



ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

- Т.К. психика и соматика – две стороны единого п.-с. процесса, то психосоматическое заболевание – выражение того, что процесс разорван – наступила некоторая рассогласованность. Александер.
- ПС медицина рассматривает человека в целом. Лечим симптом, а не пациента.
- Этиологические факторы любого заболевания многообразны. Аффективные и эмоциональные факторы задействованы так или иначе в большинстве ПС расстройств. Современная ПС как наука основана на том факте, что эмоции могут влиять на функции органов.

Понятие ПС расстройства

- Любое расстройство в самом широком смысле является ПС. В более узком смысле это — соматические расстройства, которые целиком или частично обусловлены психически.

Классификация психосоматических расстройств

- ПС реакции. Это то, что есть у всех. Например, снижение аппетита от расстройства, жар от стыда. Это нормальный аспект деятельности организма, они исчезают при смене вызывающей их ситуации.
- Собственно ПС нарушения. Сюда входят:
 - Конверсионные симптомы
 - Функциональные синдромы (неврозы органов)
 - Психосоматозы

- Конверсионный симптом – проекция психической реальности на телесную сферу. Соматический ответ – как попытка разрешения конфликта. Симптом носит символический характер. Есть только представление, выраженное в телесной сфере. Это некое самовнушенное расстройство.

- **Функциональные синдромы** – физиологические сопровождения эмоциональных состояний. Это реально существующее расстройство деятельности внутренних органов, которое возникает как сопровождение аффектов.
- **Психосоматозы** – это то, что понимают в самом узком смысле под ПС болезнью. Это проявление первичной телесной реакции на конфликтную ситуацию.

- В 1950 году выделено 7 заболеваний, которые считаются ПС:
- бронхиальная астма,
- язвенная болезнь ДПК,
- неспецифический язвенный колит,
- гипертоническая болезнь,
- ревматоидный артрит,
- нейродермит(псориаз),
- тиреотоксикоз.
- Ряд исследователей добавляют сюда
- ИБС,
- ожирение,
- похудание.

- Многие заболевания производят впечатление наследственных. Но это псевдонаследственность, т.к., наследуется не генный материал, а образец поведения в семье.
- Заболевания начинаются чаще в подростковом возрасте, обостряются в ситуации, связанной с потерей объекта.

- Психосоматическая эра началась с работ Фрейда по конверсионной симптоматике истерии. Фрейд считал, что симптом — это выражение конфликта между требованиями инстинкта и защитами. Сначала «психосоматики» опирались на концепцию неврозов: «прыжок из психической в соматическую иннервацию». Freud считал, что симптом — защитный компонент Эго.

- Уже позднее, в 50-е годы появилась концепция двухфазной защиты от инстинктивных потребностей. Она базировалась на том, что вытеснение в соматику происходит тогда, когда «Я» не способно справиться с психическим конфликтом. Предрасположенность к ПС реакциям – следствие травмы, полученной на той стадии развития, когда «Я» было слишком слабым (до года). Этим вопросом занималась Филлис Гринейкр. Она писала, что, чем на более раннем этапе имела место травма, тем сильнее будет у человека тенденция к соматизации конфликтов.

- Фрейд писал еще о том, что , когда «Я» отделяется от «Оно», очень важным фактором является формирование телесного «Я», т.е., это формирование восприятия собственного тела. В работе «Я» и «Оно» он говорил: «Наше «Я» прежде всего телесно. У ребенка появляется внешние ощущения (тактильные) и одновременно внутренние (сенсорные). Это становится основой для чувства отдельности своего тела от внешнего мира. Наше «Я» - это психическое представительство нашего тела.

- Наша кожа — граница нашего тела, нашего телесного «Я», это тот орган, с помощью которого мы можем отделять себя от внешнего мира. Позднее Фрейд анализировал боль и в телесном, и в психическом смысле. Боль дает новый опыт своего тела, формирует представление о нем.. Но боль может быть неодинакова. Есть простое чувство боли, а есть страдание. Страдание — активная способность нашего «Я» к переработке травматических впечатлений, например, неудовлетворенность той или иной потребностью, потерей объекта.

- Поль Федерн задался вопросом – почему я может быть неспособно перерабатывать ту или иную информацию? Переработать травму – это изолировать ее с помощью защит от страха и чувства вины, - тогда получается невротический синдром. Либо «Я» может попытаться отделиться от своей травмированной части, это наиболее отчетливо проявляется в паранойе. Федерн сказал, что слишком мало (дефицит) нарциссического либидо, «заряжающего» границу «Я», приводит к тому, что граница «Я» недоразвита или отсутствует. При каждом повторении травмы эффект боли возобновляется. В такой ситуации «Я» оказывается пассивным относительно каждого нового травматического впечатления, и каждое новое травматическое впечатление – угроза дезинтеграции для «Я» и вместо страдания будет боль как пассивное впечатление.

- ПС заболевание – результат накапливающихся пассивных болевых ощущений.
- В ПС процессе 3 основных стадии.
- Попытка справиться с конфликтом или травмой психически – отреагировать агрессией или ввести в действие невротические защиты. Если попытка удалась – травма может быть аннулирована, либо возникает невротический симптом.
- Стадия защиты. Она наступает в ситуации, если не удалась 1 стадия. Может быть соматизация в виде функционального или вегетативного нарушения.
- Если нарушение оказывается ярко выражено, то возникает стадия психосоматоза, и тогда оказывается поврежден тот или иной внутренний орган.

- **«Психосоматики» – люди с дефектом в развитии Эго.**
- **В чем принцип выбора органа, который реагирует?**
- **Версии:**
- **Конституциональная ослабленность органа**
- **Идентификация восприимчивости органов в духе семейной традиции. Если в семье особо сильна проблема неизбежной агрессии, подавленной враждебности – это ведет к заболеваниям ССС, а если проблема любви и поддержки – к заболеваниям ЖКТ.**

- Теория профилей личности (Ф. Данбар) – лица, склонные к определенным заболеваниям, психологически отличаются от других. Эта теория до сих пор имеет популярность.
- Александер писал, что чрезмерная забота о коже младенца может вести к нейродермиту, а разговоры во время еды – к заболеваниям ЖКТ. Гиперчистоплотность ведет к нарушению выделительных функций. Т.е., специфические конфликты коррелируют с определенными видами ПС реакций.

