

СОМАТИЗАЦИЯ: ИСТОРИЯ ПОНЯТИЯ, КУЛЬТУРАЛЬНЫЕ И СЕМЕЙНЫЕ АСПЕКТЫ, ОБЪЯСНИТЕЛЬНЫЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ

А. ХОЛМОГорова, Н. ГАРАНЫН *

1. ПОНИМАНИЕ СОМАТИЗАЦИИ В КЛАССИЧЕСКОМ ПСИХОАНАЛИЗЕ И В ПИОНЕРСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ Ф. Данбар и Ф. Александера. ПОИСК СПЕЦИФИЧЕСКОГО.

Понятие соматизации было предложено психоаналитиком В.Штекелем в 1943 году (*Steckel, 1943*) для обозначения **конверсионных расстройств, то есть истероформных соматических нарушений, рассматриваемых в психоанализе как символическое выражение бессознательного конфликта, как правило, сексуального по своей природе.** Согласно Штекелю, Соматизация – это телесные нарушения, возникающие как знак глубинного невроза (*deep-seated neurosis*) и прежде всего – расстройства осознания человеком собственного состояния. Так, истерический паралич рук мог трактоваться в психоанализе как символическое выражение бессознательного конфликта между желанием мастурбировать и внутренним запретом относительно такого рода действия. Священник, согрешивший с женой своего друга, теряет голос и не может читать проповеди. Однако далеко не всегда конфликты носят сексуальную природу. П.Фидлер (*Fiedler, 1998*) описывает конверсионные расстройства у солдата, попавшего под обстрел и выразившего готовность потерять свою правую руку, но остаться живым. После боя он попал в госпиталь с конверсионным параличом правой руки. У другого солдата, находящегося в мучительном конфликте между чувством долга и страхом смерти, возникает паралич ног. В таких случаях можно было говорить о конверсии или соматизации глубинного психологического конфликта.

* *Московский НИИ психиатрии.*

Кроме того, истерические симптомы понимались как «тайное послание», в смысле непрямого выражения через телесные недуги – желаний, потребностей и чувств человека. Считалось, например, что подавленное отвращение может символически выражаться в хронической тошноте и рвоте, а обида – в виде симптома «кома в горле». Аналитическое лечение подобных расстройств мыслилось как помощь в осознании внутреннего конфликта и его переработке на основе принятия собственной сложной душевной динамики.

Неадекватное распространение понятия конверсии практически на все соматические нарушения привело к тому, что и термин «соматизация» стал применяться предельно широко. Фактически, по механизму конверсии, или соматизации, трактовались такие заболевания, как бронхиальная астма (трудности дыхания как выражение бессознательного желания вернуться в лоно матери), язвенная болезнь (стремление растворить, уничтожить негативный интроецированный объект) и пр.

Позднее произошел отказ от столь широкой трактовки конверсии. Но термин «соматизация» закрепился в качестве механизма, описывающего возникновение так называемых психосоматических заболеваний, – хронически протекающих истинных соматических расстройств (типа бронхиальной астмы, нейродермита, гипертонической и язвенной болезней), в происхождении которых важная роль приписывается психологическим факторам.

Во второй половине 20-го века, вместе с сексуальной революцией, число грубых конверсионных расстройств уменьшается. Зато настоящим бичом индустриального и постиндустриального общества с его ускоренным темпом и ломкой привычного образа жизни становятся стрессы и на их фоне – вышеупомянутые психосоматические заболевания (*Wirsching, Stierlin, 1983*). Их отличительная черта – особая устойчивость перед медикаментозным лечением и выраженная тенденция к хронизации. Таким образом, **термином «соматизация» начинает описываться процесс реальных органических изменений, возникающих в результате воздействия определенных стрессов, с которыми не удается справиться на психологическом уровне.**

Личный врач З.Фрейда психоаналитик М.Шур предложил концепцию десоматизации-ресоматизации, в которой рассматривает развитие как возрастающую способность Эго реагировать на процессы, происходящие на психическом уровне (*десоматизация*), а переход на соматический уровень реагирования (*ресоматизация*) – как регресс, обусловленный стрессовыми ситуациями, которые не удается адекватно переработать на психологическом уровне (*Schur, 1955*).

Отец немецкой школы психосоматической медицины А. Митчерлих предложил концепцию *двух линий «обороны»*, или двух уровней защиты организма от разрушительного воздействия внутреннего конфликта (*Mitscherlich, 1966*). Первый уровень – психо-социальный, на котором совладание с конфликтом осуществляется исключительно психологическими средствами, т.е. через социальную поддержку и отреагирование в беседе или же через психологические защитные механизмы (вытеснение, регрессия, изоляция, отрицание, проекция и т.д.). Если нормальная психологическая защита не срабатывает, подключаются невротические защитные механизмы – депрессии, навязчивости, фобии. Вторая линия обороны – соматизация – вступает в действие, когда с конфликтом не удается справиться на психологическом уровне.

В каком-то смысле развитием и углублением данного взгляда можно считать концепцию *«giving up (отказ, поражение) и given up (сдавшийся)»*, развитую известными немецкими исследователями Д.Энгелем и А.Шмале (*Engel, Schmale, 1967*). Авторы связывают включение механизмов соматизации с ослаблением иммунной защиты в результате психологического отказа от будущего – потери веры и оптимистического настроения. Этому отказу предшествует реальная или воображаемая потеря важного для больного объекта, в результате чего и возникают чувства тоски, беспомощности и отказа от будущего (*giving up*). Лечение, в соответствии с этой гипотезой, должно быть направлено на воссоздание истории потери и психологическую переработку ее внутренних последствий.

Две концепции, возникшие в 40-50-е годы, – американских ученых Ф.Данбар и Ф.Александера – оказали наибольшее влияние на исследователей в качестве моделей соматизации как механизма, ведущего к истинным психосоматическим расстройствам.

Ф.Данбар, хотя и была психоаналитиком, отказывается от понятия глубинного конфликта как основного объяснительного механизма. Согласно ее взгляду, к той или иной болезни предрасполагают не глубинные личностные конфликты, а определенные личностные особенности или черты, обуславливающие неадекватный тип реагирования на стресс. Последователи Ф.Данбар связывают формирование определенных черт характера с ценностями индустриального общества и поощряемыми им полоролевыми стереотипами. Согласно разработкам представителей этой школы, люди из группы риска коронарными заболеваниями отличаются повышенным честолюбием и стремлением к успеху, неумением расслабиться и отдыхать (*Friedman, Rosenman, 1959*). Женщины, характеризующиеся готовностью к самопожертвованию, запретом на выражение негативных чувств и стремлением к избежанию конфликтов, чаще заболевают раком молочной железы (*Wirsching, Stierlin, 1983*). Ф.Данбар одной из первых

сосредоточила внимание на семейной и личной истории больных (частота болезней и несчастных случаев, количество разводов, потеря родителей и т.д.). Однако механизмы, посредством которых эти факторы приводят к хроническим соматическим расстройствам, ею не были описаны.

