоциональной регуляции, при жестком Сверх-Я. Пациентам с тиннитусом свойственны личностные особенности: нарушенное базовое доверие со стремлением к покорности; сниженная толерантность к фрустрации (дискомфорт); высокая потребность в зависимости (поиск одобрения), недостаток самоконтроля и жесткие внутренние стандарты. Пациентам присуща *фонофобия*, т. е. боязнь определенных звуков. Наличие даже слабого звука, определенных голосов вызывает состояние мобилизации. Например, определенные по тональности женские голоса (матери, руководительницы отделения) вызывают раздражение и тревогу: «по ушам бьет», «я оглохну» (Erlandsson, 2008). Мы помним, что материнский голос является первым представлением измерения Другого, может быть наделен параноидальной фантазией «западни». Голос, который был одновременно первым гнездом, может стать и первой клеткой «заглушения». Шум в ушах как симптом является общим путем для развития соматических расстройств, например гипертонии, болезни сердца, головных болей; также различных состояний, связанных со стрессом (депрессии, тревожный спектр расстройств). В связи с этим необходимо сделать акцент не только на способах управления симптомами и избавлении от них, но и понимать и устранять

проблемы-обстоятельства, которые привели к страданию пациента. Если говорить про психоаналитическую тактику лечения, то проблема пациента *довербальна*. С одной стороны, мы можем применять *экспрессивную тактику*, направленную на актуализацию и исследование конфликтов прошлого и настоящего, углубление самопонимания и коррекции эмоционального опыта (Рождественский, 2019). В этом случае применяется психодинамический нарративный подход при лечении тиннитуса, который начал развиваться с 1950-х годов и описан в работах Х. Штеера (*Schneer, 1956*) и Е. Веиншела (*Weinshel, 1955*). Экспрессивная тактика эффективна, если пациент обладает достаточной толерантностью к фрустрации, тревоге и напряжению. Однако чаще всего на первом этапе лечения полезной оказывается *суппортивная тактика*, направленная на укрепление Я и стабилизацию объектных отношений, позволяющая поддержать сопровождение и усиление автономии. Это достигается с помощью когнитивно-поведенческого (*Fuller, Cima, 2020*) или гуманистического подходов (*Erlandsson, 1998; Mohr, 2008*).

В отличие от «ортопедической» тактики когнитивно-поведенческого подхода, психодинамический нарративный подход позволяет охватить субъективную природу самости во всей ее сложности (*Crossley, 2000*). Согласно Д. Спенсу (*Spense, 1982*), психоанализ позволяет детальнее понять психодинамику возникновения симптома, признать его диалектичность. Нарративная традиция восходит еще к З. Фрейду. Большинство психоаналитиков, клинических психологов, психотерапевтов при работе с пациентами с тиннитусом применяют когнитивно-поведенческий и гуманистический подход. Данный подход позволяет сформулировать уникальные и специфические смыслы, которые переживаются отдельным пациентом с тиннитусом, понять «личную теорию» страдания пациента, т. е. его представления о причинах своей болезни или проблемы. Согласно Т. Сарбину (*Sarbin, 1986*), личный нарратив пациента имеет временное измерение (начало, середину и конец), которое удерживает некоторый шаблон того или иного события, называемого сюжетом. К. Гергер и М. Герген разделили сюжеты, которые пациенты используют для осмысления негативных событий, такие как страдание от серьезных заболеваний, на три измерения: стабильность, прогрессия и регрессия (*Gergen, Gergen, 1983*). М. Кроссли описывает нарративный метод как работу с построением образа себя как рассказчика (*Crossley, 2000*), и тогда, как пишет Т. Сарбин, мы как специалисты можем размышлять, строить конструкцию о любой части жизни пациента, например о надеждах, мечтах, страхах, фантазиях, а также о повседневной рутине (*Sarbin, 1986*). Метод нарративного интервью основан на свободной ассоциации и является лучшим способом понять смыслы, лежащие в основе ситуации, рассказа пациента. Используя свободные ассоциации, мы вызываем повествование, не структурированное в соответствии с сознательной логикой. Пациентам с тиннитусом свойственна ограниченная способность говорить о себе. Им свойственно ощущение, что «болен не Я», а «мое тело», что отражается в их рассказах. Например: «А вдруг это опухоль, защепленная артерия, аномалия Киммерли, болезнь Миньера?» Тиннитус рассматривается

как производное отчуждения тела от психического, как «плохого» от «хорошего». Пациент ориентирован на «механистический», «ремонтный», «ортопедический» подход к себе и поиск регуляторного объекта, т. е. чудодоктора, который знает, в чем дело, найдет реальную причину и даст эффективное лекарство). Ему свойственны такие защитные механизмы: интеллектуализация, рационализация и изоляции. Мы видим у таких пациентов внешнюю непробиваемость, «когнитивную броню», однако у них возникают сильные и плохо контролируемые эмоциональные вспышки в форме раздражительности, придирчивости, каждая из которых способна привести к разрыву отношений с Другим. Тревога пациента с тиннитусом в отношении собственных эмоций носит не невротический, а скорее *экзистенциальный характер* («я живу не своей жизнью», «я живу неполноценной жизнью», «это не моя жизнь») с акцентом на чувство незащитности, уязвимости. В связи с этим наиболее предпочтительным подходом для пациентов с тиннитусом является психотерапия, объединяющая экспрессивные и *суппортивные компоненты*, а в качестве ведущего инструмента выбирается создание атмосферы для выражения бессознательного желания, развития аналитической диады с целью восстановления утраченного, неартикулируемого, а также сохранения гармонии в мироощущении. В ходе анализа снижается ощущение угрозы, которую пациент переживает из «плохой», «уязвленной» части собственного Я, «злокачественного», «токсического» интроекта. Достигается это за счет укрепления Я и снижения сильного давления Сверх-Я. Ниже на наглядном примере пациентки с тиннитусом мы покажем специфику психодинамического нарративного подхода (Dauman, Erlandsson, 2012).

