

Федеральное агентство по образованию
Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Владимирский государственный университет

Н. Ю. ЛИТВИНОВА

ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ

Учебное пособие
В двух частях
Часть 2

Владимир 2009

УДК 615.832.9

ББК 88.48

Л64

Рецензенты:

Доктор психологических наук, профессор кафедры психологии
Владимирского государственного университета
В.А. Зобков

Кандидат психологических наук
Зав. кафедрой психологии, педагогики и права
Столичной финансово-гуманитарной академии
(филиал в г. Владимире)
В.А. Штраус

Литвинова, Н. Ю.

Л64 Основы психосоматики: учеб. пособие: В 2 ч. Ч. 2 / Н. Ю. Литвинова; Владим. гос. ун-т. – Владимир : Изд-во Владим. гос. ун-та, 2009. – 108 с. – ISBN

Представлены частные психосоматические проблемы, этиология, психологическая картина личности, психотерапия в контексте психосоматики.

В первой части рассматривались общие патофизиологические механизмы психосоматических проблем, подходы к анализу проблемы и типы отношения субъекта к ней.

Предназначено для подготовки студентов-психологов по дисциплине «Основы психосоматики» 4-го курса очной формы обучения, 5-го курса заочной формы обучения, 3-го курса заочной ускоренной формы обучения.

Ил. 2. Табл. 2. Библиогр.: 10 назв.

УДК 615.832.9

ББК 88.48

ISBN

© Владимирский государственный университет, 2009

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	5
1. Психосоматика при бронхиальной астме.....	6
1.1. Этиология бронхиальной астмы.....	6
1.2. Психологическая картина личности при бронхиальной астме....	7
1.3. Психотерапия бронхиальной астмы.....	9
Вопросы для самоконтроля.....	12
2. Психосоматика при сердечно-сосудистых заболеваниях.....	13
2.1. Этиология сердечно-сосудистых заболеваний.....	13
2.2. Психологическая картина личности и психотерапия при эссенциальной гипертонии.....	15
2.3. Психологическая картина личности и психотерапия при ишемической болезни сердца.....	19
2.4. Психологическая картина личности и психотерапия при кардиофобическом неврозе.....	26
2.5. Психологическая картина личности и психотерапия при нарушениях сердечного ритма.....	29
Вопросы для самоконтроля.....	30
3. Психосоматика при желудочно-кишечных заболеваниях.....	30
3.1. Этиология желудочно-кишечных заболеваний.....	30
3.2. Психологическая картина личности, психотерапия при язве желудка и двенадцатиперстной кишки.....	33
3.3. Психологическая картина личности и психотерапия при запорах.....	38
3.4. Психологическая картина личности и психотерапия при эмоциональной диарее.....	39
3.5. Психологическая картина личности и психотерапия при синдроме раздраженной кишки.....	40
3.6. Психологическая картина личности и психотерапия при язвенном колите и болезни Крона.....	41
3.7. Психологическая картина личности и психотерапия при нарушениях глотания.....	45
Вопросы для самоконтроля.....	47

4. Психосоматика при нарушениях пищевого поведения.....	47
4.1. Этиология нарушений пищевого поведения.....	47
4.2. Психологическая картина личности и психотерапия при ожирении.....	50
4.3. Психологическая картина личности и психотерапия при нервной анорексии.....	58
4.4. Психологическая картина личности и психотерапия при булимии.....	63
Вопросы для самоконтроля.....	69
5. Психосоматика при болезнях эндокринной системы.....	69
5.1. Этиология, психологическая картина личности и психотерапия при гипотиреозе.....	69
5.2. Этиология, психологическая картина личности и психотерапия при гипертиреозе.....	71
5.3. Этиология, психологическая картина личности и психотерапия при сахарном диабете.....	73
Вопросы для самоконтроля.....	76
6. Психосоматика при кожных заболеваниях.....	76
6.1. Этиология кожных заболеваний.....	76
6.2. Психологическая картина личности при кожных заболеваниях.....	78
6.3. Психотерапия.....	84
Вопросы для самоконтроля.....	84
7. Психосоматика при патологии позвоночника.....	85
Вопросы для самоконтроля.....	94
8. Психосоматические аспекты депрессии.....	94
8.1. Этиология депрессии.....	94
8.2. Психологическая картина личности при депрессии.....	97
8.3. Психотерапия.....	98
Вопросы для самоконтроля.....	99
9. Психосоматика при головных болях.....	99
9.1. Этиология головных болей.....	99
9.2. Психологическая картина личности и психотерапия при головной боли напряжения.....	101
9.3. Психологическая картина личности и психотерапия при мигрени.....	104
Вопросы для самоконтроля.....	105
Заключение.....	106
Библиографический список.....	107

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее учебное пособие направлено на ознакомление студентов с проблемами частной психосоматики: этиологией, психологической картиной личности, основными принципами психотерапии при конкретном диагнозе.

В учебном пособии рассмотрены следующие психосоматические проблемы: бронхиальная астма, сердечно-сосудистые заболевания, нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта, нарушения пищевого поведения, сбои в работе эндокринной системы, патологии позвоночника, заболевания кожи, психосоматические аспекты депрессии, психосоматика при головных болях.

Таким образом, цель учебного пособия – указать на роль психолога в решении конкретной психосоматической проблемы.

Содержание пособия будет интересно для широкого круга читателей, интересующихся собственным здоровьем.

Со всеми вопросами, предложениями и замечаниями по поводу содержания книги просим обращаться на кафедру психологии Владимирского государственного университета.

1. ПСИХОСОМАТИКА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

1.1. Этиология бронхиальной астмы

Наиболее часто бронхиальная астма встречается в регионах с повышенной влажностью воздуха и в крупных городах с неблагоприятной экологической обстановкой, где этим заболеванием страдают 24 человека на тысячу детей. Следует также обратить внимание на возрастные аспекты бронхиальной астмы. У детей раннего возраста в силу анатомо-физиологических особенностей бронхиальная астма не имеет отчетливо приступного течения. В дошкольном возрасте бронхиальная астма может быть названа «переходной», ибо у части детей она протекает по «бесприступному» типу раннего возраста, а у части – приобретает отчетливые черты астмы взрослых. Бронхиальная астма у детей школьного возраста во многом близка к таковой у взрослых больных (С.Ю. Каганов, 1995, И.И. Балаболкин, 1993).

В подавляющем большинстве случаев (до 90 %) заболевания начинаются в возрасте до 5 лет. У 25 – 30 % детей бронхиальная астма имеет тяжелое течение (И.И. Балаболкин, 1988). Именно в этой группе больных наиболее явными становятся нервно-психические нарушения, обусловленные социальной дезадаптацией, хронической гипоксией, побочным действием медикаментов и другими факторами, связанными с основным заболеванием (В.А. Утин, 1982; В.Е. Житловский, 1986; Н.Ю. Жбанкова, 1989; Н.А. Иванова, 1997).

Большинство исследователей приходят к мнению, что бронхиальная астма – мультифакторная болезнь, и на её распространенность и тяжесть течения влияют генетические факторы, микроокружение, уровень развития общества, материальная обеспеченность, а также до конца не понятные глобальные факторы (Ю.Е. Вельтищев и соавт., 1995; Ю.Л. Мизерницкий и соавт., 1994; А.Г. Чучалин, 1995).

Бронхиальная астма (БА) – заболевание, в основе которого лежат хроническое аллергическое воспаление и гиперактивность бронхов, проявляющиеся приступами затрудненного дыхания (преимущественно на выдохе) в результате диффузной обструкции, обусловленной спазмом гладкой мускулатуры бронхов, гиперсекрецией слизи, отеком стенки бронхов. Бронхиальная обструкция (под влиянием лечения и спонтанно) обратима. Это определение бронхиальной астмы сформулировано рабочей группой российских экспертов в Национальной программе Всероссийского научного общества пульмонологов и Союза педиатров России «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» (1997).

Для бронхиальной астмы характерна повышенная чувствительность к различным раздражителям и в первую очередь к аллергенам и медиаторам аллергических реакций, а также к различным инфекциям (И.И. Балаболкин и соавт., 1986; Н.В. Путов, 1992; V. Hlinca, J. Labus, 1993).

Наиболее частым фактором, провоцирующим первый типичный приступ, оказываются острые респираторные инфекции, однако в 10 – 15 % случаев ими являются психотравмирующие ситуации (А.Д. Зисельсон, 1986). Приступы бронхиальной астмы могут возникать остро или развиваться постепенно. В развитии острого приступа психический фактор играет большую роль у всех больных. Его значение для «запуска» приступа особенно очевидно у детей с тяжелым течением болезни.

Клиническая диагностика бронхиальной астмы у детей базируется на выявлении таких симптомов, характерных для данного заболевания, как эпизодическая одышка, свистящие хрипы, чувство сдавления в груди, кашель (И.И. Балаболкин, 1995; Ю.Е. Вельтищев и соавт., 1995; С.Ю. Каганов и соавт., 1995).

Астма – хроническое заболевание, которое может привести к значительным ограничениям в физическом и социальном аспектах жизни больных, способным повредить их карьере.

Качество жизни, или общее благополучие, является концепцией, которая может быть полезна для определения степени болезненности, вызванной астмой. Эмоциональные дефекты и ограничения в социальной сфере могут быть важнее неадекватно контролируемых симптомов. Сама болезнь может вызывать стресс. Ограничения в эмоциональной и социальной сферах, связанные с заболеванием, могут оказаться важнее самих симптомов болезни (Н.А. Геппе и соавт., 1993; М.Е. Дрожжев и соавт., 1996).

Весьма существенное значение для исходов бронхиальной астмы у детей имеет адекватность и систематичность лечения (М.М. Абилович, Л.Г. Яновер, А.Л. Тарасова и соавт., 1996). Своевременная постановка диагноза, раннее разобщение больного с причинно значимым аллергеном, организация быта в значительной степени определяют благоприятный исход заболевания, позволяют добиться улучшения состояния больного ребёнка (Р. Пауэлс, П.Д. Снешелл, 1985).

1.2. Психологическая картина личности при бронхиальной астме

Больные, как правило, отличаются тревожно-депрессивным основным фоном характера с ипохондрическими и фобическими чертами. Свой латентный страх они часто скрывают за выраженным фасадным поведением.

Они чрезвычайно нормативны и импонируют как милые, адаптивные пациенты с высоким чувством долга. Их собственные притязания они обычно отодвигают на задний план (Любан-Плоцца и др., 2000).

В поведенческом выражении своих эмоций больные сильно стеснены. В особенности они неспособны переживать и отреагировать агрессивные побуждения. Больные описывают себя как людей, которые должны «все в себе пережевать» или «слишком много хлебнуть». Тенденции безропотно воспринимать обиды и неспособность постоять за себя нередко воспринимаются как стесненность (Rose, 1976).

Больные склонны к зависимым отношениям с доминирующим партнером. **Они воспроизводят при этом усвоенный в детстве шаблон поведения. Преимущественно больные происходят из семей, в которых они при заботливых, но эмоционально фрустрирующих родителях подвергаются не учитывающему индивидуальные особенности нормативному воспитанию (Bach, 1969).** Связь с более слабым родителем была сильнее, т. к. здесь предоставлялись относительно лучшие возможности отношений. Агрессивные побуждения по отношению к доминирующему родителю, переживаемые как экзистенциальная угроза, подавляются ребенком.

Таким образом приобретается опыт, что безопаснее всего жить с гораздо более сильным партнером, даже если ценой этой безопасности становятся постоянно подавляемые собственные притязания. Даже если поведение партнера становится оскорбительным или фрустрирующим, каждый протест следует сдерживать, так как бунт все равно не имеет смысла. Биография этих больных показывает, что они вновь и вновь направляют себя в такие отношения беспомощной зависимости, одновременно переживая бессильный страх при угрозе потери таких значимых лиц окружения, отношение к которым сохраняется амбивалентным (Rose, 1976).

Конфликтная ситуация, провоцирующая приступ, содержит элементы реальной или воображаемой фрустрации или обиды, с одной стороны, страх потери зависимых отношений, обеспечивающих безопасность – с другой. Нередко приступ следует за ситуациями, требующими от больного направленной вовне, самоутверждающей и агрессивной активности, которую он не в состоянии продуцировать вследствие общего чувства беспомощности и бессилия или из страха потери, лишаящего власти, но гарантирующего безопасность значимого лица.

1.3. Психотерапия бронхиальной астмы

Психотерапия бронхиальной астмы не бывает кратковременной, здесь время постепенно «отматывается назад». Если по этой дороге идут в ногу пациент, его психотерапевт и врач-пульмонолог, идти становится легче.

Целью психотерапии больных бронхиальной астмой является также коррекция эмоциональных расстройств и неадекватных форм поведения. Достигают этого путем перестройки значимых отношений больного. Психотерапия особенно показана:

- больным, у которых этот механизм патогенеза является одним из ведущих;
- больным с сопутствующими нервно-психическими расстройствами и неадекватными реакциями личности (в том числе на болезнь), затрудняющими их полную реабилитацию;
- больным бронхиальной астмой без выраженного нервно-психического компонента, находящимся в состоянии психологического кризиса, когда вероятность формирования этого механизма патогенеза возрастает (личностные и микросоциальные факторы риска, неразумные стили воспитания и реакции на заболевание членов семьи, наличие у родственников психосоматических моделей адаптации к стрессам).

При консультировании больного психотерапевтом, психологом или психиатром собирается тщательный психологический анамнез, который должен содержать данные о нервно-психических заболеваниях родителей больного (фактор наследственности и одновременно экология микросоциальной группы), о психосоматических заболеваниях членов семьи, данные о периоде беременности и взаимоотношениях в семье в этот период, а также о родах и взаимоотношениях в это время. Эти сведения позволяют сформировать представление о наличии моделей психосоматического реагирования в семьях, об отношении к беременности и формировании отношений матери к будущему ребенку, о характере той среды, в которой он должен появиться.

Далее подробно уточняются условия его раннего развития, наличие в детстве нервно-психических заболеваний. Исследованию подвергается микросоциальная среда: уточняются характер взаимоотношений с сибсами, с каждым из родителей или кровных родственников, стиль воспитания и взаимоотношения между родителями. Исследуются характерные периоды развития пациента, успеваемость в школе, взаимоотношения с учителями и сверстниками. Особое внимание уделяется эпизодам нервно-психических нарушений, психотравмирующих обстоятельств и влияния их на личность

пациента. Внимательно выясняются все факторы, оказывающие влияние на соматическую сферу, изучается индивидуально-личностный смысл астматических симптомов, их субъективное восприятие, то место, которое они занимают в структуре мировосприятия больного, в системе его адаптации к жизни.

Полезно взглянуть на астматические симптомы не только глазами больного, но и с позиций членов семьи (или другой микросоциальной группы). Это позволяет глубже понять «условную желательность» болезни, невротическую выгоду, которую она приносит больному, оценить конфликтогенно провоцируемые приступы удушья как способ патологической адаптации к микросоциальной среде. Кроме того, таким образом становится понятно, как болезнь одного из членов семьи позволяет функционировать особым путем всей семье, создавая групповую форму психологической защиты.

Анамнестические данные должны быть подтверждены и уточнены данными психологического обследования. При этом в центре внимания оказывается исследование особенностей личности больного, характерологические особенности, особенности эмоционального реагирования и микросоциального окружения. Для исследования личности больного существует большое количество тестов, выбор которых должен осуществляться в соответствии с целями исследования и рабочей гипотезой.

Анализируя информацию, полученную анамнестическими, клинко-психологическими и экспериментально-психологическими методами, психотерапевт формирует представление о когнитивных особенностях личности – особенностях, способствующих формированию личностных конфликтов, созданию неадекватного, нереалистичного образа Я и семьи, защитно искажающих восприятие пациентов и, таким образом, участвующих в формировании нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы. Когнитивные особенности проявляются через эмоциональные реакции. Таким образом можно узнать, что кроется за блокированием эмоциональных переживаний и снижением осознания – замечания актуально переживаемых эмоций и потребностей. Тестовый материал структурирует клинические наблюдения, органически связывая его с другими данными. Очевидным становится центральная роль тревоги, которая рождается из неадаптивных стереотипов поведения и эмоциональных нарушений (блокирование эмоций или их растормаживание).

Анамнестические и тестовые данные об особенностях семейной системы показывают, как эти особенности больных формируются и как функ-

ционируют в рамках семейной системы, создавая «семейные мифы» (групповая форма защиты), и для чего служат правила и ценностные ориентации в таких семьях. Понимание этих важных моментов объясняет индивидуально-личностный смысл конфликтогенного симптома бронхоспазма у больного и дает ключ к построению терапевтического вмешательства (О. Abdulwadud, 1997).

Большинство астматиков вначале склонны к соматической трактовке своего заболевания, к преодолению которого они еще не готовы. Это соответствует бытующему мнению о болезни и постулатам соматической медицины; но речь идет также о собственной потребности больного противостоять опасному чувству зависимости и изгнать его из сознания.

Важная задача при установлении показаний для психотерапии состоит в отделении пригодных для лечения пациентов от непригодных. Катамнестически эффективным лечение оказывается, скорее, у больных со сравнительно тяжелыми соматическими проявлениями болезни, у которых имелись выраженные, особенно фобические, трудности в переработке болезни или агрессивные и депрессивные симптомы и которые испытывали ограничения в своем социальном положении, вызванные заболеванием. Малоэффективным может оказаться лечение больных с недостаточной выраженностью соматических и психических проявлений болезни, особенно если у них имеются защитные антифобические симптомы, поэтому их было трудно привлечь к интенсивному сотрудничеству в рамках групповой терапии.

Задачи психотерапии при *истероподобном* варианте бронхиальной астмы: перенесение с окружающих на больного ответственности за разрешение его эмоциональных проблем и сознательное принятие ее астматиком; формирование адекватного уровня требований к больному в зависимости от его актуального психологического и соматического состояния; создание условий для разумной, принимающей без гиперпротекции реакции микросоциальной среды на астматические симптомы; санкционирование зрелых способов поведения и адаптации.

Основной акцент в психотерапии пациентов с *неврастеноподобным* вариантом бронхиальной астмы делается на формирование приемлемой, доброжелательной микросоциальной ситуации, которая предоставляет возможность для углубленного самопознания и стабилизации самооценки. Это создает условия для отказа больных от завышенных, непосильных требований и жизненных целей, способствует устранению тягостного сознания несостоятельности в осуществлении тех желаний, от которых прежде защищали астматические симптомы.

У больных с *психастеноподобным* вариантом БА основное внимание уделяют формированию собственной ценностной системы больного, его зрелости и способности к независимому поведению, умению принимать самостоятельные решения в отношении своих личных проблем.

Психотерапевтическая тактика у больных с *шунтовым* вариантом БА состоит в провокации на первых этапах кризиса, когда взаимодействие членов семьи организуется таким образом, что они вынуждены иметь дело с «всплывающими» конфликтами, конфронтация с которыми раньше избегалась. При этом мы устраняем из конфликтной ситуации астматика. Необходимо отчетливо отразить содержание кризиса, способствуя развитию такой ситуации, в которой возникает возможность и необходимость развития членами семьи новых отношений и коммуникативных стереотипов. Скрываемые проблемы всплывают и становятся доступными воздействию на них.

Для психотерапевтической коррекции на личностном и микро-социальном уровнях необходимо выяснить субъективное значение факторов, подкрепляющих патологическую адаптацию пациентов к конфликтным ситуациям, и восприятие астматических симптомов как самим больным, так и значимыми лицами его окружения. Можно добиться полной и стабильной редукции дыхательных нарушений, провоцируемых по нервнопсихическому механизму, путем направленных сдвигов в системе отношений личности, в структуре и функционировании микросоциальной системы, а также преодоления элементов условной необходимости астматических симптомов для самого больного и значимых лиц окружения. Сдвиги на социальном уровне тесно взаимосвязаны с позитивной динамикой на личностном уровне. Последняя проявляется гармонизацией личности больных, выработкой у них зрелых способов поведения в стрессовых ситуациях.

Техники психотерапии, используемые при терапии БА: психотерапия, фокусированная на решении, гештальт-терапия, нейролингвистическое программирование (НЛП), семейная психотерапия (прил. 1).

Вопросы для самоконтроля

1. Каковы причины бронхиальной астмы (экологические, психологические, социальные)?
2. Какова статистика распространения бронхиальной астмы у населения?
3. Почему бронхиальная астма является обратимым заболеванием?

4. Каковы личностные особенности пациента с диагнозом «бронхиальная астма»?
5. Каковы психологические особенности нуклеарной семьи пациента с диагнозом «бронхиальная астма»?
6. Перечислите типы «сценариев» течения БА.
7. Каковы особенности психотерапии пациентов БА?

2. ПСИХОСОМАТИКА ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

2.1. Этиология сердечно-сосудистых заболеваний

Заболевания сердца и сосудов в экономически развитых странах являются самой частой причиной смерти. В последние годы кардиологи все большее значение придают психосоциальным факторам риска и их связи с соматическими факторами (Burns, Katkin, 1993; Burns et al., 1993; Cohen et al., 1994; Contrada, 1994; Dembroski, MacDougall, 1983; Miller et al., 1996). Образ жизни, установки личности и положение человека в его профессиональном и семейном окружении важны для кровообращения и его физиологической регуляции. Издавна известны такие соматические факторы риска, как неправильное питание, ожирение, курение и злоупотребление алкоголем, в которых отражаются особенности личности (Бройтигам и др., 1999).

Психосоматический компонент в первую очередь характерен для следующих заболеваний сердечно-сосудистой системы:

- эссенциальная артериальная гипертония;
- ишемическая болезнь сердца;
- нарушения сердечного ритма;
- сердечный невроз страха.

Сердце и сосуды участвуют во всех формах жизнедеятельности, хотя в норме человек этого не осознает. При физических и психических нагрузках работа сердца начинает восприниматься в виде усиленного сердцебиения, или тахикардии. В отличие от моторики или дыхания деятельность сердца и сосудов исключена из непосредственного человеческого восприятия. И только при определенных пограничных состояниях и нарушениях сердце воспринимается осознанно. Даже в случаях тяжелых нарушений, например при врожденном пороке сердца, сердечные феномены субъективно воспринимаются лишь на поздних стадиях декомпенсации. Однако и

в этих случаях возникает своеобразная неопределенность: «сердце хотя и мое, но оно какое-то неопределенное и не поддающееся управлению, как, например, конечность». Это чувство неопределенности уже содержит в себе зародыш страха. На этом основывается предположение о возможности фобического развития личности.

Психическая сфера так же определяет функции сердца и сосудов, как и соматическая. Активность и покой, сон или бодрствование, душевная живость и возбуждение, выраженные внешне, или подавленные чувства связаны с различными состояниями системы кровообращения. Связь деятельности сердца с эмоциями отражена во множестве идиом и поговорок.

Несмотря на то, что изменения работы сердца в равной степени проявляются и при положительных, и при отрицательных чувствах, патологические нарушения в сердечно-сосудистой системе связаны со страхом, гневом, яростью, тоской и другими отрицательными эмоциями, которые приводят к тому, что, например, при страхе одиночества, при опасности нападения возникает ощущение, будто сердце начинает стучать в горле и в области головы. Происходящий при этом выброс адреналина вызывает сужение сосудов, учащение пульса и усиление сокращения миокарда, что, в свою очередь, приводит к состоянию беспокойства и страха.

Если из-за внешних задержек или внутреннего торможения уже подготовленная активизация кровообращения не реализуется, в ряде случаев при этом в течение длительного времени может сохраняться возбуждение в ожидании выполнения действия. Возможна и обратная ситуация: вытесненная из сознания установка на действие приводит к замещающему ее напряжению в системе кровообращения.

Сердце обычно связывают с любовью. Возникает вопрос: почему разрыв отношений, потеря близкого человека нередко приводят к сердечным заболеваниям? Если мать не дает своему ребенку достаточно тепла, он проявляет к своей кукле чувства, которые хотел бы ощутить в своей матери. Кукла становится заменой близкого человека.

Некоторые кардиологи предполагают, что иногда сердце превращается в символ близкого человека и на него переносятся все те чувства, которые по каким-то причинам не могут быть выражены открыто. Человек боится показать другим свое недовольство. Женщина не решается возразить любимому человеку и для того, чтобы уменьшить тоску и избежать депрессии, тиранит собственное сердце, вымещая на нем свое раздражение.

Главную роль в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний играют подавляемая враждебность (Barefoot et al., 1996; Barefoot et al., 1994; Venotsch et al., 1997; Siegman, Smith, 1994; Siegman et al., 1992) и поведение типа А (Booth-Kewley, Friedman, 1987).

2.2. Психологическая картина личности и психотерапия при эссенциальной гипертонии

Поскольку в большинстве случаев четко датировать начало заболевания не представляется возможным, трудно говорить и о вызывающей ее ситуации. Однако в качестве причинных ситуаций описаны определенные внутренние конфликты (Gentry, et al., 1982; Irvine, et al., 1991; Saab, Schneiderman, 1993). Артериальная гипертония часто начинается тогда, когда человек пребывает в ситуации хронического напряженного ожидания (Grace, Graham, 1952). Типичные высказывания гипертоников: «я должен быть готов ко всему», «я такой, что принимаю на себя все трудности», «никто меня не удержит, я готов на все». Провоцирующими ситуациями часто бывают длительные состояния страха, нехватка времени и нарастающее напряжение. Кроме того, описываются ситуации, в которых имеется возможность разрядки враждебности и агрессивности, но этого не происходит в силу торможения или щепетильности.

Многочисленные эксперименты как с животными, так и с людьми показали, что при страхе, гневе и озлобленности повышается давление и что хроническое эмоциональное перенапряжение может приводить к стойкой гипертонии (Coeher, 1971, Groen et al., 1971, Angermeier, Peters, 1973; Cannon, 1953; Reindell et al., 1971). Общепринято мнение, что у гипертоников существует связанная со страхом хронически подавляемая агрессия.

Для больных гипертонией описывают типичную невротическую личностную структуру с преобладанием навязчивых состояний, в результате чего часто возникают внутренние и внешние конфликты, что затрудняет эмоциональную разрядку (Groen et al., 1971).

Тот факт, что эссенциальная гипертония часто встречается у членов одной семьи, может интерпретироваться в смысле «психологического наследования» (Hermann et al., 1989). Экспериментальные исследования показывают, что больные гипертонией склонны к повышению давления даже в тех ситуациях, которые у нормотоников не вызывают никаких изменений давления (Hodapp, Weyer, 1982).

По данным Александера (2002), центральным пунктом психодинамики пациента с эссенциальной гипертонией является постоянная борьба с

нарастающим враждебно-агрессивным чувством. В то же время существуют трудности самоутверждения. Пациенты боятся потерять благосклонность других людей и поэтому контролируют проявления своей враждебности. В детстве они обычно склонны к приступам ярости и агрессии. Бывший прежде агрессивным ребенком, взрослый человек становится подчеркнуто уступчивым, не может за себя постоять. Понимание возможности потерять из-за своей агрессивности расположение родных и близких заставляет ребенка контролировать свою враждебность и скрывать ее. Больные артериальной гипертонией постоянно проявляют раздражительность, если сталкиваются с непреодолимым сопротивлением. Их жизнь навязывает им роль «ломовой лошади». Они застревают на многие годы на одной работе и редко меняют фирму, даже если им недоплачивают. Если они добиваются начальственного положения, им трудно стать авторитетом для других. Они выполняют работу за других, вместо того чтобы наладить дисциплину. Из этого сверхсовестливого и доводящего до крайностей поведения с излишним чувством ответственности рождаются усиленные чувства гнева, неприязни и агрессивности, со временем требующие все больших усилий для их сдерживания. Так развивается порочный круг, который приводит к хроническому состоянию напряжения. Характерная ситуация, провоцирующая заболевание, представляет собой жизненные конфликты, которые мобилизуют враждебность и стремление к самоутверждению и одновременно создают невозможность их свободного выражения.

