



# Лекция №8: Психосоматика

# План

1. Основные понятия психосоматики.
2. Понятие «гипотеза специфичности».
3. Психологические особенности больных с различными видами соматических заболеваний.

# 1. Основные понятия психосоматики.

- Психосоматические расстройства составляют значительную часть «болезней цивилизации» и на протяжении последнего века являлись объектом интенсивных исследований в рамках так называемой психосоматической медицины, ввиду возрастающей роли их в общей заболеваемости населения.
- Двумя основными группами психосоматических расстройств являются «большие» психосоматические заболевания, к которым относят ишемическую болезнь сердца (I20-I25), гипертоническую болезнь (I10), язвенную болезнь желудка (K25) и двенадцатиперстной кишки (K26), бронхиальную астму (F54) и некоторые другие, и «малые» психосоматические расстройства — невротические нарушения внутренних органов, или так называемые «органные неврозы» (F45.3). Не все авторы склонны относить «органные неврозы» к собственно психосоматической патологии. Франкл полагал, что соматическим заболеваниям, вызванным психическими причинами, следует противопоставлять психогенные заболевания (неврозы (F40-F48)) как психически обусловленные.

- Поставив во главу угла своей концепции идею «холизма», целостности организма и психики при рассмотрении различных заболеваний и акцентируя внимание на роли в них личности, психосоматическая медицина привлекла в свои ряды многочисленных сторонников. Ее успеху в значительной степени способствовало то, что в научной и особенно практической медицине она воспринималась как закономерная и вполне адекватная реакция на технизацию современной медицины, чреватую опасностью «потери больного». К настоящему времени психосоматическая медицина представлена сотнями монографий и тысячами других публикаций, в том числе в многочисленных периодических изданиях.
- Появление термина «психосоматический», согласно литературе, относится к 1818 г. (Хайнрот), а термина «соматопсихический» — к 1822 г. (Якобит но сами вопросы соотношения соматического (телесного) и психического (духовного) являются одними из древнейших в философии, психологии, медицине.



- Содержанием психосоматического подхода, по Стоквису, является привлечение психологических данных для лучшего понимания физических симптомов и патофизиологических процессов, для лучшего понимания и лечения психических расстройств. Нет необходимости, отмечает он, в рамках общего психосоматического подхода разделять изучаемые явления на психосоматические и соматопсихические, и видит в этом скорее игру слов.
- Большой частью наблюдается двухсторонний, но единый характер психосоматических соотношений с взаимным переходом психогении в соматогению и наоборот; если рассматривать эти отношения в динамике, то такой взаимный переход является просто закономерным.

- Условно в психосоматической медицине можно выделить несколько направлений: психоаналитическое, антропологическое и др. Вместе с тем, иногда даже самые фанатичные противники психоанализа пользуются в своих психосоматических высказываниях терминами и выражениями, пришедшими из психоанализа. Более того, с их точки зрения, психосоматика имеет смысл только как применение психоаналитических исследований к соматическим расстройствам. Ошибочно недооценивать значение и других течений в психосоматике (например, поведенческого направления) и подходить к этим проблемам слишком односторонне, то есть с одних лишь психоаналитических позиций.

- Психоаналитическое направление. Хотя Фрейд в своих работах никогда не использовал термин «психосоматическая медицина» и его личный вклад ограничен концепцией конверсионных нарушений, то есть символического значения телесных изменений при конверсионной истерии (F44), сама разработка психосоматической концепции, основанной на психоаналитическом подходе, принадлежит его коллегам. Гроддек в дискуссиях с Фрейдом доказывал, что органические заболевания в конечном счете имеют психологическую природу. Он полагал, что телесное заболевание связано с Оно, с «силами, которые руководят нашей жизнью, пока мы думаем, что мы руководим ими». Ференци разработал близкую этому взгляду концепцию «символического языка органов» и использовал психоанализ как средство понимания болезни и метод ее лечения. Соматическая болезнь в его интерпретации — это трансформация нереализованной сексуальной энергии в нарушение функций вегетативных систем по механизму истерической конверсии в соответствии с фантастической эротической символикой.



