

Психотерапия лиц с психосоматическими и соматоформными расстройствами

к.м.н., доцент кафедры
практической психологии Вят ГГУ
Врач-психотерапевт ДС № 3 КОКПБ
Им. академика В.М. Бехтерева
Маринчева Л.П.

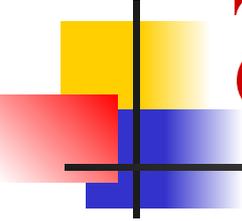


Диагностические критерии психосоматических расстройств (F 54) по МКБ-10

F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах

Общие диагностические указания

- А. Настоящая диагностическая категория используется для регистрации психологических и поведенческих факторов, которые сыграли важную роль в этиологии физических расстройств, классифицируемых в других рубриках
- Б. Возникающие вследствие воздействия этих факторов психические нарушения обычно являются легкими и часто пролонгированными (такими, как беспокойство, эмоциональные конфликты и т.д.)
- В. Для регистрации соматического расстройства следует использовать дополнительный код, например:
 - бронхиальная астма - F 54 + J 45
 - дерматит и экзема – F 54 + L 23-25
 - язва желудка – F 54 + K 25
 - язвенный колит – F 54 + K 54
 - и т.д.



Диагностические критерии СВД (**F 45.3**) по МКБ-10

- А. Повторяющееся возникновение у больного физических симптомов приотсутствии физической болезни как основы данных расстройств;
- Б. Негативное отношение больного к попыткам объяснить данные расстройства психологическими причинами;
- В. Элементы демонстративности в поведении, напористый и драматический характер предъявляемых жалоб;
- Г. Декларируемые расстройства схожи с симптомами заболеваний, связанных с нарушениями ВНС;
- Д. Как правило присутствуют два типа симптомов:
 1. отражающие объективные признаки вегетативного возбуждения (тремор, тахикардия и др.);
 2. субъективные неспецифические симптомы (миглетные боли, жжение и др.);
- Е. Указание на связь между симптомами и имеющимися проблемами психологического характера;

Этиопатогенез ПСР у детей



Классические теории возникновения ПСР

- понятие о конверсии эмоционального состояния на соматические функции организма, сформулированное S. Freud (1895);
- F. Alexander (1939) предложил обширную теорию объяснения психосоматических связей; F. Alexander (1948) и соавторами описаны конфликтные модели, характерные для различных болезней. Также Alexander (1953) и Wolf (1956) отметили, что у каждого человека существует генетически обусловленная уязвимая зона, реагирующая в первую очередь на специфический конфликт. F. Alexander выделил группу болезненных состояний (семь заболеваний, в дальнейшем обозначенных как «Holy seven»): **язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, эссенциальную гипертонию, ревматический артрит, гипертиреоз, нейродермит и бронхиальную астму** и четко отграничил их от конверсионных симптомов.



Классические теории возникновения ПСР

- **А. Mitscherlich (1956)** принадлежит разработка концепции двухфазной защиты от разрушительного воздействия конфликта или двухфазного вытеснения. Первый уровень – психосоциальный, на котором совладание с конфликтом осуществляется исключительно психологическими средствами, то есть через социальную поддержку и отреагирование в беседе, обсуждении или же через психологические защитные механизмы (вытеснение, регрессия, изоляция, отрицание, проекция и др.). Если психологическая защита не срабатывает, то подключаются невротические защитные механизмы – депрессия, навязчивости, фобии. Вторая линия обороны – соматизация – подключается, когда с конфликтом не удастся справиться на психологическом уровне.



Классические теории возникновения ПСР

- Развитием и углублением концепции двух линий обороны А. Mitscherlich можно считать концепцию «giving up» (отказ, поражение) и “given up” (сдавшийся) известных немецких исследователей D.L. Engel и A. Schmale (1977). Авторы считали, что включение механизмов соматизации происходит в результате психологического отказа от будущего – потери веры и оптимистического настроения.
- В середине XX столетия получили развитие классические психосоматические теории (Dunbar F., 1954; Friedman M., Rosenmann R., 1959), согласно которым основная роль в развитии психосоматической патологии отводилась характерологическим особенностям личности пациента. K. Leongard (1970) выдвинул гипотезу о том, что лица с тревожно-мнительными чертами характера чаще страдают заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), а с агрессивными – ССС.