- Как смотрят на возникновение ПС заболеваний объект –теоретики?
- Объект-теоретики полагают, что основную роль в возникновении ПС заболеваний играют первые 6 месяцев жизни ребенка (фаза реципрокности и начала диалога).
- Они ввели понятие: ПС семья. Это та семья, в которой дети обретают ПС расстройства. Это система, которая жестко связана внутри себя, очень взаимозависима, очень замкнута на себя (изолирована от внешнего мира). В этой семье господствуют 3 направления внутрисемейных отношений:

- *Связывание. Это отношения, которые замедляют или блокируют развитие ребенка. Ребенок развивается прежде всего в контакте с окружающим миром, а тут ему этого не дают.*
- *Отторжение. Это те отношения, которые ведут к чувству заброшенности, одиночества («Не путайся под ногами», «Не мешай маме»)*
- *Делегирование . Ребенок воспитывается таким образом, чтобы из него выросло то, что не удалось родителям. Ребенок, реальное существование которого противоречит проекции родителей на него.*
- *В ПС семье избегают конфликтов, их «задавливают». Если конфликты «прорываются», они разрушают отношения и все вокруг.*

- Психосоматогенная мать.
- Это мать, лишенная собственного чувства идентичности. В семье она доминирует, в то же время очень холодна эмоционально. Ее коммуникации с ребенком достаточно однообразны и односторонни. Его эмоциональные реакции не замечаются. Причина: для такой матери важно эмоционально отстраниться от эмоционального воздействия любого объекта. Она отвечает главным образом на физиологические потребности ребенка, на его болезни, но не эмоциональные запросы. Иногда она может выглядеть чрезмерно заботливой, но это нормативная забота: ребенок должен не болеть и быть вовремя накормлен. Т.к. мать сфокусирована на теле ребенка, он, чтобы получать эмоциональную заботу, должен болеть. Он в своей эмоциональной фрустрации начинает «говорить» языком симптомов.

- В первые месяцы жизни ребенка его потребности состоят из циклических состояний напряжения и удовлетворения. В ПС семье мать не может обеспечить удовлетворения, п.ч. нестабильны сами ее реакции на ребенка. У такого ребенка не будет стабильности в дифференциации внутреннего и внешнего. Его идентичность не имеет достаточной основы для его развития.
- Если мать нормально удовлетворяет ребенка — у него развивается чувство базового доверия, при этом у него нет доверия к своему телу.

- Ребенок на ранних стадиях опирается на мать, как на вспомогательное Эго. Она помогает ему формировать границы телесного «Я». В ПС семье этого нет и ребенок обретает нарциссический дефицит. Он недостаточно уверен в себе, не чувствует себя в безопасности. Его коммуникация с матерью – только через неудовлетворенную физиологическую потребность, возможно, через болезнь, симптом. Болезнь – радикальное средство, чтобы получить любовь, нарциссическую подпитку. Чувство себя ребенок может получать только через свою болезнь.
- Ситуация потери объекта – когда дефицит идентичности определяется с особой остротой.
- Процесс продолжается на стадии сепарации-индивидуации (диадных отношений).

- На подфазе практики – первый негативизм, который дает возможность отрицать, связывать аффекты со словами. У матери отрицание вызывает агрессию, она сердится, когда слышит «нет». Так у ребенка появляется страх материнской агрессии, автономии. Он боится идентифицироваться с агрессором, чтобы не вызвать агрессию еще большую. Поддержка матери – только в проявлении контроля над ребенком. Она не дает ребенку свободы, идентичность не развивается, вследствие этого – симбиотический комплекс, т.е., ребенок без материнского контроля неспособен самостоятельно существовать. Если при нормальных условиях из симбиотического состояния ребенок и мать выходят синхронно, то психосоматогенная мать выходит из симбиоза первой. Мать все время говорит ребенку, каким он должен быть, потому что не знает, какая она сама. Она «подталкивает» ребенка к разлуке, а для него это травма. Мать заставляет жить его так, как будто идентичность сформирована, чего на самом деле нет.

- ПС реакция – нарушенная функция умения сказать «нет». Человек не может сказать «нет» объекту, он говорит его самому себе. Если человек не может сказать «нет», его агрессия превращается в аутоагрессию, п.ч. в детстве она или запрещалась или не замечалась. Его агрессия направляется против себя «плохого», против той части себя, которая недостойна любви. Он сам для себя – оберегающая мать. И он вместо матери переносит любовь к телу, п.ч. для нее главное – здоровье.
- Чаще мать ПС личности находилась под сильным давлением «идеала –Я». У нее есть представления об идеальной матери и совершенном ребенке, а реальность воспринимается ею как нарциссическая травма, п.ч. ее ребенку далеко до идеала. В результате происходит навязывание совершенства ребенку, а реакция на протесты – непонимание.

- Французская школа объясняет развитие ПС заболеваний дефицитом фантазийной активности. У ПС больных часто отмечается операционное или операторное мышление : бедные сновидения, отсутствие фантазий, слабо развита способность к проекциям и интроекциям. Причина этого –такая ранняя специфика отношений с матерью: мать такого ребенка тормозила развитие его фантазийной активности. Например, ребенок засыпает на руках у матери – и мать начинает качать его постоянно. Это ребенок получает вместо того, чтобы создать фантазм и с ним заснуть. Ребенку нужен материнский интроект. А в данном случае его заменяет настоящая мать, т.е., не удастся интроекция материнских рук и материнской груди. Впоследствии такому ребенку недостаточно сосать палец – ему нужна только материнская грудь. Мать – как наркотик, реальная материнская забота – единственная защитная инстанция. Для него ПС стабильность возможна только при устойчивой связи с матерью. Такой человек в зрелости будет легко попадать в зависимость от опекающего объекта.

