

Психосоматик

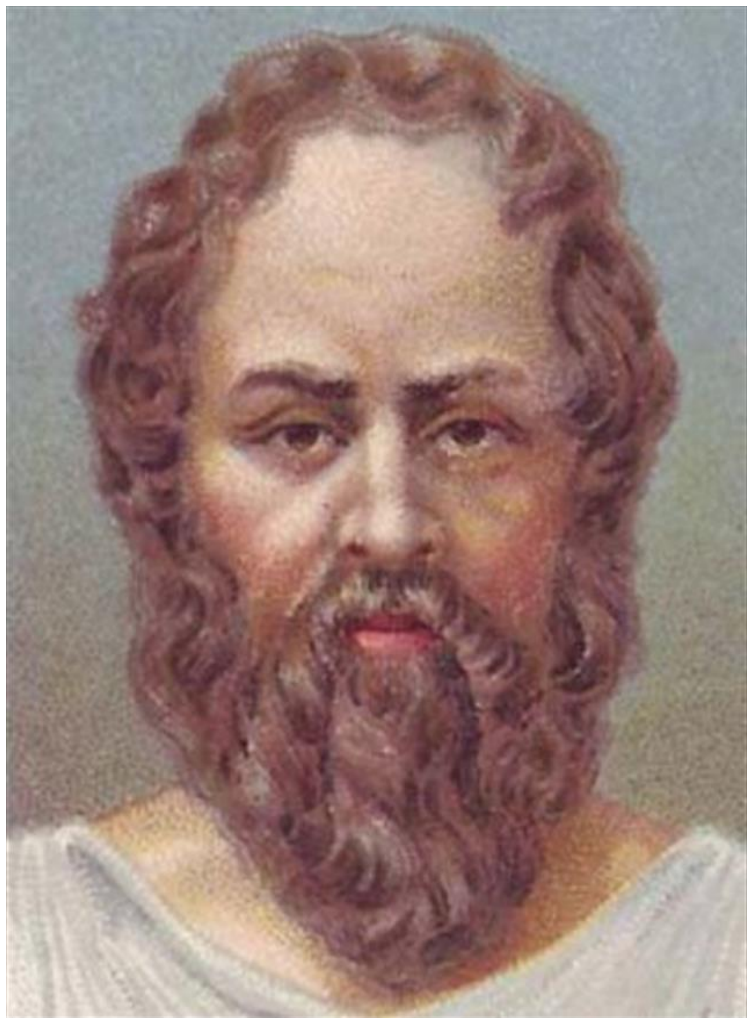
а

к.м.н. , доцент кафедры
специальной психологии
Потылицина В.Ю.



Психосоматика

MirOtnoshenij.Ru



«... все — и хорошее и плохое — порождается в теле и во всем человеке душою, и именно из нее все проистекает...

Потому-то и надо прежде всего и преимущественно лечить душу, если хочешь, чтобы и голова и все остальное тело хорошо себя чувствовали»

Сократ (469-399 гг. до н. э.)

Влияния души на физические процессы, протекающие в теле, была одной из центральных. Однако уже во II в. н. э. причинная роль души в возникновении соматических расстройств была поставлена под сомнение Клавдием Галеном (131-201), утверждавшим, что все болезни, в том числе и душевные, скорее всего, проистекают из дисгармоничного сочетания четырех жизненных соков: *крови (sanguis), слизи (flegma), желтой желчи (choyle) и черной желчи (melan choyle)*. Т. е. могут иметь только



Очевидный факт связи между психологическими и телесными феноменами К. Галеном не оспаривался. Он только поставил вопрос о том, *что действительно лежит в основе наблюдаемых фактов, т. е. каковы закономерности возникновения психосоматических отношений, их принципы и механизмы?*

С тех пор на протяжении вот уже двух тысячелетий спор идет не о наличии или отсутствии психосоматических отношений, а о том, что понимается под психосоматическими расстройствами и каковы причины их возникновения.



Учение о связи соматических заболеваний и психических процессов (состояний) возникло в Новое время — в период между XVII-XIX вв. — как самостоятельный раздел медицины, благодаря работам

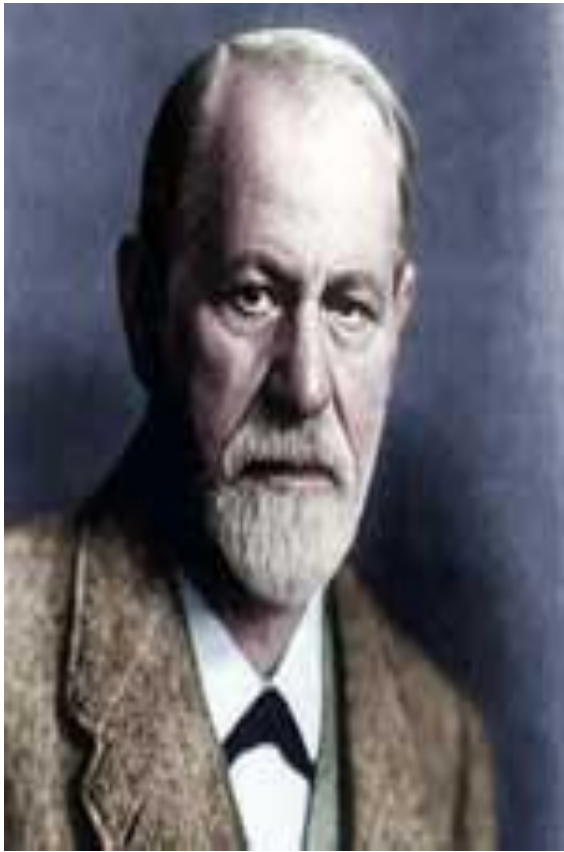
Т. Сиденама (T. Sydenham). В 1818 г. немецкий врач **С. А. Гейнрот (S. A. Heinroth)** ввел в оборот термин «*психосоматика*», которым он обозначил свою концепцию о внутреннем конфликте как ведущей причине психической болезни.



Четыре года спустя другой немецкий врач — Якоби — ввел альтернативное понятие **«соматопсихическое»**, подчеркнув, что психические болезни вызываются вполне материальными причинами, а не недоступными эмпирической проверке психологическими конфликтами.

Идея психологического конфликта как основы психосоматических расстройств получила дальнейшее развитие в рамках *психодинамического направления* в психологии.

Клинико-психологический анализ явлений гипноза и истерии, проводившийся во второй половине XIX в. с целью изучения механизмов соматических изменений под влиянием психологических воздействий, привел к предположению о возможности непосредственного отражения в клиническом синдроме психологического содержания неосознаваемого **внутриличностного (эмоционального) конфликта, спровоцировавшего развитие заболевания. Тогда же возникло и два теоретических подхода, пытавшихся с разных методологических позиций объяснить наблюдаемую связь между формой болезни и содержанием конфликта: ***психодинамический и кортиковисцеральный***.**



Базовые теоретические положения психодинамической концепции психосоматических расстройств были сформулированы З. Фрейдом (1856-1939). Однако нужно помнить, что сама психосоматическая проблема никогда не была в центре внимания основателя метода психоанализа и его ближайших последователей. Главной целью психологических изысканий З. Фрейда был поиск эффективного метода, с помощью которого пациент мог лучше понять свое состояние и увидеть связь психического расстройства со своей личностью. И сама трактовка психосоматических отношений, встречаемая в ранних работах австрийского невропатолога, ограничена узкой сферой истерических расстройств.

С точки зрения З. Фрейда, психопатологические симптомы поддерживаются динамикой бессознательных сил — энергии (либидо) и аффекта (катексиса), ограниченных в своем внешнем проявлении социальными нормами. Увидеть эти энергетические процессы в психике естественнонаучными методами, применяемыми в эмпирической клинической психологии, невозможно: они приобретают вещественную форму только в виде *символических знаков*. Когда под воздействием жестких социальных норм-запретов прямое выражение аффективных побуждений становится невозможным, динамическое напряжение бессознательных сил реализуется в виде символов, спроецированных на проблемную область жизни пациента.

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



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

Под конверсионным психическим расстройством сегодня понимаются нарушения телесных функций (двигательных или сенсорных) психогенного происхождения, имеющие тесную по времени связь с травматическими событиями, или неразрешимыми, невыносимыми проблемами, или нарушенными взаимоотношениями со значимыми людьми.

Истинно конверсионным считается расстройство, которое возникает вследствие неспособности человека самостоятельно разрешить возникшие проблемы и конфликты, вызывающие у него очень неприятные чувства.

Типичный пример людей с истинно конверсионным расстройством — это лица с судорожными конвульсиями, параличом (полным или частичным, когда движения слабы и замедленны), снижением остроты зрения («неясность» зрения или сужение поля зрительного восприятия), потерей кожной чувствительности. При этом симптомы являются конверсионными, если они возникают в ответ на эмоционально значимые или травмирующие события и отсутствуют данные об органическом поражении двигательного и нервного аппарата.

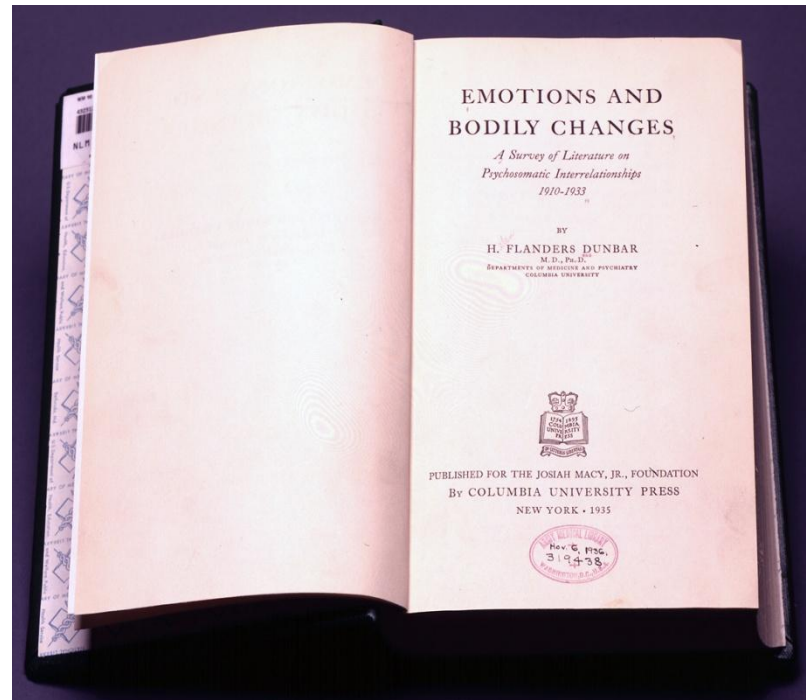
В современной клинической психологии вместо термина «конверсионное» также используется более широкое понятие «диссоциативное расстройство». В этом термине подчеркивается характерная особенность конверсионных расстройств, которая заключается в частичном или полном вытеснении из памяти психотравмирующего события, неразрешимой проблемы или конфликта, что проявляется в отрицании человеком очевидной для окружающих временной и причинной связи между неразрешимой проблемой и появившимся расстройством.

Дальнейшее развитие
психодинамической концепции
психосоматических расстройств
происходило в нескольких
направлениях:

теория личностных профилей,

***теория психосоматической
специфичности,***

***теория психосоматического
Эго.***



Годы жизни: 1902-1959

В 1935 г. вышла книга американского врача и психоаналитика Элен Фландерс Данбар «Эмоции и соматические изменения» (Emotions and bodily changes), в которой она стремилась показать связь между определенными личностными особенностями и характером телесного заболевания. Данбар считала, что эмоциональные реакции являются производными от личности больного и это позволяет предполагать развитие определенных соматических заболеваний в зависимости от профиля личности.