Классические теории возникновения ПСР

- В основе теории “десоматизации” и “ресоматизации” (М. Shur, 1985) лежит представление о неразрывности психических и соматических процессов у человека в период раннего детства, т.е. «закон двойного выражения чувств» (Зеньковский В.В., 1916), период соматовегетативного реагирования на первых годах жизни.
- Теория «двойной причинности» (Wolf S., 1956; Mirsky I., 1958) связывает специфичность эмоционального конфликта с собственными особенностями организма, объясняя таким образом предрасположенность к тем или иным соматическим расстройствам.
- **Можно особо отметить теоретическую модель «стресса и болезни», которую предложил Н.С. Wolff (1953), опираясь на связь социальных изменений с изменением паттернов психосоматических заболеваний. Болезнь рассматривалась им, как реакция на угрозу со стороны социального окружения, а психосоматические болезни трактовались как реакции «побега-борьбы» или «отступления-самосохранения».**

Классические теории возникновения ПСР

Большое значение уделялось фактору алекситимии (Sifneos P., 1973), характеризующемуся ограниченностью представленности в сознании и в речи чувств и эмоций, снижением способности воспринимать собственные переживания.

- В 70-х годах S. Minuchin на основании изучения большого числа семей описал типичные паттерны психосоматической семьи:
 - Симбиотическая связь или сверхвключенность родителей в жизнь и проблемы детей, что мешает развитию автономии.
 - Гиперпротекция – сверхчувствительность каждого члена семьи к дистрессу других членов семьи.
 - Ригидность – неспособность менять правила функционирования и коммуницирования, когда меняющиеся обстоятельства требуют этих изменений.
 - Низкая способность к разрешению конфликтов или их избегание – избегание выражения несогласия и открытого обсуждения и разрешения конфликта.
 - Триангуляционная роль пациента, при которой ребенок и его болезнь играют роль буфера в семейном (или супружеском) конфликте.
- 

Копинг-стратегии у лиц с ПСР

- У пациентов с ПСР преобладают неадаптивные стили копинг-стратегий: дистанцирование, бегство-избегание, самоконтроль, конфронтационный копинг;
- У здоровых пациентов преобладает позитивная переоценка проблемы, а также планирование решения и принятия ответственности;
- Выраженность у больных с ПСР дезадаптивных вариантов копинг-стратегий, включающих усилия, направленные на бегство от решения проблемы, а также когнитивные усилия по отделению от ситуации и уменьшению ее значимости способствует развитию у больных низкой резистентности к стрессу;
- Психотерапия пациентов с ПСР должна способствовать переоценке стрессовой ситуации, осознанию неадаптивных особенностей реагирования на стресс, выработку более гибких моделей реагирования на неблагоприятные обстоятельства.

Этапы развития психосоматических расстройств

I этап: невротические реакции (невротическая депрессия)

II этап: затяжные невротические состояния, наложение ипохондрических проявлений;

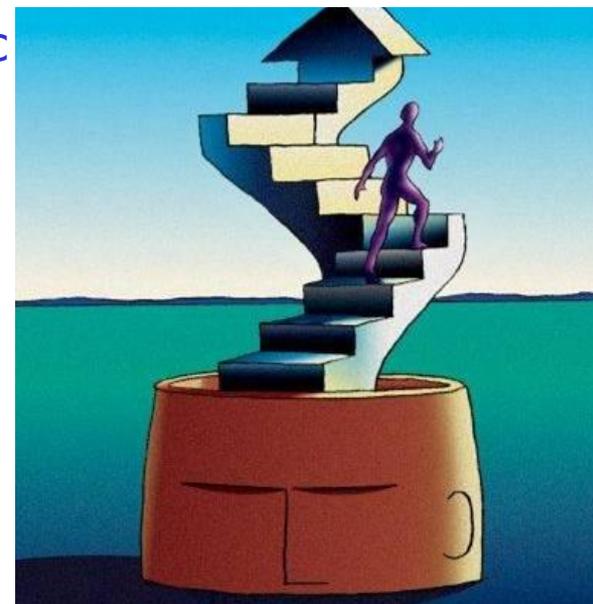
III этап: формирование «психосоматических кругов» (болезнь становится источником стресса);