Ф.Александр предложил понятие вегетативного невроза, раскрывающее механизм трансформации негативных психологических воздействий на состояние организма (*Alexander, 1950*). Соматические симптомы рассматривались им как физиологическое сопровождение хронического эмоционального напряжения, возникающего, в свою очередь, в результате хронического интрапсихического конфликта (например, для язвенной болезни, по мнению Александра, типичен хронический конфликт между потребностью в заботе и зависимости с одной стороны, и стремлением к автономии, с другой).

В отличие от Ф.Данбар, Ф.Александр видит причину зла не в определенной констелляции личностных черт, предрасполагающей к соответствующему типу психологического и соматического реагирования, а в определенном внутреннем конфликте, ведущем к постоянному накоплению негативных переживаний. Одновременно, в отличие от теории конверсии классического психоанализа, характер интрапсихического конфликта при соматизации определяет, по Александру, не столько тип его символического выражения (паралич рук у мастурбирующей религиозной женщины, паралич ног у охваченного смертельным ужасом солдата и т.д.), а определенный тип эмоциональных переживаний со своими собственными физиологическими коррелятами. Так, блокирование потребности в близких отношениях ведет к нарушениям работы парасимпатической системы и к развитию язвенной болезни, а запрет на выражение агрессии – к нарушениям в работе симпатической системы и развитию артрита и гипертонии и т.д. Следует сказать, что имеются эксперименты, подтверждающие ведущую роль психологических стрессов и вегетативной нервной системы в развитии хронических заболеваний. Известны многочисленные опыты на животных, доказывающие роль стресса в происхождении той же язвенной болезни.

Ф. Данбар дала описание восьми личностных констелляций, соответствующих восьми психосоматическим заболеваниям, Александр – семи интрапсихических конфликтов, соответствующих семи психосоматическим заболеваниям. Обе концепции породили большое количество исследований, на основе которых возникло представление о разных типах личностей, предрасполагающих к различным соматическим заболеваниям. Так, проведенные в армии эксперименты показали, что страдавшие язвенной болезнью солдаты отличались рядом однотипных психологических

особенностей, в частности неумением выражать агрессию и потребностью в зависимости (*Weiner et al.*, 1971). Вместе с тем, возможность установить четкие соотношения между психологическими особенностями личности и типом соматической патологии со временем вызывала все большее разочарование. Внутри каждой из так называемых психосоматических болезней выделялись подтипы с различной этиологией и, следовательно, с различным удельным весом психологических факторов.

В 1965 году, в связи с необходимостью обобщения накопленного опыта и разработки методологии дальнейших исследований, доклад экспертов ВОЗ по психогигиене посвящается психосоматическим расстройствам. Эксперты констатируют: «Одним из наиболее спорных остается вопрос о специфичности. Имеется ли специфическая связь между характером психологического стресса и определенной органической системой, на которую он воздействует? Или же психологический стресс действует неспецифическим образом на органы, уязвимость которых обусловлена такими факторами, как наследственное предрасположение, инфекция или предшествующие благоприятствующие этому условия?» (*Материалы ВОЗ*, 1965, с.12).

Именно в этот период Г.Селье разрабатывает свою концепцию стресса как неспецифического фактора, оказывающего при определенных обстоятельствах разрушающее влияние на физическое и психическое здоровье человека (*H.Selye*, 1956). Согласно концепции Г.Вольфа специфичным для психосоматических заболеваний является реакция конкретного организма на стресс, определяемая, прежде всего, наследственными факторами (*Wolf*, 1946). Будучи последователем Селье, Вольф считает психологические, физиологические и поведенческие изменения сопутствующими друг другу реакциями. По его мнению, один человек может реагировать на стресс изменением работы пищеварительного тракта, другой – дыхательной или сердечно-сосудистой системы. Широко известны его наблюдения за пациентом с желудочной фистулой, у которого гиперсекреция желудочного тракта совпадала с самоотчетом о переживании чувства враждебности.

Обобщение ряда теорий позволяет экспертам гипотетически выделить следующие этиологические факторы, способствующие развитию психосоматических расстройств: а) конституциональное предрасположение, основанное на наследственности; б) конституциональное предрасположение, обусловленное характером раннего жизненного опыта (психологические и физиологические факторы, включая пренатальный и младенческий периоды развития); в) изменения личности, происшедшие в более поздние периоды жизни и отразившиеся на системах органов; г) ослабление какого-либо органа в результате пережитой травмы или инфекции; д) факт активной деятельности органа в момент эмоционального напряжения или сдви-

га; е) символическое значение органа в личностной системе конкретного человека; ж) фиксация органа в результате задержанного психологического развития.

Эксперты также приходят к заключению о роли макро- и микросоциальных факторов в происхождении психосоматических расстройств, намечая дальнейшие пути их изучения.

Важнейшим итогом этого доклада является вывод о важности эмоций в происхождении соматических нарушений: «Связующей концепцией между психологической и соматической сферой является аффект, выражающийся, главным образом, в форме тоски и постоянной тревоги, нейро-вегетативно-эндокринной моторной реакции и характерным ощущением страха. С физиологической точки зрения, не имеет значения, что субъективная оценка опасности может быть неадекватной. Механизм соматических последствий приводится в действие именно физиологическим и моторным элементами всей ответной реакции» (*Материалы ВОЗ, 1965, с.12*).

1. СОМАТИЗАЦИЯ, АЛЕКСИТИМИЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ СЕМЬЯ. ПОИСК ОБЩЕГО.

Параллельно со стремлением выделить специфические для различных психосоматических заболеваний особенности (специфический конфликт, специфические личностные черты) существовала тенденция найти общее, характерное для всех больных психосоматическими расстройствами, описать так называемую психосоматическую личность, а позднее – и «психосоматическую» семью.

Уже в 1948 г. У.Рюш удалось выявить характерные нарушения вербальной и символической экспрессии у психосоматических пациентов. Присущие им затруднения, возникающие в случаях, когда необходимо описать словами или метафорически выразить свое эмоциональное состояние, позднее отмечались и другими авторами. Так, французские психоаналитики Поль Марти и де М'Юзо, представители «Парижской школы», предложили понятие *операторного мышления (pensee operateure)*. Такие больные говорят только о конкретных фактах или предметах: «Отсутствие свободы фантазии составляет основной семиологический элемент такого мышления. Выявляется бедность сновидений, мечтаний, обеднение межличностных взаимодействий, связанное с высыханием, склерозом вербального выражения, когда никакие бессознательные течения, кажется, не беспокоят гладкую поверхность внешне спокойного сознания. Это – мышление, приклеенное к материальности событий, оторванное от бессознательного, лишенное импульсов воображаемого, бедное и монотонное. Замкнутый в

панцире материального, неспособный к проекции, психосоматик воспринимает другого как некую редупликацию себя самого» (P.Marty, цит. по Есаян, 1993-1994, с.73).