### Клинический случай

Пациентка 70 лет живет одна в квартире, которую она воспринимает слишком большой для себя. Она развелась более 40 лет назад и решила больше не выходить замуж. У нее есть дочь и сын, которые не часто ее навещают. У ее детей есть собственные семьи. Пациентка чувствовала себя комфортно одна в своем доме, но в течение последних двух месяцев ее посещает чувство одиночества. Она чувствует себя усталой, подавленной, опустошенной, но не знает почему и не имеет никакого объяснения своего состояния. На консультации у врача-оториналаринголога она заплакала и начала часто извиняться за свое поведение. Она объяснила, что всегда чувствовала себя сильным, волевым человеком, который управляет своей жизнью сама. Но то, как она реагирует на трудности сейчас, — для нее новое переживание. Ее охватывают отчаяние, раздражение, когда возникает шум в ушах. Навязчивый симптом вызывает у нее мысли о самоубийстве, так как невозможно ни жить, ни спать. Но мысли о собственном внуке, который, по ее мнению, нуждается в ней, заставляют ее жить и верить в лучшее. Пациентке трудно описать шум в ушах, который она слышит, сложно рассказать, как он звучит, и она сама отмечает, что «действительно трудно описать эти ощущение». Она считает, что у нее есть три разных звука, иногда один больше, чем другой, а иногда появляются все

три звука в ее голове. Прежде всего она слышит «сильный ветер», потом «потрескивающий звук», который она воспроизводит как «зззззз», и наконец звук «тук-тук». В течение месяца появился новый звук, как будто пчелы вокруг ее головы «ввввв». Отмечает, что не может выносить эти вещи. Она помнит свою реакцию, когда впервые возник этот звон в ушах. Она возвращалась после двухнедельной госпитализации домой и вдруг услышала звук в своей квартире. Подумала, что это вентилятор. Пациентка позвонила своей дочери, чтобы убедиться, что та слышит то же самое, что и она. Но ее дочь не могла слышать этот звук. Каждый день она сталкивалась с шумами и не понимала, откуда они, что привело ее к депрессии. Ни соседи, ни консьержка также не слышали этот шум. Однажды она позвонила пожарным и в полицию, подумав, что шумы идут откуда-то сверху, – это вызвало панику. Она была истощена, оттого что часами каждый день ждала, когда шумы прекратятся. После госпитализации по поводу затяжной депрессии шумы прекратились, было несколько дней тишины, но потом они снова вернулись. Раздражение нарастало, пациентку охватывал страх, когда только начинался шум в ушах. У нее нарушился сон. Ночью она ходила по квартире часами и слушала шум, задавая себе вопросы: что это? откуда он? что я сделала, чтобы испытывать это? Наконец она обратилась к врачу-терапевту в надежде понять причину шума. Ее доктор не успокоил ее, не выявил причины, а сказал, что это тиннитус и он будет с ней до конца ее дней. Она сказала, что не понимает, что значит тиннитус. Терапевт ответил, что это старость, которая влияет на слух. Следующий врач, психиатр, – что это последствие длительного пребывания в депрессии и побочные эффекты от принимаемых ей препаратов. Пациентка не верила докторам и твердила, что, может быть, рядом с ее квартирой установлено радиореле и радиоволны вызывают такой шум в ушах. К версии пациентки никто не отнесся серьезно, как и к тому, что шумы могут быть вызваны кем-то сверху. Ее дочь говорила ей, что это нервы и что она слишком много времени проводить в одиночестве в квартире. Ее сын выразился еще резче – в том смысле, что она не может жить одна в большой квартире. Предложение переехать в квартиру поменьше или в дом престарелых вызвало у нее приступ ярости и негодования. Вот как она описала свое состояние на приеме у психолога: *«Когда начался шум в ушах, я даже не могла спать. Я все время слышала его. Только когда я что-то делала, ходила, даже ночью, шум снижался. Это просто ужасно и невозможно вытерпеть».*

После назначения лекарств «от кризиса» врачом-психиатром пациентка так описывает свой опыт приема: *«...Только спустя несколько месяцев с начала приема антидепрессантов я смогла привыкнуть к своему состоянию. Я теперь уделяю меньше внимания шуму в ушах, как раньше, не прислоняю уши к работающему вентилятору, не сижу рядом с холодильником, чтобы звуки этих приборов маскировали мой шум в ушах. Под этим лекарством я больше не клала на голову горячее полотенце, чтобы снизить интенсивность шума и успокоиться».*

Ранее, чтобы скрыть шум в ушах, пациентка открывала окна, чтобы слышать постоянные шумы с улицы. Когда ей приходилось оставаться

