



**Уральский
федеральный
университет**

имени первого Президента
России Б.Н. Ельцина

**Уральский гуманитарный
институт**

М. А. ЛАВРОВА

Н. А. ТОМИНА

Я. И. КОРЯКОВ

ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ

Учебное пособие

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
УРАЛЬСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПЕРВОГО ПРЕЗИДЕНТА РОССИИ Б. Н. ЕЛЬЦИНА

М. А. Лаврова, Н. А. Томина, Я. И. Коряков

ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ

Учебное пособие

Рекомендовано методическим советом
Уральского федерального университета
в качестве учебного пособия для студентов вуза,
обучающихся по специальности 37.05.01 «Клиническая психология»

Екатеринбург
Издательство Уральского университета
2022

УДК 616.8(075.8)

ББК 88.2я73

Л13

Под общей редакцией М. А. Лавровой

Р е ц е н з е н т ы:

кафедра клинической психологии и педагогики
Уральского государственного медицинского университета
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(заведующий кафедрой доктор психологических наук,
профессор Е. С. Набоichenko);

В. В. Гусев, кандидат медицинских наук
(Многопрофильный лечебно-консультативный центр «НейроЭксперт»
ЦГКБ № 23 г. Екатеринбург)

Лаврова, М. А.

Л13 Основы психосоматики : учебное пособие / М. А. Лаврова,
Н. А. Томина, Я. И. Коряков ; под общ. ред. М. А. Лавровой ; Ми-
нистерство науки и высшего образования Российской Федерации,
Уральский федеральный университет. — Екатеринбург : Изд-во
Урал. ун-та, 2022. — 146 с. : ил. — Библиогр.: с. 120–125. —
30 экз. — ISBN 978-5-7996-3485-8. — Текст : непосредственный.

ISBN 978-5-7996-3485-8

В учебном пособии рассматриваются современные подходы к понятию «психосоматика», теории возникновения психосоматических расстройств, методики психологической диагностики и основы психологического консультирования пациентов психосоматического профиля. Содержание учебного пособия направлено на формирование у студентов комплексного представления о современном состоянии проблем психосоматики в психологической науке и практике.

Учебное пособие адресовано студентам, обучающимся по направлению подготовки «Клиническая психология», практическим психологам, работающим в сфере соматических клиник, а также всем тем, кто интересуется проблемами психосоматического соотношения.

УДК 616.8(075.8)

ББК 88.2я73

ISBN 978-5-7996-3485-8

© Уральский федеральный университет, 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	5
1. Место психосоматики в современной системе знаний	
1.1. Определение психосоматики, ее предмет и задачи	7
1.2. Краткая история развития психосоматики	17
1.3. Современная классификация психосоматических расстройств	30
Вопросы и задания	36
2. Основные модели психосоматического симптомообразования	37
2.1. Психоаналитические модели психосоматического симптомо- образования: систематика, особенности, критическая оценка	37
2.2. Психофизиологические модели психосоматического симптомообразования: систематика, особенности, критическая оценка	49
2.3. Модель психосоматического соотношения в культурно- историческом подходе	53
Вопросы и задания	58
3. Психология телесности	59
3.1. Схема тела	59
3.2. Образ тела	60
3.3. Культурно-исторический контекст отношения к телесности	63
3.4. Этапы развития телесности	67
Вопросы и задания	71
4. Психологическое консультирование психосоматических пациентов и пациентов соматического профиля	72
4.1. Психологические особенности пациентов психосоматического профиля	72
4.2. Внутренняя картина болезни	75
4.3. Понятие алекситимии. Основные психологические модели алекситимии	83
4.4. Общие принципы психологического консультирования в психосоматике	89

4.5. Психологическое консультирование при психосоматических расстройствах	95
4.6. Психологическое консультирование детей и подростков, имеющих психосоматический профиль.....	111
Вопросы и задания	115
Заключение	119
Список библиографических ссылок.....	120
Список рекомендуемой литературы.....	124
Приложение 1. Типы отношения к болезни	126
Приложение 2. Примеры рисунков «Здоровье и болезнь»	133
Приложение 3. Кейсы для анализа	137

ПРЕДИСЛОВИЕ

Задача пособия — систематизировать информацию о классификации психосоматических феноменов; проследить становление психологического понимания психосоматических расстройств в его связи с другими науками; описать принципы построения психологической диагностики и основы психологического консультирования, неврачебной психотерапии пациентов с психосоматическими заболеваниями.

Существенное внимание уделено рассмотрению связанных с психосоматикой и раскрывающих ее понимание психологических понятий: телесность и ее развитие, внутренняя картина болезни, образ и схема тела.

В структуру учебного пособия входят предисловие, четыре главы, список рекомендуемой литературы, приложения.

Первая глава содержит информацию о теоретических основах психосоматики (предмет и задачи психосоматики как науки, классификация психосоматических заболеваний, краткая история представлений о психосоматических взаимосвязях); во второй главе представлены описания основных моделей психосоматических расстройств; третья — посвящена схеме и образу тела, вопросам психологии телесности; четвертая глава содержит психологические техники работы с психосоматическими клиентами, в том числе основы психологического консультирования при психосоматических расстройствах, как в краткосрочном и мотивационном формате, так и в рамках неврачебной психотерапии. Представлены этапы консультирования, включены вопросы для сбора психологического анамнеза и определения задач консультирования. Приведены техники психологических интервенций.

В приложениях представлены материалы, которые могут быть использованы в практической работе.

Отличительной особенностью пособия является систематизация подходов к пониманию психосоматических расстройств, описание факторов развития психосоматических заболеваний, а также психологическое сопровождение пациентов психосоматического профиля.

Несмотря на то, что пособие, в первую очередь, предназначено для студентов, обучающихся по специальности «Клиническая психология», оно также может оказаться полезным психологам, работающим в сфере психологической диагностики и коррекции, а также всем тем, кто интересуется проблемами психосоматики.

1. МЕСТО ПСИХОСОМАТИКИ В СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЕ ЗНАНИЙ

Тот, кто видит какое-либо различие
между душой и телом, не имеет
ни того, ни другого.

О. Уайльд

1.1. Определение психосоматики, ее предмет и задачи

На сегодняшний день не существует единого определения термина «психосоматика» (др.-греч. $\Psi\upsilon\chi\acute{\eta}$ — душа и $\sigma\acute{o}\mu\alpha$ — тело).

Термин был введен в рамках научного обсуждения причин психических заболеваний как экзогенных или эндогенных представителями психической (романтической, виталистической) и соматической (органической) школ Германии. Эту дискуссию в дальнейшем так и называли — «спор психиков и соматиков». Первые придерживались идеи, что этиология психических болезней — сугубо идеалистическая (психологические, моральные, религиозные нарушения), т. е. является следствием страстей и пороков души, переживаний. «Соматики» же утверждали, что причина психических болезней — исключительно материалистическая и является следствием нарушения работы органов тела [Хохлов].

Первоначально термин «психосоматический» в научной среде использовал первый заведующий кафедрой психиатрии Лейпцигского университета Иоганн Христиан Август Хайнрот (Johann Christian August Heinroth, 1773–1843) в 1818 г. Он представлял немецкую психическую (романтическую) школу психиатрии. Пытаясь отличить *симптоматическую* патологию («меланхолию» и «манию») от *органических* заболеваний («идиопатическое церебральное безумие»), он описывает маниакальную бессонницу как результат возбуждения души. Для лечения Хайнрот применял два подхода: «прямой психический» метод, который можно рассматривать как

психологический метод, направленный на излечение души пациента. Второй подход включал в себя несколько «непрямых психических» методов, которые были в основном соматическими по своей природе, поскольку они пытались воздействовать на душу, влияя на ее орган — тело. Хайнрот, называя себя и своих коллег психическими докторами («psychic doctors»), по сути, был первым врачом-психотерапевтом. Он подчеркивал важность личности врача и применял, говоря современным языком, элементы когнитивной и поведенческой психотерапии [Steinberg].

В 1822 г. Карл Виганд Максимилиан Якоби (Carl Wigand Maximilian Jacobi), представитель соматической школы, вводит понятие «соматопсихический», делая акцент на том, что в формировании психических заболеваний первична именно физиология и причиной психоза является болезнь организма. При этом, с точки зрения Якоби, роль мозга в формировании психического заболевания не была первостепенной.

В 1845 г. Вильгельм Гризингер (Wilhelm Griesinger, 1817–1868), также являясь представителем соматической школы, ставит точку в дискуссии, отдавая ключевую роль в возникновении психических заболеваний именно головному мозгу и отмечая, что в душевных болезнях нужно видеть состояние мозга.

Несмотря на убедительные доказательства соматиков в данной дискуссии, влияние виталистических идей сохранилось. З. Фрейд, являясь приверженцем соматического направления и осведомленный о споре соматиков и психиков, включил в свою первую теорию драйвов концепцию возбуждения, отталкивающуюся от идей Хайнрота. В конечном итоге, З. Фрейд разработал психоаналитический подход в психотерапии психических расстройств.

В 1954 г. Джозеф Вайлдер (Joseph Wilder) в «Американском журнале психотерапии» напишет: «Ряд факторов ответственен за то, что... существует очень слабая интеграция между соматической и психологической психиатрией. Не только развитие обеих дисциплин делает все более трудным для психиатра овладение обеими. Сегодня многие психоаналитики, занимающие видные посты, мало что знают о физиологии мозга, а многие физиологи мозга вообще не знакомы с современной психологией. Можем ли мы надеяться,

что однажды эти двое достигнут полного взаимодействия?» — не разделяя уверенности, что такое может произойти [Wilder, с. 43].

Более подробно историю психосоматики мы рассмотрим в разделе 1.2.

Далее термин «психосоматический» распространяется на соматическую медицину. В настоящее время, в рамках модели «встречного движения» психиатрии и медицины внутренних болезней, а также биопсихосоциальной модели, все еще происходит его уточнение.

Интересно, что советский психиатр Д. Д. Плетнев говорил (1927), что «нет соматических болезней без вытекающих из них психических отклонений, как нет и психических заболеваний, изолированных от соматических симптомов» [Литвинцев, с. 81]. А в 1959 г. Т. Лидз отмечал в «Американском руководстве по психиатрии», что термин «психосоматическая медицина» в настоящее время «не в почете», так как подчеркивает дуализм тела и психики. Широкое же использование термина определилось потребностью обозначения влияния эмоций и расстройств адаптации личности на происхождение физиологических нарушений и болезней, а злоупотребление термином притупило его исконное значение [Lidz].

В целом, можно выделить три подхода, определяющих место психосоматики.

1. Образно этот подход можно назвать как «ничего нового и обособленного». Психосоматика не является какой-то обособленной частью медицины, а представляет определенный тип мышления и действий, сконцентрировавшийся на личности в ее взаимосвязях с миром, в том числе и с врачом. Психосоматическая медицина представляет собой современную, хотя и не новую, концепцию и общую ориентировку здравоохранения на идеи холистичности и комплексности соматопсихосоциальных взаимодействий при возникновении, течении и терапии заболеваний.

2. «Психосоматика внутри медицины». Психосоматический подход является мультидисциплинарным методом, в рамках которого психиатры сотрудничают с экспертами в различных областях медицины с целью лечения психосоматических нарушений. Такой подход рассматривал Ф. Александер.

3. «Психосоматика — междисциплинарное научное направление». Она существует на пересечении различных наук, включая знания медицины, психофизиологии, психологии, психотерапии, социологии и антропологии.

Несмотря на обозначение кризиса в психосоматике, проявляющегося во многих нерешенных проблемах и сложности дифференциации психосоматического диагноза, интерес к проблеме психосоматики, незначительный в практической медицине, продолжает расти в научных публикациях в целом: в базе данных PubMed за 2020 г. найдено 2 560 источников против 2 151 источника в 2019 г. по ключевому слову «psychosomatics».

В базе данных WoS количество публикаций, содержащих ключевые слова «психосоматика» или «psychosomatics», незначительно, но растет: от 467 публикаций в 2017 г. до 536 — в 2020 г. (рис. 1).

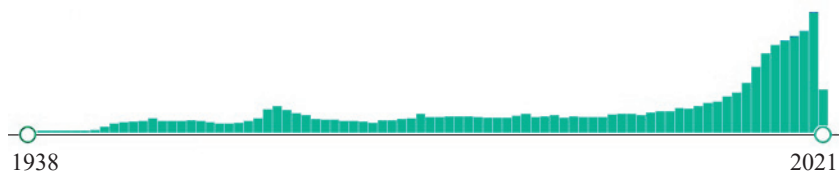


Рис. 1. Количество публикаций в базе данных WoS, содержащих ключевые слова «психосоматика» или «psychosomatics»

Среди психологического сообщества также происходит рост интереса к проблеме психосоматики.

Обобщая все вышесказанное, в наиболее широком современном смысле «психосоматика» — междисциплинарное научное направление, исследующее взаимосвязь соматических и психических феноменов в возникновении и лечении заболеваний с целью охраны здоровья человека.

В наиболее частом применении термин «психосоматика» означает влияние эмоций и расстройств адаптации личности на происхождение физиологических нарушений и болезней.

Выделяют также более узкое понимание психосоматики: психические особенности лиц с определенными группами заболеваний (при сердечно-сосудистых заболеваниях, бронхиальной астме,

язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, язвенном колите, гипертиреозе, сахарном диабете, кожных заболеваниях и онкологии).

Основными вопросами, разрабатываемыми психосоматикой, остаются:

- соотношение биологических, психологических и социальных факторов в формировании и развитии соматического заболевания;
- влияние соматического заболевания на психические процессы.

Психосоматика охватывает знания:

- психиатрии (лечение психосоматических заболеваний; исследование психогенеза соматических болезней), медицинской деонтологии (принципы взаимодействия врача с пациентом);
- физиологии (исследование механизмов регуляции, адаптации организма);
- психофизиологии (исследование нейрофизиологических механизмов психических процессов, состояний и поведения на системном, нейронном, синаптическом и молекулярном уровнях; решение глобальной психофизиологической проблемы: соотношения мозга и психики);
- психологии, и в первую очередь — психологии здоровья (исследование деструктивных психологических факторов, связанных со здоровьем; разработка программ психологических вмешательств) и психологии телесности (исследование формирования телесности в онтогенезе);
- социологии, и в первую очередь — социологии медицины (изучение поведения людей в сфере медицины, закономерностей формирования ценностных ориентаций населения к здоровью и болезням, социология институтов медицины и организации здравоохранения). Так, показано, что социальное неблагополучие коррелирует с более высоким уровнем распространенности сердечно-сосудистых заболеваний [Погосова, Тихомирова];
- медицинской антропологии (изучение психосоматических расстройств в их связи с культурными традициями: распространенность заболеваний в различных культурах, отношение к болезни и здоровью, сформированное сообществами); и других наук.

В психологии чаще употребляется термин «психосоматика» вместо «психосоматическая медицина», отражающий два момента: 1) акцент на влиянии именно психологических факторов на течение

соматического заболевания; 2) попытку некоторого разграничения с медицинской наукой.

Психологи традиционно обращают внимание на анализ психологических факторов в формировании соматического заболевания и влиянии соматического заболевания на психический компонент: исследуют патологию психических процессов (нарушение памяти, внимания, мышления, эмоций и интеллекта) для помощи в установлении диагноза, проводят психологическое консультирование для изменения типа отношения к болезни для формирования комплаентности (степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача; приверженность пациента лечению), проводят мотивационное интервьюирование для изменения поведения, обучают навыкам преодоления стресса, гармонизации эмоционального фона и формированию психологической адаптации в период болезни.

Несмотря на принцип холистичности современной медицины и психологии, по-прежнему выделяется два подхода:

- психоцентрический — исследование влияния психологических особенностей на телесные процессы, возникновение и течение соматических расстройств и заболеваний;
- соматоцентрический — исследование влияния соматических заболеваний на протекание психических процессов.

Примерами, иллюстрирующими психоцентрический подход, служат:

1. Реакция организма на воображаемые ситуации. Представьте, что вы жуете кусок лимона без сахара. Представили? Произошли ли какие-то изменения в вашем теле?

2. Феномены ятрогении в узком, психологическом смысле (др.-греч. *ιάτρος* — врач + *γενεά* — рождение; ухудшение физического или эмоционального состояния пациента, ненамеренно спровоцированное медицинским работником) или плацебо (лат. *placebo* — буду угоден, понравлюсь; благотворные изменения, связанные с реакцией мозга на контекст, в котором проводится лечение, а не с конкретным действием препарата).

3. Описание определенных типов личности, сопровождающих определенные заболевания: например, тип личности А («коронарный»),

впервые описанный американскими кардиологами Мейером Фридманом и Реем Розенманом в 1959 г. Личности типа А крайне целеустремленны, гневливы, обладают сверхобязательностью и ощущают постоянный цейтнот, перфекционисты. Предполагается, что такой тип личности связан с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Также выделен тип личности D, описанный Йоханом Денолле (Johan Denollet) и его коллегами в 1995 г. Личности типа D обладают склонностью к психологическому дистрессу (отсюда название типа «D» — *distress*) и характеризуются взаимодействием двух факторов: негативной аффективностью — общая тенденция испытывать негативные эмоции (дисфория, депрессивное настроение, тревога, враждебность, гнев и раздражительность) и социальным торможением (избегание выражения этих негативных эмоций, а также поведения, связанного с этими дисфункциональными эмоциями). Подавление эмоций происходит в основном в социальных ситуациях; индивид осознает, что подавляет эмоции. Наличие типа личности D также влияет на возникновение и прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний.

4. Описание отношений к болезни и поведения при болезни. Так, при *эргопатическом* отношении к болезни у пациента будет наблюдаться сверхответственное, одержимое отношение к работе: человек будет брать больше рабочих нагрузок, «с головой уходить в работу». Такое стремление независимо от тяжести заболевания продолжать и увеличивать темп работы, стремление во что бы то ни стало сохранить свой социальный и профессиональный статус может привести к более длительному восстановлению или даже ухудшению состояния. Учет типа отношения к болезни может повысить комплаентность (приверженность пациента лечению) и тем самым увеличить эффективность врачебного вмешательства, профилактировать рецидивы заболевания.

Под комплаентностью понимают степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями (чаще всего имеют в виду фармакологические рекомендации), полученными от врача. Степень комплаентности зависит от общего отношения к врачам, эффективности лечения и побочных эффектов, схемы лечения и приема препарата и др.

Острая реакция человека на соматическое заболевание или его последствия может сказываться на течении заболевания.

Психогенные реакции, возникающие в связи с соматическим заболеванием, расстройства приспособительных реакций к заболеванию называются «нозогенией».

5. Психическое расстройство провоцирует *обострение* соматического заболевания. Например, острая реакция на стресс, если есть чувствительность к внешним провоцирующим факторам, может обострить хронические заболевания.

6. Существуют психические расстройства, которые ведут к развитию соматических заболеваний: например, синдром отмены, вызванный употреблением психоактивных веществ. Алкоголь обладает токсичным действием на мембраны клеток, расширяет сосуды, нарушает работу головного мозга. Во время алкогольного опьянения возможны травмы, отморожения. В результате постоянного употребления алкоголя возникает хроническая интоксикация, поражающая стенки сосудов и ткани печени и др. При нервной анорексии из-за патологии электролитного обмена появляются нарушения ритма сердца, из-за замедления обмена веществ возникают патологии других органов (печени, почек и т. д.) [Дробижев и др.]. Если же говорить об отношении к болезни, то при зависимостях часто наблюдается анозогнозия («я не болен», «в любой момент брошу», «по последней и домой»), поддерживающая саморазрушительное поведение.

7. Психические заболевания *утяжеляют* течение соматического заболевания (например, депрессия утяжеляет течение бронхиальной астмы или заболеваний сердечно-сосудистой системы).

Ряд исследователей психоцентрический подход называют *патогенетическим*, а не этиологическим. Механизмами оказания такого влияния на течение соматического заболевания называют: избыточную активность симпатической нервной системы (что, например, является существенным фактором риска сердечно-сосудистой и общей смертности); нарушения нейрональной регуляции органов; нарушения обмена и продукции нейротрансмиттеров (в первую очередь, серотонина, норадреналина и ГАМК) как ведущий механизм психических нарушений.

Соматотцентрический подход изучает влияние соматических расстройств и заболеваний на психические процессы.

Примерами второго подхода являются:

1. Ситуации, демонстрирующие влияние телесных процессов на психическое состояние: вспомните, как вы чувствовали себя при высокой температуре. Скорее всего, это были вялость, раздражительность, заторможенность мыслительных процессов: «не хочется думать», «ватная голова», «невозможность сконцентрироваться».

2. Психоэмоциональные нарушения, сопровождающие соматические заболевания. Так, у 37–40 % пациентов с сахарным диабетом второго типа наблюдаются психические расстройства [Бобров и др.].

3. Соматические заболевания могут способствовать возникновению психического расстройства: артериальная гипертензия, усугубляющая атеросклеротические процессы в сосудах головного мозга, предрасполагает к формированию сосудистой деменции; гипертиреоз нарушает обмен и продукцию серотонина, что провоцирует формирование депрессии.

4. Соматические заболевания провоцируют обострение психического расстройства: у пациентов с деменцией различного генеза острые респираторные инфекции могут провоцировать психозы.

5. Определение центров головного мозга, поражение которых влечет за собой психопатологические симптомы (т. н. локализационный подход). Например, лобный синдром (клинический симптомокомплекс, возникающий преимущественно при двустороннем поражении лобных долей головного мозга), составляющими которого являются расстройства праксиса, эмоционально-волевой сферы, поведения, возможны нарушения речи, позы и ходьбы.

Пути патогенного влияния соматической болезни на психику выступают: 1) интоксикационное воздействие на центральную нервную систему; 2) нарушения обмена и продукции нейротрансмиттеров (в первую очередь, серотонина, норадреналина и ГАМК).

Описывается «замкнутый круг» соматопсихических отношений: нарушение, первоначально возникающее в соматической сфере, вызывает психопатологические реакции, дезорганизующие личность, а эти реакции, в свою очередь, выступают причиной последующих соматических нарушений.

Невозможно однозначно определить вклад эндогенных и экзогенных факторов в развитие заболевания. Считается, что внутренние причины формируют «почву», предрасположенность, конституциональную уязвимость путем снижения устойчивости к стрессу. Внешние (психогенные) причины, психотравмирующие события непосредственно запускают развитие ряда заболеваний. При этом должна состояться «встреча», взаимодействие этих двух факторов.

Как видно из приведенных видов психосоматических соотношений, огромную роль в исследовании психосоматики играет именно медицина. А в чем же заключается роль психологии?

Задачами психологии в психосоматике становятся:

- исследовательская — изучение как роли психики в возникновении, течении и предупреждении соматических расстройств, так и влияния различных соматических расстройств на психические процессы; исследование внутренней картины болезни, отношения индивидуума к своей болезни;
- диагностическая — проведение обследований и диагностики психологических особенностей и личностных факторов, препятствующих полноценной жизни человека;
- консультационная (отдельных людей или групп, включая специалистов), в том числе через анализ взаимодействия пациента с окружающей средой;
- коррекционная и реабилитационная — разработка, планирование и проведение психологических программ и методов, в том числе проведение мотивационного интервью, помогающих людям преодолевать стрессы, нормализовать вес, принять заболевание и др.;
- психотерапевтическая — неврачебная психотерапия при лечении соматических и психосоматических заболеваний;
- профилактическая — формирование навыков здорового образа жизни, выявление групп риска, склонных к заболеваниям, ресоциализация и психологическая адаптация людей, перенесших тяжелые заболевания.

Область применения знаний психосоматики психологами крайне широка: от использования в семейной психологии (сексуальные отношения, беременность, детско-родительское взаимодействие

и пр.) до работы клинического психолога в соматических клиниках (психологическое сопровождение пациентов с онкологией, аллергией, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, заболеваниями сердечно-сосудистой системы и др.).

1.2. Краткая история развития психосоматики

Проблема психосоматических соотношений — одна из наиболее сложных проблем современной медицины, психологии и философии, несмотря на то, что тесная взаимосвязь психического и соматического изучается на протяжении многих веков.

История психосоматики неотделима от истории медицины в целом, психиатрии в частности, истории формирования психологической науки и психологического знания, развития философии и культуры.

Отношение к телесному и душевному, к здоровью и болезни, их взаимодействию трансформировалось во времени и зависело от определенной культуры.

Идеи о соотношении психического и соматического (в наиболее широкой трактовке — «души», «сознания» и «тела», «материи») находили свое отражение еще в магическом мировоззрении.

Джеймс Фрэйзер (James Frazer, 1854–1941), перечисляя принципы симпатической магии, говорил, что она основана на идее связанности всех предметов: 1) по принципу подобия (имитативная магия: предметы, сходные по внешнему виду, обладают магической связью), что находит отражение в идее «подобное лечится подобным» (например, Плиний рассказывал о камне, который лечит желтуху, потому что по цвету он напоминает кожу больного этой болезнью, а Парацельс (1493–1541) в начале XVI в. сформулировал концепцию о знаках природы, позже названную доктриной о сигнатурах, указывающих на свойства растений: цикламен, имеющий форму уха, может использоваться для лечения боли в ухе) или 2) по принципу соприкосновения/заражения (контагиозная магия: однажды соприкоснувшись, предметы продолжают быть во взаимосвязи, даже находясь на расстоянии).

Отголоски магических ритуалов встречаются и в настоящее время и активно эксплуатируются под видом психосоматического направления и альтернативной медицины.

П. В. Таланов описывает три принципа современной «медицинской магии»: очищение, передача свойств при контакте и символизм. Согласно этим принципам, причинами возникновения болезни являются: 1) засорение организма (злым духом, избытком плохих жидкостей, плохим электричеством, шлаками и токсинами); 2) передача болезни при физическом контакте в его символической форме, а не инфекционном значении. Например, чтобы родить красивого и статного ребенка, беременной в Древней Греции рекомендовали смотреть на статуи, изображающие идеалы красоты, а в дни возможного зачатия — избегать смотреть на обезьян, чтобы не родить ребенка с анэнцефалией; в наше время все еще существует миф, что ребенок будет похож на «первую любовь» его матери, потому что она запечатлела его образ в своем сердце и этот образ сформирует внешний вид младенца; 3) важен именно символизм: чтобы излечиться от облысения, нужно использовать препарат, сделанный из органов животных, покрытых шерстью; для прерывания нежелательной беременности нужно использовать бешеный огурец, выбрасывающий свои семена; ядра грецкого ореха похожи на мозг, поэтому их нужно есть для работы мозга.

Такое магическое представление о болезнях предполагает и магическое лечение: раз все элементы связаны, нужно силой или хитростью выгнать, переселить болезнь из больного. Болезнь может уйти в камень, в дерево (в XIX в. в Хартфордшире рос дуб, забирающий в себя лихорадку), в живое существо (в XIX в. в Неваде больной астмой должен был заразить 9 кошек, чтобы недуг его оставил) [Таланов].

Дж. Фрэнсер описывает ритуал древних индусов для излечения желтухи. Сначала читалось заклинание для «перенесения» желтизны на существа и вещи желтого цвета, которым она по праву принадлежит (солнце и птицы желтого цвета), и передачи пациенту от живого, сильного существа (например, от красно-рыжего быка) здорового цвета: «Пусть твоя сердечная боль и желтуха уйдут к солнцу. Цветом красного быка оденем мы тебя! На долгую жизнь мы

завернем тебя в красные тона. Да пребудет этот человек невредим и свободен от желтого цвета!.. На попугая и дроздов переводим мы твою желтуху...» [Фрэзер, с. 19]. Дополнительно жрец совершал ряд ритуальных действий над больным (смазывал мазью желтого цвета, давал воду с шерстью красного быка, сажал больного на шкуру красного быка, привязывал к нему кусок кожи и пр.).

Еще медицина древнего Междуречья существовала в двух взаимосвязанных линиях: практической (изготовления снадобий) и магической (молитвы, придающие лекарствам силу). В «Ассирийском учебнике магов» (VII в. до н. э.) имелись заклятия от головной боли, боли в горле, болезни груди, болезни внутренностей, глазной болезни, болезни зубов, для остановки крови из носа, излечения от укуса змеи, а также для изменения плохих снов на хорошие и таблицы трав.

Ритуалы и заговоры целительной магии можно разделить на три группы по их функции: 1) оборонительные (ритуально-заговорные тексты, направленные на устранение болезни или порчи); 2) наступательные (ответный удар колдуну, наславшему порчу); 3) искупительные (просьба простить человеку вольные или невольные прегрешения, просьбы даровать здоровье и благополучие). Во вторую группу можно включить «профилактические» заклинания, «предупреждающие болезнь». А третья группа, по сути, содержит «просительные элементы» [Заблочкая].

Генри Ф. Элленбергер (Henri Frederic Ellenberger, 1905–1993) в работе «Открытие бессознательного. История и эволюция динамических методов психиатрии» описал еще некоторые теории болезни и соответствующие им принципы лечения. Например, считалось, что в некоторых случаях болезнь наступает тогда, когда душа человека самопроизвольно или случайно покидает тело человека либо ее похищают злые духи или волшебники. Целитель же находит утраченную душу и встраивает ее обратно в то тело, которому она изначально принадлежала [Элленбергер].

В Древнем Египте рецепты впервые содержали точные дозировки. Также осуществлялись первые попытки лечить без привлечения сверхъестественных сил на основе имеющихся представлений о функционировании органов, согласно которым,

мозг — второстепенный орган, а роль сосредоточения сознания принадлежит сердцу. Поэтому сердце при мумификации хранили в отдельном сосуде, а мозг вычерпывали и выбрасывали.

Идея связанности телесного и психического отражена не только в магическом сознании, но и в религиозном: например, пост — очищение тела и души от того земного, мешающего приблизиться к Небесному, освобождение от обид и акт прощения, очищение разума от дурных мыслей. Также находит свое отражение и в воспитательных технологиях: идея, что телесные наказания и закаливающие процедуры воспитывают дух («в здоровом теле — здоровый дух»).