Согласно Маклин, «эмоции, не получая представленности в неокортексе и выражения в символической форме, находят моментальный выход с помощью автономных путей» (Maclean, 1946). Здесь указан самый механизм соматизации: отсутствие психологической переработки эмоций на уровне высших отделов коры и, как следствие, – усиление их вегетативного компонента.

В 1963 г. сотрудники Массачусетского госпиталя в Бостоне Д.Неймиах и П.Сифнеус описали группу пациентов, больных психосоматическими расстройствами, указав на присущие им трудности в вербальном описании собственных чувств, а также выраженную бедность фантазии. В 1972 г. Сифнеус предложил для этого феномена специальный термин: «алекситимия» (отсутствие слов для выражения чувств, «безречечувствие» в буквальном переводе). Концепция алекситимии, претендующая на вскрытие общего для различных заболеваний механизма соматизации, породила многочисленные исследования, а также жаркие дискуссии, не утихающие вплоть до наших дней.

Дальнейшее развитие психосоматической теории связано с психологией «Я» и концепцией объектных отношений. Согласно В.Малер, предрасположенность к болезни сопряжена с особым стилем отношений ребенка с матерью – симбиотической связью, при которой у человека не формируется способность к независимому автономному функционированию (Maler, 1965). Он постоянно нуждается в так называемых «селф-объектах» для обеспечения психологической и физиологической регуляции. Утрата объектов-регуляторов провоцирует эксацербацию заболевания.

В 70-е же годы набрала силу зародившаяся двумя десятилетиями раньше системная семейная психотерапия. В русле этого направления больной и болезнь начинают рассматриваться не изолированно, а в рамках того микросоциального семейного контекста, в который включена жизнь пациента. В отличие от аналитиков, «системщики» работают не только с прошлыми переживаниями пациента, но с семейным контекстом в целом (прошлым и настоящим), в котором происходило формирование симптома.

В 1975 г. С.Минухин и его сотрудники, на основании изучения большого числа семей, описали типичные паттерны психосоматической семьи:

- 1) симбиотическая связь (enmeshment), или сверхвключенность родителей в жизнь и проблемы ребенка, что мешает развитию его автономии;
- 2) гиперпротекция – сверхчувствительность каждого к дистрессу других членов семьи;

- 3) ригидность – неспособность менять правила функционирования и коммуницирования в условиях, когда меняющиеся обстоятельства требуют этих изменений;
- 4) низкая способность к разрешению конфликтов, избегание выражений несогласия и открытого обсуждения в условиях конфликта;
- 5) «триангуляционная» роль пациента – функция, при которой ребенок и его болезнь играют роль буфера в семейном (или супружеском) конфликте.

Согласно модели С.Минухина, эти семейные паттерны ведут к такому типу коммуницирования, на который ребенок реагирует определенными физическими процессами, ведущими, в свою очередь, к соматической болезни. По механизму порочного круга она подкрепляет описанные паттерны (*Minuchin et al., 1975*), ибо становится привычным способом решения скрытых семейных конфликтов.

Принципиально новой здесь стала попытка обращения к микросоциальному уровню в поисках объяснения соматических заболеваний и увязывания специфики внутрисемейных интеракций с физиологическими процессами в организме. Однако в этой модели остается неясным механизм, по которому получившие описание интеракции воздействуют на организм ребенка.

Семидесятые годы характеризуются целым потоком исследований, посвященных психосоматической семье. Но к концу следующего десятилетия этот интерес стал ослабевать. Усилилась критика в адрес сложившихся ранее концепций. Повод – слишком простые, линейные причинно-следственные связи типа «стресс – негативные эмоции – болезнь», а также отсутствие системного взгляда на взаимоотношения между биологическими, психологическими и социальными факторами. Многим исследователям начинает казаться, что, хотя нездоровые паттерны семейного взаимодействия существуют и оказывают негативное влияние на здоровье, вряд ли можно говорить о «шизофренической», «психосоматической» или «депрессогенной» семье. Возникновение той или иной болезни в дисфункциональном семейном окружении следует описывать, используя более сложные *диатез-стрессовые механизмы*.

Таким образом, попытки найти общие психологические факторы в возникновении соматических расстройств определенного типа привели многих исследователей к выводу, что даже для всех психосоматических заболеваний трудно выделить что-либо сугубо специфическое.

В 80-е гг., прежде всего в немецкой медицине, линейные концепции подвергаются критике, начиная вытесняться системными био-психосоциальными моделями (*Engel, 1975*). Концепции алекситимии и психосо-

матической семьи критически пересматриваются. Все немецкоязычные исследования на эту тему носят, в основном, опровергающий характер.

Понятие соматизации как акцентирующее психологические факторы в происхождении соматических болезней отходит на второй план и вновь начинает употребляться в несколько ином значении, а именно – функционального расстройства. Под таковым понимаются нарушения функционирования той или иной системы организма без достаточного органического основания, при этом роль психологических факторов остается достаточно важной. Так, в известной и многократно переиздававшейся коллективной монографии «Психосоматическая медицина» под редакцией Т. Уексюля термин "соматизация" употребляется всего несколько раз в вышеупомянутом смысле (*Uexkuel, 1995*). Вместе с тем, подчеркиваются сложная многофакторная био-психо-социальная природа такого рода расстройств и необходимость многоуровневых исследований. Однако во многом это остается призывом ввиду чрезвычайной сложности построения подобных моделей, где должны быть установлены конкретные связи между реальностями, описание которых дается на практически разных научных языках.

2. СОВРЕМЕННАЯ ТРАКТОВКА ПОНЯТИЯ «СОМАТИЗАЦИЯ». СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА.

Итак, как когда-то понятию соматизации было отказано в употреблении в значении конверсии, т.е. символическом выражении глубинного конфликта, так впоследствии оно утратило свой смысл и применительно к определенной группе так называемых психосоматических заболеваний. Со временем оно все больше закрепляется за функциональными расстройствами, хотя роль социальных и психологических факторов продолжает при этом акцентироваться.

Обобщая итоги дискуссий и обсуждений, Липовский определил соматизацию как **склонность переживать психологический стресс на физиологическом уровне** (*Lipowsky, 1989*). Сходные определения предлагаются и другими авторами: «Выражение личного и социального дистресса посредством телесных жалоб с поиском медицинской помощи» (*Kleinman, Kleinman, цит. по Kellner, 1990*) или «Использование соматических симптомов для достижения психологических целей» (*Ford, 1986, цит. по Kellner, 1990*).

Кирмейер и другие авторы подчеркивают, что соматизация перекрывает различные клинические категории, представляя собой, таким образом, **клинически неоднородное явление**, и поэтому не может быть представ-

лена в виде однородного патологического процесса (*Kirmayer, 1986*, цит. по *Kellner, 1990*).