Отдельные заболевания.

- Бронхиальная астма.
- Заболевание, которое носит символический характер. С момента рождения ребенка его дыхание приравнивается к автономному существованию. И, кроме того, дыхание может быть рассмотрено как средство самовыражения личности (дышать полной грудью, затаить дыхание). Нормальное спокойное, глубокое дыхание имеет ассоциации с полноценной, свободной личностью. Человек, заболевший бронхиальной астмой, не может выдохнуть. Это заболевание чаще всего проявляется до 10-летнего возраста. Психоналики считают, что это – эквивалент подавляемому плачу. Этому ребенку, скорее всего, мать в детстве запрещала плакать. Здесь проявляется, с одной стороны, сильное желание интимных отношений, а с другой – страх перед этими отношениями. Плакать нельзя – означает: сближаться нельзя, нельзя доверять себя. Мать, запрещая ребенку плакать, говорит ему: «Не смей себя мне доверять!» Человек, который болен БА – внутренне очень боязливый, он боится самовыражения. Но он этого страха не сознает. Не умея нормально выдохнуть, он удерживает в себе эмоции, адресованные объекту.

Отдельные заболевания.

- Эссенциальная гипертония.
- ССС тесно связана с эмоц. сферой. У гипертоника – очень сильное напряжение между агрессивными импульсами и чувством зависимости от того, на кого агрессия направлена. Одновременное желание выразить свою враждебность и потребность к очень адаптированному поведению (за которое его не осудят). Обычно такие больные в жизни неконфликтны, но у него сильная тенденция к сдерживанию аффектов вообще – как положительных, так и отрицательных. У такого больного в детской семье не было нормального разрешения конфликтной ситуации. Преобладала негативно- невербальная коммуникация, т.е., вместо ответа на агрессивную реплику опускались глаза, отводился взгляд. Вместо разрядки конфликта – тягостное молчание. Это обычно происходит в тех семьях, где отец – гипертоник. Характерная проблема таких семей – запрет на речевую негативную вербальную коммуникацию вообще.

Отдельные заболевания.

- Язва ДПК.
- Ею страдают те, кто с ранних детских лет в силу конституциональной предрасположенности был склонен к повышенной секреции. Александер писал, что специфического типа язвенников не существует (в отличие от того, что писал Джозеф Сандлер), а есть конфликтная ситуация, которая заключается во фрустрации оральных потребностей. (не только потребность в еде, но и потребность, чтобы баловали, награждали). Эта ситуация вызывает хроническое желание «кормить» самого себя. Отсюда вытекает следствие, что желудок находится в состоянии постоянной стимуляции, даже вне процесса еды. На фоне предрасположенности к повышенной секреции это вызывает и повышенную ранимость слизистой желудка. Любая травма может вызвать эрозию и привести к формированию язвы.

Отдельные заболевания.

- Личность с ослабленным селф. Очень высокая зависимость от объектов. В ситуации неудачи общения с объектом (потери объекта, обиды на объект) возникает сильный физический дисбаланс. Эти люди внешне маловыразительны, с обедненной фантазией. Окружающих воспринимают не как цельных личностей, а как функциональный объект. Характерная особенность таких пациентов – они испытывают большие затруднения, когда заходит речь об их отношении с терапевтом. Стандартный ответ- я к вам ничего не чувствую У них чрезмерная ориентация на нормативное поведение. Они в жизни социально очень успешны.

Отдельные заболевания.

- Различают 2 типа «язвенников» – активный и пассивный. У *пассивного* типа на первом плане стоит тревога быть покинутым. Они в жизни начинают искать такие обстоятельства и таких людей, с которыми могут быть вечно. Если возникает сомнение в том, что этот объект всегда будет с ними, они могут использовать отрицание как защиту или выдавать панические реакции. Они, как правило, не предпринимают шагов к самостоятельности. Зависимость приятна, потому что она безопасна. У такого человека в детстве была чрезмерно сильной материнская забота. И он не смог в свое время разорвать «психологическую пуповину». Когда такой больной выбирает себе партнера для совместной жизни, он тоже ориентируется на зависимость (мужчина, который выбирает женщину, значительно старше по возрасту).

Отдельные заболевания.

- *Активный* тип – нечто прямо противоположное. У этого типа тоже очень сильное желание зависимости, но оно активно отвергается. Он отвергает оральные тенденции «присосаться» к кому-то, потому что на сознательном уровне его «Я» стремится к независимости. Такой человек продуктивен, успешен, лидер, любит помогать другим. Но в бессознательной сфере у него зеркально противоположная установка – он испытывает сильную потребность в зависимости и помощи. Он постоянно себе компульсивно, неутоляемо доказывает свою силу, значимость, п.ч., он защищен, когда успешен. Через свой успех он признает сам себя.

Отдельные заболевания.

- Неспецифический язвенный колит.
- Этиология неясна, многофакторна. В большинстве случаев НЯКу предшествует депрессивно окрашенная жизненная ситуация (чаще – ситуация потери объекта – как реальная, так и воображаемая). У них в детских семьях ярко выраженные симбиотические отношения и очень мало говорят о чувствах. Большая часть больных страдает низкой самооценкой и они очень чувствительны ко всяким неудачам. У них, также как уязвенников, сильное стремление быть опекаемыми. Они предпочитают с объектами строить такие отношения, которые бы давали им опору. Потеря опорного объекта ими воспринимается как угроза собственному существованию. Обострение колита – это замена реакции печали по утерянному объекту. Им недостает сознательного переживания агрессии к объекту, который осмелился их покинуть. Есть формула: «Склонность к соматизации – это эмоциональная неграмотность». Больные НЯКом эмоционально «неграмотны».

Отдельные заболевания.