Эти идеи представляют собой интуитивные представления о здоровье, болезни, теле и их взаимосвязи, подкрепленные какими-либо наблюдениями, а также присущими каждому из нас элементами символического, иррационального мышления. Люди предпочитают получать донорский орган от «хорошего» человека, а не преступника. Таблетка, имеющая гравировку и цвет, усиливает эффект плацебо. Магия дает ощущение контроля и понимания, простые и четкие ответы на вопросы поиска причины и последствий, способов совладания с болезнями (например, «вши появляются из-за подверженности влиянию чужих мыслей и образа жизни, притворства, внимания к мелочам; для излечения стоит научиться быть самим собой, уважать себя, не впускать в себя ненужные мысли и убеждения»).

П. В. Таланов, описывая заочный спор философов Рене Декарта (1596–1650) и Бенедикта Спинозы (1632–1677) о взаимосвязи понимания и веры, заключает, что Спиноза был прав: люди охотнее верят в то, что им кажется понятным.

Гиппократ (ок. 460–370 гг. до н. э.) отделил медицину от религии (болезнь — не наказание богов, а нарушение правил гигиены, результат неправильного образа жизни и условий окружающей среды) и считается родоначальником профессиональной медицины, выделившим медицину в отдельное знание, обучавшим всех желающих медицинским знаниям и разработавшим принципы врачевания, ставшие в дальнейшем основополагающими. Например, принцип холистичности («гораздо важнее знать, какой человек болен, чем какая болезнь у человека»), этические принципы врача, методы врачебного наблюдения.

Отметим, что в современной психологии, особенно в психологическом консультировании и неврачебной психотерапии, мы можем найти не только отголоски представлений древних греков о здоровье (правильный баланс гуморальных элементов; равновесие определенных свойств систем организма, например, «холодного» и «горячего») и болезни (нарушение баланса гуморальных элементов; нарушение равновесия свойств систем организма), но и идеи философских школ Древней Греции (стоиков, эпикурейцев, скептиков).

Постепенно происходит улучшение анатомических и физиологических знаний о теле. В том числе благодаря разработке приборов для измерения пульса (Герофил, ок. 335–280 гг. до н. э., первый ученый, систематически проводивший вскрытия трупов) и прибора для измерения выдыхаемого воздуха (Эрасистрат, 304–250 гг. до н. э., писавший, например, что выпитая вода попадает в желудок, а не в легкие), а также разрешению на вскрытие трупов. По сути, именно Герофил и Эрасистрат (представители александрийской школы медицины) заложили исследовательское направление в медицине.

Гален (131–201 гг. н. э.) доказывает, что не сердце, а мозг является «владеющим началом» движения, чувствительности и душевной деятельности. Гален синтезирует *эмпирическое знание*, являющееся результатом чувственного восприятия и наблюдения анатомических и физиологических особенностей во время вскрытий (т. е. идею «эмпирической школы медицины», призывающей учитывать только данные об эффективности лечения и отрицающей необходимость разработки теоретических оснований) и *логических умозаключений*, включающих постулаты Евклида и силлогизмы Аристотеля (основное положение «догматической школы медицины»). Гален считал *логику* главным методологическим основанием медицинской теории и практики, критиковал врачей эмпирической школы, считавших, что причины болезней непознаваемы, а теории не связаны с реальностью, порождают сомнения и ненадежны; осуждал магию и иррациональное объяснение болезней.

Тем не менее отмечается сочетание рационального и сакрального в работах Галена. Признавая себя учеником и служителем Асклепия, в трудных клинических случаях он обращался за божественным

советом, который получал от Асклепия в снах-откровениях с особыми указаниями к лечению. Эти сны Гален отличал от «диагностических» снов, указывающих на физическое состояние пациента: «Пожар указывает на преобладание желтой желчи, снег, лед и иней — на холодную желчь, дурной запах — на гниение соков, петушиный гребень или любая красная вещь — на полнокровие» [Прольгина, с. 41].

Ряд авторов предполагают, что ссылки на божественные советы Асклепия можно считать литературным приемом, характерным для научной медицинской литературы.

П. В. Таланов, отмечая безапелляционность текстов Галена, его саморекламу, редкое упоминание о своих неудачах и частое упоминание имен своих известных пациентов, пишет, что Гален можно назвать первым представителем маркетинговой медицины: «В отличие от многих других врачей с отличной репутацией, я никогда не заблуждался насчет лечения или прогноза. Если хотите прославиться... все что нужно для этого сделать — принять мое наследие» [Таланов, с. 43].

После падения Римской империи работы Галена на некоторое время были забыты в Европе, но оказывают влияние на развитие арабской медицины.

Одним из известных ученых арабского Средневековья, развивающим идеи Галена, являлся Абу Али Хусейн Ибн Сина (Авиценна, 980–1037). Авиценна продолжал развивать идею о четырех темпераментах, предложенную Гиппократом и усовершенствованную Галеном. В дальнейшем именно в арабском переводе работы Галена станут известными европейским врачам.

После падения Римской империи светская медицина Европы отходит на второй план, уступая место исцелению христианскими святыми. Закрепляется дуалистическая точка зрения на взаимосвязь тела и души: они существуют отдельно, при этом тело подчинено душе. Светская медицина возвращает свое влияние с VII в. н. э., постепенно формируя в Европе возрастающий интерес к фармакологии и хирургии.

В Новое время начинает формироваться механистическое отношение к телу: организм — машина. Т. Гоббс (1588–1679) пишет,

что сердце — это пружины, нервы — нити, суставы — колеса. При этом душа может рассматриваться как равноценный телу субстрат (Р. Декарт, 1596–1650), примат над телом (Т. Гоббс), эпифеномен (Ж. О. де Ламетри, 1709–1751: душа — чувствующая материальная часть мозга).

Изобретение и совершенствование микроскопа, в конечном итоге, в середине XIX в. позволяет немецкому врачу Рудольфу Вирхову (Rudolf Virchow, 1821–1902) разработать концепцию клеточной патологии, существенно продвинув знания медицины в рамках естествознания. Позднее Ф. Александер напишет: «... Вирхов утверждал, что не существует болезней вообще, бывают только болезни органов и клеток... Наблюдение за гистологическими изменениями в больных органах, ставшее возможным благодаря микроскопу и усовершенствованной технике окрашивания тканей, определило направление этиологической мысли. Отыскание причины заболевания долгое время было ограничено поиском отдельных морфологических изменений ткани. Мысль, что отдельные анатомические изменения сами по себе могут быть результатом более общих нарушений, возникающих вследствие чрезмерного напряжения или, к примеру, эмоциональных факторов, возникла значительно позднее. Менее партикуляристическая теория — гуморальная — была дискредитирована, когда Вирхов с успехом сокрушил последнего ее представителя... и гуморальная теория осталась в тени вплоть до своего возрождения в форме современной эндокринологии. ... При подобных условиях накапливающиеся наблюдения говорят о воздействии “центральных” факторов, причем слово “центральные” — по-видимому, лишь эвфемизм для слова “психогенные”» [Александер, с. 4].

Как мы видим, для понимания истории психосоматики важны история медицины, религии и философии. История психосоматики неразрывно связана с историей науки и научного знания в целом. С точки зрения психологии, психосоматика, в первую очередь, связана с именами психоаналитиков З. Фрейда, Ф. Александера. Идеи З. Фрейда имеют свои истоки.

Английский поэт-романтик Сэмюэл Тейлор Колридж (Samuel Taylor Coleridge, 1772–1834) в 1811 г. писал: «То, что я выражаю

в своем настроении, или скорее вытесняю в бессознательное, это определенно действие, вся сила которого направлена на мое тело». В одном эссе он употребляет понятие «моя психосоматическая ология (наука)» [Бройтигам и др., с. 5]. И именно с именем С. Колриджа связывают самые первые упоминания «психосоматики».

Немецкий химик, врач Георг Эрнст фон Шталь (1659–1734), разработавший теорию флогистона, в своих работах по физиологии предположил, что при возбуждении (нем. «reiz») душа может оказывать влияние на орган. И. Хайнрот, также представитель виталистической школы, использовал идею «возбуждения» («reiz»), чтобы отличить симптоматическую патологию (меланхолию и манию) от органических заболеваний («идиопатическое церебральное безумие»).

В своей клинической работе, посвященной маниакальной бессоннице, Хайнрот ввел понятие «psychisch-somatisch» (психосоматический), чтобы установить клиническую связь между возбуждением («reiz») и его воздействием на тело: мания происходит от возбуждения и связана с физиологической патологией.

Для Хайнрота и душа, и тело составляли единое, неделимое целое, взаимодействующее во многих отношениях, в том числе и патологически. По его словам, психическое заболевание имеет свою причину в том, что пациент ведет «неправильную жизнь». Эта «неправильная жизнь» (в первую очередь, нарушающая религиозные догматы) отвлекает душу от ее нормального функционирования. На втором этапе это расстройство может оказать влияние на организм и вызвать соматические симптомы, которые сопровождают психическое заболевание. Поскольку в конечном итоге соматические симптомы были вызваны лежащим в основе психическим расстройством, именно его и нужно лечить в первую очередь через «прямое психологическое вмешательство».

В 1822 г. Карл Якоби вводит понятие «соматопсихический». К. Якоби, представитель соматической (органической) школы, признавая определенную ценность концепции Хайнрота, пытался интегрировать некоторые виталистические идеи, избегая понятия души и возбуждения («reiz»). Он предположил, что каждый орган независим и может производить возбуждение. Якоби предложил

термин «somatisch-physiologischen» (сомато-физиологический феномен), обозначив приоритет сомы над физиологическим эффектом и отмечая, что имеет смысл искать соматико-физиологические условия, связанные с возникновением психических явлений. Пытаясь поддержать свою аргументацию, он отказался от идеи превосходства мозга при психических заболеваниях: любое психическое заболевание становится симптоматическим, а не церебральным. То есть причиной психоза является болезнь всего организма, а роль мозга не является первостепенной.

Вильгельм Гринингер в 1845 г. поставил точку в споре, отведя ключевую роль в возникновении психических заболеваний головному мозгу.

Тем не менее влияние виталистических идей сохранилось, и З. Фрейд, являясь приверженцем органического (!) направления, был хорошо осведомлен о споре. В «Толковании сновидений» (1900) он цитировал и К. В. Иделера, А. фон Штрumpfеля (виталистов), и В. Гринингера (органициста).

Как считает ряд исследователей, Фрейд при создании первой теории влечений косвенно заимствовал у Ж. Ламарка идею эволюции и виталистическое понятие возбуждения Хайнротa («reiz»). Понятие «влечение» у Фрейда стало пограничным понятием между психическим и соматическим. Это является точкой разделения психиатрии и психоанализа и поворотным моментом в понимании «психосоматический». Этот термин как будто сделал реверсию: сначала используемый для изучения симптоматического психического заболевания (мании), стал применяться для рассмотрения соматической болезни как проявления психического неблагополучия. И до настоящего времени термин «психосоматический» обозначает соматическое заболевание, потенциально вызванное психическими процессами, несмотря на то, что статус психосоматических расстройств закреплён в МКБ-10, МКБ-11, DSM-5 в классе «Психические и поведенческие расстройства». Подробнее о классификации будет рассказано в разделе 1.3.

Идеи возникновения и лечения конверсионного расстройства, разрабатываемые Фрейдом, были впоследствии пересмотрены его последователями.

Феликс Дейч (Felix Deutsch, 1884–1964), закончивший медицинский факультет Венского университета и знавший З. Фрейда, во время Первой мировой войны заинтересовался эмоциональными факторами в соматических болезнях. В 1919 г. он начал посещать заседания Венского психоаналитического общества. Вскоре после этого основал первую клинику по органному неврозу в Венском университете и читал курс по органному неврозу, психоанализу и внутренней медицине. Он предложил расширить фрейдовскую концепцию конверсии до конверсии как непрерывного процесса, продолжающегося на протяжении всей жизни. Также представил идеи о теории потери объекта и обосновал свой уникальный стиль интервью, названный ассоциативным анамнезом (медицинский аналог свободной ассоциации). Техника «ассоциативного анамнеза» предполагает в рассказе пациента постоянные соскальзывания между психической и соматической сферами. Сначала пациент дает информацию лишь о своих органических нарушениях, далее чаще в его речи возникает пауза в ожидании вопросов. Если повторить в этот момент одну из последних фраз пациента в форме вопроса, он, как правило, дает дополнительные сведения, значимые как для его эмоциональной жизни, так и относительно органического статуса. Так, он часто сам связывает свои соматические симптомы с эмоциями, окружением и межличностными отношениями. Во время пауз в разговоре, обозначаемых как эмоциональные узловые моменты, и происходит исследование пациента [Teusch].

В 1922 г. Дейч ввел понятие «психосоматическая медицина», в 1939 г. основал журнал «*Journal of Psychosomatics*» (США).

В рамках психодинамического подхода существенное влияние на развитие психологических концепций оказали работы Франца Александера (Franz Alexander, 1891–1964), Хелен Фландерс Данбар (Helen Flanders Dunbar, 1902–1959), Александра Митчерлиха (Alexander Harbord Mitscherlich, 1908–1982). Более подробно разработанные ими модели мы приведем в главе 2.

В 1939 г. основан журнал «Психосоматическая медицина» (*Psychosomatic Medicine*), а в 1942 г. основано Американское психосоматическое общество (*American Psychosomatic Society*).

Философские концепции тоже изменяются, и постепенно все больше заявляет о себе идея взаимосвязанности тела и души: 1) душа — хозяйка тела, а тело — дом для нее (Э. Гуссерль, 1859–1938: абсолютизация духовного начала); 2) «Я» и есть мое тело, душа сама по себе не существует, они неразрывно связаны; 3) тело — система текучих образов, ограничивающих жизнь духа (А. Бергсон, 1859–1941); душа прикреплена к телу, тело — келья, внутри которой и через окна которой мы глядим на внешний мир и общаемся с ним (С. Л. Франкл, 1877–1950).

Карл Ясперс (Karl Jaspers, 1883–1969) пишет: «Душа — это прямое внутреннее переживание (материал для феноменологии); все то, что дает начало осмысленным (значащим) или экспрессивным проявлениям: единство “Я”, фундаментальная психическая субстанция и т. п. Телом, в свою очередь, могут называться морфологический гештальт живого, видимые осмысленные движения, совокупность химических, физических, биологических процессов, локализация центров в мозгу и т. п.» [Ясперс, с. 277].

В 1977 г. Джордж Л. Энгел (George L. Engel) в журнале *Science* предлагает биопсихосоциальную модель заболеваний, делая попытку гармоничного объединения сложных областей функционирования человека как живой системы в рамках медицинского знания. Он предлагает использовать эту модель при построении исследований, обучении медицинских специалистов и разработке планов действий реального сектора здравоохранения.

На современном этапе знаний стержнем этих трех областей (био–психо–социальной) является генетика: предлагается *концепция генетической предрасположенности* и индивидуального уровня генетического риска развития заболевания с учетом влияния как психологических, так и социальных факторов.

Формирование болезненного процесса происходит при взаимодействии генома и различных средовых факторов. Эти средовые факторы многообразны и имеют сложную иерархическую структуру: от микросреды (например, структура хроматина) до макросоциальных факторов планетарного масштаба [Незнанов и др.].

Исследования подтверждают, что пренатальные и ранние постнатальные средовые воздействия могут повлиять на «эпигенетическое

программирование», приводящее к стабильным изменениям в работе генома. Например, в моделях на животных показано влияние отсутствия материнской заботы в раннем возрасте на эпигенетическое регулирование экспрессии гена глюкокортикоидного рецептора *nr3c1* (*neuron-specific glucocorticoid receptor*) и его влияния на проявление реакции на стрессоры у потомства в зависимости от особенностей материнского поведения. Выявлена связь между гиперметилением промотора гена *nr3c1* в лейкоцитах взрослых людей и неблагоприятными событиями в детстве.

«Подробное рассмотрение роли тонких биологических процессов не дает оснований для обвинения в биологическом редукционизме, поскольку именно социальным факторам отдается роль дирижера сложной эпигенетической машины» [Незванов и др., с. 10].

В современных статьях, посвященных психиатрии, все еще рассматривается точка зрения, что «психосоматическая медицина» — не совсем корректный термин: многие психические заболевания (и зависимость, и депрессия, и нервные анорексия и булимия и др.) провоцируют соматические заболевания (от цирроза печени и обморожений до нарушения обмена веществ и нарушений работы мочеполовой системы), и наоборот, соматические заболевания, например, артериальная гипертензия, могут приводить к психическим нарушениям, например, деменциям. И основными задачами медицинской психосоматики должны стать не столько исследования отдельных психосоматических классов МКБ-10 (например, F45.0 Соматоформные расстройства), сколько взаимосвязи между психическими и соматическими симптомами в пределах одной рубрики из V класса МКБ-10 («психические расстройства и расстройства поведения») и психосоматические соотношения между соматическими и психическими симптомами в пределах разных рубрик остальных классов МКБ-10 (болезни, состояния, врожденные аномалии и т. д.).

Необходимо изучать психосоматические соотношения, при которых психическое расстройство способствует возникновению заболевания или влияет на уже существующую болезнь (провоцирует ее обострение, утяжеляет течение или предопределяет развитие клинического варианта); формирование в процессе соматической болезни психического расстройства или ее влияние на его течение

(провоцирует обострение, утяжеляет течение или предопределяет развитие клинического варианта).

Описывается клинико-психосоматическая модель, которая содержит четыре исходные точки (тело как телесную конституцию; личностное расстройство, на которое влияет психосоциальный триггер; соматическое заболевание и психическое заболевание) [Смулевич и др., 2014]. Эти четыре элемента модели взаимодействуют между собой и определяют многообразие клинических форм психосоматики (рис. 2).

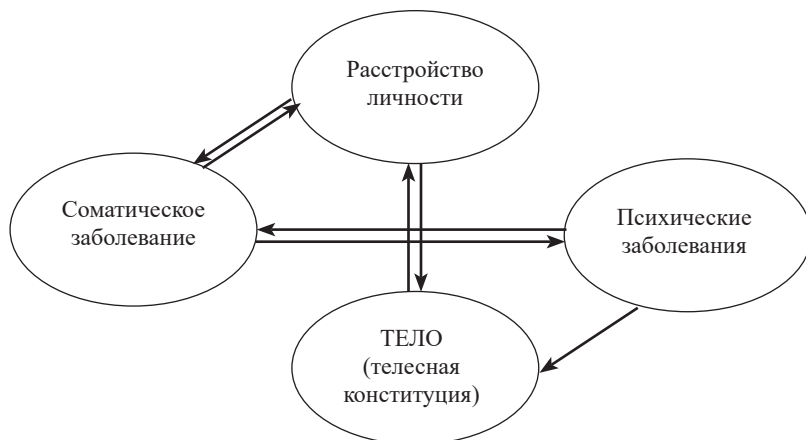


Рис. 2. Клиническая психосоматическая модель
[Лекции по психосоматике]

Несмотря на признание биопсихосоциальной модели *формирования и течения* заболеваний, все еще открытым остается вопрос о комплексном сопровождении пациента: социальным работником, психологом, психиатром, врачом соматического профиля.

Доказано, что наибольший терапевтический эффект имеют схемы лечения, сочетающие современную медицинскую помощь (при показаниях), современную психотерапию, дополнительные реабилитационные мероприятия и помощь в социализации.

Будущее стоит за исследованиями, опирающимися на современную экспериментальную психологию, где оценка психологических

переменных, данные психометрических шкал, психофизиологические тесты, различные парадигмы экспериментального психологического моделирования ситуаций реальной жизни соотносятся с глубинными биологическими механизмами (генетика, эпигенетика, нейровизуализация) на основе строго научного подхода с использованием доказательного дизайна и адекватных статистических инструментов.

Итак, психосоматика — междисциплинарная наука, занимающаяся изучением соотношения психологических и соматических факторов в формировании, течении и исходе заболевания.

Широкую публику термин привлекает чем-то магическим, как будто вносящим элемент контроля и понимания: «если все болезни от нервов, соответственно — не нервничай и болеть не будешь»; «стоит только понять, какая эмоция стоит за болезнью, о чем она говорит, и ты излечишься»; «если ты живешь в гармонии с собой, то и болеть не будешь». Специалистов же этот термин порой отталкивает своей нечеткостью в диагностических критериях и как будто всеобъемлющим характером.

1.3. Современная классификация психосоматических расстройств

Можно выделить психосоматические феномены нормы и психосоматические патологические феномены. Критериями разделения могут выступать: кратковременность, обратимость, возможность адаптации, последствия.

Психосоматические феномены нормы:

- мобилизация при краткосрочном стрессе;
- дезорганизация при краткосрочном стрессе;
- плацебо-эффект;
- телесные иллюзии и др.

Психосоматические расстройства (зафиксированы в Международной классификации болезней, МКБ-10):

- невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F40–F48): F44 Диссоциативные [конверсионные]

расстройства; F45 Соматоформные расстройства (иногда можно встретить название «органные неврозы», но этот термин не охватывает все соматоформные расстройства, а является лишь определенной их категорией);

- поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50–F59): F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках (в психологической литературе их иногда называют «психосоматозы»).

В практической работе в рамках психосоматического поля также рассматривают: F50 Расстройства приема пищи, F51 Расстройства сна неорганической природы, F52 Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием.

Феномены психосоматической *нормы* можно назвать так потому, что они присущи каждому человеку (например, в стрессовой ситуации), а также потому, что являются кратковременными (исчезают при устранении стрессора), обратимыми (организм и психика возвращаются в нормальное функционирование и не мешают адаптации человека к окружающей среде). При мобилизационной реакции на стресс-фактор может происходить увеличение концентрации внимания, мобилизация ресурсов памяти, усиление темпа речи и мыслительных процессов, покраснение кожи, усиление потоотделения, учащение частоты сердечных сокращений. Например, на экзамене школьник вспоминает когда-то давно пройденный материал, и казалось, давно забытый, но при этом он взволнован, его дыхание сбито и пульс крайне высокий.

Описаны случаи, когда человек в ситуации стресса мобилизует и физический потенциал, передвигая тяжелые предметы, которые в обычном состоянии не смог бы сдвинуть с места. Как только стрессор исчезает, психические и физиологические процессы приходят в их обычный режим функционирования.

При дезорганизационной реакции на стресс-фактор может возникнуть противоположная реакция: распад деятельности, хаотичная деятельность, забывание информации, заторможенные речь и мыслительные процессы. Но как только стресс-фактор исчезает, организм и психика приходят в обычное функционирование.

В отличие от нормы, феномены психосоматической *патологии* долговременны, тяжело обратимы или необратимы, выступают проявлением личностного неблагополучия.

Перечень соматоформных расстройств в МКБ-10 (диагностическая рубрика F45) несколько отличается от DSM-5 (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 5-е изд.) и содержит: соматизированное расстройство F45.0; недифференцированное соматоформное расстройство F45.1; ипохондрическое (небредовое) расстройство F45.2; соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы («органные неврозы») F45.3; устойчивое соматоформное болевое расстройство F45.4; другие соматоформные расстройства F45.8 и соматоформное расстройство неуточненное F45.9.

Критериями соматоформных расстройств считают повторное предъявление соматической симптоматики одновременно с настойчивыми требованиями медицинских обследований, несмотря на *повторные отрицательные* их результаты и заверения врачей, что симптомы не имеют соматической природы. Если имеются какие-либо соматические заболевания, они не объясняют природы и степени выраженности симптомов или страдания, жалоб пациента.

Соматоформные расстройства (СФР) представляют собой дисфункции *психогенной* природы, характеризующиеся разнообразными симптомами, часто беспокоящими пациента и напоминающими соматическое заболевание. Однако медицинские обследования не выявляют каких-либо патологических изменений либо выявляют *неспецифические функциональные* нарушения.

Пациенты с СФР неоднократно обращаются за помощью к врачам общей практики, настойчиво требуя медицинских обследований, но негативное отношение пациента к попыткам объяснения расстройства психологическими причинами, восприятие нормальных физиологических реакций как патологических и чрезмерная тревога за свое физическое здоровье оказывают дезадаптирующий эффект и способствуют прогрессивному течению болезни.

Пациенты с СФР зачастую уверены, что их телесные ощущения указывают на серьезное соматическое заболевание, которое врачи обнаружить не могут (как говорится, «если у вас нет паранойи, это

не значит, что за вами не следят»). Как правило, это функциональные симптомы с преобладанием нечетких жалоб в отношении сердечно-сосудистой, пищеварительной, дыхательной систем. Ф. Александер называл их органами неврозом, вызванными эмоциональным напряжением.

Итак, соматоформные расстройства — группа психогенных расстройств, характеризующихся наличием соматических симптомов, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическим заболеванием и которые не являются вторичными последствиями другой психической патологии (например, депрессии или панического расстройства).

Частота СФР среди пациентов первичной медицинской сети составляет 16–36 %, при этом женщины болеют значительно чаще мужчин.

Исследователи сходятся во мнении, что личностный фактор занимает одно из значимых мест в этиологии соматоформных расстройств. Так, отмечается, что 61 % «соматизированных» пациентов имеют личностные расстройства [Холмогорова, Гаранян].

Следующая рубрика «Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках F54» используется для кодирования имеющихся психологических и поведенческих факторов, рассматриваемых в качестве *основной этиологической причины* соматических расстройств, которые могут быть отнесены к другим классам болезней. При необходимости идентифицировать связанное соматическое нарушение используют дополнительный код: F54 и астма J45; F54 и дерматит L23–L25; F54 и язва желудка K25; F54 и синдром раздраженного кишечника K58; F54 и язвенный колит K51; F54 и крапивница L50. То есть рубрика описывает психологические факторы, влияющие на физическое состояние. Эти психические нарушения обычно слабо выражены и сами по себе не позволяют использовать какую-либо другую рубрику класса V «Психические расстройства и расстройства поведения», но устойчивы (например, волнение, эмоциональный конфликт, мрачные предчувствия).

Забегая вперед, отметим, что часть этих расстройств была включена в группу «чикагская семерка», описанную Ф. Александером.

Таким образом, часть психосоматических расстройств имеет преимущественно органический генез, часть — психогенный, а часть представлена отдельными, часто этиопатогенетически неясными и не связанными между собой расстройствами синдромального уровня (например, нарушения сна, пищевого и сексуального поведения). Из-за значительного полиморфизма психосоматических расстройств они не соединены единой рубрикой МКБ-10 и не ограничиваются кругом психических расстройств, занимая места еще и в соматических классах.

Ведущая диагностическая особенность указанных расстройств (возникновение их без какой-либо физической или ятрогенной причины) заключается в расплывчатости жалоб, а постановка диагноза осуществляется на основании *отсутствия* признака, а не его наличия.

Учитывая накопленные данные, для оптимизации классификации МКБ-10, в МКБ-11 были внесены изменения. Перечислим некоторые из них.

Единый регистр МКБ-11 объединяет соматоформные расстройства F45.0 и неврастению F48.0, исключает ипохондрию F45.2. Введен новый диагноз, входящий в состав данной группы, — дисфория целостности восприятия собственного тела. Группа называется «расстройства телесных ощущений (соматическое дистресс-расстройство)».

Ипохондрию предложено включить в группу обсессивно-компульсивных расстройств.

Расстройства телесных ощущений (соматическое дистресс-расстройство) определяются как «характеризующиеся присутствием телесных симптомов, мучительных для конкретного пациента, чрезмерно захватывающих его внимание и обостряющихся при повторном общении с лицами, оказывающими медицинскую помощь. Если состояние обусловлено или спровоцировано соматическими симптомами, уровень внимания к нему отчетливо излишний в связи с проявлениями и прогрессированием. Повышенное внимание не уменьшается ни проведением соответствующего клинического обследования, ни исследованиями, ни адекватным переубеждением. Телесные симптомы и связанное с ними беспокойство постоянны, присутствуют большинство дней на протяжении, по меньшей мере,

нескольких месяцев и связаны со значительным нарушением в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной и других важных областях функционирования. Обычно расстройство включает множество телесных симптомов, которые могут изменяться время от времени. Редко присутствует один симптом — обычно боль или усталость — который ассоциируется с другими проявлениями расстройства [Гуредже, Рид]. То есть произошло включение психологических критериев и учет снижения уровня функционирования пациента.

Для диагностики расстройства, связанного с соматическими расстройствами, необходимо постоянное наличие, по меньшей мере, одного из трех психопатологических критериев: тревога о здоровье, диспропорциональные и постоянные переживания о тяжести симптомов и чрезмерная трата времени и энергии на симптомы или переживания о здоровье. То есть не отсутствие данных о соматическом нарушении (физических или медицинских причин), как было предложено в МКБ-10, а выделение компонентов, которые присутствуют, — обеспокоенность, чрезмерные мысли и поведение.

Группа «диссоциативные расстройства» МКБ-11 соответствует диссоциативным [конверсионным] расстройствам МКБ-10, но из ее названия удален термин «конверсия». Диссоциативное расстройство с неврологическими симптомами в МКБ-11 концептуально согласуется с диссоциативным расстройством движения и ощущения в МКБ-10, но представлено как единое расстройство с 12 подтипами, выделенными на основе преобладающей неврологической симптоматики (нарушение зрения, неэпилептические припадки, нарушение речи, паралич или слабость и пр.).

Диссоциативные расстройства с неврологическими симптомами (МКБ-11) относятся к психосоматическим категориям, так как не обусловлены соматической или неврологической патологией и вызваны психологическими причинами.

Обратим внимание читателей: при соматоформных расстройствах нарушения происходят в функционировании внутренних органов, желез внутренней и внешней секреции, кровеносных и лимфатических сосудов. Диссоциативное расстройство касается нарушения функционирования скелетных мышц, чувствительности.

К проявлениям диссоциативного *двигательного* расстройства относят истерические парезы и параличи. В одних случаях они напоминают центральные спастические, в других — периферические вялые параличи. Особенно часты расстройства походки, наиболее известные под названием «астазия-абазия», заключающиеся в *психогенно* обусловленной невозможности стоять и ходить при отсутствии нарушений мышечного тонуса и сохранении пассивных и активных движений в положении лежа. Такое сходство симптомов диссоциативного двигательного расстройства с неврологическими заболеваниями заставляет пациентов обращаться преимущественно к неврологам.

Диссоциативные расстройства ранее назывались истерическими. Но в настоящее время происходит уменьшение «архаичных форм истерии», и судорожные припадки, «истерические дуги», острые приступы слепоты и глухоты сменяются на истеро-ипохондрические симптомы, сенестопатические и болевые проявления.

Течение диссоциативного расстройства может быть различным: от кратковременных реакций и исчезновения без лечения до сохранения у пациента на протяжении нескольких лет с колебаниями выраженности нарушений.

ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Дайте определение термина «психосоматика» в широком и узком смыслах.
2. Кратко опишите биопсихосоциальную модель заболеваний.
3. Назовите диагностические критерии психосоматических расстройств.
4. Дайте определение термина «соматоформное расстройство».
5. Перечислите группы расстройств, входящие в «соматоформные расстройства» согласно МКБ-11.
6. Дайте определение термина «диссоциативное расстройство».
7. Опишите механизмы и факторы риска возникновения расстройств психосоматического спектра.
8. Опишите «замкнутый круг» соматопсихических отношений.
9. В чем заключаются основные задачи психолога для помощи пациенту в преодолении психосоматического заболевания?

2. ОСНОВНЫЕ МОДЕЛИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СИМПТОМООБРАЗОВАНИЯ

Язва — болезнь заразная. Ею заражаются от общения с начальником.

*Докладчик на конференции
по проблемам гастроэнтерологии*

2.1. Психоаналитические модели психосоматического симптомообразования: систематика, особенности, критическая оценка

Зигмунд Фрейд (Sigmund Freud, 1856–1939), исследуя параличи и парезы на фоне истерии, в «Случае фрейлейн Элизабет фон Р.» одним из первых описал конверсионное расстройство. Молодая женщина, 24 года, более двух лет жаловалась на сильные боли в ногах неопределенного характера и быструю утомляемость при ходьбе. В ее семье случился период трагических событий: смерть отца и сестры, мать перенесла серьезную операцию. Забота о них в период их болезни легла на женщину [Фрейд].

Данный случай входит в работу «Очерки по истерии» и интересен тем, что в нем прослеживается становление психотерапии З. Фрейда, отдаление ее от гипнотических техник.

Первая ситуация, вызвавшая внутренний конфликт, которую вспомнила женщина, — она оставила отца больным дома на целый вечер, пойдя на встречу с симпатичным ей молодым человеком; вернувшись поздно домой, она обнаружила, что отцу стало гораздо хуже, стала укорять себя за то, что много времени потратила на собственное удовольствие, и больше не оставляла отца на целый вечер. Молодой человек же впоследствии отдалился и не продолжил ухаживания. После описания этого случая Элизабет смогла указать локализацию боли — это было то самое место, на которое

отец каждое утро в течение длительного времени клал свою сильно опухшую ногу, пока Элизабет меняла ему повязки. Вторая ключевая ситуация, обнаруженная Фрейдом в ходе психоанализа, — тяжелые переживания о здоровье сестры, желание Элизабет иметь такого же заботливого мужа, как у ее сестры, и мысль, пришедшая при известии о смерти сестры: «Теперь он снова свободен, и я могу стать его женой», буквально парализовавшая Элизабет.

Фрейдом была предложена психоаналитическая модель симптомообразования, согласно которой психосоматическое заболевание — это конверсия (лат. *conversio* — оборот, превращение) психической энергии (эмоции) в телесное русло (телесные симптомы). Представляя, что психическая энергия существует в двух руслах (физическом и психическом), и при условии мощной блокады (запрета, невыносимости чувства вины), подавляющей свободное течение психической энергии, она переходит на физический уровень, как бы «затапливая» физическое русло и проявляясь в теле. То есть конфликт, который не может разрешиться в психике, переходит на телесный уровень, исчезая из психической реальности человека, но демонстрируя себя на телесном уровне.

В психоаналитическом подходе болезнь — способ коммуникации. Конверсионные реакции — это *символическое* выражение эмоции, которая отвергается и подавляется (вытесняется) вследствие переживания вины и стыда. Такое выражение *обратимо*, т. е. при осознании внутреннего эмоционального конфликта телесные проявления исчезнут. Конверсионные расстройства выражаются через нарушения работы скелетной мускулатуры и чувствительности кожи (параличи и парезы).

Вклад в исследование психосоматики З. Фрейд внес и тем, что одним из первых описал вторичную выгоду от заболевания. Симптом позволяет получить «дополнительные дивиденды», например, внимание и заботу от окружающих или возможность избежать неприятной работы.

Модели психического, предложенные З. Фрейдом, эволюционировали в его работах, а в дальнейшем и пересматривались его последователями. Так, предлагались техники психотерапии, направленные не столько на анализ вытесненного конфликта, сколько на замену

на более слабый и менее выраженный. Например, сильную «конверсионную» боль сформировать как реакцию онемения мизинца.

Фрейд применял конверсионную модель очень ограниченно, к личностям с истероидным радикалом. В дальнейшем наметилась глобализация этой модели («бронхиальная астма — вытесненный крик, онкология — вытесненная ярость, язва желудка — подавленная враждебность»). Это, конечно, привело к обострению отношений психосоматической и соматической медицины.

Также психоаналитический подход критиковали за отрыв от биологической основы человека и заболеваний; отсутствие экспериментальной доказательной базы в естественно-научной парадигме, подтверждающей эффективность лечения; рассмотрение единичных случаев и невозможность выявить закономерности и прогностический эффект; метафоричный и многозначный язык психоанализа.

Дальнейшее развитие психосоматической медицины и психоанализа все больше расходится.

Австро-венгерский психоаналитик, психиатр, в 1930 г. переехавший в США, Франц Александер (Franz Alexander, 1891–1964) изучал роль психических факторов в этиопатогенезе желудочно-кишечных, дыхательных, а потом и сердечно-сосудистых расстройств. Он устанавливает, что при ряде заболеваний сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, эндокринной, мышечной и кожной систем физиологические ответы на различные эмоциональные напряжения были различны у каждой группы заболеваний (бронхиальная астма F54, сенная лихорадка J30.1, гипертензия I10, мигрень G43, диабет E10, гипогликемия E16.2, экзема L23, нейродермит L20.8, ревматоидный артрит M05).

Ф. Александер выделил семь специфических психосоматических заболеваний (в дальнейшем названных «чикагская семерка», по названию Чикагского психоаналитического института): язва двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, ревматоидный артрит, бронхиальная астма, нейродермит, гипертензия, тиреотоксикоз. Александер отмечал, что в некоторых случаях психологические факторы могут быть этиологически более важны, в других — менее, но заметно они присутствуют в специфических расстройствах при этих семи заболеваниях.

Ф. Александер обозначил мультидетерминированность психосоматического заболевания, выделив три основных фактора в этиологии психосоматических расстройств: 1) унаследованная или рано приобретенная органная или системная недостаточность; 2) психологические паттерны конфликта и тип психологической защиты, формируемый в раннем детстве; 3) актуальные жизненные ситуации. Важно сочетание именно трех факторов, а не только одного.

В 1934 г. Александер формулирует *концепцию специфичности* или «специфического эмоционального конфликта»: симптомы вегетативного невроза — не просто попытка выражения подавленного чувства (как у Фрейда), а физиологическое сопровождение определенных эмоциональных состояний и возникновения напряжения при отсутствии возможности отреагирования этого напряжения вовне. Специфичность заключается в отличии качества эмоций, физиологических ответах на различные эмоциональные стимулы, иными словами, определенное эмоциональное отношение пациента к окружению или к собственной личности.

При постоянно возникающей, как мы бы сейчас назвали «триггерной», ситуации и невозможности отреагировать эмоциональное напряжение вовне первоначально обратимые функциональные симптомы ведут к необратимым изменениям в органах.

В 1939 г. Александер организует Чикагский психоаналитический институт.

Схему формирования психосоматического заболевания, согласно Александеру, можно представить следующим образом.

В дошкольном возрасте закладывается аффективный бессознательный конфликт, формирующий устойчивую модель поведения в тех или иных ситуациях. В формировании этой модели поведения большую роль играет предрасположенность к астеническому или стеническому эмоциональному реагированию. Например, блокирование потребности в близких отношениях ведет к нарушениям работы парасимпатической системы и развитию язвенной болезни, а запрет на выражение агрессии — к нарушениям в работе симпатической системы и развитию артрита и гипертонии.

Если в дальнейшем на жизненном пути у человека возникает запускающая ситуация, то при участии индивидуальных психических

защит появляется хроническая (постоянная) эмоция, сопровождаемая устойчивым паттерном физиологического функционирования. Этот паттерн физиологического сопровождения определяется органической уязвимостью человека, на которую влияют: конституциональные особенности, в основе которых лежит генетическая предрасположенность; внутриутробный период, процесс родов, ранний детский период, стиль воспитания, эмоциональный климат в семье, травмы в более поздний период и навыки человека.

Психические защиты — бессознательный механизм, который помогает человеку каким-то образом блокировать травмирующее действие *вытесненных* эмоциональных конфликтов (отрицание, вытеснение, проекция и др.).

Ситуация запуска, которая включает всю схему психосоматического реагирования, непосредственно связана с содержанием внутриличностного конфликта и субъективно непереносима для человека.

Если в ходе «встречи» с внешней ситуацией запуска и соответствующим внутренним запуском устойчивого паттерна физиологического сопровождения эмоции есть разрядка эмоций в поведении (моторная или речевая), то напряжение снимается и заболевания не возникает. Если же эмоциональной разрядки нет, то возникает соматическое заболевание.

В ходе психоанализа пациента можно обнаружить несколько базовых конфликтов, лежащих в основе неврозов и психосоматических заболеваний: например, потребность в любви/ее неполучение, автономия/зависимость.

У пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки часто обнаруживается внутренний конфликт «быть опекаемым-независимым», борьба между потребностью в психологической зависимости и боязнью открыто демонстрировать эту зависимость. Различают пассивный и гиперактивный тип язвенного больного. Пассивный (манифестно-зависимый) язвенный тип прямо выражает свои потребности в зависимости от другого человека, а страх быть покинутым стоит на первом плане и ведет к постоянному напряжению. Шаги к самостоятельности и независимости не предпринимаются. Пациент получает все преимущества зависимости

от значимого Другого (например, ощущение принадлежности, защищенности, предсказуемости) и отказывается от риска быть самостоятельным. Постоянно ищутся обстоятельства и люди, которые «не смогут их покинуть». Каждый намек на отвержение, отсутствие любящего взгляда может вызвать паническую реакцию. Язвенный приступ связан с ситуацией, когда желание быть зависимым встречает отказ или фантазию об отказе. Болезнь может быть источником восстановления отношений со значимой фигурой или установления новых — с врачом. Отношение к болезни — гипернозогностическое.

При гиперактивном язвенном типе желание быть зависимым также сильно, но отвергается пациентом: демонстрация любви, хороших отношений и эмоциональной теплоты делают человека слабым, зависимым, неприемлемым и недостойным. Пациент агрессивно преследует свою цель, компенсаторно стремится к независимости и постоянно пытается доказать свою силу, демонстрируя напоказ свою самостоятельность. Заболевание воспринимается как угроза образу «Я» (ведь это проявление слабости, вынужденное положение и ощущение зависимости от окружающих), поэтому отношение к нему — анозогностическое.

На практике концепция специфического эмоционального конфликта позволяет определить опорные пункты в интервью и психотерапевтические задачи.

В ходе структурированного психологического интервью важно определить структуру, длительность и содержание внутриличностных конфликтов, типы защитных механизмов, исследовать ведущий эмоциональный паттерн (особый акцент делают на тревожности), определить патологический вегетативный паттерн, провести анализ жизни и формирования болезни, оценить факторы органической уязвимости, наличие факторов эмоциональной разрядки.

Психологи-практики чаще всего перечисляют следующие психологические конфликты, сопровождающие обострение заболеваний: привлечение внимания; освобождение от ряда требований/условий/обстоятельств, которые пациент считает неприятными для себя и крайне обременительными; избавление и отвлечение пациента от сложной и ответственной для него ситуации, конфликтных ситуаций; несоответствие возможностей пациента и повышенных

требований к себе (т. е. своего рода недостижимому идеалу), а заболевание становится оправданием своей несостоятельности; чувство вины; идентификация со значимым Другим, имеющим заболевание; болезненный травматический опыт, оставивший отголоски в теле.

Бессознательное удовлетворение потребностей, представленных в этих психологических конфликтах, будет *первичной* выгодой заболевания. В ходе развития болезни пациент может получать и дополнительные преимущества — как материальные, так и психологические, т. е. *вторичную* выгоду.

Психотерапевтическими задачами становятся: научение решать внутриличностные конфликты и сложные жизненные ситуации; развитие системы зрелых защитных механизмов; наработка разнообразных паттернов эмоционального реагирования (в таком случае будут также формироваться разнообразные паттерны физиологического реагирования); освоение эффективных каналов разрядки эмоций; обнаружение вторичных выгод, которые могут спровоцировать рецидив или нежелание выздоравливать.

Х. Ф. Данбар разрабатывала концепцию личности психосоматических пациентов [Морозов]. Некоторые из них стали классическими и находят подтверждение в современных исследованиях: например, коронарный тип личности (тип личности А). Люди этого типа склонны к заболеваниям сердечно-сосудистой системы — целеустремленные, активные, гневливые, перфекционисты, им сложно остановиться и сделать перерыв в работе, они постоянно находятся в ощущении цейтнота.

Также она описывала:

- язвенный тип личности (целеустремленные, энергичные, но сдерживают эмоции и выплескивают их в неадекватно сильной форме, тщательные, педантичные, сверхорганизованные, вязкие, застревающие, планирующие; ригидные, имеющие жесткие установки);
- тип сахарного диабета (эмоционально очень вязкие и еще более ригидные по сравнению с язвенным типом; сильные чувства подавляют и проявляют их крайне редко, в очень деструктивной форме на фоне стресса, сильного напряжения);
- тип бронхиальной астмы (в дальнейшем сильно дорабатывался и дополнялся другими исследователями): их отличает замкнутость,

своеобразие, изысканность, некоторая демонстративность и потребность в признании, стремление к близким контактам, но одновременная их боязнь.

На данный момент, кроме типа личности А и типа личности D (подтвержденных экспериментальными исследованиями и описанных нами выше), выделяют *неспецифические* психологические особенности психосоматических пациентов:

- эгоцентризм (суженность мира до размеров собственного пространства, фиксация на собственных интересах);
- инфантилизм (зависимость от ключевых фигур);
- эмоциональный контроль (сдерживание своих эмоций);
- алекситимия (сниженная способность к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче);
- перфекционизм (убеждение, что идеал может и должен быть достигнут, а несовершенный результат работы не имеет права на существование);
- выученная беспомощность (поведение, при котором не предпринимается попыток к улучшению своего состояния, хотя такая возможность имеется).

Александр Митчерлих предлагал модель двухэшелонной линии обороны. Согласно ей, психосоматический симптом — результат использования незрелых психологических защит. Развитие психосоматического процесса осуществляется в следующей последовательности: 1) человек пытается справиться с конфликтом на психосоциальном уровне с помощью относительно зрелых психических защит, например, рационализации, сублимации; 2) если они не справляются, то переживания вытесняются; 3) при длительном переживании и невозможности разрешить ситуацию формируется невроз.

Если же и это не помогает вынести бремя внутриличностного конфликта, то он «прорывается» на телесный уровень, тело как будто берет на себя эти переживания, т. е. происходит *соматизация* внутриличностного конфликта.

Для объяснения механизма соматизации Макс Шур (Max Schur, 1897–1969) описал единое психофизиологическое переживание,

характерное для раннего этапа развития. В первый год жизни, находясь в эмоциональном симбиозе с матерью, ребенок реагирует на мир и телом, и психикой. Если что-то младенцу не нравится, то он это покажет и телесно, и психически (плачем, криком, напряжением мышц, изменением цвета кожи и пр.). Младенцы и боль воспринимают по-другому. Многие родители знают, что для успокоения боли ребенка иногда достаточно «магического» маминого поцелуя или «дай подую». В ходе онтогенеза психосоматическое единство образует две сферы: телесную и психическую. Происходит процесс десоматизации-ресоматизации: овладение речью приводит к тому, что нет необходимости реагировать телом (например, ребенок понимает, что он может сказать о том, что он голоден, ему уже незачем плакать). Но если симбиоз был слишком фиксированным, долгим или сепарация не произошла, то у ребенка появляется желание вернуться в это психосоматическое единство, и на психологические факторы человек реагирует телом.

Описаны случаи ухудшения психического состояния пациента по мере улучшения его соматического состояния при лечении неспецифического язвенного колита. Как будто заболевание для пациента — вариант «телесной защиты» от психотического уровня личностного расстройства.

Нэнси Мак-Вильямс описывает соматизацию как вариант регрессии, т. е. как защитный механизм высшего порядка. Соматизация (физическое неблагополучие, привязанное к эмоциональному стрессу) отличается от конверсии (когда физический симптом, например, паралич или слепота, не может считаться физиологическим). Отмечается резистентность соматизации и ее трудность для терапевтического вмешательства. Некоторые ипохондричные пациенты используют регрессию для того, чтобы находиться в роли слабого и беспомощного, бессознательно демонстрируя детскую модель поведения [Мак-Вильямс].

Варианты вытеснения переживания, регрессии или неудачи психических защит предполагают, что психологические защиты высшего порядка уже сформированы. Но встречаются и пациенты, не имеющие ментальной возможности для переживания аффекта, который как будто остается на уровне организма.

Если описывать очень приблизительно, то Фрейд рассматривал две линии психосоматики: психоневрозы (характеризующиеся вытеснением психического переживания в тело) и актуальные неврозы (реакция на текущую ситуацию фрустрации). Первые можно психоаналитически интерпретировать и тем самым реконструировать психическое содержание телесного недуга. Вторые возникают в результате непосредственного переизбытка или недостаточности психической энергии — либидо. Она либо «просачивается» в виде необъективированной тревоги, порождая тревожный невроз или «невроз страха» (термин советской психиатрии), выражающийся в разнообразных соматических симптомах, либо ее дефицит проявляется в симптомах неврастения. Актуальные неврозы не анализируются, так как в них нет психологического содержания телесного симптома, т. е. психосоматический симптом не символизирован.

Александр пытался интегрировать эти две линии, сформулировав идею соответствия телесного напряжения и соответствующего ему специфического эмоционального конфликта и подчеркнув важность наличия ситуации его разрядки, в том числе и через психоаналитическую интерпретацию.

Ш. Ференци, Ф. Дойч, Х. Данбар развивали линию влияния внутренних конфликтов на тело, исследуя *символическое* содержание психосоматического симптома и рассматривая соматизацию как работу вытеснения.

Как мы уже показали, попытка символизации психосоматического симптома крайне соблазнительна, но не всегда применима к определенным случаям. Вышеперечисленные способы концептуализации постепенно начинают терять свою эффективность, и к 1960-м гг. намечается медленный спад интереса к психосоматической психотерапии. Переосмысление психоаналитических концептуализаций именно в русле понимания актуальных неврозов, т. е. когда психосоматические симптомы не символизированы, привело к тому, что в 1990-е гг. наметился значительный подъем интереса к ним со стороны практикующих специалистов.

Современное понимание психосоматического симптома заключается в том, что смысл симптома не имеет особого значения и в большей степени привязан к *структуре* личности. Исследуется,

какие особенности структуры психики позволяют формировать психосоматический симптом.

Например, Парижская школа (Андре Грин, Пьер Марти, Клод Смаджа, Леон Айзенберг), активно развивающаяся с 1960-х гг. и размышляющая в терминах фрейдовских влечений и его понимания объекта, рассматривает психосоматический симптом следующим образом. Влечение по Фрейду — это психическое представление внутреннего соматического источника возбуждения; своеобразное требование тела по отношению к психике. Представление может быть искажено, а может быть заблокировано, что приводит к тому, что адекватная разрядка влечения не происходит. Но оно продолжает действовать на тело, формируя телесный симптом, который как такового смысла не несет. Если у некоторых пациентов переживание можно в процессе психотерапии раскрыть и довести до уровня осознания (например, протест/жалоба/требование, адресованное Другому), то другие пациенты выражают скорее признаки психической не-боли и демонстрируют скорее слишком малое количество психического выражения. Образно говоря, их психосоматический симптом — проявление «безмолвного ума». Человек не может в уме сформировать репрезентацию аффектов и драйвов, влечений, и они выражаются соматически. Возбуждение существует в теле, но нет канала разрядки. И в таких случаях мы можем говорить о дефицитарности личности и связывать терапию с *развитием* личности.

С другой стороны, возникают многочисленные работы, опирающиеся на идею привязанности и формирующуюся на ее основе способность к *ментализации* (П. Фонаги). Акцент делается на процесс смыслообразования и опору на теорию объектных отношений. Образно говоря, психосоматический симптом — в силу незрелости символического уровня психики — выражает то, о чем не говорит психика, т. е. является проявлением «говорящего тела».

Ставя различные акценты, эти два подхода по-разному рассматривают и психотерапию.

Тем не менее оба эти подхода объединены идеей, что во взаимодействии психики и сомы (психосоматическое единство Д. В. Винникота) при его нарушении, проявлявшемся в психосоматическом

симптоме, функцию одной системы выполняет другая (тело берет на себя работу психики и наоборот).

С. Гринспен отмечает, что аффект является физиологически обусловленным процессом. В процессе развития ребенка аффект присутствует на соматическом уровне, проходит через поведенческий уровень и далее представлен на символическом уровне. Во взаимодействии со значимым Другим ребенок канализирует аффект в поведенческую форму и проявляет его в конкретном поведении: например, гнев — в крике, кусании, плаче, стукании обидчика лопаткой. То есть добивается разрядки и *выражения*. По мере развития речи и взаимодействия со взрослым, который интерпретирует поведение ребенка, формируется символизация эмоций, помогая ребенку делать этот аффект *переживаемым*.

Таким образом, мы можем иметь дело с конверсионным расстройством, когда переживание с уровня символизации уходит на соматический уровень, т. е. мы можем описать данный случай метафорой поломки и вытеснения; а можем встретить аффект, который не проходит свое развитие до символизации, продолжая существовать на соматическом уровне, что можно охарактеризовать как «недоразвитие».

Такое понимание предполагает использование различных психотерапевтических стратегий.

Модели, описанные нами в данном разделе, опираются на психодинамические конструкты и ориентированы на анализ структуры личности, а психосоматический симптом рассматривают как личностное неблагополучие либо в терминах *недоразвития*, либо *поломки*.

Критики отмечают, что психоаналитические модели находят свое подтверждение лишь в единичных случаях и обладают слабой прогностичностью. Психоаналитические модели, опираясь на «переживательный» компонент психики, плохо поддаются объективизации и операционализации в рамках естественно-научной медицинской парадигмы. Тем не менее на практике феноменологический подход психоанализа оказывается эффективным и помогающим для психосоматических клиентов.

2.2. Психофизиологические модели психосоматического симптомообразования: систематика, особенности, критическая оценка

В отечественной психологии исследование психосоматических отношений долгое время развивалось в рамках кортико-висцеральной концепции (лат. *cortex* — кора и *viscera* — внутренние органы тела), разработанной физиологами, учениками И. П. Павлова, К. М. Быковым (1886–1959) и И. Т. Курциным. Их исследования представлены в работах «Кортико-висцеральная теория патогенеза язвенной болезни» (1952), «Критика фрейдизма в медицине и физиологии» (1965), «Теоретические основы психосоматической медицины» (1973) и др.

Согласно кортико-висцеральной концепции, «психическое» понимается в рамках нейробиологической парадигмы и рассматривается как эпифеномен нервных процессов.

Концепция опиралась, в том числе, на работы И. П. Павлова и его исследования «сшибки» условных рефлексов. Сотрудница Павлова Н. Р. Шенгер-Крестовникова изучала «экспериментальный невроз» у собак. Вначале у собаки вырабатывался положительный пищевой рефлекс на изображение круга (еду давали) и отрицательный — на изображение эллипса (еду не давали). После закрепления рефлексов круг начинали поворачивать так, что он в поле зрения собаки постепенно превращался в эллипс. Собака начинала беспокоиться, а затем срывалась в истерику: лаяла, визжала, срывала капсулу для регистрации слюны, грызла резиновые трубки и т. п. Было высказано предположение, что физиологическая модель внутрипсихического конфликта — «сшибка» рефлекторных процессов, т. е. активизация с помощью одного и того же условного стимула двух противоречащих друг другу безусловных рефлексов (активация и торможение). Нарушение такого баланса возбуждения и торможения на уровне коры головного мозга и вызывает невроз.

Кора головного мозга, используя механизмы условных рефлексов, непосредственно влияет на состояние внутренних органов. Нейронные импульсы передаются в двух направлениях: «от коры к периферии» и «от периферии к коре». Нервные процессы являются

составной частью процессов органических, и любые нарушения в «нисходящих» нейронных цепях (от коры к внутренним органам) могут вызывать расстройства органического уровня. Таким образом, фраза «все болезни — от нервов» становится оправданной.

С другой стороны, двунаправленность передачи нервных импульсов — не только от коры к телу, но и от тела к коре — объясняет и «соматопсихические» расстройства, нарушения психической сферы при соматическом заболевании.

Изменения, возникающие при неврозе в анатомо-физиологических системах, объяснялись наличием в организме до определенного времени скрыто протекающих (доклинических) патологических процессов, которые проявляли себя только лишь под «пусковым» действием провоцирующих психологических факторов.

Иногда соматические расстройства при неврозах объяснялись как декомпенсация функции под действием избыточного нервного напряжения либо как нарушение ритма адаптивных процессов в условиях вызванной психологическими причинами дезинтеграции работы физиологических систем.

Связь между формой болезни и содержанием психологического конфликта рассматривается как случайное совпадение, поскольку основная причина расстройства — сила возбуждения в нейронных цепях, воспринимаемая человеком как сильное эмоциональное переживание.

Традиционно считающиеся «истинно» психосоматическими заболевания на самом деле не более связаны с действием психологических факторов, чем любые другие. Поэтому более правильно говорить не о конкретных психосоматических болезнях, а о вообще соматических расстройствах, связанных с действием психогенных факторов.

Соматическое расстройство в таком случае может возникнуть только, если в момент сильного переживания в каком-то органе тела по роковому стечению обстоятельств уже было неудовлетворительное функциональное состояние. Другими словами, *ослабленная в момент переживания физиологическая система («слабое звено») вовлекается в патологический процесс, независимо от психологического смысла внутриличностного конфликта, вызвавшего сильные переживания.*

Стереотипы эмоционального реагирования в стандартных ситуациях — это тоже условно-рефлекторные реакции, формирующиеся, как правило, в раннем детстве, ставшие автоматическими, перешедшими на подсознательный режим функционирования. Чтобы переучить человека, необходимо сделать большей частью подсознательную реакцию более осознанной.

В современных исследованиях был обнаружен еще один физиологический механизм, имеющий отношение к психосоматическому расстройству, — *генерализация* условного рефлекса. Например, бронхоспазм у больного бронхиальной астмой может возникнуть при виде *изображения* предмета, вызывающего аллергию, а не при вдыхании аллергена. Или появление аллергической реакции при нахождении в оранжевой комнате у человека, имеющего пищевую аллергию на апельсины.

Еще одна концепция, которую можно отнести к психофизиологическому подходу, связана с ролью стресса.

В ходе многочисленных исследований было выявлено, что ключевую роль в развитии психосоматических расстройств играет именно воздействие стресс-фактора и ответная гиперактивация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси организма с нарушением функционирования вегетативной нервной системы и изменениями в организме, названными триадой Г. Селье (1907–1982).

Стресс — защитно-адаптационная реакция организма и психики на экстремальную ситуацию, а психосоматическое расстройство — результат нейрогуморальных сдвигов под влиянием стресса. Болезнь может возникнуть в период тревожно-мобилизационной фазы развития стрессовой реакции при остром воздействии стресс-фактора (когда идет перестройка организма — изменения со стороны эндокринной системы, иммунной системы, желудочно-кишечного тракта, и возникает мощное чувство тревоги), а также на стадии истощения при хроническом стрессе (когда ресурсов организма уже не хватает для поддержания гомеостаза и адаптации).

«Клиническое разнообразие психосоматических расстройств объяснимо *избирательной уязвимостью* человеческого организма, обусловленной конституциональными, соматическими, личностными, возрастными, гендерными, генетическими, морфологическими

особенностями к тому или иному *стрессорному фактору* из числа постоянно сопутствующих нашему повседневному существованию, но приобретающему в какой-то конкретной ситуации значение дистресса» [Литвинцев, с. 81].

Таким образом, психосоматические отношения в психофизиологической трактовке понимаются либо как динамика уже имеющегося патологического процесса, поломка «слабого звена» в морфологической структуре организма или декомпенсация в стрессовых ситуациях.

В рамках поведенческого подхода исследователи указывают на то, что *неустраняемый и неконтролируемый* стресс может приводить в конечном итоге к отказу от активного, поискового поведения и угнетению всех функций организма. Такой феномен получил название выученной беспомощности (М. Селигман, 1967). Неконтролируемость стресса и выученная беспомощность создают наиболее общую предпосылку к развитию психосоматических заболеваний и могут проявляться в виде явной или маскированной депрессии.

Выученная беспомощность — приобретенное нежелание избегать травматического воздействия после неоднократного повторения неудачных попыток контролировать его (М. Селигман). Другими словами, это феномен, при котором человек не предпринимает попыток к улучшению своего состояния (не пытается избежать отрицательных стимулов или получить положительные), хотя имеет такую возможность. М. Селигман, изначально проводя эксперимент на собаках, в дальнейшем выделил *атрибутивные* элементы теории выученной беспомощности: люди, реагирующие на неблагоприятные факторы как на постоянные, внутренние и всеобъемлющие для всей своей жизни, острее реагируют на неприятности.

Теория стресса как фактора, провоцирующего развитие психосоматического расстройства, популярна в силу различных причин: она дает представление о механизме возникновения психосоматического заболевания, а также находит широкое поле для практического применения этих знаний. Исследуются копинг-стратегии и связанные с ними риски возникновения психосоматических заболеваний, предлагаются различные психологические тренинги по развитию

стрессоустойчивости и формированию навыков преодоления стресса, в том числе обучение техникам релаксации.

Психофизиологические теории психосоматических расстройств делают акцент на прояснении механизмов возникновения расстройства. Исследования в рамках данного подхода отличаются четким экспериментальным планом, но критикуются за биологический редукционизм.