В своем фундаментальном обзоре по соматизации Р. Келнер отождествляет ее с функциональными соматическими симптомами. Обобщая разные точки зрения, он дает следующее определение: **«Соматизация означает от одного до нескольких соматических симптомов, таких как усталость, гастродуоденальные или уринальные боли, для которых при соответствующих обследованиях либо не находят никакой органической основы, либо обнаруживают сильное преувеличение, сравнительно с выявляемой органической патологией, физических жалоб и связанных с ними социальных и профессиональных ограничений»** (*Kellner, 1990, с.151*).

Как вытекает из этого определения, Келнер избегает указания на психологический механизм соматизации, оставляя этот вопрос открытым.

Вместе с тем, приведенные выше обзоры и определения свидетельствуют о явно намечаемом консенсусе относительно того, что подразумевать под соматизацией. В 80-е годы Эскобар и его соавторы выделяют три наиболее часто употребляемых в настоящее время значения этого понятия (*Escobar et al., 1987, 1989*):

1. «Первичная» соматизация, или соматизация в узком смысле этого слова, – как функциональное или так называемое *соматоформное расстройство*. Главный критерий – присутствие телесных симптомов и озабоченность ими. Для постановки диагноза подобного расстройства из 37 наиболее типичных соматических проявлений по DSM–III должны присутствовать, по крайней мере, четыре симптома у мужчин и шесть – у женщин. При этом систематическое исследование каждого симптома не должно выявлять явной органической этиологии.

2. Соматизация как «сопутствующее» вторичное расстройство, связанное, скажем, с шизофренией, аффективными и тревожными нарушениями.

3. Соматизация как *«маскированное» расстройство*, когда при жалобах на соматические симптомы имеются явные указания на высокую вероятность депрессии (например, указания в виде биологических – семейных, генетических предпосылок). В этих случаях предлагается говорить о скрытой депрессии или депрессивном «эквиваленте».

Наряду с сужением исследуемого понятия до группы соматоформных расстройств (*Rief, Hiller, 1998*) существует противоположная тенденция к расширительной трактовке (*Van Hamert et al., 1993*). Согласно последней точке зрения, больной-«соматайзер» – это любой пациент, предъявляющий соматические симптомы, не находящие подтверждения и объяснения с позиций общей медицины. По результатам исследования, проведенного Ван

Хамертом с соавторами, среди 192 больных, направленных в общемедицинскую амбулаторную сеть, около 52% имеют необъяснимые, с позиций общей медицины, симптомы. Эти данные соответствуют проценту необъяснимых симптомов у больных с абдоминальной болью (Harvey et al., 1983), хронической усталостью (Cathebras et al., 1992) и болью в области грудной клетки (Mayou et al., 1994). В свою очередь, среди больных-«соматайзеров» значительно чаще встречаются психические расстройства, сравнительно с больными, у которых соматический диагноз получил подтверждение. По данным того же Ван Хемерта, 42% соматайзеров страдают психическим расстройством. По другим данным (Katon, 1984), лишь 33% так называемых «соматайзеров» можно отнести к страдающим соматоформным расстройством, остальных отличают депрессивные и тревожные заболевания. Обобщая данные различных исследований, Келнер отмечает, что цифры распространенности соматизации в первичной медицинской сети колеблются от 10% до 30% (Kellner, 1990). Такой размах, по его мнению, связан с различными диагностическими критериями соматизации. По данным Эскобара с соавторами, распространенность множественных хронических функциональных соматических симптомов среди населения превышает 4%.

Обратимся к группе расстройств, объединенных общим названием *соматоформных*. Как уже упоминалось, именно в этом кластере сконцентрированы те нарушения, к которым в современной медицине применяется термин "соматизация" в узком смысле слова, – *телесные симптомы без органической причины*.

«В противоположность многим другим психическим расстройствам, соматоформные долгое время оставались малоизученной “целиной”» (Rief, Hiller, 1988, с.1). В этом нет ничего удивительного, так как нарушения данного вида концентрируются, прежде всего, в общей медицине. Понятие соматоформных расстройств было введено в качестве самостоятельной клинической группы лишь в 1980 году в результате *третьего* пересмотра американской диагностической системы. Само выделение этих нарушений в отдельную диагностическую группу можно связать не только с эпидемиологическим ростом так называемых трудных больных, или больных с телесными симптомами, но без объясняющего их соматического диагноза, но и с более тесным взаимодействием между психиатрией и общей медициной. В настоящее время число исследований, посвященных соматоформным расстройствам, неуклонно растет.

Как отмечалось выше, они не являются гомогенной диагностической группой. Разнообразие симптоматики у различных больных – весьма значительно. Различаются *поли-* и *моносимптоматические* соматоформные нарушения. В первом случае речь идет о разнообразных и изменяю-

щихся с течением времени жалобах, когда в центр выдвигается предполагаемая дисфункция то одной, то другой системы организма. Во втором, напротив, жалобы ограничены по числу, относятся к одной системе и достаточно устойчивы во времени. И в том, и в другом вариантах важным дополнительным диагностическим признаком выступает ложная, субъективная интерпретация состояния как серьезной и даже смертельной болезни.

В международной классификации *десятого* пересмотра соматоформные расстройства включены в главу F-4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства».

К *полисимптоматическим* относятся: *соматизированное расстройство* (жалобы множественного и относительно изменчивого характера, сопряженные с нарушениями семейного и социального функционирования, предъявляемые напористо и драматически), *недифференцированное соматоформное расстройство* (жалобы также множественны и вариативны, но вне эмоционального драматического фона, типичного для предыдущего вида) и *автономная вегетативная дисфункция* (жалобы предъявляются как обусловленные расстройством органа, находящегося под значительным влиянием вегетативной нервной системы, или ее самой).

Соматизированное расстройство, впервые введенное в классификации DSM-III в 1980 г., представляет собой фактически несколько видоизмененный «синдром Брике», названный так в 60-х годах в честь известного французского психиатра и исследователя истерии и на основе его работ описанный С. Гуце. В 1972 г. этот синдром был вторично описан Гуце и сотрудниками как заново сформулированный и операционализированный диагноз истерии. Одна из причин таких изменений – стремление составителей классификации избавиться от негативно окрашенного контекста понятия «истерии». Диагноз «соматоформная вегетативная дисфункция» в МКБ-10 является соподчиненным по отношению к соматизированному расстройству, ибо последнее не может быть констатировано, если в клинической картине выражено доминируют вегетативные симптомы. В американской же классификации последнего пересмотра этот диагноз отсутствует вообще.

К *моносимптоматическим* относится, прежде всего, хроническое соматоформное болевое расстройство, которое выражается в устойчивых жалобах на тот или иной болевой синдром. Классическое психиатрическое конверсионное расстройство (как правило, также моносимптоматическое и выступающее в неврологических симптомах) в МКБ-10 вынесено за пределы группы соматоформных расстройств, в то время как в американской классификации оно находится внутри этой группы на основании центрального признака последней – соматически необъяснимые телесные симпто-

мы. Подобные расхождения еще раз указывают на преемственность и близость понятий соматизации и конверсии, с одной стороны, и гипотетические различия в их механизмах, с другой. В самом деле, конверсия предполагает способность к символизации, о нарушениях которой столь много пишется в связи с другими формами соматизации (см. выше).