- **В 1931 г.** Витковер опубликовал книгу «Воздействие эмоций на соматические функции». Истерические конверсионные симптомы он исключил из группы психосоматических расстройств, «органные» же неврозы и собственно психосоматические болезни рассматривал как синонимы. Другие психоаналитики вообще не делают принципиальных различий между всеми тремя группами психосоматических расстройств — конверсионными истерическими явлениями, органическими неврозами и психосоматическими заболеваниями в узком смысле слова. Важным критерием для понимания их природы является вид вытеснения. У больных первой группы жизненный конфликт разрешается путем сравнительно легкого вытеснения, во второй группе следует говорить о подавлении жизненного конфликта со сравнительно более сильным вытеснением, в третьей группе речь идет о судорожной попытке справиться с конфликтом, овладеть им путем гораздо более глубокого вытеснения, даже двойного вытеснения.

- **В 1935 г.** вышла книга Данбар с близким названием — «Эмоции и соматические изменения», в которой она стремилась показать связь между определенными личностными особенностями и характером телесного заболевания. С 1939 г. под ее редакцией стал издаваться журнал «Психосоматическая медицина». Данбар обобщила 20-летний опыт работы психиатра в больнице общего профиля в книге «Психосоматический диагноз», в которой закончила разработку концепции «профиля личности», считая, что эмоциональные реакции являются производными от личности больного, и это позволяет предполагать развитие определенных соматических заболеваний в зависимости от профиля личности. Ею выделены коронарный, гипертонический, аллергический и склонный к повреждениям типы личности. Данбар так выразила свое отношение к психосоматическому подходу: «Некоторые думают, что психосоматическая медицина как специальность имеет дело лишь с известной группой болезней, как, например, дерматология или офтальмология. Но фактически прилагательное «психосоматический» указывает на концептуальный подход к человеческому организму со всеми его болезнями. Психосоматический подход — стереоскопический, он содержит в себе и физиологическую, и психологическую технику. Он может быть применим ко всем болезням».

- В 1934 г. Александер сформулировал *принципы*, которые легли в основу концепции специфичности.
- Психические факторы, вызывающие соматические расстройства, имеют специфическую природу и включают определенное эмоциональное отношение пациента к окружению или к собственной личности. Правильное знание этих причинных факторов может быть приобретено в ходе психоаналитического лечения.
- Сознательные психологические процессы пациента играют подчиненную роль в причинах соматических симптомов, пока такие сознательные эмоции и тенденции могут быть свободно выражены. Подавление эмоций и потребностей вызывает хроническую дисфункцию внутренних органов.
- Актуальные жизненные ситуации пациента обычно оказывают только ускоряющее воздействие на расстройства. Понимание причинных психологических факторов может основываться лишь на знании развития личности пациента, так как только оно может объяснить реакцию на острую травмирующую ситуацию.

- В отличие от Данбар, Александер подчеркивал значение психодинамического конфликта как более важного в природе психосоматического расстройства, чем личностный профиль. По Александеру, 3 фактора: унаследованная или рано приобретенная органичная или системная недостаточность, психологические паттерны конфликта и формируемая в раннем детстве защита, актуальные жизненные ситуации — важны в этиологии психосоматических расстройств.

# Психологические особенности больных с различными видами соматических заболеваний

- **Концепция алекситимии.** В настоящее время внимание исследователей привлечено к так называемому алекситимическому радикалу в структуре преморбидной личности, как одному из возможных психологических факторов риска психосоматических расстройств. Разрабатывают методики определения уровня алекситимии у больных с психосоматическими заболеваниями, а также психотерапевтические методы, направленные на снижение алекситимии путем преодоления определяющих ее личностных черт. Дальнейшее изучение алекситимии в системе других факторов риска биологической и психосоциальной природы имеет значение для лучшего понимания роли психологических механизмов в патогенезе этих заболеваний, долговременного прогноза и организации профилактических мероприятий в рамках превентивной эпидемиологии.