(F. H. Dunbar).

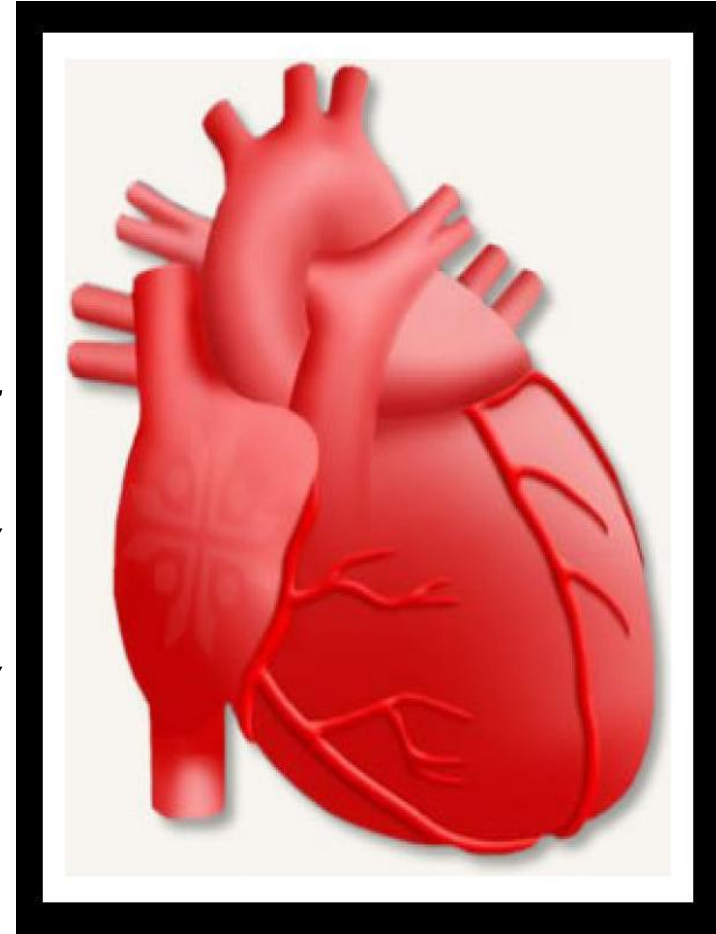
В 1935 г. ею были опубликованы результаты исследования о связи соматических расстройств с определенными типами эмоциональных реакций, к которым предпочитают прибегать люди с теми или иными характерологическими чертами.

Она обратила внимание на укорененную в личности предрасположенность к реагированию на психологический конфликт конкретным соматическим расстройством.

В 1948 г. Ф. Данбар закончила разработку концепции личностных профилей, в которой эта исследовательница утверждала, что эмоциональные реакции на проблемные жизненные ситуации являются производными от структуры личности больного.

Из этого тезиса вытекало предположение, что каждое соматическое заболевание, развившееся вследствие непроработанного психологического конфликта, связано с вполне определенным набором характерологических черт и паттернов межличностного взаимодействия. Ею были выделены коронарный, гипертонический, аллергический и склонный к повреждениям типы личности.

Для коронарного типа личности (людей, которые склонны к развитию у них сердечно-сосудистой патологии) характерна повышенная агрессивность, жестокость, раздражительность, стремление всегда быть лидером и победителем, состязательность, нетерпение, гневливость и враждебность по отношению к другим. Ведущей причиной сердечных расстройств у «коронарной» личности Ф. Данбар считала подавление в силу социального или эмоционального запрета эмоции гнева. В 1974 г. американские кардиологи Роузенманн и Фридман назвали поведение коронарной личности «поведением типа А».





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



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

В социальном психоанализе Франкфуртской школы концепция Ф. Данбар была модифицирована в теорию «больного общества» (Э. Фромм, Дж. Холлидей). Дж. Холлидей (J. Halliday) выделяет два вида причин психосоматического расстройства: структура личности и ее социальное окружение. Он считает, что психосоматические расстройства в подростковом и взрослом возрасте происходят от фрустрации ребенка на самых ранних стадиях жизненного цикла и неадаптивной психологической защиты, возникающей в ответ на эту фрустрацию. Пусковым фактором болезни Дж. Холлидей считает «слом» какого-либо одного или нескольких базовых паттернов социального взаимодействия: семейного, игрового, гендерного, религиозного, экономического, профессионального, политического. Поэтому согласно теории «больного общества» необходимо проводить комплексное исследование не только профиля личности, но и контекста социального взаимодействия больного ребенка.

В исследованиях Ф. Данбар была продемонстрирована роль психологических факторов развития психосоматических расстройств, однако ее теория не давала ответа на основной вопрос:

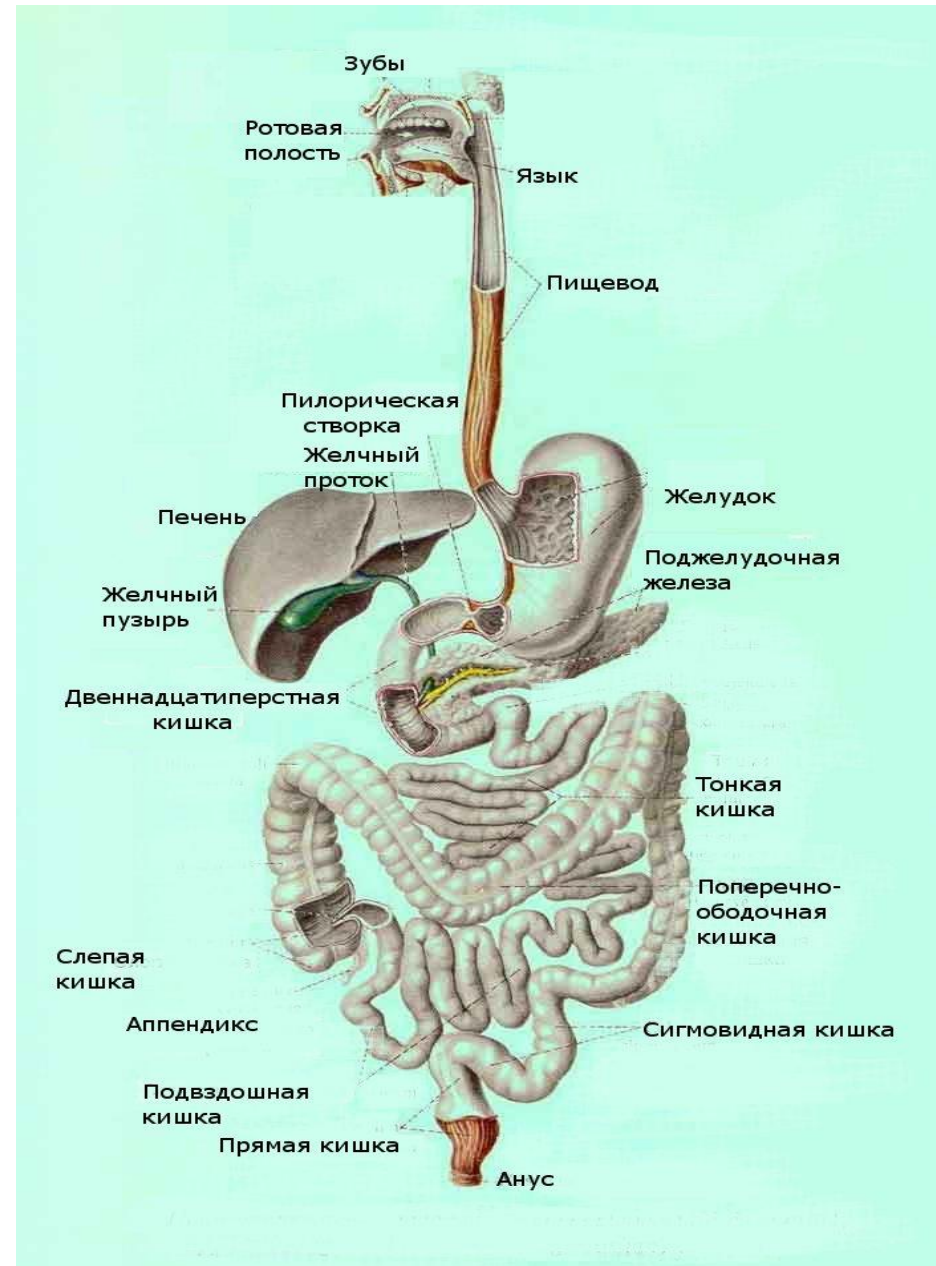
каким образом бессознательный внутриличностный конфликт запускает или поддерживает заболевание?

Ответ на этот вопрос попытался дать Ф. Александер.



Ф. Александер (F. Alexander) в 1950 г. предложил теорию психосоматической специфичности. Гипотеза о специфичности как основном механизме психосоматического расстройства возникла из клинического опыта.

В 1934 г. Ф. Александер опубликовал исследование о влиянии психологических факторов на развитие болезней желудочно-кишечного тракта. К тому времени многие уже отмечали тот факт, что пищеварительная система наиболее «предпочитается» психическим аппаратом для облегчения разного рода эмоционального напряжения.



Ф. Александер обратил внимание на высказанную в 1926 г. Ф. Дойчем (F. Deutsch) мысль о том, что органические повреждения могут быть следствием длительного функционального расстройства.

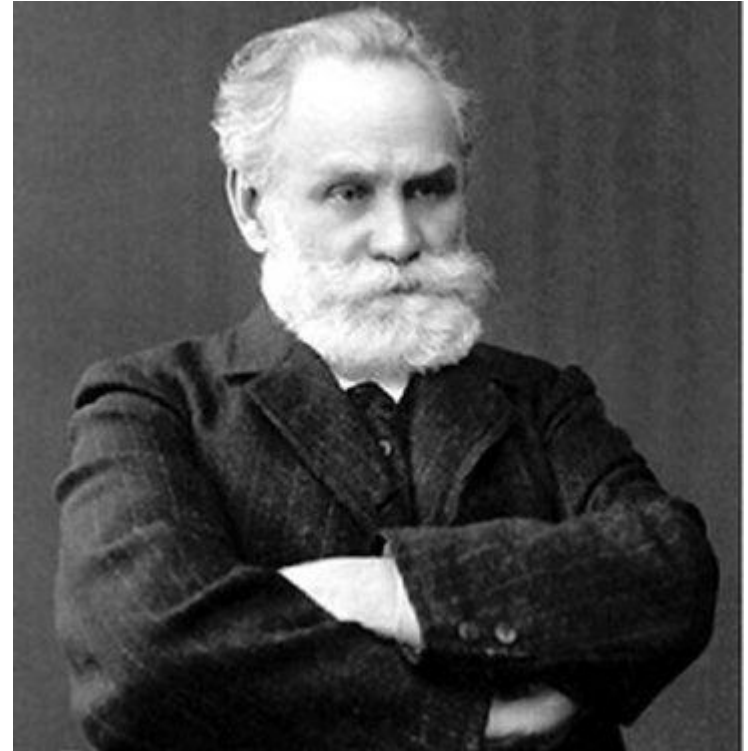
Ф. Александер расширил эту идею, предположив, что не только отдельный симптом, но и весь патологический процесс может быть вызван специфическим психологическим стимулом.