дома, она включала радио так громко, как только могла, постоянно что-то делала по дому или выходила на улицу, гуляла, чтобы думать о чем-то еще. В конце концов она оказалась на приеме у психолога и почувствовала огромное облегчение оттого, что могла говорить о своих страданиях с тем, кто ее способен выслушать и понять. Она жестоко страдала от непонимания окружающих, которые не в состоянии и представить, что «такое слышать шум в ушах весь день и всю оставшуюся жизнь», и ощущала бесконечную усталость оттого, что ее жалобы просто игнорируют. Теперь она могла наконец рассказать о том, как ей было обидно, когда люди перебывали ее, стоило только начать ей рассказывать о мучительных переживаниях. Она просила о помощи, но ее семейное окружение проявило равнодушие. В конце концов пациентка переехала в квартиру поменьше, следуя совету родственников. Она думала, что чем дальше она будет находиться «от радиореле», тем скорее она поправится. В своей новой квартире она почувствовала наконец тишину, больше не было проезжающих по улице машин, не было оживленности, царившей в старом районе. Но после недели улучшения ее состояние снова ухудшилось. Шум в ушах стал громче и навязчивее. Пациентка была измотана и устала от одиночества и страдания. Шум в ушах, как она отмечала, больше не беспокоил ее так остро, потому что она смирилась, что не может его контролировать. Ее врач-психиатр настаивал на повторной госпитализации, что очень расстроило ее: в последний раз по выходе из больницы ее состояние ухудшилось без причины. Она хотела бы понять, почему не может быть прежней, счастливой, как раньше, ведь она всегда *умела управлять собственной жизнью*. Лечение у психиатра не давало результата, как и психотерапия. Психолог предложил пациентке рассказать о ее близких родственниках и отношениях с новыми соседями. В этот момент она вспомнила, что не смогла довести до конца самоубийство на мосту. В этот момент ей в голову пришла мысль о внуке, о котором не было никаких известий в течение года. Ее беспокоила жизнь внука. Он был бездомным и безработным и бродил по улицам в течение нескольких месяцев. «Общается с разными компаниями, которые оказывают на него плохое влияние». Пациентка знает своего внука очень хорошо и говорит, что он очень ведомый, т. е. поддается дурному влиянию и легко, по ее словам, мог начать принимать алкоголь и наркотики.

Она говорит, что *«всегда боится, что с ним что-то случится, что его задержит полиция. Я думаю о нем все время. Ни один день не проходит без беспокойства о нем. Это очень утомительно – каждый день испытывать это беспокойство»*.

После краткого молчания пациентка добавляет: *«Но, прежде всего, есть этот шум в ушах, который всегда есть... это тоже утомительно... это всегда со мной... иногда у меня два или три мирных дня, но вечером шум в ушах снова громче и раздражает»*. Она пытается забыть о своих заботах, выходя на улицу так часто, как может. Ее жизнь – это ежедневная борьба со страхами и заботами: *«Если я выхожу на улицу, то думаю обо всем этом меньше. Но я встречаю на улице молодых людей, если они говорят про проблемы, полицию, кричат, я начинаю испытывать»*



*сильный страх, что что-нибудь случилось... я не знаю, что делать».* После развода ее сына отношения с ним и внуком стали сложными. Отец отправлял сына в реабилитационный центр для трудных подростков, за что тот не может простить отца. Пациентка всегда была рядом со своим внуком, она говорит: *«Он для меня все, я узнаю себя в нем».* Долгое время она не видела внука, не слышала его голоса и не знала ничего о его жизни. Отмечает, что *«ее тело болит, когда она думает о внуке, он внутри меня».* Несколько месяцев назад у нее был неудачный разговор с внуком. Он неожиданно бросил трубку после того, как она сказала, что он должен найти работу и жить прилично. Она в ярости оттого, что он бродит по улицам. Она переживает, что он тратит свою жизнь впустую и это не похоже на него. Испытывает сильное раздражение из-за собственной беспомощности. Испытывает вину: ей не следовало говорить ему такие слова. Его образ жизни не должен ее касаться, ведь он не хочет видеть больше ни отца, ни ее. Наконец пациентка отмечает: *«Я не слышу своего внука... так хочу, чтобы он позвонил мне, хочу услышать его голос снова».* Когда он был маленьким, она проводила каждый отпуск с ним. Теперь она осталась одна, и ее семья почти не заботится о ней. Говорит: *«Это вредит мне... вот почему я испытываю подавленность... что-то случилось внутри меня... что я не поняла... это подействовало на меня так, как будто я упала... что-то во мне предало меня... мое тело... это должно быть что-то... что вызвало все это».*

