

Лекция 12. Психосоматические отношения.

План лекции:

1. *Определение.*
2. *Классификация психосоматических расстройств.*
3. *Психосоматические теории.*

1 вопрос. ОПРЕДЕЛЕНИЕ.

Считается, что природа наделила человека пятью базовыми эмоциями: страх, тревога, печаль, гнев и радость. Невозможно назвать их негативными или позитивными, все эмоции необходимы нам для выживания и самосохранения (*функции эмоций*). Представьте человека, у которого полностью отсутствует страх и тревога. Это как машина с отказавшими тормозами. Нет чувства опасности – организм может погибнуть. Нашим предкам для выживания было необходимо «собраться», «сгруппироваться» и дать отпор, либо убежать от врага. Тело человека, как любой живой объект нашего мира, имеет способность к пульсации «сжатие – расширение». Вспомните цветы мимозы, ежика, который сворачивается клубочком, если протянуть к нему руку, кролика «застывшего» и «парализованного» от страха перед удавом. Опасность – сжатие, миновала опасность – тело расширилось. Поэтому наши мышцы сжимаются в ответ на чувства, связанные с тревогой, страхом, гневом, печалью.

Каждое чувство, испытываемое человеком, имеет определенные зоны напряжения в теле. Рассмотрим поподробнее, как реагирует тело на некоторые эмоции.

Радость. Когда мы радуемся — тело расширяется, становится легким, мы летим от счастья. Все остальные эмоции сокращают, суживают, сжимают тело.

Страх. Представьте ситуацию: вы идете по улице, сзади слышите визг тормозов машины. Что вы чувствуете? Ваше тело сжимается в области солнечного сплетения. Идет «обрыв» в малый таз. Говорят: «человека парализует от страха», «подкосились ноги» (особенно в коленях). Это и есть зоны страха в теле. Каждое чувство, испытываемое человеком, имеет определенные зоны напряжения в теле. Мы и дышим всегда так, как себя чувствуем. Так, при выраженном страхе дыхание всегда замирает.

Тревога. Представьте: вы ждете кого-то, кто задержался поздним вечером. Вы мечетесь в тревоге. Появляется какая-то неусидчивость. Сердце стучит, дыхание поверхностное, чувство нехватки воздуха, все дребезжит и внутри, и даже внешне есть какая-то дрожь. Приливы жара, холода в теле, мурашки. Тревога заполняет все тело.

Гнев. Гнев необходим нам для того, чтобы, «сгруппировавшись», принять решение, дать отпор, преодолеть какое-либо препятствие, защититься, доказать свою правоту. Образ человека в гневе совершенно определенный: сжаты челюсти, глубокое и тяжелое дыхание. Напрягается шея, особенно ее боковые поверхности, а также грудь и руки (как для удара). Это все — зоны гнева.

Обида. Обида — это подавленный гнев, который в силу определенных обстоятельств нет возможности выразить. Поэтому зоны обиды включают в себя зоны гнева. Кроме того, обида сдавливает горло (комочек в горле). От обиды перехватывает дыхание, болит сердце.

Вина. Когда нас в чем-то обвиняют, плечи сжимаются, голова наклоняется, страшно посмотреть в глаза.

Заметьте: у животных и людей базовые эмоции одни и те же. Но если животные и дети эти эмоции не скрывают, то проблема взрослого человека в том, что в силу социальных условий он далеко не всегда имеет возможность выразить испытываемые чувства. Как правило, эти эмоции, чувства не осознаются, а лишь проявляются психологическим дискомфортом, болями, повышением артериального давления, хронической усталостью, депрессией. Но как бы человек не подавлял свои эмоции, мышцы все равно реагируют на них и все чувства отражаются на теле в виде мощного мышечного спазма.

В зависимости от того, в какой ситуации чаще находится человек, какие чувства испытывает, в тех или иных участках тела возникают зоны постоянного хронического напряжения — мышечные блоки. Это приводит к функциональным нарушениям, а затем и к появлению тех или иных болезней.

Например, накопившиеся подавленные обиды, блокируют грудную клетку, способствуют формированию хронического бронхита, «покашливания», не имеющих инфекционной природы. Ведь недаром бронхиальная астма является классическим психосоматическим заболеванием. Также заболевания печени (неинфекционной природы), ведь печень является «органом-архивом» пережитых обид и гнева. Диагноз «дискинезия желчевыводящих путей» появился в медицинском лексиконе в последние годы, а до этого существовало понятие «невроз желчного пузыря».

Поджелудочная железа — это орган, реагирующий на тревогу и беспокойство, а сахарный диабет входит в «золотую семерку» классических стрессовых болезней. Самые уязвимые органы, реагирующие на страхи и опасения — почки, кишечник, мочевой пузырь.

Особенный акцент хочется сделать на области малого таза, особенно у женщин. Только представьте, для какого количества чувств эта зона тела является «архивом» — страхи, телесные ощущения, связанные с гинекологическими вмешательствами, родами. А какое количество обид и разочарований связано с психологическими партнерами, мужьями!

Таким образом, телесные недуги являются материальным проявлением психологических проблем человека. Взаимосвязь тела и психики очевидна. А потому, воздействуя на телесные проявления психологических проблем, можно оказать помощь при психосоматических заболеваниях, эмоциональных и поведенческих расстройствах.

Одним из основоположников психосоматической медицины принято считать Ф. Александра (Alexander Franz), американского врача и психоаналитика (1891-1964). Большой опыт психосоматических исследований и медицинской психосоматической практики накоплен религией. Одним из эффективных методов психосоматики издревле считалась и считается поныне молитва. С точки зрения психологии молитва — внутренняя установка человека на соблюдение естественных законов морали, естественных законов психики и естественных физических законов жизни человека. Вряд ли у кого возникнет сомнение относительно положительного влияния на здоровье подобной установки.

Представление о тесной взаимосвязи самочувствия человека с его психическим, прежде всего эмоциональным, состоянием является одним из важнейших в современной медицине и медицинской психологии. Изменения в психосоматической регуляции лежат в основе возникновения психосоматических болезней или психосоматозов. В общем виде механизм возникновения психосоматозов может быть представлен следующим об-

разом: психический стрессовый фактор вызывает аффективное напряжение, активизирующее нейроэндокринную и вегетативную нервную систему с последующими изменениями в сосудистой системе и во внутренних органах. Первоначально эти изменения носят функциональный, обратимый характер, т.е. характер психосоматических расстройств, однако при продолжительном и частом повторении они могут стать органическими, необратимыми.

Любая хроническая болезнь - это особого рода задача для больного, и в конечном счете именно характер личности определяет, во что она превратится вследствие болезни.

Благодаря рефлексии больной может видеть себя, судить о себе, формировать себя. Но, с другой стороны, человек хочет обманываться, хочет отгородиться от реальности. В той сфере, которая принадлежит болезни, можно обнаружить инстинктивное влечение к болезни, и в противоположность, внутреннее обязательство быть здоровым.