Первоначально эти черты были обнаружены в наблюдавшемся поведении больных. В дальнейших исследованиях показано, что в сравнении с нормотониками у них изменено восприятие конфликта и стресса. Например, летные диспетчеры подвергаются угрозе повышения давления не только тогда, когда идентифицируют себя со своей профессией и являются адаптивными и обходительными с сослуживцами, но и когда они не воспринимают и отрицают производственный стресс (Rose et al., 1978).

В формировании гипертонии играет роль и непосредственное взаимодействие в семье, что показано в исследованиях конфликтного поведения в семьях с отцом-гипертоником, в которых изучалась семья как клиническое единство, исходя из системного видения симптомов (Ваег et al., 1959, 1933; Ваег, 1983).

Структура личности члена семьи – например конфликтно-агрессивный импульс гипертоника – затрагивает поведение взаимодействия семьи в целом («семейное накопление» эссенциальной гипертонии). В каждой семье между родителями и детьми формируются правила, по которым регулиру-

ются конфликты; в семьях с отцом-гипертоником дети имеют менее эффективные возможности для перенесения и решения конфликтов, о чем свидетельствует преобладание в этих семьях негативно-невербальной коммуникации (например, не давать ответ, отворачивать голову, избегать контакта взглядами). Разнообразные исследования указывают на то, что ограниченное восприятие конфликта и стресса и избегание конфликта коррелирует с появлением повышенного давления крови, т. е. это типы поведения, которые дети в процессе социализации в семье приобретают от гипертоника-отца. Эта точка зрения могла бы наряду с генетическим компонентом открыть дополняющий аспект возможного воспроизведения эссенциальной гипертонии (Theorell, 1990; Любан-Плоцца и др., 2000).

Семейное взаимодействие характеризуется своего рода запретом на речь или коммуникацию, затрагивающим также и невербальную сферу, вследствие чего преобладают понимающие, наблюдающие, контролирующиеся, сдерживающие активности, в то время как отдающие, сообщающие, участвующие выражения появляются редко (Kroger, Petzold, 1985).

Единой личностной структуры для всех больных артериальной гипертонией не установлено. Впрочем, при широком распространении и большом разнообразии форм болезни этого и не следует ожидать.

И все же среди психосоматически обследованных предварительно отобранных пациентов постоянно повторяются определенные личностные черты. Гипертоники описываются как люди трудолюбивые, приверженные долгу, общительные, с большим чувством ответственности. В связи с этим у них возникают внутренние и внешние конфликты, от которых они не могут эмоционально отстраниться. В своей специфической установке на скромность они отказываются от своих потребностей в пользу других, желая получить от них одобрение и не провоцировать агрессию или неприязнь. Именно эти признаки, описываемые независимо друг от друга разными исследователями как готовность помочь, стеснительность, хронически подавляемая агрессивность, и составляют манифестные свойства личности, которые имеют большое значение для формирования характерных реакций подавления потребностей, воспринимаемых как опасные. Манифестные особенности восприятия окружающего и поведения у многих гипертоников представляет собой форму защиты от собственных агрессивных побуждений (Cottingtonetal., 1986; Diamond, 1982).

У большинства пациентов с эссенциальной гипертонией обычно нет должного осознания своей болезни. С психоаналитических позиций внешне неправильное невротическое поведение идеологически оправдывается

стремлением к активности и помощи людям. Но и при этой неблагоприятной исходной ситуации в отдельных случаях можно добиться изменений, если благодаря «дозреванию» личности устраняется ее односторонняя направленность и человек в целом начинает ориентироваться в жизни по-новому.

Манифестные черты личности больного с артериальной гипертонией, его трудолюбие и упорядоченное поведение, контактность, аккуратность и добросовестность импонируют, делают его, казалось бы, приятным, уступчивым пациентом. Однако следует помнить, что гипертоник в большинстве случаев не вербализует свою агрессивность, честолюбие и стремление к соперничеству, которые часто остаются латентными. Это можно почувствовать, если пытаться оказывать длительное влияние на образ жизни больного. Его малая податливость при необходимой длительной терапевтической программе, в процессе которой пациент обычно не может реализовать свои потребности и даже не может выразить свои суждения и отношение, противоречащие терапевтической программе, часто осложняет отношения психотерапевта и больного. В трудовых и семейных кризисных ситуациях, и прежде всего при латентных конфликтах в отношениях с психотерапевтом, больные легкоранимы, но не могут словесно выразить свою агрессивность. Они просто уходят от лечения, не появляются к назначенному сроку. Это, казалось бы, немотивированное прерывание лечения приводит к развитию у них чувства вины и его проекции. Для контрперенесения психотерапевта важно, чтобы он знал об оппозиционных тенденциях своего пациента и вызывал его на разговор, помогая ему справиться с чувством вины или с напряжением во время лечения. Благожелательное отношение, при котором терапевт и сам не чувствует себя ущемленным и не делает ненужных упреков, определяет возможность продолжения терапии.

Для взаимоотношений психотерапевта и больного важно вовремя заметить, что пациент склонен подавлять собственные критические потребности и выявлять их лишь косвенно, например в форме немотивированного прерывания лечения.

Психотерапия

Ситуация отношений психотерапевта и больного часто характеризуется конфликтом агрессивности/зависимости со стороны больного.

Условия для лечения гипертоника характеризуются:

- низкой мотивацией, поскольку жалобы поступают в основном на незначительные субъективные симптомы;
- хорошими возможностями лекарственной терапии;

- личностными факторами, характеризующимися конфликтом агрессивности/зависимости, что может приводить к напряжениям в отношениях психотерапевта и больного и выражаться в ненадежности взаимодействия.

Для поддерживающего лечения рекомендуется раннее вовлечение социального поля, недирективное отношение психотерапевта к больному, не активирующее конфликт агрессивности/зависимости, активное сообщение психотерапевтом информации, усиление собственной ответственности и самостоятельности, а также самовосприятия (например за счет самостоятельного измерения давления).

Психотерапевтическое лечение представляется целесообразным и показанным лишь тогда, когда больной переживает соответствующее «давление страдания». Релаксация и поведенческие методы хорошо зарекомендовали себя как средство поддержки медикаментозной терапии, поскольку таким образом удается существенно снижать дозы лекарств.

В рамках программы поведенческой терапии следует добиваться собственной ответственности пациента при использовании метода биологической обратной связи и применении методик снятия напряжения. Пациенты должны понять, какие ситуации, трудности, конфликты приводят к повышению артериального давления, научиться контролировать свои успехи и неудачи. Необходимо уточнить, соответствуют ли эти успехи канонам классической рефлексорной теории и идет ли речь о прямом образовании условных связей, а не просто о научении больных общим успокаивающим приемам.

Могут успешно использоваться методы терапии, фокусированной на решении, символдрамы, арт-терапии, креативной визуализации, транзактного анализа, семейной психотерапии.

2.3. Психологическая картина личности и психотерапия при ишемической болезни сердца

Психические факторы в целом действуют только совместно с известными соматическими факторами риска (артериальная гипертензия, курение, сахарный диабет, избыточная масса тела). Определено три основных варианта таких связей:

- эмоции и душевные нагрузки оказывают прямое влияние на коронарное кровообращение, проницаемость эндотелия и (через катехоламины) непосредственно на сердце;
- психосоматические влияния существенны для возникновения артериальной гипертонии; одновременно они оказывают влияние на обмен

жиров и вызывают как общий атеросклероз, так и атеросклероз коронарных сосудов;

- психосоматические факторы приводят к злоупотреблению курением и алкоголем и оказывают воздействие на поведение в виде повышения пищевой потребности, что приводит к ожирению.

Коронарные больные придают мало значения предвестникам инфаркта миокарда. В противоположность больным с вегетативной дистонией и кардиофобическим неврозом эти больные вытесняют свои неприятные ощущения и до поры до времени склонны считать их пустяками. Коронарные больные отличаются толерантностью к симптомам своей болезни и даже безразличием к ним. Вторжение угрозы самой жизни вследствие болей отвергается и вытесняется, нарциссическая обида исчезает лишь перед самой катастрофой (Lesperance et al., 1996).

К коронарным заболеваниям предрасполагают определенные типы поведения.

Roseman, Friedman (1959) впервые описали угрожаемое инфарктом поведение как поведение типа А, которым эта группа больных на основе своих личностных характеристик реагирует на различные ситуативные требования. Они противопоставили этому поведение типа Б, которое занимает противоположный полюс на шкале поведения.

Более поздние исследования показали, что признаки типа А и Б являются объективно наблюдаемыми элементами поведения, но, скорее, представляют собой общие факторы риска психосоматических заболеваний и не дают возможностей каузального объяснения коронарной недостаточности.

Petzold (1976) указывает на то, что человек с поведением типа А может пользоваться творческим покоем, но при неуспехе он склонен к навязчивым раздумьям и все более нарастающему внутреннему напряжению, которое открывает переход к поведению, характерному для больных с инфарктом.

Впоследствии тип А был разделен на три подкласса. В первый входят люди замкнутые, заторможенные, сдержанные в мимике и жестах. Они редко выходят из себя, но зато, если уж разойдутся, долго не могут успокоиться. Вторая группа – это люди, которые хорошо умеют прятать свои чувства, но очень нервные внутри. Третья группа – люди, которые привыкли бурно выражать свое отношение ко всему, что происходит. Они общительны, размахивают руками, жестикулируют, громко говорят и смеются. Они часто срываются, сердятся, начинают ругаться, но тут же забывают причину своей злости.

Традиционно считалось, что враждебно настроенные люди чаще болеют ишемической болезнью сердца (ИБС). Еще в начале XX века психоаналитики определяли гнев, враждебность и связанные с этим интрапсихические конфликты как потенциальные причины гипертонии и патологии, определяемой сейчас как ИБС. Наконец, попытки обнаружить ключевые элементы внутри так называемого поведения типа А привели к необходимости рассмотрения враждебности в качестве его основного элемента (Dembroski, 1986; Dembroski et al., 1989).

Много исследований было проведено в 70 – 80-х годах. Их результаты варьируют в зависимости от исследовательских моделей и методов. Так, были получены данные, подтверждающие связь враждебности с тяжестью ИБС (Barefoot et al., 1994; Dembroski et al., 1985; Hecker et al., 1988; MacDougall et al., 1985; Matthews et al., 1977). По Freyberger (1976a), выраженное стремление к социальному успеху у угрожаемых по инфаркту лиц проистекает из невротической аномалии развития и в этом случае служит компенсации. Если описанная психическая предрасположенность сочетается с определенными социальными ситуациями, то с психосоматической точки зрения риск инфаркта накапливается, поскольку одновременно у пациента «идет навстречу» соматический компонент в виде латентной или манифестной сердечной недостаточности.

Пусковые социальные ситуации, которые в соединении с психической предрасположенностью могут вызвать инфаркт, часто означают переживание потери объекта.

Межличностные разочарования с выраженным характером расставания и профессиональными неудачами с отчетливым эмоциональным компонентом потери представляют для потенциального больного инфарктом в особенности большую угрозу, поскольку у пациента одновременно имеется нарциссическое нарушение.

Нарциссическое нарушение представляет собой важное условие для неудовлетворительной переработки потери объекта. Такой пациент переживает ее как грубую нарциссическую обиду. Появляется неустойчивость таких душевных качеств, как внутренняя уверенность и чувство благополучия, обозначаемая также как «лабильное самовосприятие» и имеющая отчетливо депрессивную окраску. Это лабильное самовосприятие в скрытом или явном виде обнаруживается у тех потенциальных больных инфарктом, которые характеризуются описанными психодинамическими процессами. Лабильное чувство самовосприятия, воспринимаемое в том числе как чувство неполноценности, представляет существенный внутренний

мотив для стремления к социальному успеху, так как тем самым пациенту удастся выстроить более или менее стабильное компенсаторное псевдосамовосприятие (Freyberger, 1976a).

Schafer (1976) различает 2 фактора, которые определяют риск инфаркта: с одной стороны, атеросклероз и, с другой, стресс. На усиление этих факторов оказывают воздействие также образ жизни пациента, связанный с питанием, алкоголизацией, курением, гиподинамией, а также состояния страха, напряжения, агрессивности и измотанности, которые в свою очередь могут иметь следствием поведение повышенного риска. Речь здесь никогда не идет об объективно значимых факторах, а лишь об их субъективном переживании больным (Blohm-ke, 1976).

Первоначально Dunbar (1943), а позже и другие исследователи описали личностный профиль коронарных заболеваний с позиций глубинно-психологически обоснованной казуистики: упорное желание работать, стремление достичь вершин в своей профессии, значимого социального положения, готовность приспособливаться к социальным нормам со склонностью к перенапряжению. К факторам риска относятся напряженный жизненный ритм, стремление к успеху и социальной значимости, беспокойно-напряженная деятельность.

Спешка, нетерпение, беспокойство, постоянно напряженная лицевая мускулатура, чувство цейтнота и ответственности характерны для будущих больных инфарктами. Идентификация больных со своей профессией столь сильна, что ни для чего иного времени у них не остается. Они просто одержимы манией работы. Это объясняется тем, что больные лучше ориентируются в ориентированном на социальный успех мире профессии, чем в личном, семейном мире, чью межличностную близость они не могут переносить (Rosemann, Friedman, 1959; Dunbar, 1954 и Jenkins, 1972).

Частой причиной перенапряжения является недостаточная для выполняемой деятельности квалификация, так что риск инфаркта у новичка выше, чем у опытного работника (Jenkins, 1972). Конфликты, связанные с перегрузкой, они пытаются разрешить так же, как все конфликты: призывами к себе самим больше торопиться, быть сильными и совершенными. Страх в конце концов потерпеть неудачу им малодоступен и скрывается за фасадом кажущейся компетентности. Больные ИБС несопоставимы с типичными невротиками в узком смысле этого слова. У них нет заторможенности, эмоциональной лабильности, неуверенности в себе, едва ли можно пробудить у них осознание конфликтов с последующим их переживанием и соответствующим поведением. Вместе с тем у таких больных психиче-

ская уравновешенность все же не сохраняется. В современном мире, в котором особенно ценятся работа и успех, их поведение можно оценить как сверхприспособительное, сверхнормальное. Они больше других следуют принципам современного индустриального общества, в котором преобладают активная деятельность, конкуренция, соперничество. У многих из них отмечаются целеустремленность в работе, тенденция к активности, безусловное стремление руководить и доминировать, быть у всех на виду, не оставаться в тени. Возможно, что эта экстраверсия является характерной невротической защитой от лежащего глубже орального желания зависимости, а активность в стремлении помогать людям, как это бывает у гипертоников, видоизмененной и защитной формой желания «орально» обеспечить и удовлетворить себя. Они не способны пассивно и доверительно «предлагать» себя окружающим людям, они должны своей активной деятельностью доказывать свое превосходство и свою ценность. Часто вследствие идентификации себя с миром отца они приходят к строгому «сверх-Я», принуждающему их к деятельности и приспособлению. Их отношение к объективному миру характеризуется стремлением к доминированию и защитой своего желания самопожертвования, увлеченности.

Развитие ИБС характеризуется с психосоматических позиций как последовательное чередование определенных стадий – синдромов гиперактивности, сверхкомпенсации и крушения (Ladwig, 1986).

Синдром гиперактивности. В определении профиля подверженной коронарным заболеваниям личности честолюбие и трудолюбие рассматриваются как константа независимо от различия взглядов разных психосоматических научных школ. «Целенаправленная и усердная личность» (Dunbar, 1943), «тщеславный чувствительный человек с сильным стремлением к признанию и престижу» (Aresin, 1960), человек с «выраженными признаками навязчивой ригидности» (Hahn, 1981) – во всех этих характеристиках совмещаются черты поведения, определяемые специальными психологическими исследованиями как интенсивная длительная потребность в успехе, честолюбиво-конкурирующее поведение, постоянное желание признания (Rosenman, 1964). Считается, что эти люди в психофизиологическом плане характеризуются симпатико-тонической регуляторной доминантой. Им достаточно небольшого внешнего раздражителя, чтобы достичь оптимального уровня стимуляции. В экспериментах с дефицитом времени удалось установить, что у людей с поведением типа А появляются более выраженные учащение пульса и повышение систолического АД, чем у лиц с поведением типа В.

Поведение людей реализуется не в безвоздушном пространстве, а в сфере межличностных отношений. Первично честолюбивая и трудолюбивая личность проявляет экспансию и злость как доминирующий стиль поведения. Трудные ситуации переживаются такими людьми как испытание их способности к решению проблем. Кроме того, они рассматривают свое окружение как неполноценное и препятствующее нормальному ходу работы. У них преобладает чувство гневливой раздражительности. Легко можно представить, что люди с таким избытком потребности в соперничестве, враждебности, агрессивности, чувством нехватки времени и нетерпеливостью (Dembroski et al., 1977) могут ожидать от окружающих реакций противостояния. Так складывается выраженное агрессивное, эгоистическое поведение.

Синдром сверхкомпенсации. В рискованной карьере синдром сверхкомпенсации достигается следующим образом: постоянное внешнее давление, которое провоцируется соответствующим поведением, приводит к хроническому перенапряжению. Сохранение стабильности поведения требует стратегии постоянного нарастания издержек. Возможным выходом из положения является увеличение продолжительности работы (сверхурочные часы), что расценивается как объективный показатель перегрузки и подтверждается многочисленными наблюдениями как индикатор такой стратегии нарастания издержек. Возникающий при этом синдром нарушения ночного сна также оценивается как чувствительный показатель качества изменения соотношения между субъективным самочувствием и объективно существующими формами перегрузки.

Синдром крушения. Если синдром сверхкомпенсации характеризуется как перманентная вынужденная необходимость в реактивном усилении приспособления, следствием которой является хроническая опасность превышения приспособительных возможностей, то синдром крушения означает не столько острое клиническое состояние, сколько характерные, часто труднообратимые, последствия «надлома жизненной линии», которые могут приводить к страданию предрасположенной к этому личности.

Агрессивное, эгоистическое поведение продолжается, но оно становится только фасадом: такой человек проявляет свой стереотип гиперактивного агрессора, но за ним скрывается механизм неудачной и неполной когнитивной переработки тяжелых жизненных событий. Пациент из группы риска реагирует на превышение способностей приспособления механизмами защитной компенсации, теряет внутриспсихический механизм контроля над вызванными стрессом функциональными процессами, де-

монстрирует эмоциональную сдержанность и социальную приспособленность. Однако его эмоциональное состояние перед развитием инфаркта миокарда определяется как истощение и депрессия (Appelsetal, 1988).

Депрессия с ее источником в разнополюсном и многократно «разваливавшемся» синдроме гиперактивности также является общепризнанным фактором риска развития ИБС и инфаркта. Среди больных инфарктом миокарда у пациентов с тяжелыми депрессивными состояниями артериальная гипертония встречается в 2 раза чаще, чем в общей группе больных. Такие люди, долгое время направлявшие гиперактивность и враждебность вовне, в конце концов обращают их против самих себя.

Психотерапия

Трудности лечения больных с коронарными заболеваниями обусловлены структурой их личности. Со стороны психотерапевта проблемой является распознавание ориентированной на успех установки как конфликтного поведения. Способность к успеху и ориентировка на него слишком поспешно отождествляются со здоровьем: кто много работает – считается здоровым.

Больные склонны к отрицанию своих конфликтов. Можно говорить о психических скотомах, затрагивающих у потенциально инфарктных больных, с одной стороны, постоянную перегрузку вследствие внутренней навязчивости стремления к успеху, с другой – выраженный вред здоровью злоупотреблением табаком и пищей. Механизм отрицания затрудняет формирование внутренней мотивации к терапии (Freyberger, 1976).

В зависимости от истории развития личности и актуальной ситуации возможны три основных направления лечения:

- индивидуальное консультирование, сообщение информации о здоровом образе жизни с особым учетом когнитивных процессов;
- обучающие, ориентированные на симптом методики (аутотренинг, функциональная релаксация), которые вовлекают тело в терапевтический процесс, избегая работы с сопротивлением;
- психотерапия, работающая с сопротивлением и переносом.

Показания к психотерапевтическому ведению после инфаркта имеются лишь в тех случаях, когда больной испытывает «давление страданием», с которым он не в состоянии справиться сам и поэтому обращается за психологической помощью, если больной не может обойтись «простым советом»: когда терапевт дает рациональные и научно обоснованные предложения по изменению образа жизни, многократно повторяет их, а больной, несмотря на внешне демонстрируемую готовность, не в состоянии им следовать.

В зависимости от показаний к психотерапии больных инфарктом можно разделить на импульсивных, адаптивных и регрессивных больных. Для первой группы хорошо оправдали себя занятия спортом (коронарные группы). Они учитывают двигательные потребности больных. Для второй группы рекомендуется комбинация элементов групповой терапии с ауто-тренингом. Для третьей группы больше всего подходят психотерапевтические методы, поскольку давление страданием у этих больных можно продемонстрировать на зависимых тенденциях поведения и депрессивных реакциях.

У больных с коронарным инфарктом следует собирать биографический анамнез с целью выявления эмоциональных нарушений (вегетативные расстройства других органов систем, психические симптомы, страха или навязчивости) и выяснения того, как ведет себя больной относительно своих внутренних побуждений и чувств (Petzold, 1976).

Могут использоваться методы терапии, фокусированной на решении, символдрамы, арт-терапии, креативной визуализации, транзактного анализа, семейной психотерапии. Хорошие результаты дает использование методов поведенческой терапии (Orth-Gomer, Schneiderman, 1996).

2.4. Психологическая картина личности и психотерапия при кардиофобическом неврозе

Конфликт, который с большим постоянством обнаруживается при кардиофобическом неврозе, это конфликт разрыва у высокоамбивалентной личности, которая обнаруживает, с одной стороны, способность к самозащите, а с другой – ограниченность своих возможностей и угнетающую зависимость. Конфликт в виде разрыва четко связан с вызывающей его ситуацией (смертью близких, отъездом, болезнью) – со всем, что угрожает одиночеством в представлении больного. Существует также связь с депрессивным типом реагирования личности с сильной амбивалентной установкой, причем в фантазиях постоянно фигурирует агрессивное желание смерти и одновременно ожидание чудесного спасения (Бройтигам и др., 1999).

Имеющаяся склонность к симбиотическим отношениям, депрессивно-симбиотические фантазии на тему слияния у больных с кардионеврозом вызывают внешние и внутренние трудности при разрыве тесных связей с матерью и отцом. Так же тяжело может восприниматься смерть окружающих, которую пациенты переживают так, как если бы это была их собственная судьба.

Что касается психодинамических условий, то в первую очередь следует выделить фиксацию и симбиотические отношения с матерью, прежде всего у молодых мужчин. Среди больных с кардиофобией много единственных в семье детей, часто растущих без отца. Здесь также много младших сыновей, которые очень привязаны к матери. Ситуация единственного ребенка, сына, который имел мало возможностей завязать отношения вне семьи и был вынужден длительное время ограничиваться контактами с одним человеком, играет причинную роль в дальнейшей несамостоятельности и сложностях при разлуке. Фрейд впервые констатировал, что это не столько отвержение само по себе, сколько общая изнеженность, которая делает позже человека не способным отказаться от любви или хотя бы временно довольствоваться меньшим. Чрезмерная ранняя привязанность предрасполагает к неврозу. Общие нейропсихологические данные указывают и на то, что каждое привыкание – это одновременно и отказ, так как оно слабо подготавливает человека к естественным трудностям жизни. Особенно неблагоприятно действует привязанность или чередование привыкания и резкого прерывания его.

Мнение о том, что у больных кардиофобией сенсibiliзирующими являются перенесенные в раннем детстве травмировавшие их переживания разлуки (Bowlby, 1960), не считается бесспорным. Проблема разлуки не соответствует реальной чрезмерной нагрузке. Конфликт заключается в предвосхищаемой пациентом ситуации разлуки, которой он должен желать и одновременно опасаться. Собственные фантазии и внешние изменения представляют собой «ситуации искушения». Эти ситуации, имеющие значение одиночества, вызывают психосоматические оттенки враждебности и страха, которым соответствует симпатикотоническая готовность. Если при этом криз протекает в виде сосудистого приступа, то он может привести к кардиофобическому неврозу.

Что касается личности, то, как и при других психосоматических заболеваниях, имеется два противоположных типа личности (поведения): тип А, который демонстрирует непосредственно симбиотическую зависимость, и тип Б, который не терпит этих унижительных ситуаций и ведет себя подчеркнуто независимо, проявляя демонстративные псевдонезависимые реакции в своих осознанных и неосознанных поступках (Richter, Beckmann, 1973).

У подавляющего большинства больных можно наблюдать обычную зависимость, нарастающее сокращение жизненных связей, щажение себя, характерную для фобий вообще позицию ухода от трудностей. Некоторые

прекращают работать, не в состоянии жить самостоятельно, без поддержки психотерапевта и близких. Они избегают сексуальных контактов, занятий спортом и в конце концов любых физических усилий, которые связаны с учащением сердцебиения. Многие полностью фиксированы на наблюдениях за своей сердечной деятельностью, читают всю относящуюся к этому литературу, ходят от психотерапевта к психотерапевту, распространяют свои самонаблюдения на другие части тела. Считается, что ипохондрик всегда найдет причину изучать себя, и даже здоровый человек имеет достаточно материала для ипохондрической переработки ощущений в своем организме. Но именно при кардионевротическом страхе большую роль играет психофизиологический порочный круг: вследствие страха или тревоги происходит выброс адреналина, это приводит к тахикардии и повышенной возбудимости с повышением артериального давления (АД), уменьшается полезный эффект работы сердца, наступает гипоксия, которая, в свою очередь, вызывает страх и тревожное беспокойство с проекцией на сердце. Увеличение частоты сердечных сокращений и сердечные сенсации снова вызывают страх.

Тип простой зависимости, как и тип чрезмерной защиты и отрицания, можно обнаружить с помощью психологических тестов. Richter и Beckmann (1973) описали его как типы А и В в профилях ММРІ. Различие между типами обнаруживается в шкале D этого теста как выражение депрессивных симптомов, очень характерных для типа А, тогда как у типа В они остаются скрытыми за счет гиперкомпенсации.

Для пациентов с гиперкомпенсацией и выраженной защитой характерны попытки побороть свою слабость активностью и физическими усилиями. Они не терпят, когда медикаментозное или другое лечение, направленное на расслабление и пассивность, вызывает у них «слабость», что имеет значение при выборе стратегии лечения.

Событие, которого больше всего боится больной с кардиофобическим неврозом, это инфаркт миокарда, который у таких больных развивается не чаще, чем среди населения в целом. Этому соответствуют и катамнезы при функциональных сердечно-сосудистых нарушениях, поскольку симптоматика развивается, как правило, на основе специфической формы динамически лабильной регуляции АД. Многие катамнезы, достигающие 20 лет, показывают явно меньшее число органических заболеваний сердца, чем можно было бы ожидать (Christian, 1990).