В группу соматоформных нарушений в обеих классификациях включено давно известное в психиатрии ипохондрическое расстройство, где главным признаком является сильный и устойчивый страх перед тяжелым или даже смертельным заболеванием. В МКБ-10 в подгруппу ипохондрических синдромов помещено дизморфофобическое расстройство (в американской классификации оно выделено в самостоятельное нарушение внутри соматоформной группы). Как ипохондрические, так и дизморфофобический, синдромы занимают фактически промежуточное положение между тревожными и соматоформными расстройствами.

Как очевидно, понятие «соматизация» и связанное с ним – «соматоформные расстройства» имеют сложную историю. Одни и те же феномены в истории медицины получали разные названия и сопровождались разной концептуализацией. Важно помнить, что многие принятые в среде медиков обозначения фактически соответствуют современному понятию соматоформного расстройства. В этом ряду – функциональные нарушения, психовегетативный синдром, психовегетативная лабильность, психосоматические нарушения, «globus hystericus», соматизированная или ларвированная депрессия, вегетативная дистония, синдром хронической усталости, предменструальный синдром (по Rief, Hiller, 1998).

В отечественной медицине самым распространенным аналогом соматоформного расстройства является, пожалуй, вегето-сосудистая дистония. Врачи общей практики крайне злоупотребляют этим диагнозом в затруднительных случаях, что нередко ведет к ятрогениям, фиксации на болезни и неправильному лечению.

Диагноз соматоформного расстройства может быть поставлен только в том случае, если наряду с соматическими жалобами и субъективным страданием имеет место социальная, профессиональная или семейная дезадаптация. Основная дифференциальная диагностика касается депрессивных, тревожных, личностных, а иногда и психотических расстройств. Наибольшие трудности связаны с дифференциальной диагностикой тревожных и депрессивных нарушений. Такого рода трудности в большой степени обусловлены недостаточной проработанностью концепции соматоформных расстройств и их границ по отношению к вышеупомянутым аффективным нарушениям.

Остановимся более подробно на дифференциальной диагностике **соматоформных и депрессивных** заболеваний, поскольку в отечественной традиции концепция соматизированной депрессии продолжает оставаться чрезвычайно популярной. Это ведет к гипердиагностике депрессий, при явной недооценке соматоформных расстройств. Между тем, ряд зарубежных эпидемиологических исследований указывает на значительную распространенность последних.

Концепция ларвированной, или соматизированной, депрессии в ее оригинальном западном варианте покоится на предположении, что соматические симптомы являются не более чем защитой от аффекта, который не допускается в сознание пациента. Иными словами, соматизированная депрессия представляет собой своего рода подавленную, вытесненную депрессию, проявляющуюся через соматические симптомы. Одна из причин – согласно социокультурным нормам, соматические симптомы встречают более серьезное отношение, чем психические нарушения (феномен «вторичной выгоды симптома»).

Дифференциальная диагностика **соматоформных и тревожных** расстройств также представляет большие трудности, так как тревога за здоровье – один из центральных симптомов соматоформных больных. Важнейшим дифференциальным признаком здесь выступает непосредственная связь между пугающей ситуацией и телесными симптомами, возникающая при тревожных расстройствах. Очевиднее всего эта связь – при фобиях и панических атаках. Наибольшие трудности представляет дифференциация с генерализованной тревогой. Фокус соматоформных расстройств – телесные нарушения, в то время как при генерализованной тревоге в центре оказываются аффективные компоненты и жалобы на собственно тревогу. Тем не менее, в затруднительных случаях в современной диагностической системе всегда возможна и двойная диагностика.

В.Риф и В.Хиллер, суммируя данные различных исследований, приводят следующее частотное распределение по коморбидности соматоформных расстройств: генерализованная тревога – от 33 до 54%, социальная фобия – 31-40%, панические атаки – 20-34%, специфическая фобия – 18-34%, обсессивно-компульсивное расстройство – 16-23%, агорофобия без панических атак – 3-5%. Дополнительно приводятся данные о 16-26% соматоформных больных, страдающих алкогольной и 5-9% – химической зависимостью. Ипохондрия особенно часто сочетается с различными тревожными расстройствами (свыше 80% пациентов, страдающих ипохондрией, одновременно испытывают какое-либо тревожное расстройство и лишь 5% – депрессивное).

Дифференциальный диагноз с **личностными** расстройствами основан на степени включенности соматических симптомов в те проявившиеся с детства или ранней юности личностные изменения, которые соответствуют известным личностным нарушениям. Соматоформное заболевание, как правило, развивается на фоне уже сформированного личностного расстройства. Исторически различие между истерией (в ее современных соматизированном и конверсионном вариантах) и истерической личностью относится к центральным проблемам дифференциальной диагностики (*Rief, Hiller, 1998*). Согласно МКБ-10 и DSM-IV, истерическая личность характеризуется чрезмерной эмоциональностью, требовательностью и тенденцией к театральности и драматизации в человеческих контактах. Когда у личности подобного типа развивается соматоформное расстройство, оно сопровождается ярким аффектом и театральностью предъявления жалоб. В случае наличия как гистрионного, так и соматоформного расстройства, ставится двойной диагноз.

Риф и Хиллер приводят данные американского исследования, согласно которому отмечается очень высокая коморбидность соматоформных и личностных расстройств (*Rief, Hiller, 1998*). Из 94 пациентов с соматизированными нарушениями 61% имели личностные расстройства, распределенные по частоте следующим образом: 27% – избегающие личности, 21% - параноидные, 17% - обсессивно-компульсивные, 15% - шизотипальные, 13% - гистрионные, 11% - пограничные, 3% – нарцисстические. Следует отметить, что согласно этим данным личностные расстройства у соматоформных пациентов встречаются значительно чаще, чем в контрольной группе из больных общей медицинской практики.

Дифференциальный диагноз с **психотическим расстройством** чаще всего возникает при ипохондрии и вычурности соматических жалоб. Важным является выявление других признаков, позволяющих диагностировать соматические ощущения как галлюцинации, а страх тяжелого заболевания – как бредовую идею. Вычурные жалобы больных с истерической акцентуацией нередко представляют трудности для дифференциальной диагностики. Этой особенностью отчасти можно объяснить то, что первый опыт в данной области отечественных психиатров явно сопровождался гипердиагностикой шизофрении. Тем не менее, согласно МКБ-10, соматоформное расстройство может быть поставлено как дополнительный диагноз по отношению к шизофрении, если соматические ощущения не носят характера галлюцинаций, и у больного нет ипохондрического бреда.