Течение соматических заболеваний подчиняется единому шаблону: сначала появляется ощущение дискомфорта или нарушения, еще не воспринимаемое как болезнь. Суждения типа «я болен» возникают при снижении способности к продуктивной деятельности либо под воздействием того, что пришлось услышать от врача. Человек склоняется к рассуждениям по схеме: или он здоров, или болен. Решив считать себя здоровым, он не должен особенно беспокоиться по поводу симптомов. Но стоит ему посчитать себя больным, как все проявления собственной непродуктивности и дискомфорта покажутся ему достаточным основанием для того, чтобы ожидать к себе внимательного отношения, ухода и лечения.

Установка на самоконтроль в поддержании нормальной жизни, на то, чтобы не обращать на болезнь никакого внимания, - это прямая противоположность навязчивому подчинению соматической болезни и той незаметной капитуляции перед ней, которая иногда выглядит как почти целенаправленная решимость заболеть. Больные хотят сочувствия, хотят поднять вокруг себя шум, избежать выполнения тех или иных обязанностей, получить финансовую компенсацию или насладиться какими-то радостями. Подобного рода целенаправленная решимость и склонность к капитуляции играют значительную роль при соматических заболеваниях невротической природы.

Некоторые люди испытывают настоящую потребность заболеть. При появлении первых элементов болезни они всячески стараются их сохранить, лелеют их, инстинктивно говорят им «да» и при этом осознанно обращаются за медицинской помощью и высказывают заинтересованность в лечении. Болезнь становится главным содержанием их жизни, средством для того, чтобы играть роль, заставлять других прислуживать себе, извлекать выгоду из уклонения от требований, предъявляемых реальностью. Есть и такие люди, которым важно быть здоровыми при любых обстоятельствах. Иногда такая установка получает преувеличенное развитие.

К случаям, когда стремление быть больным воздействует на развитие болезненных соматических состояний, в полной мере применимо известное замечание Шарко: «Существует определенный момент между здоровьем и болезнью, когда все зависит от самого пациента».

Итак, *психосоматические расстройства* - это нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых в наибольшей степени связано с

нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической психологической травмы, специфическими особенностями эмоционального реагирования личности.

Психосоматические расстройства - нарушения функциональной или органической природы, в происхождении, проявлениях и течении которых существенную роль играют, наряду с другими, психологические и психосоциальные факторы.

Психосоматическая медицина - метод лечения и наука о взаимоотношениях психических и соматических процессов, которые тесно связывают человека с окружающей средой. К психосоматическим заболеваниям можно отнести бронхиальную астму, гипертоническую болезнь, стенокардию, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, сахарный диабет, язвенный колит, нейродермит, неспецифический хронический полиартрит. Схема психосоматических отношений представлена на рисунке 1.



Рис. 1. Схема психосоматических отношений

Психологические факторы играют роль и при возникновении других заболеваний: мигреней, эндокринных расстройств, злокачественных новообразований. Однако следует различать истинные психосоматозы, возникновение которых определяется психическими факторами и лечение которых должно быть направлено прежде всего на их устранение и коррекцию (психотерапия и психофармакология), и остальные заболевания, включая инфекционные, на динамику которых психические и поведенческие факторы существенно влияют, но при этом не определяют их возникновения.

Источники психосоматических расстройств могут быть самыми разными. Их можно объединить в группы:

1. Внутренний конфликт:

Грех или страсть являются «инородным» телом для человеческой души, раздражают её, вызывая нервное напряжение, хронический стресс различной выраженности, который подрывает защитные силы организма. Это открывает входные ворота инфекциям, сосудистым и сердечным заболеваниям и т.д.

Конфликт может возникнуть между различными потребностями человека, его идеальными установками и реальными возможностями, необоснованными претензиями на «праведность» или исключительность.

Этот случай произошел с мальчиком 13 лет, который занимался в музыкальной школе по классу флейты. Его родители, в основном мать, возлагали на него большие надежды, пророча ему блестящее будущее музыканта. Они преувеличивали его успехи, перехваливали.

Но вот однажды подошло время участия в каком-то представительном конкурсе. Серьёзная комиссия обратила внимание педагогов и родителей на то, что техника игры ребёнка оставляет желать лучшего, мелодику произведения он чувствует слабо, а пальцы вообще как деревянные. Мальчик услышал эти слова, и как ответная реакция на неудачу у него развился столь знакомый многим музыкантам «писчий спазм» – истерический паралич кисти.

Это было расценено матерью как серьёзное заболевание, и, как ни странно, успокоило её. Всем знакомым она говорила, что у сына — ревматоидный артрит и пальцы «скрючились», но талант не пропал, просто не может быть реализован.

Флейту пришлось оставить. Через некоторое время мальчика пришлось всё же показать психотерапевту, поскольку у него начались тики — непроизвольно подёргивались щека и веко. К сожалению, мать не изменила своей позиции и продолжала развивать у сына завышенную самооценку, что мешало ему встать на путь осознания своих проблем.

2. Вторичная выгода. *«Для меня болеть — одно из величайших удовольствий жизни, при условии, что болезнь не слишком тяжёлая и нет необходимости работать, пока болезнь не пройдет».*

С. Батлер

Если разобраться, немного поболеть бывает в каком-то смысле даже выгодно. Заболев, человек может избежать исполнения неприятных для себя обязанностей, оправдать неблагоприятный поступок и т.п. Такой механизм развития заболеваний характерен для истероидных личностей. Главное, чего они хотят добиться, это внимания и сочувствия. Истерические заболевания могут принимать форму любых симптомов, вплоть до припадков «эпилепсии» и «параличей», которые даже опытные врачи иногда принимают за настоящие. Классическим отличием истерического припадка от эпилептического считается то, что истерики, падая "без сознания", умудряются ничего не повредить и не ушибаются, при этом никогда не прикусывают язык до крови.

Но бывают и такие случаи истерического припадка, которые полностью имитируют большой припадок эпилептиков – с кровавой пеной изо рта и сильными ушибами. То, что это не эпилепсия, доказывается энцефалограммой.

Ещё одно характерное свойство таких болезней – демонстративность. Даже приступы «эпилепсии» происходят у этих больных только при стечении большого числа людей. Именно для истероидного типа личности характерны «чудесные» исцеления, которые происходят в обстановке ожидания чуда. При этом душевное и тем более духовное устройство этих людей совершенно не изменяется.

Кстати, заболеть иногда означает наиболее быстрый способ удовлетворения собственной значительности. Один психотерапевт заметил, что некоторые больные даже делают себе «карьеру». Вначале они обращаются за помощью к «лейтенанту» – врачу поликлиники, затем к «капитану» – более опытному врачу, потом его приводят к «майору» в лице заведующим. Потом он попадает в клинику к доцентам и профессорам – «полковникам» и «генералам». Таким образом, во главе – заведующий кафедрой, рядом

доценты, ассистенты, ординаторы, куча интернов, стажеров, курсантов, и всё это – для него.