- Ревматоидный артрит.
- Тоже многофакторное заболевание. В большинстве ПС заболеваний одной эмоциональной реакции мало. Для того, чтобы развилась эта болезнь, важен эмоциональный застой, связанный с повышенным мышечным тонусом. Из застоя эмоций вытекает напряженность. Конфликт перемещается в опорно-двигательный аппарат. Ограничение двигательной активности вытекает из запрета на выражение агрессии, которая может проявиться в движении: ударах, беге и т.д. Усредненные черты личности этих больных: они тихие, малозаметные, старательные, добросовестные. Приятные пациенты: терпеливы, дружелюбно настроены к терапевту.

Отдельные заболевания.

- Но нужно помнить, что эта терпеливость и дружелюбность вытекает из их проблем, из их нарушения аффективности. Они не предъявляют к терапевту жалоб, упреков, но как раз в этом-то их проблема и состоит. Чаще всего в их детской семье присутствовала авторитарная, холодная мать. Ребенок перед этой матерью испытывал чувство страха и у него было постоянно подавляемое желание бунта. Возникает привычка очень строго владеть своими чувствами. Психодинамика этого заболевания — хронический латентный бунт, заряд нереализованной агрессии. Против этой агрессии возникает реактивное образование: желание всех любить, помогать. Любые свои агрессивные импульсы эти люди воспринимают как угрожающие. Если агрессия нарастает — тут же нарастает ригидность двигательного аппарата.

Отдельные заболевания.

- Нейродермит.
- Кожа – это граница индивида. При кожном заболевании эта граница оказывается поражена. Это заболевание границ «Я». У таких больных отмечают сильную скорую идентификацию из-за нарушения границ «Я». Наша кожа хорошо отражает эмоции: на ней проступают мурашки, может быть покраснение и т.д. Очень быстро реагирует на физические нагрузки. Она тесно связана с ЦНС. Кроме того, кожа является средством коммуникации. Первая коммуникация - тактильный контакт ребенка с матерью. Рене Спитц изучал нейродермит. Он сказал, что это заболевание – выражение нарушенных отношений с матерью, тактильного контакта с ней. В семьях больных нейродермитом у матери ребенка бывает инфантильная структура личности – она сама, как ребенок. И ее отношение к ребенку преимущественно враждебно, но это неосознаваемая враждебность. Это враждебное отношение может манифестироваться в виде излишней заботы. (Не дай бог, что-то сделать не так, не дай Бог, заболит)

Отдельные заболевания.

- Такая мать воздерживается от тактильного контакта – избегает прикоснуться к нему лишний раз. У ребенка предрасположенность к кожным реакциям возникает как протест против такого отношения. И усиливается кожное представительство психических конфликтов. Имеет место повышенная либидная загрузка поверхности кожи: ребенок как бы кричит своей кожей: «Мама, прикоснись ко мне!» Часто это заболевание может прекратиться спонтанно, если ребенок достаточно активен, чтобы освободиться от тотальной материнской зависимости, чтобы войти в нормальный контакт с миром объектов. В зрелом возрасте экзема сопровождает конфликтное развитие отношений с объектом. Отмечаются такие черты, как выраженная пассивность в объектных отношениях. И – большие трудности в самоутверждении за счет пассивности. Если отношения с объектом внешне выглядят как неконфликтные, тогда чаще всего наблюдается экзема в области лица, головы и суставов. А если они и внешне проявляются как конфликтные – преобладает экзема в области груди, бедер и плеч.

Отдельные заболевания.

- Инфаркт миокарда.
- Сложная сумма неблагоприятных психических и соматических факторов. У людей, склонных к инфаркту миокарда есть определенный набор личностных признаков: это люди с поведением, сверхадаптированным к миру работы, к миру достижений. Все ради достижения успеха. Среди них относительно редко встречаются люди, неуверенные в себе или социально неустойчивые. Эти люди часто честолюбивы, соревновательны, агрессивны. Но это потому, что они подспудно пребывают в состоянии страха и напряжения. У них обычно сильно развито чувство ответственности. Но оно тоже вытекает из страха что-то нарушить, поколебать в той системе, в которой они существуют. Они часто идентифицируются со своей профессией. (Кто такой я? Я – это директор, это суть моей личности).

Отдельные заболевания.

- На фоне этого в своей личной жизни они могут плохо понимать, кто они такие. Такой человек остается директором даже приехав домой. Они очень боятся неудач, хотя на сознательном уровне этого страха нет. Если происходит неудача – это может привести к навязчивым мыслям, кахексии, росту внутреннего напряжения. Если человек ленив, безынициативен, расслаблен, у него в 2,5 раза меньше шанс получить инфаркт (даже при тех же соматических факторах) Ситуация, которая предрасполагает к инфаркту, тоже очень часто соответствует травме потере объекта (увольнение с работы, профессиональная неудача, «разнос» на ковре). Т.е., есть эмоциональный элемент потери чего-то значимого.

Отдельные заболевания.

- Человек не может эту потерю адекватно переработать, потому что он ее воспринимает как нарциссическую травму. У него очень сильный нарциссический дефицит. Его чувство значимости, уверенности в себе на самом деле довольно неустойчиво. Его дефицит идентичности – и есть его главный мотив для стремления к успеху. («компенсаторное самовосприятие» по Фройбергеру). Вайх и Фишер проводили исследования и показали, что инфаркту предшествуют 4 этапа:

Отдельные заболевания.

- За 3 года до ИМ – пик стрессовых ситуаций
- За год до ИМ – пик соматических симптомов (бессонница, недомогание, боли в сердце)
- За 2-3 мес – пик психоневрологической симптоматики (астения, бессонница, страхи)
- За месяц до ИМ – второй пик стрессовых ситуаций, но эти стрессы человек практически не ощущает как таковые, потому что они переросли в соматику.

Отдельные заболевания.