Наконец, следует дифференцировать соматоформные нарушения от так называемых **классических психосоматических расстройств** (типа астмы, нейродермита, язвенной болезни) и других заболеваний, в этиологии которых существенную роль могут играть психологические факторы (мигрень,

сердечно-сосудистые заболевания, диабет, рак). В подобных случаях речь идет о *реальном соматическом расстройстве*. Однако и в этих условиях в качестве второго диагноза может иметь место соматоформное расстройство, когда имеет место упорный поиск медицинских обследований и жалобы не пропорциональны выявляемым органическим нарушениям. Конечно, постановка такого двойного диагноза требует большой осторожности и тщательного обследования на предмет возможной соматической патологии. Эти случаи являются особенно трудными для диагностики и чаще всего не диагностируются как психическое коморбидное соматоформное расстройство.

Соматоформные расстройства относят к психическим нарушениям, наиболее распространенным среди населения. Однако, поскольку чаще всего эти больные остаются в поле зрения врачей общей практики, не достаточно знакомых с психиатрией, они не выявляются в качестве соматоформных и не получают соответствующего лечения. Кроме того, имеются все основания полагать, что эти больные часто обращаются к альтернативной медицине (гомеопатия, акупунктура, фитотерапия) или же к экстрасенсам. Единственным надежным эпидемиологическим исследованием соматоформных расстройств до сих пор остается американское *ECA*-исследование (*Epidemiologic Catchment Area*), проведенное в 80-х годах. Однако, по мнению некоторых авторов, критерии, использованные для диагностики в данном исследовании, носили чрезмерно жесткий характер (*Rief, Hiller, 1998*). Возможно, поэтому, согласно данным этого проекта, распространенность соматизированных расстройств среди населения не превышает 0,5% (т.е. не более 5 человек – на тысячу). Эти данные находятся в противоречии с повседневной практикой и впоследствии были подвергнуты критике. Использование современных критериев (*SSI*, или *индекса соматических симптомов*, 4-6) дает десятикратное увеличение процента соматизированного синдрома среди населения (4,4% всех обследованных). *SSI* 4-6 является критерием, согласно которому о наличии соматизированного синдрома можно говорить при наличии, как уже указывалось выше, не менее 6 соматических симптомов у женщин и 4 – у мужчин, при отсутствии сообразных по масштабу объективных причин для этих симптомов. Корректирующие оценки тех же американских данных свидетельствуют о том, что множественное соматизированное расстройство отмечается у 5-11% населения (*Rief, Hiller, 1998*).

Относительно других подгрупп соматоформных расстройств надежные эпидемиологические данные практически отсутствуют. Имеются лишь указания на очень незначительное распространение конверсионных рас-

стройств (около 0,03%) и довольно широкое – соматоформного болевого расстройства.

В общемедицинской практике, по разным данным, наличие соматоформных расстройств оценивается достаточно высоко – около 20%. При этом следует учитывать, что, оставаясь не выявленными, в условиях обычного лечения они обходятся медицине в 6-14 раз дороже средней суммы, затрачиваемой на медицинскую помощь человеку в западной популяции (*Rief, Hiller, 1998*).

3. КУЛЬТУРНЫЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И СЕМЕЙНЫЕ АСПЕКТЫ СОМАТИЗАЦИИ.

В последнее время появляется все больше работ, посвященных роли социальных факторов в соматизации.

В развивающихся странах был проведен ряд исследований, выявивших присущую пациентам общую тенденцию описывать эмоциональный дистресс, используя язык соматики. Исследования, проведенные на небольших этнических группах выходцев из развивающихся стран, живущих на Западе, показали, что и для них также более характерно предъявление на первичном приеме не столько психологических, сколько соматических жалоб (*Bal, 1987; Mumford, 1987*). В отличие от этих больных, западные пациенты в состоянии описать свой дистресс в психологических терминах (*Jablensky, Sartorius, 1981; Leff, 1988*). Тем не менее, и в западных странах отмечаются достаточно существенные социальные факторы соматизации: «Современная биотехническая система обслуживания играет значительную роль в возникновении и развитии функциональных синдромов. Именно в этих условиях возникает феномен соматизации. Впрочем, иногда может иметь место и психологизация. Другими словами, заболевший выражает свое состояние в терминах той системы обслуживания, которая ему доступна. В нашей культуре преобладают обращения в соматически ориентированную биотехническую медицину и все в большей степени – в психотерапевтическую службу» (*Uexkuel, 1996, с.70*).

Не совсем понятно, почему одни направляются в поликлинику, а другие – к психотерапевту. Можно соглашаться с автором относительно той важной роли, которая в данном случае может принадлежать социальному опыту и научению, но все же остается вопрос – как именно происходит, что у разных людей формируются разные языки выражения дистресса? Кстати, в нашей российской действительности можно говорить о культуральном механизме мистификации соматических симптомов посредством трактовки их как «сглаза», «порчи» и т.д. Следует отметить, что психологизация может быть столь же вредна, как и соматизация, если она ведет к недо-

оценке биологических механизмов соматической угрозы, к отказу от необходимости биологического лечения. О печальных последствиях мистификации говорить не приходится.

Проведенные исследования показывают, что наличие соматизации испытывает на себе влияние таких факторов, как пол, возраст, этническое происхождение и образовательный уровень. У женщин, например, ее уровень выше, чем у мужчин; у индивидов с низким социоэкономическим статусом она встречается чаще, чем у лиц с высоким статусом (*Buntie, 1975; Ebigró, 1982; Marsella, 1987*). В равной степени во всех культурах симптомы соматизации характерны для депрессивных пациентов. Их называют *сущностными* симптомами депрессии.

Указанные факты находили самые разные объяснения, включая утверждения, что представители современных не-западных культур не только испытывают недостаток в словах для выражения состояний тревоги и депрессии, но и склонны описывать эмоции «недифференцированными способами» (*Leff, 1973; 1988*). Но в последнее десятилетие растет поток литературы, где приводятся данные, согласно которым в США и Великобритании по крайней мере половина всех пациентов, получивших диагноз психического расстройства, на первичном приеме предъявляют больше соматических, нежели психологических жалоб (*Lipowsky, 1988; Goldberg, Bridges, 1988*). Это наводит на мысль, что существует *тенденция к росту соматизации и в западных культурах*. Одно из наиболее часто привлекаемых объяснений сводится к уже знакомому утверждению, что существуют люди, которым, независимо от культурных корней, не хватает словаря для описания переживаемых эмоций, т. е. страдающие алекситимией.

Различия в уровне соматизации, отмечаемые в западной и восточной культурах, могут быть связаны не только с более ограниченным арсеналом вербальных средств, но и с культурными традициями, накладывающими запрет на выражение чувств. В Китае, например, эмоциональные проблемы имеют негативную культурную коннотацию: культурная норма предполагает жесткий контроль и подавление своих эмоций.

Наряду со всем вышесказанным, нельзя не отметить, что, видимо, в силу неоднородности диагностических критериев, результаты кросс-культуральных исследований весьма противоречивы. Так, по данным ВОЗ, исследование, проведенное в 11 странах, не выявило существенных различий в распространенности соматоформных расстройств в западных и восточных культурах. Несколько чаще, сравнительно с другими участниками исследования, на языке соматических жалоб говорили пациенты, представляющие «испанский» и «латинский» культурные контексты (Мексика, Пуэрто-Рико, Италия, Бразилия и т.д.). Основными соматоформными

симптомами во всех 11 странах были признаны головные и спинные боли (*Janka et al.*, 1995).