Практически все подобные больные помимо соматических проблем имеют и различные невроты, причем они подсознательно не хотят вылечиваться от своих артритов, гастритов и иже с ними и даже терроризируют врачей, которые указывают им на истинные, глубоко в душе находящиеся причины недугов. Точно так же некоторые приходящие в церковь люди обижаются на духовников, призывающих оставить саможаление и посвятить время подлинному духовному росту. Но для этого нужны свобода и ответственность, а этого-то и боятся невротики.

3. Внушение со стороны:

При зависимости или просто большой степени открытости одного человека другому может происходить закрепление вербальных установок. Если ребёнку часто повторять, что он неряха, неуклюжий, жадина, он на самом деле начинает проявлять подобное в поведении. Нередко родители, воспитывающие своё чадо в состоянии гиперопеки, внушают ребёнку, что он тяжело болен.

Девочка Катя была инвалидом детства. Довольно тяжелый порок сердца не давал надежды на полный успех операции. И действительно, после тяжелого, длительного хирургического вмешательства, улучшение наступило на 25%. Однако мама Кати, человек глубоко верующий и тонкий, никогда не напоминала девочке о её болезни, не создавала напряжённой атмосферы, не одёргивала во время игр.

В этом же доме жила девочка Ангелина, примерно одного возраста с Катей. У неё был обнаружен шум в сердце. После обследования врачи сказали, что шум этот функционального характера, опасности не несёт, и никаких ограничений ребёнок иметь не должен. Однако такое известие вызвало волну тревожных мыслей у матери Ангелины. Она стала с волнением в голосе по несколько раз в день напоминать дочери о том, что она больна сердцем, ей вообще нельзя бегать, прыгать, громко кричать и т.п.

В результате через год девочка от малоподвижного образа жизни значительно располнела, стала часто болеть. Ангелина стала тревожной и мнительной, стали проявляться истерические черты характера. Мама Кати с удивлением смотрела на происходящее, пыталась дать советы, но они были встречены в штыки. «Ребёнок серьёзно болен», — твердила мать Ангелины.

Так за два года забот мамы девочка превратилась в невротическую личность, набрала значительный лишний вес, с окружающими стала разговаривать лишь о своей болезни.

В настоящее время мама Ангелины добивается перевода дочери на домашнее обучение.

Идентификация.

Это ситуация, когда человек, пытаясь подражать кому-то, имитирует его болезни.

Один достаточно молодой дьякон испытывал непреодолимое желание "руководствовать людьми ко спасению". Для этого он старательно имитировал образ одного знакомого старца, копировал его походку, манеру говорить. Не хватало одной детали: старец был довольно-таки больным человеком.

И вот, дьякон стал постоянно упоминать о своих немоцах, больных ногах и расстроенном желудке. Он делал страдальческое лицо, ходил, прихрамывая. Самое любо-

пытное, что после двух лет такой имитации эти болезни действительно стали появляться.

Симптомы психосоматических нарушений

Симптомы являются производными заболевания, его частью. Они порождены теми же причинами и патогенетическими механизмами, что и болезнь в целом. Поэтому своими особенностями симптомы отображают и общие свойства самого заболевания, и его отдельные качества.

Динамикой симптоматики создается история развития заболевания — не только в прошлом, но и в дальнейшем. На основании знания закономерностей формирования симптомов, их содержания, сочетаний, чувствительности к терапевтическому воздействию можно не только успешно диагностировать психосоматическое заболевание, но и судить о тенденциях его дальнейшего развития.

Диагностическая значимость различных симптомов

Информационная емкость симптомов неодинакова. Например, ускорение или замедление темпа мышления, двигательное возбуждение, истощаемость внимания и другие симптомы практически не бывают представлены самостоятельно. Они могут лишь рассматриваться в комплексе с другими, связанными с ними признаками болезни. Диагностическая значимость симптома определяется степенью его специфичности. Истощаемость внимания, бессонница, головная боль, раздражительность, снижение настроения и другие астенические и аффективные симптомы наблюдаются не только при психосоматических заболеваниях, но и при тяжелых соматических, неврологических и психических заболеваниях.

Специфичность симптомов

Степень специфичности и диагностическая значимость симптома тем больше, чем ближе он к индивидуальным особенностям данного случая. Любой обобщенный симптом малоспецифичен; при его констатации никогда нельзя сказать, о каком заболевании идет речь. Конкретное же заболевание привносит в клиническую картину симптомов свои черты, свои особенности, по которым распознается не симптом вообще, а симптом, свойственный тому или иному заболеванию. Например, на бессонницу жалуется и больной неврастенией, и больной, страдающий церебральным атеросклерозом, и больной психопатией. Но все эти больные не спят по-разному. Для неврастеника характерна недостаточность внутреннего торможения, определяющая появление раздражительной слабости, нетерпеливости и других симптомов. При слабости тормозных реакций сон оказывается очень поверхностным, больные на протяжении ночи часто пробуждаются под воздействием незначительных раздражителей. Вполне естественно, что такой сон не дает отдыха.

Больной психозом всю ночь не может сомкнуть глаз. Он ни на минуту не в состоянии отвлечься от своих тягостных переживаний; прошлое кажется ему цепью ошибок, будущее — беспросветно. За ночь больной так измучивается, что к утру, убежденный в безвыходности своего положения, начинает всерьез обдумывать свой уход из жизни. Для больного с церебральным атеросклерозом характерна быстрая истощаемость всех психических процессов, что проявляется слабодушием, неустойчивостью внимания, недостаточностью памяти. Истощаемость сочетается с инертностью реакций, вследствие чего возбужденный событиями дня, разговорами больной долго не может уснуть. Заснув, через 2—3 часа просыпается вследствие истощаемости механизмов сна. Предпри-

нимает отчаянные попытки заснуть снова. Наконец, к 6—7 часам утра засыпает, но вскоре просыпается по звонку будильника.

Приведенные примеры показывают, что одни и те же психопатологические симптомы в данном случае выглядят по-разному при разных заболеваниях, поскольку существуют различия в патогенезе. Вместе с тем, объединенные единством происхождения, все симптомы одной и той же болезни имеют общие черты.

2 ВОПРОС. Классификация психосоматических расстройств.

А.Б. Смулевич выделяет четыре группы психосоматических расстройств:

Психосоматические заболевания в традиционном их понимании. Это соматическая патология, манифестация или эксацербация которой связана с лабильностью организма по отношению к воздействию психотравмирующих социально-стрессовых факторов. Проявления соматической патологии при психосоматических заболеваниях не только психогенно провоцируются, но усиливаются расстройствами соматопсихической сферы — феноменами соматической тревоги с витальным страхом, алгическими, вегетативными и конверсионными нарушениями. Этим понятием объединяются ИБС, эссенциальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, псориаз, некоторые эндокринные и аллергические заболевания.