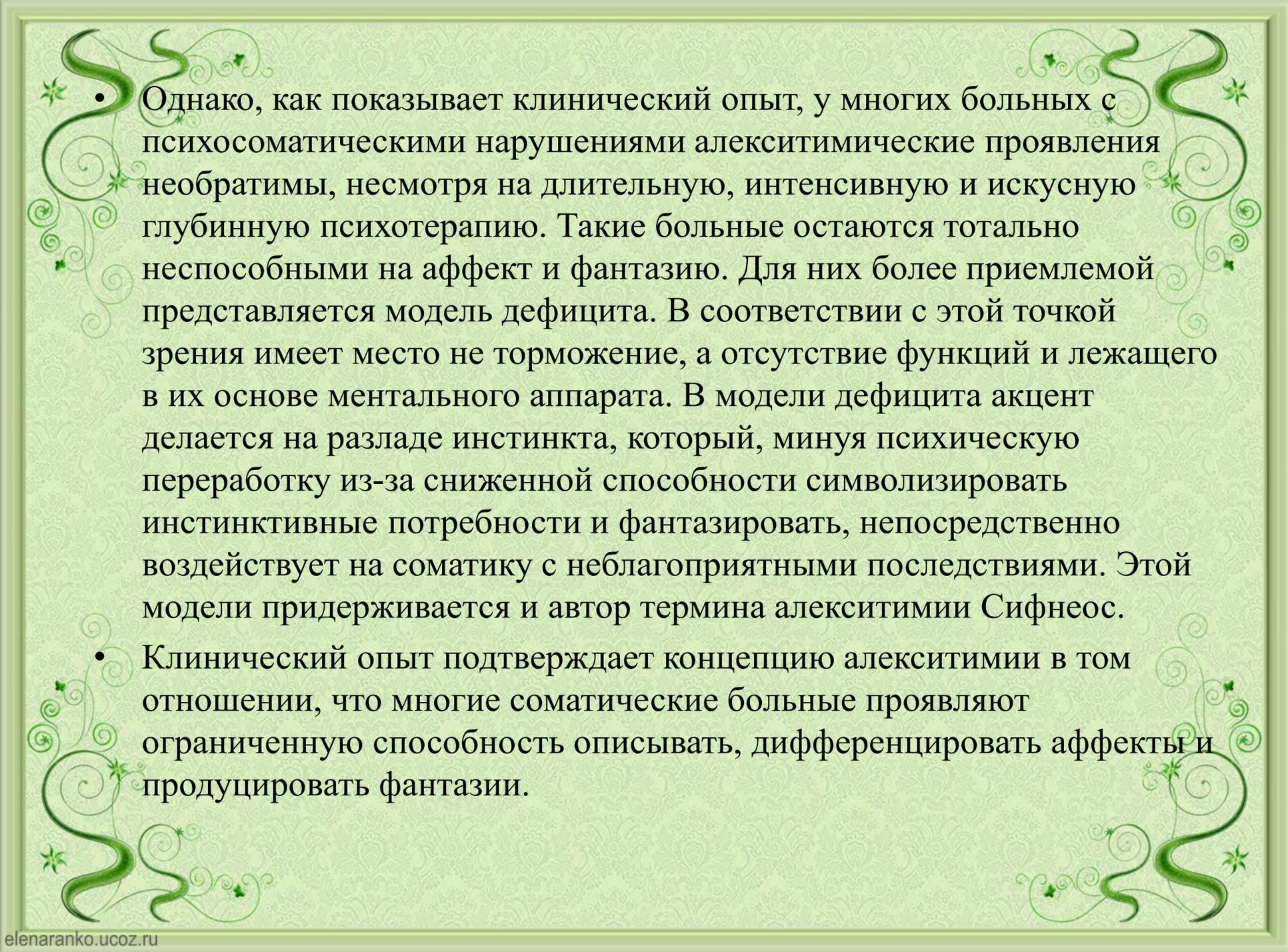
- Термин «*алекситимия*» ввел Сифнеос в 1973 г. В своей работе, опубликованной еще в 1968 г., он описал наблюдавшиеся им особенности пациентов психосоматической клиники, которые выражались в утилитарном способе мышления, тенденции к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях, обедненной фантазиями жизни, сужении аффективного опыта и, особенно, в трудностях подыскать подходящее слово для описания своих чувств. Алекситимия буквально обозначает: «без слов для чувств» (или в близком переводе — «нет слов для названия чувств»). Термин подвергался критике, в том числе за отсутствие релевантности, однако прочно занял свое место в литературе, посвященной психосоматическим заболеваниям, а связанная с ним концепция алекситимии приобретает все большую популярность, что отражается в постоянно возрастающем количестве публикаций в разных странах. Разработке концепции алекситимии предшествовали более ранние наблюдения, установившие, что многие пациенты, страдающие классическими психосоматическими болезнями и характеризующиеся «инфантильной личностью», проявляют трудности в вербальном символическом выражении эмоций.