Исследования семейной реальности пациентов с непонятными соматическими жалобами и хроническими болями начались давно (задолго до выделения группы соматоформных расстройств как таковых). Многие из работ этого ряда были обобщены в фундаментальном обзоре Б.Пейн и М.Норфлит “Хроническая боль и семья” (*Payn, Norfleet*, 1986). Имеются данные, указывающие на относительно большой размер родительской семьи у пациентов, страдающих хронической болью. По гипотезе Т. Джонды телесные жалобы могли способствовать редукации напряжения, привлечению внимания и получению каких-то благ, а затем закрепляться в качестве механизма адаптации к стрессу уже во взрослой жизни (*Gonda*, 1962).

В своей классической работе, посвященной изучению личности, предрасположенной к боли (*pain prone person*), Г.Энгель выделяет несколько факторов детства, способствующих формированию такой установки: «агрессия, страдание и боль играют заметную роль в семейном окружении, сопровождавшем раннее детство людей, предрасположенных к боли» (*Engel*, 1959). Автор описывает несколько наиболее характерных семейных сценариев, где родители, как правило, либо склонны к частым наказаниям и насилию, либо холодны и дистанцированы. Эти наблюдения получают подтверждение в других исследованиях (*Hudgens*, 1977; *Roy*, 1982; *Violan*, 1980). Р.Гросс сообщает данные, полученные на 25 больных, страдающих хроническими болями в области таза. Двадцать из них росли в дисфункциональных семьях, где были нередки вспышки ярости, побои, насилие. Они также страдали от недостатка материнского тепла. В 36% случаев имел место инцест (*Gross et al.*, 1980-1981). В другом исследовании проводился сравнительный анализ 71 пациента с хроническими нарушениями и 70 – с болью неорганического происхождения (*Merskey, Boyd*, 1978). Последние чаще сообщали о жестоком обращении с ними в годы детства и отвержении со стороны родителей. М.Хьюджес и Р.Зимин, наблюдая детей с болями неорганической природы, выявили отсутствие эмоциональной поддержки в их семьях. Матери этих детей обычно отличались тревожностью и повышенной критичностью, были озабочены собственным здоровьем или же утратой и болезнью кого-то из членов семьи. Они не умели ни распознавать, ни удовлетворять базисные эмоциональные потребности собственных детей, и те были склонны обращаться к медицинской помощи, когда возникал эмоциональный дистресс (*Hudgens*, 1977; *Hugens, Zimin*, 1978). Авторы предположили, что боль, возникающая у ребенка вслед за пережитой семьей смертью одного из ее членов, может быть связана с последующим дефицитом положительного материнского внимания.

Другая особенность семейного контекста детей с болевым синдромом – относительно более высокая частота аналогичной симптоматики или болезней у близких родственников. Было отмечено, что в группе детей, страдающих периодическими болями в животе, похожие жалобы отмечаются у родителей и сиблингов. Частота этих жалоб оказалась в 6 раз выше сравнительно с контрольной группой (Apley, 1975). Сопоставление 31 больного с неорганической абдоминальной болью и 27 – с органической показало, что у половины больных первой группы оба родителя страдали болями в животе, в то время как среди больных контрольной группы только пять человек указали на факт болевых синдромов у родителей (Hill, Blendis, 1967).

И.Туркат и Д.Рок выдвинули гипотезу, что один из механизмов развития болевого синдрома у детей – материнское моделирование (Turkat, Rock, 1984). Полученные ими данные совпали с результатами экспериментов по социальному моделированию, показавшими, что степень субъективного переживания боли здоровыми испытуемыми в значительной степени зависит от того, кто с ними в паре, – толерантный или не толерантный к боли партнер (Graig, 1975, 1978, 1977). Имеются также данные, свидетельствующие о том, что локализация и качество боли у пациентов с хроническим болевым синдромом имитируют картину, присущую близким родственникам (Kreitman et al., 1975; Mohomed, 1978).

Д.Блумер и М.Хайльборн, исходя из предварительных данных, предположили, что хронические болевые симптомы чаще появляются у людей, родственники которых страдают депрессией или алкоголизмом (Blumer, Heilbronn, 1981). Эти авторы говорят о конфликте вины, зависимости и мазохизма как о возможном этиологическом источнике боли. В другом исследовании указывается, что 86% больных с хронической болью имеют не только симптомы депрессии, но и семейную историю депрессии (Schaffer, 1980). Автор приходит к выводу о первичности аффективного расстройства в этиологии симптомов хронической боли. Есть, однако, и прямо противоположные наблюдения, где больные с хронической болью описываются без каких-либо признаков переживаемой депрессии, и где хроническая боль расценивается как самостоятельная форма выражения эмоций (Swanson, 1984).

Выше были рассмотрены исследования, касающиеся родительской семьи и влияния того семейного контекста, в котором протекало детство больного. Другая группа работ затрагивает актуальные семьи взрослых больных с соматизацией и, в частности, их супружеские отношения. Авторы отмечают нередкое неблагоприятное влияние этих отношений и сексуальные дисгармонии. Так, по данным одного из исследований, все 32 человека с синдромом

хронической боли в тазовой области были не удовлетворены супружескими отношениями и страдали сексуальными расстройствами (в отличие от больных контрольной группы с болью органического происхождения) (*Gidro-Frank, Gordon, 1968*). Этот вывод подтверждается данными другого исследования, где сопоставлялся семейный контекст 71 пациента с болями органической природы и 66 – также испытывающих хроническую боль, но без органической патологии. Оказалось, что семейная жизнь последней группы пациентов с соматизацией значительно чаще сопровождается разочарованиями, эмоциональными срывами, конфликтами интересов или сепарации (*Merskey, Boyd, 1978*). Б.Пейн интервьюировал 47 супружеских пар в мульти-дисциплинарном центре боли. 91% сообщили о наличии сексуальных проблем и нарушениях в социальном функционировании. Вместе с тем, вопрос о связи сексуальных дисфункций и соматизации остается открытым с точки зрения того, что чему предшествует.

М. Хьюдженс анализировал семьи, для которых характерна проблема хронической боли, с системных позиций и пришел к следующим выводам: пациенты крайне зависимы от супругов или значимых других, коммуникации между членами семьи не прямые, социальные контакты – узкие, члены семьи демонстрируют неспособность эффективно выразить и переработать гнев (*Hudgens, 1978*).