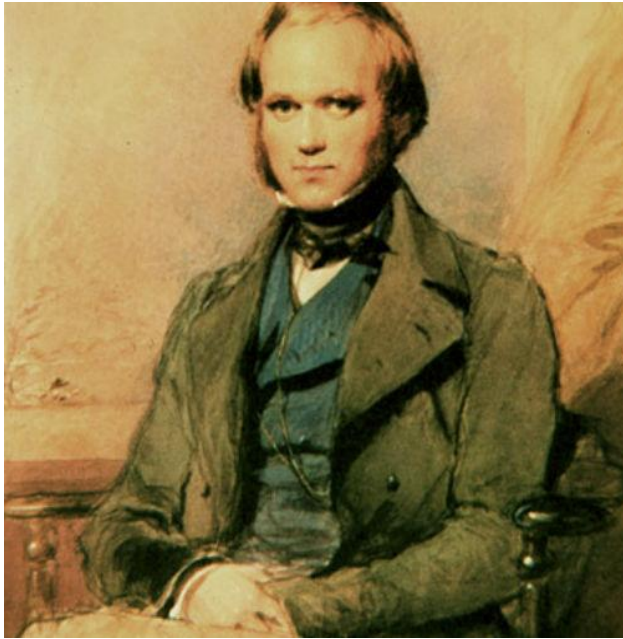
В своей статье он утверждал, что психологический фактор не столько вызывает само поражение желудочно-кишечного тракта, сколько запускает процесс гипо- или гиперсекреции желудочного сока, а также изменяет двигательную активность и давление крови в кишечнике.

Гипотеза о специфичности, выдвинутая Ф. Александером, опиралась на три базовых положения.

- 1. Психологический конфликт сочетается с физиологическими и биохимическими факторами, предрасполагающими к заболеванию.**
- 2. Бессознательный конфликт активизируется под влиянием особо значимых жизненных событий.**
- 3. Сопровождающие внутриличностный конфликт негативные эмоции выражаются на физиологическом уровне, что и приводит в конечном итоге к развитию болезни.**

Таким образом, теория Ф. Александера непротиворечиво объединила три основные достижения психологии первой четверти XX в.: фрейдовскую концепцию о бессознательном внутриличностном конфликте, исследования кортиковисцеральных процессов в школе И. П. Павлова и теорию эмоций У. Кэннона, согласно которой эмоции выступают информационным посредником между организмом и средой, запуская процессы кортиковисцерального взаимодействия для восстановления привычного эндокринного баланса, нарушенного под воздействием стрессовых жизненных событий.





Мысль о специфичности психосоматических реакций возникла у Ф. Александера под влиянием работы Ч. Дарвина «Выражение эмоций у человека и животных». Как известно, Ч. Дарвин постулировал, что каждая эмоция выполняет функцию выражения определенного физиологического состояния организма. Соответственно, в рамках концепции эмоций У. Кэннона, получается, что какова эмоция, возникающая на стрессовое событие, такова и ответная физиологическая реакция: каждая эмоция может вызвать только определенное, специфичное только ей, физиологическое состояние организма.

Основное содержание теории психосоматической специфичности.

1. Психологические факторы, вызывающие соматические расстройства, имеют специфическую природу: ведущий симптом болезни прямо связан с одним из двух психологических факторов: эмоционально конфликтное неосознаваемое (т. е. вытесненное) отношение личности к самой себе или к окружающей среде.

2. Психические процессы, протекающие на осознаваемом уровне, играют только подчиненную роль в развитии и динамике заболевания, маскируя истинную причину соматического расстройства. Осознанно проявляемые пациентом негативные эмоции страха, гнева, агрессии, как правило, имеют острый реактивный характер, они непродолжительны по времени, проявляются спонтанно, поскольку не вступают в конфликт с требованиями Супер-Эго, а потому такие эмоции не могут вызывать изменений в органической структуре. Другое дело, когда эти же эмоции подавляются из-за их несовместимости с представлениями о собственной личности и не находят спонтанного выражения. Тогда они ведут к хронической иннервации — установлению длительных по времени кортиковисцеральных динамических связей, вызывая длительные нарушения функционирования внутренних органов.

3. Ситуативные жизненные переживания, как правило, также оказывают скоротечное влияние на организм пациента. Поэтому для установления психосоматического характера заболевания необходимо обращать внимание не на текущие эмоциональные проблемы, а учитывать весь жизненный путь пациента, поскольку только предшествующий опыт отношений со значимыми людьми может объяснить болезненную реакцию этого человека на конкретную травмирующую ситуацию.

В современной клинической психологии под психосоматическими расстройствами вслед за Ф. Александером понимают объективно диагностируемые органические поражения, в возникновении которых, по крайней мере у части пациентов, существенную роль играют психологические и поведенческие факторы. В отечественной клинике их нередко называют «психогенными». Психические нарушения, которые сопровождают психогенные органические заболевания, обычно являются слабовыраженными и длительно существующими (например, продолжительное беспокойство, хронические эмоциональные конфликты, постоянно возникающие дурные предчувствия и т. п.).

Сегодня насчитывается около 14 типов расстройств, связанных с влиянием психологических факторов:

- стенокардия, нарушения сердечного ритма, сердечные спазмы;**
- бронхиальная астма;**
- болезни соединительной ткани (ревматоидный артрит, системная красная волчанка);**
- головные боли (мигрень);**
- гипертония;**
- гипотония;**
- синдром гипервентиляции, сопровождающий паническое и тревожное расстройство, а также тахикардию;**
- воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, синдром раздраженной толстой кишки);**
- болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ (сахарный диабет, гипогликемия, тиреотоксикоз, глюкозурия, изменения гормонального метаболизма (особенно адренокортикотропного гормона));**
- нейродермит;**
- ожирение;**
- остеоартрит;**
- язва двенадцатиперстной кишки;**
- аллергические расстройства.**

Сегодняшние последователи теории психосоматической специфичности акцентируют этиологическую роль переживания **тяжелой утраты как пускового фактора соматического заболевания, а также роль совокупных изменений, резко меняющих привычный ритм жизни или систему базовых представлений (**«картину мира»**) человека. Причиной здесь выступают психологический стресс и вызываемые им нарушения адаптивных возможностей организма.**

является то, что люди в течение жизни создают сильные эмоциональные связи с другими. Реальное или символическое, мнимое отлучение от этих фигур и приводит к психосоматическим нарушениям.

Отношения привязанности по значимости сопоставимы с пищевым и сексуальным поведением. В ходе здорового личностного развития привязанность вначале устанавливается между ребенком и родителями, а затем — между взрослыми. Привязанность сопровождается поведением заботы о значимой фигуре, особенно во время болезни, переживания стресса, в старости. Потеря партнера по отношениям привязанности вызывает горе. Угроза такой потери — тревогу. Обе эти ситуации могут породить враждебность, направленную вовне или на себя.

Люди, пережившие потерю значимой фигуры, реагируют протестным поведением и отличаются настойчивыми отчаянными попытками обрести потерянный объект. Затем отчаяние прекращается, появляется безнадежность, выражающаяся в апатии и уходе от контактов. Человек становится внешне спокойным, но отвергает заботу окружающих, личность становится центрированной на себе. В качестве психологической защиты развивается тенденция к исключению определенных видов информации, связанной с потерянным объектом. Защитное исключение порождает внутренний конфликт и чувство вины с частичным или полным отдалением от фигуры привязанности. И на этой базе развивается психосоматическое расстройство. Как собственно источник стресса здесь рассматривается только фаза протеста с ее постоянными неуспешными попытками восстановить утраченные отношения. Но и восстановление отношения привязанности с другими лицами часто скрывает повышенную чувствительность к будущим травмам подобного рода.

В качестве условий, способствующих закреплению болезненных реакций на потерю значимого объекта, рассматриваются паттерны семейных отношений, которые были в семье до потери значимого объекта и которые возникли после нее. Для взрослых пациентов важным предметом анализа также становится изучение обстоятельств жизни после потери.



Еще одной теорией, развившейся из идеи психосоматической специфичности Ф. Александера, стала концепция **алекситимии. **Алекситимия** («нет слов для выражения чувств») является психологической характеристикой, с которой связана неспособность словесно определить и описать возникшее чувство.**



Неидентифицированное чувство вызывает физиологическое напряжение, вызывающее изменение на соматическом уровне. Человек не может различить собственно чувство и телесное ощущение и фокусирует свое внимание на телесных ощущениях, что только усиливает напряжение и приводит к соматическим нарушениям вследствие психофизиологической перегрузки. Из-за того, что сильная эмоция не подвергается вербальной символизации и, следовательно, остается недоступной сознанию, она начинает непосредственно воздействовать на организм, причиняя неблагоприятные последствия.



На психологическом уровне алекситимия проявляется снижением способности к символизации, скудостью содержания фантазий и других проявлений воображения, большим фокусированием на внешней стороне событий, а не на внутренних переживаниях в связи с ними.

Алекситимия может возникать как психологическая защита на эмоциональный стресс («вторичная алекситимия») и развиваться в отсутствие психофизиологических механизмов (биохимический дефицит), отвечающих за функции воображения («дефицитарная алекситимия»).

Теория психосоматического Эго опирается на постулированное З. Фрейдом существование в структуре личности психического и телесного «Я». Телесное «Я» рассматривалось им как представленность («проекция») телесных функций в психической сфере, как феномен восприятия процессов, происходящих в теле. Те функции и части тела, которые по каким-либо причинам отвергаются человеком, — вытесняются в сферу бессознательного, т. е. не входят в его личностную идентичность. Энергия, исходящая от этого участка тела или функции, начинает стремиться к реализации и, сталкиваясь с такой психологической защитой «Я» от бессознательных импульсов как сопротивлением, приводит к расстройству вытесняемой телесной функции.

психосоматической концепции немецкого психотерапевта Г. Аммона . Психосоматическое расстройство понимается здесь как проявление аномального личностного развития вследствие неблагоприятных («патогенных») отношений с матерью в периоде раннего детства. С точки зрения психоаналитической концепции развития, в первые месяцы жизни ребенок не ощущает себя отдельным от матери существом. Мать воспринимается младенцем как неотъемлемая часть его тела, которое еще не имеет четко осознаваемых границ, а потому ребенок оказывается не в состоянии различать свои собственные телесные функции. Следовательно, мать и дитя образуют некое психосоматическое единство, живя в диадном симбиозе. Поэтому главной задачей развития в младенчестве является распознавание и структурирование своих собственных потребностей и телесных функций, что оказывается возможным только в условиях соответствующей заботы со стороны матери, обеспечивающей телесный контакт, еду и уход.



Неструктурированное Эго младенца может развиваться в двух направлениях в зависимости от характера отношений с матерью. «Хорошая» мать, обеспечивающая достаточную любовную заботу, адекватно реагирует на сигналы, идущие от ребенка. Она распознает актуальные для младенца телесные и эмоциональные потребности и удовлетворяет их подобающим образом. Если ребенок голоден, мать предоставляет ему еду. Если ребенок нуждается в смене пеленок после совершения туалета, она их меняет. Если ребенок испытывает дискомфорт, мать устраняет неприятный фактор. Если он хочет почувствовать тепло и уют, мать отвечает заботой и лаской. Адекватное реагирование со стороны матери наряду с эмоционально насыщенным общением, в ходе которого младенец усваивает модальность отношения к нему, позволяют ребенку составить правильную телесную схему своего тела и сформировать мотивацию к его познанию. Тем самым ребенок переходит в стадию первичного нарциссизма, завершающуюся формированием развитого телесного «Я». На основе развитого телесного «Я» складывается личностный механизм восприятия своего тела, а также определяются условия удовлетворительного взаимодействия «Я» с внешним миром.