IV этап: нарастание личностных изменений и дезадаптации



Алгоритм комплексной терапии подростков с ПСР и СВД

- **I этап:** назначение соматотропной терапии - для уменьшения проявлений соматической симптоматики;
- **II этап:** присоединение психофармакотерапии - с момента точного установления диагноза – для уменьшения проявлений тревоги, депрессии и фобических проявлений.
- **III этап:** с момента улучшения соматического и эмоционального состояний - активное использование индивидуальной и групповой психотерапии – для снижения проявлений эмоциональных нарушений, коррекции патологических черт личности, устранения дезадаптации на фоне акцентуаций характера также семейной психотерапии – для коррекции дисгармонии в семейных отношениях;



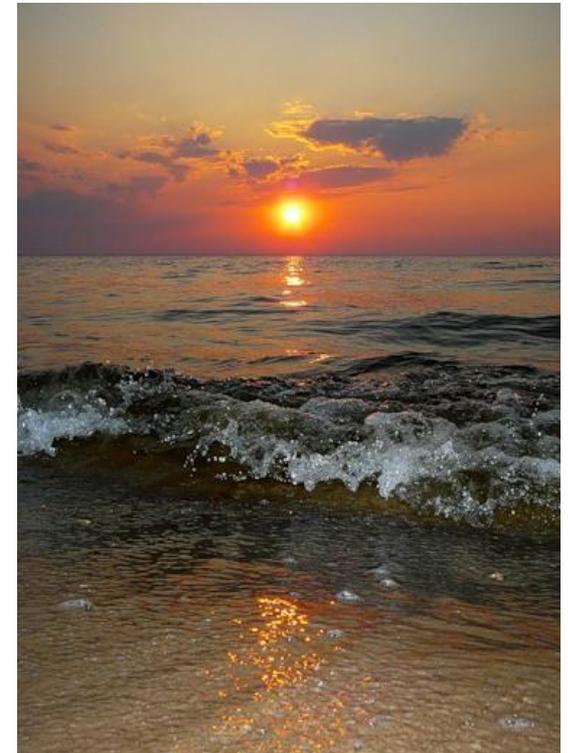
Мишени психотерапии и социально-психологической реабилитации

- Проявления эмоциональных нарушений: тревожность, депрессивные проявления
- Личностные особенности: ригидность, сенситивность, алекситимические проявления
- Особенности детско-родительских отношений и неконструктивные стили воспитания в семье
- Патологизирующие модели поведения (запрет на выражение чувств)



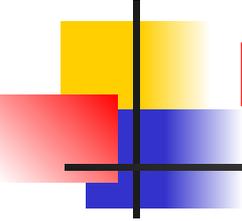
Этапы психотерапии СВД и ПСР

1. Осознание взаимосвязи между симптомом и эмоциональным состоянием;
2. Выявление ситуаций, вызывающих данные состояния;
3. Обучение приемам саморегуляции
4. Нахождение адаптивных способов эмоционального реагирования и разрешения затруднительных ситуаций



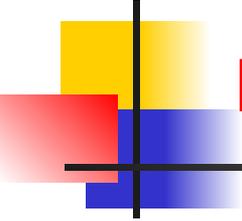
Механизмы нарушения процесса саморегуляции с позиции гештальттерапии