2.3. Модель психосоматического соотношения в культурно-историческом подходе

Итак, мы рассмотрели подходы, которые подчеркивали, с одной стороны, психологическую причину психосоматических заболеваний (сильные переживания и невозможность с ними справиться, столкновения смыслов и их вытеснение в тело, демонстрация конфликта через тело и пр.). Радикальные концепции в рамках такого подхода во всех болезнях видят психологическое начало и наделяют любую болезнь определенным психологическим смыслом (воспаление миндалин на эмоциональном уровне означает гнев из-за того, что что-то не удастся: в переносном смысле есть что-то, что человек не может проглотить. Предлагается проанализировать, что же человеку не удастся? Какой кусок оказался для него слишком большим? А на ментальном уровне воспаление миндалин означает, что какая-то часть сознания настроена чересчур критично, и человек, считающий себя абсолютно правым, вынашивает идею бунта — против самого себя или кого-то другого. Ему рекомендуется пережить эту ситуацию с большей любовью и пониманием).

Другой же подход ищет физиологическую и анатомическую причину психосоматических расстройств, предполагая их причиной стрессовую реакцию или нарушение работы условных рефлексов. И если стрессовая реакция выступает психофизиологическим феноменом (физиологическая реакция может запускаться психологической оценкой ситуации как стрессовой), то радикальные концепции в рамках этого подхода считают психику эпифеноменом деятельности нервной системы, а жизненные ситуации и психосоматические

расстройства, якобы ими спровоцированные, лишь случайным совпадением во времени.

Биопсихосоциальная модель психосоматических расстройств на современном этапе ставит основой особенности генетики и эпигенетические факторы, имеющие и социальные, и психологические аспекты. Но как преодолеть «коллекционирующий» характер имеющихся психологических факторов и психосоматических моделей, соединить их в единой концептуальной схеме? Как объяснить не просто психологические феномены нашего организма, но телесности как существующей реальности?

Это становится возможным при пересмотре объекта психосоматической проблемы и включении в него *телесности* как развивающегося культурно-исторического явления, т. е. с использованием подхода, заложенного Л. С. Выготским (1896–1934).

Цитата из записных книжек Л. С. Выготского: «Наша точка зрения: единство психофизиологических процессов и главенство психического момента... вершинная точка зрения в психофизиологической проблеме. Главное: возможность, вносимая сознанием, нового движения, нового изменения психофизиологических процессов, новых связей, нового типа развития функций, в частности, исторического с изменением межфункциональных связей — случай невозможный в плане органического развития: психологические системы. Возможность социального сознательного опыта, а отсюда и первичность сознательных структур, строящихся извне, через общение, что невозможно для одного, возможно для двух... Идея психологической физиологии» [Выготский, 1982, с. 66].

Все, с чем имеет дело человек, в том числе и его тело, дано ему в культурно преобразованном виде и заключено в определенную исторически и культурно детерминированную перспективу. Идея «культурного» тела, его символической природы, неоднократно обсуждалась в философской антропологии (Э. Кассирер). Но как принцип универсальной роли символического в культуре может раскрыть психологическое содержание культурных феноменов телесности?

В своих работах отечественные авторы обосновывают перенос представлений Л. С. Выготского о закономерностях психологического онтогенеза, опосредствованном строении высших психических

функций (ВПФ) на телесность, т. е. телесность рассматривается как ВПФ [Николаева, Арина; Тхостов].

Мысль о новом качестве физиологических систем человека, возникающем, образно говоря, «сверху» (вследствие культурно-исторического становления сознания), может быть отнесена ко всей соматической сфере человека. Телесность человека в ходе его культурного развития обретает новое качество, теряя свой «натуральный» характер, формируется по культурно-историческому типу развития.

В развитии ребенка существует как бы две переплетенных линии: первая следует путем естественного созревания; вторая состоит в овладении культурой, способами поведения и мышления. Развитие ВПФ идет не через их саморазвитие, а через использование ребенком «психологических орудий», путем овладения системой знаков-символов.

Существует процесс интериоризации и экстериоризации. Именно сотрудничество со взрослым является главным источником развития ВПФ и личности. Социальная среда — не фактор, а главный источник развития личности, при этом ребенок активен в процессе социализации.

Так, младенец, испытывая дискомфорт, начинает реагировать заложенным природой способом: хныкать, плакать, кричать. Мать, реагируя на эти проявления, означает этот дискомфорт (называет его) и удовлетворяет соответствующим образом потребность ребенка. Например, младенец хнычет, желая привлечь внимание матери, мать означает это переживание как «ты, наверно, голоден» и начинает кормить ребенка. Впоследствии, при определенных обстоятельствах, чувство тревоги может идентифицироваться человеком как голод и сопровождаться соответствующим поведением — заеданием. Постепенно человек перестает реагировать на физические состояния детской реакцией плача и крика, используя слова для обозначения своего состояния и выстраивая цепочку поведения, интериоризирует навыки ухода за телом, отношения к телу, здоровью и болезненным состояниям и пр.

В результате такого подхода изменяется общее представление о телесном развитии человека (нормальном и аномальном), о закономерностях и механизмах *социализации* телесных феноменов

в норме и патологии: центральным источником нарушения телесных функций и возникновения психосоматических расстройств становится отклонение от культурного пути развития.

Телесность формируется близкими взрослыми, присваивается ребенком из социума с самого рождения. Основной фактор развития младенца — ближайший взрослый с его опытом, его личностью, которые фиксированы в культурном опыте всего человечества. Именно эта включенность взрослого и способствует организации телесных процессов младенца [Николаева, Арина].

В следующей главе мы рассмотрим формирование телесности более подробно, но забегая вперед отметим, что опираясь на идею о сознании как о четырехуровневой структуре — биодинамическая ткань сознания, чувственная ткань сознания, знаковый уровень и смысловой уровень [Зинченко], — мы видим, что телесность проходит через все эти уровни, формируясь, по сути, на биодинамическом уровне (анатомическое строение мозга и его функционирование), ощущаясь нами через чувственную ткань, интериоризируясь на знаковом уровне, приобретая смыслы и направляясь ими на смысловом уровне.

В качестве подведения итогов главы мы скомпоновали основные идеи подходов к психосоматическим расстройствам в табл. 1.

Таблица 1

Сводная таблица психологических подходов к психосоматическим расстройствам

Показатель	Психоаналитический подход	Психофизиологический подход	Культурно-исторический подход
Причина психосоматического расстройства	Прорыв/демонстрация конфликтного смысла, который выбирает «говорящий» симптом и орган. Язык тела в форме аллегории воплощает конфликтный смысл	Хроническое длительное нарушение работы высшей нервной деятельности, вызванное перенапряжением нервных процессов в коре больших полушарий	Центральным источником нарушения телесных функций и возникновения психосоматических расстройств становится отклоне-

Показатель	Психоаналитический подход	Психофизиологический подход	Культурно-исторический подход
	(в частной психосоматике: через сердечно-сосудистые заболевания; болезни эндокринной системы, дыхательной системы; желудочно-кишечного тракта; репродуктивной системы; иммунной системы)	и действием неадекватных по силе и длительности внешних раздражителей. Вариант функционирования организма и психики как реакция на стресс. Нарушение работы условных рефлексов. Результат выученной беспомощности	ние от культурного пути развития; нарушения при взаимодействии и взаимопереходе единиц сознания: смысл, значение, чувственная ткань, биодинамическая ткань
Симптомогенез	Симптомогенез связан со структурой личности. Большую роль играет физиологический компонент внутреннего эмоционального конфликта и характер содержания этого эмоционального конфликта	Неспецифичен и не связан с содержанием и смыслом эмоционального конфликта. Существует вне связи с культурой и социальной средой и представляет собой приобретенные навыки для адаптации к среде. Разнообразие психосоматических отношений связано с взаимодействием личностных факторов, конституциональной предрасположенностью, соматическим и психическим заболеванием	Корни психосоматических расстройств нужно искать в отклонениях развития каждой составляющей: смысл, значение, чувственная ткань и биодинамический уровень, а также в нарушениях средств их соединения
Критика	Недостаточность описания физиологического механизма	Биологический редукционизм	Фундаментальность, недостаточность описания

Показатель	Психоаналитический подход	Психофизиологический подход	Культурно-исторический подход
	возникновения психосоматических расстройств. Слабая доказательная база. Образность и метафоричность языка психоанализа. Психологический редукционизм		механизмов нарушений и отсутствие конкретных техник

ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Опишите модель формирования психосоматического заболевания согласно Александеру.
2. Сформулируйте основные положения кортико-висцеральной теории психосоматических расстройств.
3. Опишите основные положения культурно-исторического подхода к психосоматическим расстройствам.
4. Что такое вторичная выгода?
5. Что такое конверсия с точки зрения психоанализа?
6. Дайте определение выученной беспомощности.
7. Дайте определение понятию «стресс».
8. Объясните, каким образом стресс участвует в формировании психосоматических расстройств.
9. Дайте определение термину «соматизация».

3. ПСИХОЛОГИЯ ТЕЛЕСНОСТИ

Дано мне тело — что мне делать с ним,
Таким единым и таким моим?

Осип Мандельштам

Прежде чем перейти к телесности, разберем понятия «схема тела» и «образ тела», имеющие прямое отношение к телесности.

3.1. Схема тела

Схема тела — конструируемое мозгом внутреннее представление, модель тела, отражающая его *структурную организацию* и выполняющая функции:

- определение границ тела;
- формирование знаний о нем как о едином целом;
- восприятие расположения, длин и последовательностей звеньев, а также их диапазонов подвижности и степеней свободы.

В основе схемы тела лежит совокупность упорядоченной информации о *динамической организации* тела человека.

Источниками представлений о схеме тела явились наблюдения фантомной боли после ампутации конечности (Амбруаз Паре, XVI в.). Фантомная боль — ложное ощущение, иллюзия присутствия утраченной части тела [Давыдов и др.].

В обычной жизни мы можем наблюдать феномен включения и внешних предметов в схему тела: спортсмен, привыкший, допустим, к весу и размеру старой теннисной ракетки, поначалу допускает ошибки при приеме/подаче мяча, если новая ракетка отличается по этим показателям (например, короче предыдущей).

При различных поражениях головного мозга также наблюдаются расстройства схемы тела. Оливер Вольф Сакс (Oliver Wolf

Sacks, 1933–2015) описывал случай, когда пациент, задремав, упал с больничной койки. Сидя на полу, он крайне возбужденно давал объяснения: он нашел у себя на койке неизвестно кому принадлежащую отрезанную человеческую ногу и решил выбросить ее, но по неизвестной больному причине за больным последовало его собственное тело, и он упал с кровати. По неизвестной причине пациент якобы стал привязан к этому куску мяса. Он предположил, что одна из медсестер подшутила над ним: пробралась в прозекторскую, выкрала оттуда отрезанную ногу и подложила ее в кровать. На вопросы, где его собственная нога, он отвечает, что она просто исчезла [Сакс].

О. В. Сакс привел описание расстройства узнавания тела («соматопарафрения»), причиной которого может быть поражение одной или обеих теменных долей, повреждение задних церебральных областей коры (височно-теменной узел) и повреждение задней части островка и подкорковых структур, таких как базальные ганглии.

Именно схема тела является одним из основополагающих элементов телесности.

3.2. Образ тела

Образ тела — осознаваемое субъектом *ментальное представление* о собственном теле (Пауль Шильдер, 1935).

Телесные иллюзии могут дать нам представления об особенностях функционирования образа тела. Так, если испытуемого очень легко ударяют по руке маленьким молоточком в течение 5 минут (при этом его рука спрятана от испытуемого за экраном) и звук от удара заменяют на звук удара молотка о кусок мрамора, предъявляемый испытуемому через наушники, то он начинает воспринимать руку более жесткой, тяжелой, менее чувствительной и неестественной. То есть происходит искажение привычных характеристик тела (данная иллюзия базируется на тактильно-слуховой интеграции стимулов).

Для возникновения подавляющего большинства иллюзий критичными являются синхронность и согласованность предъявляемых

сигналов разной модальности во времени. Выделяют различные типы интегративных процессов, которые лежат в основе соматосенсорных иллюзий.

Эксперименты с телесными иллюзиями показывают, что для возникновения чувства обладания телом или его частью ключевым является механизм мультисенсорной интеграции, при этом возникновение ощущения обладания искусственной конечностью или изменение образа реальной части тела испытуемого может происходить как с опорой на стимулы одной модальности (например, тактильной), так и на разное сочетание стимулов нескольких модальностей (зрительной, тактильной, кинестетической, слуховой). Однако для формирования более целостного образа тела, вероятно, недостаточно одних лишь сенсорно-интегративных процессов, а необходима также собственная активность человека в восприятии своего тела и, следовательно, важен вклад не только афферентных, но и эфферентных путей моторных актов в построении соматоперцептивного образа.

Франсуаза Дольто (Françoise Dolto, 1908–1988, французский психоаналитик, педиатр) предложила понятие *бессознательный образ тела*. Анализируя рисунки детей, имеющих соматические симптомы, а также другие средства спонтанного самовыражения и высказывания детей об изображениях или пластических композициях в аллегорических репрезентациях, даваемых ребенком, она обнаружила специфичного посредника между тремя психическими инстанциями: «Оно», «Я», «Сверх-Я». Ф. Дольто назвала этого посредника «образом тела» — это не образ, который дан на рисунке или представлен в лепке; он проступает в диалоге аналитика с ребенком.

Ф. Дольто различает образ тела и схему тела, отмечая, что патологическая схема тела может сосуществовать с ненарушенным образом тела и наоборот. Схема тела определяется как реальность, как жизнь плоти в контакте с физическим миром. «Наш опыт этой реальности зависит от целостности организма или от ее нарушений, их временного или постоянного характера, природы этих нарушений — неврологической, мышечной, костной, а также от наших физиологических ощущений, сосудистых, кровообращения, их еще называют кинестетическими. Конечно, ранние органические

поражения могут вызвать нарушения схемы тела, которые, вследствие отсутствия или прерывания речевых отношений, могут повлечь временные или постоянные модификации образа тела» [Дольто, с. 12]. Однако, если до болезни, в период болезни и излечения, восстановления после болезни отношения ребенка с матерью и окружением гибкие и удовлетворяющие, без проявлений большой тревоги со стороны родителей, нарушения схемы тела могут никак не отразиться на образе тела.

Образ тела — это синтез эмоционального опыта, пережитого в отношениях с людьми.

Ф. Дольто рассматривает схему тела как опору для образа тела, как то, через что образ тела проявляется. При этом схема тела рассматривается как частично бессознательная, предсознательная и сознательная, универсальная для всех индивидов и существует вне зависимости от языка и коммуникации с другими. Образ же тела носит индивидуальный характер (связанный с историей субъекта) и бессознателен. Ассоциируясь с сознательным языком, отсылающим к метафорам образа тела, он может становиться частично предсознательным. Такое понимание схемы и образа тела, а также рассмотрение телесных симптомов как коммуникации с другими людьми позволило рассматривать символическое значение симптомов, а также демонстрирует необходимость признания нарушенной схемы тела при различных заболеваниях при необходимости формировать здоровый образ тела через символическое освоение в том числе тех функций, которые не могут быть реализованы непосредственно телесно.

Примером искаженного образа тела может стать образ тела у клиентов с нервной анорексией. Даже когда их индекс массы тела (объективный показатель) намного меньше нормы, клиенты описывают свое тело как «толстое и жирное», считая, что «нужно убрать жир с бедер/рук/живота». Называя свои предполагаемые охваты (в сантиметрах) шеи, живота, бедер, они существенно завышают реальные показатели.

Психическое расстройство, при котором человек чрезмерно обеспокоен незначительным дефектом или особенностью тела, называется *дисморфофобией*.

Таким образом, телесность — конструкт, объединяющий биопсихосоциальные аспекты телесного бытия человека в физическом мире. Это феномен не только восприятия, но и самосознания, формирующийся в *совместной деятельности* с другими людьми.

Телесность — это не только состояние некоторой активности организма, его болезнь или здоровье. Наше тело всегда содержит элемент нашей субъективности, в том числе и наше отношение к телу. Телесность рассматривается как символическое пространство, соединяющее тело и психику, развивающееся в процессе жизни под воздействием социума и культуры.

3.3. Культурно-исторический контекст отношения к телесности

История отношения к телу крайне интересна и, имея культурные отличия и этапность внутри разных культур, заслуживает детального рассмотрения. Мы же приведем лишь краткое описание.

Античная культура была обращена к красоте тела, гармонии. В античности начинают развиваться идеи о том, что «душа властвует над телом, как господин, а разум над нашими стремлениями — как государственный муж. Отсюда ясно, сколь естественно и полезно для тела быть в подчинении у души и, наоборот, какой получается вред при равном или обратном соотношении» (Аристотель).

В дальнейшем европейская культура, как правило, противопоставляла понятия тела и души. На определенном этапе считалось, что только наказание тела может привести к очищению души. Это приводило к тому, что суровые телесные наказания применялись для воспитания характера (т. н. «спартанское воспитание»), а приход к духовности возможен через аскетизм и укрощение тела.

В современном мире отношение к телесности крайне многогранно. Такие особенности современной культуры, как неопределенность, стремительность, многоплановость и множественность, системность, цифровизация, технологичность, медикаментированность, формируют и задают нормы и правила, определяющие нашу телесность. Так, цифровизация, с одной стороны, способствует

расширению границ тела, а с другой — их размытости. Идея множественности способствует существованию многих представлений о телесности одновременно, без того чтобы считать какое-то конкретное истинным (например, тело необязательно должно соответствовать параметрам 90–60–90).

Исследователи выстраивают градиентную шкалу отношения к телу: от тела как объекта до тела как субъекта. Можно выделить такие ее уровни [Матушкина]:

1) тело как объект: наше тело представляет собой биологическую структуру и органический субстрат, имеет строение, размер, вес;

2) тело как объект, дающий ресурс и используемый для достижения целей: мы всегда действуем через наше тело; тело не имеет собственного языка и подчинено языку субъекта, который и объективирует тело;

3) тело как объект, являющийся частью «Я», отражающий и отзеркаливающий наши психические переживания; тело как граница между миром и «Я»; прикосновение чего-то внешнего определяет мое тело и делает его внутренним и близким для меня; тело как зеркало;

4) тело как часть нашей субъектности: именно тело репрезентирует нас в мире, тело — способ нашей жизни, отличительные его признаки — существование и присутствие; тело как контакт с миром и Другими; человек способен выражать себя через тело; тело как способ самоопределения, самопонимания, самовыражения;

5) тело как субъект во взаимоотношениях «сознание — тело».

Современное отношение к телу продолжает развивать различные идеи о телесности, позволяя им сталкиваться и сосуществовать вместе.

Кроме временных, существуют и культурные отличия в отношении тела, здоровья и болезни. Так, Линн Пейер (Lynn Payer, 1945–2001) указывала, что в немецкой культуре тело целостно, должно быть организовано и дисциплинировано. Больной в Германии — страдалец, претерпевающий болезнь. В немецкой культуре чувствовать себя обремененным болезнями, готовность обнаружить болезнь — позиция, соответствующая общественным ожиданиям

(в отличие от «державших себя в руках и крайне сдержанных» англичан). Немцы имеют самое высокое число медицинских диагнозов на душу населения по сравнению с Англией и Францией. Для немецкой медицины характерна тенденция «чрезмерного лечения». Для немецкой культуры лекарство обязательно должно быть безопасным, его безопасность должна быть важнее его эффективности.

Французы более жизнерадостны, склонны к наслаждениям, воспеванию плотских радостей, культу еды и вина. Отмечается особая раскрепощенность жизни тела: тело динамично, характерна развитая жестикуляция, драматургия телесной жизни. Отсутствие аппетита крайне тревожно для французов. Характер лечения определяется пониманием того, что важно поддержать организм: они ориентированы на использование общеукрепляющих, тонизирующих средств, витаминную терапию, стимулирующую иммунную систему, минимизируется использование антибиотиков. Важную роль в выборе средств лечения играет эстетический параметр, ориентирующий на мягкие, «нежные», щадящие стратегии лечения. Больной во Франции — жизнелюбивый, преодолевающий болезнь, поэтому ироничный тон в отношении болезни уместен.

В американской культуре укоренена модель героя, победителя, она ориентирована на неприятие, активное противодействие болезни, стремление к ее энергичному, по возможности стремительному преодолению. Огромное внимание отдается гигиене (тело не должно мешать карьере, чистота — превыше всего, нужно содержать тело в идеальной чистоте; при этом важно принимать тело таким как оно есть). Механизация тела (замена органа), пластические операции (у американцев это чаще пластика лица, а вот француженки чаще делают пластику тела).

Для англичанина важно жестко контролировать тело, болезнь помещается вне их тела (внешний враг). Здоровье для англичан — природная данность.

Здоровье для русских, скорее, важнейшая универсальная, нежели индивидуальная ценность. В русской культуре принято относиться к телу как знаку («руки чешутся — к деньгам, нос чешется — бить будут»); есть склонность относиться к телу и здоровью крайне противоречиво [Кириленко].

Если говорить о многообразии типов *личностного* отношения к болезни, то они определяются не только типичными культурными и социальными особенностями, но многообразием личностных смыслов: значение болезни неоднозначно включается в мотивационную систему и может наполняться различным смыслом.

Психосоциальные реакции на болезнь складываются из реакций на информацию о заболевании, эмоциональных реакций (тревога, горе, стыд, чувство вины) и реакций преодоления болезни [Сидоров, Парников].

Реакции на информацию о заболевании зависят от «значения болезни» для пациента:

- болезнь — угроза или вызов, а тип реакций — противодействие, тревога, уход или борьба (иногда паранойяльная);
- болезнь — утрата, а соответствующие типы реакций — депрессия или ипохондрия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе внимание, нарушения режима;
- болезнь — выигрыш или избавление, типы реакций при этом — безразличие, жизнерадостность, нарушения режима, враждебность по отношению к врачу;
- болезнь — наказание, при этом возникают типы реакции: угнетенность, стыд, гнев.

По сути, в основе этой схемы лежит идея когнитивной психотерапии, предполагающей, что событие, воспринимаемое через определенный когнитивный элемент, приводит к определенной эмоциональной реакции на это событие.

Реакции преодоления болезни дифференцируются по преобладанию в них компонентов: когнитивного (приуменьшение личностной значимости болезни либо пристальное внимание ко всем ее проявлениям) или поведенческого (активное сопротивление или капитуляция и попытки «ухода» от болезни).

Отечественные психологи традиционно достаточно подробно исследуют тему отношения пациента к болезни, считая ее одним из ключевых элементов, формирующих комплаентность. Более подробно о типах отношения к болезни будет рассказано в главе 4.

3.4. Этапы развития телесности

Телесность, отношение и представления о теле, телесном «Я» развиваются в онтогенезе и являются источником формирования представлений о собственном «Я». Выделяются три этапа становления пространственного образа «Я» [Смирнова, Абдулаева].

Первый уровень чувственной модальности — начальное звено процесса формирования образа тела. Первичный носитель психосоматического феномена — диада «мать — ребенок». Мать выполняет функцию удовлетворения, означивания и осмысления (наполнения смыслом) витальных потребностей и телесных действий ребенка. Происходит формирование и интеграция чувственной модальности. Ребенок прежде всего должен почувствовать самого себя в пространстве, ощутить собственные движения, равновесие и свои телесные контакты с внешним миром, тактильные границы своего тела. Движения и осязательные впечатления имеют решающее значение для уточнения ощущений, их синтеза в целостный образ своего тела и его пространственно-временную локализацию.

Пространственный образ себя в границах своего тела и границы «Я» строятся на основе трех источников:

1) тактильное чувство, или чувство осязания, сообщает о физических границах своего тела, отделяющих его от внешнего мира, дает возможность человеку чувствовать свою ограниченность от окружающей среды. Тактильная чувствительность определяет возможность встречи с незнакомым, готовность к контакту;

2) чувство собственного движения, или кинестетическое чувство, позволяет почувствовать себя через свою активность, «вписываться» в пространство и соотносить самого себя с окружающим миром, в том числе с другими людьми. Оно же дает возможность воспринимать изменение в относительном положении частей тела в пространстве. Это чувство предполагает восприимчивость к пространственным изменениям других людей и предметов, способность соотносить свои и чужие движения, учитывать их, уподобляться и подражать.

Такие движения можно описать характеристиками: амплитуда, скорость (стремительность), ритмичность, плавность (поток или прерывистость), целостность, центр движения (откуда оно начинается), ясность и простота/сложность, паттерны движения (хватание, толкание, сжатие, растяжение, хаотичность). Эти характеристики применяются при анализе движения в танце — двигательной и телесной психотерапиях;

3) чувство равновесия сообщает о положении тела и головы в пространстве и наличии вращательного движения. Оно позволяет управлять телом при любых изменениях его положения, чувствовать и воспроизводить специфически человеческую вертикальность. Чувство равновесия дает возможность ощущать в себе некий центр, ядро, соразмерность действия силы тяжести и сил противодействия ей — «себя в себе». Таким образом, ребенок начинает чувствовать и определять себя и границы своего тела через свои движения (чувство собственного движения), положение в пространстве (чувство равновесия) и через тактильное чувство (осознание).

Благодаря этим чувствам мы знаем характеристики тела (длина, обхват), осознаем положение тела и передвигаемся в пространстве (поворачиваемся, спускаемся по лестнице, обходим препятствия и пр.). Именно переживание своего движения, равновесия и тактильных ощущений, задающих границы нашего тела, и образует наш пространственный образ.

Тело становится для ребенка отправной точкой в освоении окружающего мира (телесное «Я» выступает этапом в развитии самосознания ребенка). Благодаря телесным ощущениям ребенок научается различать «внутри» и «снаружи», «там и здесь», благодаря присвоению телесного опыта выделяет себя из мира в качестве активного субъекта с формированием границ «Я — не Я», «Я и мир».

Роль значимого Другого — в удовлетворении потребностей. Мать выполняет функцию означивания и осмысления (наполнения смыслом) витальных потребностей и телесных действий ребенка. Она делает это через присоединение, отзеркаливание (отражение), «возвращение»: в процессе игры с малышом она возвращает ребенку

его спонтанные движения и звуки в их окультуренной человеческой форме. Спонтанное движение ручек переводит в форму хлопков — «ладушек». Хватательный рефлекс — в осмысленное действие схватывания, давая ему свой палец, потягивая его и позволяя ощутить свою силу, связанность руки с телом.

Важны действия Другого: это могут быть массаж, колыбельные с укачиваниями, сенсорно-ритмичные игры — все это, наполненное ритмичной и эмоциональной речью, позволяет ребенку почувствовать и интегрировать телесное «Я».

Второй уровень — вербализуемый образ тела (уровень репрезентаций). Организующая роль — система значений. Мать называет части тела, раскрывает их значение, о-ЗНАЧ-ивает переживания: «вот это ручки, это ножки, тебе больно, ты плачешь». То есть дает знаки и имена телесным переживаниям. Ребенок начинает сам так называть свои части тела и переживания.

Третий уровень — включение гностических действий (интерес к телу, ребенок учится описывать свое телесное «Я», различать состояния). Формируется система интроцептивных категорий, в дальнейшем — рефлексивный план сознания. Ребенок начинает активно исследовать свое тело, познавать его возможности, а вербальный уровень переходит во внутренний план. Ребенок учится контролировать тело и воспринимать его как целостность. На этом этапе важны подвижные игры на равновесие, координацию, ритм, предполагающие творчество и самостоятельность.

В дальнейшем на этом уровне формируется и *смысловой* элемент, который может задавать весь тон «нижележащим» уровням. При чувственном восприятии болезни (мы его воспринимаем как «тяжесть», «боль», «жар», «плохо» и пр.) мы означиваем эти ощущения как «температура», «усталость», «сдавливание в висках», «иголки в левой ноге», «я заболел» и пр.), придавая этому определенный смысл (от «меня сглазили, и надо очистить ауру» до «это вирусная инфекция, надо обратиться к врачу» и «мне нельзя брать больничный, буду работать до упора, нечего обращать внимание на мимолетную слабость»).

Для наглядности названные этапы приведены в табл. 2.

Единство телесного опыта

Этап	Элементы телесности	Совместная деятельность, роль значимого Другого
Уровень чувственной модальности	Проприоцепция: равновесие, кинестетика (поза) Тактильность (осязание) Кинетика (движение, динамика) Построение на их основе пространственного образа «Я»	Мать выполняет функцию означивания и осмысления (наполнения смыслом) витальных потребностей и телесных действий ребенка через удовлетворение потребностей, взаимодействие (присоединение, отзеркаливание, игра)
Уровень репрезентаций (вербализуемый образ тела)	Коммуникация: жесты, речь	Мать начинает называть, о-ЗНАЧ-ивать переживания, раскрывать функциональное назначение тела ребенка: «вот ручки, вот головка; ты голоден, это больно, испугался». То есть дает знаки и имена телесным переживаниям. «Ножки-ходюшки, ручки-хватайки, ушки слышат, сердечко бьется». Ребенок начинает сам так называть части тела и свои переживания («Коля хочет пить», «ножки ходят»)
Гностический уровень (внутренний план, мысли, описание телесного «Я», контроль)	Формируется система внутренних сознательных категорий целостного тела. Возникает возможность произвольной регуляции телесных процессов. Осознание тела. Основа для рефлексивного плана сознания	На этом этапе важны подвижные игры на равновесие, координацию, с включением жестовых и пальчиковых элементов, музыкально-ритмические игры с развернутым содержанием, предполагающие творчество и самостоятельность

Исследование феномена телесности становится необходимым компонентом для изучения психосоматического соотношения. Интерпретация телесности в рамках культурно-исторического подхода обеспечивает интеграцию и культурной среды, и организменного уровня и вкладывает новые смыслы в биопсихосоциальную модель.

ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Что такое образ тела?
2. Каким образом мы можем подтвердить наличие этого конструкта?
3. Что такое схема тела?
4. Каким образом мы можем подтвердить наличие этого конструкта?
5. Что такое телесные иллюзии?
6. Что такое соматопарафрения?
7. Назовите три основных этапа формирования пространственного образа «Я».
8. Водитель пересаживается с большой машины на маленькую. На повороте делает излишне большую дугу поворота. Как это можно объяснить с точки зрения психологии телесности? Какие еще примеры подобного феномена вы знаете?

4. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ И ПАЦИЕНТОВ СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Люди больше убеждены в причинах,
которые они находят сами, чем в при-
чинах, которые им объясняют другие.