Соматоформные расстройства и соматизированные психические реакции, формирующиеся при невротических или конституциональных патологиях (неврозы, невропатии). Органные неврозы — это психогенные заболевания, структура которых отличается функциональными расстройствами внутренних органов (систем) при возможном участии пограничной и субклинической соматической патологии. Сюда относятся кардионевроз (синдром Да Косты), синдром гипервентиляции, синдром раздражённой толстой кишки и др.

Нозогении — психогенные реакции, возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний. Эти расстройства связаны с субъективно тяжёлыми проявлениями соматического страдания, представлениями больных об опасности диагноза, ограничениями, налагаемыми болезнью на бытовую и профессиональную деятельность. Клинически эти психогенные реакции могут проявляться невротическими, аффективными, патохарактерологическими и даже бредовыми расстройствами. Возможность манифестации нозогений и их психопатологические особенности во многом определяются клиническими проявлениями соматической патологии (ИБС, артериальная гипертензия, злокачественные образования, оперативные вмешательства и др.).

Соматогении (реакции экзогенного типа или симптоматические психозы). Эти расстройства относятся к категории экзогенных психических нарушений и возникают вследствие воздействия на психическую сферу массивной соматической вредности (инфекции, интоксикации, неинфекционные соматические заболевания, СПИДа и др.) или являются осложнениями некоторых методов лечения (например, депрессия и мнестические расстройства после операции аортокоронарного шунтирования, аффективные и астенические состояния у больных, получающих гемодиализ и др.). В числе их клинических проявлений находится широкий спектр синдромов — от астенических и депрессивных состояний до галлюцинаторно-бредового и психоорганического синдромов.

Типы психосоматических расстройств (по М. Блейлеру)

1. *Психосоматозы* в более узком смысле слова, то есть органические соматические заболевания, в развитии которых большую роль играет психогенный компонент. Как правило, сюда относятся гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Спорным является включение в их число инфаркта миокарда, мигрени, бронхиальной астмы, ревматического артрита, язвенного колита и нейродерматита.

2. *Психосоматические функциональные расстройства* иногда, если они кратковременны и менее выражены, находятся на границе нормы, но иногда их относят к числу невротических заболеваний. Речь идет о кардиальной функциональной реакции, выраженной потливости, заикании, тике, рвоте, запоре, поносе, энурезе, сексуальных расстройствах.

3. *Психосоматические расстройства в более широком, непрямом смысле.* Расстройство обусловлено определенным отношением, вытекающим из особенностей личности и ее переживаний; это отношение приводит к такому поведению, результатом которого является нарушение здоровья. Наиболее значительными из этой области являются:

По современным представлениям, к психосоматическим заболеваниям и расстройствам относят следующие расстройства.

1. *Конверсионные симптомы.* Невротический конфликт получает вторичный соматический ответ и переработку. Симптом имеет символический характер, демонстрация симптомов может пониматься как попытка решения конфликта. Конверсионные проявления затрагивают в большей части произвольную моторику и органы чувств. Примерами являются истерические параличи и парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены.

2. *Функциональные синдромы.* В этой группе находится преобладающая часть «проблемных пациентов», которые приходят на прием с пестрой картиной часто неопределенных жалоб, которые могут затрагивать сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания или мочеполовую систему. Беспомощность врача относительно этой симптоматики объясняется среди прочего многообразием понятий, которыми обозначаются эти жалобы. Часто у таких больных имеются только функциональные нарушения отдельных органов или систем; какие-либо органические изменения, как правило, не обнаруживаются. В отличие от конверсионных симптомов, отдельный симптом не имеет специфического значения, будучи неспецифическим следствием нарушенной телесной функции. Александер описал эти телесные проявления как сопровождающие признаки эмоционального напряжения без характерных черт и обозначил их органами невротизма.

3. *Психосоматозы* - психосоматические болезни в более узком смысле. В основе их - первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа. Заболевания, связанные с органическими изменениями, принято называть истинными психосоматическими болезнями или психосоматозами. Первоначально выделяли семь психосоматозов («holy seven»): бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз.

Позже этот список расширился - к психосоматическим расстройствам относят рак, инфекционные и другие заболевания.

4. *Психосоматические расстройства*, связанные с особенностями эмоционально-личностного реагирования и поведения - склонность к травмам и другим видам саморазрушающего поведения (алкоголизм, наркомания, табакокурение, переедание с ожирением и др.). Эти расстройства обусловлены определенным отношением, вытекающим из особенностей личности и ее переживаний, что приводит к поведению, результатом которого является нарушение здоровья. Например, склонность к травмам характерна для личностей со свойствами, которые противоположны точности, тщательности. Повышенное потребление пищи может пониматься как индикатор престижа, социальной позиции или замены, компенсацией недовольства.

Классификация психосоматических расстройств в МКБ-10

"Органические, включая симптоматические, психические расстройства" (рубрики F04-F07, соответствующие реакциям экзогенного типа К. Vonhoffer)

"Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства" (рубрики F44.4-F44.7, соответствующие психогениям, и F45 – соматоформные расстройства)

"Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами" (рубрики F50-F53).

На смену распространённому ранее термину «психосоматические заболевания» в американской диагностической системе DSM-III в 1980 г. впервые было введено в качестве самостоятельной диагностической категории понятие «соматоформные расстройства». В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) термин «психосоматические» не используется «ввиду различий в его использовании на разных языках и при различных психиатрических традициях, а также для того, чтобы не подразумевалось, будто при других заболеваниях психологические факторы не имеют значения в их возникновении».

В зарубежной, а в последнее время и в отечественной научной литературе термин «психосоматические расстройства» активно вытесняется современным понятием «соматоформные расстройства». Однако, термин «психосоматические расстройства» сохраняет право на своё существование в отечественной литературе. Некоторые исследователи и практические психиатры отождествляют эти два понятия, подчёркивая наличие конверсионных механизмов, лежащих в основе их происхождения. При этом ставится знак равенства между соматоформными расстройствами и такими понятиями, как «функциональные нарушения», «психовегетативный синдром», «globus hystericus», «синдром хронической усталости» и др. Однако, согласно современным представлениям, «соматоформные расстройства» являются лишь составной частью более обширного понятия ПСР.

Согласно МКБ-10, к соматоформным расстройствам (СФР) отнесены следующие подгруппы: соматизированное расстройство; недифференцированное соматоформное расстройство; ипохондрическое расстройство; соматоформная вегетативная дисфункция; хроническое соматоформное болевое расстройство; другие соматоформные расстройства; соматоформное расстройство неуточнённое. Подчёркивается, что патогенетические механизмы формирования СФР связаны с конверсией, трансформацией актуального невротического конфликта в функциональные соматические симптомы при отсутствии органической основы для них. По существу вся рубрика СФР включает в себя

три базисных компонента: истерические расстройства, органические неврозы и вегето-сосудистая дистония.