- Диабет
- Этиология неясна. Рассматривается роль наследственности, но она сама по себе не ведет к манифестации заболевания. Один из факторов манифестации —эмоциональный стресс. Черты личности диабетиков – чувство эмоциональной заброшенности и незащищенности, присутствие желаний заботы о себе и активный поиск зависимости. Очень сильны оральные тенденции и высокая чувствительность к фрустрации этих желаний. Часто конфликты и неоральные потребности они удовлетворяют с помощью еды. Для них любовь и еда приравнены друг к другу. При отнятии любви у них начинается «голодный обмен веществ» независимо от принятия пищи.

Отдельные заболевания.

- Есть некоторые разновидности ПС реакций, не относящихся к психосоматозам, но часто проявляющиеся.
- Нервный кашель.
- Это конверсионный симптом. Смысл кашля вообще – освободить свое тело от чего-то чужеродного, раздражающего. Конверсионный кашель – это попытка освободить свое «Я» от чего-то чужеродного. Некоторые специалисты рассматривают кашель как оскорбление в чей-то адрес (человек как бы «плюет» в чей-то адрес в знак неодобрения, знак агрессии). Но это то же самое – удаление, «выталкивание» из себя плохого объекта. Кашель как отхаркивание бронхиального секрета – нечто близкое к дефекации, он может носить смысл оскорбления в чей-то адрес. В любом случае, кашель связан с подавленной агрессией. В терапии такая агрессия должна быть проявлена и вербализована. Это – одна из основных задач, которые стоят при лечении ПС симптомов.

Отдельные заболевания.

- Нарушение питания.
- В детских переживаниях нераздельны чувство сытости, любви и безопасности. Это самый первый, самый ранний опыт отношений с матерью. В фазу первичной реципрокности ребенок диктует матери определенный ритм кормления – и он должен его получать. Если мать его фрустрирует ребенок может начать при кормлении сосать молоко компульсивно, т.е. не насыщаясь. Это – ответ на нарушенные отношения с матерью. Если мать не сопровождает кормление любящим взглядом, может быть, что по отношению к ней разовьется агрессивность. Ребенок будет бессознательно отвергать нелюбящую мать. Это может вылиться в спазмы, рвоту и т.д. Если для родителей забота о ребенке сводится к тому, чтобы его накормить, происходит следующее: для ребенка пища, которую ему настойчиво предлагают будет ассоциироваться с угрозой унижения любви. Кормление – единственное проявление любви. Если он отказывается от кормления, значит, он отказывается от любви. Он может проявлять это упрямством, агрессией, а может пассивно смириться с тем, что его перекармливают. В любом случае, он испытывает голод по любви.

Отдельные заболевания.

- Анорексия.
- Радикальный отказ от питания и потеря веса до 40%.
В подавляющем большинстве случаев встречается у женщин. Психодинамика такова: очень сильный конфликт амбивалентности к матери. Желание одновременного сближения и дистанцирования. В качестве наказания за желание удалиться от матери возникает аутоагрессия. С другой стороны, многие рассматривают анорексию как попытку получить материнскую любовь, т.е., за счет изменения своего тела получить материнскую заботу: чтобы мама покормила.

Отдельные заболевания.

- Есть такое понятие – «оральный протест». Это полное подавление оральной агрессивности и отрицание оральных потребностей. Смысл протеста: таким путем Эго пытается поднять свою ценность. Это означает: пока я ем из рук мамы или из ее груди надо мной доминирует материнское «Я». Отказ от еды – поднятие собственного «Я». При анорексии неотъемлемым компонентом личности становится сознательное представление: «Я должна похудеть!» Это представление, как правило Эго-синтонно. Есть другое понимание: отказ аноректика от пищи – это защита от всего телесного, защита от всего инстинктивного. Эта версия подкрепляется фактом, что анорексия начинается после первого сексуального опыта женщины, если он воспринимается как угрожающий, травмирующий. Тогда манифестная защита сдвигается на оральный уровень. Есть понимание анорексии как защиты от женственности, потому что при серьезных формах анорексии теряются женские формы тела. Нежелание взрослеть, борьба против созревания женской сексуальности.

Отдельные заболевания.

- Что известно о семьях таких пациентов?
- В детской семье была сильна ориентация на социальный успех. Над дочерью устанавливался гиперконтроль, гиперопека. В такой семье отрицались, как правило, любые конфликты. Там все было очень социально. Не вырабатывались варианты адекватного разрешения конфликтов. Такая семья выглядит как внешне очень гармоничная, внутренне согласная. На самом деле там очень сильное внутреннее напряжение. Поэтому симптоматика анорексии – это проявление борьбы за власть между дочерью и родителями. Она пытается удержать автономию, «отграничиться» от социальных стандартов. В этой семье все ее члены навязывают друг другу «свои» отношения, и каждый старается отвергнуть то, что навязывается ему.

Отдельные заболевания.

- Когда ребенок отвергает еду – он отвергает коммуникацию. Доминирует в такой семье чаще всего мать, а отец обесценивается, подавляется. При анорексии важна диф. диагностика. Поскольку анорексия – это протест против контроля, в переносе у этого больного будет недоверчивое отношение к терапевту. У этих людей ослаблена мотивация, п. ч. заболевание Эго – синтонно, оно не воспринимается как болезнь. Особое внимание нужно уделять доверию. Не нужно делать темой процесса сам симптом анорексии. Покажите больному, что здесь нужно сосредоточиться на его личности. И особенно сосредоточить внимание на том, как он строит межличностные отношения. Акцент внимания на симптоме воспринимается как принуждение.

Отдельные заболевания.

- Булимия - навязчивая еда.
- Приступы переедания, которые сочетаются в контроле над своим весом путем искусственной рвоты и приема слабительных препаратов. Как и анорексия, чаще у женщин. (15-25 лет). После рвоты – разрядка напряжения, но, одновременно, и чувство вины. Обычно у таких больных – большое расхождение между его самовосприятием и его «Идеалом –Я». Они внешне стараются строить себя по образцу своего идеала – сильные, независимые, а внутри у них чувство пустоты. В семье у такого больного был высокий потенциал насилия, садомазохистические отношения и очень импульсивная коммуникация., Непредсказуемость атмосфера высокой конфликтности, сильных стрессов и слабая возможность что-то контролировать, чтобы предсказать. (неизвестно в каком настроении мама придет с работы). При этом большая ориентированность на социальный успех.