Блез Паскаль

4.1. Психологические особенности пациентов психосоматического профиля

В главе 2 мы упоминали о неспецифичных психологических особенностях психосоматических клиентов. В данном разделе мы более подробно опишем понятия внутренней картины болезни и алекситимию, во многом определяющие особенности психологического консультирования психосоматических пациентов.

В тексте пособия мы употребляем термины «пациент», «клиент», «больной».

При употреблении термина «пациент» мы делаем акцент на статусе человека как наблюдающегося и лечащегося у врача; термина «клиент» — акцент на том, что человек является субъектом психологического консультирования; термина «больной» — если термин был в цитате, а также с акцентом на его положении в семье (см. Приложение 1).

Отметим, что клиенты часто предъявляют жалобы, главным образом, на нарушения функции, а также боли и другие неприятные ощущения со стороны различных органов и систем органов:

- учащенное сердцебиение, перебои и боли, ощущения давления, сжатия, жжения, покалывания в области сердца и в за грудиной области, другие проявления нарушения работы сердечно-сосудистой системы;

- чувство нехватки воздуха, затруднение или учащение дыхания, давление, боль или чувство дискомфорта в грудной клетке, другие нарушения системы органов дыхания;

- тошнота, отрыжка, изжога, затруднения глотания, боли, неприятные ощущения, чувство дискомфорта в области желудка, кишечника, кишечные расстройства и другие нарушения желудочно-кишечного тракта;

- затруднения или боли при мочеиспускании, в области таза, внизу живота и другие нарушения урогенитальной системы;

- боли в мышцах и суставах; боли в спине;

- ощущение внутренней дрожи; подрагивание рук и ног или выраженная дрожь;

- чувство слабости, вялости, ватности ног и рук; потливость или обильное потоотделение; чувство онемения, покалывания в различных частях тела; приливы жара или озноба;

- головокружение, ощущение неустойчивости, хронические головные боли.

При крайнем разнообразии жалоб «на физиологию», как правило, не предъявляются жалобы на нарушения настроения. Более того, задача описания своих эмоциональных состояний может вызывать большие трудности (алекситимические проявления). Пациенты не сообщают никаких психологических проблем и симптомов психического неблагополучия, более того, могут раздражаться, так как их жалобы — на сугубо телесные проявления. Лишь при целенаправленном расспросе могут отметить раздражительность, утомляемость, плохой сон, внутреннее напряжение, беспокойство, подавленное настроение, не связывая свое эмоциональное состояние с соматическими симптомами и не рассматривая их как основание для обращения за помощью к специалисту-психиатру или психотерапевту.

Пациента психосоматического профиля может мучить тревога, что он болен серьезным нераспознанным заболеванием, и соответственно, рекомендации получить психологическую консультацию или психотерапевтическую помощь вызывают сомнения и возмущение.

К сожалению, из-за недостаточной осведомленности о симптомах заболевания и методах его лечения клиенты обращаются за помощью, когда заболевание принимает затяжной характер, утяжеляющий психологический компонент, и возникают трудности психологического и социального порядка: проблемы в общении, в семейной и профессиональной жизни, снижение трудоспособности, финансовые трудности (особенно связанные с постоянными медицинскими обследованиями и перерывами на работе). Как уже упоминалось, данная категория пациентов значительно чаще, чем другие, обращаются к врачам-терапевтам, врачам скорой медицинской помощи, проходят многочисленные круги обследований у различных специалистов. Когда предполагаемые диагнозы не подтверждаются, продолжают искать другие возможные причины, затрачивая при этом много сил, времени и средств. При этом у них сохраняется стойкая уверенность в наличии нераспознанного соматического заболевания.

Например, соматоформное *болевое* расстройство. Его главный симптом — некупирующийся анальгетиками болевой синдром. Пациент с данным расстройством сначала попадет в поле зрения хирургов и/или терапевтов: его обследуют, делают МРТ, эндоскопию, диагностическую лапароскопию. Если причины болевого синдрома выявить не удастся, следующим шагом уже будет консультация врача-психиатра. Врач-психиатр должен предположить и тщательно обследовать пациента на диагноз «соматоформное болевое расстройство», и при подтверждении диагноза начать необходимое лечение.

Для диагностики психосоматического расстройства необходим подтвержденный диагноз врача. Психолог может помочь в диагностике психических функций, проведении мотивационного интервью, психологических консультаций и техник психотерапии.

Некоторые пациенты возражают против термина «соматоформный», который, как они думают, свидетельствует лишь о том, что их жалобы клинически незначимы и находятся «в их голове», а не в реальности. С другой стороны, неподтверждение жалоб объективными методами обследования может приводить к формированию у них анозогнозического отношения к болезни.

4.2. Внутренняя картина болезни

Внутренняя картина болезни (ВКБ) — понятие, введенное Р. А. Лурия (1874–1944), характеризующее представления пациента о своем заболевании и опирающееся на идею А. Гольдшейдера (1929) об «аутопластической картине заболевания». (В тексте мы пишем «Лурия», отдавая дань памяти А. Р. Лурии: он настаивал, чтобы его фамилия не склонялась.)

Аутопластическая картина болезни создается самим пациентом на основе совокупности его ощущений, представлений и переживаний, связанных с его физическим состоянием. А. Гольдшейдер выделял:

- 1) сенситивный компонент, включающий субъективные ощущения, исходящие из конкретного местного заболевания или патологического изменения общего состояния больного;
- 2) интеллектуальный компонент, представляющий собой рациональную оценку болезни, размышления о своей болезни, своем самочувствии и состоянии.

Внутренняя картина болезни не соответствует обычному пониманию субъективных жалоб пациента; она находится в очень большой зависимости от личности больного, его общего культурного уровня, социальной среды и воспитания.

ВКБ — то, как человек сам воспринимает свою болезнь, все чувства, которые он переживает по ее поводу, его самочувствие и самонаблюдение, аффекты и мысли по поводу болезни. ВКБ представляется сложным, многоуровневым образованием, включающим в себя чувственную ткань, первичное и вторичное означение, личностный смысл. Знание ВКБ необходимо для правильной диагностики и лечения заболеваний, формирования приверженности лечению.

Наряду с термином ВКБ был предложен термин «объективная картина болезни». Объективная картина болезни — это существующие у пациента симптомы, синдромы, заболевание, показатели лабораторных исследований и результаты медицинских обследований. Под внешней картиной болезни Р. А. Лурия подразумевал внешний вид пациента и все то, что врачу удастся получить всеми доступными для него методами исследования, включая «методы

биохимического и инструментального анализа в самом широком смысле этого слова, все то, что можно описать и так или иначе зафиксировать графически, числами, кривыми, рентгенограммами и т. д.» [Лурия, с. 37].

Первоначальное представление о двухэлементной структуре ВКБ было дифференцировано на четыре уровня:

- 1) чувственный — комплекс болезненных ощущений;
- 2) эмоциональный — переживание заболевания и его последствий;
- 3) интеллектуальный — знание о болезни и ее реальная оценка, знание причин и последствий;
- 4) мотивационный — выработка определенного отношения к заболеванию, изменение образа жизни и актуализация деятельности, направленной на выздоровление.

На основании этих уровней у пациента создается модель заболевания, т. е. представление о его этиопатогенезе, проявлениях, лечении и прогнозе, определяющая «масштаб переживаний» и поведение в целом.

Например, ВКБ женщины, 35 лет, с диагнозом «хроническая мигрень, лекарственно-индуцированная головная боль»: неправильные представления о головной боли и вегетативных эпизодах, катастрофизация боли и других симптомов. Пациентка ошибочно считала, что ее головная боль связана с сосудистой патологией головного мозга, с дегенеративными изменениями шейного отдела позвоночника. Она беспокоилась, что вегетативные эпизоды — это ранние проявления сердечно-сосудистого заболевания, которые в дальнейшем приведут к развитию мерцательной аритмии. Были выявлены такие страхи и тревожные мысли, как «однажды головная боль будет такой сильной, что приведет к инсульту», «я сойду с ума от головной боли, ведь у бабушки по папиной линии тоже болела голова и она сошла с ума», «из-за головной боли я могу умереть или стать инвалидом», «мне будет только хуже». Пациентка применяла неадаптивные стратегии преодоления боли: прием большого количества обезболивающих препаратов, ограничение физической и социальной активности, использование пассивных методов лечения (курсы лекарственных препаратов, физиотерапия, массаж). Наличие неправильных представлений о своем состоянии,

беспокоящие мысли о прогнозе болезни, высокий уровень тревоги и катастрофизации боли, ограничительные формы поведения подчеркивают наличие у пациентки психологических проблем и обосновывают применение когнитивно-поведенческой терапии в лечении многих заболеваний [Головачева, Парфенов].

По сравнению с целым рядом сходных терминов медицинской психологии («переживание болезни», «осознание болезни», «отношение к болезни» и др.) ВКБ является наиболее общим и интегративным. Так, «переживание болезни» — общий чувственный и эмоциональный тон, на котором проявляются ощущения, представления, психогенные реакции и другие психические образования, связанные с болезнью. «Переживание болезни» тесно связано с понятием «осознание болезни», хотя и неидентично ему. А понятие «отношение к болезни» вытекает из понятия «осознание болезни», что и формирует соответствующее реагирование на болезнь. Отношение к болезни складывается из восприятия больным своей болезни, ее оценки, связанных с ней переживаний и вытекающих из такого отношения намерений и действий.

Для выявления индивидуальных особенностей ВКБ используют, как правило, клиническую беседу и специальные опросники.

Факторы, влияющие на внутреннюю картину болезни:

- 1) характер болезни, в том числе прогноз заболевания;
- 2) особенности темперамента;
- 3) общая чувствительность человека;
- 4) преморбидные особенности личности;
- 5) очаговые поражения мозга;
- 6) система ценностей человека;
- 7) возраст пациента и соответствие психического развития паспортному возрасту.

Наибольшие расхождения между ВКБ и объективной картиной болезни выражены в детском и старческом возрасте.

У детей длительность соматического заболевания нередко становится источником задержки общего физического и психического развития. При заболеваниях в детском возрасте может происходить не только задержка в развитии, но и явления регрессии (возврат

к типам психического реагирования, характерного для более младших возрастных периодов). Объективное значение понятия «болезнь», ее тяжести и последствий часто не осознается детьми. Так, для того чтобы объяснить ВИЧ-инфицированным детям, зачем им постоянно ходить в больницу, проходить обследования и принимать лекарства, а также соблюдать правила безопасного поведения, специалистами была разработана книжка-сказка «У Бренды в крови есть маленький дракон», в которой говорится, что у маленькой девочки в крови живет маленький дракон, его нужно постоянно держать в сонном состоянии, а для этого нужно пить лекарства.

У детей до 6-летнего возраста часто можно встретиться с фантастическими представлениями о болезни, навязанными переживаниями страха уколов, других медицинских манипуляций. У подростков наиболее часто формируются защитные явления типа «ухода в прошлое», которое оценивается ими как эталон счастья, или «ухода» от болезни в фантазии и своеобразной устремленности в будущее (тогда болезнь воспринимается как временная преграда).

Л. С. Выготский отмечал, что любой дефект есть всегда источник силы. Одновременно с дефектом даны «психологические тенденции противоположного направления, даны компенсаторные возможности для преодоления дефекта; ...именно они выступают на первый план в развитии ребенка и должны быть включены в воспитательный процесс как его движущая сила» [Выготский, 2003, с. 40]. Ориентация на компенсаторные возможности, на тенденции к сверхкомпенсации очень важна при реабилитационно-восстановительной работе с детьми, страдающими хроническими тяжелыми заболеваниями. Под компенсацией понимается состояние полного или частичного возмещения функций поврежденных систем/органов и тканей организма за счет адаптационных процессов.

В пожилом возрасте переживания болезни могут сопровождаться большей неуверенностью, пессимизмом, обидчивостью, страхом перед одиночеством, беспомощностью, материальными затруднениями, часто приводящими к нежеланию выздоравливать, апатии. Заметно снижается интерес ко всему новому, внешнему миру, происходит фиксация на переживаниях прошлого и их переоценке. В старческом возрасте гораздо более интенсивно выражены

соматогенные влияния физического заболевания на психику. Иногда первым признаком соматического заболевания или утяжеления его течения являются признаки ухудшения психического состояния пожилого человека;

8) обстоятельства, в которых протекает болезнь (тяжелая жизненная ситуация, развод, семейные конфликты и пр.);

9) навыки болезни, которые зависят от того, как долго человек болеет или заболел впервые, а также от длительности заболевания. В переживаниях и отношении человека к своей болезни в динамике можно наблюдать следующие этапы:

- предмедицинская фаза — длится до начала общения с врачом, появляются первые признаки болезни и заболевший стоит перед решением вопроса об обращении за медицинской помощью;
- фаза ломки жизненного стереотипа — переход в такую стадию болезни, когда пациент становится изолированным от работы, а часто и от семьи при госпитализации. У него нет уверенности в характере и прогнозе своего заболевания и он полон сомнений и тревог;
- фаза адаптации к болезни, когда снижается чувство напряженности и безысходности, так как острые симптомы болезни постепенно уменьшаются, пациент уже приспособился к факту заболевания;
- фаза «капитуляции» — больной примиряется с судьбой, не предпринимает активных усилий к поиску «новых» методов лечения и понимает ограниченность возможностей медицины в его полном излечении. Он становится равнодушным или негативно-угрюмым;
- фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления к жизни, установки на получение каких-либо материальных или иных выгод от болезни (рентные установки).

Пример признания и принятия заболевания, интеграции нового опыта в систему жизненного опыта и модификации поведения: мужчина, 53 года, женат, образование высшее. Госпитализация в связи с неотложным кардиологическим состоянием впервые (инфаркт миокарда). Отмечает в качестве неблагоприятных факторов эмоциональное перенапряжение на работе, посменный график работы. За несколько дней до госпитализации был конфликт, связанный с дорожно-транспортным происшествием. Кроме того, отмечается чрезмерная физическая нагрузка из-за проживания

в неблагополучных бытовых условиях. Курение с 40 лет. В период пребывания в стационаре общее самочувствие хорошее, информирован о назначенных лекарственных препаратах, строго соблюдает режим приема лекарств, снизил количество сигарет в день с 20 до 4. По данным тестирования выявлен диффузный тип отношения к болезни, уровень тревоги и депрессии в норме. В момент выписки пациент настроен «усилить контроль за собой, работать до неусталости». Спустя 8 месяцев после инфаркта миокарда пациент отказался от курения полностью, посетил участкового терапевта, принимает препараты, назначенные при выписке, работает 8-часовой рабочий день (без ночных дежурств).

Пример игнорирования нового опыта существования: женщина, 57 лет, замужем, образование среднее специальное. Работает акушеркой посменно; отмечает, что работа требует чрезмерного эмоционального напряжения. Артериальная гипертензия с 2009 г., но не наблюдалась у специалиста, прием препаратов нерегулярный (самоназначение). Госпитализирована в течение последних трех месяцев повторно с инфарктом миокарда. Актуальные жалобы: нарушения сна, при нагрузке — ощущение тяжести в области сердца, «сердце как тряпка» (со слов специалиста по ЭКГ). Последние несколько месяцев «живет в постоянном стрессе» из-за семейных разногласий, ситуация с сыном «разорвала сердце», чувствует обиду за внука и беспомощность что-либо изменить. Тип отношения к болезни диффузный, депрессия и подавленное настроение по результатам опросников. При выписке можно отметить информированность пациента о назначенных препаратах, при этом утверждает, что «врачи не рассказывали, какого образа жизни должен придерживаться человек с заболеванием сердечно-сосудистой системы». Считает, что предотвратить обострение заболевания могла бы «спокойная размеренная жизнь», что невозможно в ее случае. Планирует меньше нервничать и реагировать на внешние стрессоры [Чернорай];

10) социокультурные, в том числе образование, особенности семейной и национальной культуры.

Типы отношения к болезни могут классифицироваться:

- по нарушению реакции на заболевание (нормозогнозия, гипернозогнозия, гипонозогнозия, диснозогнозия, анозогнозия, представлены в табл. 3);

Классификация нарушений реакций на заболевание

Тип нарушения реакции на заболевание	Оценка состояния	Оценка болезни	Тип реагирования, поведение
Нормонозогнозия	Пациент адекватно оценивает свое состояние и перспективы	Оценка совпадает с оценкой врача	Адекватные ситуации и болезни
Гипернозогнозия	Складывается под воздействием переживаний, связанных с выраженным телесным дискомфортом (перцептивная схема болезни). Характерна яркость и образность, преувеличение жалоб	Склонность переоценивать значимость отдельных симптомов и болезней в целом, ее последствий; болезнь воспринимается как совокупность угрожающих жизни симптомов	Обостренное самонаблюдение, демонстративность. Свойственны пассивное совладание с заболеванием, отказ от самостоятельных действий. Ответственность за все значимые события, связанные с соматическим страданием, переносится на других людей. Характерна эмоциональная модальность реагирования на заболевание (подавленность, тревога, страх)

Тип нарушения реакции на заболевание	Оценка состояния	Оценка болезни	Тип реагирования, поведение
Гипонозогнозия	Складывается из совокупности информации об имеющемся соматическом неблагополучии (концептуальная схема болезни), отрицание беспокойства по поводу утраты здоровья и трудоспособности	Склонность недооценивать значимость отдельных симптомов и болезни в целом. Подчеркивание временности болезни. Оценивает болезнь как ситуационно обусловленную реакцию на стресс	Наигранный оптимизм, активное совладание, принятие личной ответственности за все значимые ситуации, ассоциирующиеся с болезнью. Придерживается рекомендаций врача. Действия направлены на минимизацию проявлений болезни
Диснозогнозия	Искажение восприятия болезни и части ее симптомов, как правило, с целью диссимуляции или из-за страха ее последствий, может быть следствием органических поражений головного мозга	Крайняя необычность, неадекватность и парадоксальность поведения	
Анозогнозия	Минимизация тяжести состояния; убеждение, что функции организма находятся в норме. Внимание обращается на второстепенные легкие симптомы болезни	Отрицание существования болезни, ее последствий (например, исключение ее летального исхода)	Человек утверждает, что здоров, не нуждается в медицинской помощи, отказывается обращаться к врачам. Никаким образом не изменяет свое привычное поведение

- по характеру взаимодействия с врачом (содружественное, нейтральное, конфронтующее);
- по потребностям, которые фрустрируются заболеванием;
- по вырабатываемому комплексу адаптационных приемов;
- по реакции на болезнь (стеническая, астеническая, рациональная).

При активной жизненной позиции больного к лечению и обследованию говорят о стенической реакции на болезнь, но при такой реакции пациент может быть неспособным к выполнению необходимых ограничений, накладываемых заболеванием.

При астенической реакции на заболевание у пациентов имеется склонность к пессимизму и мнительности, но они относительно легче, чем больные со стенической реакцией, психологически приспособляются к заболеванию.

При рациональном типе реакции имеет место реальная оценка ситуации и рациональный уход от фрустрации.

Внутренняя картина болезни, тип отношения к болезни, стадия принятия болезни — все это влияет на комплаентность, а значит, и эффективность лечения, проявляясь в конкретном поведении пациента. Знание этих феноменов позволяет медицинскому персоналу выстраивать более эффективное взаимодействие с пациентами и их родными, а психологам и психотерапевтам более точно определять задачи работы, стратегию действий.

4.3. Понятие алекситимии.

Основные психологические модели алекситимии

Алекситимия — термин, предложенный в 1969 г. П. Е. Сифнеосом (P. E. Sifneos, 1920–2008); образован от греч. *a* — «отрицание» + *lexis* — «слово» + *thyme* — «чувство») для обозначения ведущего, по его мнению, психического расстройства, лежащего в основе психосоматических заболеваний. И означает ограниченную способность индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче.

Для людей с алекситимией характерны следующие особенности:

- трудность в идентификации и описании собственных чувств;

- трудность в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями;
- снижение способности к символизации, бедность фантазии и других проявлений воображения, банальность языка и мышления;
- черты их когнитивного стиля: ригидность и конкретность, утилитарный способ мышления;
- фокусирование в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях;
- тенденция к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях;
- сверхнормативность.

Люди с алекситимией бесконечно описывают физические ощущения, часто не связанные с найденным заболеванием, а внутренние ощущения обозначаются обычно в терминах раздражительности, скуки, пустоты, усталости, возбуждения, напряжения и т. д. Их аффекты неадекватны, им трудно вербализовать чувства. Они отличаются неразвитой фантазией, тенденцией к импульсивности, бедностью межличностных связей. Их преобладающий образ жизни — действие. Беседы с ними сопровождаются обычно ощущением скуки и бессмысленности контакта.

Таким образом, алекситимия — неспособность пациента называть эмоции, переживаемые им самим или другими людьми, т. е. переводить их в вербальный план, вероятно, связана с нарушением эмоционального восприятия и переживания эмоций.

Приводятся данные, согласно которым, находясь в состоянии стресса, ощущая напряженность и дискомфорт, люди с алекситимией используют меньше способов самоуспокоения, чем здоровые люди, предпочитая физическую двигательную активность (спортивные игры, езду на велосипеде и т. д.) психологическим средствам (обращение к воспоминаниям, разговор с другим человеком и т. д.).

Отмечается значимость для формирования алекситимии таких личностных характеристик, как *тревожность*, *агрессия* и *эмпатийные затруднения*, и их совокупность описывается как «алекситимическое пространство» [Бриль; Былкина].

С повышением выраженности алекситимии возрастает частота акцентуаций, эмоциональной нестабильности, повышается

личностная тревожность, увеличиваются показатели нервно-психической возбудимости, нарастает доля неадаптивных копинг-стратегий. Алекситимия была обнаружена у 42 % лиц с алкогольной и наркотической зависимостью.

С возрастанием уровня алекситимии ухудшается интероцепция (понимание сигналов собственного тела) [Гаус и др.] и наблюдается более низкая степень удовлетворенности собственным телом [Малкина-Пых].

Алекситимия часто встречается и у разных групп соматических больных. Так, у детей с диагнозом «онкология», а также у их братьев и сестер обнаружен значимо повышенный по сравнению с группой нормы уровень алекситимии, причем чем выше стадия заболевания, тем сильнее выражено также и алекситимическое расстройство. В российских исследованиях показано, что тревога у женщин, страдающих раком молочной железы, связана с алекситимией, а оценка качества жизни спинальными пациентами опосредована переменной алекситимии.

В неклинической группе подтвердилась гипотеза о том, что в силу ограничений на эмоциональность у мужчин уровень алекситимии выше, чем у женщин.

В отечественной науке и практике выделяют следующие виды алекситимии (классификация 1):

- органическая и функциональная;
- педагогическая (в случае, если ребенок не сумел овладеть эмотивной лексикой в силу педагогической запущенности);
- психологическая (психотравматическая/ситуативная);
- лингвистическая (принципиальная невозможность найти вербальное обозначение для собственного внутреннего опыта, в силу чего возникает необходимость обращаться к другим, метафорическим или вообще внеречевым кодировкам переживаний);
- культурная (социальная). Когда алекситимия трактуется как социокультурный феномен, ее связывают с низким социальным статусом, с невысоким уровнем образования и отсутствием словесной культуры.

Также существует и другая классификация, берущая за основу понятия дефицита (отсутствия) и отрицания (торможения) аффектов.

Сравнительная характеристика видов алекситимии приведена в табл. 4.

Вызвана ли алекситимия врожденными дефектами, является ли результатом биохимического дефицита, проистекает ли из-за задержек в развитии, связана ли с семейными, социальными конфликтами или культурными особенностями? Предварительные свидетельства указывают на то, что основное значение имеют генетические факторы и что алекситимия может быть понята в рамках нейрофизиологии.

Таблица 4

Сравнительная характеристика видов алекситимии

Первичная алекситимия	Вторичная алекситимия
Представляет собой аналог алекситимии, рассмотренный Сифнеосом. Выступает этиологическим фактором психосоматического расстройства (модель дефицита)	Представляет собой реакцию на болезнь, связанную с психологическим опытом болезни (модель отрицания)
Отсутствие функций и лежащего в их основе ментального аппарата. Разлад «инстинкта» в результате: 1) нарушения единого психофизиологического переживания (минуя психическую переработку из-за сниженной способности символизировать инстинктивные потребности и фантазировать, происходит негативное воздействие на соматику, а овладение речью приводит к тому, что нет необходимости реагировать телом) или процесса десоматизации-ресоматизации; 2) дисфункционального поведения окружающих; 3) органического поражения головного мозга	Предполагает глобальное торможение аффектов (роль психологической защиты) Допускает обратимость защитного процесса, и тогда можно говорить о «вторичной алекситимии» (при тяжелых психологических травмах и у пациентов с психосоматическими заболеваниями, которые после проведенной психотерапии обретают чувства и фантазии, ранее отсутствовавшие)

В качестве нейрофизиологической основы алекситимии определяют:

- 1) дисфункцию правого полушария: нарушения этапов эмоционального восприятия;
- 2) нарушение функций поясной извилины: ухудшение способности к осознанию эмоциональных переживаний;
- 3) патологии мозолистого тела: эмоциональная незрелость, бедная эмоциональная коммуникация;
- 4) тип I («аффективный») характеризуется низким уровнем эмоционального возбуждения и низким уровнем осознания этих эмоций; тип II («когнитивный») характеризуется нормальным эмоциональным тонусом, но низким уровнем распознавания и обозначения чувств (в основе лежит нарушение взаимодействия между передними отделами полушарий (лобными долями) и их задними (сенсорно-ассоциативными) областями) [Рагозинская].

Соответственно, изучение природы алекситимии необходимо для определения стратегии коррекционной работы.

Для оценки выраженности алекситимии используется Торонтская алекситимическая шкала (TAS), опросник Госпиталя Бет Израел, опросник Кристала с соавторами, шкала Шеллинга — Сифнеоса и др. Применяются и проективные техники (тесты Роршаха и ТАТ), но ответы на них могут отличаться стереотипностью.

Алекситимию следует отличать от психической нечувствительности вследствие массивной *психической травмы*, угрожающей изоляцией, дезинтеграцией и депрессией; от тех видов познавательной деятельности и экспрессии, которые характеризуют сходные виды таких психиатрических синдромов, как аффективные нарушения при *шизофрении* (F21); от типа операционального мышления, характерного для малограмотных людей.

Клинический опыт подтверждает концепцию алекситимии в том отношении, что многие соматические пациенты проявляют ограниченную способность описывать, дифференцировать аффекты и продуцировать фантазии. Остается открытым вопрос о ее происхождении: вызвана ли алекситимия врожденными дефектами, является ли результатом биохимического дефицита, происходит ли из-за задержек в развитии — семейных, социальных

или культурных? По-видимому, алекситимия — полидетерминированный феномен.

Выделяют несколько черт, характерных для пациентов с алекситимией: расстройства аффективных функций, когнитивных функций, нарушения самосознания и особое миропредставление. По разным данным среди психосоматических больных «алекситимики» составляют до 64 %, поэтому нет оснований говорить о причинно-следственных связях. Скорее, алекситимия — это один из факторов риска. Есть и еще один важный и нерешенный вопрос о том, является ли она стабильной, устойчивой личностной характеристикой или это только состояние, которое может проявиться в определенной ситуации у любого человека.

Основным принципом психологической коррекции алекситимии будет ее построение с учетом психологической диагностики. Чаще всего встречаются сложности в локализации переживаемого чувства в теле, осознании и дифференциации эмоций, адекватности выражения чувств, в том числе несоответствие интенсивности и внешней выраженности эмоции, несоответствие интенсивности эмоций обстоятельствам, которые их вызвали.

В таких случаях задачами психологической работы становятся: информирование о роли и значении эмоциональных переживаний; развитие навыков осознания телесных реакций и образа тела, дифференциации телесных ощущений и эмоциональных переживаний; формирование эффективных копинг-стратегий и умения управлять телесными реакциями; обучение эффективной эмоциональной регуляции и адекватным способам выражения чувств через актуализацию «внутренних диалогов» и означивание эмоции (например, через демонстрацию карточек с различными смайликами или просмотр и обсуждение мультфильмов, фильмов); тренировка коммуникативных навыков и навыков саморегуляции.

4.4. Общие принципы психологического консультирования в психосоматике

Как мы уже упоминали выше, основной принцип психологического консультирования клиентов психосоматического профиля — междисциплинарность, т. е. совместная работа медицинских работников, социальных работников и психологов.

Для примера приведем клинический случай, описанный А. Б. Смулевичем, А. Л. Сыркиным и А. Н. Львовым [Смулевич и др., с. 6].

Пациентка, 50 лет. Заболела через несколько дней после женитьбы и отъезда сына, в котором видела смысл своей жизни и в течение многих лет жила с ним вдвоем. Появилась тревога, нарушился сон, часто плакала, жаловалась на одиночество, связывала ухудшение состояния с уходом сына. В этот же период появились опоясывающие боли в области живота, тошнота, временами рвота. Прием анальгетиков лишь временно облегчал состояние. В связи с дискомфортом в области ЖКТ резко ограничила объем принимаемой пищи. За 4 месяца похудела на 14 кг. В терапевтическом стационаре при эзофагогастродуоденоскопии был диагностирован хронический антральный гастрит, отмечена язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии ремиссии. При УЗИ органов брюшной полости установлены признаки диффузных изменений печени, дискинезии желчевыводящих путей, хронический панкреатит и пр. Установлен диагноз «хронический панкреатит». Также, учитывая несоответствие между ограниченностью соматических изменений и постоянными не поддающимися медикаментозной коррекции жалобами на боли и дискомфорт в абдоминальной области, был диагностирован синдром раздраженной толстой кишки (болевая форма). В период соматического обследования наряду с расстройствами пищевого поведения появились проявления психического неблагополучия: тревога, подавленность. Продолжает жаловаться на одиночество, бессонницу, часто плачет. Госпитализирована в Научный центр психического здоровья Российской академии медицинских наук.

Ввиду отсутствия серьезной патологии внутренних органов диагностировано психогенно спровоцированное тревожно-депрессивное расстройство с явлениями нервной анорексии.