частичную беспомощность в реагировании на сигналы ребенка. Она не в состоянии адекватно распознать, о каких неудовлетворенных потребностях сигнализирует ей младенец, не уделяет ему достаточно внимания и заботы. Между матерью и ребенком устанавливается односторонняя коммуникация. Она адекватно реагирует только на отдельные телесные потребности, острую материальную нужду или явную болезнь. Не понимая эмоциональных запросов со стороны ребенка, она интерпретирует его недовольство как каприз, поскольку материальные потребности ею удовлетворены. Любую спонтанную экспрессию ребенка такая мать воспринимает как оскорбление своих материнских чувств («Ну, чего же тебе еще нужно от меня?!»). Это жестко контролирующая и одновременно постоянно покидающая (если ее ожидания не оправдываются)

Как результат, у ребенка в такой системе отношений с матерью складывается дефектное, разорванное телесное «Я», в котором представлены только отдельные, изолированные телесные функции, поскольку мать реагировала на одни и те же потребности не всегда, а только в случае крайней нужды. Не представленные в телесном «Я» функции начинают проявлять себя в виде болезненных симптомов, поскольку у ребенка не оказывается другого пути «достучаться» до своей матери. Параллельно с этим у ребенка развивается гиперактивность и происходит патологическая трансформация изначально конструктивной агрессии по отношению к неудовлетворяющей его потребности матери на свое собственное тело (поскольку ребенок усваивает негативное отношение к этому телу со стороны матери).

Таким образом, психосоматическое расстройство, согласно концепции Г. Аммона, есть результат отрицательного отношения индивида к отдельным элементам своего «Я», вызванного неконструктивными отношениями со значимыми людьми из ближайшего окружения. Возникновение психосоматических реакций на травмирующие жизненные события оказывается связанным здесь с неразвитой способностью человека устанавливать четкие границы своей идентичности, разделять свое и чужое мнение о самом себе. По образному выражению Г. Аммона, психосоматик вместо вопроса, обращенного к самому себе: «Кто Я?», пытается добиться от других ответа на вопрос: «Что со мной происходит?». Тем самым через болезнь он уходит от своей подлинной к «ложной» идентичности, постоянно колеблясь между тотальной зависимостью от значимых других и озлобленностью на эту свою зависимость. В современной психодинамической концепции психосоматические расстройства этиологически не сводимы к конверсионному (невротическому) расстройству, а занимают промежуточное положение между невротами и психозами.

Невротическое конверсионное расстройство развивается в уже развитом Эго во время или после прохождения фазы разрешения Эдипова комплекса, когда чувство соперничества или обиды на значимого человека возникает в ситуации морального запрета на спонтанное выражение негативных чувств и приводит к ощущению покинутости. Симптом сигнализирует здесь о неспособности невротика к адекватному взаимодействию с ближайшим окружением. При этом имеется четкое разграничение своего «Я» и «Я» других людей. И отсутствуют объективные органические нарушения (расстройство носит только функциональный характер).

Психотические расстройства трактуются в психодинамической школе как потеря контакта с внешним окружением вследствие нарушения архаической структуры Эго. При этом весь опыт и поведение человека полностью определяются воображаемым чувством безграничной власти или страха уничтожения, которые воспринимаются как реальные. Нарушения архаической структуры Эго касаются несформированности отдельного восприятия психической и объективной реальностей, из-за чего мечты, страхи, фантазии и навязчивости психотика проецируются на окружающую среду без учета принципа реальности.

Психосоматические расстройства связаны с нарушенными отношениями с матерью на самых ранних этапах развития и сохранением психотравмирующих отношений с близкими на протяжении всей жизни. Из-за этого у психосоматиков развивается аутовраждебное и жестокое Супер-Эго, превращающее чувства телесного «Я» в нечто «чужое», «не свойственное» личности, низкое и отвратительное. Поэтому психосоматические симптомы имеют компенсаторную функцию и выступают эквивалентом психотической дезинтеграции Эго, когда бессознательные самодеструктивные силы (энергия и негативный аффект) замыкаются в ограниченной сфере соматической болезни, сохраняя человеку психическое здоровье. Другими словами, психосоматические расстройства связаны с частичной дезинтеграцией Эго только на уровне телесного «Я», тогда как психотические расстройства характеризуются тотальной дезинтеграцией Эго.

Отличительной чертой истинных психосоматических расстройств от конверсионных расстройств является то, что психосоматический симптом обязательно сопровождается объективными органическими поражениями. Выводом, который следует из такой трактовки психосоматических расстройств, можно считать то, что «уход в органическую болезнь» нередко служит естественной защитой от развития психотического расстройства. Данный вывод подкрепляется свидетельствами К. Юнга, Г. Дрейфуса и В. Кютемейера, что у психотиков нет психотических реакций во время обострения органических заболеваний. В процессе жизни у психосоматиков может наблюдаться феномен смещения соматических нарушений в процессе медицинской терапии (когда вместо одного устраненного симптома возникает другой), пока, наконец, смещение не перейдет в психическое расстройство, характерное для психотических реакций, что обусловлено промежуточностью положения психосоматозов между неврозами и психозами.

Г. Аммон дает следующую психологическую характеристику действительных психосоматических больных.

- 1. Они не видят связи между соматическими симптомами и проблемами, которые они испытывают в жизни.**
- 2. Иногда они выглядят как шизоидные личности, однако оживляются, как только у них появляется возможность поговорить о своих соматических расстройствах. Они требуют к себе повышенного внимания и заботы, демонстрируют потребность в симбиотической зависимости. Если эти потребности не удовлетворяются, они выглядят подавленными, предъявляют различные претензии к окружающим, но одновременно не испытывают реального интереса к другим людям и вещам.**

Идеи теории психосоматического Эго получили альтернативную интерпретацию у сторонников антропологического метода в психологии, главным представителем которого является В. Вайцзеккер (V. Weizsacker). Вместо анализа опыта отношений в раннем детстве антропологические психологи предлагают поиск символического смысла соматических расстройств в субъективной истории жизни человек: болезнь есть сигнал об экзистенциальном кризисе жизни.



Теория «жизненных кризисов» по сути исходит из психоаналитических представлений о стадиях формирования личности, однако включает в себя и эволюционные представления о биологической адаптации, и эпигенетический подход Э. Эриксона. Кризисы определяются здесь и как большие события, и как кардинальные жизненные изменения, «поворотная точка судьбы».

Возникновение психосоматического расстройства в период жизненного кризиса зависит от дисбаланса между трудностью и личной значимостью проблемы, с одной стороны, и с отсутствием ресурсов для ее разрешения, с другой. Рост напряжения проявляется в «приступе» тревоги, страха, вины, стыда, наступающего из-за ощущения зависимости от воли обстоятельств. В своем течении кризис проходит очерченные фазы.

ГДЕ СПРЯТАНЫ НЕГАТИВНЫЕ ЭМОЦИИ?



ЗАВИСТЬ
голова

СТРАХ
горло

ТОСКА
сердце

ОБИДА
грудь

РАЗДРАЖЕНИЕ
селезенка

ГНЕВ
печень

ЖАДНОСТЬ
желудок

УНЫНИЕ
поджелудочная
железа

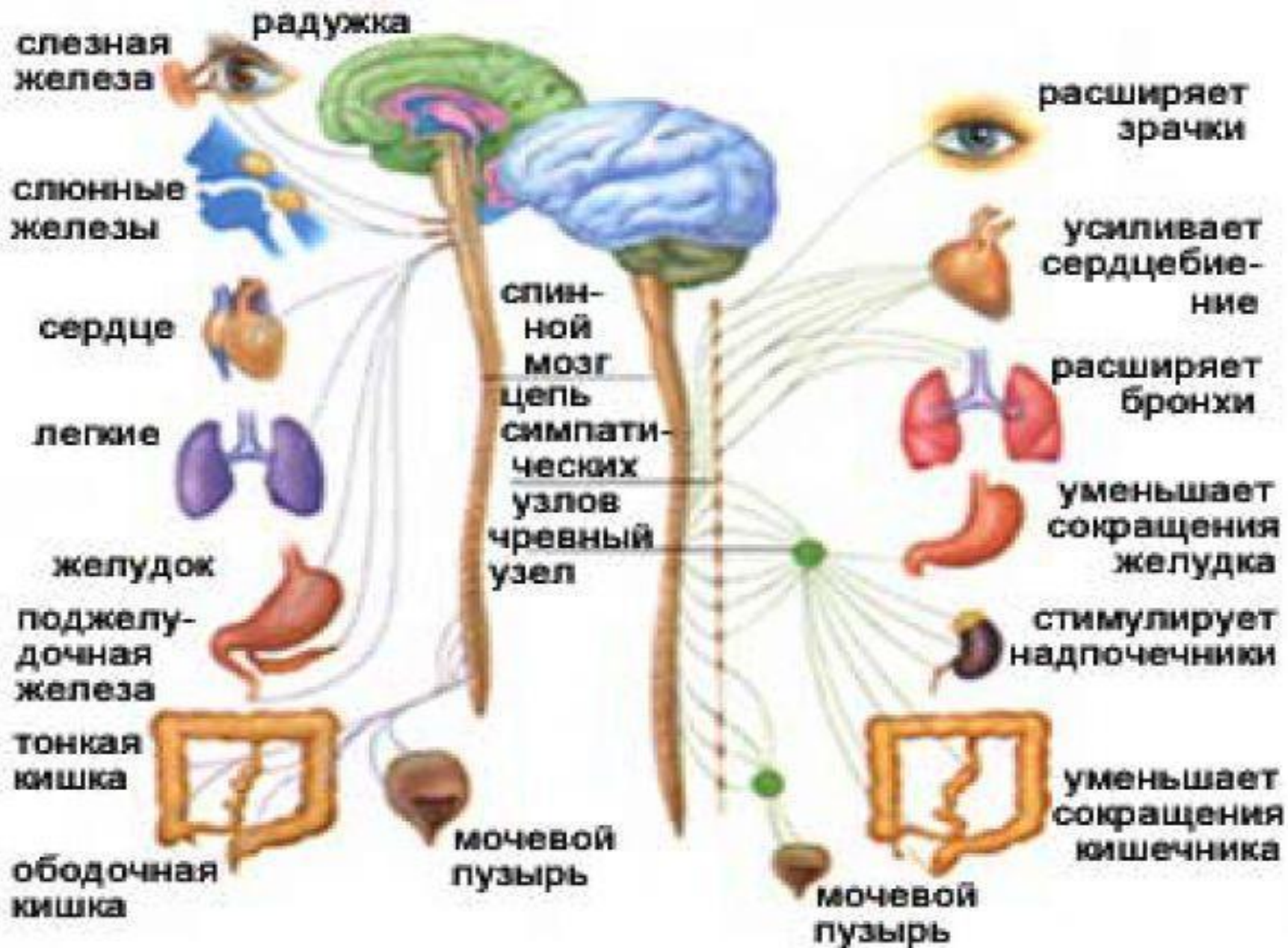
РЕВНОСТЬ
половые органы

НЕРЕШИТЕЛЬНОСТЬ
ноги

- 1. Первоначальный рост напряжения с попыткой использовать привычное решение проблемы.**
- 2. Отсутствие успеха, сопровождающееся ростом напряжения, «приступа» и чувства неэффективности.**
- 3. Дальнейший рост напряжения с мобилизацией всех внутренних и внешних ресурсов, поиском новых методов решения проблемы.**
- 4. Если проблема не решается или не делается попыток изменения прежних подходов к ее решению (продолжение привычного образа жизни и игнорирование его неэффективности), нарастает внутриличностная дезорганизация, которая результируется в заболевании.**

Таким образом, заболевание в рамках этой концепции можно рассматривать и как сигнал организма о необходимости жизненных перемен или изменения позиции личности по отношению к имеющейся проблеме.