3 вопрос. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ.

Существуют три группы теорий, в которых предпринимаются попытки описать и объяснить возникновение психосоматических расстройств.

Первая группа теорий - это характерологические типологии личности. Психосоматика уже давно признавала склонность определенных типов личности к определенным заболеваниям. Например, описанные Гиппократом сангвиники проявляют склонность к заболеваниям органов кровообращения, а холерики и меланхолики - к заболеваниям желчевыводящих путей. Согласно теории конституции Э. Кречмера (E. Kretschmer), лептосомиков (людей хрупких, высоких, с плоской грудью, узкими плечами, длинными и худыми конечностями) характеризует склонность к туберкулезу легких и гастритам; пикников (тучных, среднего роста, с большим животом и короткой шеей) - к хроническому ревматизму, атеросклерозу и болезням желчных путей; атлетиков (мускулистых, крепких, высоких, широкоплечих) - к эпилепсии и мигреням.

В середине прошлого века, исследуя людей, имевших в анамнезе повторные несчастные случаи, американский врач Ф. Данбер (F. Dunbar) выявила определенный личностный профиль, предрасполагающий к подобному поведению. Она назвала его «личность, склонная к несчастьям». Это импульсивные, ведущие неупорядоченный образ жизни, склонные к приключениям люди, не контролирующая свою агрессивность. При этом они склонны и к самонаказанию из-за неосознанного чувства вины.

Противоположна этому профилю «личность, склонная к ангинозным жалобам и развитию инфаркта миокарда». Такие люди описываются как выдержанные, способные к длительной напряженной деятельности, они могут отказаться от сиюминутных желаний ради удовлетворения отдаленных целей. В современной медицине применение этого подхода привело к разработке типологии личностей типа А и личностей типа Б.

Значение этих теорий в том, что они показали, что люди с разной физиологической конституцией имеют различные характеры и страдают разными заболеваниями.

Вторая группа теорий - психоаналитические. Психоанализ полагает, что соматические комплексы возникают на почве душевного конфликта. Благодаря З. Фрейду было доказано влияние преморбидного, особенно раннего детского, развития на психическое и физическое становление личности и показано воздействие психических конфликтов на патогенез.

Многочисленные наблюдения позволили выявить общие для многих психосоматических больных характеристики личности. Сегодня они определяются понятием «алекситимия», которое характеризуется четырьмя типичными признаками:

1. Своеобразная ограниченность способности фантазировать. Речь такого человека бедная, связана с текущим моментом, утомляет собеседника и производит впечатление настоящей тупости.

2. Типичная неспособность выражать переживаемые чувства.

3. Большое желание вступать в контакты с другими людьми и поддерживать отношения, но отношения характеризуются своеобразной пустотой из-за неспособности выражать свои и разбираться в чужих чувствах.

4. Из-за задержки на симбиотическом уровне развития в жизни психосоматического пациента появляется «ключевая фигура». Благодаря ей больной существует. Потеря этой «ключевой фигуры» часто обнаруживается как провоцирующая ситуация в начале или при ухудшении болезни.

В дальнейшем алекситимия была обнаружена и у здоровых людей. Поэтому сегодня ее можно рассматривать как фактор риска развития психосоматических расстройств.

Третья группа теорий - это интегративные модели. В рамках этих моделей человек рассматривается как биопсихосоциальное существо. Здоровье определяется как успешное приспособление к окружающему миру, а болезнь - как нанесение ущерба или нарушение определенных компонентов структуры или функций организма человека. Болезнь не является единственным основанием для появления чувства болезни и страдания. И наоборот. Человек может страдать, считая себя здоровым, или не страдать, несмотря на наличие болезни. Это говорит о том, что природа болезни, чувства болезни и страданий различна. При интегративном подходе внимание обращено на многочисленные факторы, которые ответственны за предрасположенность, выявление, поддержание и различное спонтанное течение болезней и их последствий для больного, его семьи, общества.

Психосоматический симптом как результат конверсии психической энергии. Конверсионная модель З. Фрейда.

З. Фрейдом были сформулированы базовые теоретические положения психодинамической концепции психосоматических расстройств (1856-1939). Однако нужно помнить, что сама психосоматическая проблема никогда не была в центре внимания основателя метода психоанализа и его ближайших последователей. Как первую психосоматическую модель психоанализ развил понятие конверсии. Фрейд описал её как истерический симптомокомплекс.

Классическими примерами её были, например, психогенные параличи руки, истерические припадки, истерическая дисбазия (нарушение ходьбы) или психогенная анестезия (нарушение чувствительности). Прототипом психоаналитического понятия конверсии является произвольное движение: возникающая первоначально в представлении идеаторная схема движения реализуется затем в моторном исполнении, как, например, показывание, объяснение, хватание руками или удар кулаком. В понимании Фрейда благодаря конверсии неприятное представлено и становится безвредным потому, что его «сумма возбуждения» переводится в соматическую сферу. Симптом связывает психическую энергию и оставляет непереносимое представление неосознанным, однако требует дополнительного внимания и вторично приводит к усилению либидинозного замещения и, таким образом, имеет характер как удовлетворения, так и наказания. Фрейд всегда отстаивал свою позицию, согласно которой необходима «соматическая готовность» – физический фактор, который имеет значение для «выбора органа» и который можно представить себе в процессе его возникновения, начиная от генетической диспозиции, в виде существующей на данный момент перегрузки органа вплоть до ранних детских следов в рамках особого телесного опыта. Хотя вследствие общественного развития такие конверсионные симптомы стали более редкими, теоретическая и терапевтическая действительность этой модели у определённых пациентов с истерическими симптомокомплексами, параличами, нарушениями чувствительности

или эмоциональности неоспорима. Истерия как психопатологический синдром вызывается, по мнению З. Фрейда, неразрешенным эмоциональным конфликтом (психической травмой), осознание которого не поощряется социальными нормами. Другими словами, вместо того чтобы быть отреагированными в спонтанном выражении, испытываемые человеком отрицательные эмоции, возникающие при травмирующем событии, подавляются. Однако вызываемое аффектом энергетическое напряжение никуда не девается и обращается в болезненный симптом. Отсюда возникает представление о конверсионном (conversion — обращение, переход из одного состояния в другое) механизме истерических расстройств, когда болезненный симптом выступает символическим выражением эмоционального конфликта. Нарушение телесной функции есть соматизированное выражение несовместимых с осознаваемым «Я» идей.