- **Ретрофлексия** наблюдается в тех случаях, когда какие-либо потребности не могут быть удовлетворены из-за их блокирования социальной средой и когда энергия потребности направляется на самого себя
- **Проекция** – при ней человек отчуждает присущие ему качества, поскольку они не соответствуют его Я-концепции.
- **Конфлуенция первого типа** наличие «слияния» со своими переживаниями не позволяет до конца осознавать, а, следовательно, и проявлять эмоции.
- **Конфлуенция второго типа** может приводить к тому, что переживаемые потребности и эмоции просто не осознаются клиентом как дифференцированные от значимого объекта, что препятствует их проявлению.
- При **интроекции** человек усваивает чувства, взгляды, убеждения, оценки, нормы, образцы поведения других людей, которые, однако, вступая в противоречие с собственным опытом, не ассимилируются его личностью.
- **Девальвация** – обесценивание чувств или отчуждение результата своей деятельности (алекситимия, депрессия).
- **Дефлексия** – это уклонение от реального контакта, может проявляться в форме ритуальности поведения, тенденции «сглаживания» конфликтных ситуаций и т.д.
- **Профлексия** – смесь проекции и ретрофлексии, когда подавляемое желание реализуется за счет другого (родственники больных).
- **Эготизм** – очень жесткие личностные границы и потребность все контролировать.



Этапы работы с детьми по методу В. Окдендер

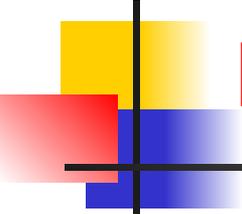
1. С этого момента психотерапевтический процесс может проходить следующие стадии.
2. Предпринимаются действия, направленные на то, чтобы ребенок делился своими ощущениями, возникающими при рисовании чувствами, касающимися подхода к выполнению и решению задачи, к самой работе, к процессу рисования. В результате ребенок начинает лучше осознавать себя.
3. Психотерапевт стремится к тому, чтобы ребенок поделился впечатлениями о самом рисунке, описывая картинку присущим ему образом. Это следующий этап осознания себя.
4. На более глубоком уровне самопознание ребенка углубляется благодаря обсуждению вопросов, относящихся к разработке частей картинке, их более четкому выделению, достижению большей ясности путем описания формы, цвета, образов, предметов, людей.
5. Психотерапевт просит ребенка описать картинку так, как будто картинкой является он сам, с использованием слова Я.



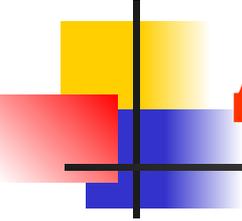
Этапы работы с детьми по методу В. Окдендер

6. Выбираются специфические предметы на картинке, для того чтобы ребенок их идентифицировал с чем-нибудь.
7. В случае необходимости задают ребенку вопросы, чтобы облегчить ему выполнение задачи: "Что ты делаешь?", "Кто пользуется тобой?", "Кто тебе ближе всех?". Эти вопросы помогают входить в рисунок вместе с ребенком и открывают различные пути установления отношений и реализации терапевтического процесса.
8. На этом этапе достигается дальнейшая концентрация внимания ребенка обострение осознания путем выделения и детально побуждается к максимально углубленной работе со специфической частью картинки, особенно если у него достаточно энергии и вдохновения или если отмечается необычный недостаток их.
9. Ребенку предлагается вести диалог между двумя частями его картинки или двумя соприкасающимися либо противоположными точками (такими, как дорога и автомобиль или линия вокруг квадрата, или счастливая и печальная сторона образа).
10. Психотерапевт просит ребенка обратить внимание на цвета, излагая свои предложения о том, как нарисовать картинку.

Этапы работы с детьми по методу В. Окдендер



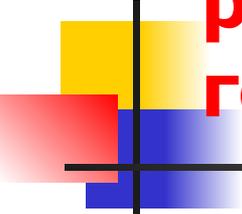
11. Осуществляется наблюдения за внешними проявлениями поведения: особенностями оттенка голоса ребенка, положением тела, выражением лица, жестами, дыханием, паузами. Молчание может означать контроль, обдумывание, припоминание, репрессию, тревогу, страх или осознание чего-либо.
12. Психотерапевт работает над идентификацией, помогая ребенку "отнести к себе" то, что он говорит, описывая картинку или ее части.
13. На этом этапе рисунок откладывается, и прорабатываются реальные жизненные ситуации или рассказы, вытекающие из рисунка.
14. Психотерапевт выясняет, нет ли пропусков или пустых мест на картинках, и обращает внимание на это.
15. Психотерапевт останавливается на тех вещах, которые выходят на первый план для ребенка, или заостряет внимание на том, что ему самому кажется наиболее важным.