Пациентка перестала искать медицинские объяснения шума в ушах. Однако она сокрушается о реакции ее семьи и соседей, что они не поверили, что на шум в ушах могут влиять спутниковые антенны, радиоволны. Недалеко от ее старой квартиры была установлена радиовышка. Это случилось во время школьных каникул, в выходные: чувство волн захватило ее... по ее описаниям это «что-то очень, очень сильное...». У пациентки есть свое мнение о том, как происходящее с ней связано с радиореле, но никто не воспринял это всерьез. Она отмечает, что возникновение шума было впервые во время каникул, потому что нагрузки на реле в эти дни могут быть больше, потому что люди звонят друг другу чаще. Когда она переехала в другую квартиру, далеко от реле, шум в ушах все еще беспокоил ее. Говоря о своей предыдущей квартире, пациентка вспоминает, что она слышала, как кто-то боролся наверху и они издавали много шума, «стучали по полу так» (она имитирует оживленное движение, пока говорит о шуме): *«У меня был приступ тревоги... я начала паниковать... не могла оставаться дома... была слишком напугана. Весь этот шум... они делали что-то... это было ужасно... я вышла из своей квартиры ночью... не могла больше терпеть это... я очень испугалась... Оставалась рядом со своим домом, под фонарями, и тревога стихала. Я вышла в час ночи и вернулась домой только тогда, когда мне было холодно, а на улице была зима. Это продолжалось три месяца».*

Пациентка была измотана, шум продолжался месяцами, она то звонила в полицию, то пожарным, в итоге ее дочь дала согласие для психиатрической госпитализации. В ходе госпитализации пациентке сказали, что она все придумала. Шумы пришли из ее воображения, из ее головы. Психолог

напомнил пациентке про страх за внука, про боязнь, что его втянут в незаконный оборот наркотиков. Пациентка думала, что наверху ее квартиры живут торговцы наркотиками и они должны быть арестованы, поэтому вызывала полицию, чтобы не было никакого шума. Она отмечает: *«Разве это не странно, что такие, как я, хотят быть счастливыми?»* Много раз пациентка давала деньги своему внуку, а в течение последних месяцев она поселила его в своей бывшей квартире. Она надеялась, что деньги помогут ему найти работу, но он тратил их на наркотики и алкоголь, что окончательно разрушило отношения между ними. Каждый раз, когда она слышала полицейские сирены, она испытывала сильную тревогу за своего внука. У пациентки была своя причина бояться, что что-то случится с ее внуком. Она никогда не говорила о причине этого страха с дочерью и сыном. У нее был страх, что что-то необратимое, страшное случится с внуком, что в итоге приведет к задержанию и тюрьме. Мысли о задержании возникли из личного драматического опыта пациентки, когда ей было 22 года, почти тот же возраст, что у ее внука. Однако сама она ни разу в жизни не сталкивалась с полицией, даже когда она была изнасилована, она не сообщила об этом никому. Она дала себе установку не жаловаться и справиться самой и никому не говорила о травматическом событии почти 50-летней давности. Она молчала об этом событии до сих пор, говоря о своем внуке. Этот страх она раскрыла психологу, который был немного старше, чем ее внук. Пациентка рассказывает, что изнасилование произошло на работе, это сделал тот человек, которому она доверяла... она доверяла ему. Когда она начала описывать «кадр» (где это произошло и что было), то проговорила: *«Я не могу... но это ничто по сравнению с тем, что я испытываю сейчас»*. Она не упоминала тему изнасилования больше ни разу во время сеанса. Пациентка продолжала беспокоиться о внуке в течение нескольких месяцев после его исчезновения. Это усугубилось воспоминанием травмирующего события 50-летней давности. Однажды утром она проснулась с чувством, что она пропустила что-то, что ей не хватает чего-то, но что это было, она не могла сказать. Наконец она поняла, что она не слышит шума в ушах. Пациентка была так счастлива и вспомнила свою мысль тогда: *«Это все, они оставили меня в покое, наконец ушли»*. В течение целого дня она не слышала шумов в ушах, но вечером они вернулись. Теперь она могла терпеть свой шум в ушах и поблагодарила психолога за то, что он сделал для нее: *«Я нашла кого-то, с кем могла бы поговорить о том, что случилось со мной... я этого не забуду»*.

### **Психодинамический инсайт и эмоциональные драйвы**

Сильную тревогу у пациентки можно охарактеризовать как *опыт распада*. Вся жизнь пациентки превратилась в сценарий кошмара, с которым она не могла справиться самостоятельно. Госпитализация, психиатрическое лечение, прием препаратов не оказывали никакого влияния на распад. Она испытывала и раскрывала специфику внутреннего распада только на сеансах у психолога. Единственной целью для пациентки было

пережить день и ночь. Ожидала облегчения и восстановления порядка «из хаоса». Психическое заболевание следует рассматривать как страдание из-за наличия «непоследовательной истории» пациента (*Polkinghorn, 1988*). Психоанализ таким образом рассматривается как воссоздание, «ремонт» личной истории пациента (*Schafer, 1992; Spense, 1982*). В соответствии с этим Д. Спенс утверждает, что фокус психоанализа находится на «значениях» (означающих), которые выражаются и меняются через речь пациента (*Spense, 1982*). Психолог работает со строительством значений через повествование, а не открывая значения в сознании пациента (*Polkinghorne, 1988*), т. е. психолога можно уподобить соавтору в создании повествования личной истории пациента.