Неотреагированный вытесняемый эмоциональный (внутриличностный) конфликт становится энергетическим резервуаром, подпитывающим болезнь. Следовательно, для прекращения истерического расстройства необходимо осознание этого конфликта, добиться чего можно за счет актуализации личностных ресурсов самого пациента. Дальнейшее развитие этой идеи пошло по пути поиска и совершенствования метода актуализации личностных ресурсов. Поэтому психосоматические нарушения в психоанализе долгое время отождествлялись только с конверсионным психическим расстройством

Модель вегетативного невроза и теория векторов Ф. Александера

Согласно модели вегетативного невроза, если бессознательный конфликт не имеет выхода в соответствующем внешнем проявлении, то он приводит к эмоциональному напряжению, сопровождаемому устойчивыми изменениями в вегетативной нервной системе. По мнению Александера, подобные изменения в вегетативной нервной системе могут повлечь за собой изменения ткани, а возможно, даже и необратимые поражения органов. В отличие от конверсии, в этом процессе отсутствует символический выразительный характер выбора органа поражения, а также из-за возникновения тех или иных симптомов болезни эмоционального облегчения не происходит. Наоборот, переживание физического страдания, как, например, при астме или колите, может еще более осложнить психические проблемы.

Кроме того, Александер предложил векторную теорию развития психосоматического симптома, которая включает три вектора: 1) желание объединить, получить, принять; 2) желание исключить, удалить, отдать, израсходовать энергию для нападения или совершения чего-либо или для нанесения вреда; 3) желание сохранить, накопить. Александер предположил также, что специфический психический конфликт между тремя векторами влечет за собой нарушения в определенных органах. Например, в основе возникновения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки лежат оральные конфликты, а в основе заболеваний толстой кишки (например, при язвенном колите) — специфические анальные конфликты.

Концепция «векторов», которые он понимает и как динамические силы биологических структур организма, и как психодинамические тенденции переживаний и поведения, позволяет ему понять суть симптомов вегетативного невроза как симптоматическое поведение и определить ее в ставших классическими основных психодинамических формулах. Так, например, астматик следует бессознательному «эмоциональному

силлогизму»: «Я не могу любить, так как это означало бы, что я теряю любовь своей матери!»).

Концепция векторов дает возможность систематического дополнения психодинамического исследования психофизиологическими методами, которые могут исследовать физиологические компоненты эмоциональных состояний.

Проблеме «выбора органа», или «специфичности» при невротических расстройствах посвящено большое число исследований (Мясищев, Страумит, Карвасарский и др.). Выбор симптома может зависеть от не осознаваемого конфликта, мотивационных переживаний, которых конфликт касается, способа самонаказания за невозможность разрешить определенный внутренний конфликт, неудовлетворенности какой-либо потребности, от нарушений интерперсональных отношений, фазы развития либидо, при которой возник первичный конфликт, свойств личности, темперамента, способов переработки и переживания эмоций, особенностей основных защитных механизмов, индивидуального опыта, условий жизни и актуализирующей ситуации, силы и вида актуальной психотравмы и т. д.

Теория «специфичности конфликта» представляет сегодня лишь исторический интерес, поскольку давно уже можно считать доказанным, что вегетативная нервная система отвечает на различные эмоциональные переживания примерно однотипно. Выбор поражаемого органа скорее детерминирован — во всяком случае, в определенной степени — генетически.

Известно, что в одних семьях «слабым местом» оказывается сердце, в других — легкие и т. д. С другой стороны, психический фактор запускает процесс соматизации. Создаются условия, когда на индивидуальное для каждого человека «слабое место» налагается непереносимая психофизическая нагрузка, и в результате часто наступает болезнь. По-видимому, поэтому же механизму патология выбирает свой объект и при осложнениях после гриппа, ангины и т. п.

Теория профилей личности Ф. Данбар

Теория личностных профилей связана с именем Ф. Х. Данбар (F. H. Dunbar). В 1935 г. ею были опубликованы результаты исследования о связи соматических расстройств с определенными типами эмоциональных реакций, к которым предпочитают прибегать люди с теми или иными характерологическими чертами. Она обратила внимание на укорененную в личности предрасположенность к реагированию на психологический конфликт конкретным соматическим расстройством.

В 1948 г. Ф. Данбар закончила разработку концепции личностных профилей, в которой эта исследовательница утверждала, что эмоциональные реакции на проблемные жизненные ситуации являются производными от структуры личности больного. Из этого тезиса вытекало предположение, что каждое соматическое заболевание, развившееся вследствие непроработанного психологического конфликта, связано с вполне определенным набором характерологических черт и паттернов межличностного взаимодействия. Ею были выделены коронарный, гипертонический, аллергический и склонный к повреждениям типы личности.

Для коронарного типа личности (людей, которые склонны к развитию у них сердечно-сосудистой патологии) характерна повышенная агрессивность, жестокость, раздражительность, стремление всегда быть лидером и победителем, состязательность, нетерпение, гневливость и враждебность по отношению к другим. Ведущей причиной

сердечных расстройств у «коронарной» личности Ф. Данбар считала подавление в силу социального или эмоционального запрета эмоции гнева. В 1974 г. американские кардиологи Роузенманн и Фридман назвали поведение коронарной личности «поведением типа А».

Для гипертонического типа личности свойственны повышенная гневливость, чувство вины за собственные враждебные импульсы, выраженная потребность в одобрении со стороны окружающих, особенно — авторитетных или руководящих лиц.

В структуре аллергического типа личности часто встречаются такие черты, как повышенная тревожность, неудовлетворенная потребность в любви и защите, конфликтное сочетание стремления к зависимости и независимости, повышенная сексуальность (зуд как символическая форма мастурбации).

В социальном психоанализе Франкфуртской школы концепция Ф. Данбар была модифицирована в теорию «больного общества» (Э. Фромм, Дж. Холлидей).

В исследованиях Ф. Данбар была продемонстрирована роль психологических факторов развития психосоматических расстройств, однако ее теория не давала ответа на основной вопрос: каким образом бессознательный внутриличностный конфликт запускает или поддерживает заболевание.

МОЖНО ЛИ ПОМОЧЬ?

Современная психосоматическая медицина использует для лечения психосоматозов большой набор психо- и соматоцентрированных методик. В общих чертах психотерапию можно определить как особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем или затруднений психического характера.

Существует несколько взглядов на сущность психотерапии. В рамках медицинской модели психотерапию можно представлять как метод лечения, влияющий на психическую и соматическую деятельность организма или как метод воздействия, приводящий в движение процесс научения. Это психологическая модель психотерапии. Философская модель рассматривает психотерапию как комплекс явлений, происходящий в ходе взаимодействия и общения людей.

Психологическая и философская модели основаны на первичном осмыслении понятия «психотерапия» как «исцеление душой». Основная цель такого подхода - не лечение от психических расстройств, а помощь в процессе становления личности, при которой психотерапевт предстает спутником, другом и наставником пациента. Условиями, необходимыми для успешной деятельности психотерапевта, являются не столько наличие у него специального (медицинского) образования, позволяющего ставить правильный диагноз и назначать лечение, сколько безоценочное отношение к пациенту и принятие его таким, какой он есть, сострадание и сочувствие к нему, а также искренность и честность поведения.