Базовые теоретические положения кортиковисцеральной концепции психосоматических расстройств были сформулированы И. П. Павловым (1849-1936). В этой концепции психическое понимается в рамках нейробиологической парадигмы, что определяет специфическую трактовку соотношения психики и тела (сомы). Понятие психики здесь содержательно подменяется идеей «нервизма» о том, что «психика» есть не более чем эпифеномен нервных процессов, в которых нейронные импульсы передаются в двух направлениях: от коры на периферию и обратно. Нервные процессы являются составной частью процессов органических. Следовательно, любые нарушения в «нисходящих» нейронных цепях (от коры к внутренним органам) могут вызывать расстройства органического уровня. По мнению И. П. Павлова, характер протекания нервных процессов может определять характер течения соматической болезни, потому что ядро этой болезни (органическое нарушение) обрастает функциональными наслоениями эмоционального плана, которые способны маскировать или даже изменять направленность органического процесса. В качестве примера им приводились свидетельства улучшения самочувствия больного на фоне прогрессии соматического расстройства или, напротив, значительного утяжеления самочувствия при медленном развитии патологического процесса.



В отечественной клинической психологии исследование психосоматических отношений долгое время развивалось на основе кортиковисцеральной концепции.

Основоположниками кортиковисцеральной теории патогенеза соматических болезней в России стали психиатры Быков и Курцин. В центре внимания этой теории были соматические нарушения, возникающие при невротических расстройствах. Эти нарушения рассматривались как психофизиологическое сопровождение имеющихся у пациентов эмоциональных проблем.

Изменения, возникающие у «невротиков» в анатомо-физиологических системах, объяснялись наличием в их организме до определенного времени скрыто протекающих («до-клинических») патологических процессов, которые только лишь проявляли себя под триггерным («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.

психологического конфликта сторонники кортиковисцеральной концепции рассматривали как случайное совпадение, поскольку основной причиной расстройства они считали силу возбуждения в нейронных цепях, которая воспринимается человеком как сильное эмоциональное переживание. Соматическое расстройство в таком случае может возникнуть только в том случае, если в момент сильного переживания в каком-то органе тела по роковому стечению обстоятельств было неудовлетворительное функциональное состояние. Другими словами, ослабленная в момент переживания физиологическая система («слабое звено») вовлекается в патологический процесс, независимо от психологического смысла внутриличностного конфликта или проблемы, вызвавшей сильные переживания. Таким образом, психосоматические отношения в нейробиологической трактовке понимаются либо как влияние эмоций, сопровождающих уже имеющееся расстройство, на динамику патологического процесса, либо как поломку «слабого звена» в морфологической структуре организма под действием сильного аффекта. Отдельно выделяется и запускающая функция эмоций в развитии патологического процесса.



термин «психосоматическое» имеет принципиально иное содержание, чем в психодинамических теориях психосоматических отношений, чего нельзя не учитывать при сравнении этих направлений в клинической психологии. Само определение павловского подхода к проблеме психосоматики указывает на то, что под психикой здесь понимается психофизиологическая активность высшего отдела центральной нервной системы — коры (cortex), а под телом (сомой) — внутренние органы тела (viscera). При этом полагается, что все внутренние органы имеют свое представительство в коре головного мозга. По мнению современных сторонников кортиковисцеральной концепции, влияние коры больших полушарий на внутренние органы опосредуется лимбико-ретикулярной, вегетативной и эндокринной системами.

Трактовка психики как интегральной высшей функции мозга (ЦНС) переводила понятие «психосоматика» в плоскость взаимодействия нервного и соматического аспектов жизнедеятельности организма, представляя соотношение психики и тела как психофизиологический процесс. При таком понимании психосоматических отношений можно было говорить об их двунаправленности: не только от психических процессов (под которыми понималась активность коры и вообще ЦНС) к телу, но и наоборот — от тела к психическим процессам. Другими словами, речь могла идти уже и о так называемых «соматопсихических» расстройствах, под которыми понимались нарушения психической (а точнее — психофизиологической) деятельности в условиях соматического заболевания.

было заложено в нашей стране трудами психиатров С. С. Корсакова, П. Б. Ганнушкина, В. А. Гиляровского, Е. К. Краснушкина. В рамках этого направления клинико-психологических исследований было установлено, что имеются два пути патогенного влияния соматической болезни на психику: собственно соматогенный (интоксикационное воздействие на ЦНС) и психогенный (острая реакция личности на заболевание и его последствия).

Действительно, хроническое соматическое заболевание существенно изменяет социальную ситуацию развития личности: изменяются возможности в осуществлении тех или иных видов деятельности, игры, ограничивается круг контактов с окружающими, корректируется видение своего места в жизни, изменяется восприятие времени. Все это может приводить к снижению волевой активности, изменению мотивационного компонента деятельности и поведения, сужению круга интересов и общему оскудению личности.

Е. Т. Соколова и В. В. Николаева обращают внимание на важный механизм соматопсихических отношений — механизм «замкнутого круга». Он заключается в том, что нарушение, первоначально возникающее в соматической сфере, вызывает психопатологические реакции, дезорганизирующие личность, а эти реакции, в свою очередь, выступают причиной последующих соматических нарушений. Эта идея также раскрывается в понятии «психосоматического цикла», когда периодическая актуализация психологических проблем и связанных с ними длительных или интенсивных переживаний приводит к обострению хронического соматического расстройства или формирует новый соматический симптом.

1. Жалобы, основные проявления (симптомы)

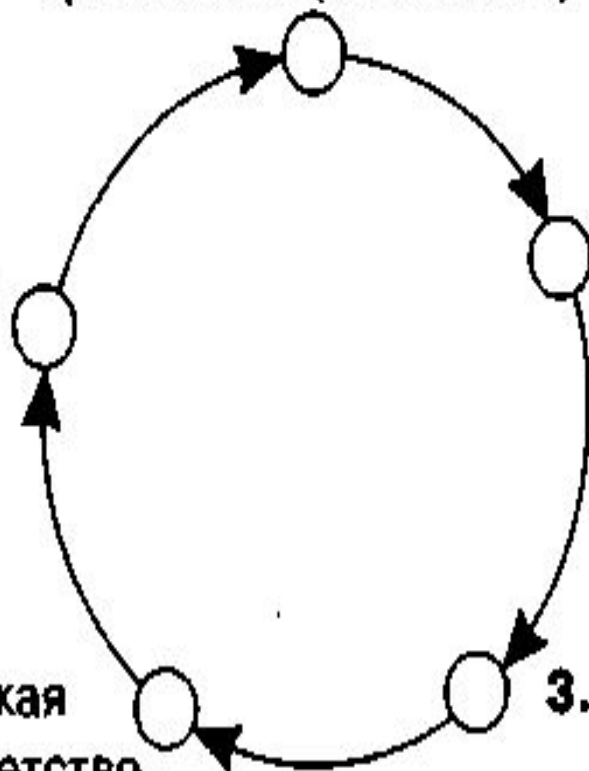
2. Точное время появления жалоб

Соматическое исследование

3. Жизненная ситуация к началу жалоб (все изменения, срывы), ситуация при рецидивах

4. Анамнестическая ретроспектива (детство, отношение к родителям, профессия, сексуальность и др.)

5. Картина личности и ее конфликты

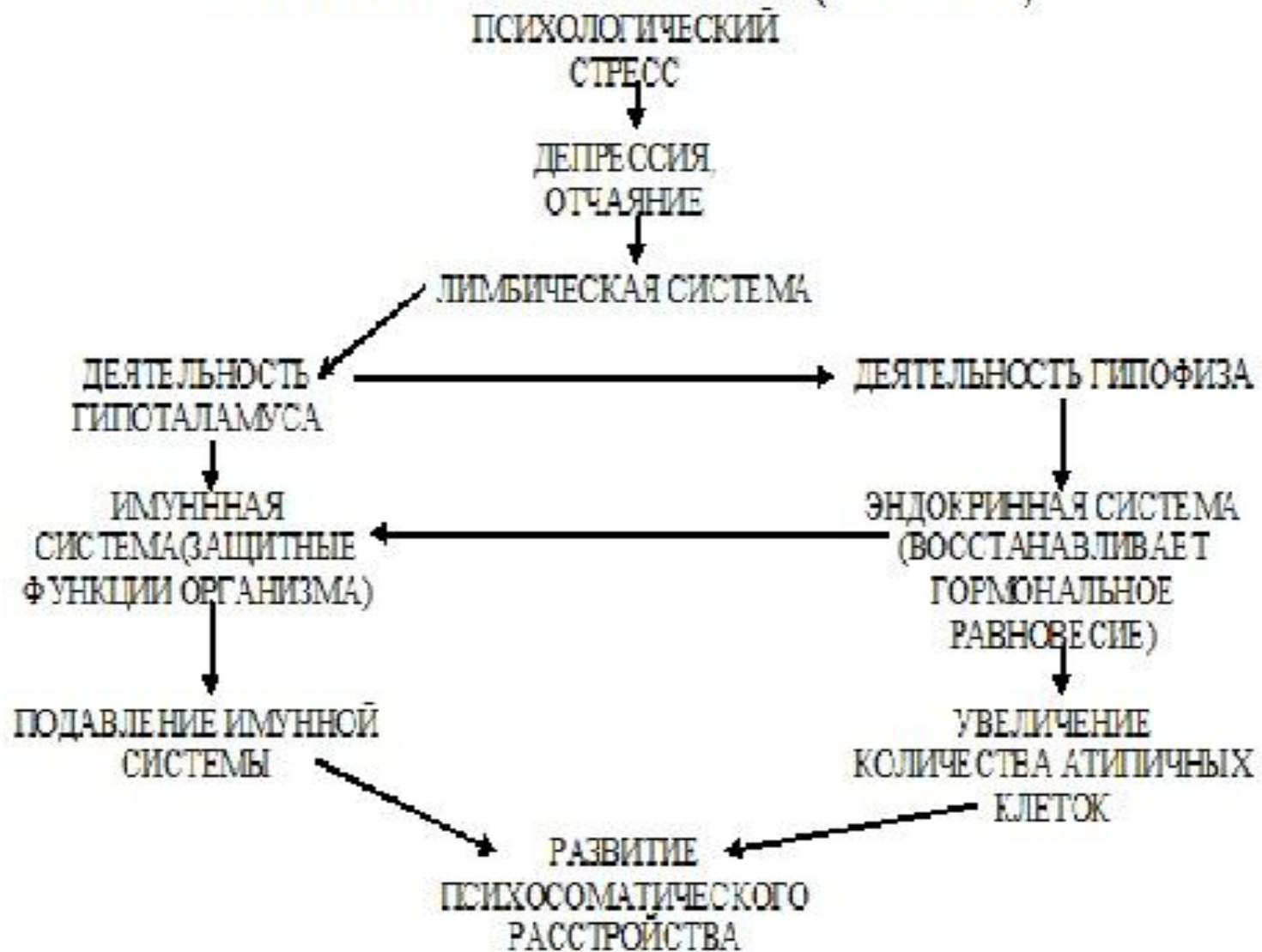


В последнее время разрозненные положения всех рассмотренных концепций психосоматических расстройств объединяются в рамках биопсихосоциальной модели болезни Дж. Энгеля (G. L. Engel). Психосоматическое расстройство следует рассматривать как функцию множества факторов, среди которых психологические играют ведущую этиологическую роль с учетом конкретных жизненных обстоятельств конкретного человека. К факторам, отвечающим за развитие психосоматических расстройств, относятся:

- врожденная конституция тела, работа эндокринных, физиологических и нервных систем;**
- родовые травмы;**
- органические заболевания в детстве, в результате чего определенный орган становится уязвимым;**
- тип ухода за ребенком в детстве (как убаюкивали, приучали к туалету, кормили, общались и т. п.);**
- случайные физические травмы в детстве;**
- случайный опыт психотравмирующих переживаний в детстве;**
- эмоциональный климат в семье в сочетании с личностными качествами родителей и сиблингов (братьев и сестер);**
- физические травмы во взрослом возрасте;**
- взрослый опыт психотравмирующих переживаний в личных и профессиональных отношениях.**

**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.**

СХЕМА РАЗВИТИЯ СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЫЗВАННОГО НЕРВНЫМ ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЕМ (СТРЕССОМ)



С 1980 г. для обозначения соматических симптомов, которые имеют исключительно функциональную природу, но при этом у пациента не удается обнаружить значимых психологических факторов (например, таких, которые перечислены с вышеприведенном списке Дж. Поллока), введено понятие соматоформных расстройств.