Психофармакология не сопровождалась стойким улучшением состояния. Жалобы на тошноту, изжогу, метеоризм, опоясывающие боли в области живота, боли в эпигастральной области. После приема пищи периодически возникает рвота. Психическое состояние продолжало оставаться неустойчивым. Гипотимия, обостренное чувство одиночества, идеи бесперспективности, бессмысленности существования («не для кого жить») создавали фон настроения. При свиданиях с сыном гипотимия редуцировалась на время. Аппетит в процессе лечения полностью не восстановился. Масса тела продолжала уменьшаться, несмотря на достаточное потребление пищи. Нарастала физическая слабость, раздражительность, дисфорические реакции. При смене лекарств произошли сдвиги в лабораторных показателях функции печени и субиктеричности склер. Первоначально это было расценено как симптоматика токсического гепатита. В связи с нарастающими болями в животе, учащающейся рвотой, прогрессирующей потерей массы тела, возникающими отклонениями в показателях биохимического исследования крови было проведено повторное соматическое обследование. При КТ органов брюшной полости выявлен рак головки поджелудочной железы. При раке поджелудочной железы выделяются два варианта хронологической взаимосвязи между психическими и соматическими расстройствами. При первом варианте психопатологические расстройства (мании, депрессии с ажитацией, невротические симптомокомплексы) задолго предшествуют появлению первых признаков соматической патологии. При втором варианте (иллюстрацией может служить приведенное наблюдение) психопатологические расстройства уже изначально сосуществуют с соматическими, представленными абдоминальным дискомфортом с алгиями, анорексией, потерей массы тела.

Методы диагностики в психосоматике являются общепсихологическими: наблюдение, интервью/беседа, диагностика/тестирование.

При подборе тестовых психологических методик для исследования психосоматических пациентов должны учитываться:

- цели обследования;
- относительная простота применяемых методик;
- быстрота их проведения;

- полнота изучения исследуемого явления;
- взаимная дополняемость применяемых методик;
- высокая суммарная валидность;
- достаточная чувствительность к изменению наблюдаемого явления у здоровых и больных, а также к изменению показателей в период лечения.

В области психосоматической психологии используются методики:

- опросник для оценки типа отношения к болезни (ТОБОЛ);
- опросник когнитивных представлений о болезни А. Эверса и Ф. Краймата (в адаптации Н. А. Сироты, Д. В. Московченко);
- опросник локуса контроля болезни;
- Торонтская алекситимическая шкала;
- шкала депрессии А. Бека;
- Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression scale, HADS);
- шкала катастрофизации боли (Pain Catastrophizing Scale, PCS);
- опросник Сердюка для изучения самооценки социальной значимости болезни;
- Гиссенский опросник соматических жалоб;
- шкала клинических жалоб SCL-90-R для исследования особенностей и степени выраженности психопатологической симптоматики (в том числе соматизации);
- опросник Келлермана — Плутчика для выявления механизмов психологической защиты;
- оценка типа личности А и В (Г. С. Никифоров);
- родительская анкета для оценки травматических переживаний детей;
- различные шкалы оценки стресса (Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Рея; Методика для определения вероятности развития стресса Т. А. Немчина и Тейлора; тест Люшера);
- опросник «Профиль здорового образа жизни» («Health-Promoting Lifestyle Profile, HPLP-II»);
- шкала психологического благополучия К. Рифф (в адаптации Е. Г. Трошихиной, Л. В. Жуковской);

- опросник «Оценка качества жизни (КЖ)» SF-36 (Health Status Survey) и др.

При наблюдении важно отмечать: особенности движения, позы; внешний вид клиента; речь, вербальные выражения (особенно образы и метафоры здоровья, тела, болезни, используемые клиентом).

При *проведении беседы* уместно использовать все имеющиеся техники психологического консультирования и придерживаться его классической общей структуры: установление контакта, сбор информации и прояснение запроса (желаемого результата) и целей клиента, заключение контракта, поиск решений, альтернатив и ресурсов, которые помогут разрешить ситуацию, составление плана действий, завершение встречи и подведение итогов, при необходимости — обсуждение домашнего задания.

Важно помнить, что основой процесса консультирования служат эффективные терапевтические отношения и общая атмосфера встречи.

При соматическом заболевании диагностическая беседа может быть направлена на определение нынешнего внешнего и внутреннего состояния клиента, на прояснение внутренней картины болезни клиента. Соответственно, вопросы могут касаться самочувствия и ощущений, когнитивных (установки, ценности, мысли, знания, рациональные и иррациональные убеждения, мотивации), представлений (фантазии, образы болезни и здоровья, их представления), эмоций, особенностей межличностных отношений и поведения («Представьте, что вас снимает видеокамера, когда вы чувствуете себя несчастным. Что я могу увидеть в этом фильме?»). Можно исследовать общий уровень удовлетворенности клиента в жизни, конкретные области фрустрации желаний и базовых потребностей.

Можно уточнить более узкую тему, касающуюся самого заболевания. Что знает клиент о своем заболевании, какие у него есть жалобы, иные заболевания, что можно сказать относительно питания, сна, тренировок или употребления психоактивных веществ? Были ли у него в прошлом другие заболевания? Какое значение имеет заболевание для него сейчас и в его жизни в целом? Можно предложить условные шкалы для прояснения значимости соматического заболевания (например, насколько значимо соматическое

заболевание для клиента от 0 до 10, где 0 — абсолютно незначимо, 10 — крайне важно и на встрече необходимо обсудить именно его). Соответствует ли его знание о болезни, ее причинах и течении врачебной оценке? Имеется ли у него свой взгляд, в соответствии с которым он сам, его родные, психотерапевт, врачи, кто-либо или что-то еще ответственны за это заболевание (прояснение локус-контроля)? Имеется ли неблагоприятная наследственность? Как он справлялся до сих пор с предыдущими заболеваниями и как справляется с нынешним? Может ли он поделиться с другими своими мыслями, страхами и чувствами, надеждами и отчаянием, которые его охватывают?

Проясняется, что клиент хочет от консультирования, психолога, семьи, окружающих его людей, себя. Насколько сильны и приоритетны эти цели и желания?

Вопросы могут касаться причин, которые привели к психологу: «Что привело вас сюда?», «Как вы относитесь к самому процессу психологического консультирования?», «Почему вы обратились за психологической помощью именно сейчас?».

Таким образом, структурированная и полуструктурированная беседа может содержать пункты: сбор анамнеза, прояснение жалоб и время их первого появления («Когда вы почувствовали это впервые?», «Были ли периоды последующих ухудшений и улучшений?»); прояснение связи с событиями жизни («Можете ли вы вспомнить, когда симптом появился первый раз? С чем вы можете связать его появление? Какие события были до него и после? Связываете ли вы эти события с симптомом?»); поиск ресурсов для преодоления болезни и адаптации; оценку *значения* симптоматики, ситуации заболевания и других данных анамнеза («Что это означает для вас? Как вы это пережили?» — такие вопросы могут привести пациента к пониманию собственных способов реагирования). Полезны общие вопросы о жизни, работе, хобби, ситуациях в жизни («Расскажите мне еще немного о себе, быть может, что-то из детства», «Расскажите немного о своих родителях, друзьях», «Каким вы были ребенком?», «Что было для вас важным событием в жизни?», «Какое наиболее интересное событие случилось в течение этой недели?», «Что в жизни вас радует, а что огорчает?»).

При соматоформном расстройстве могут возникнуть социально-психологические последствия: сужение социального пространства жизни (отказ от общения, активного отдыха, карьерного роста); болезненная озабоченность здоровьем, сосредоточенность всей психической жизни на отслеживании своего физического состояния, нерациональные посещения врачей и прохождение лабораторных обследований; развитие вторичной депрессии из-за затяжной тяжелой симптоматики и утраты надежды на выздоровление (вторичная депрессия отмечается в 60–70 % случаев соматоформного расстройства); конфликты в семье, так как порой ее члены, не понимая причин состояния, склонны видеть больных как мнительных, чрезмерно фиксированных, эгоцентричных, избегающих выполнения своих обязанностей. Каким образом клиент справляется с этими последствиями? Есть ли у него ресурсы для этого? Что он предпринимал для этого и какие результаты получил?

Основные пункты структурированного психологического интервью могут содержать вопросы, направленные на прояснение внутриличностных конфликтов (см. модель Ф. Александера): анамнез жизни и болезни в целом; поиск и анализ стратегий эмоциональной разрядки; определение структуры, длительности и содержания внутриличностных конфликтов («Что произошло в вашей жизни, когда это случилось? Что в то время появилось нового в вашей жизни, кто появился в вашей жизни и кто ушел из нее?»), типы защитных механизмов («Расскажите, что вы делали, какие эмоции у вас были? Как реагировали?»); исследование ведущих эмоциональных паттернов (например, стенические или астенические эмоции) и выявление патологических вегетативных паттернов.

Если консультант придерживается стресс-модели психосоматических расстройств, то особенно важно прояснить, каким образом клиент преодолевает стресс, как к нему относится, какие стресс-факторы для него наиболее существенны, каким образом и какие находит ресурсы для преодоления стресса.

Одним из вариантов построения структурированного интервью может выступать беседа по результатам методики Life-line. Модифицированная методика в ее упрощенном варианте заключается в следующем: «Нарисуйте двумерную систему координат, ось

ОХ — временная ось. Отметьте единственную точку — сегодняшний день. Ось ОУ — значимость событий для человека (выше ОХ — положительная, ниже — отрицательная). Отметьте 7–8 событий, произошедших в вашей жизни и являющихся наиболее значимыми для вас». Постарайтесь не конкретизировать, какие именно события следует обозначить, это должен решить сам клиент. Дополнительно попросите отметить 2–3 события, которые, согласно ожиданиям клиента, произойдут в будущем и будут для него значимыми. Затем идет обсуждение: рассматривается количество событий, значимость, связь событий, их знак. Методика дополнительно дает клиенту возможность связать события, простроить свою жизнь, а психологу — понять, насколько клиент мотивирован на выздоровление, есть ли у него ресурсы.

На основе полученной информации психолог концептуализирует случай и формирует соответствующие задачи.

Задачами психологического сопровождения соматического заболевания могут стать:

- психологическая коррекция поведения и адаптации к изменившимся жизненным условиям;
- снятие эмоционального напряжения;
- формирование интернальной позиции в отношении болезни;
- формирование необходимого когнитивного компонента отношения к болезни;
- формирование адаптивного поведения в условиях заболевания.

Важно соблюдение этических норм и этического кодекса психолога. С последним можно ознакомиться на официальном сайте Российского психологического общества: <http://рпо.рф/рпо/documentation/ethics.php>.

4.5. Психологическое консультирование при психосоматических расстройствах

Техниками психологического консультирования являются: приемы активного слушания, в том числе паузы, поощрение, повтор и парафраз, отражение, уточнение и прояснение, обобщение, сообщения о собственном восприятии; использование открытых

и закрытых вопросов; приемы снятия эмоционального напряжения, техники конфронтации; техники интервенции и др.

Очень часто при психологическом консультировании клиентов *соматического* профиля возникает необходимость обсудить смену привычных условий и режима жизни, вызванных необходимостью проходить лечение, ограничением прежних возможностей.

Особенно болезненно воспринимают заболевания пациенты, чей профессиональный и финансовый статус остро зависит от состояния здоровья (спортсмены, единственные кормильцы в семье и др.). В новых условиях крайне важно, с одной стороны, дать организму возможность восстановления и изменить привычный образ жизни, а с другой, поддерживать оптимальный, адекватный новому состоянию организма моцион (делать рекомендованный набор физических упражнений, соблюдать диету, принимать лекарства и пр.).

В такой ситуации необходимости изменения поведения психолог может воспользоваться стадийной моделью изменения поведения, предложенной Джеймсом Прохазка (James O. Prochaska). Первоначально модель использовалась при работе с аддиктивными пациентами. Схематично она представлена на рис. 3.

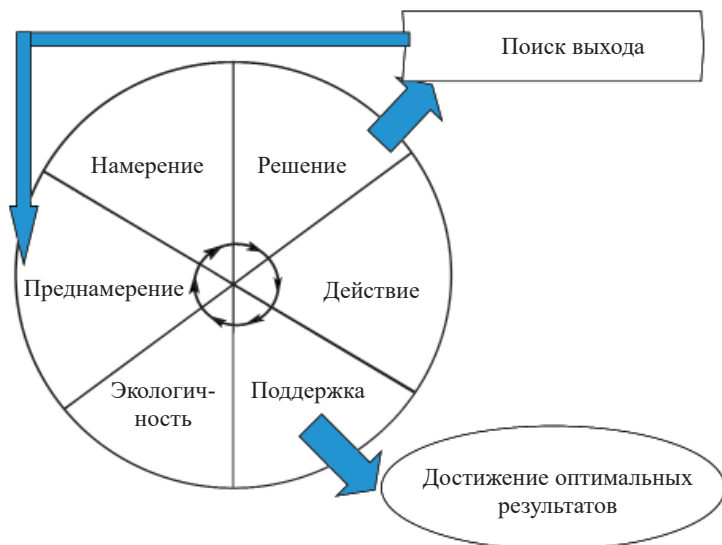


Рис. 3. Стадии изменения поведения

Более подробно особенности каждой стадии представлены в табл. 5.

Таблица 5

Особенности стадий изменения поведения

Стадия	Характеристика	Задачи консультанта
Преднамерения	«Это не моя проблема. У меня нет проблем». Не думает об изменении поведения, либо не владеет достаточной информацией, либо сопротивляясь любому изменению. Трудно признать, что он не контролирует свою жизнь, приходит с ложным запросом или вообще не ходит на консультации (а приходят его близкие и родные)	Установить контакт, получить разрешение на общение. Краткое мотивационное интервью
Намерения	«Это проблема и с ней надо что-то делать». Начинает поиск информации, касающейся его проблемы. Осуществляет анализ ситуации: взвешивает все «за» и «против» ситуации, осознает противоречия. Анализирует последствия изменения и неизменения поведения. Анализирует имеющиеся ресурсы для этого. Понимает необходимость изменений, поэтому испытывает больше негативных эмоций, чем на первой стадии. Пытается понять проблему и начать контролировать свою жизнь, ищет поддержки у окружающих	Краткое мотивационное интервью. Техники поддержки, отражения чувств, уточнения. Техники снятия эмоционального напряжения. Техники, помогающие принять решения (например, квадрат «за и против») и прояснить цели клиента. Техника сократического диалога
Решение	Владеет достаточной информацией. Осознает значимость этой информации для себя. Происходит процесс осознания возможности действовать. Ищет выход из сложившейся ситуации. Обдумывает возможные	Техники поддержки, отражения чувств, уточнения

Стадия	Характеристика	Задачи консультанта
	варианты действий и условий для этого. Принимает итоговое решение либо изменить поведение, либо нет (и тогда возвращается к первой стадии)	
Действие	Человек изменяет свое поведение и влияющие на него факторы. Решение реализуется на практике. Верит в возможность реализации принятого решения	Обсуждение плана действий. Обучение навыкам преодоления стресса. Тренинговые занятия. Техники профилактики рецидива. Различные упражнения, посвященные «проработке» эмоциональных конфликтов. Научение новым навыкам
Поддержка	Пытается закрепить полученные результаты, предупредить рецидив. Усилия направлены на достижение оптимальной жизненной ситуации. Важна позиция и поддержка близкого окружения. При такой поддержке возможно достижение оптимального результата. Страх рецидива	Желательна работа с семьей. Краткое мотивационное интервью. Техники профилактики рецидива. Техники поддержки, отражения чувств, уточнения. Техники снятия эмоционального напряжения. Различные упражнения, посвященные «проработке» эмоциональных конфликтов. Научение новым навыкам
Экологичность/ Рецидив	Если пациент видит положительные результаты, достигает поставленных целей, решает внутриличностные конфликты, то поведение закрепляется. Если человек не смог поддержать начавшиеся изменения или он столкнулся с последствиями, к которым не готов, может возникнуть рецидив	Техники поддержки, отражения чувств, уточнения

Для клиентов с психосоматическими расстройствами полезным дополнением оказывается упражнение «Саботаж». Клиенту предлагается сформулировать методы саботажа для выбранного плана действий: этого часто бывает достаточно для укрепления решимости (или пересмотра исходного плана). Усилить данное упражнение можно заданием придумать вторичный план по борьбе с саботажем.

Можно закончить встречу уточнением, имеет ли клиент определенное чувство дальнейшего направления своих действий и какое решение о ближайших действиях принял. «Что вы сделаете сегодня такого, чего не сделали бы, не случись наш сегодняшний разговор?»

В условиях невозможности длительного консультирования можно применить техники краткого мотивационного интервью (его длительность составляет до 15 минут).

Краткие вмешательства широко используются для повышения вероятности того, что люди с проблемами здоровья обратятся за помощью, и содержат ряд стратегий, например, 5А и 5R (будут рассмотрены далее).

Противопоказания к применению краткого мотивационного интервью (КМИ): пациент с двигательным беспокойством, с крайне агрессивным поведением, со спутанным сознанием, в состоянии острой интоксикации, в остром психотическом состоянии, пациенты с тяжелыми когнитивными нарушениями.

Рекомендуется использовать при стабильном эмоциональном фоне, возможности кооперации с клиентом, внутренних конфликтах клиента, при сопротивлении клиента, когда острое клиническое состояние находится под контролем, до направления клиента на лечение.

Барьерами при проведении КМИ может быть: интерпретация нежелания пациентов меняться как их сопротивление; при общении с «трудными пациентами» возникновение чувства разочарования и настойчивого желания, чтобы пациент изменился («рефлекс исправления»); ряд особенностей окружения пациента.

Для преодоления этих барьеров ответьте на ряд вопросов: «Что вызывает ваши эмоции, когда вы используете мотивационное интервью?», «Что вас расстраивает? Что вас злит?», «Можете ли вы

описать, что происходит в вас и в вашем разговоре?», «Как ваше разочарование влияет на разговор?», «Как реагирует пациент?».

Основная задача КМИ — помочь пациенту найти его собственные причины для изменений.

1-й шаг. Оценка степени желания изменений/готовности к переменам; исследуйте:

- порождает ли такое поведение проблемы;
- вызывает ли такое поведение беспокойство или тревогу;
- в какой степени существует интерес к изменению поведения;
- текущую готовность что-то изменить.

По результатам этих четырех вопросов можно оценить состояние клиента:

1. «Готовность»: если ответ на четыре пункта утвердительный, то клиент готов к изменениям (зеленый цвет).

2. «Амбивалентность»: демонстрирует интерес, но сомневается, хватит ли у него ресурсов изменить поведение, справится ли он (желтый цвет).

3. «Неготовность»: если ответ «нет» на три или четыре вопроса, это признаки, что пациент не хочет изменять свое поведение (красный цвет).

Если данный шаг оформить в виде бланка с предполагаемыми ответами (да/нет) и обозначить итоговый результат как цвета (зеленый, желтый, красный), то пациент может показать бланк врачу общей практики, чтобы тот мог направить пациента к специалисту или самостоятельно провести интервьюирование (например, пациент обратился к врачу по поводу артериальной гипертонии, но еще злоупотребляет алкоголем или понимает, что нужно научиться реагировать на стрессовые ситуации по-другому).

2-й шаг. Схема 5А («Assess–Advice–Agree–Assist–Arrange»), рис. 4: оценка (с согласия пациента спросите о его поведении, задавая открытые вопросы) — совет (с разрешения пациента можно дать рекомендации по изменению поведения; выявляйте ресурсы, обеспечьте для этого их поиск клиентом, выявляйте возражения/сомнения и снова ресурсы) — согласование (сфокусируйтесь на целях, обозначьте совместно с пациентом его цели, согласуйте их) — помощь (помощь в приобретении способностей к изменению

поведения: сформируйте или найдите имеющиеся навыки пациента для изменения поведения, повышайте самооффективность) — договор (организовать мониторинг: разработайте план и предложите последующие действия).

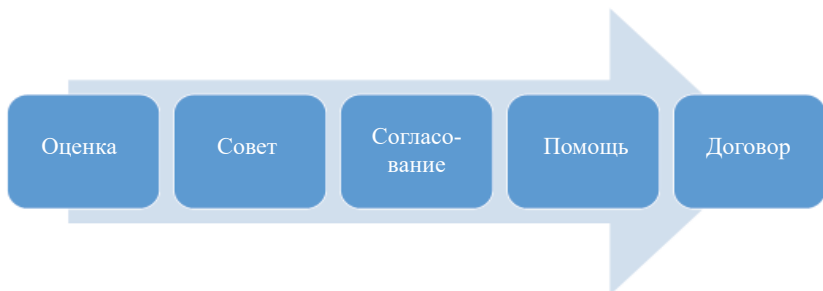


Рис. 4. Схема 5A

Также достаточно часто используется схема 5R (рис. 5).

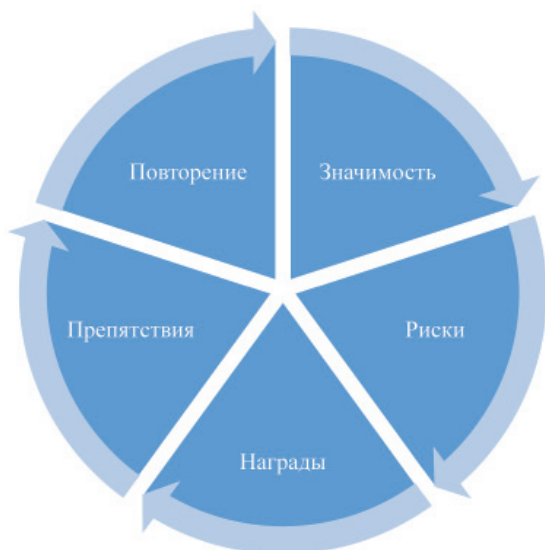


Рис. 5. Схема 5R («Repetition — Relevance — Risks — Rewards — Roadblocks»)

Более подробно особенности каждого элемента схемы 5R представлены в табл. 6.

Таблица 6

Общая схема краткого мотивационного интервью

Этап	Цель	Примеры вопросов
Значимость	Помочь пациенту понять, почему изменение поведения значимо для него	Начните с небольшого резюме состояния пациента («У вас подтвержденный диагноз артериальной гипертонии и врач рекомендовал вам ...») Исследуйте, с разрешения пациента и используя открытые вопросы: значимость, риски, награды и препятствия (5R) Какие у вас есть интересы? Каким образом ваше поведение может помочь достигнуть ваших целей? Или помешать вашим интересам?
Риски	Помочь человеку рассказать о возможных негативных последствиях неизменного поведения (текущих или будущих)	Что будет, если вы не измените рацион питания или будете применять лекарства нерегулярно?
Награды	Помочь человеку рассказать о возможных положительных последствиях отказа от курения (текущих или будущих)	Что произойдет, если вы измените свое поведение?
Препятствия	Помочь человеку определить возможные препятствия на этом пути, в том числе препятствия, возникавшие в предыдущих попытках	Что может вам помешать при изменении поведения? Что помешало в прошлый раз?
Повторение	Возможно, вам потребуется более одной сессии, прежде чем человек будет готов. Используйте 5R во время каждого визита	

Основные принципы применения схем 5A и 5R:

1. Использование открытых вопросов.
2. Использование приема «отражение».
3. Аффирмация (подтверждение/утверждение).
4. Обобщение.

Краткие вмешательства полезны в отделениях первичной медицинской помощи и неотложной помощи. Среднее необходимое время составляет менее 15 минут. Применение КМИ повышает эффективность лечения: в двух группах по 125 человек через 1,5 месяца *группа вмешательств* показала большее снижение потребления алкоголя и меньшее количество продолжающих употреблять алкоголь (27,8 % против 48,1 %; $p = 0,01$). Программа КМИ также увеличила вероятность посещения специализированного лечения по сравнению с контрольной группой (23 % против 9,8 %, $p = 0,0119$) [Bruguera et al.].

При психологическом консультировании пациента *соматоформного* профиля можно использовать модель, предложенную Александером: применить техники снятия эмоционального напряжения и обсудить возможные каналы (способы, техники, ситуации) снятия эмоционального напряжения в дальнейшем, обучить навыкам преодоления стресса, прояснить внутренний психологический конфликт и обучить новым адекватным способам реагирования и коммуникаций.

Как мы уже упоминали, клиенты *соматоформного* профиля крайне редко связывают телесный дискомфорт со своими внутренними переживаниями, эмоциями и мыслями. Поэтому могут быть эффективны техники терапии, направленной на решение, техники фокусирования, эриксоновский гипноз, отправной точкой которых будут являться обсуждения состояний, сопровождающих телесный дискомфорт.

Интегративная когнитивно-динамическая модель работы с соматоформными расстройствами может включать следующие психотерапевтические цели: 1) тренировка способности распознавания, дифференциации и понимания эмоций и сопровождающих их когнитивных процессов; 2) проработка жизненного и семейного

контекста проблем; 3) проработка межличностных затруднений [Холмогорова, Гаранян].

В целом интегративный подход в работе с «психосоматическими» клиентами становится все более популярным. Особенно интересна техника в рамках терапии осознанием «ощущение — эмоция — образ — мысль», предполагающая анализ каждого из этих элементов с целью интеграции опыта клиента и направленная на развитие осознания. Очень обобщенная схема работы заключается в ответах на вопросы: «Что вы ощущаете? Какие телесные ощущения сейчас наиболее сильны?», «На что это ощущение похоже? Какой образ рисуется?», «Какие эмоции возникают?» и «Какие мысли приходят?» [Канифольский]. Например, клиент говорит: «Я чувствую тяжесть в груди». На вопрос, что напоминает эта тяжесть и на что она похожа, отвечает: «Это похоже на камень». Психолог может спросить: «Где вы видели этот камень в своей жизни?», «Какие мысли сейчас возникли?». А дальше — снова переходить на элемент ощущений: «Какие ощущения возникли, когда эта мысль пришла в голову?»

Для техник психологических интервенций можно использовать:

- трансовые техники;
- терапевтические метафоры и притчи;
- техники, формирующие навыки эффективного преодоления стресса и эмоциональной регуляции, в том числе аутотренинги;
- специальные упражнения, проясняющие смысл болезни и здоровья («Рисунок болезни и здоровья»), позволяющие сформировать осознанное отношение к телу («Телесные скульптуры»);
- техника «Сократический диалог»;
- приемы, повышающие самостоятельность клиента (даже предложение выбрать место, где расположиться клиенту в начале консультации, может поставить пациента соматоформного профиля в тупик).

Чтобы дать основные представления об этих техниках, кратко их прокомментируем.

Трансовые техники очень хороши при работе с пациентами психосоматического профиля по ряду причин: они многослойны по содержанию, способны изменять имеющиеся самодеструктивные

установки пациента на здоровьесберегательные, позволяют пациенту экологично разрешить внутренние конфликты, способствуют восстановлению ресурсного телесного и психического состояния.

В качестве терапевтических метафор может помочь соотношение реальных функций системы органов с их психологическим содержанием. Например, психологическая метафора бронхиальной астмы может заключаться в соотношении реальной функции легких (дыхание) и нарушения их работы («неспособность вдохнуть») с психологическим содержанием внутреннего конфликта ребенка (забота родителей так велика, что ребенок не способен даже вдох сделать, не может «дышать свободно», «задыхается в объятьях»). Неспецифический полиартрит (болезнь суставов) может ассоциироваться с подавленным гневом: гнев как будто остается в теле, заставляет его каменеть, лишая человека гибкости и возможности движения.

Помощью в составлении метафоры могут быть как фразы самого клиента («он у меня в печенках сидит», «аж до зуда бесит», «окаменел от страха» и др., полученные в ходе консультирования), так и специальные упражнения: например, напишите 5–10 метафор собственного тела. Так как психосоматические пациенты часто проявляют алекситимические особенности, можно для начала предложить им примеры различных метафор и образов тела («непонятное тело, как марионетка на веревочках», «как загнанная лошадь», «дерево», «похож на богомола» и пр.).

Аллергию можно представить как чрезмерную оборонительную реакцию психики. Психосоматическое расстройство можно считать результатом адаптации организма, творческой, но деструктивной. Если расхождение между желаемым и получаемым не удастся устранить «обычными средствами», фрустрация принимает хронический характер, человек может изменить восприятие ситуации. Если изменение касается, в первую очередь, когнитивной и эмоциональной сферы, мы наблюдаем развитие психотических процессов. Например, чувствуя тревогу, параноик в своем восприятии превращает в источник агрессии и нападения близких, друзей, людей, даже не подозревающих о его существовании. Подобно этому, в области физиологии иммунная система, «ощущая» стресс, может превратиться во «врагов» части и органы собственного тела или безобидные

субстанции, атакуя их в творческой попытке защитить организм от мифического нападения, можно сказать, что иммунная система «галлюцинирует». Такое решение организма является не ошибкой, а адаптивным решением. Приспосабливаясь к сложившейся ситуации, человек делает определенный выбор, исходя из имеющихся ресурсов. Во многих случаях такой выбор является вынужденным, организм просто не «видит» другого решения, иного способа удовлетворить свои потребности на данный момент [Коряков].

Психотерапевтические метафоры и притчи могут быть направлены на повышение жизненных возможностей, развитие способности брать на себя ответственность за свою жизнь, на осознание невозможности одновременной реализации потребностей.

Я. И. Коряков приводит универсальную метафору для научения клиента правильному обращению с чувствами. «Чувство можно представить как некий вектор, берущий начало в теле субъекта и направленный на что-то — на себя, на внешний объект, ситуацию, собственную фантазию и т. д. Собственно, это что-то и служит поводом для возникновения чувства, а самим человеком воспринимается как его источник и причина. Причем этот повод часто находится вне контроля субъекта, и чувство, связанное с ним, также воспринимается как неизбежное и неконтролируемое (“Когда он плохо себя ведет, я сержусь на него и ничего не могу с этим поделать”). Чем больше человек сосредоточен на поводе, тем сильнее и продолжительнее соответствующее чувство. Можно вогнать себя в депрессию, кипеть от непреходящего раздражения, изводить окружающих постоянным беспокойством. Человек “заводит” сам себя, перекладывая ответственность на объект чувства. Вместо этого можно сосредоточиться на противоположном, исходном конце вектора — на тех ощущениях, которые порождаются чувством, на телесном, прежде всего, переживании чувства, абстрагируясь, по возможности, от его объекта. Можно просто наблюдать за изменением этого телесного ощущения или даже позволить ему охватить тело целиком, погрузиться в него. Это приводит к тому, что чувство, будучи принятым и пережитым, снижает свою интенсивность, исчезает или трансформируется. В той же ситуации человек может теперь действовать, руководствуясь более рациональными, чем эмоциональными мотивами» [Коряков, с. 184].