В отечественной исследовательской литературе более распространенным является определение психотерапии как системы лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного. К формам терапии в психосоматике относят психотерапевтическую беседу, поддерживающую терапию, психотерапию на основе глубинной психологии, динамическую психотерапию, психоанализ, аналитическую групповую терапию, семейную психотерапию, поведенческую терапию, суггестивные и упражняющие

методики, гипноз, телесно-центрированные методики (аутогенную тренировку, прогрессивную релаксацию и т.д.).

Много ярких примеров использования психосоматических представлений можно найти в популярных течениях нетрадиционной медицины (см. Приложение ниже).

Приложение:

Как исцелить свою жизнь

Я верю, что мы сами создаем болезни в нашем теле.

Голова представляет нас самих. Это то, что мы показываем миру. Когда что-то не в порядке с головой, это значит, что не порядок с нами.

Уши. Когда у человека проблемы с ушами, это значит, что в его жизни происходит нечто такое, что он наотрез отказывается слышать.

Проблемы с глазами означают, что мы отказываемся что-то видеть - или в нас самих или в нашей жизни.

Головные боли происходят, когда мы чувствуем себя неполноценными. В следующий раз, когда у вас заболит голова, спросите себя, где вы чувствуете себя униженным и почему. Простите себя, и головная боль исчезнет.

Шея - это гибкость мышления, понимание точки зрения другого. Проблемы с шейей говорят об упрямстве и нежелании быть более гибкими. Больное горло - это раздражение. Ларингит обычно означает то, что мы так злы, что не можем говорить.

Спина представляет собой систему поддержки. Проблемы с верхней частью спины - сигнал недостаточной эмоциональной поддержки; средняя часть имеет отношение к чувству вины. Постоянное беспокойство о деньгах может стать источником проблем нижней части спины.

Проблемы с легкими возникают из-за нежелания или страха жить полной жизнью. Те, кто много курят, обычно отрицают жизнь.

Проблемы с молочными железами могут означать, что мы буквально душим своим вниманием другого человека, вещь или ситуацию. Если имеет место рак груди, это дополнительно еще и накопленная обида или злость.

Сердце символизирует любовь, а кровь - радость. Когда в жизни нет любви и радости, то сердце буквально сжимается и становится холодным. Иногда мы настолько запутываемся в своих драмах, которые сами себе создаем, что совсем не замечаем радости, которая нас окружает.

Проблемы с желудком означают, что мы не знаем, как «переварить» новую ситуацию. Язва желудка - это чувство, что мы недостаточно хороши для кого-то или для чего-то. Мы не можем переварить того, что из себя представляем.

Камни в желчном пузыре символизируют накопленные горькие мысли и ту гордость, которая мешает избавиться от них.

Проблемы с мочевым пузырем, задним проходом, половыми органами происходят из-за извращенных идей о наших телах и функциях, которые они выполняют.

Проблемы с яичниками говорят о невыраженных творческих способностях.

Проблемы с ногами свидетельствуют о страхе продвигаться вперед. Варикозные вены - это или дом, или работа, которую вы ненавидите.

Несчастные случаи совсем неслучайны. Мы их сами создаем. Это проявления раздражения, обиды, безысходности и полной несвободы выразить чувства. Они могут происходить, когда мы чувствуем себя виноватыми, когда ищем себе наказание, и оно

приходит в виде несчастного случая. Этот случай позволяет нам обратиться за помощью и сочувствием к другим.

Боль любого происхождения - свидетельство чувства вины. А вина ищет наказания и создает боль.

Астма. Человеку с астмой кажется, что у него нет права дышать самому. Дети-астматики обычно с высокоразвитой совестью, они за все принимают вину на себя.

Рак - болезнь, вызванная накопленной обидой, которая в буквальном смысле начинает поедать тело. Я убеждена, что опухоли у женщин в матке, яичниках возникают от того, что они носят всю жизнь с обидой, происшедшей в результате удара по их женственности.

Излишний вес - нужда в защите. Мы ищем защиту от боли, критики, сексуальности, оскорблений и т.д. Доверие к себе, к жизни, воздержание от отрицательных мыслей - вот способы похудеть.

Любую болезнь можно излечить, если мы хотим изменить свои мысли, убеждения и действовать соответственно этому. Дело не в том, что с нами происходит, а в том, как мы на это реагируем.

Мы все, без исключения, несем 100 % ответственность за то, что с нами происходит.

Таблица. Наиболее известные психосоматические расстройства и личностные типы, с ними связанные

Заболевание	Личностный тип
Ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда	Активный, порывистый, стремящийся к соперничеству и самореализации, много времени уделяет работе, нетерпелив, постоянно находится в цейтноте, настойчив в достижении целей, завоевывает авторитет
Гипертоническая болезнь	Сдержанность и упорядоченность, внутреннее чувство раздражения умело скрывает и не проявляет ни в словах, ни в мимике, стремится избежать любых конфликтов и выяснения отношений
Атопическая бронхиальная астма	Мягкость, потребность в опеке, материнской ласке, зависимость от лидера, капризность в сочетании с боязнью показаться слабым и зависимым
Язвенная болезнь	Внутреннее напряжение, раздражение по поводу несоответствия ситуации и внутреннего самочувствия собственному идеалу, неспособность получать удовольствие от жизни, завистливость и обидчивость
Язвенный колит	Опрятность, стремление к порядку, пунктуальность, застенчивость, склонность к навязчивостям и интеллектуальной деятельности
Мигрень	Педантичность, высокий контроль за эмоциями, честолюбие, стремление к доминированию
Кожные заболевания, зуд	Потребность в физической ласке и опеке, чувство одиночества, склонность к мазохизму

Врачи-интернисты хорошо знакомы с психосоматозами, при изучении терапии, эндокринологии, дерматологии постоянно подчеркивают значение психологических факторов в возникновении многих заболеваний. Однако при работе с пациентами врачи часто забывают о психосоматической природе язвенной болезни, сердечно-сосудистых заболеваний, нейродермита, ревматоидного артрита, атопической бронхиальной астмы

и др. Существуют данные относительно психосоматического происхождения опухолей, мигрени, эндокринных заболеваний, бесплодия.

Безусловно, лечение всех этих заболеваний следует проводить с учетом существующего терапевтического опыта и достижений современной фармакологии. Психологическая природа этих расстройств не означает, что врачи должны заменять антибиотики, гипотензивные, противовоспалительные и антацидные средства, гормоны психотерапией и успокаивающими лекарственными средствами. Однако анализ жизненной ситуации пациента, попытки перевести на психологический язык соматические жалобы во многих случаях позволяют понять, почему лечение не приводит к ожидаемому результату. Дополнительное использование психотерапии и некоторых психотропных средств часто бывает чрезвычайно полезным как для лечения, так и для профилактики.