Отдельные заболевания.

- Быть ребенком — означало: быть во власти произвола, и поэтому он старался скорее вырасти. Ребенок в такой ситуации пытается взять на себя родительские функции: например, очень заботливо относится к родителям. Параллельно с этим у него очень высока эмоциональная нестабильность и вытекающий из нее страх потерять контроль над своими эмоциями. Этот человек не понимает себя, не понимает своего внутреннего состояния, что за чувства внутри него, он это ощущает как «внутреннюю негожесть». Он очень боится потерять контроль над собой, т.к. неконтролируемая обстановка в семье не научила его контролировать себя. Для него малейшее внутреннее напряжение воспринимается как угроза потери контроля вообще. Происходит регресс в оральную сферу, когда чувство стабильности сопровождалось утолением голода. И когда у него возникает чувство голода., напряжение, вызванное малейшим голодом также означает угрозу потери контроля над чем-то внутри себя., с чем он не может справиться самостоятельно.

Отдельные заболевания.

- Функция этого приступа переедания – снижение напряжения, обретение чувства утраченного контроля. Тревога настолько сильна, что человек пытается «задавить» на корню это чувство дисбаланса. И он «забывает» его настолько, что возникает дисбаланс, но уже в противоположную сторону. Контроль снова теряется, тогда нужен рвотный рефлекс, т.е., и сытость плохо, и голод. Все время он в напряжении и все время пытается устранить это напряжение (как маятник). Рвота и вызванное чувство облегчения показывают, что контроль снова обретен.

Отдельные заболевания.

- Задачи, стоящие перед терапевтом.
- Хорошо, если терапевт вызовет у себя проекцию части Эго пациента, т.е., возьмет на себя контролирующую функцию, которая у пациента слабо развита. Например, договорится с клиентом о решении проблемы его питания на время терапии. Булимик, в отличие от аноректика достаточно хорошо восприимчив, т.е., с ним можно общаться на уровне рационального, сознательного Эго. Здесь, в отличие от анорексии, возможно лечение сфокусированных симптомов. Это хорошо еще и тем, что даст пациенту недостающее ощущение контроля. Какие трудности могут возникать? Основная трудность, которую отмечают специалисты - лабильное отношение к терапевту. Оно меняется от идеализации до девальвации, как у пограничных пациентов. Пациент ориентирован по принципу: «Либо все, либо ничего.» Либо я сейчас сразу поглощаю терапевта, либо я его извергаю из себя, отплеываюсь от него.

Отдельные заболевания.

- Головная боль.
- Головная боль, связанная с напряжением, связана с постоянным напряжением мышц затылка и плечевого пояса. Головная боль может быть ПС реакцией на острый конфликт, на тягостные переживания, может замещать гнев, обиду, враждебность и т.д. Часто они связаны с ситуацией невозможности достичь успеха. Может быть как ПС симптом депрессии, причем, сама депрессия может диагностироваться с). Конфликт вызывает напряжение, тревогу, повышенную агрессивность и т.д. (часты головные боли при психастеническом трудом. М.б. как аналог ПС симптома эндогенного происхождения (при некоторых формах шизофрении).

Отдельные заболевания.

- Часто бывает так, что соматическая причина головной боли сочетается с ее символическим значением. Головная боль может означать отказ от понимания чего-нибудь, чего понимать не хочется, невозможность какой-либо деятельности: умственной и ли какой-то иной. У тех людей, которые страдают головной болью – довольно высокий уровень интеллекта (выше среднего). У этих людей часто бывает повышенное честолюбие, желание доминировать в своей области. Иногда головная боль – самооправдание при невозможности достичь того, чего хочешь (конфликт желания и возможностей неврозе). Подавленная враждебность к интеллектуальным достижениям других людей. Здесь присутствуют и элементы вторичной выгоды, при помощи головной боли легко манипулировать родными, близкими. Человек и родных «наказывает», и себя.

Отдельные заболевания.

- **Общие особенности ПС личности (обобщенный портрет).**
- Как правило, это человек, который очень строго следит за своим телом, его функциями. Это – его защита от собственной от аутоагрессии. Он сам для себя оказывается наблюдающей, оберегающей матерью. Как мать в детстве заботилась о нем, так он и сам относится к себе. Часто он бывает очень мнительным, склонен «печься» о своем здоровье. В то же время, эмоционально он «умертвлен», холоден, так же, как была холодна его мать, которая «прививала» ребенку свои собственные психические потребности и защиты. (*Повышенное внимание к телу и эмоциональная холодность*)
Как правило, внешне он во всем совершенен, успешен: аккуратно одет, аккуратно причесан, высокий социальный статус (у него работает материнское, доэдипово супер-Эго). Ориентация на жизненный успех. (Д. С. вспоминает пациента с ЯБ ДПК, который все время говорил «должен», не употребляя слова «хочу»).

Отдельные заболевания.

- Часта алекситимия – не способны выразить свои переживания и понять чувства другого. У него мало способностей свободно фантазировать. Сны он видит редко, запоминает еще реже (что-то приснилось, но не помню, что). Невротик всегда готов выговориться, а психосоматик требует объяснений. Он хочет все понимать рационально. Трудности со свободным говорением, он просит задавать ему вопросы, давать темы. Сам немногословен, словарный запас производит впечатление обедненного, для них характерно одно и то же слово употреблять во многих смыслах. Он все время говорит о чем-то внешнем, постороннем, например, рассказывает о своей работе.

Отдельные заболевания.