Прогноз у нелеченых больных как в отношении симптоматики, так и в плане жизненного развития неблагоприятен. Отмечается склонность к

хронизации, расширению симптоматики, большинство больных оказываются в менее благоприятной социальной ситуации. Часто пациенты с кардиофобическим неврозом болеют десятилетиями и полностью погружены в свои ипохондрические переживания. Но встречаются и более благоприятные формы течения, при которых приступы страха возобновляются только в наиболее неблагоприятных ситуациях.

Психотерапия

Необходимо объяснить пациенту, что он болен лишь в определенном смысле, что его сердечные жалобы хотя и так же реальны, как и его страх, но являются следствием, а не причиной болезни. Психотерапевт должен убеждать больного в том, что он, безусловно, не умрет от сердечного приступа или инфаркта миокарда и, по данным статистики, у него очень большие шансы выздороветь. Следует помочь пациенту переработать вызвавшую болезнь ситуацию в ее «сценическом» содержании и психодинамическом значении, что удается в большинстве «свежих» случаев. С этого этапа начинается психотерапевтическое лечение.

Методом выбора является раскрывающая психотерапия, которая не только устраняет симптоматику, но и помогает больному в преодолении конфликтной ситуации и ускорении процесса созревания личности. Больные, которые начинают лечение рано, обычно сравнительно молоды и податливы, у них еще не развилась стойкая фиксация при переработке болезни. Жизненное развитие еще не завершилось, и возможен прогресс, поэтому они могут с успехом лечиться методом психотерапии. При депрессивно-невротических состояниях и тенденции к неблагоприятной регрессии больше показана групповая терапия, которая вообще имеет лучший прогноз (Sent, 1988). Психологический доверительный контакт с психотерапевтом остается важным методом терапии для большинства больных.

Могут использоваться методы терапии, фокусированной на решении, символдрамы, арт-терапии, креативной визуализации, транзактного анализа, семейной психотерапии.

2.5. Психологическая картина личности и психотерапия при нарушениях сердечного ритма

Чаще всего приступы бывают спровоцированы ситуационными факторами и конфликтами. У 25 % пациентов со здоровым сердцем отмечается тесная связь между появлением приступа и жизненными коллизиями. Приступы часто возникают в периоды внутреннего напряжения и при кумуляции эмоций. Соматическое возбуждение и усиление сердцебиения, беспокойство, нарушения ритма занимают место конфликта самоотверже-

ния и могут толковаться как фрагменты подавленной психофизической реакции.

В личностном плане чаще встречаются пациенты, склонные контролировать свои чувства, подавлять их, рассматривать их проявление как слабость: «Я не показываю, что со мной творится».

Пациенты склонны к тому, чтобы упорно защищать свой эмоциональный мир. В то же время они избегают противостояния, борьбы, споров и склонны к рационализации. Провоцирующими приступ ситуациями для них являются ситуации искушения, которые близки к «эмоциональной самоотдаче» или к скрытой агрессии, которая при угрожающем крушении защиты разряжается в виде приступа.

Психотерапия

Могут использоваться методы терапии, фокусированной на решении, символдрамы, арт-терапии, креативной визуализации, транзактного анализа, семейной психотерапии.

Вопросы для самоконтроля

1. Каковы социально-психологические причины сердечно-сосудистых заболеваний?

2. Каковы наиболее распространенные сердечно-сосудистые заболевания с психосоматическим компонентом?

3. Опишите психологическую картину личности при эссенциальной гипертонии.

4. Раскройте психологическую картину личности при ишемической болезни сердца.

5. Представьте психологическую картину личности при кардионеврозе.

6. Опишите психологическую картину личности при нарушениях сердечного ритма.

7. Перечислите основные принципы психотерапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

3. ПСИХОСОМАТИКА ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

3.1. Этиология желудочно-кишечных заболеваний

Поглощение и выделение – основные функции желудочно-кишечного тракта. Но они в своих проявлениях находятся в определенных отноше-

ях с окружающим человека миром, связаны с его эмоциональным состоянием, с отношениями с другими людьми и с внешним жизненным пространством. Моторные, вегетативные, гуморальные и центральные процессы в этой соматической сфере нельзя изолировать от душевного состояния человека. Поэтому неудивительно, что такие действия человека, как процессы принятия пищи, жевания, глотания, переваривания и выделения остатков прочно входят в более тонкие уровни взаимодействия человека с окружающими его другими людьми. Это находит свое отражение в повседневной речи – «тебе это не по зубам», «его трудно раскусить», «ты вряд ли это переваришь», «аж слюнки потекли» и т. д.

Новорожденный ребенок в функционально-психологическом отношении являет собой сплошной рот. Это самый главный инструмент взаимодействия новорожденного с окружающим. Так или иначе, но кормление и чувство сытости в дальнейшем с развитием ребенка и становлением уже зрелой личности служат не только для достижения насыщения, но и опосредуют собой заботу, чувство безопасности, переживание того, что тебя любят. Прием пищи и процесс насыщения остаются на всю жизнь замещающей возможностью удовлетворения, к которой можно всегда прибегнуть при любом разочаровании.

Эта внутренняя связь между психическим состоянием человека и процессом поглощения-выделения приводит к тому, что эмоциональное состояние человека при принятии пищи оказывает влияние на дальнейший процесс ее переваривания. Такие переживания, как агрессия, опасение, страх, депрессия тормозят функции желудка и кишечника, нарушают моторику и как следствие приводят сначала к функциональным, а при прогрессировании процесса – к органическим изменениям структуры желудочно-кишечного тракта. Агрессия, опасение, страх – биологически эти переживания связаны с функцией сокращения мышечных клеток. При опасности или агрессии возникает рефлекторный спазм, напряжение. Ни одно живое существо, кроме человека, не будет принимать пищу, находясь в этих состояниях, потому что для этого нужно вначале расслабиться – высунуться из своего панциря (натурального или мышечного). Современный же человек переносит законы хищного мира в мир социальных отношений. По сравнению с животным миром он более безопасен, но в нем «опасность» – это не столько опасность быть убитым или съеденным, сколько опасность быть уволенным. Человек не только способен есть в состоянии подавленности, агрессии или страха, но и прибегает к поглощению большого количества пищи как к средству «успокоить нервы». В результате

пища попадает в спазмированный, зажатый от стресса пищевод, желудок, кишечник. Следствием этого является широчайший спектр желудочно-кишечных расстройств, начиная от гастрита и заканчивая прободными язвами.

Наряду с пищевым поведением система пищеварения в особенности пригодна для соматического посредничества в выражении проблематики уверенности и защищенности, ибо еда представляет собой самую первоначальную форму собственности, гарантирующей существование, а пищеварение – самую первоначальную форму управления и пользования этой собственностью.

Эти основные тенденции по мере развития человеческой личности, ее душевного и физического созревания и формирования совести приобретают сложное выражение: чувство вины и покаяние могут выражаться в отказе от пищи или упорной рвоте. Волчий голод становится симптомом регрессивного стремления к защищенности перед лицом превышающей возможности человека задачи.

К стремлению к защищенности и собственности могут присоединяться алчность и стремление к власти, в обращении с содержимым кишечника может разыгрываться проблематика отдавания и удержания, а также стремление к успеху и навязчивое послушание или, наоборот, упрямство и отвергание.

Болезни желудочно-кишечного тракта по своим регрессивным признакам сходны с получающими в последние годы все большее распространение депрессивными и наркологическими заболеваниями. В отличие от них болезни желудочно-кишечного тракта более маскируют, чем выявляют душевные переживания. Страх, внутренняя нужда и неуверенность часто вытесняются желудочно-кишечными заболеваниями. Видимым в таких случаях остается лишь телесный синдром. Если, наконец, задетый орган или симптом выключается медикаментозным или хирургическим путем (язва желудка, язвенный колит), часто появляются психические симптомы – страх, депрессия, наркотические тенденции.

Психосоматическая медицина пытается понимать язык органов как выражение эмоциональных феноменов и отграничивать от факторов конституции и предрасположенности. Телесные феномены, относящиеся к пищевому поведению и пищеварению, соотносятся с определенными эмоциональными процессами (Staehein, 1963):

- трудности овладения (стоматит, симптомы слизистой рта);
- неспособность что-то проглотить (нарушения питания, глотания);

- быть отвергаемым, презираемым (потеря аппетита, изжога, рвота, похудение);
- безуспешные хронические усилия что-либо переварить, усвоить (боли в желудке, чрезмерная перистальтика, пилороспазм, язва);
- хроническая невозможность что-либо переработать (боли, энтероколит, раздражимость толстого кишечника);
- невозможность отдать что-либо (хронические запоры);
- желание выбросить что-либо (хронический понос).

3.2. Психологическая картина личности, психотерапия при язве желудка и двенадцатиперстной кишки

В типологии язвенных больных, не ориентированной исключительно на модель психологии невротиков, предлагается следующее разделение (Overbeck, Viebl, 1975):

1. *Психически «здоровый» язвенный больной.* Личности с хорошей функцией Я и стабильными объектными отношениями, которые при массивной неспецифической или специфической (идущей из сферы оральных переживаний) нагрузке при сильной регрессии Я, ресоматизации и определенной предрасположенности желудка заболевают язвой в качестве единой психосоматической реакции.

2. *Язвенный больной с невротом характера,* формированием псевдо-независимых реакций или обсессивно-депрессивными чертами с оральными конфликтами, заметными окружающим (например, руководящий работник, распространяющий вокруг себя агрессивное напряжение). Конфликт декомпенсируется при хроническом течении вследствие особых переживаний обиды, неудачи, любовной потери после двухфазного вытеснения.

3. *Социопатический язвенный больной.* Пассивно-зависимые больные со слабым Я, чрезмерной зависимостью от объектов, склонные к прорыву инстинктов или параноидно-кве-рулятивным типам поведения, внешне проявляющие свои оральные конфликты как «асоциальные больные» (например, больные язвой алкоголики, рентные невротики), заболевают уже при мелких внешних отказах в любви и обращении к себе. Их расстройство желудочно-кишечного тракта становится понятным как соответствующие их психическим потребностям органный модус или физиологические корреляты.

4. *«Психосоматический» язвенный больной.* Невыразительные личности с бедной фантазией, представляющиеся своеобразно ригидными и механическими в образе жизни и объектных отношениях, производящие

при исследовании чувство полной пустоты отношений. Они в состоянии видеть в окружающих лишь самих себя и при специфических нагрузках и кризисах (часто – в связи с потерей объекта) привычно психосоматически реагируют. Часто наряду с язвенной болезнью наблюдаются и другие психосоматические нарушения, такие как лихорадка, сердечные симптомы, ревматизм и т. д. Кроме того, у таких пациентов констатируют учащение несчастных случаев и оперативных вмешательств.

5. «*Нормопатический*» язвенный больной, чрезмерно ориентированный на нормальность поведения, чрезмерно адаптивный, с отчетливыми ограничениями Я на основе выраженной тенденции отрицания (например реальности собственного состояния истощения и физического самочувствия). Как рабочие или мелкие служащие, часто работающие дополнительно по совместительству, они находятся в состоянии хронической саморазрушающей стрессовой перегрузки, на фоне которой часто молниеносно появляется язвенная симптоматика.

В отношении манифестного поведения в литературе различают *пассивный* и *гиперактивный* тип язвенного больного.

Пассивный язвенный тип склонен к субдепрессивному фону настроения и прямо выражает свои потребности в зависимости. Он считается манифестно-зависимым. Язвенный приступ наступает, «когда бессознательные или сознательные желания зависимости встречают отказ» (Freudberger, 1972). При пассивном типе бессознательный страх быть покинутым стоит на первом плане и ведет к постоянному напряжению. Эти индивидуумы ищут обстоятельства и людей, которые их «не могут покинуть». Это люди, которые «не могут поверить», что жена их больше не любит. В результате каждое сомнение, отсутствие любящего взгляда могут вызвать паническую реакцию. К таким напряжениям может вести и страх перед авторитарной отцовской фигурой. Шаги к самостоятельности и независимости не предпринимаются. Больной наслаждается преимуществами зависимости и отказа от всякого риска. Жизненная стратегия заключается в том, чтобы быть защищенным.

Этот манифестно-зависимый пассивный язвенный тип часто происходит из семьи, в которой он был избалован очень заботливой матерью. Больному не удается достичь прерывания «психологической пуповины», стать независимым от матери. Он остается с желанием защиты и помощи, сильно привязанным к материнской фигуре, в то время как отец может занять лишь второстепенное положение, когда его «признают». Loch (1963) описывает неспособность некоторых больных учиться «выстоять в конку-

ренности с отцом», найти «признание и подтверждение себя как мужчины». Больные и при выборе партнера руководствуются своей потребностью в защищающей заботе. Мужчины этого типа часто выбирают в жены тип своих матерей.

При *гиперактивном* язвенном типе желаний зависимости очень сильны, однако отвергаются больными. Они отказываются от своих желаний, происходящих из оральной сферы переживаний, и тем самым фрустрируют сами себя. Гиперактивный тип лишен покоя. Он агрессивно преследует свою цель, компенсаторно стремится к независимости и постоянно доказывает свою силу. Пациент нуждается в таком подтверждении, поскольку не в состоянии обеспечить себе чувство защищенности иным способом, кроме достижения успеха. Этот тип ищет успеха, но в целом неуспешен, поскольку предметом его стремлений являются признание себя и престиж. Это дон Жуаны достижений и успеха, они одновременно активны и не уверены в себе.

Наглядное представление о конфликтах у больных с заболеваниями желудка дано Александером (2002): инфантильные желания зависимости имеют здесь специфическое содержание – получить путем пассивного питания любовь и внимание – побуждения, которые вступают в конфликт с возросшим Я. Орально-рецептивные желания, которые на межличностном уровне означают безопасность, близость, любовь, заботу, а на уровне еды – быть накормленным, могут не реализоваться по двум причинам. Они будут отвергаться из-за внутренней амбивалентности посредством активности, детолюбия, настойчивой самостоятельности и самоутверждения, агрессии против защищающих их и олицетворяющих материнство лиц путем переигрывания, отвергания, пренебрежения, сверхкомпенсации и/или будут фрустрированы вследствие внешнего отказа, может быть, вследствие утраты тех или иных лиц, доверительного окружения или вследствие перегрузки себя работой, самостоятельностью или ответственностью.

Пассивно-оральные желания у мужчин часто приобретают оттенок нежной привязанности, привлечения к себе внимания более сильных личностей и не допускают эдипова соперничества со всеми вытекающими из этого фрустрационными последствиями.

Как желаемое пассивно-оральное поведение, так и агрессивная орально-зависимая готовность желудка ведут к установке в плане «насыщения» или «переваривания», происходит хроническое повышение функций органа с гиперсекрецией.

Прослеживая ранние детские модальности отношений с психоэтио-

логических позиций, можно видеть, что они ведут к фиксации на оральном либидинозном уровне. Опыт показывает, что как отказ, так и поощрение могут иметь место при фиксации на оральной стадии либидо. При этом следует учитывать, что каждое поощрение содержит в себе элемент отказа, поскольку оно вредит подготовке ребенка к последующим неизбежным требованиям жизни, формированию собственной активности и самостоятельности. Оно задерживает тренировку ребенка, в которой он нуждается, чтобы в последующем, руководствуясь собственными побуждениями и масштабом деятельности, иметь возможность развиваться самостоятельно. Картина личности язвенных больных изучалась в многочисленных работах (Levenstein et al., 1992; Jain et al., 1995; Jess, 1994; Levenstein, 1999; Lydiard et al., 1994; McIntosh et al., 1983; Piper, Tennant, 1993; Raiha et al., 1998).

Психотерапия

Специфика психотерапии пациентов с пищеварительными расстройствами заключается в воздействии на нервно-психические составляющие этиопатогенеза заболевания, а также в выявлении и коррекции системы факторов «агрессии» и «защиты», действующих на психологическом уровне. При этом расстройство системы пищеварения рассматривается как интегральная характеристика нарушений в системе свойств личности, нейроэндокринной регуляции и исполнительной висцеральной системы органов пищеварения (Губачев и др., 1990), имеющая онтогенетическую природу (Симаненков и др., 1994). Основными задачами психотерапевтического воздействия являются коррекция и предупреждение психологических нарушений, психологическая адаптация к условиям внешней среды, обучение здоровому образу жизни и навыкам преодоления стресса.

Большое значение имеет как нежелание психосоматического пациента признавать проблемы в психической сфере, так и страх перед психотерапевтом. Преодоление сопротивления выявлению психотравмирующих событий – серьезная задача, которая включает в себя несколько этапов: установление раппорта с пациентом, определение его основных трудностей, преодоление этих трудностей с целью ослабления накопившихся отрицательных эмоций и восстановления позитивной перспективы.

Одна из задач терапии психосоматического больного – освобождение его от жестких когнитивных установок, связывающих запреты, порожденных особенностями социально-психологических стрессоров, форм психологической защиты и компенсации, облегчение выхода эмоций через альтернативные каналы, которые не приводят к напряжению самого пациента и приемлемы для общества.

Мишенями психотерапевтической работы могут также являться:

- высокий уровень тревожности как показатель неуспешности переработки психологического конфликта;
- интегрированный комплекс отношений к болезни, свидетельствующий об относительности социально-психологической адаптации больных;
- дисгармонично организованные связи психологических характеристик личности, облегчающие и потенцирующие срыв адаптационно-компенсаторного психосоматического процесса;
- узость «спектра» используемых защитных механизмов и неадекватные поведенческие стратегии.

В данном случае психотерапия направлена прежде всего на осознание невозможности одновременно реализовать противоположные желания, а значит, это работа с выбором и приспособлением, ресурсами, семейной историей и многими другими составляющими человеческой жизни. Работа психотерапевта ориентирована на личностный рост, взросление пациента.

В острой фазе с больным не следует вести беседы, направленные на вскрытие конфликтов, но надо использовать все возможности для обсуждения необходимых изменений в поведении и быту. Лишь со временем в ходе психотерапии можно пытаться воздействовать на соматические функции, участвующие в патогенезе язвы. Для отношений с больным полезно, если лечащий врач сначала определит, к какому типу относится данный пациент. Пассивный тип язвенника ищет защиты в общении с врачом, в то время как с гиперактивным типом показана другая тактика: следует иметь в виду раздвоенность больного между его стремлением к независимости и одновременной потребностью в пассивной зависимости.

У язвенных больных хорошо зарекомендовал себя аутотренинг. Как и при многих других психосоматических состояниях, групповой тренинг дает больше преимуществ по сравнению с индивидуальным. В особенности гиперактивному типу важно узнать, что можно быть активным и в расслабленном состоянии. Положительный перенос на терапевта также дает преимущества при этой форме терапии.

Прежде всего следует обратить внимание на то, чтобы больной получал помощь, в которой он бессознательно нуждается. Это требует от врача понимания смысла симптома и правильного истолкования часто предъявляемых требований дальнейших обследований, медикаментов или операции (пассивная позиция) в связи с жизненной историей и социальной

ситуацией больного. В отношении этих желаний ни в коем случае нельзя идти на поводу у больного.

Язвенный больной нередко может парадоксальным образом психически стабилизироваться после хирургической операции, в этом смысле можно говорить о «психосоматике с ножом». После такой хирургической легализации болезненного статуса окружение начинает относиться к пациенту как к «настоящему больному». Теперь он может свободно выражать свои желания зависимости без страха получить клеймо неудачника, испытываемое некоторыми психосоматическими больными. Однако при оперативном лечении, в особенности на ранних стадиях, существует специфическая опасность того, что психическая проблематика остается открытой, с возможностью смены симптомов, в то время как бессознательная динамика конфликта продолжает работать дальше. По Freyberger, Leutner (1974), после оперативного вмешательства на желудке смена компонентов нередко происходит в виде злоупотребления алкоголем, а также психоневротических и/или психосоматических симптомов.

3.3. Психологическая картина личности и психотерапия при запорах

Пациенты, страдающие запорами, часто обнаруживают так называемую анальную триаду Фрейда: упрямство – любовь к порядку – бережливость. Эти признаки и их крайности – нетерпимость, педантизм и скупость – обнаруживаются прежде всего в рамках обсессивной структуры личности. Вероятно, исходная личность и воспитание любви к чистоте рано приводят к ригидному «сверх-Я», к интроекции (усвоению) родительских масштабов в качестве собственного мира ценностей.

Как причинная семейная ситуация обычно описывается детство со строгой матерью, которая очень требовательна к детям в отношении дарения и получения подарков. Все, что они сами получают в подарок, они должны в соответствии с требованиями родителей тут же разделить с другими. Эти дети и сами становятся чрезмерно требовательными в отношении дарения и получения подарков. С представлением о самоотдаче связываются фантазии о собственных обязанностях, что приводит к устойчивым защитным формам поведения, поскольку такие люди часто орально заторможены, т. е. не могут ничего себе позволить, и для них страх утраты становится тем более угрожающим. Матери часто не способствуют переживанию полноты, изобилия, поэтому оральные фрустрации и анальные страхи утраты объединяются, и отдача может связываться с негативными эмоциями (Dührssen, 1960). Пока не ясно, достаточно ли этих общепризнанных внешних условий для развития заболевания.

Хронические запоры наблюдаются по большей части у тревожных и депрессивных, внешне спокойных, но внутренне напряженных, малообщительных и неуверенных в себе пациентов. Александер (2002) следующим образом обозначил их установку: «Я ничего не могу ожидать от других и поэтому могу им ничего не давать, я должен удержать то, что у меня есть».

Иногда запор развивается как компенсация чрезмерного наслаждения тратами. Здесь речь идет о добродушных людях, которые склонны раздавать на все стороны. Это, может быть, объясняет большую склонность к запорам у женщин, чем у мужчин: в женской социализации готовность к жертвам имеет, как и прежде, большое значение. Часто больные чрезмерно следят за деятельностью своего кишечника.

Schwidder (1965) наблюдал следующие связи переживаний при хронических запорах:

1. Телесный радикал протестной реакции.
2. Попытка удержать, чтобы овладеть, выстоять.
3. Отступление в страхе.
4. Страх и защита от слишком большой отдачи.
5. Связь дефекации с «грязными» побуждениями, воспринимаемыми с чувством вины или как опасные и поэтому отвергаемыми.

Хронический запор в детстве следует понимать как протестную реакцию, в том числе как протест против чрезмерно педантичного обучения опрятности.

Психотерапия

Основным элементом программы психотерапии является решение задачи психосоциальной адаптации с обязательным вовлечением больного в процесс диагностики и лечения. Диетические, физически активизирующие и воспитательные меры могут оказать неожиданно хорошее действие. Ауто-тренинг также хорошо зарекомендовал себя при лечении больных с хроническими запорами. Если эти меры оказываются безуспешными, показаны и обычно бывают успешными симптоматически ориентированные психотерапевтические беседы.

Успешно используются также методы гештальт-терапии, транзактного анализа, арт-терапии, психодрамы, телесно-ориентированной терапии, танцевальной терапии и семейной психотерапии.

3.4. Психологическая картина личности и психотерапия при эмоциональной диарее

Личность характеризуют страх перед авторитарными фигурами и чувство беспомощной зависимости. Чувства бессилия, изнуренности компен-

сируются чрезмерным желанием признания себя и социального успеха.

В сфере личности доминирует желание признания собственной значимости и возможностей в сочетании с латентным сознанием чрезмерности требований и своей слабости. Имеется беспомощная зависимость от сильных объектов с рецептивными и оральными агрессивными желаниями.

Александр (1951) писал о хронической диарее: «Относящийся к симптому вытесненный психологический фактор – это сильная потребность дарить и делать добро. Больной может вступать в отношения зависимости от других, но при этом он чувствует, что он должен что-то сделать, чтобы компенсировать все, что он получил. Но вместо реального действия он успокаивает свою совесть этой инфантильной формой подарка содержимым своего кишечника».

Несамостоятельное поведение больных с поносами, их склонность все отдать являются выражением страха, но это можно интерпретировать также как подчиненность перед более сильным, обычно перед авторитетом отца. Цель терапии – осознание больным своего конфликта и его влияния на психосоматические симптомы. Благодаря анализу своей жизненной ситуации пациенты в состоянии преодолеть внутренний конфликт между огромными ожиданиями, чрезмерными запросами и преувеличенным страхом перед авторитетами.

Психотерапия

Чисто медикаментозные средства являются терапевтически недостаточными. Лежащий в основе конфликт может успешно прорабатываться в рамках индивидуальной и групповой психотерапии, если больной достаточно мотивирован для такого лечения.

Могут использоваться методы гештальт-терапии, транзактного анализа, арт-терапии, психодрамы, телесно-ориентированной терапии, танцевальной терапии и когнитивной психотерапии.

3.5. Психологическая картина личности и психотерапия при синдроме раздраженной кишки

Картина личности больных не единообразна, есть указания на тенденцию к обсессивно-невротической переработке переживаний при основной депрессивной структуре и на высокий уровень страха у этой группы больных (Schwigger, 1965; Reindell et al., 1981; Woodman, Noyes 1992).

В ситуации, вызывающей заболевание, и в темах конфликтов часто видна связь со страхами: перед экзаменами, при недоразумениях с учителями, руководителями или родителями. Характерно, что в большинстве

случаев переживание страха вытесняется из сознания и проявляется изолированно на уровне соматической сферы. В картине личности часто обнаруживаются реактивные структуры: больные контролируют все проявления чувств, внешне выглядят бодрыми, подчеркнуто упорядоченными, умело скрывают свои страхи, причем нередко посредством молодцеватой и утрированно мужской манеры держаться. Все их поведение определяет латентный страх потерять свое лицо и выпасть из роли независимо от того, проявляют ли они агрессивность или слабость. Если ретроспективно проследить развитие личности, то можно обнаружить, что в своем моторном и эмоциональном развитии по отношению к родителям и другим людям больные оставались зависимыми, не могли достигнуть самостоятельности. Внутренне они остаются ориентированными на близость, понимание и гармонические связи с родителями и авторитетными лицами.

Психотерапия

В первую очередь показаны диетические меры; лечение является отчетливо более успешным при комбинации с консультативно-поддерживающим психотерапевтическим вмешательством. Показана раскрывающая терапия, которая выявляет в ряде бесед подавленные фантазии и эмоции и актуализирует их в представлениях и чувствах. При этом происходят раскрытие и переработка конфликтной ситуации.

Успешно используются методы гештальт-терапии, транзактного анализа, арт-терапии, психодрамы, психосинтеза и нейролингвистического программирования.

3.6. Психологическая картина личности и психотерапия при язвенном колите и болезни Крона

Уже при первом описании Крон (Crohn, 1932) и другие врачи обнаружили «психические побочные явления» у больных и поставили вопрос, не приводит ли к заболеванию или его осложнениям особая личная ранимость и насколько имеющиеся у больных психические изменения являются вторичными, возникающими как следствие тяжелого хронического заболевания.

Нельзя найти специфическую для всех больных структуру личности и конфликтов, однако в целом обращает на себя внимание тот факт, что очень немногие из этих больных могут добиваться признания и раскрываться. Это соответствует признакам депрессивной структуры личности. Связь с родительским домом, с матерью и отцом, ранимость вследствие разрыва с семьей – это основополагающие черты человеческого развития,

и они находят отражение в ситуациях заболевания и структуре личности при многих невротических и психосоматических нарушениях, равно как и в рамках нормального развития.