Структура повествования, выраженная в страдании пациентки, может быть описана во временном измерении. Начало повествования сосредоточено на ушах, изнурительном шуме, с которым она не могла справиться сама. Ее стремление выразить потребность быть услышанной терпело многократную неудачу. Через психолога ей удалось донести историю своего отчаяния. Шум в ушах стал менее раздражающим. Пациентка хотела убедить психолога, что она смогла приспособиться к нему (т. е. она заслужила его поддержку). Параллельное повествование было сосредоточено на переживаниях о ее внуке, которые были связаны с регрессивными процессами в ее страданиях – они возникают из-за ее неспособности повлиять на шум. Середина повествовательной структуры может быть распознана, когда пациентка рассказала психологу о поведении внука (тратил деньги на алкоголь и наркотики). Регрессия в страданиях, связанных с шумом в ушах, увеличилась без каких-либо возможных причин, связанных с ее страхом за внука. Пациентка не знала, что еще может улучшить ее привыкание к шуму в ушах, помимо обнадеживающих новостей о ее внуке. Она, однако, заметила, что никакое изменение в ее раздражении не было связано с новостями. Она попросила у психолога поддержки, которая, например, заключалась в том, чтобы он поверил и подтвердил, что ее шум действительно заслуживает внимания, она не может с ним бороться и не может приспособиться к нему.

Пациентка боялась, что ее невозможность терпеть шум в очередной раз может привести к еще одной ужасной психиатрической госпитализации. Окончание нарративной структуры – это снятие специалистом ответственности с пациентки за неудачи в борьбе шумом, за неспособность к нему привыкнуть, которая вызывала у нее переживание собственной никчемности. В конце концов она приняла себя такой, какая она есть, со своей слабостью, уязвимостью. Шумы, которые она слышала наверху в своей большой квартире и которых боялась, были вызваны воспоминанием, которое пациентка не хотела или не могла воспроизвести в течение нескольких месяцев психоанализа. В конце концов галлюцинации, которыми она не могла поделиться с кем-то, раскрылись со страхом и тоской. Изнасилование, про которое она наконец вспомнила после 50 лет, можно рассматривать как преодоление чувства обманутых ожиданий, которое возникло в ответ на неспособность других людей отнестись серьезно к

ее повествованию. То есть пациентке удалось рассказать правду о страхе, который она испытывала за своего внука, другому человеку. Затем шум в ушах в ее рассказе стал терпимым симптомом из трудного периода в ее жизни, который ей удалось пережить.

Пациентка постоянно говорила о сильном отчаянии из-за того, что она больше не может осознавать себя в такой странной ситуации. Она чувствовала себя сильной и независимой, жила самостоятельно в течение многих лет. Однако в течение полутора лет она потеряла важную объектную связь, когда ее внук отделился от нее. Роль пациентки как щедрой и нужной бабушки сменилось горем и чувством обездоленности. Ее самые близкие семейные отношения стали хрупкими, и она чувствовала себя одинокой, переполненной отчаянием, когда рассказывала дочери и сыну обо всех шумах в ушах, которые она испытывает. Психоанализ позволила пациентке говорить не только о своем шуме в ушах, но и об индивидуальной, исторической подоплеке ее страданий. Изменения в отношениях с внуком и воспоминания о собственной травматической юности воскресили ее эмоциональные побуждения, что повлияло на трудности привыкания к шуму в ушах. Пациентке удалось вспомнить в процессе психоанализа изнасилование, когда она была совсем юной, т. е. примерно того же возраста, что и ее внук. Никто в ее семье не знал об этом травматическом инциденте, потому что пациентка никогда не говорила об этом, она подавляла это воспоминание и забывала об этом. Когда после нескольких месяцев непреодолимой психологической боли, страдания у пациентки появился шум в ушах, она столкнулась с отвержением со стороны близких людей. Ее забота о внуке приводила к росту беспокойства и была связана с тем, чего она боялась больше всего: *с ним могло случить что-то ужасное, как и с ней, и она не могла найти слов, чтобы предотвратить это.* Через несколько недель после начала анализа тиннитус стал меньшим предметом жалоб пациентки из-за более глубокого конфликта, который был распознан и проработан, что привело к просветлению ее бессознательных эмоциональных побуждений. Угроза психического срыва и попадания в психиатрическую клинику от невыносимости шума в ушах, о которой пациентка сообщила в своем рассказе во время психоаналитического процесса, постепенно трансформировалась в более личную реальность. Невыносимые шумы в ее голове (тиннитус) «были самыми страшными» – это первая выразительная форма ее истощения, и она была проигнорирована ее значимыми Другими. Второй формой выражения был страх перед психическим срывом, связанный с жизнью ее внука и плохими влияниями (компания, прием алкоголя и наркотиков), которые она не могла предотвратить. Это страх перед чем-то ужасным, что может произойти с внуком. Третья форма была вызвана шумом, доносившимся из квартиры сверху от дерущихся «торговцев наркотиками». Тревоги, выраженные в ее рассказе, приводят ее в конце концов в тему изнасилования, которую она привнесла в рассказ через оговорку. Она вспомнила, что «они с трудом поднялись наверх...» и возникло ощущение, что «они дрались наверху». Это пациентка сказала, чтобы выразить то, что услышала

наверху квартиры, и потому по ассоциации возникло воспоминание об изнасиловании. Само изнасилование она вспоминает как травматическое событие в ее истории, но без каких-либо связанных с ним эмоций. Это пустой кадр без содержания, без места, где что-то произошло. Страх перед психическим срывом, как писал Д. Винникотт, – это внутреннее восприятие травмы, которую психика не может интегрировать как прошлое событие и поэтому воспринимает как грядущий срыв. В рассказе пациентки судьба ее внука помогла ей передать эту травму другому человеку – психологу. По мере развития аналитического процесса пациентка часто фокусирует свое повествование на своих отношениях с другими людьми и своих эмоциях, связанных со страданием, которое никто не знает и поэтому не может принять во внимание. Она редко бывает безразлична к чужому непониманию ее очень необычной и порой невыносимой ситуации. Рассказ о недоверии других людей к жалобам пациента на шум в ушах может привести психолога к открытию в психике пациента более глубоких эмоциональных побуждений, которые пациент не может выразить более непосредственно.