- ПС редко обращаются в психотерапию со своими заболеваниями, а чаще — с какими-то жизненными проблемами. Психосоматик — доэдипов клиент, а доэдиповы клиенты вообще не приходят со своей настоящей проблемой. Он настоящей они просто не подозревают. Приходят с каким-то манифестированным симптомом. С ПС симптомом обращение должно быть особым. И стратегия терапии должна быть такова: не стараемся лечить его симптом, а стараемся дать ему возможность развивать свое «Я», вплоть до достижения полной идентичности. (Гюнтер Амон «Динамическая психиатрия» пишет, что, когда пациент задает вопрос: «Что со мной?» этот вопрос нужно понимать так: кто я и кем мне позволено быть?)

Отдельные заболевания.

- Традиционная медицина проводит курс лечения и устраняет симптом. В переводе на символический язык это означает: «Тебе никем не позволено быть, даже не позволено быть таким, какой ты есть.» Допускают ту же ошибку, которая была допущена в первичной группе, т.е., детской семье: ориентирование на устранение симптома. А для него – это единственное средство коммуникации, средство чувствовать себя. Ребенку мать в свое время не позволила поднять вопрос о своей идентичности. Если симптом устраняется напрямую – за ним может последовать серьезная аффективная реакция, глубокая депрессия. Можно человека с помощью гипноза за месяц вылечить от бронхиальной астмы, а потом он устроит суицид. Оказывается, симптом был для него защитой от его чувства вины к потере объекта.

Отдельные заболевания.

- **Подход к психосоматическому больному.**
- Необходимо избавиться от конкретных теоретических представлений и от ожиданий. Работа ведется не с симптомом, а с личностью. Терапия – не столько лечение болезни, сколько процесс взаимодействия двух личностей – аналитика и пациента. Пациент, как правило, этому сопротивляется. Когда он обращается к аналитику, он склонен «цепляться» за соматическую сторону своей проблемы. Он хочет быть убежден в органической природе своей болезни. Поэтому не нужно говорить фраз: «Это у вас психическое». Симптом нужно уважать. Нужно только подчеркнуть связь, представить ему симптом, как вытекающий из особенностей его личности, а не как болезнь («подцепленную заразу»)

Отдельные заболевания.

- Для такого пациента быть соматическим больным – значит гарантировать себе принятие и заботу, а быть психически больным – страх отвержения. Поскольку пациент мало способен к артикуляции эмоциональных ответов, поэтому склонен переоценивать соматические ответы. Симптом, на который он жалуется, нужно понять, как его просьбу об эмоциональной поддержке. Со временем дать это понимание и ему тоже (Пример: женщина, которая лечилась у 18 врачей, за этим стояло желание найти личные, интимные отношения с врачом. Лекарства, которые она возила за собой – символ любви).

Отдельные заболевания.

- Выделяют 3 конструктивные формы терапевтической беседы с пациентом:
- Психологическая беседа. Это пролонгированное консультирование. Терапевт задает прямые вопросы о поведении больного, спрашивает его о семье, детях, работе, мировоззрениях, социальных проблемах и т.д.
- Понимающая беседа. Врач предоставляет больному ведение разговора, сам только следует за ним. Беседа без целей глубинного анализа.
- Аналитическая терапия.

Отдельные заболевания.

- Чем эта терапия отличается от терапии невротических пациентов?
- Более активная позиция врача,
- Терапия ведется без кушетки (глаза в глаза).
- Но это больше похоже на беседу, чем на терапию — «надо внутренне снять белый халат». Важно предоставлять пациенту больше инициативы. Это необходимо для того, чтобы он обучался выражению своих чувств. У ПС пациента иногда полезно спросить на первой встрече: как он думает, почему у него этот симптом образовался? Этим его приглашают к сотрудничеству.

Отдельные заболевания.

- Поначалу пациент рассказывает только о своем симптоме. Потом он начинает все чаще замолкать и ожидать ваших следующих вопросов. Здесь уже можно начать применять обычную аналитическую технику – повторить его последние слова в вопросительной форме и т.д. Чтобы он больше давал информации о себе. Когда вы задаете пациенту вопросы, имейте в виду, что предпочтительнее вопросы, менее сконцентрированные на чем – то, менее определенные. Т.е., вопросы типа: «Что вы об этом думаете?» Они дают большой простор для ассоциаций.

Отдельные заболевания.

- Особенности реакции переноса и контрпереноса.
- У ПС больного мало способности говорить о себе и достаточно мало способности свободно ассоциировать, он предпочитает говорить о посторонних вещах, например, о погоде. В основном, он склонен рассказывать о текущих проблемах. Его воображение достаточно бедное, поэтому, у него не бывает спонтанных фантазий о терапевте. Максимум, на что он способен – это представить терапевта таким же, как он сам – таким же функциональным, механистичным. Аналитик для пациента чаще всего «никакой» – функциональный объект: я к вам никак не отношусь, вы ко мне никак не относитесь.

Отдельные заболевания.

- У пациента слабое Эго, он плохо понимает, кто он такой и он себя воспринимает в функциональном аспекте. Сейчас он – больной, он идентифицировался с болезнью. Поскольку у него нарушено базисное доверие, у него нет способности к эмоциональному контакту. Очень важно, чтобы сам терапевт не был алекситимичен, чтобы он умел обращаться с чувствами – своими и чужими. Иначе он возьмет на себя функцию психосоматогенной матери.
- У ПС пациента нет возможности контролировать свои эмоции. Он избегает эмоционально насыщенной ситуации. Интерпретацию принимает интеллектуально, все старается понимать. Его главные защиты – изоляция и отрицание. Интерпретации необходимо давать редко и очень продуманно. Каждая интерпретация должна быть для клиента значимым событием.

Отдельные заболевания.

- При всей механистичности у таких пациентов в стрессовой ситуации возможны вспышки аффекта. Возможно отреагирование вовне — за пределами анализа. Пациент «цепляется» за соматический компонент своей болезни — он хочет, чтобы его *лечили*, а как лечение он воспринимает суггестию, разъяснение, а не «говорильню».
- Важно принимать это желание, но и показывать, что анализ взаимоотношений, которые он строит, тоже внимания заслуживает. У такого пациента высокая потребность в зависимости. Отсюда вытекает желание, чтобы им руководили, чтобы ему объясняли. Бывает, что он довольно травматично реагирует на отпуск аналитика — ситуация потери объекта. (Пример с пациентом, который после сессии задерживался на 2-3 минуты — никак не мог уйти; или пациент, который постоянно платил вперед — т.е. «привязывал» аналитика к себе).