Исследования Uexkull (1986), Wirsching и Stierlin (1982) и Wirsching (1984) показали, что семьи больных язвенным колитом или болезнью Крона отличаются особенной сплоченностью. Однако при этом семья очень сильно отграничивается от окружающего мира. Больные чаще происходят из семей с симбиотической структурой отношений, в которых мало говорят о чувствах. Petzold, Reindel (1980) выдвигают гипотезу о том, что пациенты с болезнью Крона феноменологически отличаются от больных язвенным колитом. В то время как больные с язвенным колитом поздно расстаются с родительским домом и сохраняют симбиотическую структуру отношений, отделение от родительского дома в случаях болезни Крона происходит раньше, и выраженность симбиотических отношений гораздо менее сильна. Больные язвенным колитом демонстрируют низкую тенденцию к индивидуации, а признаком пациентов с болезнью Крона является их выраженная способность к интроспекции. Сходство между двумя группами больных описывается относительно избегания агрессивных выяснений отношений и неспособности позволить себе расчувствоваться.

У больных колитами часто уже в самом начале заболевания обнаруживаются типичные особенности личности, которые, по-видимому, являются почвой для развивающегося в дальнейшем заболевания, что показал Engel (1958) в своем анализе большого числа историй болезни лиц разных национальностей. У них низкая самооценка, они чрезмерно чувствительны к собственным неудачам и характеризуются сильным стремлением к зависимости и опеке. В соответствии с этим они предпочитают межличностные отношения, которые дают им опору (ключевые фигуры). Потеря отношений с ключевой фигурой бессознательно переживается больным как угроза собственному существованию. В социальных стрессовых ситуациях потери отношений патогенными могут оказаться смена привычного окружения или изменения на работе, после чего происходит манифестация язвенного колита. Заболевание может, таким образом, рассматриваться как эквивалент реакции печали. Freybergeer (1969) считает характерными для больных колитом инфантильность, готовность к депрессивным реакциям, нарциссизм и блокированную агрессию. Больным недостает сознательного переживания агрессии и соответствующего поведения. Они часто также стремятся к успеху при сниженных физических возможностях. Luban-Plozza, Meerloo (1968) говорили в этой связи о «кишечном самоубийстве».

Согласно данным многих авторов, этим больным присущи так называемые анальные черты характера типа точности, аккуратности, пунктуальности, чувства долга. Fain (1951) и Jores (1981) писали об эмоциональной бедности больных колитом: они не способны воспринимать и вербализовать эмоции и конфликты. Так как больные отвергают свои эмоциональные переживания, они неспособны к переработке потерь или расставаний. Marty, De M'Uzan (1963) и Junker (1972) описали связь между склонностью к соматизации и «эмоциональной неграмотностью» или эмоциональной незрелостью.

При большом количестве личностных вариантов следует обращать внимание прежде всего на типичную для отдельных больных связь повышенной ранимости с ситуационной обусловленностью болезни. При болезни Крона и язвенном колите в отдельных случаях можно наблюдать обозначаемую как «синдром смещения» взаимозаменяемость между эндогенными психозами и этими кишечными заболеваниями.

Язвенный колит относится к заболеваниям, при которых уже на ранних этапах обнаруживается ситуация, обуславливающая их с психосоматических позиций. У 60 % всех вновь заболевших или повторных больных колитом телесным проявлениям предшествуют депрессивно окрашенные жизненные ситуации с переживанием действительной или воображаемой потери объекта (Freyberger, 1969). По Weizsacker (1951), манифестация и обострения страдания коррелируют с «катастрофами переживания» (Любан-Плоцца и др., 2000).

У большинства больных непосредственно перед началом заболевания обнаруживаются тяжелые переживания в связи с такими обстоятельствами, как смерть близкого человека, утрата сексуального партнера или разлука с близкими людьми, а также с такими ситуациями, как смена привычного жилья, переезд на другое место жительства, хирургические операции. Наблюдается связь этих переживаний с болезненной реакцией в виде печали, т. е. прежде всего с недостатком изживания печали, а также особенно сильной тенденцией к привязанности.

В отдельных случаях можно четко проследить, как переживания разрыва и утраты отрицаются из-за их психической значимости. К истинному изживанию печали относятся интенсивная эмоциональная реакция и психическая переработка утраты, которая охватывает как прошлые, так и текущие переживания. Примечательно, что и нормальные реакции печали участвуют в формировании психосоматических нарушений с желудочно-кишечными симптомами.

Такие же факторы встречаются при рецидивах. Так, Engel (1961) в 24 из 30 случаев отмечал переживания разлуки при возобновлении симптоматики болезни в ситуациях подавленной агрессии и гнева. Кроме того, описаны ситуации, связанные с повышенными требованиями к пациенту или с необходимостью самостоятельной деятельности. Эти ситуации также можно рассматривать в плане утраты безопасности и как уход от зависимости, которая до этого гарантировала защищенность. Как и при других психосоматических заболеваниях, при язвенном колите наряду с явно зависимыми больными описываются активно сверхкомпенсированные и псевдонезависимые больные.

Психотерапия

Наряду с медикаментозным лечением в острой стадии необходима также поддерживающая психотерапия, направленная на облегчение тяжелого общего состояния и ослабление регрессивной установки больных. В начале долговременной поддерживающей психотерапии ставится задача выстраивания стабильных объектных отношений. Эта поддерживающая, ободряющая форма психотерапевтической беседы путем терпеливого выслушивания, активного консультирования и целенаправленных указаний к действиям в вопросах преодоления болезни требует стабильных взаимоотношений с больным. Целью укрепляющей «Я терапии» является стимулирование автономности и доверия к собственной компетенции. Пациенты с болезнью Крона вследствие своей выраженной потребности к автономии имеют тенденцию к более раннему по сравнению с больными язвенным колитом прерыванию терапии или вообще отказу от нее.

Психосоматические взаимосвязи требуют не только индивидуально-го подхода к диагностике, но и дифференцированных показаний к проведению психотерапевтических и социотерапевтических мероприятий. Они включают суггестивные, гипнотические методики, гештальт-терапевтические техники, снятие напряженности с помощью аутогенной тренировки, функциональную разрядку и концентрированную терапию движениями вплоть до групповой терапии (закрытые группы, реже полностью открытые, которые имеют более слабую внутригрупповую сплоченность) и индивидуальную аналитическую терапию.

При язвенном колите обсуждается вопрос о необходимости очень раннего начала аналитической (основанной на эмоциональной зависимости) терапии, т. е. таких вариантов психотерапии, которые дают чувство безопасности и защиты. Раскрывающая терапия при выраженной тяжести клинической картины часто имеет лишь ограниченные возможности. Соб-

ственные мотивации больного, его не всегда достаточное благоразумие и хронизация внешней и внутренней жизненных ситуаций обычно затрудняют доступ к больному.

В группах апробированы невербальные и телесно-ориентированные методики. Аутогенная тренировка, функциональное расслабление все чаще замещают прежде общепринятое при язвенном колите лечение гипнозом.

Успешно используются также методы транзактного анализа, арт-терапии, креативной визуализации, терапии, фокусированной на решении, психосинтеза.

3.7. Психологическая картина личности и психотерапия при нарушениях глотания

Под обобщенным понятием «нарушения глотания» описываются функциональные нарушения актов приема пищи и глотания. Психосоматическое значение имеют следующие синдромы:

- заглатывание воздуха (аэрофагия);
- затруднение глотания с чувством давления в горле или без него;
- нарушения глотания со рвотой (так называемый рвотный невроз);
- «синдром комка» – страх глотания.

Общим для этих нарушений является то, что акт глотания, протекающий как рефлекторный процесс с последовательным расслаблением и напряжением мышц, не может регулироваться, хотя для этого нет органических причин.

Процесс глотания естественным образом приводится в действие благодаря приему пищи, но может возникать и вследствие «пустых глотков», т. е. при заглатывании воздуха или слюны. С этим связана возможность психосоматических нарушений. Если чувство отвращения к еде или вообще настроенность на протест очень сильны, то может возникнуть даже антиперистальтика с готовностью к рвоте и ее появлением. Рвота – это врожденная защитная функция у животных и человека, которая устраняет вредное вещество путем антиперистальтики. У человека это часто бывает связано с чувством отвращения. В процессе развития и воспитания чувство отвращения и отвержения смещается с еды и символически переводится на различные ситуации, личности и внутренние состояния. Но и при этом место внешней опасности и полезных шаблонных реакций может занимать своеобразная для человека внутренняя ситуация (Бройтигам и др., 1999).

«Синдром комка» проявляется ощущением инородного тела в горле, для которого нет органической причины и которое затрудняет акт глота-

ния: «как будто ком стоит в горле» или «как будто кто-то сдавливает горло». Это ощущение существует независимо от акта глотания. Но чтобы устранить его, нужно глотнуть, благодаря чему возникает субъективное затруднение глотания, которое, однако, нельзя рассматривать как дисфагию, почти всегда обусловленную органической причиной.

Некоторые больные испытывают страх перед глотанием из опасения подавиться и таким образом погибнуть от удушья, но не предъявляют жалоб на ощущение кома в горле. Больной жует очень медленно и маленькими порциями, тщательно подготавливаясь к акту глотания, уходит от других людей, стараясь есть в одиночестве. При этих страхах на первый план выступает ситуация конфликта и разрыва отношений зависимости от родителей или партнера, когда амбивалентность связей концентрируется на чувстве зависимости от родителей с высокоамбивалентной установкой и желанием смерти и с соответствующим чувством вины.

При оценке функциональных моторных нарушений закономерно предположение, что в этой форме функциональных нарушений выражается бессознательная установка на уклонение от приема пищи. Это защитное напряжение сосредоточивается на верхнем отрезке пищевода, именно там, где начинается произвольный акт глотания.

Обычно при этом выявляются истерические конфликтные ситуации или депрессивные состояния с ипохондрическими чертами. Орально-агрессивные импульсы, собственная активность и протест подавляются. При депрессиях в 10 % случаев как их соматический эквивалент возникает давление в горле с нарушениями глотания. Ощущение комка в горле является классическим симптомом истерии. Именно у женщин глотание часто связано с сексуальными рецептивными фантазиями, которые отвергаются. Ком в горле, шар, который разрастается, чувство, будто кто-то сдавливает горло или в нем остаются кусочки пищи – все это характерные проявления депрессивных или истеричных больных. При истерических расстройствах прием пищи и глотание, как уже сказано, связаны с сексуальными фантазиями. При этом чувство страдания обычно малозаметно, а симптом подключается с целью получения выгоды от болезни. Страх перед глотанием пищи и даже собственной слюны у больных с депрессией и неврозом обусловлен амбивалентным конфликтом разлуки.

Психотерапия

Суггестивные и тренирующие процедуры полезны только при выраженных истерических состояниях («истерический ком»). Попытки медикаментозного лечения малоэффективны. Раскрывающая психотерапия яв-

ляется методом выбора прежде всего для выявления психического отягощения и его переработки. Но страх перед глотанием после его преодоления может возвращаться при кризах по механизму «слабого звена».

Успешно используются методы транзактного анализа, арт-терапии, креативной визуализации, терапии, фокусированной на решении, психосинтеза.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие основные психофизиологические «нагрузки» выполняет функция «поглощения – выделения»?
2. Каковы особенности пищевого поведения современного цивилизованного человека?
3. Назовите основные нарушения желудочно-кишечного тракта.
4. Перечислите психологическую типологию личности «язвенных пациентов».
5. Как проявляются поведенческие сценарии активности и пассивности в контексте диагноза «язвенная болезнь»?
6. Перечислите психологические особенности личности при запорах, нарушениях глотания, болезни Крона.
7. Каковы основные принципы психотерапии при нарушениях функционирования желудочно-кишечного тракта?

4. ПСИХОСОМАТИКА ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

4.1. Этиология нарушений пищевого поведения

Термин “пищевое поведение” включает в себя такое понятие, как “стиль питания”. Стиль питания индивидуален и складывается из частоты приема пищи, предпочитаемых продуктов, а также из мотивации акта еды: либо из-за чувства голода, либо из-за повышенного аппетита. Стиль питания зависит от возрастных особенностей (молодому организму требуется больше питательных веществ, нежели стареющему), от особенностей режима дня, в том числе рабочего (людям, занимающимся физическим трудом, необходимо более интенсивное питание, нежели людям с сидячим образом жизни), от культуры питания (в восточной культуре отдается предпочтение пище животного происхождения и насыщению “до отвала”, а в западной – пище растительного происхождения и типу насыщения “с легким чувством

голода”) и от многих других факторов. В России принято четырехразовое питание: легкий завтрак, плотный обед с первым и вторым, полдник в качестве перекуса и опять легкий ужин. Предпочтение отдается злаковым (хлеб и каши) и пище растительного происхождения, а также в умеренных дозах мясной пище. Стил ь питания – это отражение эмоциональных потребностей и душевного состояния человека, где центральное звено занимает мотив приема пищи: физиологический голод или психологический аппетит. Истинный голод сопровождается относительно неприятными ощущениями – легким головокружением, болью в подложечной области (голодные боли), жжением, иногда тошнотой, а аппетит сопровождается положительным эмоциональным стремлением к определенной пище. Именно изменение аппетита, от его полного отсутствия (анорексия) до некротимого желания есть (булимия), приводит к различным заболеваниям (истощение или дистрофия и ожирение), а также к стойким изменениям психического состояния человека.

Прежде чем бороться с излишней полнотой, следует разобраться, какой она природы: нарушение обменных процессов, гормональный сбой или же «алиментарное ожирение». Именно последней формой заболевания, которое связано с нарушением режима питания, страдает подавляющее большинство людей. Одной из причин этих нарушений стало фундаментальное изменение рациона современного человека, в котором преобладают консервированные, рафинированные продукты, а также избыток жиров и углеводов. Нарушение сбалансированности питания, его хаотический режим приводят также к дефициту питательных веществ – витаминов, макро- и микроэлементов, в то время как практически все они необходимы, чтобы наш организм мог успешно утилизировать (сжигать) жиры. Кроме того, хроническое переедание часто ведет к нарушениям в работе центра аппетита в головном мозге, и нормальное количество съеденной пищи уже не может подавить в нужной степени чувство голода. Избыточная, лишняя пища утилизируется организмом и откладывается «про запас» в жировое депо, что ведет к увеличению количества жира в организме.

Второй важнейший фактор, приводящий к развитию ожирения, – малоподвижный образ жизни. Гиподинамия, или нарушение функций организма при недостаточной двигательной активности, с полным основанием можно назвать бичом современного общества: в некоторых странах энергозатраты людей сократились почти в два раза и в настоящее время достигли, по-видимому, критического уровня. Как следствие при низкой физической активности даже нормальное количество принимаемой пищи

становится избыточным, а калории, поступившие в организм с едой, не сжигаются в процессе физических нагрузок, а превращаются в жир.

Иногда нарушения питания можно объяснить психологическими причинами, когда человек начинает есть «за троих» во время стрессов, депрессивных состояний, особенно характерных для жителей городов. Это объясняется тем, что сильные волнения могут снижать чувствительность центра насыщения в головном мозге, и человек начинает незаметно для себя принимать больше пищи. Аналогичная ситуация может быть следствием целого ряда психоэмоциональных факторов, таких как чувство одиночества, тревоги, тоски, а также может возникать у людей, страдающих неврозом.

К такому понятию, как вторичное ожирение, лишние калории не имеют никакого отношения – в этом случае причина может скрываться в эндокринных (гормональных) и других заболеваниях. Если вы придерживаетесь здорового образа жизни, много двигаетесь, соблюдаете сбалансированную диету, но продолжаете неуклонно набирать вес, это служит тревожным сигналом того, что стоит обратить пристальное внимание на состояние эндокринной системы. И не забывать, что в подавляющем большинстве случаев ожирение носит смешанный характер, так как при развитии избыточного веса неизбежно наступает нарушение функции эндокринной системы, и, наоборот, нарушения работы гипоталамо-гипофизарной системы, надпочечников, щитовидной железы приводят к нарушению работы центра голода-насыщения.

Таким образом, ожирение имеет все основания называться многофакторным заболеванием, связанным не только с тем, что и в каких количествах мы едим, но и с нашим образом жизни в целом.

В первое время нашего существования прием пищи – основная жизненная функция. Удовлетворение голода вызывает ощущение защищенности и хорошего самочувствия. Во время кормления ребенок ощущает утешение телесного неблагополучия. Кожный контакт с теплым, мягким материнским телом при питании дарит младенцу ощущение того, что он любим. Кроме этого он губами и языком ощущает сосание материнской груди как нечто приятное. Сосанием большого пальца руки ребенок пытается позднее повторить этот приятный опыт. Таким образом, в переживании младенца остаются нераздельными чувства сытости, защищенности и любви.

Существует опасность, что у грудных детей остаются нарушения развития, если они слишком рано оказываются непонятным для них обра-

зом фрустрированы в их витальных потребностях. Если такой ребенок в конце концов получает питание, он часто глотает поспешно, не испытывая насыщения. Этот тип поведения является ответом младенца на незащищенность, на нарушенные отношения с матерью. Предполагается, что таким образом закладывается основа для позднейшего развития тенденций к захвату, зависти и ревности.

Еще более решающей, чем метод кормления, является установка матери к своему ребенку. На это указывал уже З. Фрейд. Если мать не обращается с любовью к ребенку, если она при кормлении в мыслях далека от него или спешит, это может иметь следствием развитие у ребенка агрессивности по отношению к ней. Эти агрессивные побуждения ребенок часто не может ни отреагировать, ни преодолеть, он может их лишь вытеснить. Это ведет к амбивалентной установке к матери. Взаимно противоположные движения чувств обуславливают различные вегетативные реакции. Организм готов для приема пищи. Если же ребенок бессознательно отвергает мать, это ведет к обратной нервной реакции, к спазмам, рвоте. Это может быть первым психосоматическим проявлением более позднего невротического развития. Таким образом, прием пищи находится не только в тесной связи с потребностью в любовной заботе, он является также коммуникативным процессом. Это находит свое выражение уже в том, что прием пищи предполагает регулярную работу других людей. Большинство людей предпочитает есть в обществе.

Клиническое нарушение восприятия своего тела сопровождается явно выраженной депрессивной симптоматикой или социальной фобией. На фоне клинического нарушения восприятия своего тела развиваются тяжелые психосоматические нарушения питания, такие как булимия и нервная анорексия. Удовлетворенность своим телом зависит прежде всего от стабильного чувства уверенности в себе. Кто хорошо ощущает свое тело, настроен оптимистически, уверен в себе, тот не станет легкой добычей рекламы и того стандартного образа, который диктуется установившимися в обществе нормами и предписаниями. Такие люди знают, что их внутреннее самочувствие зависит не только от того, как они выглядят внешне [10, с. 762].

4.2. Психологическая картина личности и психотерапия при ожирении

С медицинской точки зрения ожирение – это избыточное накопление жира в организме и отложение его в подкожной клетчатке, сальнике, других тканях и органах. В основе ожирения лежит нарушение обмена ве-

ществ, когда процессы образования жира из питательных веществ преобладают над процессами его распада. Чаще всего ожирение обусловлено систематическим перееданием, решающую роль при этом играют не абсолютное количество и калорийность потребляемой пищи, а степень превышения потребностей организма человека, зависящих от энергетических затрат и связанных с характером работы, двигательной активностью, от условий всасывания в желудочно-кишечном тракте и других факторов [9, с. 396].

Проблемы с избыточным весом могут начаться уже в детстве. Ожирение может быть вызвано родителями, когда они систематически на любое внешнее выражение ребенком потребности отвечают предложением пищи и ставят свое проявление любви к ребенку в зависимость от того, ест ли он. Эти структуры отношений ведут к недостатку силы Я, в результате чего фрустрации не могут переноситься и прорабатываться и должны лишь стираться за счет «подкрепления». У больных с ожирением часто наблюдается очень тесная привязанность к матери, доминирование матери в семье, в которой отец играет лишь подчиненную роль. Мать своей чрезмерной заботой задерживает двигательное развитие и готовность к социальному контакту и фиксирует ребенка в пассивно-рецептивной позиции. Психодинамически повышенное поступление калорий объясняется как защита от негативных, в особенности от депрессивно окрашенных эмоций и страха.

Четкого описания типа больных в литературе не приводится. Однако точно известно, что у людей, страдающих ожирением, проявляются черты внутренней задержанности, апатически-мрачного отчаяния и признаки бегства в одиночество. Процесс еды сдвигает – хотя и временно – негативные эмоции в свободную от депрессии фазу. Больные чувствуют себя несовершенными, ранимыми, несостоятельными. Гиперфагия, снижение активности и как результат этого избыточная масса тела дают известную защиту от глубокого чувства недостаточности: став массивным и внушительным, человек с ожирением кажется себе более сильным и защищенным. В отдельных случаях имеется отчетливая временная связь появления и усиления тяги к еде с какой-то фрустрацией.

За счет регрессивного приравнивания значений любви и питания человек с избыточным весом утешает себя едой за отсутствие любви к себе.

Клинико-катамнестический метод позволил выявить значительную частоту стрессов в личных и семейных отношениях, т. е. сфера межличностного взаимодействия представляется наиболее проблемной для больных с ожирением. Они обнаруживают повышенную чувствительность в отношении межличностных конфликтов. У больных с ожирением обнаружено за-

метное повышение устойчивой личностной тревожности, которая рассматривается как базальное психическое свойство, предрасполагающее к повышенной сенситивности к стрессовым воздействиям. Ситуативная (реактивная) тревога достигает по степени выраженности невротического уровня.

Отличительной особенностью психологической защиты у таких больных является преобладание механизма психологической защиты по типу реактивных образований (гиперкомпенсации). Содержательная характеристика этого варианта психологической защиты предполагает, что личность предотвращает осознание неприятных или неприемлемых для нее мыслей, чувств, поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Происходит как бы трансформация внутренних импульсов в их субъективно понимаемую противоположность. Для больных также типичны незрелые протективные механизмы психологической защиты, один из которых сопряжен с агрессией, перенесением на окружающих собственных негативных представлений (проекция), а другой – с переходом к инфантильным формам реагирования, ограничению возможностей альтернативного поведения (регрессия).

Следует исходить из того, что факторы, которые приводят к ожирению у одного человека, не обязательно действуют на другого. В психологическом отношении также обнаруживаются разные конstellации.

Чаще других называют следующие причины ожирения:

- фрустрация при утрате объекта любви. Например, к ожирению могут приводить, чаще у женщин, смерть супруга, разлука с сексуальным партнером или даже уход из родительского дома («пансионное ожирение»). Общеизвестным является тот факт, что утрата близкого человека может сопровождаться подавленностью и одновременно повышением аппетита («закусить горькую пилюлю»). Дети часто реагируют повышенным аппетитом при рождении младшего ребенка в семье;

- общая подавленность, гнев, страх перед одиночеством и чувство пустоты могут стать поводом к импульсивной еде.

Ситуации, требующие усиленной деятельности и повышенного напряжения (например, подготовка к экзаменам, профессиональные перегрузки), пробуждают у многих людей повышенные оральные потребности, которые приводят к усиленной еде или курению. Во всех этих «выявляющих ситуациях» еда имеет значение замещающего удовлетворения. Она служит для укрепления связей, безопасности, ослабляет боль, чувство утраты, разочарования, как у ребенка, который с детства запомнил, что при боли, болезни или потерях ему давали сладости для утешения. Многие

страдающие ожирением в детстве имели подобный опыт, который привел их к неосознанным формам психосоматических реакций.

Для большинства больных ожирением имеет значение то, что они всегда были толстыми, уже в младенчестве и раннем детстве были склонны к полноте. При этом любопытно, что во фрустрирующих и жестких жизненных ситуациях кормление и излишняя еда могут стать регулирующим напряжением фактором как для родителей, так и для их подрастающих детей. Ожирение и еда как замещение удовлетворения являются, таким образом, проблемой не одного человека, а всей семьи. Эти ситуационные условия необходимо связывать с особенностями личности пациента и с ее переработкой [5, с. 44-47].

В психодинамической интерпретации можно отдать предпочтение концепции регресса с фиксацией на оральном удовлетворении. Еда является замещением отсутствующей материнской заботы, защитой от депрессии. Для ребенка еда – это больше, чем просто питание, это самоутверждение, снятие напряжения, материнская поддержка. У многих больных с ожирением наблюдаются сильная зависимость от матери и боязнь разлуки с ней. Поскольку 80 % родителей больных ожирением также имеют избыточную массу тела, то можно думать о факторе предрасположенности, а также об особенно интенсивных связях в семье и о соблюдении традиций, о стиле отношений, когда отвергаются прямые проявления любви, а их место занимают оральные привычки и связи. Приемные дети меньше склонны к ожирению при ожирении родителей, чем родные.

Обнаружена взаимосвязь склонности к ожирению и стиля воспитания (семейной среды). Матери таких детей проявляют гиперопеку и сверхпривязанность. Родители, которые все разрешают и ничего не запрещают, не могут сказать «нет», компенсируют этим свои угрызения совести и чувство, что они мало дают своим детям. Отцы в таких семьях слабы и беспомощны. Оральная избалованность часто мотивируется избавлением родителей от чувства вины за свое эмоциональное отчуждение, за равнодушие и внутреннее неприятие ими ребенка. Кормление детей – это единственно возможное средство выражения расположения к ним, которое родители не в состоянии проявить разговором, прикосновением, игрой с ними.

Психотерапия

Курсы похудения, как правило, оказываются неэффективными, если не удается побудить больного к смене инстинктивно-эмоционального поведения, при котором гиперфагия и избыточный вес перестали бы для него быть необходимыми. Успехи терапии на практике столь низки потому, что

игнорируется баланс наслаждения больного, для которого в целом более приемлемым и переносимым является сохранять свой избыточный вес, чем разбираться со своими проблемами. В ходе диетического лечения свыше 50 % больных демонстрируют такие симптомы, как нервозность, раздражительность, повышенную утомляемость, широкий круг депрессивных проявлений, которые могут также проявляться в виде диффузного страха.

Причинами частого неуспеха психотерапевтического лечения ожирения могут быть:

- исключительно симптоматически ориентированный подход с разъяснением органических и функциональных нарушений не только неадекватен проблеме больного с ожирением, но также нередко имеет следствием то, что он в конце концов чувствует себя не столько больным, сколько неразумным и эмоционально отвергаемым;
- отсутствие тщательного анализа поведения, его условий и мотиваций при лечении поведенческого нарушения;
- трудности при преодолении социологических факторов, например семейных или национальных привычек к употреблению высококалорийной пищи;
- пациенты гораздо чаще не выполняют назначения психотерапевта, над чем можно подумать. Именно это поведение больных раздражает терапевта, в особенности потому, что он предполагает, что больной, который не следует предписаниям, не готов к сотрудничеству. Во многих работах, однако, показано, что больной часто не в состоянии понять или запомнить указания терапевта, поскольку они слишком сложны, но не осмеливается просить разъяснения или повторения. Как можно мотивировать больного к сотрудничеству и к соблюдению терапевтических предписаний? Важнее всего активное участие больного в терапии. Для этого психотерапевт должен сначала найти мостик контакта с больным. Чем лучше он сможет понять больного, тем легче ему это удастся. Он должен определить, как глубоко личностно затронут больной потерей, ставшей для него привычной, найти возможности совладения с конфликтом и получения удовольствия другими способами. Затем должен быть создан план индивидуального лечения с учетом личных и производственных обстоятельств. Пациенту должна быть дана возможность тренировки и контроля непривычного для него пищевого поведения.