- Алекситимия является психологической характеристикой, определяемой следующими когнитивно-аффективными особенностями:
- 1) трудностью в определении (идентификации) и описании собственных чувств;
- 2) трудностью в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями;
- 3) снижением способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и других проявлений воображения;
- 4) фокусированием в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

• Концепция алекситимии, в том виде как она была сформулирована Сифнеосом, породила интерес к изучению соотношения между уровнями идентификации и описания собственных эмоций и подверженностью психосоматическим расстройствам. Была выдвинута гипотеза, согласно которой ограниченность осознания эмоций и когнитивной переработки аффекта ведет к фокусированию на соматическом компоненте эмоционального возбуждения и его усилению. Этим, вероятно, и объясняется установленная рядом авторов тенденция алекситимических индивидов к развитию ипохондрических и соматических расстройств (Тейлор). Было высказано предположение, что неспособность алекситимических индивидов регулировать и модулировать причиняющие им страдания эмоции на неокортикальном уровне может вылиться в усиление физиологических реакций на стрессовые ситуации, создавая тем самым условия, ведущие к развитию психосоматических заболеваний.

- Для объяснения синдрома алекситимии и ее роли в формировании психосоматических расстройств Неймиах выделил две модели: «отрицания» и «дефицита». Модель «отрицания» предполагает глобальное торможение аффектов. Если отрицание рассматривать как психологическую защиту, то теоретически можно допустить обратимость защитного процесса и последующее исчезновение синдрома алекситимии и соматических симптомов. В этом случае можно говорить о «вторичной алекситимии», то есть состоянии, которое обнаруживается у некоторых пациентов, перенесших тяжелые травмы, и у пациентов с психосоматическими заболеваниями, которые после проведенной психотерапии обретают чувства и фантазии, ранее столь поразительно у них отсутствовавшие.



- Однако, как показывает клинический опыт, у многих больных с психосоматическими нарушениями алекситимические проявления необратимы, несмотря на длительную, интенсивную и искусственную глубинную психотерапию. Такие больные остаются totally неспособными на аффект и фантазию. Для них более приемлемой представляется модель дефицита. В соответствии с этой точкой зрения имеет место не торможение, а отсутствие функций и лежащего в их основе ментального аппарата. В модели дефицита акцент делается на разладе инстинкта, который, минуя психическую переработку из-за сниженной способности символизировать инстинктивные потребности и фантазировать, непосредственно воздействует на соматику с неблагоприятными последствиями. Этой модели придерживается и автор термина алекситимии Сифнеос.

- Клинический опыт подтверждает концепцию алекситимии в том отношении, что многие соматические больные проявляют ограниченную способность описывать, дифференцировать аффекты и продуцировать фантазии.

- Поскольку алекситимия может встречаться и у здоровых людей, и у больных с различными заболеваниями, то следует иметь в виду, что алекситимия — это не «мотивированное забывание», которое может объясняться простым вытеснением или отрицанием и которое можно обнаружить в оговорках, распознаваемом переносе. Ее следует отличать от такого рода психической нечувствительности, которая может развиваться как активный мотивированный процесс вследствие массивной психической травмы, угрожающей Изоляцией, дезинтеграцией и депрессией; ее следует отличать также от тех видов познавательной деятельности и экспрессии, которые характеризуют Годные виды таких психиатрических синдромов, как привычные аффективные нарушения при вялотекущей шизофрении (F21), а также от того типа операционального мышления, которое характерно для малограмотных или когнитивно неразвитых, по Пиаже, людей. То, что квалифицируется как алекситимия, в некоторых случаях может оказаться культурной или субкультурной характеристикой.