Главным отличием соматоформных расстройств от психосоматических является то, что при соматоформных расстройствах функциональные или незначительные органические нарушения сопровождаются чрезмерной тревогой за свое физическое здоровье. Общим для всех соматоформных расстройств актуальным психологическим состоянием является остро выраженная потребность во внимании и заботе со стороны тех, кому предъявляются жалобы. Чрезмерная озабоченность состоянием своего здоровья обычно связана с психосоциальными и эмоциональными проблемами человека. Но отягчающих психологических факторов при этом не обнаруживается. Например, психологически благополучный ребенок, испытывающий текущие неразрешимые проблемы в отношениях со сверстниками в школе или плохо подготовленный к предстоящей контрольной работе, в случае соматоформного расстройства может жаловаться на учащенное сердцебиение, неприятные ощущения за грудиной, повышенную температуру, боль во внутренних органах или в голове, иметь нарушения стула, мочеиспускания, дыхания, страдать от частых приступов метеоризма, кашля, одышки.



К соматоформным расстройствам также относятся постоянную озабоченность возможностью заболевания несколькими или одним, но обязательно тяжелым, соматическим расстройством (ипохондрия). А также — соматизированные симптомы в виде повторных приступов рвоты, боли в животе, кожного зуда, жжения, покалывания, онемения, нарушений сексуальных функций, сопровождающиеся отчетливой тревогой и депрессией.

Соматоформные расстройства часто возникают у таких детей, которые живут в семьях с тяжело больным родственником. В этом случае соматоформные реакции на текущие психосоциальные или эмоциональные проблемы могут подкрепляться родителями и другими родственниками из опасения за возможную угрозу здоровью ребенка. Низкая толерантность к физическим нагрузкам также является одним из индикаторов возможных соматоформных реакций. Такие дети стараются избегать физических перегрузок, мотивируя это тем, что нагрузки вызовут у них обострение плохого самочувствия. Они озабочены стремлением «беречь силы».

Перегрузки или стресс также способствуют возникновению соматоформных расстройств.

Среди психиатров бытует мнение о том, что в случае соматизированных расстройств речь может идти о так называемой «ларвированной депрессии». Между соматоформными симптомами и депрессией действительно существует значимая корреляция, однако, как указывает В. Риф, соматоформные симптомы часто возникают задолго до появления депрессивных признаков. Кроме того, у них не обнаружено общих биологических нарушений, поэтому высокие корреляции депрессии и соматизации еще не говорят о том, что соматоформные реакции обязательно связаны с депрессивными расстройствами. Возможно, здесь имеется взаимовлияние разных факторов: люди с соматоформными расстройствами часто ограничивают сферу жизнедеятельности, что способствует развитию в дальнейшем депрессии. И наоборот — лица с депрессиями склонны к искаженному восприятию телесных ощущений.

В рамках соматопсихического направления в советской клинической психологии разрабатывалась концепция «субъективной картины болезни», автором которой стал отечественный психолог А. Р. Лурия. Он развил идеи А. Гольдшейдера об «аутопластической [А. Гольдшейдер различал «аллопластическую картину болезни», отражающую органические и функциональные (объективные) изменения, связанные с заболеванием, и «аутопластическую картину болезни», т. е. субъективные представления о ней.] картине болезни», сделав акцент на зависимости формирования устойчивости к заболеванию и характера течения болезни от активности отношения больного к своему заболеванию, к собственному внутреннему миру и к окружающей реальности.



Для изучения субъективной стороны расстройства в клинической психологии используется целый ряд терминов: «переживание болезни», «сознание болезни», «соматонозогнозия». Каждое из этих понятий выделяет какую-то одну из сторон психологической реакции на болезненное состояние. «Переживание болезни» делает акцент на эмоциональной стороне отношения человека к своему расстройству. «Сознание болезни» — на рациональном компоненте отношения, интеллектуальной интерпретации своего состояния. «Соматонозогнозия» — на познавательной оценке степени тяжести прогноза своего состояния, оценке значения болезни во временной перспективе (кем был до болезни, кем являюсь сейчас, что со мной будет). Понятие внутренней картины болезни охватывает все три аспекта отношения человека к расстройству здоровья.

В. В. Николаева предлагает выделять в структуре внутренней (субъективной) картины болезни следующие уровни:

- сензитивный (болезненные ощущения и состояния);**
- эмоциональный (непосредственные эмоциональные реакции на болезненные ощущения и эмоциональные реакции на последствия болезни в жизни человека);**
- интеллектуальный (знания о болезни и оценка своего состояния);**
- мотивационный (возникновение новых мотивов и перестройка прежней мотивационной структуры).**

Р. Конечный и М. Боухал предлагают выделить во внутренней картине болезни также и волевою сторону, связанную со стремлением совладать с болезнью.

Содержание субъективной картины болезни зависит от влияния ряда факторов:

- характер расстройства (острое или хроническое, наличие или отсутствие боли, косметических дефектов, сохранение или ограничение прежних возможностей в поведении и деятельности и т. п.);**
- обстоятельства жизни с расстройством (появление новых проблем, стигматизация, дискриминация и т. д.);**
- личностные особенности пациента;**
- социальный статус до развития расстройства.**

Клинико-психологический анализ субъективной картины болезни осуществляется в терминах психопатологических нарушений, регистрируемых в каждой из сторон. С понятием субъективной картины болезни в отечественной клинической психологии связана вся система отношений личности пациента, включая поведенческие паттерны ее проявления. В зависимости от содержания внутренней картины болезни у личности могут развиваться разнообразные типы отношения к своему заболеванию, среди которых наиболее часто выделяют следующие

Тип отношения	Краткая характеристика отношения
Адекватное	Отношение соответствует объективному состоянию: без преувеличения или недооценки. Нежелание обременять окружающих тяготами ухода за собой, переключение на доступные сферы деятельности.
Пренебрежительное	Недооценка своего состояния
Отрицающее	Активное игнорирование наличия расстройства.
Аггравирующее	Преувеличение степени тяжести своего состояния.
Ипохондрическое	Погружение, «уход» в болезнь, сосредоточенность только на своем расстройстве.
Рентное	Использование своего состояния для манипулирования другими людьми с целью получения моральных или материальных выгод.
Безразличное	Пассивное принятие своего состояния, утрата интереса ко всему, что интересовало ранее.

Знание структуры внутренней картины болезни позволяет выбрать адекватную программу психокоррекционных мероприятий, направленную либо на снятие дискомфортных ощущений, либо на изменение модальности переживаний, либо на активизацию усилий по конструктивному приспособлению к болезненному состоянию, либо на коррекцию когнитивных установок и способов рационализации своего состояния.

Общими целями психологического сопровождения человека с хроническим соматическим расстройством выступают:

- предоставление адекватной информации о болезни;**
- эмоциональная поддержка (родственников, специалистов, сверстников, «товарищей по болезни»);**
- развитие и поощрение навыков самообслуживания в различные моменты и этапы болезни для избегания «выученной беспомощности»;**
- постановка новых адекватных текущему и прогнозируемому состоянию жизненных целей и задач.**

**Считается, что тип
реагирования на соматическое
заболевание связан, в первую
очередь, с оценкой пациентом его
тяжести. При этом можно
говорить о существовании
феномена «объективной
тяжести болезни» и
«субъективной тяжести
болезни»**

Термины объективная и субъективная заключены в кавычки поскольку практически невозможно количественно оценить тяжесть заболевания, нельзя составить реестр тяжести болезней. Однако, позволительно в рамках этно- и социокультуральных особенностей, уровня развития медицины говорить о том, что некоторые заболевания тяжелее других (к примеру, на основании критерия летальности, вероятности инвалидности и потери трудоспособности).

Параметр пола человека несомненно оказывает влияние на субъективное отношение к болезни и формирование типа реагирования на заболевание. К особенностям, имеющим корреляции с полом человека можно отнести известные факты лучшей переносимости женщинами болевого ощущения, состояний длительной ограниченности движений или обездвиженности. Этот факт может быть объяснен как психофизиологическими особенностями пола, так и психологическими традициями роли женщины и мужчины в определенных обществах и культурах.

Возрастные особенности человека также существенны при формировании субъективного отношения к болезни и становления определенного типа реагирования на нее. Известно, что для каждой возрастной группы существует свой реестр тяжести заболеваний — своеобразное распределение болезней по социально-психологической значимости и тяжести.

Для детей, подростков и молодежи наиболее тяжелыми в психологическом отношении оказываются болезни, которые изменяют внешний вид человека, делают его непривлекательным. Связано это с системой ценностей, расстановкой приоритетов, имеющихся у молодого человека, для которого наивысшую ценность приобретает удовлетворение основополагающей потребности — «удовлетворенность собственной внешностью». Таким образом, наиболее тяжелые психологические реакции могут вызывать болезни, не носящие с медицинской точки зрения угрозы для жизни. К ним относятся любые болезни, негативно, с точки зрения подростка, изменяющие внешность (кожные, аллергические), калечащие травмы и операции (ожоги). Ни в каком другом возрасте не наблюдается столь тяжелые психологические реакции человека на появление у него на коже лица фурункулов. Ярким примером отражения психологической значимости внешности для самоутверждения подростка и молодого человека и реагирования его на внешнюю непривлекательность, связанную с болезнями, может служить существование только в данной возрастной группе такого психопатологического синдрома как дисморфомания.

тяжело будут реагировать на хронические и инвалидизирующие заболевания. Это связано также с системой ценностей, и отражает устремленность человека зрелого возраста удовлетворять такие социальные потребности, как потребность в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности и пр. Именно удовлетворение подобных потребностей может быть заблокировано появлением любой хронической или приводящей к инвалидности болезни. Психологически тяжелыми для лиц зрелого возраста являются такие болезни как онкологические, хронические соматические болезни и т.д.