Поведенческая психотерапия

Большинство авторов свидетельствуют об эффективности поведенческой психотерапии, направленной на изменение неадекватных поведен-

ческих стереотипов. Принцип похудения чрезвычайно прост: ограничить потребление калорий, по современным диетологическим представлениям в первую очередь – жиров. Самое трудное – воплотить этот принцип на практике. Программа поведенческой психотерапии включает пять элементов:

1. Письменное описание поведения во время еды. Пациенты должны подробно записывать, что они ели, сколько, в какое время, где и с кем это происходило, как они при этом себя чувствовали, о чем говорили. Первая реакция пациентов на эту утомительную и отнимающую много времени процедуру – ропот и недовольство. Однако обычно спустя две недели они отмечают значительный положительный эффект от ведения подобного дневника. Например, один коммерсант, проводящий много времени в дороге, впервые начал анализировать, что он злоупотребляет едой в основном только в автомобиле, где у него заготовлены большие запасы сладостей, орешков, картофельных хлопьев и пр. Осознав это, он убрал из автомобиля съестное и смог после этого значительно похудеть.

2. Контроль стимулов, предшествующих акту еды. Предполагается выявление и устранение провоцирующих еду стимулов: легкодоступных запасов высококалорийной еды, сладостей. Количество таких продуктов в доме необходимо ограничивать, а доступ к ним делать трудным. На случай, когда невозможно противостоять желанию что-то съесть, под рукой должны быть низкокалорийные продукты, такие, как сельдерей или сырая морковь. Стимулом к еде может быть также определенное место или время суток. Например, многие люди едят сидя перед телевизором. Как и в экспериментах Павлова по выработке условного рефлекса у собак, включение телевизора служит своеобразным условным стимулом, ассоциирующимся с едой. Чтобы сократить и контролировать излишние условные стимулы, пациенту советуют есть только в одном месте, даже если речь идет всего лишь об одном кусочке или глотке. Чаще всего таким местом служит кухня.

Целесообразно создать также новые стимулы и усилить их исключительное воздействие. Например, пациенту можно посоветовать использовать для еды отдельную изысканную посуду, серебряные столовые приборы, салфетки бросающегося в глаза цвета. Пациентов просят использовать эту посуду даже для самых незначительных приемов пищи и перекусов. Некоторые пациенты даже берут свои столовые приборы с собой, если они едят вне дома.

3. Замедление процесса еды. Пациентов учат навыку самостоятельно контролировать прием пищи. Для этого их просят считать во время еды каждый глоток и кусок. После каждого третьего куска нужно откладывать

столовый прибор, пока этот кусочек не будет пережеван и проглочен. Постепенно паузы удлиняются, достигая сначала минуты, а затем и дольше. Лучше начинать удлинять паузы в конце еды, так как тогда они переносятся легче. Со временем паузы становятся длиннее, чаще и начинаются раньше. Пациенты учатся также отказываться во время еды от всех одновременных занятий, таких как чтение газеты или просмотра телепередачи. Все внимание должно быть сосредоточено на процессе еды и на получении удовольствия от пищи. Необходимо создать вокруг уютную, приятную, спокойную и расслабленную атмосферу и, конечно же, избегать разговоров за столом.

4. Усиление сопутствующей активности. Пациентам предлагается система формальных поощрений за изменение своего поведения и похудение. Пациенты получают очки за каждое достижение в изменении и контроле своего поведения: ведение дневника, подсчет глотков и кусков, паузы во время еды, прием пищи только в одном месте и из определенной посуды и т. д. Дополнительные очки можно заработать, если, несмотря на большое искушение, им удалось найти альтернативу еде. Тогда все предшествующие очки могут, например, удвоиться. Накопленные очки суммируются и превращаются при помощи членов семьи в материальную ценность. Для детей это может быть поход в кино, для женщин – освобождение от домашней работы. Очки можно переводить также в деньги.

5. Когнитивная терапия. Пациентам предлагается спорить с собой. Терапевт помогает при этом подыскать подходящие контраргументы в монологе пациента. Например, если речь идет о похудении, то в ответ на утверждение: «Нужно так много времени, чтобы похудеть», контраргумент мог бы звучать так: «Но я все же худею, а теперь я учусь сохранять достигнутый вес». Относительно способности к похудению сомнение может быть таким: «У меня никогда ничего не получалось. Почему должно получиться сейчас?» Контраргумент: «Все имеет свое начало, а сейчас мне поможет эффективная программа». Если речь заходит о целях работы, то в ответ на возражение: «Я не могу прекратить украдкой хватать кусочки еды» контраргумент может быть таким: «А это и нереально. Я просто буду стараться делать это пореже». По поводу возникающих мыслей о еде: «Я постоянно замечаю, что думаю о сказочном вкусе шоколада» можно предложить такой контраргумент: «Стоп! Такие мысли только фрустрируют меня. Лучше подумать о том, как я загораю на пляже» (или о любой другой деятельности, которая особенно приятна пациенту). Если возникают отговорки: «В моей семье все полные. У меня это наследственное», контраргумент мог бы быть: «Это осложняет похудение, но не делает его невозможным. Если я выдержу, то добьюсь успеха».

Позитивная психотерапия

Ожирение – способность здесь и теперь доставить себе что-то приятное.

Расстройства и физиология: при быстром похудении никогда не исчезает жировой слой, снижение веса при этом происходит главным образом благодаря эффекту обезвоживания. Склонность к ожирению часто бывает наследственной, но ее проявление можно регулировать. Симптомом серьезного органического заболевания ожирение является менее чем в 5 % случаев (болезнь Кушинга, гиперинсулинизм, аденома гипофиза и др.), но и здесь степень ожирения поддается контролю. Именно при ожирении, которое больные с удовольствием представляют как следствие органических нарушений («железы не работают»), психические и психосоциальные факторы играют решающую роль. В дополнение к назначению контролируемой диеты или курса голодания следует спросить, что заставляет человека есть больше, чем это необходимо.

Наряду с опытом из раннего детства, что еда является чем-то большим, чем просто поступление питательных веществ (например, внимание матери, «усыпление» потребностей, уменьшение чувства неудовольствия), это еще и те концепции, которые мы перенимаем в процессе воспитания: «ты должен хорошо есть, чтобы стать большим и сильным», «лучше лопнет плохой живот, чем пропадет хорошая еда» (бережливость). Они отражают наше отношение к еде и наше пищевое поведение. Принцип «человек есть то, что он ест» наделяет процесс принятия пищи особым значением. Общение, внимание, защищенность и надежность достаются по принципу «путь к сердцу мужчины лежит через желудок». В рамках пятиступенчатой позитивной психотерапии при помощи позитивного подхода и содержательного анализа (осознание пищевых концепций) закладываются основы полного смысла терапии. Ожирение понимается как положительное отношение к Я, как актуализация ощущений, прежде всего вкуса, эстетики блюд, как щедрость и широта натуры в отношении питания, как приверженность устоявшимся традициям в питании («хорошего человека должно быть много»).

Успешно используются также методы суггестивной психотерапии, гештальт-терапии, транзактного анализа, арт-терапии, психодрамы, телесно-ориентированной терапии, танцевальной терапии и семейной психотерапии [10, с. 765-770].

4.3. Психологическая картина личности и психотерапия при нервной анорексии

Термином «анорексия» определяется возникающее в пубертатном периоде (почти исключительно у девочек) болезненное состояние, связанное с желанием похудеть, стать изящной и оставаться такой. Нервная анорексия – психическое расстройство, отмеченное стремлением к максимальной худобе и потере веса [3, с.18].

При хроническом течении в картине личности имеется локальный страх, который можно назвать фобическим, перед нормальной едой, увеличением массы тела и достижением средних показателей, необходимых для сохранения здоровья. Первичных соматических или гормональных нарушений обычно не обнаруживается. В основе этого нарушения лежит подростковый конфликт развития без осознания последнего и без реалистической установки в отношении собственного соматического состояния.

По личностной структуре и внутреннему созреванию женщины с анорексией оказываются не готовыми к своей зрелости. Больше чем другие девушки они переживают физическое созревание, прежде всего менструации и рост молочных желез, как свою подготовку к исполнению женской роли, считая ее чуждой и чрезмерной для себя. Нередко это приводит к амбивалентности в отношении своего полового созревания у женщин (реже у мужчин), проявляющейся в характерном для пубертатного периода стремлении вести аскетический образ жизни, причем молодые люди внутренне и внешне дистанцируются от половых ролей и от эндогенно возникающих потребностей и интенсивно ищут другие занятия.

Личностная предрасположенность манифестируется при анорексии особой дифференцированностью в интеллектуальной сфере и ранимостью – в эмоциональной. Примечательны также прослеживаемые в анамнезе сенситивность и недостаточная контактность, хотя девочки ничем не привлекают к себе внимания. На языке теории невротизма у больных анорексией женщин чаще наблюдаются черты шизоидной личности. Во многих случаях еще до начала болезни обнаруживаются аутистические установки и социальная изоляция. В процессе развития болезни преобладают все более тяжело воспринимаемые, сходные с бредом шизоидные аутистические признаки.

Больные часто являются единственными дочерьми, имеют братьев и сообщают о чувстве неполноценности относительно их. Часто они производят впечатление внешне социально компенсированных, добросовестных и послушных вплоть до полной подчиняемости. При этом они, как прави-

ло, обладают высоким интеллектом и являются блестящими учениками. Их интересы духовны, идеалы аскетичны, трудоспособность и активность в деятельности высоки.

Провоцирующей ситуацией для нарушенного пищевого поведения нередко является первый эротический опыт, который больные не могут переработать и переживают в качестве угрожающего; сообщается также о сильном соперничестве с сибсами и страхах расставания, которые могут активироваться вследствие смерти бабушек/дедушек, разводов или ухода сибсов из родительского гнезда.

Психодинамический процесс существенно определяется амбивалентным конфликтом близости/дистанции с матерью, к чьей близости они стремятся, одновременно опасаясь ее. С одной стороны, пациенты направляют против себя самоуничтожающую агрессию, которой они наказывают себя за импульсы расстаться с матерью, воспринимаемые как предательство. С другой стороны, отказ от пищи является попыткой достижения любовной заботы или, если это не удастся, средством по меньшей мере разозлить других членов семьи, в том числе мать, и с помощью пищевого поведения установить над ними контроль. И на самом деле, во многих семьях подобных больных пищевое поведение пациентов является всепоглощающей темой, вызывающей преимущественно негативные реакции. В лечении больные пытаются перенести на клинический персонал эту схему отношений.

Сходная двузначность выступает, когда в отказе от пищи видят оральный протест. Он направлен в первую очередь на в действительности отдаленную, но в то же время не предоставляющую ребенку свободу мать. Соответственно амбивалентна и цель протеста: с одной стороны, он служит тому, чтобы понудить к любовной заботе, с другой – пища отвергается на основании стремления к автаркии. Именно последовательно проводимое стремление к автаркии приводит, как это ни парадоксально, к самоуничтожению. При нервной анорексии оральная агрессивность не только подавляется. Речь идет скорее об отрицании всех оральных потребностей, и Я пытается утвердиться и поднять свою ценность путем отвергания всех оральных побуждений.

При нервной анорексии представление «я должна похудеть» становится неотъемлемым компонентом личности. Эта особенность обнаруживается, однако, лишь при симптомах, вызванных психотическими процессами. При тяжелых формах нервной анорексии Я не борется с подавляющими его представлениями. Это объясняет отсутствие сознания болезни и отклонение всякой помощи.

Можно говорить о моносимптоматическом психозе, который ограничивается тотально доминирующим представлением о том, что собственное тело должно быть уничтожено путем отвергания всех оральных устремлений. Нервную анорексию называют хронической формой самоубийства.

Психодинамически отказ от пищи можно понимать также как защиту от всего инстинктивно-телесного, при этом манифестная защита сдвинута на оральный уровень. Навязчивое похудение часто интерпретируется как бегство от женственности, и в действительности отказ от пищи воспринимается как телесный успех, когда он оказывается препятствием развитию женских форм. Отказ от пищи служит также защитой от страхов беременности, что выражается в том, что многие пациентки обосновывают свое пищевое поведение тем, что «ни в коем случае не хотят иметь толстый живот». Нервная анорексия является, однако, не только борьбой против созревания женской сексуальности. Это также попытка защиты от взросления в целом на основе чувства бессилия перед лицом нарастающих ожиданий мира взрослых.

В дополнение к индивидуальной психодинамике большое значение для диагностики и терапии имеет поле отношений в семьях больных. Семейные отношения часто определяются атмосферой перфекционизма, тщеславия и ориентировки на социальный успех. Для них характерен семейный идеал самопожертвования с соответственным соревнованием членов семьи.

Процесс взаимодействия резко определяется контролируемыми, гармонизирующими и гиперопекающими импульсами. Эмоциональные конфликты отрицаются, адекватные способы решения конфликтов не вырабатываются. Атмосфера в семье представляется вследствие этого постоянно напряженной, однако вовне демонстрируется закрытая картина согласия и гармонии. Для семей с больными анорексией описаны такие поведенческие характеристики, как вязкость, чрезмерная заботливость, избегание конфликтов, ригидность и вовлеченность детей в родительские конфликты. Симптоматика анорексии понимается как борьба за власть дочерей с их родителями в рамках чрезмерно связанных отношений, причем собственное тело представляет для больной последнюю сферу, в которой она может отграничиться от требований родителей и удержать сколько-то автономии. В такой семье каждый стремится навязать другому собственное определение отношений, другой же, в свою очередь, отвергает навязываемое себе отношение. Никто в семье не готов открыто перенять руководство и принимать решения от собственного имени. Открытые союзы между двумя членами

семьи немислимы. Перекрывающие поколения коалиции отрицаются на вербальном уровне, даже если их можно установить на невербальном. За фасадом супружеского согласия и гармонии находится глубокое обоюдное разочарование, которое, однако, никогда не признается открыто. В целом в семьях заметно часто доминирует женский авторитет, будь это мать или бабушка. Отцы находятся по большей части вне эмоционального поля, так как скрыто или явно подавляются матерями. Это снижает их ценность, воспринимаемую семьей, на что они реагируют дальнейшим уходом, что дает матерям простор для дальнейшего развертывания их доминирующих позиций.

Женщины с истерическими и депрессивными чертами личности имеют относительно лучший прогноз, чем больные с выраженной шизоидной структурой личности. Готовность в процессе лечения к установлению психотерапевтических отношений и способность анализировать прошлые и возможные предстоящие конфликты относятся к благоприятным прогностическим критериям. Пациентки обычно предпринимают энергичные попытки привлечь к себе внимание врача и персонала своей детской беспомощностью и в то же время утонченностью и рассудительностью. Но все попытки добиться действительного влияния на них, внедриться в их личность, установить общность вначале ими отвергаются. Они рассматривают лечение, особенно стационарное, которое вскрывает их ухищрения в связи с пищевым ритуалом, как что-то совершенно ненужное, поскольку не считают себя больными. Если поступление в стационар неизбежно, они стремятся сами определять ход лечения, добиваются определенных привилегий, прежде всего стараются отдалить момент искусственного кормления с помощью желудочного зонда. Так же, как и установить взаимоотношения с больным, трудно найти общий язык с его родителями, которым сложно согласиться с признанием их сына или дочери больными. Для врача и медицинских сестер возникает опасность стать «козлами отпущения» для членов семьи пациента. Когда в семейно-терапевтической беседе участвует несколько терапевтов, это увеличивает шансы разделения ответственности в глазах отдельных членов семьи; становится легче понять, почему каждый на основании своего опыта и условий развития становится таким, каков он есть [10, с. 771-774].

Привычка голодать при анорексии служит причиной возникновения различных проблем со здоровьем. Аменорея – отсутствие менструальных циклов; пониженная температура тела, низкое артериальное давление, опухание тела, недостаточное содержание минералов в костях и замедлен-

ное сердцебиение. Может наблюдаться дисбаланс как электрохимический, так и метаболический, он способен привести к остановке сердца или сосудистой недостаточности. Малое количество потребляемой пищи при анорексии может привести к тому, что кожа станет грубой, сухой, с трещинами; ногти – хрупкими; руки и ноги – холодными и посиневшими. Одни теряют волосы, у других на лице, руках, ногах, по всему телу начинает расти пушок (тонкие, шелковистые волосы, похожие на волосы новорожденных).

Симптомы этого заболевания наводят на мысль, что люди с анорексией не могут вырваться из порочного круга. Страх ожирения и искаженное представление о своем теле заставляют больных изнурять себя голодом. Голодание, в свою очередь, приводит к предубежденному отношению к пище, к усиливающимся тревогам и депрессии, к проблемам со здоровьем. Люди чувствуют еще больший страх – такой, что полностью теряют контроль над своим весом, приемом пищи и над собой. И тогда они вообще отказываются от пищи [6].

Психотерапия

Для лечения анорексии различными авторами предлагалось множество терапевтических мер. Уже это, а также и частые противоречия между отдельными рекомендациями позволяют убедиться в неуверенности в успехе и в недостатке специфических методов. Обычно рекомендуется лечение в специальных центрах с хорошо взаимодействующим персоналом и комбинацией различных терапевтических мероприятий.

Наиболее выраженный эффект дает семейная терапия. Специалисты по поведенческой терапии перешли от оперантного обусловливания к интегрированному воздействию. Метод включает на первом этапе применение поведенческой и обучающей техники, а на втором – лечение, направленное на психосоциальные проблемы. Первый контакт затрудняет холодная, пассивная и часто недоверчивая позиция больных. Уже Фрейд считал недопустимым амбулаторное лечение, т. к. «эти близкие к смерти больные имеют способность так овладевать аналитиком, что ему становится невозможным преодолеть фазу сопротивления».

Терапия проходит трудно, в том числе из-за отсутствия сознания болезни у пациентов. Происходит «обмен ударами» с врачом, который пациент легко может выиграть достижением минимального веса. В стационаре следует обращать больше внимания и усилий не на самого больного, а на трудности в его отношениях с другими больными, персоналом и другими врачами. Эти трудности усиливаются с течением времени, а именно по мере того как все более выступающее противоборство противоположных импульсов производит впечатление капризности и зловредности.

В начале лечения по концепции поведенческой терапии находится фаза компенсаторного питания. Если не удастся изменить пищевое поведение дальнейшим использованием поведенческих методов, следует использовать питание зондом по жизненным показаниям. Терапия основана на принципе оперантного кондиционирования пищевого поведения. Больные изолируются, а при процессе питания присутствует терапевт. В то время как в начале лечения больной награждается за каждую прибавку веса, на последующей стадии вознаграждение дается за удержание рекомендованного веса.

Наряду с поведенческими концепциями применяются телесно-ориентированные методы лечения, которые позволяют провести коррекцию искаженных представлений о внешности, оптимальном весе, режиме питания и физической активности.

Успешно используются также методы гештальт-терапии, транзактного анализа, арт-терапии, психодрамы, танцевальной терапии [5, с. 775-776].

4.4. Психологическая картина личности и психотерапия при булимии

Булимия (бычий голод) обозначается как навязчивая еда/рвота или еда/дефекация.

Как и нервная анорексия, булимия проявляется преимущественно у женщин. Ведущая симптоматика заболевания:

- частое появление очерченных во времени приступов переедания;
- активный контроль массы тела путем частых рвот или использования слабительных.

Итак, булимия – расстройство, отмеченное частым обжорством, за которым следует искусственно вызванная рвота или другие экстремальные компенсирующие действия. Также известна как синдром обжорства с последующим очищением желудка.

Обжорство – расстройство режима питания, при котором человек регулярно объедается, не сопровождая это никакими компенсирующими действиями [9, с. 143].

Больные булимией внешне благополучны: у них идеальная фигура, они успешны и активны. Превосходный фасад скрывает, однако, крайне низкую самооценку. Они постоянно спрашивают себя, что от них ожидают окружающие, правильно ли они ведут себя. Они стремятся к большему успеху и часто путают любовь, которой они добиваются, с признанием.

Структура личности пациенток с булимией так же неоднозначна, как и при анорексии. В целом булимию можно объяснить социальными проти-

воречиями. Исследуя исторические условия появления булимии, ее можно характеризовать как «этническое расстройство». Подчеркивается типичный и нормативный конфликт среднего и позднего подросткового возраста, который имеет общие черты у всех женщин с булимией. Это, во-первых, уход из родительской семьи и задача развития своей самостоятельности; во-вторых, проблема развития в связи с неприятием своего сексуально созревшего тела и конфликт в связи с сексуальной идентификацией.

По первому впечатлению больные часто представляются сильными, независимыми, целеустремленными, честолюбивыми и выдержанными. Это, однако, значительно отличается от их самооценки, отмеченной чувством внутренней пустоты, бессмысленности и пессимистически депрессивного фона как следствия шаблонов мышления и поведения, ведущих к чувству беспомощности, стыда, вины и неэффективности. Восприятие себя и «Я-идеал» резко расходятся, больные вкладывают это расщепление во внешне хорошую и плохо скрываемую картину.

Часто они происходят из семей, в которых коммуникация импульсивна и имеется значительный потенциал насилия. Структура отношений в семьях отмечена высокой конфликтностью и импульсивностью, слабыми связями между собой, высоким уровнем жизненного стресса и малоуспешным проблемно-решающим поведением при высоком уровне ожиданий социального успеха. В этой ситуации больные рано принимают ответственные задания и родительские функции. Собственные опасения не справиться и оказаться во власти произвола и ненадежности родителей контролируются и компенсируются заботливым поведением; слабые и зависимые аспекты собственной личности сдерживаются и в конце концов отреагируются в приступах переедания и избавления от еды [20, с. 68].

Эмоциональная нестабильность, импульсивность со страхом потери контроля, низкая фрустрационная толерантность и высокий потенциал внутренней потребности в злоупотреблении едой определяют психодинамику нарушения. Больному часто не удается дифференцированно воспринять свое внутреннее состояние и осознать его, что приводит к диффузному чувству внутренней угрозы, полностью овладевающей больным.

Поскольку формулирование конфликта невозможно, происходит его сдвиг в оральную сферу. Питание меняет свое значение. Голод искаженно интерпретируется как угроза в результате потери контроля, контроль над телесными функциями чрезмерно обобщенно приравнивается к способности справиться с проблемами. Сам по себе приступ переедания имеет функцию снижения напряжения, интеграции, утешающего самоудовлетво-

рения, которое, однако, действует кратковременно. Это воспринимается больным как потеря контроля, подвергающая радикальному сомнению его автономию и способность справиться с жизнью. Рвота вызывается, чтобы поддерживать постоянство массы тела, что для больного является мерой и индикатором того, что самоконтроль и самоопределение вновь возвращены. Чувства стыда и вины в связи с этим часто являются причиной социального и эмоционального регресса, а также расщепления на внешне подаваемую благополучную и скрываемую плохую самооценку. Расхождение между восприятием и подачей себя может вызвать чувство внутренней пустоты и напряжения, которое активируется в нагрузочных пусковых ситуациях и вновь запускает реле болезни [8, с. 777-778].

Масса тела людей с булимией, как правило, не превышает нормы, хотя может заметно колебаться внутри определенного диапазона. Однако случается, что люди с таким расстройством начинают весить слишком мало и в конечном итоге приобретают диагноз анорексии (табл. 1). Одни люди с анорексией объедаются и очищают желудок, чтобы потерять в весе, другие просто объедаются. Между тем большая часть людей с булимией не страдает ожирением, а большая часть с избыточным весом не страдает булимией (рис. 1).

Булимиков обычно:

- перфекционисты (стремятся все делать на «отлично»);
- склонны к унынию, депрессии, навязчивым мыслям или действиям;
- импульсивны, хаотичны, готовы рисковать;
- имеют низкую и неустойчивую самооценку;
- не удовлетворены собственным телом;
- ставят себе нереалистичные цели;
- впадают в отчаяние, когда не удается этих целей достичь;
- строят личные отношения также по «булимической» схеме: пылкое увлечение – резкий разрыв;

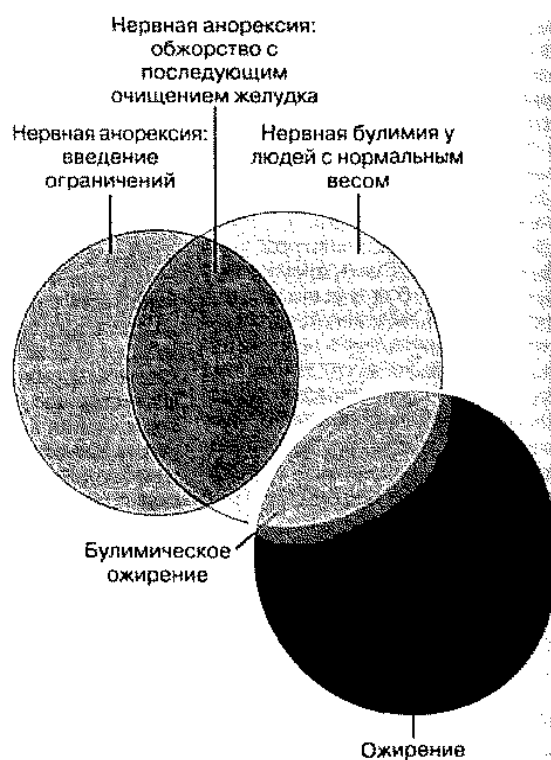


Рис. 1

- имеют неприятные детские воспоминания, связанные с приемом пищи (еда как наказание, насильное кормление, скандалы и т. п.) [2, с. 69-73].

Таблица 1

Нервная анорексия и нервная булимия

Анорексия: ограничение потребляемых продуктов	Нервная булимия
Отказываются поддерживать массу тела, минимально необходимую для здорового функционирования	Недостаточная масса тела, нормальная масса тела, почти нормальная или избыточная
Не признаются в том, что голодают и неправильно питаются; часто гордятся своим контролем над массой тела и в большей степени, чем страдающие булимией, удовлетворены своим телом	Испытывают интенсивный голод; объедаются и искусственно вызывают рвоту; в большей степени недовольны своим телом
Незначительное антисоциальное поведение	Более склонны к антисоциальному поведению и злоупотреблению алкоголем
Аменорея по меньшей мере продолжительностью в три месяца	Нерегулярные менструальные периоды у женщин; аменорея наблюдается нечасто, пока масса тела остается небольшой
Выказывают недоверие к другим людям, особенно к врачам	Больше доверяют людям, которые хотят помочь
Склонны быть навязчивыми	Склонны все драматизировать
В целом более себя контролируют, но при эмоциональном возбуждении теряют контроль	Более импульсивны и эмоционально нестабильны
Более сексуально неразвиты и реже испытывают сексуальные переживания	Чаще испытывают сексуальные переживания, более сексуально активны
Женщины чаще не признают традиционно женских ролей	Женщины чаще признают традиционно женские роли
Чаще всего расстройство начинается проявляться в 14-19 лет	Чаще всего расстройство начинается проявляться в 15-21 год

Анорексия: ограничение потребляемых продуктов	Нервная булимия
До начала проявления расстройства чаще имеют почти нормальную массу тела	До начала проявления расстройства чаще имеют массу тела, несколько выше нормы
Ближайшие родственники имеют меньшую склонность к полноте	Ближайшие родственники имеют большую склонность к полноте
Чаще хорошо ладят с родителями перед началом проявления расстройства	Более склонны конфликтовать с родителями перед началом проявления расстройства
Чаще отрицают, что конфликтуют с родителями	Чаще признают, что конфликтуют с родителями

Психотерапия

Как и при психосоматических заболеваниях вообще, для выбора адекватного лечения в каждом отдельном случае булимии следует принимать во внимание особенности больного – возраст, мотивацию, хронизацию, способность к адекватной самооценке, физическое и психическое состояние, тяжесть расстройства личности, злоупотребление алкоголем, опасность суицидов и т. д.