Отдельные заболевания.

- Контрперенос.
- Обычные чувства – чувство безнадежности, отсутствия динамики, собственного бессилия, п.ч. такие пациенты прогрессируют крайне медленно. Очень важно не оказаться с самого начала во власти мифа, даже не надо ставить некую цель в лечении. Нужно настроить пациента на то, что неопределенно долгое время он будет вас использовать для общения. Чрезмерный оптимизм может стать формой сильной фрустрации и для врача, и для клиента. Для поддержания собственного морального тонуса в этой ситуации очень важны супервизии, хотя бы для того, чтобы супервизор напоминал, что никакой динамики вы еще долго не дождетесь.

Отдельные заболевания.

- Аналитическая работа с психосоматиками делится на 2 основных этапа:
- *Этап формирования зависимости.* Продолжается около 2 лет. Это просто этап общения – общения, в котором вы оказываете пациенту то принятие и поддержку, которых он не получал в детстве. Иногда хочется искусственно тонизировать эту работу. Этого не нужно делать. Не спрашивайте у такого пациента: что он чувствует, потому что он этого сказать не может. Лучше говорить: «Мне кажется, вы сейчас чувствуете то-то и то-то». Таким образом, вы будете постепенно помогать ему развивать способность к вербализации своих чувств. Не ждать от него выражения эмоций, а помогать ему. Очень важно на этом этапе изучить систему значимости для человека – что для него является «ахиллесовой пятой». Вещи надо затрагивать крайне осторожно – пусть лучше он сам это сделает, когда уйдет его тревога. На этом этапе большое значение придается настроению и тревоге. Задача в том, чтобы сформировать отношение и сформировать его зависимость.

Отдельные заболевания.

- *Этап поиска связи симптома с конфликтом.*
- *Виктор фон Вайсбеккер ввел понятие: «Субъектно – ориентированный подход». Он постоянно задавался вопросом : почему симптом возник именно сейчас? Он нацеливался на поиск того болезненного переживания, которое предшествовало телесному проявлению. Эти болезненные переживания , как правило, связаны с потерей чего-то значимого. Иногда связь причины и следствия бывает довольно трудно увидеть, потому что причина может выглядеть слишком ничтожной. Настолько ничтожной, что сам пациент может забыть об этом – он же это эмоционально не переживает (например, убежала кошка). Эта кошка м.б. для него очень дорога. Поэтому нужно знать икалу его индивидуальных ценностей и глубину его предрасположенности к той или иной ПС реакции.*

Отдельные заболевания.

- *Телесную симптоматику очень трудно переводить на вербальный язык, иногда требуется многолетний анализ. (Пример с пациенткой, у которой возникали приступы головной боли как упрек аналитику за его пассивную позицию, за то, что он уделял пациентке так же мало времени, как и ее мать. Затем у нее стали появляться булимические приступы – как реакция на пустоту между сессиями). Надо дать клиенту понять, что он своим телом выражает како-то конфликт. Важно, чтобы во время первых интервью он понял, что есть какая-то связь симптома и конфликта, чтобы он принял это на сознательном уровне. На втором этапе можно «запускать» больше нейтральности, больше абстиненции, можно в большей степени фрустрировать. Лучше, если вы пациента предупредите о возможности обострения симптома. И, кроме того, важно, чтобы пациент совмещал терапию у аналитика с терапией у соматич. врача. Результат такой терапии считается очень высоким, если пациент достигнет уровня диалога с самим собой, достигает понимания своих переживаний. Если это достигнуто – значительно снижается возможность хронизации процесса.*

Отдельные заболевания.

- Иногда симптом является очень важным компонентом отношений в семье, вся структура семейных отношений может опираться на болезнь одного члена семьи. Поэтому здесь может быть полезной семейная терапия. Семейная терапия может быть показана, если у носителя симптома слабая мотивация.

- Конкретные задачи терапевта при лечении конкретных психосоматических заболеваний.
- Бронхиальная астма.
- Пациент «удерживает» в себе плач. У него в отношении к терапевту развивается сильный конфликт между желанием зависимости и желанием отстраниться. Не нужно побуждать такого пациента к быстрой отдаче чувств, потому что, если вы будете тянуть его чувства, «подталкивать» его к приближению – это только усилит тревогу. Лучше, если вы достаточно его тревогу понизили, если он начинает какие-то чувства вам выражать, реагировать на это косвенным поощрением (выражение своих чувств, например, восторга). У него в семье не было взаимообмена, а он ему очень важен. Если он заплачет на сессии – это хороший знак. Но, если больного «подталкивать» – у него может быть реакция вплоть до психотической. Это для него означает: «Мама хочет, чтобы я заплакал, а она бы за это меня наказала.» В процессе терапии бронхиальных больных можно использовать разъяснение смысла симптома. Этим самым снижается уровень тревоги Эго на рациональном уровне. И может быть полезно обучать техникам дыхания и расслабления. Также при БА очень полезна групповая терапия. (Групповая психотерапия дает при ПС заболеваниях гораздо больше, чем индивидуальная).

- Эссенциальная гипертония.
- Выражение конфликта между агрессивностью и потребностью в зависимости от того объекта, которому адресована агрессия. В терапии, скорее всего, будет тот же самый конфликт. У такого больного отношение к врачу – скептическое, отклоняющее, есть определенная степень напряженности в отношениях. Трудность в том, что у больных с ГБ низкая мотивация к психотерапии, потому что они предпочитают медикаментозное лечение. Здесь лучше всего абсолютно недирективное отношение к больному. Это д.б. терапия, направленная на повышение возможности самовосприятия, самооценки и на усиление самостоятельности (можно предложить самому понаблюдать за своими переживаниями).

Благодарю
за
внимание!