Этапы гештальттерапии по Н. Д. Линде (1992)

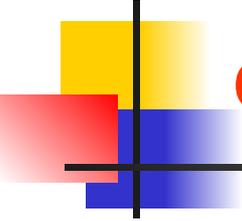
- **Клиническая беседа**
- **Прояснение симптома**
- **Создание образа, представляющего данное чувство или состояние**
- **Исследование образа**
- **Проверка на фиксацию**
- **Трансформация образа**
- **Интегрирование образа с личностью**
- **Ситуационная проверка**
- **Закрепление**

Стратегия работы с психосоматическими расстройствами с позиций гештальттерапии



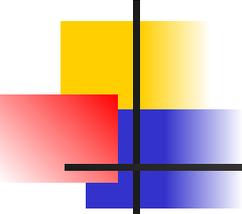
1. Генерализация проекции. Клиенту предлагается побыть своей болезнью и поговорить от ее имени. Можно расспросить клиента о характере болезни, попросить описать ее.
2. Проявление активной нереализованной потребности, стоящей за больным органом. Следует сделать акценты на позитивном аспекте болезни («Зачем ты, болезнь, нужна мне?», «Что ты можешь дать мне ценного и необходимого, без чего я не могу обойтись?»). Осознание этой потребности. Нахождение альтернативного пути ее реализации.
3. Выражение заблокированного чувства, осознанной потребности по направлению к личному окружению.
4. Интеграция полученного опыта, включение его в систему целостной личности.

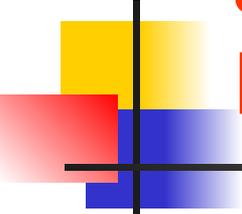
Основными принципами гештальттерапии являются следующие



- **Принцип «здесь и сейчас»**
- **Принцип «я –ты»,** прямое обращение. Прямая конфронтация мобилизует аффект и живость переживаний
- **Принцип субъективизации высказываний.** Объективизированные формы (типа «меня обижают») заменяются на субъективизированные («я позволяю обижать себя»). Это помогает пациенту принять ответственность за то, что с ним происходит.
- **Континуум осознания.** Это концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний. Осознание чувств, телесных ощущений и наблюдение за движениями тела (понимание «языка тела») способствует ориентации человека в самом себе и в своих связях с окружением.

Приемы, используемые в гештальттерапии:

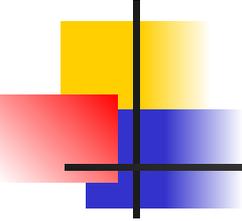
- 
-
- **Диалог между частями собственной личности;**
 - **Незаконченное дело;**
 - **Рондо;**
 - **Проективная игра;**
 - **Выявление противоположного (реверсия);**
 - **Интеграция противоположностей;**
 - **Работа с фантазиями и снами;**
 - **Амплификация – усиление;**
 - **Монодрама;**



Достоинства применения арттерапии (Копытин А.И., Рудестам К.Э.):

- 1. Возможность выражения агрессивных чувств в социально приемлемой форме;**
- 2. Ускоряет прогресс в терапии: подсознательные конфликты и внутренние переживания легче выражаются с помощью зрительных образов;**
- 3. Дает основания для интерпретаций и диагностической работы;**
- 4. Позволяет работать с мыслями и чувствами, которые трудно выразить;**
- 5. Помогает укрепить терапевтические отношения;**
- 6. Способствует возникновению чувства внутреннего контроля;**
- 7. Развивает и усиливает внимание к чувствам;**
- 8. Усиливает ощущение собственной личностной ценности и целостности;**
- 9. Применима для большинства пациентов**
- 10. Основана на мобилизации творческого потенциала человека.**