Представители разных школ сообщают об эффективности практически любого лечения – от классического психоанализа до семейной терапии, от поведенческой терапии до индийской медитации, от феминистических групп до стационарной или пролонгированной амбулаторной терапии.

Амбулаторное лечение, при котором пациент остается в своих обычных условиях, адекватно для большинства больных женщин и часто бывает достаточным. Стационарное лечение для страдающих булимией показано только в тех случаях, когда в картине болезни на первый план выступают выраженные аномальные черты личности, суицидальные тенденции, злоупотребление алкоголем и т. п.

При пищевом поведении, причиняющем ущерб организму, нельзя игнорировать симптомы и ограничиваться раскрытием неосознанных, таящихся в раннем детстве повреждений. Как и при других нарушениях питания и формах наркомании, противопоказана непрямая раскрывающая психотерапия. Методом выбора являются системоцентрированные конфронтаци-

рующие и структурированные вмешательства и активное ведение лечения, направленное на преодоление симптомов, прежде всего в ограниченных во времени формах. Успех лечения стабилизируется последующими защищающими, сопровождающими и при необходимости раскрывающими формами лечения.

Контролируемые методы когнитивно-поведенческого лечения с последующим катамнестическим исследованием дали положительные результаты, которые не были достигнуты при применении других методов. При любых формах психотерапии должны быть включены следующие этапы.

1. В одной или нескольких диагностических беседах с пациенткой выясняются ее нынешнее пищевое поведение и общая жизненная ситуация, большей частью хаотическое и скрываемое от других и от самой себя пищевое поведение во всех его деталях – число приемов пищи, ее количество, приготовление к еде, ситуации, в которых возникало такое поведение, и прежде всего предшествующее этому настроение, а затем эмоциональный фон в нынешней жизненной ситуации с ее трудностями и конфликтами и внешними и внутренними обстоятельствами.

2. Пациентке предлагается новый режим приема пищи в форме письменной программы с четкой регуляцией частоты и времени приема, количества и вида пищи. Для этого в тетради, которую пациентка ведет ежедневно, отмечаются все детали питания.

3. На специально выделенной странице тетради описываются важнейшие события дня, настроение и прежде всего ситуации, в которых возникают рецидивы булимии, с их зависимостью и связью с эмоциональным состоянием.

4. Развитие общей жизненной и конфликтной ситуации, а также симптоматика рецидивов булимии обсуждаются один раз в неделю в индивидуальной получасовой беседе с психотерапевтом (женщиной или мужчиной). План питания и жизни на следующую неделю составляется с учетом физиологической потребности. Пациентка взвешивается в присутствии своего психотерапевта, который, таким образом, «документирует» ответственность за ее массу тела и состояние здоровья.

5. Далее присоединяются групповые беседы с пациентками, больными булимией.

Этот этап лечения длится более 10 недель; беседы проводят после обеда или вечером в поликлинике индивидуально, или в группах, или комбинируя эти методики. Тактика лечения такова, что после 10-недельной интенсивной программы необходимо проводить индивидуальные беседы с

пациентками вначале с малыми, а затем со все большими интервалами времени (через несколько недель, затем – месяцев), но всегда в твердо установленные сроки. Для пациенток то обстоятельство, что кто-то интересуется ими постоянно и разделит с ними ответственность, если они сообщат о последующих рецидивах, служит большой поддержкой. Как показывают многочисленные наблюдения, булимические приступы могут возникать и при последующих кризисных ситуациях.

Вопросы для самоконтроля

1. В чем заключаются основные причины нарушения пищевого поведения?
2. Перечислите основные психологические особенности личности при ожирении.
3. Назовите основные психологические особенности личности при нервной анорексии.
4. Перечислите основные психологические особенности личности при булимии.
5. Каковы основные принципы психотерапии пациентов с диагнозом ожирение?
6. Назовите основные принципы психотерапии пациентов с диагнозом нервная анорексия.
7. Каковы основные принципы психотерапии пациентов с диагнозом булимия?

5. ПСИХОСОМАТИКА ПРИ БОЛЕЗНЯХ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

Наиболее распространенными из эндокринных заболеваний являются заболевания щитовидной железы и сахарный диабет.

5.1. Этиология, психологическая картина личности и психотерапия при гипотиреозе

Под гипотиреозом подразумевается недостаточное снабжение клеток организма гормонами щитовидной железы. Ведущий симптом гипотиреоза – это замедление и изменение настроения и эмоционального реагирования. У больных наблюдается повышенная утомляемость, нарушение памяти, вялость, сонливость, зябкость, хрупкость волос и ногтей, понижение температуры тела, низкое артериальное давление, запоры. Важную роль в раз-

витии гипотиреоза и других заболеваний щитовидной железы играет недостаток йода в рационе. У женщин гипотиреоз встречается в 10 раз чаще, чем у мужчин.

У больных (Александр, 2002) наблюдается отсутствие заинтересованности и полная безынициативность в своей повседневной деятельности – на работе, в школе, в ведении домашнего хозяйства. Отсутствие заинтересованности распространяется также и на социальную активность. В большинстве случаев гипотиреоз может развиваться после того, как пациент отказывается от достижения желаемой цели, оставляет надежду и подчиняет свою жизнь неприятному распорядку, к которому он чувствует внутреннее отвращение.

Такую психологическую ситуацию можно сравнить с эмоциональной сидячей забастовкой. Когда человек оказывается фрустрирован в своих подлинных желаниях и наклонностях и бывает вынужден заниматься скучной деятельностью вопреки собственному желанию, у него развивается собственная форма протеста. Такое эмоциональное состояние часто сопровождается агрессивными фантазиями, в которых эти люди отказываются от любых усилий и амбиций; они позволяют себе осуществлять свои желания только в воображении.

Специфическими при гипотиреозе являются, по-видимому, следующие факторы:

1. Отсутствие надежды на достижение какой-либо желаемой цели; фрустрирующая борьба против непреодолимых препятствий.

2. Отсутствие подлинных побуждений. Деятельность, особенно однообразная, которая выполняется в первую очередь под воздействием внешнего давления или вследствие внутренней компульсии, но не на основе всепоглощающего интереса.

3. Роль тревожности менее стабильна. В ряде случаев под воздействием длительной фрустрации возникает компенсаторная агрессивность, которая приводит к тревожности. В дальнейшем это способствует регрессивному уходу от деятельности.

4. В ряде случаев у мужчин возникает идентификация с женщиной, противопоставляемая агрессивным амбициозным установкам.

Нет какого-либо специального типа личности, попадающего в эту категорию; любой человек до некоторой степени может демонстрировать временные симптомы такого типа истощения.

Психотерапия

Медикаментозное лечение или диета, направленные на ликвидацию дефицита йода, необходимы в большинстве случаев гипотиреоза. Многим больным может помочь изменение внешних обстоятельств, дающее им возможность реализовать свои истинные побуждения. В других случаях наличие внутренних конфликтов не дает возможности такого простого решения и требует систематической психотерапии.

Успешно могут применяться методы психосинтеза, гештальт-терапии, когнитивной психотерапии, транзактного анализа, поведенческой терапии, семейной психотерапии, нейролингвистического программирования.

5.2. Этиология, психологическая картина личности и психотерапия при гипертиреозе

Взаимодействие наследственных факторов и влияний окружающей среды в раннем детстве может обусловить склонность к гипертиреозу. Поскольку влияние среды и ее психическая переработка играют значительную роль, представляется оправданным взгляд на двухэтапный механизм формирования (Weiner, 1977), в соответствии с которым предрасполагающие факторы могут действовать совместно с ранними детскими семейными влияниями в процессе приобретения предрасположенности.

Классический психосоматический подход, представленный Александером (2002), видит психодинамические истоки заболевания в отсутствии защищенности, надежности в самом раннем детстве, когда эта защищенность нарушается смертью или родительским отвержением и/или нездоровыми семейными взаимоотношениями. Неудовлетворенное желание привязанности побуждает больных идентифицироваться с объектом стремлений. Эта ранняя идентификация приводит, однако, к физиологической и психологической перегрузке и заканчивается постоянной борьбой, неуверенностью и страхом в связи с низкой самооценкой.

К описанной Александером классической психодинамической конфигурации принадлежат ярко выраженное сознание ответственности и готовность к деятельности, которые, однако, подавляются чувством страха, проявляясь посредством контрафобий. Постоянно предвосхищаемая угроза безопасности преодолевается напряжением собственных сил. Многие исследователи отмечают готовность пациентов проявлять заботу о других, например, ухаживая за больными. Часто это проявляется в виде принятия на себя материнских обязанностей по отношению к младшим братьям и сестрам, что ведет к гиперкомпенсации агрессивных побуждений и сопер-

ничества с ними. Угроза безопасности – частое явление как у взрослых, так и у детей. Для больных с тиреотоксикозом характерно, что их страхи и потребность в зависимости могут проявляться не прямо, а косвенно, в виде принятия на себя ответственности и контрфобического отрицания.

Контрфобические черты констатируются более чем у 2/3 больных, отрицание и вытеснение страха – более чем у 1/3 больных. Стремление к социальному успеху, труду и ответственности у больных носит, по видимому, функцию самоуспокоения. 4/5 больных на протяжении всей жизни обнаруживают стремление непрерывно добиваться успеха; чувство долга в отношении своих занятий и работы доводит их иногда до истощения. У женщин отмечается повышенная потребность «вывести детей в люди», а если удастся, то еще и усыновить кого-либо (Brautigam, Christian, 1973).

Как и при других психосоматических заболеваниях, остается нерешенным вопрос, почему больные реагируют на высокие требования жизни не регрессом и пассивным уходом, а, наоборот, таким форсированием усилий. Это вопрос о психофизической предрасположенности и о том, как она формируется под влиянием наследственности и условий существования в раннем детстве.

У пациентов обнаруживается готовность постоянно перевыполнять свои задания. Похоже, что этих больных в детстве принуждали к тому уровню самостоятельности, справиться с которым они не были готовы, будь это ранняя утрата матери, развод или ссоры родителей, преждевременное участие детей в родительских конфликтах или воспитании младших сибсов. Пациенты достоверно чаще являются старшими из нескольких детей. Они производят впечатление личностной зрелости, которая, однако, адекватна не всем ситуациям и лишь с трудом скрывает слабость и страх, страх перед половой жизнью взрослых, перед расставанием или собственной ответственностью или вообще перед необходимостью выжить. Их фантазии заполнены умиранием и смертью. По Alexander (1951), гипертиреотидный больной – человек, «всю жизнь пытающийся выдержать борьбу со своим страхом».

Важным является прежде всего соматопсихический аспект, показывающий, как меняются под влиянием лечения готовность к деятельности и подсознательная отвергающая страх контрфобическая установка. Отмечающиеся в острой фазе болезни беспокойство, возбуждение и боязливость постепенно исчезают после устранения тиреогенного повышенного обмена веществ, так же как и эмоциональная лабильность, повышенная чувствительность к жаре, импульсивность. Это совершенно очевидное для

окружающих изменение нередко переживается больным как утрата. Больные жалуются на потерю инициативы, снижение трудоспособности и дисфорию вплоть до депрессивных расстройств. Такое состояние расценивается ими как ограничение деятельности и функциональных возможностей Я (Banner, 1968).

Психотерапия

Психотерапия должна включать фокальную переработку конфликтных пусковых ситуаций (Rodewig, 1993).

Даже при хорошем состоянии щитовидной железы при гипертиреозе и полноценной субституции психопатологическая симптоматика (депрессии, неуравновешенность, расстройства сна) может сохраняться. Причиной этого может быть то, что при слегка повышенном уровне гормонов в крови больные чувствуют себя активными и оживленными, а при нормальном уровне воспринимают свое состояние как пассивно-апатическое, безынициативное и склонны к депрессивным реакциям. Психотерапевтическая беседа в сочетании с правильно проведенной психотерапией может наряду с переработкой конфликтной ситуации подавить существующую в данный момент психопатологическую симптоматику. Последняя большей частью связана с переживаниями взаимоотношений в семье и на работе, с вопросом переключения на новый уровень активности. Изучая кризисные ситуации и характер болезни, можно помочь больному выработать такой образ жизни и такое отношение к здоровью, которые не заключали бы в себе никакого риска возобновления болезни.

Успешно используются методы транзактного анализа, арт-терапии, когнитивной психотерапии, гештальт-терапии, психосинтеза.

5.3. Этиология, психологическая картина личности и психотерапия при сахарном диабете

Современные исследования подтверждают, что у людей, страдающих сахарным диабетом, часто бывает ряд психологических проблем и психических расстройств. Они не только причиняют страдания сами по себе, но также влияют на лечение и исход соматического заболевания (Geringer, 1990; Wrigley, Mayou, 1991; Wulsin, et al., 1987).

Диабетик точно знает, что деятельность по меньшей мере одной системы его организма нарушена. Из этого возникает чувство неуверенности. Хронический дефект может негативно влиять на жизненную стратегию диабетика: часто он организует всю свою жизнь вокруг своего страдания («диабет как образ жизни»).

Bleuler (1975) описывает различие между взрослыми (тип II) и молодыми юношеским диабетом (тип I). Взрослые не представляются выражено тревожными, хотя тенденции к ларвированной депрессии несомненны. Их, скорее, открытая эго-синтонная личность склонна к депрессивным реакциям при нагрузках. Личностные черты, достигающие шизоидности, характерны для молодых юношеским диабетом, при нагрузках здесь характерны отрицание и селективное восприятие проблем.

Rudolf (1970) следующим образом обобщил литературные данные о психосоматических концепциях в возникновении диабета.

1. Конфликты и неоральные потребности удовлетворяются с помощью еды. Может возникнуть ожорство и ожирение, вслед за чем наступает длительная гипергликемия и далее истощение инсулярного аппарата.

2. Вследствие приравнивания еды и любви друг к другу при отнятии любви возникает эмоциональное переживание состояния голода и тем самым независимо от поступления пищи соответствующий диабетическому голодный обмен веществ.

3. Сохраняющийся в течение всей жизни страх ведет к постоянной готовности к борьбе с соответствующей гипергликемией без сброса психофизического напряжения. На почве хронической гипергликемии может развиваться диабет.

Психические факторы, в особенности при I типе сахарного диабета, существенно влияют на течение и терапию. Groen, Loos (1973) придают особое значение свойственным этим больным чувству незащищенности и эмоциональной заброшенности. Alexander (1950) описывает кроме этого сильные рецептивные желания заботы о себе и активный поиск зависимости от других. Пациенты демонстрируют большую чувствительность к отказам в удовлетворении этих оральных желаний. Это соответствует описанию Reindell et al (1976), которые установили у диабетиков «амбивалентные тенденции тревоги, беспокойства, страха с одной стороны и стремления к покою и защищенности – с другой».

Примером чрезмерно выраженной дезадаптации к сахарному диабету является «лабильный сахарный диабет». Он характеризуется значительными колебаниями содержания глюкозы в крови, часто с многократными случаями неотложной госпитализации. В настоящее время широко принята точка зрения, что лабильный сахарный диабет – это поведенческая, а не патофизиологическая проблема (Williams et al, 1991). В авторитетном в этой области медицины труде Tattersal, Walford (1985) пришли к выводу, что «такие больные не «безумные», не «плохие», но позволяют себе по-

тенциально опасное поведение, частично потому, что пренебрегают его последствиями, но чаще потому, что оно «окупается» в смысле удовлетворения других потребностей независимо от того, любовь ли это или кров, благоприятное мнение или бегство от какого-либо иного неразрешимого конфликта».

Психотерапия

Психотерапевтические мероприятия показаны на всех уровнях психофизического взаимодействия, поскольку одно лишь медикаментозное лечение не в состоянии изменить положение больного и только способствует хронизации заболевания.

При долгосрочном ведении больных в их отношении к психотерапевту следует учитывать, что заболевание может переживаться как потеря автономии и усиление зависимости. Может зафиксироваться чувство беспомощности и бессилия, что в крайних случаях может вести к тяжелым депрессиям с повышенной суицидальностью (Reindell et al., 1976).

По Benedek (1948), попытка понуждения к диете может сопровождаться усилением страха, чувства вины и конфликта и усиливать опасность кетоацидоза. Чтобы быть терапевтически действенным, предписывание диеты должно производиться на основе удовлетворительных отношений психотерапевта и больного.

При стабилизации психического состояния стабилизируется также и соматический гомеостаз. Если психотерапевт при этом вызывает у больного статус страха и ярости, это может через усиление симпатико-адренэргической стимуляции вести к ухудшению клинического состояния.

В случае повторных срывов функционирования обменных процессов помощь могут оказать также и специальные психотерапевтические вмешательства. Оправдало себя включение этих пациентов в центрированную по болезни групповую терапию или стационарное начало курса психотерапии, проводимого далее в амбулаторных условиях. Семейный психотерапевтический подход дает большой эффект у детского контингента. Так, Minuchin et al. (1983) показали, что в этих семьях наблюдаются значительные трудности преодоления болезни и коммуникативные нарушения часто могут быть исходным пунктом кетоацидотических срывов у заболевших детей.

Для вовлечения человека в психологическую работу (а он может выполнять ее с большой неохотой или даже проявлять враждебность) очень важны сочувствие и такт; следует избегать грубоватой конфронтации. Во время обследования следует выяснять значимые психосоциальные факто-

ры и заниматься ими. Затем устанавливают связь между периодами ухудшения регулирования содержания глюкозы в крови и эмоциональным дистрессом или трудностями социального характера. Конфронтация не всегда полезна: признаком успеха считается сдерживание прогрессирования заболевания и стабилизация процесса с обязательным устранением психологических нарушений, улучшенное регулирование содержания глюкозы в крови и в перспективе сокращение случаев госпитализации.

Успешно используются методы транзактного анализа, арт-терапии, креативной визуализации, терапии, фокусированной на решении, психосинтеза.

Вопросы для самоконтроля

1. Перечислите социально-психологические причины гипотериоза.
2. Назовите социально-психологические причины гипертиреоза.
3. Перечислите социально-психологические причины сахарного диабета.
4. Каковы основные принципы психотерапии при нарушениях работы эндокринной системы?

6. ПСИХОСОМАТИКА ПРИ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

6.1. Этиология кожных заболеваний

Кожу можно назвать зеркалом психических процессов. Не является случайностью и то, что определенные участки кожи особенно реагируют при эмоциях. Внешний вид, именно внешний вид кожных покровов, особенно много значит для человека. При помощи этого органа можно многое сообщить невербально. По цвету и состоянию кожи мы определяем, молод человек или стар, устал он или бодр, хорошо ли чувствует себя «в своей коже», «чувствует ли он кожей» что-либо.

Часто центральную роль играют повседневные мелочи вроде наших установок на аккуратность, чистоплотность, вежливость, честность, справедливость, пунктуальность и добросовестность, а также на телесный контакт, нежность и сексуальность. Это обычно упускают из виду и сам пациент, и его партнер. Кожа чувствует напряжения; сигнализирует о том, что не может быть выражено иначе, и тем самым индивид достигает того, что раньше не могло быть достигнуто по-другому.

Расстройства и физиология. Кровеносные сосуды кожи и потовых желез реагируют как на физические, химические, так и на психологические раздражители. На холоде сосуды сужаются; то же происходит при испуге, страхе, отвращении и зависти. Человек при этом бледнеет или даже «становится белым, как полотно». Если жарко, сосуды расширяются, так же как и при стыде или гневе; человек краснеет. Иногда кожа покрывается красными пятнами, особенно шея и верхняя часть грудной клетки, это так называемые гектические пятна. Так бывает при стрессе, интенсивных переживаниях или при сексуальном возбуждении. Человека может «бросить в пот» не только при жаре и высокой температуре тела, но и при волнении и страхе (холодный пот ужаса). При неприятных прикосновениях или от пугающих мыслей может появиться «гусиная кожа» и т. д.

Грибковые инфекции являются хорошим подтверждением ослабленности защитной системы организма. При них человек постоянно должен беспокоиться о чистоте. Некоторые больные грибковыми заболеваниями – неистовые «фанатики чистоты».

Предпочитаемой сферой переработки конфликтов для пациентов является сфера *тело/ощущения*. В этом пациент с кожными заболеваниями развивает особые, хорошо дифференцированные, хотя, по-видимому, и противоречивые способности. Его одновременно можно назвать и толстокожим, и тонкокожим. С одной стороны, его кожа толстая, как у слона, кажется, он ни на что не обращает внимания. С другой стороны, некоторые вещи он «чувствует на собственной шкуре», что-то «подзуживает» его, ему хочется «вылезти из кожи вон», хотя он так и не может «сменить кожу». При такой значимости телесной сферы остальные, естественно, оказываются недоразвитыми.

Способности в сфере *профессия/деятельность* не развиваются в оптимальной мере или полностью заблокированы.

В сфере *контактов* могут возникать трудности вследствие амбивалентных установок к общению: потребность в привязанности при одновременном страхе полной близости («влезть в чужую шкуру»). Из-за недостаточной открытости и тенденции угождать, подавляя агрессию, быстро появляются разногласия и фрустрация. Если кто-то не может за себя постоять, «высыпать кому-либо», то символически эту задачу берет на себя кожа в форме «высыпаний». И тогда можно дать себе волю чесать, скрести и т. д.

В *фантазиях* преобладают зачастую лишь односторонние, т. е. негативные представления и ожидания.

6.2. Психологическая картина личности при кожных заболеваниях

Крапивница

Речь идет об остро возникающем поражении кожи с четко отграниченными волдырями; наблюдается чаще всего на лице. Основные симптомы – сильный зуд и наличие красных волдырей разного размера.

Даже при аллергически обусловленных формах крапивницы для ее манифестации или в качестве одного из причинных факторов имеет значение психическая перегрузка. Для психосоматических форм хронической крапивницы характерны готовность к переживаниям и определенная структура личности.

Grace, Graham (1952) установили, что крапивница возникает у тех, кто испытывал на себе жестокое обращение. Эта жестокость имела нередко такие формы, что о ней трудно было рассказать и что-то с ней сделать. При этом отмечается, что страдающая сторона не в состоянии найти выход из положения и представить себе возможное решение проблемы. Типичные трактовки этой ситуации были такими: «они мне много дали, и я не могу ничего поделаться»; «я выдерживаю удары»; «моя мать колотила меня»; «мой жених не хочет меня, он пренебрегает мной, но что я могу поделаться?».

Характерны отношения зависимости от других, более сильных личностей с мазохистской обвинительной установкой. Обычно в отношениях с партнером повторяется мазохистская зависимость из ситуации детства.

В общем, можно сказать, что аллергики в детстве травмируются матерями, проявляющими гиперопеку или холодность. Налицо зависимость от этого объекта влечения, агрессивная реакция невозможна, и агрессия направляется на себя. Мазохистское отношение к объекту, который в то же время позволяет сохранять эмоциональную связь благодаря направленности агрессии на собственную личность, признается сторонниками психоанализа.

Musaph (1976) сообщает о следующих отличительных чертах личности больных:

- сильная склонность к пассивной позиции в межличностных контактах;
- высокая готовность к страху в сочетании с низкой толерантностью к страху;
- сильная ранимость в любовных отношениях;
- высокий уровень неуверенности в поведении.

Matthes (1974) выделяет также в качестве аспекта отношений больных уртикарией их поиск «объектных отношений цепляющегося, зависимого стиля». Такой человек имеет тенденцию избегать риска в поисках безопасности.

Кожный зуд

У чувствительных и предрасположенных к этому людей негативные эмоции могут вызывать кожный зуд или усиливать его. Часто можно наблюдать, что больные в состоянии раздражительности и психического напряжения, страха или возбуждения значительно чаще жалуются на ощущение кожного зуда или жжения, чем эмоционально уравновешенные больные. Кроме того, часто можно установить, что у одного и того же человека неизменные кожные заболевания в периоды более сильного нервного напряжения, фрустрации, разочарований, сложных, тяжелых жизненных ситуаций более часто сопровождаются зудом. Сексуальное беспокойство, чувство вины, гнев и страх могут вызывать зуд (Wittkower, Lesler, 1963). Наблюдалось, что пациенты с психогенным кожным зудом склонны к невротической любви к порядку и блокированы в своем выражении агрессии. Гнев подавляется, вследствие чего может возникать приступ зуда (Musaph, 1976).

Атопический нейродермит (эндогенная экзема)

Экзема грудного возраста. Это кожное заболевание в психосоматическом плане рассматривается как выражение нарушений отношения с матерью. Spitz (1967) пишет, что в рамках его исследований были обнаружены два значимых для возникновения болезни фактора. Дети имели матерей с инфантильной структурой личности, проявлявших к ним враждебность, замаскированную под боязливость, матерей, которые неохотно дотрагивались до них, неохотно ухаживали за ними и систематически воздерживались от кожного контакта с ними. Ребенок со своей стороны демонстрирует врожденную предрасположенность к повышенным кожным реакциям, которые ведут к усилению кожного представительства воспринимаемых психологических конфликтов, что в психоаналитической терминологии обозначается как «либидинозная загрузка поверхности кожи». Особенное значение имеет двусмысленное поведение матери: то, что от нее исходит, не соответствует ни ее внутренней установке, ни ее действиям в отношении ребенка.

Автор иллюстрирует патогенную эмоциональную среду, воздействию которой подвергается ребенок, следующим примером: мать избегает соприкосновения с ребенком, ссылаясь на то, что не хочет причинить вреда столь нежному, хрупкому созданию; таким образом под маской заботы скрывается отвергание и враждебность.

Во многих случаях болезнь спонтанно прекращается на первой половине второго года жизни. Автор предполагает связь с развивающейся активностью ребенка, которая высвобождает его от тотальной зависимости от матери, делая возможным вступление в контакт с выбираемыми им объектами.

Следует ожидать, что эпизод экземы на первом году жизни оставит стойкие следы в психическом развитии ребенка, о которых, однако, можно лишь строить предположения.

Подростковый и взрослый контингенты. Эндогенная экзема в группе экзем представляет заболевание, в особенности руководимое автономными центральными нервными процессами, и тем самым тесно связанное с личностью больного. Оно может выступать в связи с другими аллергическими заболеваниями.

Пациенты часто характеризуются выраженной пассивностью. Им трудно дается самоутверждение. Появление заболевания часто сопровождают конфликтные партнерские отношения. При этом по сфере распространения экземы следует различать две группы больных:

- при лишь внешне интактных диадных отношениях экзема распространяется в области суставов, лица и головы;
- при зримо напряженных диадных отношениях наблюдается распространение в области грудной клетки, бедер и плеч.

С медицинской точки зрения аллергические реакции кожи (нейродермит) представляет собой атипичную иммунную реакцию организма на внешнее воздействие. Однако данные о связи этого заболевания с враждебностью противоречивы. Так, Elizur (1963) рассматривает нейродермит как косвенный показатель повышенной враждебности. В то же время, по данным Cleveland, Fisher (1956), уровень враждебности у больных нейродермитом снижен по сравнению с пациентами, страдающими заболеваниями кожи, не относящимися к группе психосоматических расстройств. Из этого авторы делают вывод, что враждебность при такой патологии, как нейродермит, может трансформироваться в соматические проявления.