Здесь мы видим, что пациентка неоднократно выражает сожаление в своем рассказе: никто не верил ей, когда она пыталась объяснить, чего она боится. Другие оспаривали факт существования звуков, которых никто больше не мог слышать, и веру пациентки в то, что спутниковые тарелки повлияли на ее состояние. Возникает вопрос: *поверили бы ей люди, если бы она решила рассказать об изнасиловании, которому подверглась в молодости?* Реакция на ее жалобы, которую она встретила в своей семье и у соседей, разочаровала ее. 50 лет назад она была убеждена, что никто не стал бы слушать жалобу изнасилованной молодой женщины. Оглядываясь назад на сессии, следует отметить, что социальное измерение страданий пациентки, по-видимому, является объединяющей нитью ее повествования, что в конечном итоге переводит ее страдания в глубокие и убедительные рассуждения. Таким образом, проблемой пациентки с тиннитусом является не конфликт, а *пустота и дефицит*, т. е. дефицитарность психической структуры (слабость Я, при жестком Сверх-Я), которая отвечает за невозможность адекватного разрешения и за соматизацию.

## Обсуждение

В данном клиническом случае, описана психосоматическая личность, или «человек соматический» (по Д. С. Рождественскому, 2019), т. е. человек, чье психическое функционирование в большей степени, чем у большинства, подменено телесным, поведенческим, у которого происходит процесс соматизации психического содержания. Само физическое страдание пациента пробуждает забытые воспоминания о скрытой травме, или соматический симптом представляет собой не прямое сообщение. Как и эпизоды депрессии, одиночества пациентки, которые предшествовали

ухудшению тиннитуса, являются индикатором фрустрированной потребности или желания установить отношения с утраченным объектом.

Это не является чем-то необычным, когда кто-то страдает от давнего шума в ушах. Если пациент также пытается уравновесить воспоминания о травматических событиях, вытесняя их, то переносить бремя шума в ушах будет непросто (*Fagelson, 2007*). Поясним разницу между семитомными явлениями и страданиями. Что такое физическое страдание? Вы можете страдать от боли в своем теле, но это переживание не то же самое, что переживает кто-то другой, кто также страдает от боли. В течение длительного времени психологическая литература по тиннитусу в значительной степени связывала раздражающий шум в ушах с тревожным спектром расстройств и личностной тревогой (*Erlandsson, Persson, 2006; Hesser, Andersson, 2009; Wilson, Henry, 2000*). Однако в рамках модели привыкания (*habituation theory*) такая тревога должна рассматриваться как искаженное и дезадаптивное восприятие шума в ушах (*Hallam, McKenna, 2006; Sweetow, 2000*). Эта модель утверждает, что это искаженное восприятие может быть исправлено с помощью образовательных и/или поведенческих методов. В рамках психодинамики, когда тревога кажется чрезмерной реакцией на событие или физическое состояние, психолог обязан попытаться понять эту тревогу с точки зрения пациента. Что же касается случая пациентки, то можно заметить, что в течение нескольких недель она не могла объяснить себе свои эмоции, связанные с шумом в ушах. Ей было очень трудно описать психологу восприятие звона в ушах, т. е. характер звуков, которые она слышала, но также и свой страх. Она не была готова рассказать о своем опыте, и ей нужно было время, чтобы найти собственные слова, чтобы артикулировать, рассказать об этом. Однако, как и у многих пациентов с тиннитусом, у нее была своя точка зрения, и объяснения других ее не убедили. Психодинамический процесс помогает психологу различать неспособность выразить соответствующую причину высокого уровня тревожности и легитимность такой эмоции (*Dauman, 2010*). Как психологи мы стремимся поддерживать мышление пациента и понимание его внутреннего мира. Мы не исключаем влияние интенсивных негативных эмоций, если пациент не может вербализовать, артикулировать их.

Возникновения инсайта у пациента нуждаются в помощи подлинного слушания со стороны специалиста, который обращает внимание на его личную историю. Сам пациент может обращать внимание к его личной истории через симптом. Например, с помощью шума в ушах. Понимание страдания пациента включает в себя внимательное отношение тому, что и он как говорит. В таком повествовании пациенты рассказывают больше, чем они воспринимают сами, и могут задавать вопросы (себе или Другому) по ходу рассказа.

Общая гипотеза поддерживает психодинамический подход к повествованию, т. е. слова пациента ассоциируются с прошлым, с неразрешенными личными предрассудками и страданиями, о чем еще говорил З. Фрейд в 1924 году. Пациентка выражает во взаимодействии с другими людьми

то, что она сообщала, не имея ясного осознания. Психодинамическое бессознательное – это в основном повторяющееся выражение страдания, и пациент не в состоянии преодолеть его самостоятельно, нуждаясь в признании, присутствии Другого. З. Фрейд (1924) отмечал, что психологическое страдание имеет свои корни в ранних отношениях со значимыми Другими и требует признания в текущих, например в ходе психотерапевтических отношений (Dauman, Erlandsson, 2012). Помним, что любой психосоматический процесс есть всегда *межличностный процесс*.