Основные направления в применении арттерапии:

- 
-
- Использование уже существующего произведения искусства путем их анализа и интерпретации (пассивная Арттерапия);
 - Побуждение пациентов к самостоятельному творчеству, при этом творческий акт рассматривается как основной лечебный фактор (активная Арттерапия);
 - Одновременное использование первого и второго принципов;

Темы, предлагаемые для рисования

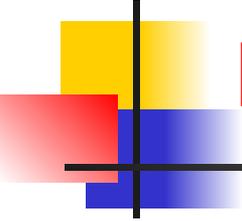
- Собственное прошлое и настоящее ("Моя самая главная проблема в общении", "Ситуации в жизни, в которых я чувствую себя неуверенно", "Мой обычный день");
- Будущее или абстрактные понятия "Три желания", "Остров счастья", "Страх");
- Отношения в группе ("Что дала мне группа, а я ей", "Что я ожидал, что получил от общения в группе").



Варианты работы с риунком в группе

- **Свободное рисование** (каждый рисует, что хочет). Рисунки выполняются индивидуально, а обсуждение происходит в группе. На рисование выделяется 30 мин., затем начинается обсуждение. Сначала о рисунке высказываются члены группы, а затем сам автор. Обсуждаются расхождения в интерпретации рисунка.
- **Коммуникативное рисование.** Группа разбивается на пары, у каждой пары свой лист бумаги, каждая пара совместно рисует на определенную тему, при этом, как правило, вербальные контакты исключаются, они общаются с помощью образов, линий, красок. После окончания процесса рисования происходит обсуждение процесса рисования.
- **Совместное рисование.** Несколько человек (или вся группа) молча рисуют на одном листе (например, группу, ее развитие, настроение, атмосферу в группе и т.д.). по окончании рисования обсуждается участие каждого члена группы, характер его вклада и особенности взаимодействия с другими участниками в процессе рисования.
- **Дополнительное рисование.** Рисунок посылается по кругу – один начинает рисовать, другой продолжает, что-то добавляя, и т.д.

Кататимно- имагинативная терапия

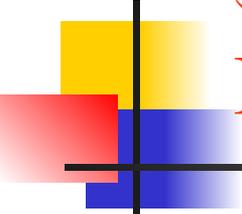


(символдрама) позволяла клиенту в процессе анализа образов (мотивов) динамической проекции осознать наиболее привычные стереотипы реагирования на стресс и изменить их в процессе психотерапевтической работы. При этом пациент сначала вносил изменения в создаваемый образ в символической форме, а затем с помощью терапевта переносил эти изменения на особенности своего реагирования в жизни.

Основные стратегические задачи семейной терапии:

- улучшение внутрисемейных отношений;
- преодоление членами семьи позиции, связанной с приписыванием семейных проблем кому-то одному; освобождение одного или нескольких членов семьи от роли «носителя проблемы»;
- формирование более гибкого отношения к тому, кто является лидером в той или иной ситуации;
- развитие способностей к взаимопониманию и эмпатии;
- развитие способности принимать существующие различия в оценках и взглядах;
- совершенствование навыков совместного и индивидуального решения проблем;
- развитие способности к интроспекции анализу своих потребностей и переживаний;
- достижение баланса между стремлением членов семьи к независимости, с одной стороны, и достижению сплоченности, с другой.





Этапы семейной терапии (Эйдемиллер Э. Г., 1976; Юстицкий В., 1989):

- **диагностический (семейный диагноз);**
- **ликвидация семейного конфликта (выявление и кларификация семейного конфликта, ликвидация его посредством эмоционального отреагирования каждого члена семьи, вовлеченного в конфликт);**
- **реконструктивный (проводится групповое обсуждение актуальных семейных проблем);**
- **поддерживающий (этап фиксации – закрепляются возросший диапазон адаптивного ролевого поведения, проводится коррекция приобретенных навыков применительно к реальным условиям).**



**Благодарим
за внимание!**