Такое наблюдение за изменением телесного ощущения близко к методу фокусирования Джендлина. Необходимо фокусироваться именно на телесном ощущении, а не просто на «своем конце вектора». Скажем, человеку, охваченному жалостью к себе, кажется, что он и так сосредоточен на себе, в то время как объект этого чувства — образ страдающего себя, некая фантазия.

Клиента можно прямо проинструктировать, предложив выбор соответствующих действий, и помочь потренировать новый способ обращения с чувствами на консультационной сессии в рамках ролевой игры, или вызвав проблемные эмоции воспоминанием о недавних событиях. Такой метод переживания эмоций не станет сразу автоматическим и потребует определенного внимания со стороны клиента, но определенные плоды принесет достаточно быстро. Прежде всего, положительный отклик возникает в межличностных отношениях, а позитивный результат вдохновляет на дальнейшие усилия [Коряков].

Обучение эффективной эмоциональной регуляции становится, по сути, одной из главных задач психообразовательного подхода и психологического консультирования в работе с психосоматическими и соматическими недугами. Упражнение «Описание своей реакции на стресс» может помочь улучшить означивание телесных проявлений эмоций и своих состояний. Предложите клиенту описывать свои реакции на различные стрессоры. Реакциями могут быть: постоянное обдумывание одной и той же мысли, бессонница, общее беспокойство, излишняя двигательная активность, заторможенность, сосредоточенность на чем-либо, раздражительность и гневливость, плач и пр. Также клиент может найти установки и когнитивные искажения, которые вызывают стрессовые реакции на стрессоры, которые не являются реально угрожающими жизни. Обсудите с ним, что такое стресс. Помогите клиенту осознать, что стресс всегда вначале проявляется на телесном уровне (учащение сердцебиения, сбой дыхания, напряжение мышц, потение и др.). Мы можем научиться осознавать напряжение и сознательно расслаблять все тело или группы мышц (релаксация Джекобсона) для того, чтобы обладать более широким репертуаром адаптивных реакций на стресс и эффективнее восстанавливаться после него.

Упражнения, посвященные «телесным скульптурам», могут сформировать внимательное отношение к своим телесным проявлениям. В зависимости от задач консультирования эти упражнения могут выполняться в групповом или индивидуальном формате и с разными инструкциями. Например: «Примите образ парящей птицы, не видя себя в зеркале и стараясь при этом почувствовать себя “изнутри”». Некоторые техники, связанные с изображением всего тела, могут выполняться в парах, когда партнеры создают реалистичные портреты друг друга [Копытин, Корт].

Описание упражнения «Рисунок болезни и здоровья»

Небольшое предисловие. Между здоровьем и болезнью существует множество связей, даже самый больной человек обладает определенным уровнем здоровья (существенно сниженным). Метод оценки здоровья путем только выявления и исключения заболевания существенно искажает цельную картину здоровья пациента.

Материалы: чистые листы формата А4, цветные карандаши.

Инструкция: нарисуйте здоровье и болезнь на одном листе, используя цветные карандаши.

После рисования важно обсудить сам процесс рисования и то, что клиент нарисовал. Предлагаем задать вопросы:

1. Что вы начали рисовать первым: здоровье или болезнь?

2. С чего хотелось бы начать обсуждение: с рисунка болезни или здоровья? В зависимости от ответа начинаем с соответствующего рисунка. Здесь мы начинаем с обсуждения здоровья. Посмотрите на рисунок. Нравится ли рисунок в целом? Какие чувства вызвало рисование здоровья? Какие ощущения, эмоции, мысли возникают при взгляде на него? Если есть напряженность, то что смущает? Что-то хочется изменить, дополнить? Если клиент хочет внести изменения в рисунок, он может это сделать. Есть ли на рисунке часть, которая сильнее всего вызвала/вызывает какие-либо чувства, привлекает больше всего внимания? Расскажите об этом элементе. Есть ли самая сильная часть рисунка? Что-то хочется изменить? Как этот элемент взаимодействует с другими? Посмотрите, что изменилось — в самом рисунке, в вашем восприятии рисунка, в ваших ощущениях. Есть ли вы на этом рисунке? Вы в части, где комфортнее или дискомфортнее?

3. Аналогично обсудить рисунок болезни.
4. Как здоровье и болезнь связаны или взаимодействуют на рисунке/рисунках? Чем они схожи и чем отличаются? Если хотите, измените их.
5. Оцените ваши впечатления от рисунков. Где вам приятно, а где нет. Измените что-то, чтобы было хорошо, свободно, комфортно.
6. Как ваш рисунок может быть связан с вашим здоровьем и болезнью на данный момент жизни?

Основная цель психолога — помочь сделать рисунок гармоничным, принимаемым.

Существует диагностический и терапевтический смысл упражнения.

В диагностической части мы можем предположить смысл здоровья и болезни для клиента, вторичную выгоду от болезни, найти ресурсы для выздоровления. Так, У. Глассер описывает три функции любого симптома: 1) контроль и модификация гнева, который всегда возникает при фрустрации желаний и потребностей; 2) крик о помощи; 3) ограничение деятельности, в которую (чаще всего неосознанно) человек не желает или боится вовлечься [Glasser].

Такая интерпретация симптома может помочь глубже понять рисунок. Интерпретации зависят от психотерапевтической школы, которой придерживается психолог, но в целом мы рекомендуем ориентироваться на те значения и смыслы, которые были обозначены самим клиентом.

Терапевтический процесс техники заключается в принятии болезни, осознании отношения к здоровью и болезни, гармонизации эмоционального фона, профилактике выученной беспомощности (изменить что-то, если это не нравится).

В Приложении 2 приведены примеры рисунков здоровья и болезни.

Крайне интересным представляется упражнение «Рисунок когнитивной карты болезни» в рамках когнитивно-поведенческого подхода. Например, при синдроме раздраженного кишечника вместе с клиентом рисуется схема того, как излишняя внимательность к любым проявлениям ощущений со стороны тела приводит к их негативной оценке («Я не смогу справиться с этой болью, ничего

не помогает, а вдруг это все увидят, это крайне опасное ощущение, оно — предвестник ужасных последствий»), повышению тревожности (формирование сверхбдительности к ощущениям в животе, боязнь потери контроля, раздражительность) и, как итог, перестраховочному поведению (постоянный мониторинг ощущений, избегание ситуаций, туалетно-поисковое поведение, постоянные обследования и пр.).

Пример модели абдоминальной боли при синдроме раздраженного кишечника с вариантом альтернативного избегающему поведению приведен на рис. 6.

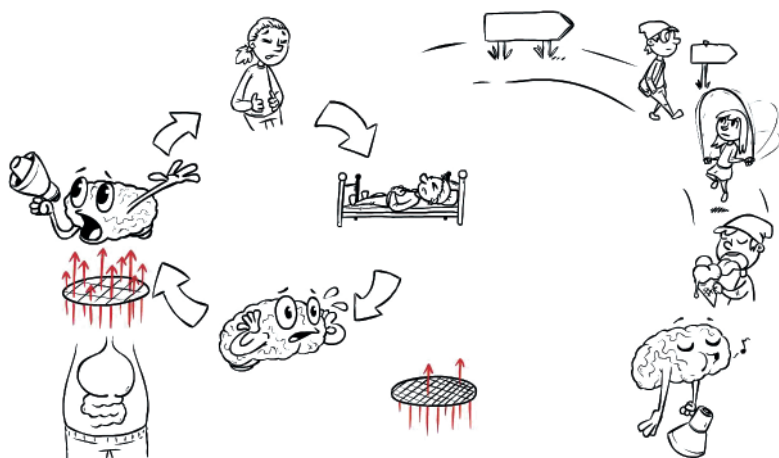


Рис. 6. Пример когнитивной карты болезни [Мелёхин, с. 28]

Техники сократического диалога могут быть применимы в рамках когнитивно-бихевиоральной терапии: например, для замены негативного, катастрофического стиля мышления и поведения на более реалистичный и рациональный, формирование умения «не застревать» в тревожных мыслях и сосредоточивать внимание на ситуации «здесь-и-сейчас», текущих делах, а не на субъективных интерпретациях происходящего, воспоминаниях прошлого и негативных размышлениях о будущем.

Еще раз подчеркнем, что эффективность терапевтического процесса у психосоматического пациента максимально высока при

успешном сочетании медицинского, психологического и социального сопровождения.

4.6. Психологическое консультирование детей и подростков, имеющих психосоматический профиль

Как правило, психосоматические заболевания у детей являются «лакмусом» семейных отношений и взаимодействий. Один из способов повышения эффективности работы с психосоматикой у детей — привлечение к семейной терапии и ребенка, и родителей.

Нарушения в системе детско-родительских отношений отмечены у 67,5 % семей подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией, у 64,7 % — с психосоматическим расстройством против 24,8 % — в контрольной группе. Различия выявлены по следующим особенностям семейного воспитания: «потворствующая гиперпротекция», «доминирующая гиперпротекция», «повышенная моральная ответственность».

Интересны исследования, подтверждающие взаимосвязь качества привязанности матери и наличия психосоматических расстройств у детей 7–10 лет. Более того, в исследованиях была найдена связь между готовностью к материнству во время беременности (адекватная, тревожная, игнорирующая), качеством взаимодействия матери с младенцем в первые шесть месяцев и психосоматическим здоровьем ребенка. Частота заболеваний детей 1–6 месяцев ниже у младенцев, чьи матери имеют адекватный стиль готовности к материнству, чем у младенцев, чьи матери демонстрируют игнорирующий стиль (ведущей по частоте встречаемости психосоматической реакцией стала младенческая колика, заболевания простудного характера, аллергические реакции).

Ситуации, наиболее часто провоцирующие детскую психосоматику: рождение сиблинга, развод родителей, переезды, начало садичного/школьного периода.

Для «психосоматогенной» семьи характерны следующие черты: 1) отсутствие или непоощрение свободного выражения эмоций;

тенденция избегать выражения несогласия и открытого обсуждения конфликтов; 2) доминирующая гиперпротекция: повышенное внимание к ребенку, выражающееся в чрезмерной опеке и мелочном контроле поведения (многочисленные запреты, ограничение ребенка в действиях); 3) потворствующая гиперпротекция: оберегание ребенка от малейших трудностей, чрезмерное потакание любым желаниям, отсутствие запретов, чрезмерное восхищение любыми, даже минимальным успехами; 4) гипопротекция: недостаток заботы, контроля и внимания, отсутствие интереса к жизни ребенка, формальный характер воспитания и невключенность ребенка в жизнь семьи; 5) сверхчувствительность каждого члена семьи к переживаниям другого; 6) ригидность взаимоотношения в семье, низкая способность менять правила взаимодействия при меняющихся обстоятельствах; 7) ребенок с его заболеванием часто играет роль стабилизатора в скрытом супружеском конфликте; 8) эмоциональное отвержение: родители тягостятся своим ребенком, его потребности игнорируются, с ним жестоко обращаются; 9) повышенная моральная ответственность: требование от ребенка честности, порядочности, развития чувств, не соответствующих возрасту, приписывание ему роли «главы семьи», пророчество ему особого будущего, при этом ребенок боится разочаровать родителей и старается оправдать все возложенные на него надежды [Лаврова, Баранова].

При язвенной болезни ребенка 95 % родителей воспринимают ее как не зависящую от них; 98 % — не осознают свой вклад в развитие и поддержание болезни у ребенка; у 96 % опрошенных родителей снижен показатель контроля активности ребенка. Вследствие этого недостаточно ограничивается разного рода активность ребенка, направленная на нарушение лечебно-охранительного режима, что может приводить к рецидивированию болезни и безуспешности проводимой медикаментозной терапии. Характерный стиль семейного воспитания детей, страдающих язвенной болезнью, определен как имеющий недостаточность запретов и требований (данное утверждение относится и к приему медикаментов, соблюдению требований диеты, режиму сна) и санкций за их нарушение.

Приведенные данные свидетельствуют о важности семейного консультирования при работе с ребенком психосоматического профиля.

В работе с ребенком может помочь методика «Волшебная стра-на чувств» Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой, представляемая ребенку в виде сказки и позволяющая графически отобразить психоэмоциональное состояние, означить чувства и эмоции, осознать их. Специалист же может понять характер тех или иных психосоматических конфликтов [Адашинская, Горячева].

При ведущем симптоме нарушения опрятности (ночного энуреза) можно воспользоваться схемой, предложенной в поведенческой терапии: после постановки проблемы, диагностики и обследования, определения границ проблемной области терапевтическая интервенция включает: напоминание перед сном сходить в туалет или сесть на горшок, ночные ритуалы пробуждения (для контроля состояния постели) и для составления графика ночного мочеиспускания (и в последующие дни будить ребенка незадолго до этого времени), постепенно пробудки сдвигаются на 15 минут ближе к утру. Предлагаются парадоксальные интервенции: максимально поить ребенка на ночь, чтобы усилить ощущение позывов к мочеиспусканию (с определенными оговорками). Важны тренировки способности задерживать мочеиспускание (ребенок, обладающий достаточной способностью к самоконтролю, при позыве должен не сразу идти в туалет, а некоторое время выждать) [Ранняя диагностика...].

В дополнение к перечисленным методам может использоваться система оперантного обусловливания (материальные и социальные стимулы, жетонная система). Подкрепление производится сразу же после успешного посещения туалета или когда ребенок остается сухим в течение определенного промежутка времени.

Важно оценить детско-родительское взаимодействие и выяснить поведение родителя, провоцирующее ребенка на мочеиспускание (например, крики перед укладыванием в кровать и пр.) и обусловленное энурезом (раздражение и критика со стороны родителей, запугивание). Важно отрегулировать эти моменты с родителем и обучить его новым навыкам взаимодействия.

В дополнение к поведенческим техникам очень полезны и техники, используемые другими психологическими подходами.

Например, использование сказкотерапии. Для ребенка 3–6 лет можно разработать сказку, отражающую определенный эмоциональный конфликт, найденный психологом при консультировании ребенка и его семьи. Например, сказка при детском энурезе про слоника. Синий слоник с большими ушами и длинным хоботом дружил с ромашкой, которая росла на поле. Но случилась засуха, ромашка начала засыхать. Маленький слоник решил сам полить ромашку. Он набрал в хобот воду из озера, которое было недалеко, и уверенно шел по тропинке к ромашке. Слоник зажимал хобот сильно-сильно, чтобы ни одна капелька не пропала даром и досталась ромашке. Сначала у него не очень получалось, но после 2-, 3- и 4-го раза слоник смог донести всю воду до ромашки. У него получилось!

К психосоматическим реакциям у детей иногда может относиться и нарушение пищевого поведения (например, отказ от питания). Причины такого нарушения также могут быть экзогенного (инфекционные причины, органические поражения головного мозга, интоксикации, стрессоры) и эндогенного характера (наследственные, конституциональные особенности, возрастные сдвиги). Отказ от пищи может проявляться в активном избегании пищи, избирательности в приеме вкусовых компонентов, отказе от подходящей по возрасту еды в пользу более «детской», полном отказе от пищи. После обследования и диагностики, установления границ проблемной области определяется терапевтическая интервенция. Прием пищи младенца представляет собой важную и чувствительную сферу взаимоотношений ребенка и значимого Другого. В таких случаях обращают внимание на специфические проявления пищевого поведения и взаимодействие взрослых с ребенком во время кормления в частности и в других сферах в целом.

Важно определить особенность отказа: это может быть отказ, обусловленный страхом, и провокационная форма отказа. В первом случае ребенок вначале ест немного, потом начинает отказываться, а мать начинает его уговаривать, настаивать, злиться и фиксировать голову. Ребенок боится этого, и такая реакция закрепляется за самим процессом кормления. В случаях провокационной формы отказа ребенок активно тянет время кормления

(выплевывает пищу, демонстративно отворачивается и пр.), мать при этом активно контактирует с ребенком (рассказывает сказки, показывает игрушки). В первом случае можно применить *десенсибилизацию*, а во втором — *оперантное уменьшение проблемного поведения* (например, мать высказывает похвалу каждый раз, когда ребенок принимает пищу, если ребенок демонстрирует проблемное поведение (отворачивается, выплевывает пищу), то предложение пищи прерывается от 2 минут до следующего раза в зависимости от тяжести нежелательного поведения, но при этом должно быть отсутствие какого-либо любого другого вербального контакта (обещания, угрозы), кроме похвалы).

В работе с детьми, имеющими соматические заболевания, можно использовать техники арт-терапии (при сохранности когнитивных и моторных способностей), в том числе для обсуждения страха перед медицинскими процедурами, их опыта пребывания в стационаре или отношения к заболеванию.

Таким образом, практическая психология обладает богатым набором техник, позволяющих работать с детьми психосоматического профиля.

ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Дайте определение понятию «внутренняя картина болезни». Как внутренняя картина болезни соотносится с объективной картиной болезни?

2. Перечислите факторы, влияющие на внутреннюю картину болезни. С какой целью нужно знать особенности ВКБ клиента?

3. Восстановите последовательность этапов переживания болезни человека во времени:

- фаза формирования компенсаторных механизмов;
- фаза адаптации к болезни;
- фаза «капитуляции» — примирения с болезнью;
- предмедицинская фаза;
- фаза ломки жизненного стереотипа.

4. Дайте определение термина «алекситимия». Назовите причины алекситимии.

5. Составьте кроссворд с использованием как минимум 10 слов, обозначающих эмоции и эмоциональные состояния, эмоциональные нарушения.

6. Примером чего является ситуация, при которой ребенок все больше начинает болеть вследствие того, что во время болезни он получает больше родительского внимания и ласки, чем в здоровом состоянии:

- десоматизации;
- оперантного научения;
- утраты веры в будущее;
- алекситимии;
- верно все перечисленное.

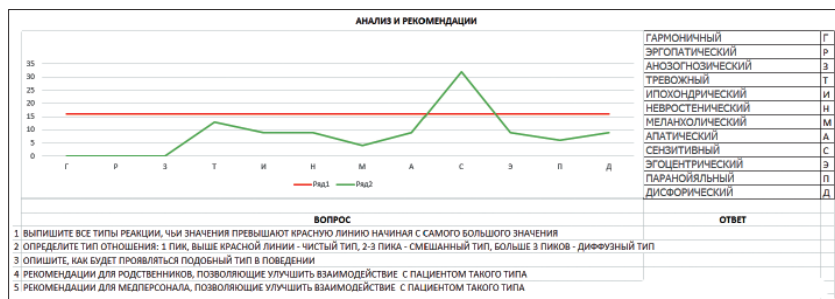
7. Опишите алгоритм междисциплинарного сопровождения психосоматического пациента.

8. Кратко опишите особенности отношения к болезни и лечению при следующих типах отношения к болезни (ТОБОЛ): эргопатический, анозогнозический, тревожный.

9. Какой тип реагирования свойствен при нормозогнозическом типе реагирования на болезнь:

- отрицание болезни;
- паника;
- адекватная реакция;
- искажение;
- восприятие с целью диссимуляции.

10. Составьте рекомендации родственникам и врачам пациента согласно его профилю ТОБОЛ (см. рисунок):



Пример заполненного профиля опросника ТОБОЛ

11. В онкологическую больницу поступил пациент с диагнозом «рак желудка второй стадии», с метастазами в брюшной полости. При сборе анамнестических данных выяснено, что пациент является очень общительным человеком, стремится занять главенствующее положение в любом коллективе. В больнице постоянно старается различными способами привлечь к себе внимание медицинского персонала и больных. Выставляет напоказ свои страдания. Требуется признания своей исключительности:

- 1) определите тип отношения к болезни у данного пациента;
- 2) дайте его характеристику и способы «ведения» пациента медицинским персоналом и психологом.

12. Пациентка А., 42 года, с диагнозом ИБС, стенокардия. Несмотря на частые приступы, продолжает работать. Характерно сверхответственное, одержимое отношение к работе, выраженное в еще большей степени, чем до начала болезни. Избирательно относится к обследованию и лечению, стремится во что бы то ни стало сохранить свой профессиональный статус и возможность продолжения трудовой деятельности:

- 1) определите тип отношения к болезни у данной пациентки;
- 2) кратко дайте его характеристику;
- 3) что вы можете порекомендовать пациенту для формирования комплаентности? Его родственникам, чтобы помочь пациенту выздороветь? Как могут быть сформулированы рекомендации врачам при взаимодействии с пациентом?

13. Пациент узнал, что у него COVID 19 с поражением легких 50 %. Узнав диагноз, пациент громко кричит, требует место в реанимации и кислород:

- 1) предположите, почему пациент кричит. Дайте определение такому поведению;
- 2) определите, как проявляются уровни ВКБ у пациента;
- 3) определите ведущий уровень ВКБ на данный момент и дайте рекомендации для оптимальной помощи пациенту;
- 4) как может измениться ВКБ в зависимости от условий (способа получения диагноза, скорости помощи, тяжести течения, возможных последствий и т. д.) и как это может повлиять на лечение и выздоровление?

14. Молодой человек П., 19 лет, доставлен в больницу друзьями в состоянии острого алкогольного опьянения. При поступлении уровень

алкоголя в крови составил 2,7 г/л (кома наступает при 3 г/л). Такое с ним случается часто (это четвертый раз). Он не думает, что у него есть проблема, но беспокоится, что контроль за употреблением алкоголя с его стороны недостаточен. П. оправился от острых симптомов. Проведите с П. краткое мотивационное интервью (составьте последовательность вопросов).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленном учебном пособии рассмотрены классификации психосоматических расстройств, основные модели психосоматических заболеваний, подходы к психологическому консультированию пациентов психосоматического профиля.

Психосоматика — длительно существующая и имеющая обширную доказательную базу наука, изучающая взаимодействие тела и психики в контексте здоровья и болезни.

Данное пособие в первую очередь предназначено для студентов, обучающихся по специальности «Клиническая психология», но также может быть интересно и полезно психологам-консультантам, психологам, работающим в системе образования и всем заинтересованным.

Мы надеемся, что читатели, ознакомившиеся с материалами, приведенными в настоящем учебном пособии, смогут проводить грамотные, современные междисциплинарные научно-практические исследования психосоматических соотношений и внесут свой вклад в охрану здоровья и профилактику заболеваний.

СПИСОК БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ССЫЛОК

Адашинская Г. А., Горячева Т. Г. Использование методики «Волшебная страна чувств» в детской соматической клинике // Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения : материалы Всерос. юбил. науч.-практ. конф., Москва, 23 сентября 2011 г. / под ред. Н. В. Зверевой, И. Ф. Рощиной. М., 2011. С. 22–25.

Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / пер. с англ. С. Могилевского. М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.

Бобров А. Е., Володина М. Н., Агамамедова И. Н. и др. Психические расстройства у больных сахарным диабетом 2-го типа // РМЖ. 2018. № 1. С. 28–33.

Бриль Е. Ю. Алекситимия в структуре «практически здоровой» личности // Сибирский психологический журнал. 2018. № 67. С. 89–101.

Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина : краткий учебник / пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка. М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. 376 с.

Былкина Н. Д. Алекситимия (аналитический обзор исследований) // Вестн. МГУ. Серия: Психология. 1995. № 1. С. 43–53.

Выготский Л. С. Из записных книжек // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14, Психология. 1982. № 1. С. 60–67.

Выготский Л. С. Основы дефектологии. СПб. : Лань, 2003. 654 с.

Гаус Э. В., Проненко Е. А., Васильева О. С. Мишени психологической работы с людьми, имеющими высокий уровень алекситимии // Вестн. РУДН. Серия: Психология и педагогика. 2019. Т. 16, № 1. С. 55–70.

Головачева В. А., Парфенов В. А. Когнитивно-поведенческая терапия в лечении хронической ежедневной головной боли // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2019. Т. 13, № 3. С. 63–70.

Гуредже О., Рид Дж. М. Соматический дистресс-синдром в МКБ-11: проблемы и перспективы / пер. О. А. Шишкиной // World Psychiatry. 2016. № 3. Р. 291–292. URL: https://psychiatr.ru/files/magazines/2016_10_wpa_1028.pdf (дата обращения: 25.11.2021).

Давыдов А. Т., Тюкавин А. И., Резванцев М. В. и др. Фантомная боль, роль и место различных методов лечения фантомно-болевого синдрома // Обзоры по клинич. фармакол. и лек. терапии. 2014. Т. 12, № 1. С. 35–58.

Дольто Ф. Бессознательный образ тела // Дольто Ф. Собр. соч. Ижевск : Ergo, 2006. Т. 16. 376 с.

Дробизhev М. Ю., Овчинников А. А., Ретюнский К. Ю., Кикта С. В. Медицинская психосоматика. По поводу одной даты // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2011. № 2. С. 73–80.

Заблоцкая К. В. Искусство исцеляющих формул (по литературным источникам Месопотамии) // Вестн. ВолГМУ. 2005. № 4. С. 56–59.

Зинченко В. П. Миры сознания и структура сознания // Вопр. психологии. 1991. № 2. С. 15–36.

Канифольский И. Б. Психотерапия психосоматических расстройств: терапия осознанием // Психологическая газета (электрон. изд.). 2013. URL: <https://psy.su/feed/2511/> (дата обращения: 20.08.2021).

Кириленко Е. И. Медицина в контексте культуры // Бюл. сибирской медицины. 2012. № 6. С. 8–16.

Копытин А. И., Корт Б. Техники телесно-ориентированной арт-терапии. М. : Психотерапия, 2011. 128 с.

Коряков Я. И. Работа с психосоматическими расстройствами в терапии реальности // Психол. вестн. Урал. гос. ун-та. 2005. Вып. 5. С. 172–186.

Лаврова М. А., Баранова А. Б. Семья как фактор развития психосоматических расстройств у детей // Психологическое благополучие современной семьи : материалы межрегион. науч.-практ. конф. с междунар. участием. Ярославль, 2016. С. 68–70.

Лекции по психосоматике / под ред. акад. РАН А. Б. Смулевича. М. : Мед. информ. агентство, 2014. 352 с.

Литвинцев С. В. Некоторые проблемные и дискуссионные вопросы психосоматических соотношений соматоформных расстройств с позиции клинической психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2018. № 3. С. 80–89.

Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М. : Медицина, 1977. С. 37–52.

Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе : пер. с англ. М. : Независимая фирма «Класс», 2007. 480 с.

Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога. М. : Эксмо, 2008. 990 с.

Матушкина М. В. Философские концепции тела // Alter Idem. 2011. Вып. 1. С. 20–29.

Мелёхин А. И. Экспозиционная когнитивно-поведенческая психотерапия при лечении нарушений кишечно-мозгового взаимодействия // Neurodynamics. Журнал клинической психологии и психиатрии. 2020. Т. 2, № 1. С. 20–41.

Морозов В. М. О современных направлениях в зарубежной психиатрии и их идейных истоках / под ред. А. В. Снежневского. М. : Медгиз, 1964. С. 168–184.

Незnanов Н. Г., Рукавишников Г. В., Касьянов Е. Д. и др. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2020. № 2. С. 3–15.

Николаева В. В., Арина Г. А. От традиционной психосоматики к психологии телесности // Вестн. Моск. ун-та. 1996. № 2.

Погосова Г. В., Тихомирова Л. А. Депрессивные расстройства и сердечно-сосудистые заболевания // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2004. № 3. С. 10–13.

Пролыгина И. В. Рациональное и сакральное у Галена // Философия. Журнал Высшей школы экономики. 2018. № 1. С. 33–51.

Рагозинская В. Г. Особенности биоэлектрической активности головного мозга у лиц с высоким уровнем алекситимии // Петербург. психол. журнал. 2015. № 11. С. 1–18.

Ранняя диагностика и коррекция : практ. руководство : в 2 т. / под ред. Удо Б. Брака. М. : Академия, 2007. 304 с.

Сакс О. Человек, который принял жену за шляпу, и другие истории из врачебной практики. М. : АСТ, 2018. 352 с.

Сидоров П. И., Парников А. В. Введение в клиническую психологию : учебник для студ. мед. вузов. Т. 2. М. : Академ. проект, 2000. 381 с.

Смирнова Е. О., Абдулаева Е. А. Условия становления пространственного образа Я в раннем возрасте как первой формы самосознания // Культурно-историческая психология. 2009. № 3. С. 16–24.

Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Львов А. Н. Дифференциальный диагноз в психосоматике // Психические расстройства в общей медицине. 2010. № 3. С. 4–15.

Таланов П. В. 0,05. Доказательная медицина от магии до поисков бессмертия. М. : Corpus, 2019. 560 с.

Тхостов А. Ш. Психология телесности. М. : Смысл, 2002. 287 с.

Фрейд З. Случай фрейлейн Элизабет фон Р. // Психотерапевтический журнал. 1992. № 1. С. 71–96.

Фрэзер Дж. Дж. Золотая ветвь. Исследования магии и религии. М. : Академ. проект, 2017. 799 с.

Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // Моск. психотерапевтический журнал. 2000. № 2 (25). С. 5–48.

Хохлов Л. К. Спор «Психиков» и «Соматиков». Эволюция представлений о психосоматических и соматопсихических соотношениях // Социальная и клиническая психиатрия. 2019. Т. 29, вып. 2. С. 79–85.

Чернорай А. В. Болезнь как непривычное условие существования и проблема психической адаптации // Педиатр. 2012. Т. 4, вып. 4. С. 7–9.

Элленбергер Г. Ф. Открытие бессознательного: история и эволюция динамической психиатрии : в 2 ч. М. : Академ. проект, 2001. 550 с.

Ясперс К. Общая психопатология. М. : Практикум, 1997. С. 277–284.

Bruguera P., Barrio P., Oliveras C. et al. Effectiveness of a specialized brief intervention for at-risk drinkers in an Emergency Department. Short term results of a randomized controlled trial // Academic Emergency Medicine. 2018, May. № 25(5). P. 517–525.

Glasser W. Counseling With Choice Theory: The New Reality Therapy. New York : Harper Collins, 2000.

Lidz T. General Concepts of Psychosomatic Medicine // American Handbook of Psychiatry. New York, 1959. Ch. 32. P. 647–658.

Steinberg H. Johann Christian August Heinroth: Psychosomatic Medicine Eighty Years Before Freud; The birth of the word “psychosomatic” in medical literature by Johann Christian August Heinroth // Fortschritte der Neurologie Psychiatrie. 2007. № 75 (7). P. 413–417.

Teusch R. K. A Biographical Sketch of Felix Deutsch, 1884–1964 // American Imago. 2017. № 74(4). P. 519–524.