Патологические отношения отрицают проявление индивидуальных страданий и эмоциональных влечений, заставляя человека подавлять самовосприятие и собственное мышление. Целью анализа является построение «психологических мостов» между речью пациента и самовосприятием своих эмоций, мышлением (Shapiro, 2003). Этот процесс может быть сконструирован следующим образом: подавленное страдание уменьшается с улучшением самоощущения, понимания своего внутреннего мира и способности показать (представить) его психологу. Реальность нашей пациентки наполнена страхами (наркотический трафик, алкоголь, наркоторговцы), которые люди не хотят «слушать» и соглашаются замалчивать. З. Фрейд в работе «Толкование сновидений» показал, что речь пациентов бессознательно чрезмерно детерминирована выражением сходных событий и мыслей с помощью словесных ассоциаций. Сверхдетерминация может рассматриваться как первый шаг мышления или поиск истинного и единственного выражения переживаний страдания, которое невозможно вынести. Рассказывая о возросшей нагрузке на радиорелейном канале во время школьных каникул за несколько дней до начала тиннитуса, пациентка бессознательно ищет свою собственную причину, чтобы расстроиться за будущее своего внука. Она наконец вспомнила изнасилование в своей юности, когда искала работу. Ассоциативно это связалось с требованием к внуку, чтобы он нашел работу, прямо перед тем, как он прекратил общаться с ней. Психодинамическая психотерапия дает возможность пациентке быть услышанной с ее эмоциональными побуждениями психологом, которому она доверяла. Психоанализ определяет такой эмоциональный процесс как *перенос*: в своей речи пациента бессознательно ищет Другого, который мог бы выслушать то, что было забыто в индивидуальном прошлом и требует признания в настоящем.

Использование нарративного метода требует от психолога тщательного и проникательного баланса между интимностью, которая раскрывается в процессе анализа, и уважением к частной жизни, которым мы как психологи обязаны каждому пациенту. Реконструированное повествование, которое было сделано из того, что передала пациентка, учитывало этот баланс с трех основных аспектов:

- социальная идентичность пациента намеренно бедна с точки зрения повествования, без какой-либо информации о ее месте жительства, семье и ее прошлом;
- цитаты ее речи не могут помочь в распознании, потому что они касаются главным образом шумов в ушах, которыми пациентка была слишком напугана, чтобы объяснить Другим, или смирилась с ними;

• то, что пациентка сказала о шуме в ушах и ее внуке, позволяет воспринимать ее жалобы за пределами медицинского понимания симптомов.

Такой личный фон редко принимается во внимание в литературе по лечению тиннитуса. Применение нарративного подхода может пролить свет на бессознательные корни жалобы, которая чрезмерно детерминирована. Такой подход к страданию от шума в ушах, который намеренно фокусируется на дискурсе пациента, адресованном психологу, ранее не описывался. Вместо этого эмоции пациентов с тиннитусом представлены с количественной точки зрения (т. е. аномального уровня тревоги, депрессии) без учета *субъективного и личного контекста этих эмоций*. Мы полагаем, что такой количественный, чрезмерно оценочный подход к эмоциям имеет ограниченный вклад в понимание тиннитуса. В связи с этим при психотерапевтическом лечении пациента следует уделять внимание *речи* пациента, контексту возникновения симптома. Воспринимать симптом как загадку, ребус, который сверхдетерминирован, и как некоторый способ желать или выразить требование. *Симптом – это сообщение о истории субъекта.*

### Заключение

Нарративная тактика не является бесценностной или нейтральной. Она имеет дело с субъективностью и личностным смыслом. Тиннитус – это субъективное явление, воспринимаемый внутренний шум, который никто другой не может услышать. Значение, придаваемое шуму в ушах, может быть очень эмоциональным и заменять внутреннее смятение, приводящее к экзистенциальной тревоге. Учитывая концепцию проекции и идентификации, можно предположить, что пациент может проецировать свое воображение на шум в ушах таким же образом, как в тесте Роршаха. Наконец мы хотели бы подчеркнуть важность учета не только когнитивно-поведенческих реакций пациентов на шум в ушах и общий уровень тревоги, но и поиск ключа к неизлечимой, скрытой травме. Важно не только устранить телесный симптом, тревогу, депрессию, но и предоставить пациенту с тиннитусом условия для развития его Я до более или менее зрелой идентичности.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Долар М. Голос и ничего больше. СПб.: Издательство Ивана Лимбаха, 2018. 384 с.
2. Рождественский Д.С. Психосоматика: психоаналитический подход. М.: Изд-во «Юрайт», 2019. 235 с.
3. Фрейд З. Женщина, которой казалось, что ее преследуют // Знаменитые случаи из практики психоанализа. Сборник / пер. А. Юдина. М., 1995. С. 35.
4. Фрейд З. Интерес к психоанализу. Сборник. Минск.: «Попурри», 2009. 592 с.