Приступы нейродермита часто возникают при проблемах в партнерских отношениях, разлуке или появлении лиц, которые имеют большую

эмоциональную притягательность для больных. Нередко обнаруживаются переживания и проявления сильных чувств, ожиданий, желаний близости, сексуальности и ее фрустрации вследствие собственной амбивалентности или отказа партнера. При этих конфликтах, связанных с ситуацией сближения, во многих описаниях подчеркивается роль собственной телесности, желаний и удовлетворения, возможности показать и представить себя в телесном облике. Эти описания обычно определяют понятием «эксгибиционизм».

Псориаз

Усиление расстройства наблюдается на фоне неспецифических, психически отягощающих ситуаций как переживания потери объекта и угрозы безопасности и здоровью больных.

По-разному меняется самооценка больных. Они демонстрируют такие симптомы, как страх, подавленность, с одной стороны, и выраженное поведенческое реагирование – с другой. Больные псориазом склонны также к демонстративности.

По Wittkower, Lester (1963), психические факторы активны в особенности тогда, когда симптомы подвержены выраженным колебаниям и когда появляются острые рецидивы и затяжной зуд.

Психические аспекты далеко не всегда являются главным патогенетическим звеном, поскольку доказана значительная роль наследственной предрасположенности к заболеванию. Зуд не всегда обусловлен психически, он, скорее, зависит от остроты проявлений псориаза. Больные с давними хроническими формами мало страдают от зуда.

Околоротовой дерматит

Заболевание проявляется локализующимся на лице сильным воспалением кожи, которое захватывает главным образом область вокруг рта, а также другие участки лица. Характеризуется покраснением, инфильтрацией или отеком кожи, псевдопустулами и субъективным ощущением напряжения и зуда. Картина болезни впервые описана в последнее десятилетие, причем были высказаны различные мнения о причинах и путях лечения болезни.

Дерматологи обратили внимание на то, что заболевание встречается чаще у личностей определенного типа. Это очень деловые, чаще незамужние женщины среднего возраста, которые имеют проблемы в отношениях с мужчинами.

Целенаправленный опрос позволяет выявить прямые корреляции между выраженностью псевдоаллергической реакции и остротой конфликтной или психотравмирующей ситуации, а также степенью эмоциональных нарушений (эмоциональной напряженности, тревоги, депрессии и страха, принимающего подчас характер фобий). Переход на другую работу или переезд в новую квартиру, болезнь и смерть близких или развод, страх перед экзаменом или боязнь нежелательной беременности ложатся в основу подобной симптоматики, развивающейся впервые или чаще рецидивирующей после более или менее длительной (порой многолетней) ремиссии.

Общеизвестна чисто рефлекторная крапивница (на фоне значительной астенизации организма) у студентов во время экзаменационной сессии, у крайне впечатлительных женщин, вынужденных однажды воспользоваться общественным туалетом, или у эмоционально нестабильных людей, страдающих, как правило, синдромом раздраженного желудка или раздраженной толстой кишки при одной лишь мысли о пищевых продуктах, вызвавших некогда острые диспепсические расстройства. Возможны даже фиксированные псевдоаллергические реакции на определенные психотравмирующие факторы или одно воспоминание и представление о них (например, парциальный бронхоспазм и пароксизм астмоидной одышки у жены в ответ на приступы стенокардии у мужа; ежегодная распространенная крапивница с ангионевротическим отеком у отца в день смерти дочери; уртикарные высыпания и отек Квинке у молодых женщин при одном лишь взгляде на рисунок цветка или флакон духов, запах которых провоцировал в прошлом аналогичные кожные изменения).

Наслоение психосоматических симптомов эмоционального стресса на самые несерьезные, казалось бы, кожные изменения (юношеские угри, себорея) резко меняет, интенсифицирует и хронифицирует всю клиническую картину. Гиперболизированное чувство физической и социальной неполноценности, свойственное больным с кожными болезнями, и обостренная восприимчивость к реакциям окружающих (с их подчас унижающей жалостью или пренебрежением, нескрываемой брезгливостью и боязнью заражения) усугубляют эмоциональную напряженность этих пациентов, их подозрительность и настороженность, толкают их на путь негативизма и социальной изоляции. Не случайно большинство таких больных предпочитают прогулки в одиночестве или коллекционирование марок всем контактам с внешним миром.

Все большая замкнутость и раздражительность вплоть до озлобленности и агрессивности, крайнее недоверие к возможности искреннего со-

страдания и человеческого сочувствия вообще и непререкаемая убежденность в экзогенной природе своего страдания чрезвычайно затрудняют общение этих больных с врачами. Непомерные или просто неразумные установки на самую радикальную терапию по поводу мнимых или незначительных дефектов кожи, ставших объектом неиссякаемой ипохондрической тревоги, приводят в конечном счете к отказу от них дерматологов и направлению к психиатру, что, по мнению этих пациентов, неправомерно и по ряду причин исключено. Нередкий отказ от врачебной помощи (в связи со все более стойкими идеями неизлечимости и утратой всякой надежды на официальную медицину, активным и далеко не безвредным самолечением или обращением к знахарям) иногда делает этих больных печальными издержками врачебной деятельности, игнорирующей или недооценивающей психическое (прежде всего эмоциональное) состояние пациента. У пациентов с неспецифическим поражением кожи (особенно при наличии вульгарных угрей и себореи) достоверно чаще диагностируют тяжелое депрессивное состояние, чем даже у больных меланомой (Cassileth et al., 1982).

В дерматологической практике основную массу больных с необоснованными жалобами составляют лица, охваченные тревогой и страхом по поводу изменения своей кожи и волос. Страх потери привлекательности и неизбежной при этом «неполноценности» порой ломает всю жизнь человека. Самые ничтожные косметические недостатки, самые заурядные кожные изменения превращаются в «болезнь» за счет патологического преломления их в сознании эмоционально нестабильного индивида и его сверхценного к ним отношения. Предметом всепоглощающей ипохондрической тревоги и озабоченности, никак не связанной с объективной тяжестью и значимостью кожных проявлений, могут быть не бросающиеся в глаза юношеские угри и несколько сальная или пористая кожа, ослабление блеска и некоторое изменение фактуры волос или гипертрихоз у женщин, возникновение небольших залысин или, наоборот, чрезмерное оволосение у мужчин и т. д. Довольно обыденное проявление страха заражения каким-либо инфекционным или венерическим заболеванием представляют собой «назойливые идеи чистоплотности» (Obermayer, 1955), нередкие у врачей и медицинских сестер, работающих в дерматологических или фтизиатрических диспансерах и стационарах. Неустанное мытье рук может привести в таких случаях к развитию тяжелого дерматита.

6.3. Психотерапия

Психосоматические закономерности обнаружены относительно многих дерматологических проявлений. В каждом случае следует обращать внимание на психическую ситуацию пациента. Часто на первом плане видны нарушения коммуникабельности. В особенности это относится к кожным заболеваниям с аллергическим компонентом.

Соматическая реакция является своего рода линией защиты, препятствующей дезинтеграции личности. Можно также рассматривать соматизацию в качестве конца регрессии и, следовательно, возможности гармонизации личности. Если это пытаются сделать в рамках психотерапевтического лечения, то прежде всего следует проработать сосуществование установки на цепляющуюся зависимость и страха перед близостью. Чтобы вывести больных из изоляции, наиболее действенным методом является групповая терапия.

Если очевидны затруднения в оценке болезни, а больные убеждены в связи ее с конфликтом, то обычно возможно применение раскрывающей терапии. В соответствии с мнением больного и с возможностями терапии это может быть индивидуальная или групповая терапия, причем последняя дает хорошие возможности прежде всего для лечения больных с первоначально недостаточной мотивировкой.

У значительного числа больных нейродермитом имеются показания к раскрывающему психотерапевтическому лечению. Однако при этом больные обнаруживают повышенную эмоциональность, не терпят ожидания, быстро переходят от близости к отчуждению, пытаются сами определять ритм лечения. Поэтому при раскрывающей терапии всегда приходится считаться с необходимостью длительного лечения. Хорошие возможности может создать аналитическая групповая психотерапия, особенно у маломотивированных пациентов, затрудняющихся вербализировать свои проблемы.

Терапия

Успешно используются методы транзактного анализа, арт-терапии, креативной визуализации, терапии, фокусированной на решении, психосинтеза, психодрамы, нейролингвистического программирования.

Вопросы для самоконтроля

1. Почему кожу называют «зеркалом психических процессов»?
2. Какова позитивная значимость раздражения кожи?

3. Перечислите основные психологические особенности пациентов, страдающих кожными заболеваниями.
4. Перечислите основные кожные заболевания и их симптомы.
5. Каковы основные принципы психотерапии пациентов, страдающих заболеваниями кожи?

7. ПСИХОСОМАТИКА ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЗВОНОЧНИКА

Этиология патологии позвоночника

Шейный отдел несет голову человека. Положение человеческой головы филогенетически установилось с его прямохождением. Мы говорим, что человек утверждает себя, если он «не склоняет головы» перед трудностями и препятствиями. Это самоутверждение не ведет к цервикальному синдрому до тех пор, пока осуществляется в границах психологической нормы. К этому синдрому могут вести такие факторы, как неадекватные установки, при которых самоутверждение перестает быть эгосинтонным и/или требует постоянного дополнительного волевого напряжения с упрямыми попытками достичь однажды поставленной цели (рис. 2).

Грудной отдел. Совсем иным является психосоматическое значение среднего отдела позвоночника, который без анатомически точного отграничения можно соотнести с грудным отделом. Этот отдел сильнейшим и наиболее зримым образом отражает настроение человека. Печаль, отчаяние, утрата мужества заставляют человека согнуться, они характеризуются его согнутой спиной. Возникающие при этом болезненные мышечные напряжения неправомерно часто истолковываются как локальные процессы неясного генеза, как «ревматические», если упускаются из виду возможности их психосоматического понимания.

Сутулость подростков во многих случаях представляет собой результат внутренней установки, возникшей в силу того, что они не в состоянии отвечать внешним и внутренним требованиям, предъявляемым жизнью к духовно не созревшему телу. «Эти юноши не доросли до своей взрослости» (Weintraub, 1969).

Поясничный отдел. Прострел (люмбаго) – острый эпизод. Он может быть вызван резким движением или поднятием тяжести, но часто возникает и без видимых причин. Он часто, но не обязательно, случается вследствие таких изменений в позвоночнике, как дископатия, или смещение позвонка (см. рис. 2).

Хронические боли в поясничном отделе часто являются выражением психического отягощения. Мы встречаемся с ними прежде всего у женщин, которые компенсируют неуверенность в себе, в своем соответствии семейным или профессиональным требованиям преувеличенно прямой осанкой, но также и у женщин, оставивших свое сопротивление и подавленных грузом повседневных забот (табл. 2, 3).

Хронические боли в поясничном отделе могут также быть выражением фрустрации. Они связаны прежде всего с нереализованными ожиданиями, обращенными к межличностным отношениям, и с вытекающим из этого состоянием неудовлетворенности. У мужчин они нередко представляют собой неосознанную демонстрацию неудачи – будь то в профессии или в реализации своих мужских функций.

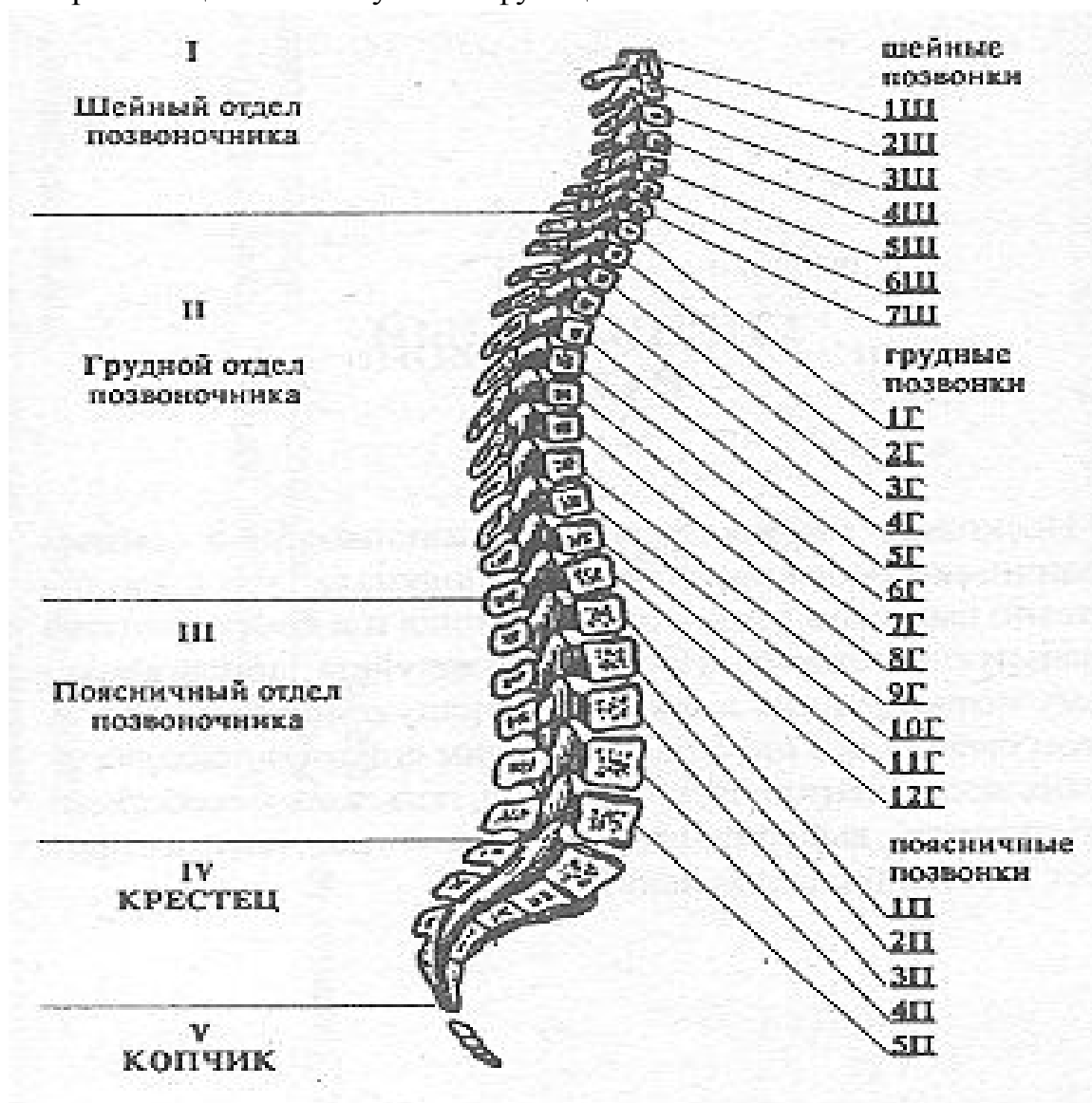


Рис. 2

Таблица 2

Последствия смещения позвонков и дисков

Номер позвонка	Связь с другими частями и органами тела	Последствия смещения
ШЕЙНЫЙ ОТДЕЛ ПОЗВОНОЧНИКА		
1Ш	Кровоснабжение головы, гипофиз, кожа головы, кости лица, мозг, внутреннее и среднее ухо, симпатическая нервная система	Головные боли, нервозность, бессонница, насморк, высокое давление, мигрень, нервные срывы, амнезия (утрата памяти), хроническая усталость, головокружение
2Ш	Глаза, глазные нервы, слуховые нервы, полости, сосцевидные отростки (височной кости), язык, лоб	Заболевания полостей, аллергия, косоглазие, глухота, глазные болезни, ушные боли, обмороки, некоторые виды слепоты
3Ш	Щеки, внешнее ухо, кости лица, зубы, тройничный нерв	Невралгия, неврит, угри или прыщи, экзема
4Ш	Нос, губы, рот, евстахиева труба	Сенная лихорадка, катар, потеря слуха, аденоиды
5Ш	Голосовые связки, слюнные железы, глотка	Ларингит, хрипота, болезни горла (например ангина), околоминдаликовый абсцесс
6Ш	Шейные мышцы, плечи, миндалины	Ригидность затылочных мышц, боль в верхней части руки, тонзилит, коклюш, круп
7Ш	Щитовидная железа, плечевые синовиальные сумки, локти	Бурсит, простуда, болезни щитовидной железы

Номер позвонка	Связь с другими частями и органами тела	Последствия смещения
ГРУДНОЙ ОТДЕЛ ПОЗВОНОЧНИКА		
1Г	Руки (от локтя до кончиков пальцев), пищевод, трахея	Астма, кашель, затрудненное дыхание
2Г	Сердце (включая клапаны), коронарные артерии	Функциональные сердечные заболевания и некоторые болезни груди
3Г	Легкие, бронхиальные трубки, плевра, грудь, груди	Бронхит, плеврит, пневмония, гиперемия, грипп
4Г	Желчный пузырь, общий желчный проток	Болезни желчного пузыря, желтуха, опоясывающий лишай
5Г	Печень, солнечное сплетение, кровь	Болезни печени, лихорадка, низкое давление крови, анемия, нарушение кровообращения, артрит
6Г	Желудок	Желудочные болезни, спазмы желудка, несварение, изжога, диспепсия
7Г	Поджелудочная железа, двенадцатиперстная кишка	Язва, гастрит
8Г	Селезенка	Пониженная сопротивляемость
9Г	Надпочечник и надпочечные железы	Аллергия, крапивница
10Г	Почки	Болезни почек, затвердение артерий, хроническая усталость, нефрит, пиелит (воспаление почечной лоханки)
11Г	Почки, мочеточники	Болезни кожи, например, угри, прыщи, экзема, фурункулы
12Г	Тонкие кишки, лимфатическая система	Ревматизм, боль в животе (при метеоризме), некоторые виды бесплодия
ПОЯСНИЧНЫЙ ОТДЕЛ ПОЗВОНОЧНИКА		
1П	Толстые кишки, паховые кольца	Запор, колит, дизентерия, понос, некоторые виды прободений или грыж

Номер позвонка	Связь с другими частями и органами тела	Последствия смещения
2П	Аппендикс, низ живота, верхняя часть ноги	Судороги, затрудненное дыхание, ацидоз (нарушение кислотно – щелочного равновесия в организме).
3П	Половые органы, матка, мочевой пузырь, колени	Болезни мочевого пузыря, расстройства менструального цикла, выкидыши, импотенция, сильные боли в коленях
4П	Простата, поясничные мышцы, седалищный нерв	Ишиас, люмбаго. Трудное, болезненное или слишком частое мочеиспускание. Боли в пояснице
5П	Нижняя часть ноги, лодыжки, ступни	Плохое кровообращение в ногах, опухание лодыжек, слабые лодыжки и подъем ступни, холодные ноги, слабость в ногах, судороги ножных мышц
КРЕСТЕЦ		
Тазовые кости, ягодицы	Заболевания крестцово-подвздошного сочленения, искривления позвоночника	
КОПЧИК		
Прямая кишка, анус	Геморрой, зуд, боли в копчике в сидячем положении	

Таблица 3

Психологические причины возникновения искривления позвоночника

Номер позвонка	Вероятная причина
ШЕЙНЫЙ ОТДЕЛ ПОЗВОНОЧНИКА	
1Ш	Страх, Смятение. Бегство от жизни. Недовольство собой. «Что скажут соседи?»
2Ш	Отрицание мудрости. Отказ знать и понимать. Нерешительность. Обида и обвинение. Несбалансированные отношения с жизнью. Отрицание духовности

3Ш	Принятие на себя вины других. Чувство вины. Мученичество. Нерешительность. Самоизнурение. Вы откусываете больше, чем можете проглотить
4Ш	Чувство вины. Подавляемый гнев. Горечь. Сдерживаемые чувства. Еле сдерживаемые слезы
5Ш	Боязнь насмешек и унижения. Боязнь выразить себя. Отказ от собственного блага. Перегрузка
6Ш	Тяжести. Перегрузки. Стремление исправлять других. Сопротивление. Отсутствие гибкости
7Ш	Смятение. Гнев. Чувство беспомощности. Невозможность дотянуться
ГРУДНОЙ ОТДЕЛ ПОЗВОНОЧНИКА	
1Г	Боязнь жизни. Слишком много дел и забот. Не могу справиться. Отгораживание от жизни
2Г	Страх, боль и обида. Нежелание сочувствовать. Душа на замке
3Г	Внутренний хаос. Застарелые глубокие обиды. Неспособность общаться
4Г	Горечь. Потребность вредить. Проклятия
5Г	Отказ перерабатывать эмоции. Сдерживание чувств, гнева
6Г	Озлобленность. Скопление отрицательных эмоций. Страх перед будущим. Постоянное беспокойство

7Г	Накопление боли. Отказ радоваться
8Г	Навязчивые мысли о поражении. Неприятие собственного блага
9Г	Чувство, что жизнь вас предала. Обвиняете других. Вы – жертва
10Г	Отказ принимать на себя ответственность. Потребность быть жертвой. «Это вы виноваты»
11Г	Низкое мнение о себе. Боязнь отношений
12Г	Не признаете право на жизнь. Неуверенны и боитесь любви
ПОЯСНИЧНЫЙ ОТДЕЛ ПОЗВОНОЧНИКА	
1П	Настойчивое стремление к любви и потребность в одиночестве. Неуверенность
2П	Вы прочно увязли в обидах детства. Не видите выхода
3П	Сексуальное совращение. Чувство вины. Ненависть к себе
4П	Отвергаете сексуальность. У вас финансовая неустойчивость. Страх за свою карьеру. Чувство беспомощности
5П	Ненадежность. Трудности в общении. Гнев. Неспособность получать удовольствие
КРЕСТЕЦ	
Потеря силы. Застарелое злое упрямство	
КОПЧИК	
Вы не в ладу с собой. Продолжаете упорствовать. Вините себя. Не растаетесь со старой болью	

При постоянном давлении хрящи между позвонками, особенно в области таза, смещаются в сторону и давят на нервы, что вызывает самые разнообразные заболевания, например ишиас, люмбаго и т. д. Они связаны с перегрузкой. Когда человек слишком много взваливает на свои плечи, при-

чем делает это неосознанно, он ощущает боли в хрящах. Такие боли принуждают его больше находиться в покое, потому что любые движения становятся болезненными.

Это очень целесообразная регулировка, но многие пытаются отказаться от нее, принимая обезболивающие препараты. Они хотят вернуться к прежней активности. Может быть, гораздо полезнее использовать возможность полежать, чтобы поразмышлять над тем, почему приходится все тащить на своих плечах? Почему именно на него валятся всевозможные тяжести? Слишком тяжелый груз – это попытка казаться большим и работающим. Это попытка компенсировать внутреннее ощущение собственной незначительности.

За большой работоспособностью скрываются неуверенность в себе, чувство собственной неполноценности. Человек, нашедший себя, больше не совершает подвигов. Он уже существует, вот он. Но за всеми великими (и не очень) делами в мировой истории стоят люди, которые были вынесены наверх от чувства собственной незначительности к внешнему величию. Такие люди своими действиями хотят доказать что-то миру, хотя никто не требует этих доказательств и не ждет их за исключением разве что самого доказывающего. Что он пытается доказать самому себе? Тот, кто очень много на себя берет, должен как можно раньше задать себе вопрос, зачем я это делаю? Иначе разочарование может оказаться слишком велико. При честном отношении к себе ответ будет найден довольно скоро: чтобы получить признание и любовь. Поиск любви – вот единственный мотив высокой производительности. Такие попытки обычно бесполезны, потому что этим путем добиться любви невозможно. У любви не бывает цели. Любовь нельзя заслужить. «Я тебя полюблю, если ты дашь мне 10 тысяч долларов» или «Я полюблю тебя, если ты будешь лучшим футболистом в мире» – ну разве это не абсурд? Тайна любви как раз и состоит в отсутствии всяких «если». Поэтому прототипом истинной любви является материнская. Говоря объективно, малыш не приносит матери ничего, кроме нагрузки и беспокойства. Но она так не думает, потому что любит своего ребенка.

Почему? На этот вопрос нет ответа. Если бы он был, не было бы любви. Каждый из нас – осознанно или бессознательно – стремится к безусловной и чистой любви, которая касается только двоих, которая не имеет отношения ни к чему внешнему и не зависит ни от рекордов, ни от результатов труда.

Чувство собственной неполноценности порождает в человеке убежденность, что в том виде, в котором он сейчас существует, он абсолютно недостоин любви. Следовательно, он начинает делать все возможное, чтобы стать достойным этого чувства. Он становится все более ловким, трудолюбивым, богатым, знаменитым и т. д. Все это делается в угоду внешнему миру, но если вдруг его полюбили, начинаются сомнения: не за то ли, что теперь он имеет и успех, и славу, и богатство? Человек сам себе закрыл дорогу к истинной любви. Признание успехов не удовлетворяет ту потребность, ради которой он этих успехов добивался. Поэтому очень полезно сразу же расставить все точки над *i*. Когда человек не видит собственного комплекса неполноценности, он взваливает все больше и больше тяжести себе на плечи – и даже физически уменьшается в размерах. Из-за сдвига межпозвоночных хрящей ему приходится снять часть груза. Но после этого он остается кривым и изогнутым. Тело не скрывает правды.

Межпозвоночные хрящи обеспечивают подвижность и эластичность. Если хрящи защемлены из-за известкования позвонков, осанка человека становится неестественно прямой и неподвижной, часто он принимает странные позы. То же самое наблюдается и на психическом уровне. Если у человека «защемление», то у него нет ни открытости, ни подвижности – он непоколебим и имеет неизменную внутреннюю позицию. Защемленные позвонки способен выправить мануальный терапевт. Неожиданным толчком он на какое-то время освобождает позвонки и дает им возможность найти естественное положение.

Ущемленные души следует лечить тем же способом, что позвонки и суставы. Неожиданным сильным толчком человека следует сдвинуть с привычной позиции и дать ему возможность найти новые ориентиры. Но такого толчка боятся и люди с защемленными позвонками, и люди с защемленной душой. В обоих случаях об успешности операции свидетельствует сильный треск.

Вопросы для самоконтроля

1. Перечислите основные отделы позвоночника и их «психологическую нагрузку».
2. Назовите психологические причины возможных патологий позвоночника.
3. Каковы основные принципы психотерапии пациентов с патологией позвоночника?
4. Перечислите психологические особенности личности при патологиях позвоночника.

8. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕПРЕССИИ

8.1. Этиология депрессии

Заторможенность и подавленность, господствующие в сознании, непосредственно действуют на соматические функции. Имеется даже тенденция считать всю комплексность и значимость психосоматических связей в медицине, все психосоматические жалобы или хотя бы большинство их проявлением лавированной депрессии и соответственно лечить их медикаментозно. Подобная позиция является односторонней, но в то же время нельзя отрицать, что многие психически обусловленные соматические проявления можно рассматривать как эквивалент не отраженных в психической сфере состояний страха и депрессии.

Взаимодействие соматических и психических процессов редко где проявляется столь явственно, как в психосоматике и соматопсихике депрессий. Одновременно при депрессии происходит переплетение предрасположенности и среды, личности и ситуации, психодинамических причин и отщепления некоторых тем в сфере психического и соматического.