Wilder J. Somatopsychic medicine // American journal of psychotherapy. 1954. P. 44–53.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

Арина Г. А. Психосоматический симптом как феномен культуры / Г. А. Арина // Телесность человека: междисциплинарные исследования. — Москва : Философское общество СССР, 1991. — С. 45–54.

Карвасарский Б. Д. Клиническая психология : учебник для вузов / Б. Д. Карвасарский. — 5-е изд. — Санкт-Петербург : Питер, 2014. — 896 с. — ISBN 978-5-496-00762-7.

Кулаков С. А. Основы психосоматики / С. А. Кулаков. — Санкт-Петербург : Речь, 2003. — 288 с. — ISBN 5-9268-0170-2.

Лекции по психосоматике / под ред. акад. РАН А. Б. Смулевича. — Москва : Медицинское информационное агентство, 2014. — 352 с. — ISBN 978-5-99-86-0180-4.

Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. — Москва : Эксмо, 2008. — 990 с. — ISBN 978-5-699-25135-3.

Николаева В. В. От традиционной психосоматики к психологии телесности / В. В. Николаева, Г. А. Арина // Вестник Московского университета. — 1996. — № 2. — С. 8–17.

Руководство по психологии здоровья / под ред. А. Ш. Тхостова, Е. И. Рассказовой. — Москва : Издательство Московского университета, 2019. — 840 с. — ISBN 978-5-19-011320-4.

Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия : практическое руководство / М. Е. Сандомирский. — Москва : Независимая фирма «Класс», 2007. — 592 с. — ISBN 5-86375-059-6.

Дополнительная

Аммон Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. — Санкт-Петербург : Речь, 2000. — 237 с. — ISBN 5-9268-0032-3.

Ананьев В. А. Введение в психологию здоровья : учебное пособие / В. А. Ананьев. — Санкт-Петербург : Петерб. мед. акад. последиплом. образования, 1998. — 146 с. — ISBN 5-7997-0078-3.

Бирюкова И. В. Танцевально-двигательная терапия: тело как зеркало души / И. В. Бирюкова // Журнал Практической Психологии и Психоанализа. — 2001. — № 1–2.

Коряков Я. И. Работа с психосоматическими расстройствами в терапии реальности / Я. И. Коряков // Психологический вестник Уральского государственного университета. — 2005. — Вып. 5. — С. 172–186.

МакДугалл Дж. Театры тела: психоаналитический подход к лечению психосоматических расстройств / Дж. МакДугалл. — Москва : Когито-Центр, 2007. — 215 с. — ISBN 5-89353-193-0.

Методы современной психотерапии : учебное пособие / сост. Л. М. Кроль, Е. А. Пуртова. — Москва : Независимая фирма «Класс», 2001. — 480 с. — ISBN 5-86375-033-2.

Психосоматические расстройства в общей медицинской практике / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер, К. Ледерах-Хофман. — Санкт-Петербург : НИПИ им. В. М. Бехтерева, 2000. — 287 с.

Соколова Е. Т. Тринадцать диалогов о психологии / Е. Т. Соколова. — Москва : Смысл, 2003. — 687 с. — ISBN 5-89357-122-3.

Тхостов А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. — Москва : Смысл, 2002. — 287 с. — ISBN 5-89357-111-8.

Wittkower E. D. Transcultural psychosomatics / E. D. Wittkower, H. Warnes // Psychotherapy and Psychosomatics. — 1974. — № 23(1–6). — P. 1–12.

Приложение 1

Типы отношения к болезни

№ п/п	Типы отношения к болезни (Е. А. Личко, Н. Я. Иванов)	Рекомендации близким для взаимодействия с больными
1	Гармоничный (Г) (реалистичный, взвешенный). Оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Стремление облегчить близким тяготы ухода за собой. В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания — переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, сосредоточение внимания на своих делах, заботе о близких	Как правило, с такими больными не возникает конфликтов. Они переносят болезнь достаточно спокойно. Но им важно владеть полной и подробной информацией о протекании заболевания. Желательно предоставлять им объективные данные. Такой тип пациентов нуждается в том, чтобы быть постоянно занятыми, а значит, им нужно давать подробные инструкции о том, как бороться с болезнью, и поощрять их активность. Если такой человек будет чувствовать свое активное участие в лечении заболевания, то эффективность лечения будет выше
2	Эргопатический (Р) (стенический). «Уход от болезни в работу». Характерно сверхответственное, подчас одержимое, стеничное отношение к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное, прежде всего, стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу. Стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве	Для лучшего результата лечения необходимо дать понять человеку, что в его случае очень важно снизить нагрузки. При этом включить его в активное сотрудничество, чтобы он переключил всю свою энергию на избавление от болезни: «сейчас ваша работа — это борьба с болезнью»
3	Анозогнозический (З) (эйфорический). Активное отбрасывание	Важно понять, что за легким, позитивным настроением может обна-

№ п/п	Типы отношения к болезни (Е. А. Личко, Н. Я. Иванов)	Рекомендации близким для взаимодействия с больными
	мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни — отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях. Отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» заболеваний или случайных колебаний самочувствия. В связи с этим нередко характерны отказ от врачебного обследования и лечения, желание «разобраться самому» и «обойтись своими средствами», надежда на то, что «само все обойдется». При эйфорическом варианте этого типа — необоснованно повышенное настроение, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Желание продолжать получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающихся на течении болезни	ружиться нежелание лечиться. Стоит обратить внимание человека на возможные серьезные последствия заболевания и подробно рассказать, проиллюстрировать на примерах всевозможные осложнения. Важно попытаться найти интересы и цели, ради которых человек может начать придерживаться лечения. При этом не стоит брать всю ответственность за лечение на себя и навязывать свои убеждения (то, что помогло вам, не всегда помогает другим людям)
4	Тревожный (Т) (тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический). Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск «авторитетов»,	Больным очень важна постоянная поддержка, понимание, готовность выслушать и подробно ответить на все тревожащие вопросы. Можно дать им проверенные источники информации. В случае возникновения чрезмерной тревоги могут опускать руки. Помните, что тип отношения к болезни — это не «каприз» больного и часто не способ манипулировать, а набор

№ п/п	Типы отношения к болезни (Е. А. Личко, Н. Я. Иванов)	Рекомендации близким для взаимодействия с больными
	частая смена лечащего врача. В отличие от ипохондрического типа отношения к болезни в большей степени выражен интерес к объективным данным (результаты анализов, заключения специалистов), нежели к субъективным ощущениям. Отсюда предпочтение слушать о проявлениях заболевания у других, а не предъявлять свои жалобы. Настроение тревожное, и как следствие тревоги — угнетенность настроения и психической активности. При обсессивно-фобическом варианте этого типа — тревожная мнительность, которая, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, взаимоотношениях с близкими в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы	устоявшихся реакций, который зависит от многих факторов, в том числе темперамента и характера
5	Ипохондрический (И). Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них врачам, медперсоналу и окружающим. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение неприятных ощущений в связи	Не ждите мгновенного эффекта от лечения, не уверяйте больного в кратчайшем выздоровлении; наберитесь терпения, оставайтесь спокойным и уверенным. Главная тактика — это убеждение и примеры случаев выздоровления. Не ждите, что чрезмерное внимание к болезни и ее симптомам уйдут быстро

№ п/п	Типы отношения к болезни (Е. А. Личко, Н. Я. Иванов)	Рекомендации близким для взаимодействия с больными
	с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, постоянных требований тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур	
6	Неврастенический (Н). Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и угрызениями совести. Неумение и нежелание терпеть болевые ощущения. Нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения. В последующем — критическое отношение к своим поступкам и необдуманным словам, просьбы о прощении	Вспышки раздражения проходят, больной потом сожалеет о них. Не реагируйте на необоснованные обвинения, старайтесь не вступать в спор, смените тему беседы
7	Меланхолический (М) (витально-тоскливый). Сверхудрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Сомнение в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии	Постарайтесь поддержать «боевой дух» больного, вдохновляя его яркими примерами выздоровления. Не стоит показывать лишнего раздражения или сомнений, так как им нужна опора. Разговаривайте с больным по душам, одобряйте самые небольшие успехи больного. Будьте внимательны к больному, даже небольшие знаки внимания будут ему приятны

№ п/п	Типы отношения к болезни (Е. А. Личко, Н. Я. Иванов)	Рекомендации близким для взаимодействия с больными
8	Апатический (А). Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало. Вялость и апатия в поведении, деятельности и межличностных отношениях	Необходимо давать четкие инструкции, главное, чтобы больной их выполнял. Не давить на него, но постепенно пытаться привлекать к сотрудничеству. Важен контроль за выполнением рекомендаций и плана лечения
9	Сенситивный (С). Чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и даже избегать общения с больным. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим. Колебания настроения, связанные, главным образом, с межличностными контактами	Можно приводить случаи болезни у известных лиц и то, как они к этому относились и как справлялись, чтобы убедить пациента, что в его болезни нет ничего постыдного. Или просто приводить много убедительных примеров из жизни. Такого человека стоит постоянно разубеждать в опасениях и вселять уверенность
10	Эгоцентрический (Э) (истероидный). «Принятие» болезни и поиски выгод в связи с болезнью. Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью вызвать сочувствие и полностью завладеть их вниманием. Требование исклю-	Как правило, больной получает вторичную выгоду от заболевания. Постарайтесь обсудить тревогу больного, его эмоциональное состояние и переживания. Старайтесь поддерживать самостоятельность, давая ему какие-то рекомендации, которые должен выполнить

№ п/п	Типы отношения к болезни (Е. А. Личко, Н. Я. Иванов)	Рекомендации близким для взаимодействия с больными
	чительной заботы о себе в ущерб другим делам и заботам, полное невнимание к близким. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются как «конкуренты», отношение к ним — неприязненное. Постоянное желание показать другим свою исключительность в отношении болезни, непохожесть на других. Эмоциональная нестабильность и непрогнозируемость	исключительно он сам, без помощи близких. Если человеку не хватает внимания и возможности выговориться, то можно посоветовать форумы больных, чаты, сообщества и т. д.
11	Паранойяльный (П). Уверенность, что болезнь — результат внешних причин, чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность и настороженность к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим	Сохраняйте спокойствие. Таким больным невыносимо быть в ситуации беспомощности и слабости. Они крайне чувствительны к недоброжелательности. Постарайтесь убедить больного, что врачи, его окружающие — благожелательно настроены и компетентны. Также можно обсуждать с больным идею, что не стоит искать виновного в болезни, лучше направить эту энергию на скорейшее выздоровление. Непринижающие формы юмора (например, над собственными ошибками) могут снять эмоциональную напряженность больного
12	Дисфорический (Д) (агрессивный). Доминирует гневливо-мрачное, озлобленное настроение, постоянный угрюмый и недовольный вид. Зависть и ненависть к здоровым, включая родных и близких. Вспышки озлобленности	Будьте готовы к агрессии, не относите ее на свой счет: агрессия направлена на болезнь. Больной нуждается в выходе агрессии, чтобы она не превратилась в деструктивную и саморазрушающую силу. Больному можно давать какие-то

Окончание таблицы

№ п/п	Типы отношения к болезни (Е. А. Личко, Н. Я. Иванов)	Рекомендации близким для взаимодействия с больными
	со склонностью винить в своей болезни других. Требование особого внимания к себе и подозрительность к процедурам и лечению. Агрессивное, подчас деспотическое отношение к близким, требование во всем угождать	задания, много рекомендаций, инструкций, вовлечь в очень активную и бурную работу над своей болезнью, чтобы на это уходили все силы пациента

Примеры рисунков «Здоровье и болезнь»

Здоровье



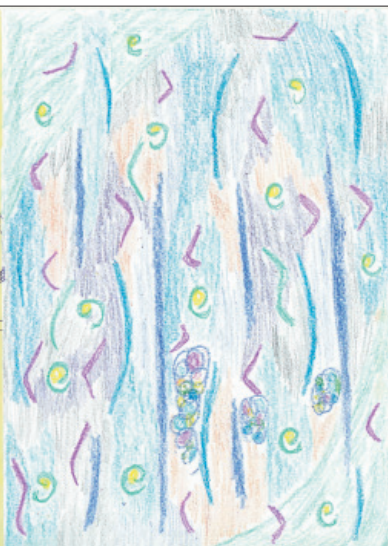
Болезнь

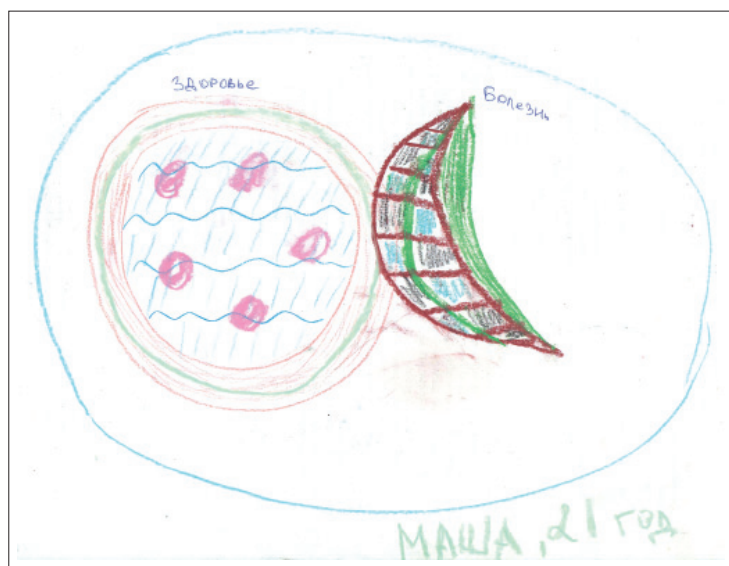


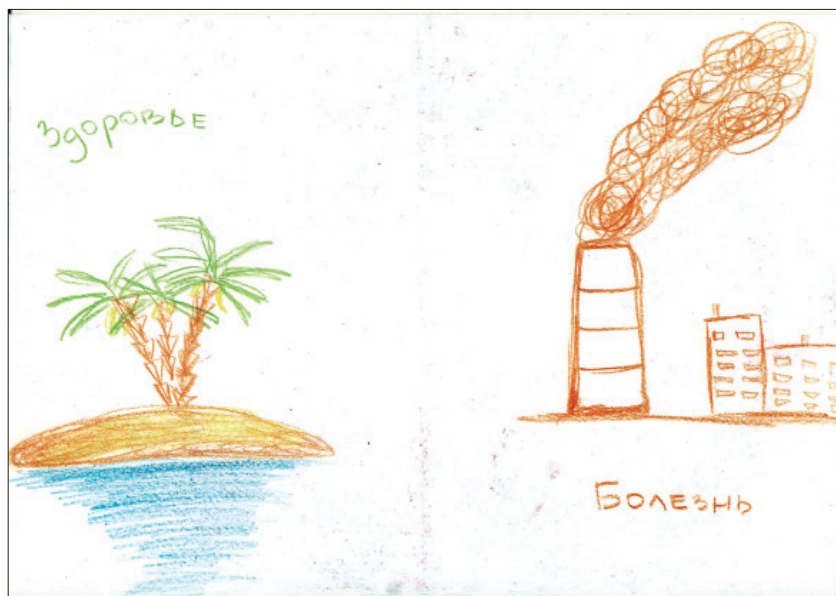
Здоровье



Болезнь







Здоровье

Болезнь

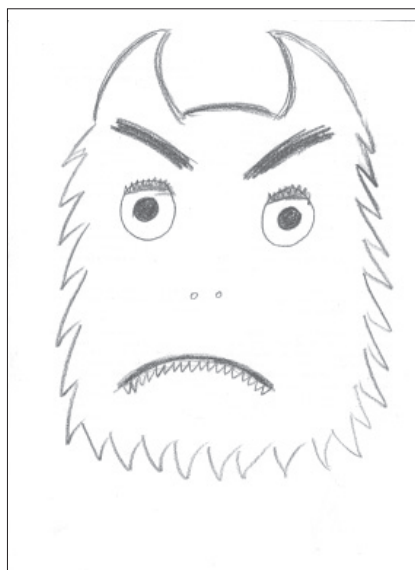




Здоровье



Болезнь



Кейсы для анализа

Здесь и далее приведены кейсы из различных литературных и профессиональных источников, некоторые кейсы вымышлены, некоторые взяты из практики с максимальным исключением личной информации. Прочитайте кейс и выполните задание, приведенное после него.

Кейс 1

Клиентка А., 54-летняя медсестра, третий год со времени самоубийства мужа испытывает такие жестокие головные боли, что позднее ей пришлось уволиться по нетрудоспособности. Боль была настолько невыносимой, что А. могла уснуть только совершенно изможденная. И даже тогда боль будила ее уже через 15 минут. Отчаянно пытаясь найти облегчение, А. каждый день обращалась за медицинской помощью, а иногда и по два раза в день.

Поскольку хроническая головная боль может быть симптомом широкого ряда заболеваний, каждый врач, которого посещала А., был вынужден подвергать ее длинному перечню лабораторных тестов и медицинских процедур. Когда ничего не обнаруживалось и врач начинал терять с ней терпение, А. находила другого врача, и долгое обследование начиналось сначала. Три разные клиники боли пытались лечить А., безрезультатно предлагая разнообразные медикаменты и процедуры.

Воспитанная в традиционалистской японо-американской общине в Калифорнии, она вышла замуж за алкоголика, который периодически избивал ее и измывался в течение 30 лет. Когда она оставила его, он угрожал покончить с собой, если она не вернется. А. упорствовала, даже невзирая на сильное неодобрение соседей; в ее общине считалось, что жены должны быть почтительными к своим мужьям, даже если те изменяют им и избивают. После трех месяцев тщетных угроз и жалоб ее муж покончил с собой выстрелом в голову.

Неустранимые головные боли начались у А. вскоре после смерти мужа. Она пришла к пониманию того, что ее головные

боли — осознание чувства вины. Но это не принесло ей облегчения. Психотерапевт высказал ей предположение, что если бы ее муж выстрелил себе в сердце, у нее, вероятно, возникла бы болезнь сердца. Психотерапевт предложил ей решить, сколько лет она должна нести наказание головными болями. Размышляя над этим вопросом, А. вспомнила, почему на самом деле она оставила своего мужа, вспомнила годы побоев и неверности. По мере продолжения терапии головные боли у А. ослабли и, в конце концов, исчезли совсем. Она смогла вернуться на работу и начала наслаждаться свободой одинокой женщины.

Ответьте на вопросы:

1. Попробуйте определить, к какой категории психосоматики относится случай.
2. На что вы обратили внимание в кейсе в первую очередь?
3. Как бы вы выстроили психологическую работу с клиенткой?

Кейс 2

Клиентка К., 24 года, замужем, два высших неоконченных образования (геодезическое, театральное), первоначально обратилась к врачу-терапевту по поводу приступов головокружения, тошноты, учащенного сердцебиения при эмоциональном напряжении. При всех дальнейших обследованиях какой-либо патологии не было выявлено. Терапевт порекомендовал обратиться к психотерапевту. Данные симптомы беспокоят в течение последних двух лет. К. связывает их с отношениями с любимым человеком, проживающим в Англии (сама живет в России). Регулярно, каждую неделю, общается с ним по скайпу. Понимает, что она у него не одна, но уверена, что если она к нему придет, все будет по-другому.

Муж знает об этих отношениях, но все прощает жене, лишь бы она от него не ушла. Она за это презирает его, говорит, что он не мужчина, однако не может жить самостоятельно, так как нигде не работает, ведь ей не позволяет здоровье.

Воспитывалась в полной семье, в основном отцом, который во всем потакал дочери. Братьев и сестер нет. Сообщила вскользь,

что отец употребляет наркотики, но при вопросах об этом — отводит глаза, переходит на другую тему.

Себя характеризует только с положительной стороны, однако периодически в беседе звучат мысли о собственной неполноценности, необходимости что-то менять. Любит говорить о своей исключительности и стремлении к совершенству, хотя понимает, что это не совсем правильно. Имеет красивую, грамотную речь, обаятельна. Мечтает написать книгу о своих переживаниях к В. и приехать к нему.

Ответьте на вопросы:

1. Какую уточняющую информация вы хотели бы узнать?
2. Сформулируйте вопросы для получения этой информации.
3. Сформулируйте сильные и слабые стороны клиента.
4. Сформулируйте психологические гипотезы.
5. Определите мишени работы.
6. Сформулируйте стратегию работы и основные сферы для коррекции.

Кейс 3

На консультацию приходит семья: мать, отец и ребенок А., 4,5 лет. Среди основных жалоб родители говорят о том, что их сын не хочет ходить в детский сад, так как не может оставаться без родителей. В детской группе развития, где пара занятий проходит по 20 минут, А. неадекватно реагирует, если его мать, бабушка или отец не находятся в зоне видимости, и предпочитает играть один с игрушками, принесенными из дома. Дома А. неукоснительно соблюдает придуманные им для каждого обыденного действия ритуалы и болезненно переживает, если что-то идет не так, как должно. Подобное поведение особенно усилилось после того, как мальчик стал свидетелем бытовой травмы на даче. Работая в саду, его дед поранил пилой палец, в результате чего А. видел много крови и приезд машины скорой помощи. Эпизод сильно потряс четырехлетнего мальчика, и на протяжении полугода ребенок в игре и рисунках отображал случай с дедом. Родители решили обратиться к психологу.

Ответьте на вопросы:

1. Опишите ваши чувства, эмоции и мысли, возникшие при прочтении ситуации, попробуйте определить, кто из семьи ребенка может переживать подобные чувства.

2. Напишите гипотезы и вопросы, которые вы бы задали, чтобы проверить гипотезы или расширить свое видение ситуации.

3. Напишите, какую цель работы вы видите.

4. Какой формат работы вы бы выбрали и почему?

5. Какие техники вы бы использовали и почему?

Кейс 4

Пациент С., 30 лет, водитель, обратился из-за постоянного страха за свое здоровье, боязни умереть от «сердечной недостаточности». Данная симптоматика появилась год назад, после смерти отца от инфаркта миокарда. С отцом в течение всей жизни были постоянные конфликты. С. начал обследовать сердце, чтобы «застать болезнь на начальной стадии, когда можно что-то еще сделать». Очередным отрицательным результатам обследования не верил, шел на обследования в другую больницу. Из-за постоянных переживаний стал плохо спать, снизилась потенция. Кроме того, отпрашиваясь с работы на обследования, стал меньше зарабатывать. В результате всего этого отмечает, что дома постоянные конфликты с женой, семья на грани развода. Однако ничего не может с этим сделать, аргументированные доводы не помогают.

Проведите психологический анализ ситуации, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

Кейс 5

Клиентка М., 35 лет, высшее техническое образование. Занимает должность высококвалифицированного специалиста в своей области, топовую позицию в компании. С целью лучше ориентироваться в одной из смежных профессий поступила на специальную программу. Чтобы выполнять требования программы, необходимо тратить много времени — почти все свободное. Пройдя определенный отрезок обучения, поняла, что не получила то, зачем шла

в эту программу. Также программа включает в себя ряд дисциплин, которые неинтересны и не нужны ей, а выполнение заданий по ним требует большого напряжения, которое усиливается тем, что М. это неинтересно. Тем не менее она продолжает участвовать в программе. М. стала часто болеть, беспокоили желудок, носоглотка, утратила обоняние (ситуация случилась до 2020 г.). Как она сама сформулировала: «Перестала чувствовать вкус жизни». Говорит, что с трудом заставляет себя выполнять задания. «Чувствую, что всячески оттягиваю момент написания работы. Занимаюсь чем угодно, но только не этим... Приходится “за волосы” тащить себя за компьютер..., хочется, чтобы все это кончилось», «чувствую себя очень несвободной».

Проведите анализ ситуации: выдвиньте гипотезу, выберите тактику психодиагностики, обозначьте цели и стратегии психотерапии.

Кейс 6

Клиентка Е., 32 года, в/о, экономист. Обратилась по поводу затруднений в разговоре по телефону: «появляется спазм в горле, из-за этого начинается заикание, когда начинаю даже имя-отчество произносить». Эти симптомы появились год назад, когда устроилась по специальности на работу к мужу. Воспитывалась строгой матерью, в детстве старалась быть только отличницей. Были проблемы с речью в 12–14 лет (заикание у доски в школе). После университета сразу вышла замуж, на работу не выходила, воспитывала двух дочерей. Муж старше на 18 лет, по ее словам, «олигарх». Себя с ним чувствует, как «в золотой клетке: он не разрешает никуда ходить, отвалил всех подруг». Всегда конфликты по поводу его ревности. Год назад уговорила его, чтобы разрешил работать, но только под его началом. Работу свою не любит, так как изначально хотела поступать в институт культуры, но мать настояла на экономическом факультете. Выглядит гораздо моложе своих лет, в проективной методике — «возраст» — 16–18 лет.

Проведите анализ ситуации: выдвиньте гипотезу, выберите тактику психодиагностики, обозначьте цели и стратегии психотерапии.

Кейс 7

Пациентка К., 55 лет, экономист. Жалуется на боли в области сердца, ощущение «перебоев, как будто сердце остановилось». Кардиолог исключил органический характер симптомов. Жалобы появились вскоре после того, как узнала, что у мужа нетрадиционная сексуальная ориентация, около года назад. Сказала ей об этом взрослая дочь, которая обнаружила случайно переписку отца в интернете с любимым, подвела мать к компьютеру и сказала — «вот до чего твоя работа довела». В течение года пациентка пыталась восстановить интимную жизнь с мужем, которой не было уже около 15 лет, при этом отмечает, что никогда не испытывала потребности в этом. Однако ее усилия привели только к ухудшению отношений. Сейчас собирается развестись с мужем, он категорически против этого, объясняя, что все-таки ощущает психологическую потребность в семье, в дочери, в сохранении социальных связей с друзьями семьи. Мужу 55 лет, занимает «хорошую должность», тщательно скрывает свою личную жизнь от посторонних, в течение 8 лет — в близких отношениях с женщиной младше его на 12 лет. На консультации настоял муж, так как хочет сохранить семью.

Проведите анализ ситуации: выдвиньте гипотезу о имеющемся расстройстве. Предположите основные цели психологической работы и стратегии, выберите тактику психодиагностики и психотерапии, приведите пример техники на выбор.

Кейс 8

На прием к частному психологу-консультанту пришла девушка, 16 лет. В последнее время она чувствует усталость, может заплакать просто так, в любое время. Девушка отличается крайней худобой. С ее слов, ее масса тела ниже нормы на 20 % (она постоянно измеряет свой вес и ведет дневник, где указывает и индекс массы тела). Отметила, что у нее наблюдается аменорея уже 6 месяцев; избегает пищи (пища ее «полнит», а она боится потолстеть, ведь тогда будет «жирной и некрасивой»), после еды вызывает рвоту, чрезмерно занимается физическими упражнениями. Живет с родителями, внешне выглядит опрятно. Учится в колледже, на 4 и 5.

Предположите основные цели и стратегии психотерапии.

Кейс 9

Клиент, 35 лет, водитель-дальнобойщик, узнает, что у него злокачественное новообразование в левом легком. Решает закончить жизнь самоубийством, попытка не удалась. Находится в психиатрическом отделении.

Сформулируйте рабочую гипотезу (в терминах психосоматической психологии); предположите основные цели психологической работы и стратегии, приведите пример техники на выбор.

Кейс 10

Пациент М., 19 лет, студент, обратился по поводу избыточной массы тела. Сколько себя помнит, всегда был полным. В начальной школе очень страдал из-за насмешек, обидной клички «жирик», однако постепенно научился не замечать этого и к концу школы приобрел авторитет среди сверстников. Имеет высокий уровень интеллекта, постоянно шутит, считается острословом. В семье — как мать, так и отец — страдают ожирением, вечером всей семьей собираются на плотный ужин перед тем, как пойти спать. За это очень обижен на своих родителей. Постоянно замечает за собой, что автоматически идет на кухню, когда за что-то переживает. Эндокринных нарушений не выявлено.

Проведите анализ ситуации: выдвиньте гипотезу, выберите тактику психодиагностики, обозначьте цели и стратегии психотерапии, приведите пример техники на выбор.

Кейс 11

Пациентка, 47 лет. Диагноз: рак яичников, состояние после надвлагалищной ампутации матки с придатками, химиотерапии. Болея более 10 лет. Все это время находилась на инвалидности 1 группы, что ее очень устраивало. Занимает особое положение в семье, требует постоянной заботы и ухода за собой, полностью избавлена от домашней работы. Часто посещает друзей, театры, курорты, считая, что ей нужны «положительные эмоции». Около полугода назад во время очередного обследования при пересмотре группы инвалидности состояние пациентки резко ухудшилось. Пациентка считает, что у нее опухоль средостения (при одном

из обследований было заподозрено накопление изотопов), отмечает затрудненное дыхание, невозможность пользоваться общественным транспортом, боли внизу живота. «Массажист сказал, что прощупал у меня опухоль позвоночника». К беседе с психологом относится очень настороженно, подозрительно, считая, что ее осматривают, чтобы «снять инвалидность» и отказать в лечении. Объективно: практически здорова.

Сформулируйте психологическую особенность, наблюдающуюся у пациентки, предположите основные цели психологической работы и стратегии, приведите пример техники на выбор.

Учебное издание

Лаврова Мария Александровна
Томина Надежда Анатольевна
Коряков Ярослав Игоревич

ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ

Учебное пособие

Заведующий редакцией
Редактор
Корректор
Оригинал-макет

М. А. Овечкина
С. Г. Галинова
С. Г. Галинова
Л. А. Хухаревой

Подписано в печать 19.09.2022. Формат 60 × 84^{1/16}.
Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 8,6.
Уч.-изд. л. 7,5. Тираж 30 экз. Заказ 81.

Издательство Уральского университета.
Редакционно-издательский отдел ИПЦ УрФУ
620083, Екатеринбург, ул. Тургенева, 4.
Тел.: +7 (343) 389-94-79, 350-43-28
E-mail: rio.marina.ovechkina@mail.ru

Отпечатано в Издательско-полиграфическом центре УрФУ
620083, Екатеринбург, ул. Тургенева, 4.
Тел.: +7 (343) 358-93-06, 350-58-20, 350-90-13
Факс +7 (343) 358-93-06
<http://print.urfu.ru>

Для заметок

Для заметок