Второй повышенно значимой группой заболеваний для зрелого человека считаются т.н. «стыдные» болезни, к которым обычно относят венерические и психические заболевания

Для пожилых и престарелых людей наиболее значимыми являются болезни, которые могут привести к смерти. Инфаркт, инсульт, злокачественные опухоли страшны для них не тем, что могут приводить к потере трудо- и работоспособности, а тем, что ассоциируются со смертью.

Человек, особенно зрелого возраста, очень часто оценивает тяжесть болезни, исходя из влияния симптомов заболевания на его настоящую и будущую трудоспособность. Значимым становится профессионально обусловленная ценность того или иного органа. К примеру, оперный певец может более тяжело психологически относиться к ангине или бронхиту, чем к гастриту и язве желудка. Это связано с тем, насколько существенно влияют симптомы болезни на качество исполнения профессиональных обязанностей. Для спортсмена или человека, занятого активным физическим трудом, повышенно значимым может оказаться скорее остеохондроз позвоночника, нежели депрессия, а для человека творческой профессии — наоборот. Высоко вероятно, что машинист башенного крана более остро будет переживать гипертоническую болезнь и церебральный атеросклероз с частыми кризами и симптомом головокружения, чем контролер.

По определению, темперамент — это характеристика индивида со стороны динамических особенностей его психической деятельности, т.е. темпа, ритма и интенсивности отдельных психических процессов и состояний. К значимым для выработки определенного типа психического реагирования на заболевание параметрам темперамента можно отнести эмоциональность, переносимость боли, как признак эмоциональности и ограничения движений и обездвиженности, отражающий параметр активности.

Существуют две противоположные семейные традиции воспитания субъективного отношения к болезням — «стоическая» и «ипохондрическая». В рамках первой ребенок постоянно поощряется за поведение, направленное на самостоятельное преодоление недугов, плохого самочувствия. Его хвалят, когда он, не обращая внимание на имеющуюся боль, продолжает заниматься тем, чем занимался до ее возникновения. «Стоическая» традиция основывается на девизе: «Не хнычь». Противоположна ей семейная традиция формирования сверхценного отношения к здоровью. Когда родителями поощряется внимательное отношение к состоянию своего здоровья, тщательность в оценке болезненных проявлений, выявления у себя первых признаков заболевания. В семье ребенок обучается при малейшем изменении самочувствия обращать собственное внимание и внимание окружающих (вначале родителей, а затем воспитателей, учителей, супругов и пр. лиц) на болезненные проявления. Девизом в подобном случае служит выражение: «Будь бдителен, в противном случае заболеешь и умрешь».

ценностные ориентации человека, его морально-нравственные критерии и иные социально обусловленные феномены. В первую очередь, из личностных особенностей, влияющих на формирование субъективного отношения к болезни следует отметить мировоззрение и философская позиция по поводу смысла жизни и жизни после смерти. Психологические реакции на заболевание разнятся у глубоко верующих людей и воинствующих атеистов. Чаще первые более адекватно, психологически комфортно относятся к болезням, ведущим к смерти («бог дал, бог взял»). Вторые же нередко реагируют на появившуюся болезнь, которая может привести к утрате трудоспособности или даже к смерти, обидой. Они начинают искать виновников заболевания, создают вокруг себя враждебную обстановку и сами психологически неадекватно реагируют на все.

Выделяется несколько мировоззренческих установок в отношении происхождения заболеваний:

- болезнь как кара
- болезнь как испытание
- болезнь как назидание другим
- болезнь как расплата за грехи предков

Другой группой мировоззренческих установок является представление о болезнях как вызванных наследственными или средовыми причинами:

- болезнь как неизбежность
- болезнь как стечение обстоятельств
- болезнь как собственная ошибка

Третья мировоззренческая платформа оценки механизмов происхождения заболеваний базируется на мистическом подходе к процессам этиопатогенеза:

- болезнь вследствие зависти
- болезнь вследствие ревности

Классификация 13 типов психологического реагирования на заболевание по А.ЕЛичко.

Гармоничный. Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации — переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе — сосредоточение внимания, забот, интересов, на судьбу близких, своего дела.

При гармоничном типе психического реагирования важным является *реализм* в восприятии симптомов и понимании тяжести заболевания. При этом пациент должен опираться в своих реакциях на известные науке (медицине) факты о возможности излечения от конкретной болезни, о происхождении симптомов и пр. *Активности* человека противостоит при дисгармоничных типах психического реагирования пассивность, при которой пациент как бы «вручает себя медицинскому работнику», не прилагая собственных усилий для оздоровления. Пациент при пассивном отношении расценивает свой организм как аппарат, машину, технический механизм, вещь, которую он сдает в ремонт и пассивно ожидает возврата вещи «как новенькой». Несомненно значимым является и *нежелание заболевшего обременять других тяготами ухода за собой*, что вытекает из принципиальных положений гармоничного характера и личности. Гармоничный пациент понимает, что с появлением у него болезни близкие ему люди обрели новую дополнительную заботу. Он, как гармоничный человек не вправе требовать от них этой заботы. Он может лишь ожидать ее и принимать в том объеме, который они готовы ему предоставить.

Тревожный. 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, вероятных осложнениях, методах терапии, непрерывный поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение прежде всего тревожное, угнетенность — вследствие этой тревоги.

Тревожный тип психического реагирования на заболевания является одним из типичных. Он базируется на появляющейся в связи с заболеванием и изменением обыденного течения жизни. Тревога проецируется в будущее и вызвана часто опасениями, что болезнь надолго и существенно изменит привычный стереотип жизни. Проявлением тревоги может быть повышенный интерес пациента к медицинской литературе, придирчивость к медицинскому персоналу, нацеленность на перепроверку получаемых от врачей сведений о его болезни.

Ипохондрический. Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

Пациент с ипохондрическим типом реагирования склонен к эгоцентризму. Он не способен сдержаться при беседе с любым человеком и обращает внимание собеседника на необычность и тяжесть имеющихся болезненных признаков. Ипохондрик испытывает облегчение, если собеседник относится к нему участливо и сочувственно. Кроме того, при таком типе реагирования появляется склонность к детализации своего самочувствия при описании его врачам или иным слушателям. Мотивом подробного изложения собственных жалоб является страх упустить что-то важное, существенное для понимания специалистом его состояния и правильной диагностики. Негативную реакцию ипохондрика вызывает недоверие к его жалобам со стороны окружающих, их упреки в симуляции и преувеличении тяжести расстройства с целью извлечь из этого выгоду.

Меланхолический. Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных. Меланхолический, или депрессивный тип реагирования на болезнь нередко обусловлен имеющейся у пациента негативной информацией о возможности излечения от недуга. Нередко, он встречается у медицинских работников в силу их разнообразных знаний, полученных в процессе обучения и практики. Нацеленность на худший исход, неспособность видеть и использовать механизмы само-генеза приводят к пессимистической оценке-будущего, неверию в возможность излечения и суицидальным намерениям.

Апатический. Полное безразличие к своей судьбе к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало. Апатический тип психического реагирования правильнее обозначить как *гипопатический*, поскольку истинного и полного безразличия у пациента не отмечается. Как правило, безразличие обусловлено депрессией и фиксацией на собственном состоянии. У пациента пропадает интерес и активность в отношении всех сторон жизни за исключением здоровья.

Неврастенический. Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, при неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В-последующем — раскаяние за беспокойство и несдержанность. Неврастенический (правильнее — *астенический*) тип реагирования является наиболее распространенным и неспецифическим ответом организма и личности на заболевание. Его основой является раздражительность, которая захватывает как физические явления (яркий свет, громкие звуки, резкие запахи), так и отношение окружающих. Пациент становится капризным, требовательным. Он ищет ласки, участия, успокоения. Склонен к вспышкам гнева, если его ожидания в отношении поведения окружающих не оправдываются («Вы специально шумите, хотите меня в гроб свести», «Вам безразлична судьба мамы»).

Обсессивно-фобический. Тревожная мнительность прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы. При обсессивно-фобическом реагировании на болезнь доминирующими становятся *навязчивые мысли, опасения и, особенно, ритуалы*. Пациент становится суеверным. Он придает особое значение мелочам, которые превращаются для него в своеобразные символы (к примеру, расценивает шансы своего излечения в зависимости от того, в каком порядке войдут в его палату врач и медицинская сестра; от того, троллейбус какого маршрута подойдет к остановке раньше). Невротические ритуалы связаны с повышенной тревожностью пациента и направлены на защиту от них.

Сенситивный. Чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

Основой сенситивного отношения к болезни является рефлексивный стиль мышления, ориентация на мнение и оценку окружающих. В связи с этим существенным становится не собственные болезненные или неприятные ощущения вследствие болезни, а реакция на информацию о болезни со стороны референтной группы. Такие пациенты склонны к извиняющемуся стилю поведения. Они нередко в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу или медицинской сестре («Зачем их отвлекать по пустякам») даже в случаях угрожающего для жизни состояния. Отмечается робость, застенчивость, повышенная скромность таких пациентов.

Эгоцентрический. «Уход в болезнь», выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы — все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». В других людях» также требующих внимания и заботы, видят только «конкурентов» и относятся к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.

Эгоцентрический тип реагирования иногда обозначают истерическим, поскольку основным мотивом поведения человека становится привлечение к собственной персоне внимания окружающих. «Бегство в болезнь*» нередко используется ими для упреков и шантажа окружающих. Жалобы описываются больными очень красочно и сопровождаются манерной жестикуляцией и выраженной мимикой. Эмоции пациента носят гротескный характер.

Эйфорический. Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само собой все обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течение болезни. Эйфорический тип отражает беспечность человека в отношении собственного здоровья. Он становится наигранно весел, болтлив, суетлив. Подобное реагирование может носить защитный характер или отражать характерологические особенности.

Анозогнозический. Активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях. Непризнание себя больным. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание «обойтись своими средствами».

Непризнание себя больным и отрицание наличия у себя симптомов болезни (анозогнозия) встречаются довольно часто. Они могут отражать внутреннее неприятие статуса больного, нежелание считаться с реальным положением вещей. С другой стороны, они могут отражать заблуждение человека по поводу значимости признаков болезни. Активное непризнание себя больным встречается, например, при алкоголизме, поскольку способствует уклонению от лечения.

Эргопатический. «Уход от болезни в работу». Даже при тяжести болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало продолжать работу. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследованию так, чтобы это оставляло возможность продолжения работы.

Некоторые пациенты расценивают любой недуг через призму вызова своему «Я». Поэтому они стараются не поддаваться болезни, активно перебарывают себя, преодолевают недомогание и боли. Их позиция заключена в том, что нет такого заболевания, которого нельзя было бы преодолеть своими силами. При этом часто такие пациенты являются принципиальными противниками лекарств («Я за свою жизнь ни разу анальгетиков не принимал», — с гордостью говорят они).

Паранойяльный. Уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

Паранойяльный (в данном контексте — бредоподобный) тип реагирования отражает мировоззренческую позицию заболевшего, усматривающего тайный смысл его болезни и причин ее возникновения. Он возникает преимущественно на базе личностных особенностей.

Особое место в соматопсихическом направлении занимает проблема отношения к своему расстройству или дефекту у людей-инвалидов. В настоящее время концепция инвалидности опирается на культурно-историческую теорию развития психики, что качественно изменило стереотипные представления о закономерностях и механизмах функционирования телесного «Я». Тело всегда наделено не только личностным, но и культурным смыслом и значением, оно выступает центральным компонентом личностной идентичности и одним из основных способов проявления личностных качеств и характеристик в социальном взаимодействии и общении.