При назначении препаратов обращают внимание на дополнительные эффекты ПФС. Так, противорвотное, нормализующее моторику кишечного тракта действие нейролептиков используют при лечении язвенной болезни (сульпирид), их антигистаминный эффект - для лечения зуда, гипотензивное действие - при лечении артериальной гипертензии. Миорелаксирующий эффект бензодиазепиновых средств используют в случае боли, вызванной мышечным спазмом. Холинолитическое действие ТЦА полезно при язвенной болезни и бронхоспазме. Антидепрессанты из группы СИОЗС и антиконвульсанты (карбамазепин, прегабалин) широко используют при болевом синдроме.

Возникновение психосоматических дисфункций еще в большей степени обусловлено психологическими факторами. Как показывает опыт, среди подобных пациентов подавляющее большинство нуждаются в коррекции именно психологического состояния. Во многих случаях приходится проводить дифференциальную диагностику с психическими заболеваниями. Назначение только симптоматических средств (обезболивающих, гипотензивных, р-адреноблокаторов, спазмолитиков, гормонов), как правило, не приводит к желаемому результату. Показана высокая эффективность психотерапии и психофармакотерапии при неорганических болевых синдромах, расстройствах сна, приступах сердцебиения.

К личностно обусловленным расстройствам относят некоторые виды патологии, которые никак не могут быть связаны с острым стрессом, но которые особенно часто наблюдают у людей с определенными чертами личности.

Так, отмечают, что *травмы* гораздо чаще возникают у людей с активным, взрывчатым характером (возбудимых, эпилептоидов, гипертимиков), которые склонны к импульсивным поступкам, непредусмотрительны, неосторожны, склонны к авантюрам. Напротив, у тревожно-мнительных, пассивных, осторожных людей (педантичных, дистимичных, интровертированных) травмы - большая редкость. В литературе постоянно говорят о психологической природе *ожирения*. Считают, что циклоидный темперамент и пикническая конституция предрасполагают к ожирению. В психоаналитической литературе высказывают несколько неожиданную идею о том, что в некоторых случаях ожирение возникает как проявление подсознательного стремления оттолкнуть возможного партнера, то есть оно представляет собой своеобразную психологическую защиту. В основе *зависимости от ПАВ и алкоголя* в подавляющем большинстве случаев также лежит особый склад характера. Выделяют два варианта личности пациентов, склонных к алкоголизму. Первый вариант - тревожно-мнительные люди, которые пытаются компенсировать свою неуверенность приемом алкоголя и транквилизаторов. Второго вари-

ант - склонные к асоциальным поступкам возбудимые пациенты и люди с эмоциональной незрелостью и слабой волей. *Злоупотребление непсихоактивными веществами* (противовоспалительными, гипотензивными, слабительными) иногда наблюдают у застревающих (паранойяльных) личностей, склонных к формированию собственных концепций поддержания здорового образа жизни.

Специалисты по психосоматической медицине отмечают, что люди существенно различаются по своей способности противостоять стрессу. Предлагают использовать понятие выносливости (Кобаза С.К., 1982), которое означает способность переживать фрустрацию (блокаду доминирующих потребностей) и значительные изменения в жизни без ухудшения здоровья.

Сильнее всего с низкой выносливостью коррелирует *чувство одиночества*. Особенно заметно ухудшение здоровья у людей, потерявших супруга. В частности, специальные исследования фтизиатров указывают на значительную частоту обострений у вдовцов и высокую вероятность смертельного исхода в случае потери партнера. Такое же значение, как семья, имеют контакты с близкими друзьями и коллегами. Так, у домохозяйек психосоматические расстройства встречаются существенно чаще, чем у работающих женщин.

Удовлетворенность своей работой обычно рассматривают как важный фактор, повышающий устойчивость к стрессу. В этом смысле люди так называемых помогающих профессий (врачи, учителя, воспитатели) оказываются в значительно более выгодном положении, чем те, кто испытывает внутренние муки, понимая, что его профессия дает ему высокий денежный доход за счет обмана и обкрадывания других. Конечно, и среди врачей есть немало людей, чувствующих, что они неверно выбрали профессию или что занимаемая должность не позволяет им полностью реализовать свой внутренний потенциал, и это часто отражается на здоровье.

Неблагоприятно влияют на выносливость человека чрезмерная *осторожность* и *страх перемен*. В этом случае любые нововведения рассматривают как дополнительные преграды, а неожиданные события воспринимают как источник угрозы или повышенной ответственности. Напротив, люди, которые видят в переменах источник новых возможностей, стремятся к тому, чтобы «половить рыбку в мутной воде», будут воспринимать любую стрессовую ситуацию как шанс продвинуться на пути к самореализации. Все это спасает их от ухудшения здоровья, помогает выдерживать значительные нагрузки, сохраняя высокую адаптацию и работоспособность.

Лучше защищены от стресса люди с *внутренним локусом контроля*. Нацеленность на самостоятельное преодоление неблагоприятных обстоятельств, вера в свои силы помогают этим людям справляться со сложными ситуациями, избегая внутриличностного конфликта. Показано, что психотерапевтическая помощь, направленная на повышение уверенности в своих способностях, улучшает результаты лечения таких заболеваний, как артрит, булимия (переедание), сердечно-сосудистые расстройства, а также усиливает иммунную защиту организма (Бандура А., 1995).

Искренняя *религиозность* также часто становится защитой от внутриличностного конфликта и повышает устойчивость к стрессу. В одном из наблюдений было отмечено, что за 3 года наблюдений среди людей, регулярно посещающих церковь, показатели смертности были более чем в 2 раза ниже, чем в общей популяции.

Высокая выносливость коррелирует:

- с широкими социальными связями, наличием семьи и друзей;
- убежденностью в важности и значимости собственной деятельности, истинности поставленных целей;
- уверенностью в возможности контролировать ситуацию и противостоять нежелательным обстоятельствам (внутренний локус контроля);
- духом соревновательности, ожиданием перемен, верой в то, что неожиданные события открывают пути к росту и прогрессу;
- религиозностью.

Выводы

- Представление о тесной взаимосвязи психического и соматического является одним из важнейших в современной медицине и медицинской психологии.
- Психосоматические расстройства - это нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых в наибольшей степени связано с нервно-психическими факторами.
- К психосоматическим заболеваниям можно отнести бронхиальную астму, гипертоническую болезнь, стенокардию, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, сахарный диабет, язвенный колит, нейродермит, неспецифический хронический полиартрит.
- Психосоматические теории по-разному объясняют возникновение психосоматических расстройств. Характерологические типологии личности признают склонность определенных типов личности к определенным заболеваниям. Психоанализ полагает, что соматические комплексы возникают на почве душевного конфликта. Интегративные модели стремятся обратить внимание на многочисленные факторы, которые ответственны за предрасположенность, выявление, поддержание и различное спонтанное течение болезней и их последствий для больного, его семьи, общества.
- Среди факторов риска развития психосоматических расстройств можно рассматривать алекситимию.
- Для лечения психосоматозов широко применяются психотерапевтические методики.