

# Психосоматическая проблема



Появление термина «психосоматический», согласно литературе, относится к 1818 г. (Хайнрот), а термина «соматопсихический» — к 1822 г. (Якоби), но сами вопросы соотношения соматического (телесного) и психического (духовного) являются одними из древнейших в философии, психологии, медицине

Группы:

**Психосоматозы в узком смысле-**  
ишемическую болезнь сердца,  
гипертоническую болезнь, язвенную болезнь  
желудка и двенадцатиперстной кишки,  
бронхиальную астму и др.

**Психосоматические реакции-**  
кратковременный ответ на стрессовые  
события.

**Психосоматозы в широком смысле слова-**  
склонность людей к получению травм.

# Направления психосоматики

**Психоаналитическое направление.** Хотя Фрейд в своих работах никогда не использовал термин «психосоматическая медицина» и его личный вклад ограничен концепцией конверсионных нарушений, то есть символического значения телесных изменений при конверсионной истерии, сама разработка психосоматической концепции, основанной на психоаналитическом подходе, принадлежит его коллегам.

Гроддек в дискуссиях с Фрейдом доказывал, что органические заболевания в конечном счете имеют психологическую природу. Он полагал, что телесное заболевание связано с Оно, с «силами, которые руководят нашей жизнью, пока мы думаем, что мы руководим ими».

Ференци разработал близкую этому взгляду концепцию «символического языка органов» и использовал психоанализ как средство понимания болезни и метод ее лечения. Соматическая болезнь в его интерпретации — это трансформация нереализованной сексуальной энергии в нарушение функций вегетативных систем по механизму истерической конверсии в соответствии с фантастической эротической символикой.

Наиболее заметной фигурой в психоаналитической трактовке психосоматической проблемы является Александер. Он приехал в США из Германии сложившимся психоаналитиком, в 1939 г. основал Чикагский психоаналитический институт, где положил начало первым систематическим исследованиям психосоматических взаимоотношений в психоаналитическом аспекте. Он изучал роль психических факторов в этиопатогенезе желудочно-кишечных, дыхательных, а потом и сердечно-сосудистых расстройств.

В 1934 г. Александер сформулировал принципы, которые легли в основу концепции специфичности.

1. Психические факторы, вызывающие соматические расстройства, имеют специфическую природу и включают определенное эмоциональное отношение пациента к окружению или к собственной личности. Правильное знание этих причинных факторов может быть приобретено в ходе психоаналитического лечения.

2. Сознательные психологические процессы пациента играют подчиненную роль в причинах соматических симптомов, пока такие сознательные эмоции и тенденции могут быть свободно выражены. Подавление эмоций и потребностей вызывает хроническую дисфункцию внутренних органов.

3. Актуальные жизненные ситуации пациента обычно оказывают только ускоряющее воздействие на расстройства. Понимание причинных психологических факторов может основываться лишь на знании развития личности пациента, так как только оно может объяснить реакцию на острую травмирующую ситуацию.



По Александру, 3 фактора важны в этиологии психосоматических расстройств :

1. унаследованная или рано приобретенная органическая или системная недостаточность,
2. психологические паттерны конфликта и формируемая в раннем детстве защита,
3. актуальные жизненные ситуации.

**Антропологическое направление.** В этом случае к изучению психосоматических явлений и психосоматической патологии подходят с позиций анализа бытия. Сохраняет свое значение поиск символического смысла физических болезненных расстройств, хотя исследование этого смысла осуществляется уже не психоаналитически, а специальным антропологическим методом. Представители антропологического направления, свою задачу видят в понимании смысла болезненного симптома в связи с духовной экзистенцией больного, а сама болезнь рассматривается как экзистенциальное бедственное состояние во внутренней истории жизни человека.

Смысл симптомообразования, утверждает Вайзеккер, важнее, чем определение соматической формы его проявления. И психоаналитики, и антропологи ведущим в своей работе считают глубинно-психологический анализ истории переживаний больного с целью понимания содержательного смысла болезни и нет принципиальной разницы в том, каким путем они это делают.

## **Концепция профиля личности.**

Точка зрения, утверждающая наличие профилей личности, имеющих диагностическую, прогностическую и терапевтическую значимость, обычно связывается с исследованиями Данбар, представленными в получивших широкую известность монографиях «Эмоции и соматические изменения», «Психосоматический диагноз».

В англо-американской литературе разных лет описывались характерные личностные профили для больных грудной жабой, гипертонической болезнью, бронхиальной астмой, язвенной болезнью желудка, спастическим колитом, ревматоидным артритом, мигренью и др.