В культурном пространстве существуют идеальные образцы мужского или женского тела, по отношению к которым общество определяет «патологические» и «неестественные» тела. Поэтому люди с телесными дефектами, выступающими внешними знаками определенных соматических расстройств (например, ДЦП, полиомиелит и т. п.) чувствуют себя «неправильными», «инакими» и подвергаются со стороны окружающих людей стигматизации (stigma — бросающийся в глаза признак патологии, клеймо позора). Стигматизация — это процесс приписывания отрицательных черт или выделение из общества посредством дискриминации из-за наличия у человека признака какого-либо расстройства или из-за отклонения от социальных норм. Стигматизации подвергаются как раз такие телесные черты, которые не соответствуют культурным стандартам тела.

Стигматизированные люди-инвалиды исключаются из социального пространства здоровых людей, т. е. маргинализируются. Психологическим механизмом маргинализации является страх здоровых людей перед «нетипичным» дефектным телом, не соответствующим социальным ожиданиям и доминирующим идеалам. Встреча с телесным дефектом напоминает здоровым людям об угрозе собственному телесному благополучию, актуализирует перенос возможных вследствие болезни проблем с больного человека на здорового. Во многом страх, сопровождающий такую встречу, связан с распространенными социальными представлениями о дефекте как признаке слабости, пассивности, зависимости.

Вследствие маргинализации и стигматизации у людей-инвалидов часто развивается чувство неполноценности, оказывающее влияние на весь жизненный путь личности. Иногда наличие дефекта как внешнего проявления соматического расстройства может стать причиной невротических и личностных расстройств, которые вполне вписываются в психодинамическую концепцию конверсионных и психосоматических расстройств.

являются наиболее характерными для инвалидов. В структуре их личности четко прослеживается фобический компонент. Страхи могут быть вполне обоснованными, однако в значительной мере они преувеличенные и внушенные, имеют парадоксальное содержание: одновременно отражают актуальное и возможное состояния человека. Так, человек может страдать от дефицита общения, испытывать страх одиночества и одновременно бояться предстоящих встреч с другими людьми. Среди инвалидов нередок страх выздоровления в связи с возможной, по их мнению, утратой любви и повышенного со стороны значимого окружения, а также из-за необходимости возвращения к обычной жизни, к которой они чувствуют себя не готовыми. Ощущение острого дефицита знаний, умений, навыков, необходимых для жизни в обществе, осознание ограниченности своих физических возможностей и юридических прав в связи со статусом инвалида нередко приводит к фиксации на мыслях о бессмысленности дальнейшего существования.

Проблема несоответствия телесного «Я» идеальным стандартам особенно остро переживается в 5-7-летнем и подростковом возрастах. Начиная с 6-7 лет, на первое место выходят переживания по поводу социальной заброшенности, незащищенности, общественного пренебрежения.

Инвалидность ребенка часто заставляет родителей следовать гиперопеке в ущерб другим воспитательным стратегиям, что только способствует психосоциальной дезадаптации детей-инвалидов и еще больше инвалидизирует их, поскольку тактика гиперопеки формирует у детей состояние «выученной беспомощности» и чувство низкой «самоэффективности».

«Выученная беспомощность» — понятие, введенное М. Селигманом, — в общих чертах сводится к тому, что ребенок-инвалид, который в условиях гиперопеки часто сталкивается с ограничениями собственного контроля в различных жизненных ситуациях, перестает стараться влиять на результат своих усилий не только в этих конкретных ситуациях, но также и в тех новых ситуациях, в которых он может обходиться без посторонней помощи. У детей-инвалидов, воспитывающихся по типу гиперопеки, формируется три вида личностного дефицита: мотивационный, когнитивный и эмоциональный. Сначала у ребенка-инвалида редуцируется мотив пытаться справиться с возникающими трудностями, поскольку ситуация всегда контролируется родителями или педагогами. Редуцированный мотив преодоления трудностей приводит к снижению когнитивных способностей оценки жизненных ситуаций, что делает ребенка-инвалида беспомощным в непривычной среде обитания, в которой нет родительского или педагогического контроля. Осознание своей навязанной (родителями и педагогами) ограниченности в способностях самостоятельно совершать даже посильные поступки приводит к развитию сниженного эмоционального фона настроения и даже депрессии.

Понятие «самоэффективности», введенное А. Бандурой, означает убежденность человека в своей способности мобилизовать мотивацию, когнитивные и поведенческие возможности, чтобы соответствовать требованиям жизненных ситуаций. Чувство самоэффективности связано не с имеющимися у ребенка умениями и навыками, а с его представлениями о том, чего он сможет добиться при наличии доступных для него умений. Даже если у ребенка сформированы доступные, адекватные его состоянию и необходимые для самостоятельной жизни навыки и умения, главной детерминантой их практического использования будет именно представление об ожидаемой эффективности их применения: сколько сил будет затрачено на решение проблемы, как долго удастся выдерживать напряжение в стрессовой ситуации. В условиях гиперопеки эти представления не формируются, поскольку обучение навыкам и умениям носит «тепличный» характер, не соответствующий характеристикам реальных ситуаций, в которых оказывается ребенок-инвалид (в реальных ситуациях проблемы за него стремятся разрешать именно родители или педагоги).

Выделяют четыре фактора, влияющие на формирование чувства самоэффективности:

- достигнутые результаты (успех в прошлом дает высокие ожидания результативности текущих действий, тогда как прошлые неудачи снижают эти ожидания);**
- косвенные переживания (впечатления от успеха или неудачи других детей);**
- словесное убеждение (самоэффективность повышается, когда авторитетное лицо — родитель или педагог — убедительно говорят о том, что ребенок в состоянии справиться с ситуацией);**
- эмоциональная активация (чувство тревоги и напряжения снижает ощущение самоэффективности).**

Инвалиды с низкой самоэффективностью в большей мере склонны к преувеличению трудностей и чаще демонстрируют неумение их преодолеть. Ощущение низкой самоэффективности также способно провоцировать развитие депрессии или ее усиление. С состоянием выученной беспомощности и чувством самоэффективности связаны и такие личностные черты, как локус контроля и воспринимаемая управляемость.

локус контроля — это представление ребенка о том, где осуществляется контроль над значимыми событиями в его жизни: внутри него самого или во внешней среде. В зависимости от воспитания и отношения к ребенку-инвалиду у него может формироваться внутренний или внешний локус контроля. В условиях гиперопеки как основного стиля взаимодействия с инвалидом последний связывает успешность своих действий только с действиями других людей, поэтому он реже будет стремиться самостоятельно преодолевать трудности, а значит, у него не будет достаточного опыта для развития чувства самоэффективности. Для развития внутреннего локуса контроля со стороны родителей и педагогов необходимо использовать значимые для ребенка-инвалида подкрепления его самостоятельной активности: например, таким подкреплением может быть достижение значимой для ребенка цели. При этом важно иметь в виду, что развитие внутреннего локуса контроля совсем не обязательно должно быть связано с непременной реализацией всех намеченных ребенком действий, чтобы он мог трезво оценивать свои физические возможности и способности и тем самым сформировать адекватные представления о собственной самоэффективности.

Выученная беспомощность, самоэффективность и локус контроля вместе составляют такую интегральную личностную характеристику ребенка-инвалида как воспринимаемая управляемость. Воспринимаемая управляемость — это общее представление человека о своей способности управлять процессом собственной жизни. Психологически комфортное состояние ребенка-инвалида (т. е. отсутствие у него утомления, тревоги, депрессии, а также субъективное чувство физического благополучия) зависит от того, насколько предъявляемые к нему требования сочетаются с простором для принятия решений или возможностью быть самостоятельным.

У детей перечисленные особенности состояния инвалидности значительно более выражены, чем у взрослых, поскольку у них еще не до конца сформированы волевой и мотивационный компоненты личности. Следовательно, целенаправленная работа психолога с родителями и педагогами, взаимодействующими с детьми-инвалидами, особенно консультирование по воспитательным стратегиям, приобретает особенное значение.

Важным фактором, определяющим специфику отношения к собственной инвалидности у ребенка, является социальная поддержка. Социальная поддержка включает в себя создание для ребенка-инвалида широкой, стабильной сети социальных контактов, которая характеризуется совместным проживанием и проведением досуга с другими детьми и взрослыми, наличием друзей, членством в клубах и общественных объединениях. В зависимости от целей, социальная поддержка может быть разноуровневой и включать как сообщество только детей-инвалидов, так и смешанные сообщества детей-инвалидов и здоровых детей. Эмоциональная поддержка, как правило, более эффективна в гомогенных группах детей-инвалидов, имеющих сходный дефект, тогда как повышение уровня социальной адаптации более эффективно в гетерогенных группах. Однако мало просто поместить ребенка-инвалида в группу здоровых детей. Без соответствующей психосоциальной работы со здоровыми детьми и взрослыми, направленной на развитие у них толерантности к «иным» другим людям, контакты с ними ребенка-инвалида могут дать обратный эффект: вместо социальной поддержки вызвать глубокое разочарование.

Г. Гершик и А. Миллер выделяют у инвалидов две возможные стратегии личностного реагирования на телесный дефект: переосмысление, уверенность и отказ. Переосмысление предполагает осознание ребенком невозможности соответствовать идеальному образу тела и создание индивидуальной интерпретации своих телесных характеристик. Ребенок-инвалид выбирает из культурного идеала тела только те характеристики, которые соответствуют его актуальным возможностям, и тем самым создает личный идеальный конструкт, рассматривая его как один из возможных вариантов доминирующего идеального типа.

образцу телесности без учета реальных возможностей ребенка-инвалида. Такие дети находятся в постоянном конфликте с самими собой. Ориентируясь на недостижимые телесные стандарты, они надеются добиться признания себя другими людьми не в качестве инвалида, а в качестве «такого же, как и все». При этом они всегда наталкиваются на еще большее подчеркивание своей «инакости» и неспособности соответствовать общепринятому идеалу. Как результат, у них развивается двойная идентичность: «фасадная» (для других) и «внутренняя», которые находятся в антагонистическом конфликте друг с другом. У таких детей вырабатывается очень жесткая установка на обязательное соответствие идеалу по принципу «всегда и везде», без учета реальных возможностей и ситуации. Психосоциальная адаптация детей с такими реакциями осложняется тем, что в нашем обществе из-за социальных запретов, стереотипов и практики сегрегации (разделения институтов социализации, проведения досуга и т. п. для детей-инвалидов и не-инвалидов) ребенку-инвалиду практически невозможно на практике реализовать телесные стандарты, на которые ориентируются здоровые люди.

телесности выражается в стремлении сконструировать свой собственный идеал тела, ограничив круг общения только теми людьми, которые этот идеал разделяют вместе с ребенком-инвалидом. Они начинают считать доминирующий в культуре идеал как «неправильный», непригодный для практических жизненных целей; они обесценивают те телесные характеристики, которые считают ценными и важными здоровые дети, или даже вообще отрицают ценность тела в межличностных отношениях и в конструировании собственной идентичности: «важен человек, а не какое у него тело». По сути реакции отказа отражают сопротивление негативному образу инвалидности, который имеется у здорового окружения ребенка. Это реакции протеста против навязчивого милосердия, жалости и благотворительности, которые не столько помогают ребенку-инвалиду (как это представляют себе здоровые люди — педагоги, родители, психологи), сколько подчеркивают невозможность его принятия в широкий социальный контекст общения по причине наличия дефекта и формируют состояние «выученной беспомощности», особенно в плане развития инициативности и в принятии решений о своей судьбе.

*спасибо за
внимание!*