При депрессии страдают практически все сферы – эмоциональная, интеллектуальная, волевая и обязательно мотивационная, что проявляется как субъективно в жалобах пациента, так и объективно – в изменении поведения. Стойкое снижение настроения при депрессии сочетается с утратой интереса к тому, что раньше воспринималось больным как привлекательное, приносящее удовлетворение или радость – различные формы досуга, общение, чтение книг, хобби, профессиональная деятельность, половая жизнь и пр. Пропадает не только чувство удовлетворения в результате такой деятельности. У больного, страдающего депрессией, нет мотивации, не возникает желания приступить к этой деятельности, а интерес к самой деятельности сменяется равнодушием и раздражением. При всех типах депрессивного состояния страдают также и первичные биологические мотивации – нарушается сон, аппетит, сексуальная функция. Степень этих расстройств зависит, как правило, от тяжести депрессивного состояния.

Под лавированными, или маскированными депрессиями понимают депрессивные состояния, при которых психосоматические симптомы выражены таким образом, что становится трудно распознать собственно психопатологическую симптоматику.

Депрессивный синдром проявляется в различных функциональных сферах.

Психические симптомы: подавленность, неспособность к принятию решений, замедление мышления, апатия или внутреннее беспокойство, страх, тоскливые мысли, потеря чувств, внутренняя пустота.

Психомоторные симптомы: психомоторная заторможенность (скованность, гипо- и амимия, снижение выразительности эмоций) или психомоторная ажитированность (внешнее беспокойство, неусидчивость, компульсивная малопродуктивная деятельность).

Психосоматические симптомы: нарушение витальных чувств (физическая слабость, отсутствие бодрости).

Вегетативные нарушения в узком смысле: головокружение, нарушение сердечного ритма, сухость во рту, запоры, нарушение дыхания.

Вегетативные нарушения в широком смысле: нарушение сна, ощущение боли, сжатия, холода, снижение аппетита и веса, нарушение менструального цикла, импотенция.

Если описанные проявления касаются эндогенных депрессий, то речь идет однозначно о ларвированных, или маскированных депрессиях. При неэндогенных психозах, например, при невротических депрессиях, дифференцировка с психосоматическими нарушениями и заболеваниями становится трудной. В целом можно сказать, что под ларвированными или маскированными депрессиями понимаются эндогенные депрессии, сопровождаемые выраженной психосоматической симптоматикой, в то время как психосоматические нарушения или заболевания представляют собой соматизированные неврозы, т. е. соматизированный страх (Poldinger, 1982). При эндогенных ларвированных депрессиях, т. е. психосоматических нарушениях и заболеваниях, рекомендуется комбинация фармакотерапии и психотерапии.

Среди неэндогенных депрессий, сопровождающихся отчетливыми психосоматическими проявлениями, следует также упомянуть об описанной Kielholz (1973) депрессии истощения. Она наступает после длящегося в течение нескольких месяцев или лет затяжного стресса и проявляет себя сначала в гипестетически-астенической стадии раздражительностью, повышенной чувствительностью и сниженной продуктивностью. Во второй стадии следуют психосоматические проявления, прежде всего вегетативной природы. Это соответствует старому диагностическому обозначению «неврастении» с отчетливой повышенной утомляемостью. Лишь после этой психосоматической стадии, в которой депрессия истощения трудно распознаваема как таковая, в последующем при наличии дополнительной нагрузки или внезапного снятия психологического стресса наступает соб-

ственно депрессивное состояние. Третья стадия представлена полной картиной депрессии. Депрессия истощения не является новым заболеванием, это лишь «прототип» психогенной депрессии.

При оценке реакции на стресс следует учитывать, идет ли речь об остром или хроническом стрессе, о личности с наследственной предрасположенностью к эндогенной депрессии или о нарушении развития в раннем детстве. Соответственно могут формироваться депрессия истощения или острая тревога при стрессовой реакции, может манифестировать эндогенная депрессия или невроз.

Соматические жалобы и функциональные симптомы как сопровождающие проявления или эквиваленты депрессивных расстройств могут так сильно выступать на первый план, что они господствуют во всей клинической картине. Соответственно эмоциональное нарушение может отходить на задний план и оставаться незамеченным. Это может происходить при депрессиях самого разного генеза: при фазно-эндогенных, невротических, при которых на первый план выступает личность, а также при реактивных депрессиях, которые понятным образом вытекают непосредственно из ситуации.

8.2. Психологическая картина личности при депрессии

Типичными ситуациями заболевания при депрессиях являются утрата чувства безопасности, разлука, изоляция, возрастание ответственности. Даже эндогенные депрессии, по некоторым оценкам, в 15 – 30 % случаев провоцируются ситуационно, хотя бы их первая фаза. Из физических факторов имеют значение инволюционный период у женщин и мужчин, сопровождающийся кризами как в соматической сфере, так и в психике, а также необходимость переориентироваться в жизни, к чему многие люди оказываются не готовыми. Нельзя забывать о том, что и в рамках соматических заболеваний и нарушений могут развиваться депрессивные расстройства настроения, которые, со своей стороны, могут привести к расширительному толкованию психосоматических отношений.

С психосоматических позиций депрессии зависят от реального существования обычно идеализируемого объекта. Это формирует и повышенную чувствительность к разлуке. В отношении объектов выступает определенная инфантильная зависимость, которая носит оральные черты. Обнаруживается желание симбиотического приобщения к доброй матери и ее авторитету, так же как к хорошему лечащему врачу, психотерапевту. Это перенесение имеет разные аспекты, больной нередко колеблется между свехуступчивым пассивным поведением, не откликающимся на предло-

жение помощи, и упорными активными тенденциями, отражающими поиски признания. Больной может угождать другим, он мог бы своими действиями обезопасить других, защитить их (Benedetti, 1987; Brautigam, 1979).

Защита больного депрессией заключается в характерных формах реагирования типа навязчивой любви к порядку и щепетильности, когда больной хочет устранить все, что мешает, всякий беспорядок, всякую агрессивность, всякую грязь, все, что не находит признания. Больному требуется постоянно «делать добро», т. е. он старается своей деятельностью, своей близостью к другим людям, своим безупречным образом жизни отвергнуть таящиеся в нем агрессивные и деструктивные тенденции. Депрессия представляется как распад этой характерной защиты, как изоляция от полезного объекта, как подверженность самоупрекам. Особая тенденция к соматизации депрессивного расстройства психодинамически объясняется тем, что нарушенная симбиотическая зависимость от внешнего реального объекта смещается на зависимость от внутреннего объекта – одного из органов своего тела. Эта тенденция к интернализации и соматизации психического страдания и внешних психосоциальных конфликтов не только соответствует представлениям больного о болезни, но и близка к врачебному восприятию. Энтузиасты технически оснащенной современной медицины и многие врачи также склонны к интернализации и соматизации без учета психосоциальных конфликтов. В общественном сознании психические нарушения подвержены дискриминации, что и отражает указанная тенденция.

Возможность реагирования депрессивными психическими или чисто соматическими симптомами предполагает наличие соответствующей предрасположенности, которая может быть наследственно обусловленной или приобретенной в раннем детстве под влиянием внешних факторов в процессе развития. При этом важную роль играют ситуационные социальные влияния.

Манифестная картина личности больных депрессией определяется уже упомянутыми формами реагирования. Между невротической и психотической формами депрессии имеются плавные переходы.

В преморбиде обычно не находят грубых невротических признаков. Чаще встречаются такие черты личности, как сверхприспособленность и трудолюбие. В раннем детстве иногда встречаются проявления страха, но без выраженных невротических признаков. Если внимательно рассматривать межличностные отношения, то можно обнаружить тенденцию к сим-

биотическим отношениям с сильными привязанностями. Тенденция к социальной сверхприспособленности соответствует социальной пригодности больных депрессией, которые чаще встречаются в средних социальных слоях, в первую очередь среди служащих и чиновников.

8.3. Психотерапия

Для постановки диагноза имеют значение определенные характерные признаки. Необходимо изучить предыдущие сходные, возникавшие в кризисных ситуациях соматические нарушения или состояния душевного упадка. При этом следует обращать внимание на настроение больных и их потребности.

В течение дня часто очевидны колебания настроения, нередко со значительным улучшением к вечеру. Расстройство сна, самобичевание сопровождают апатию и утрату трудоспособности. Утомляемость как ведущий и основной симптом вместе с утратой трудоспособности стоит на первом плане и при эндогенной депрессии.

Для депрессий характерна «реакция в последний момент», когда врач хочет закончить беседу и больному угрожает одиночество, он задерживает врача, жалобно смотрит на него, заново торопливо излагает свои переживания, не прибавляя ничего нового или существенного. Депрессии у других членов семьи также имеют значение для постановки диагноза.

В случаях ларвированной, или маскированной депрессии не только важно думать о депрессии, надо также уметь задавать решающие вопросы.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение психологического феномена депрессии.
2. Каковы социально-психологические причины депрессии?
3. Назовите психологические особенности личности при депрессии.
4. Каковы основные принципы психотерапии при депрессии?

9. ПСИХОСОМАТИКА ПРИ ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ

9.1. Этиология головных болей

Около 70 % населения страдают периодическими, примерно 7 % – постоянными головными болями. У 10 % этих пациентов симптоматика находится в связи с другим органическим заболеванием.

Головная боль как побочный симптом встречается при многих соматических и психических заболеваниях. Но она является также особо частой

формой психосоматического расстройства. Положение головы является частью произвольно переживаемого внутреннего состояния человека. В речевом обиходе имеются такие выражения, как «высоко держать голову», «покорно склонять голову», «с холодной головой», «потерять голову», «биться головой об стену» и т. п. Многие речевые обороты показывают, что голова в первую очередь предназначена для трезвого понятийного мышления, для проникательного, здравого осмысления человека и для выбора основной эмоциональной установки и соответствующей окружению позы. От одностороннего внимания, направленного на одну часть тела – голову, у пациентов с головной болью следует переходить к аналитическому изучению человека в целом, что может способствовать решению вопросов диагностики и лечения.

Эпидемиологические исследования показывают, что почти в 90 % случаев головная боль обусловлена неорганическими причинами, причем особое внимание следует обращать прежде всего на хронические, характерные для данного больного формы головной боли, возникающей в определенных ситуациях. Такого рода боль не поддается типичному симптоматическому лечению анальгетиками, щадящим режимом и покоем. Часто ее появление связано с наличием ситуационных трудностей или конфликтов.

Функциональные головные боли могут выступать в форме сосудистых (мигрень) и болей, связанных с напряжением. Причина приступа мигрени – начальное спастическое сужение мозговых сосудов. В дальнейшем происходит расширение артерий с формированием отека, который поддерживает болевой синдром в течение часов или дней. Головная боль напряжения возникает в результате постоянного напряжения мышц затылка и плечевого пояса, боль распространяется от мест прикрепления мышц по всей голове.

Поскольку головные боли представляют собой часто наблюдаемый в клинике симптом, они часто встречаются у пациентов с психоэмоциональными проблемами. Головные боли могут сопровождать следующие нарушения.

1. При психосоматических реакциях на острую травму или острый конфликт. Примеры тому большинству из нас известны по собственному опыту, как например, головные боли после волнующих или тягостных переживаний.

Кратковременные головные боли могут замещать обиду, враждебность и гнев. Они могут выступать в качестве реакции на переутомление и внутренние или внешние перегрузки на фоне конфликта, связанного с признанием собственной значимости. Часто при головных болях напряжения

наблюдается пусковая ситуация невозможности достижения желаемого социального успеха.

2. В рамках нарушений личностного развития. Здесь мы должны различать простые аномалии душевного развития, при которых конфликты осознаются, и аномалии душевного развития, при которых конфликты вытесняются в бессознательное.

Примером простой аномалии развития является депрессия истощения по Kielholz (1971), выступающая как следствие длительной эмоциональной нагрузки и протекающая, как правило, в трех стадиях. На первой астенически-гиперэстетической стадии больные раздражительны и очень чувствительны. На второй стадии выступают психосоматические жалобы, среди которых на первом месте стоят головные боли. Лишь на третьей стадии, наконец, выступает собственно депрессивная симптоматика в психической и истощение адренергической нервной системы в соматической сферах (типичный депрессивный «синдром головной боли второй половины жизни»).

Примером аномалий душевного развития с вытесненными в бессознательное конфликтами является невротическое нарушение развития и психосоматические заболевания в узком смысле. При обеих формах неосознаваемых аномалий душевного развития головные боли являются весьма частым симптомом.

3. Головные боли у психопатических личностей выступают в рамках дисфорических состояний и в отягощающих ситуациях.

4. В заключение следует упомянуть головные боли как психосоматические симптомы в рамках эндогенных психозов.

Сюда относятся головные боли в рамках шизофренного круга, прежде всего симптоматические шизофренные психозы, как, например, сенестопатическая шизофрения, при которой часто важнейшим симптомом являются своеобразные ощущения в области головы. Эти больные часто затрудняются в вербализации своих ощущений и описывают ощущения в голове не как собственно болевой феномен, а, скорее, как своеобразное чувство, которое может граничить с деперсонализацией.

Наконец, головные боли являются частым психосоматическим симптомом при депрессии. Они могут наряду с другими соматическими жалобами доминировать таким образом, что собственно депрессии распознаются лишь с трудом. Эти депрессии поэтому часто описываются также как скрытые, или маскированные.

9.2. Психологическая картина личности и психотерапия при головной боли напряжения

Головная боль напряжения, возникающая по невротическим причинам, может быть обусловлена внешним и/или внутренним трудовым конфликтом. При этом обнаруживаются чрезмерные притязания и слишком большие ожидания успеха и признания. Они приводят к разочарованию, особенно тогда, когда их изживание задерживается чувством вины, исходящим из детства (Бондаренко и др., 1997; Benedittis et al., 1992; Ehdeetal., 1992; Holmetal., 1986; Lehrer, Murphy, 1991).

В картине личности часто находят повышенное честолюбие с чрезмерной активностью и обычно очень однообразной жизнью. Стремление к совершенству и повышенный уровень притязаний также характерны для таких больных. У них никогда не наступает полного расслабления. Длительное напряжение мышц плечевого пояса, затылка и всей головы является сопровождающим проявлением и выражением фрустрации, внутренней напряженности, никогда не приводящей к определенности, удовлетворенности и развязке.

Наряду с этими обстоятельствами в силу их относительной частоты, считающимися типичными, имеются и другие психодинамические факторы. Различные возрастные группы, разный уровень образования, разные формы социализации и, наконец, исходные личностные структуры – все это имеет значение.

Невротические механизмы могут представлять главный фактор в этиологии синдрома, так что даже обнаружение органического поражения не всегда ведет к цели. Проблема часто остается нерешенной, что подтверждается в том числе трудностями и неоднозначными результатами лечения.

Систематическое изучение жизненных обстоятельств пациентов с головными болями часто позволяет установить связь между приступами головных болей и типичными эпизодами, разыгрывающимися в окружении больного.

Психосоматический подход пытается придать какое-то значение симптому головной боли вне зависимости от его причины. Так, головная боль может означать затруднение мышления. Как при хронической головной боли, так и при мигрени у больных обнаруживается преимущественно уровень интеллекта выше среднего. Мнимая «невротическая тупость» многочисленных больных с привычной головной болью представляется

часто не чем иным, как результатом затруднения мышления и следствием их интеллектуального негативизма.

Хотя нельзя говорить о собственном типе личности цефалгического больного, у пациентов с головными болями часто встречаются анксиозные проявления, повышенные честолюбие и стремление к доминированию, склонность к перфекционизму и вследствие этого хронические психические перегрузки. Высокий уровень притязаний ведет к конфликту с реальными возможностями и страхами, подавляемой агрессивностью и фрустрациями, что может находить выражение в фоновом состоянии хронической напряженности. Кратко это можно обозначить как конфликт между хотением и умением больного.

Спастические головные боли прежде всего связывают с чрезмерными нагрузками на мышцы в области затылка, плечевого пояса и головы. То же самое относится к вазомоторным головным болям и мигрени. Но почему человек постоянно «подставляет свой лоб», «держит ухо остро», «стискивает зубы», «закусывает губу», бывает «твердолобым» и т. д.? Головные боли возникают вследствие изменений в сосудистом аппарате головы. Спастическое сужение сосудистого русла коррелирует с постоянным напряжением двигательного аппарата, а то и другое посредством вегетативной нервной системы тесно связано с душевным состоянием. При сильных эмоциях, длительных психических нагрузках и конфликтах очень легко могут возникнуть головные боли, если человек по своей конституции обладает очень лабильной, реактивной сосудистой системой.

Какое психологическое значение имеют головные боли? Голова в прямом и переносном смысле является «высшей» частью тела, в которой расположены мозг и органы чувств.

Пациент с головными болями находится в двойственном положении. С одной стороны, он стремится серьезно и активно работать головой, а с другой – эта самая голова из-за болей являет собой удручающее препятствие. Происходит неосознаваемое символическое отражение подавляемых чувств. Если голова человека все время испытывает давление (давление деятельности), то она «должна» начать болеть. Кроме того, головная боль является способом для разгрузки. Если, например, гнев или разочарование проявляются в головной боли, то пациенту и его окружающим обычно легче принять телесную симптоматику, чем психическую.

Часто пациенты с головными болями – выходцы из семей, где очень высоко ценятся разум и достижения. Родители нередко были сами людьми деятельными и не могли уделить своим детям ни достаточно тепла, ни

времени и терпения, отводя мало внимания даже собственным телу и чувствам, а также общению. Дети усваивают концепцию, что они живут не ради себя, а прежде всего для своей рациональной деятельности. Они все больше идентифицируются с родительской концепцией достижений и привыкают к давлению извне. Неспособные расслабиться или получить удовольствие, они сами теперь подставляют свою голову под это давление, выбирая себе такие цели, которых они не в силах достичь. Отношения с другими людьми также часто строятся в зависимости от того, насколько это выгодно для работы. В вопросах о мировоззрении, религии и будущем постоянно приходится сталкиваться с пессимистическими взглядами, что является следствием «интеллектуального негативизма».

Характерными концепциями для лиц с головными болями являются: «у меня нет времени», «прежде всего работа», «я все сделаю сам», «я не делаю наполовину» и «нужно же хоть чуть-чуть думать головой».

Замкнутая жизнь пациентов с головной болью могла явиться результатом их болезни: трудно быть приятным в общении, когда тебя преследуют постоянные головные боли. Но отсутствие социальной поддержки может и само по себе считаться стрессовым фактором, способным повышать риск возникновения головной боли. Чувство одиночества и покинутости может быть неосязаемым, но в то же время мощным источником головной боли у людей, уже предрасположенных к ней биологически.

В любом случае страдающие головной болью люди должны следить за состоянием своей социальной жизни так же, как и за состоянием организма, а психотерапевты, лечащие головную боль, должны быть осведомлены о потенциальном влиянии социальных факторов.

Нет никаких сомнений, что эмоциональный стресс, острый или хронический, делает многих пациентов более восприимчивыми к болезни. Что касается некоторых специфических типов стрессовых факторов, являющихся, по-видимому, наиболее сильными возбудителями головной боли, то среди них отмечаются неудачный брак, работа с требовательным и суровым начальником, длительные неудачи или несчастная жизнь в семье. Другими словами, те стрессы, что являются хроническими или непреодолимыми, представляют собой наибольшую опасность.

Также типичными для пациентов с головной болью являются некоторые личностные черты, усиливающие восприятие неблагоприятных окружающих факторов. У таких людей отмечаются склонность сделать все не просто хорошо, а наилучшим образом, высокие амбиции, добросовестность, повышенная эмоциональность, затруднения в двусмысленных си-

туациях, сильная потребность в социальном одобрении и альтруизм, часто сопровождаемый чувством вины из-за недостаточной альтруистичности. Результатом является хронический стресс, поскольку эти люди менее способны защитить себя от чрезмерных требований со стороны других, испытывают слишком сильное чувство вины, чтобы избегать обременительных задач, и скорее уступят, чем дадут себя вовлечь в неприятную конфронтацию с окружающими.

Психотерапия

Лечение пациента с психосоматическими головными болями исключительно с помощью анальгетиков является недостаточным, если в основе симптоматики лежат состояния внешнего или внутреннего напряжения, которые недоступны восприятию самого больного. Переработка конфликта может, как правило, происходить в рамках краткосрочной терапии, действенность которой часто повышается в результате сопровождающего психофармакологического лечения.

Головная боль напряжения является показанием для сочетания психотерапевтических бесед и всех видов соматических мероприятий. Хронические и фиксированные личностные состояния лучше всего поддаются методам групповой терапии (арт-терапия, психодрама, телесно-ориентированная психотерапия, гештальт-терапия, транзактный анализ); при необходимости их дополняют краткими психотерапевтическими беседами. Пациенты обычно стараются занять особое положение в группе, довольно быстро начинают излагать свои личностные проблемы, проявляют признаки навязчивости и нарциссические черты и оказываются очень обидчивыми. Если параллельно проводить направленные на соматическую сферу лечебные мероприятия, такие как интенсивная кинезотерапия, функциональное снятие напряжения и т. п., это может облегчить вербальное групповое лечение, а также групповую терапию. У больных, которые не хотят или не могут проходить психотерапию, с успехом применяют метод самоконтроля мышечного напряжения с помощью биологической обратной связи.

Ключ к предотвращению головной боли, вызванной стрессами, состоит в том, чтобы просто стать менее восприимчивым. Чем больше вы освободите себя от хронической потребности в одобрении со стороны окружающих, тем лучше вы сможете развиваться, уважать и понимать себя. Вот несколько советов, собранных от разных специалистов, для облегчения данной задачи:

- не бойтесь высказываться и выражать свои эмоции. Это лучше,

чем аккумуляция в себе отрицательных переживаний (в форме возмущения и расстройств);

- осознавайте пределы своих возможностей. Вы не можете достать до неба, но вы не должны испытывать вину из-за того, что у вас нет крыльев. Работайте в меру своих сил и старайтесь чувствовать удовлетворение от работы;

- не старайтесь угодить всем. Это неизбежно приведет к тому, что вы так или иначе будете обманывать себя;

- привыкайте к позитивному мышлению. Как бы вас ни беспокоило то, что у вас чего-то нет, напоминайте себе о том, что у вас есть что-то другое;

- чаще улыбайтесь и смейтесь. Исследования показывают, что при этом происходит высвобождение эндорфинов – естественных веществ, способных улучшать настроение. Улыбка может заметно поднять ваше состояние духа, даже если вы не думали об этом;

- чаще плачьте. Многие психологи говорят, что плач – лучший способ дать выход стрессу, с которым может сравниться разве что громкий, пронзительный крик;

- раньше вставайте по утрам. Многие склонные к головной боли люди убеждены, что они могут предупредить возникновение приступа, если встанут с постели на десять-пятнадцать минут раньше. Хорошее самочувствие в течение всего дня стоит нескольких минут потерянного сна;

- поскольку напряженные мышцы, особенно в области плеч и шеи, являются частой причиной головной боли, расслабление их может быть эффективной превентивной мерой.

При головной боли напряжения успешно используется сочетание биологической обратной связи с мышечной релаксацией (Blanchard et al., 1987; Blanchard et al., 1990) и методы когнитивной психотерапии (Lisspers, Ost, 1990).

9.3. Психологическая картина личности и психотерапия при мигрени

Приступы мигрени представляют собой особую форму головных болей, характеризующуюся преимущественно латеральной пульсирующей болью, тошнотой, рвотой, светобоязнью и сопровождающуюся неврологической симптоматикой. Больные часто демонстрируют подавленную враждебность, которая, по Fromm-Reichmann (1959), «представляет собой враждебную завистливую установку, специфически направленную против интеллектуальных достижений других. Это имеет значение при выборе органа страдания».

Мы можем понимать мигрень как «жюльничество». Она служит сокрытию душевных конфликтов, которые больной «не должен» сообщать. Приступ мигрени может давать больному элементы вторичного удовлетворения: он дает возможность манипулировать семьей или наказывать окружающий мир.

Типичный пациент с головными болями, как показал в своих классических трудах Wolff (1948), – это обязательный, добросовестный, аккуратный, неуклонно стремящийся к достижениям и успеху человек, который тем не менее терпит крушение, почти достигнув своей цели. Высокую интеллектуальность пациентов с головными болями отмечают почти все авторы, указывая при этом на слаборазвитую эмоциональную сферу. Loch (1965) говорит, что, вероятно, «нужно уметь мыслить на относительно высоком уровне, чтобы стать пациентом, страдающим головными болями».

Психотерапия

Если у больных имеются выраженные конфликтные ситуации или личностные проблемы, то им показана раскрывающая глубинно-психологическая психотерапия (гештальт-терапия, психосинтез, терапия, фокусированная на решении, когнитивная, позитивная и семейная психотерапия).

Вопросы для самоконтроля

1. Какова этиология головной боли?
2. Какой может быть головная боль (классификация)?
3. Назовите психологические особенности личности при переживании головной боли напряжения.
4. Перечислите психологические особенности личности при мигрени.
5. Каковы особенности психотерапии при головных болях?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В учебном пособии рассмотрены следующие психосоматические проблемы: бронхиальная астма, сердечно-сосудистые заболевания, нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта, нарушения пищевого поведения, сбои в работе эндокринной системы, патологии позвоночника, заболевания кожи, психосоматические аспекты депрессии, психосоматика при головных болях.

Следует отметить, что психосоматические проблемы рассмотрены в разных пропорциях и объеме. Это обусловлено ограничением научных достижений в такой молодой области научных знаний, как психосоматика.

Вместе с этим учебное пособие концентрирует в себе необходимую первичную информацию для психолога о самых распространенных психосоматических проблемах.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Александер, Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александер. – М. : Институт Общегуманитарных исследований, 2004. – 336 с. – ISBN 5-88230-135-1.
2. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб. : Речь, 2000. – 238 с. – ISBN 5-9268-0032-3.
3. Курпатов, А. Психосоматика, психотерапевтический подход / А. Курпатов. – М. : ОЛМА, 2007. – 478 с. – ISBN 978-5-373-00427-5.
4. Малкина-Пых, И. Г. Психосоматика: справ. практ. психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2004. – 992 с. – ISBN 5-699-06449-4.
5. Abdulwadud O., Abramson M., Forbes A., et al., Attendance at an asthma educational intervention: characteristics of participants and non-participants. - *Respir. Med.*, 1997, Vol.91, p.524—529.
6. Abramson L., McClelland D.C., Brown D., Kelner S.Jr. Alexithymic characteristics and metabolic control in diabetic and healthy adults. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 8: 490-494.
7. Alexander, F. Analysis of the Therapeutic Factors in Psychoanalytic Treatment. *Psychoanalytic Quarterly*, 1950.
8. Bach H. Die Ausreifung der menschlichen Agressivitat (Am klinischen Beispiel der Tetanic und Schizophrenic). *Fortsch. Psychoanal.* 3: 147, 1969.
9. Bach M., Bach D. Alexithymia in somatoform disorder and somatic disease: a comparative study. *Psychother Psychosom* 1996; 65: 3: 150 – 152.
10. Bach M., Bach D., de Zwaan M. Independency of alexithymia and somatization. A factor analytic study. *Psychosomatics* 1996; 37: 5: 451 – 458.

Учебное издание

ЛИТВИНОВА Наталья Юрьевна

Основы психосоматики

Учебное пособие

В двух частях

Часть 2

Подписано в печать 27.01.09.

Формат 60x84/16. Усл. печ. л. 6,28. Тираж 200 экз.

Заказ

Издательство

Владимирского государственного университета.

600000, Владимир, ул. Горького, 87.