## **Концепция алекситимии.**

В настоящее время внимание исследователей привлечено к так называемому алекситимическому радикалу в структуре преморбидной личности, как одному из возможных психологических факторов риска психосоматических расстройств. Разрабатывают методики определения уровня алекситимии у больных с психосоматическими заболеваниями, а также психотерапевтические методы, направленные на снижение алекситимии путем преодоления определяющих ее личностных черт.

Термин «алекситимия» ввел Сифнеос в 1973 г. В своей работе, опубликованной еще в 1968 г., он описал наблюдавшиеся им особенности пациентов психосоматической клиники, которые выражались в утилитарном способе мышления, тенденции к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях, обедненной фантазиями жизни, сужении аффективного опыта и, особенно, в трудностях подыскать подходящее слово для описания своих чувств. Алекситимия буквально обозначает: «без слов для чувств»

Алекситимия является психологической характеристикой, определяемой следующими когнитивно-аффективными особенностями:

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

Для объяснения синдрома алекситимии и ее роли в формировании психосоматических расстройств Неймиах выделил две модели: «отрицания» и «дефицита».

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

Однако, как показывает клинический опыт, у многих больных с психосоматическими нарушениями алекситимические проявления необратимы, несмотря на длительную, интенсивную и искусную глубинную психотерапию. Такие больные остаются тотально неспособными на аффект и фантазию. Для них более приемлемой представляется модель дефицита.

«Психосоматической медицине» в отечественной науке была противопоставлена кортико-висцеральная теория патогенеза болезней внутренних органов, явившаяся конкретным применением учения Павлова о высшей нервной деятельности к клинике внутренних болезней.

Создатели ее Быков и Курцин к кортико-висцеральной патологии относили заболевания внутренних органов, возникающие при «наличии невротического состояния коры головного мозга, со всеми характерными для него чертами и особенностями».

В этом, писали они, и состоит разграничительная линия между заболеваниями, относящимися к кортико-висцеральной патологии, и болезнями другой этиологии (инфекция, травма и пр.), которые также могут сопровождаться нарушениями функций коры головного мозга.

Генез самых разнообразных заболеваний внутренних органов и систем стал напрямую увязываться с первичным нарушением деятельности коры больших полушарий. Подобная трактовка природы психосоматических соотношений не могла не привести к мысли о фактической беззащитности висцеральных систем от психогенных воздействий.

Зарубежные ученые подчеркивают, что соматические, в том числе психосоматические, пациенты являются малоперспективными для психотерапевтического воздействия, особенно для психоанализа (Сифнеос).

Пытаясь объяснить трудности в использовании психотерапии при лечении соматических больных и считая, что основной из них является сложная природа психосоматических заболеваний, Карасу конкретизирует некоторые из этих трудностей.

К их числу он относит: роль собственно соматических (биологических) механизмов и их проявления; личностные характеристики, представления и защитные механизмы пациента, имеющие прямое отношение к лечебной мотивации и поведению во время лечения (например, выраженное сопротивление пациента, отрицание им роли психологических механизмов болезни и др.); негативное значение контрпереносных реакций у самих интернистов и психотерапевтов.

Все это приводит к тому, что эффективная психотерапия таких пациентов становится трудноосуществимой или неосуществимой задачей.

Современные представления о сущности концепции болезни предполагают учет всей совокупности изменений, затрагивающих как биологический уровень нарушений (соматические симптомы и синдромы), так и социальный уровень функционирования пациента со сменой ролевых позиций, ценностей, интересов, круга общения, с переходом в принципиально новую социальную ситуацию со своими специфическими запретами, предписаниями и ограничениями

Современные представления о сущности концепции болезни предполагают учет всей совокупности изменений, затрагивающих как биологический уровень нарушений (соматические симптомы и синдромы), так и социальный уровень функционирования пациента со сменой ролевых позиций, ценностей, интересов, круга общения, с переходом в принципиально новую социальную ситуацию со своими специфическими запретами, предписаниями и ограничениями

Николаева отмечает еще один важный механизм соотношений между психическим и соматическим уровнями функционирования человека — механизм «замкнутого круга». Он заключается в том, что нарушение, возникающее первоначально в соматической сфере, вызывает психопатологические реакции, дезорганизирующие личность, а они, в свою очередь, являются причиной дальнейших соматических нарушений. Так, по «замкнутому кругу», развертывается целостная картина заболевания.

Наиболее ярким примером механизма «замкнутого круга» является реакция на боль, часто встречающаяся в клинике внутренних болезней. Под воздействием боли и хронического физического дискомфорта у пациентов с тяжелыми соматическими расстройствами развиваются разнообразные эмоциональные нарушения. Длительные аффективные состояния меняют параметры физиологических процессов, переводя организм в иной режим функционирования, связанный с напряжением адаптивных систем. Хроническое напряжение адаптивных и компенсаторных механизмов в конце концов может приводить к формированию вторичных соматических нарушений.