5. *Cima R.F., Mazurek B, Haider H. et al.* A multidisciplinary European guideline for tinnitus: diagnostics, assessment, and treatment // *Multidisziplinäre europäische Leitlinie für Tinnitus: Diagnostik, Einschätzung und Behandlung. HNO*, 2019. Vol. 67. P. 10-42. doi:10.1007/s00106-019-0633-7
6. *Crossley M.L.* Introducing narrative psychology. Self, trauma and the construction of meaning. Philadelphia, PA: Open University Press. 2000. 196 p.
7. *Dauman N., Erlandsson S.I.* Learning from tinnitus patients' narratives--a case study in the psychodynamic approach // *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2012. Vol. 27. № 7. P. 1–11. doi: 10.3402/qhw.v7i0.19540
8. *Dauman N.* La plainte de l'acouphène. Pour une écoute clinique du sujet souffrant [Suffering from tinnitus. A psychodynamic approach of individual grief]. Doctoral thesis (unpublished). France: University of Poitiers, 2010. 26 p.
9. *Edgren-Sundin B.* När tystnaden går förlorad en pilotstudie om krisprocessen vid tinnitus [When silence is lost a pilot study of the process of traumatic experiences following tinnitus onset]. Göteborg: Department of Psychology, University of Gothenburg, 1993. 110 p.
10. *Erlandsson S.I.* Reactions to tinnitus / In R.S. Tyler (Ed.). *The consumers handbook on tinnitus* P. 49–62. Sedona, AZ: Auricle Ink Publishers, 2008.
11. *Erlandsson S.I.* Psychological counselling in the medical setting. Some clinical examples given by patients with tinnitus and Ménière's disease // *International Journal for the advancement of counselling*, 1998. Vol. 20. P. 265–276.
12. *Erlandsson S.I., Persson M.-L.* A longitudinal study investigating the contribution of mental illness in chronic tinnitus patients // *Audiological Medicine*. 2006. № 4. P. 124–133.
13. *Fagelson M.A.* The association between tinnitus and posttraumatic stress disorder // *American Journal of Audiology*, 2007. Vol. 16. P. 107–117.
14. *Fuller T., Cima R., Langguth B., Mazurek B., Vlaeyen JWS, Hoare D.J.* Cognitive behavioural therapy for tinnitus // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020. № 1. doi: 10.1002/14651858.CD012614.pub2.
15. *Gergen K., Gergen M.* Narrative of the self / In T.R. Sarbin, & K. Scheibe (Eds.), *Studies in social identity*. P. 54–74). New York: Praeger, 1983.
16. *Hallam R.S., McKenna L.* Tinnitus habituation therapy / In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus treatment: Clinical protocols*. P. 65–80. New York: Thieme Medical Publishers, 2006.
17. *Hesser H., Andersson G.* The role of anxiety sensitivity and behavioral avoidance in tinnitus disability // *International Journal of Audiology*, 2009. Vol. 48. P. 295–299.
18. *Holloway W., Jefferson T.* Doing qualitative research differently; free association, narrative and the interview method. London: SAGE, 2001. 67 p.
19. *Mohr A-M.* Your life and tinnitus / In R.S. Tyler (Ed.), *The consumers handbook on tinnitus*. P. 81–98. Sedona, AZ: Auricle Ink Publishers, 2008.
20. *Polkinghorne D.P.* Narrative knowing and the human sciences. Albany, NY: SUNY Press. 1988. 73 p.
21. *Sarbin T.R.* (Ed.). *Narrative psychology: The storied nature of human conduct*. New York: Praeger, 1986. 210 p.

22. *Schneer H.I.* Psychodynamics of Tinnitus // The Psychoanalytic Quarterly. 1956. Vol. 25. № 1. P. 72–78. doi: 10.1080/21674086.1956.11926012
23. *Shapiro B.* Building bridges between body and mind: The analysis of an adolescent with paralyzing chronic pain // The International Journal of Psychoanalysis, 2003. Vol. 84. P. 547–561.
24. *Spense D.* Narrative truth and historical truth. New York: Norton. 1982.
25. *Weinshel E.M.* Some psychiatric considerations in tinnitus // Journal of the Hillside Hospital, 1955. № 4. P. 67–92.
26. *Wilson P.H., Henry J.L.* Psychological management of tinnitus / In R. S. Tyler (Ed.), Tinnitus handbook. P. 263–279. San Diego, CA: Singular Publishing Co., 2000.

## Psychodynamics of tinnitus: conflict or deficit?

*A.I. Melehin*

*Melehin Alexey Igorevich – PhD, associate Professor, clinical psychologist of the highest qualification category, somnologist, cognitive behavioral psychotherapist. Humanitarian Institute named after P. A. Stolypin.*

*In the article, on the clinical example of a patient with tinnitus, the psychosomatic personality or «somatic person» is detailed, i.e. a person whose mental functioning is replaced by bodily or behavioral one to a greater extent than in most cases. The very physical suffering of the patient evokes forgotten memories of a hidden trauma, or the somatic symptom is an indirect message to another. Detailed psychodynamic insight and emotional drives of a patient with tinnitus. The specificity of the psychodynamic narrative approach is shown. The most preferred approach for patients with tinnitus is psychotherapy, which combines expressive and supportive strategies.*

*Keywords: tinnitus, noise in the ears, the narrative approach, psychodynamic approach, somatization, psychosomatics.*