По мнению Р.Либермана и его коллег, эти семьи отличаются слабыми границами между поколениями, недостаточной автономностью отдельных членов и вместе с тем родительской разобщенностью. Авторы характеризует их как ригидные системы, не способные к эффективному разрешению конфликтов, совместному поиску выхода из проблем и совладанию с фрустрирующими ситуациями. Болевые симптомы здесь, как правило, получали положительное подкрепление, так как семья фокусировалась на недомоганиях идентифицированного клиента, избегая тем самым непосредственного соприкосновения с внутрисемейными межличностными конфликтами (*Lieberman et al., 1976*). На сходные по своему характеру паттерны семейных коммуникаций указывает и Е.Ва-ринг, особенно выделяя отсутствие явных конфликтов при недостатке близости и коммуникации по поводу личных проблем, избежание социальных контактов и отсутствие инициативы в межличностных отношениях (*Wahring, 1983*).

Анализ данных Б. Пейна с позиций системного подхода позволяет выделить следующие коммуникативные паттерны как наиболее характерные для семей с соматическими проблемами: избегание прямого выражения чувств, положительное подкрепление болевого поведения, вторичная выгода симптома. Боль в таких семьях нередко становится средством манипулирования или получения внимания и поддержки. Так, А.Блок вводит даже термин «болевы́е игры» (*pain games*) (*Block et al., 1980*).

4. ОБЪЯСНИТЕЛЬНЫЕ МОДЕЛИ.

Среди возможных *факторов риска*, к которым апеллируют современные исследования в попытке выработать объяснительные схемы соматизации, следует упомянуть генетическую и биологическую predisposition, социодемографические переменные, культуральные и социальные условия, семейный контекст, стрессовые события и психотравмы, а также личностные особенности, в частности алекситимия и так называемый интерцептивный когнитивный стиль.

Следует заметить, что все перечисленные факторы носят гипотетический характер, требуя дальнейшего изучения.

Роль генетических факторов обычно устанавливается посредством исследований моно- и дизиготных близнецов. Данные одной из таких работ, проведенной в Норвегии, приводят В.Риф и В.Хиллер. Оказалось, что совпадения в отношении соматоформных расстройств у однояйцевых близнецов составляет 29%, в то время как у разнояйцевых лишь 10%. В ходе изучения 35 близнецовых пар выявилась также высокая коморбидность между соматоформными расстройствами и синдромом генерализованной тревоги.

Исследования ближайшего окружения больных, страдающих соматизированными расстройствами, как уже отмечалось выше, позволяют с большей вероятностью обнаружить среди их родственников преобладание аналогичных расстройств (наряду с алкоголизмом или антисоциальными отклонениями), сравнительно с контрольной группой. Проведенное в Швеции исследование усыновленных в детстве больных соматоформными расстройствами выявило среди их биологических родителей большое число страдающих алкоголизмом и криминальных лиц. При этом полученные данные позволяли думать о наследственной связи между соматизированным и гистрионным личностным расстройством.

К **биологической predisposition** В.Риф и В.Хиллер гипотетически относят нарушения механизмов активации, сниженную способность к физиологической регуляции, изменения физиологических функций, измененное восприятие своего тела (например, после тяжелой болезни или несчастного случая) (*Rief, Hiller, 1998*). Экспериментальных данных, доказывающих эту гипотезу, авторами не приводится.

Среди **социодемографических факторов**, связанных с риском соматических заболеваний, называют принадлежность к женскому полу и низшим социальным слоям, низкий уровень образования, а также принадлежность, по одним данным, – к восточным культурам, по другим – к испанскому и латиноамериканскому культурным контекстам. Механизм действия этих

факторов, скорее всего, заключается в установках по отношению к эмоциям и в уровне психологической культуры, т.е. способности перерабатывать стрессы и сопутствующие им эмоции на психологическом уровне.

К **социальным факторам** можно отнести вторичные выгоды (получение внимания и помощи), которые в нашей культуре связаны гораздо в большей степени, чем с психическими расстройствами. Это делает предъявление соматических жалоб условно более "выгодным", чем психологических. Ожидаемая стигматизация, которую может повлечь за собой психическое расстройство, делает психологические жалобы условно нежелательными. Что касается соматических симптомов, то в нашей культуре они зачастую рассматриваются в качестве побочного средства коммуникации и построения межличностных отношений. Роль соматического пациента дает право на определенные льготы, позволяет избежать дополнительных нагрузок. Нередки случаи, когда больные с подобной бессознательной мотивацией в случае благоприятного исхода обследований чувствуют даже фрустрацию, вступая в конфликт с медицинским персоналом и настаивая на дальнейших обследованиях и праве на помощь. Таким образом, в качестве механизмов соматизации могут выступать вторичная выгода и социальное подкрепление.

Исследования **семейного контекста** позволяют с определенной степенью уверенности говорить о высокой частоте в истории соматических больных семейных дисфункций, которые выражаются в жестоком обращении и насилии. Есть указания на дефицит позитивного родительского внимания, а также на механизм моделирования болевого поведения в семье (наличие хронически больных или членов семьи, фиксированных на состоянии здоровья).

Психотравмирующие события в детстве, юности, а также во взрослом возрасте повышают риск возникновения соматоформных расстройств. В.Риф и В.Хиллер приводят данные исследования, проведенного на американках, перенесших сексуальное насилие до 14-летнего возраста. Эти женщины составляли группу риска по возникновению хронического болевого расстройства с локализацией боли внизу живота и функциональных сексуальных нарушений. Отмечается также высокий риск развития панических атак (в 47 раз чаще, сравнительно с популяцией в целом).

В другом американском исследовании было установлено, что развитию соматоформных расстройств нередко предшествует психотравмирующая ситуация, пережитая уже взрослым человеком. Приводятся данные, согласно которым у израильских солдат с выраженной реакцией на стресс соматоформные расстройства развивались существенно чаще, чем у их сослуживцев, не проявлявших стрессовых реакций. Исследование жителей Пуэрто-Рико, которые перенесли тяжелое, унесшее много жизней навод-

нение, показало, что соматоформные симптомы существенно чаще наблюдались у тех, кто непосредственно был затронут катастрофой, сравнительно с соотечественниками, избежавшими ее последствий (Foa, Rothbaum, 1996). Как семейные, так и социальные стрессы, очевидно, могут приводить к «поломке» психологической защиты и включению защитных механизмов соматизации. Многие авторы подчеркивают, что отрицание и репрессия негативных эмоций тесно связаны с последней. Соматизация, как известно, может сопровождать различные невротические расстройства, в том числе депрессию. Предположительно, она тем выше, чем больше отрицание и вытеснение аффекта.

Уже давно дискутируется вопрос о возможности **личностной predisпозиции**, способствующей соматизации. Можно выделить два основных направления поиска: концепция алекситимии, разрабатываемая с 70-х годов, и возникшая в последнее десятилетие концепция особых когнитивных нарушений. Начнем с последнего направления, развитие которого, несомненно, вызвано бурным развитием и успехами когнитивной психотерапии.

Во многом оно связано с работами А.Барского и его сотрудников (Barsky et al., 1990,1992). В качестве важной детерминанты соматоформных нарушений рассматривается особый когнитивный стиль восприятия телесных ощущений, который автор обозначил термином «*соматосенсорное усиление*» (*somatosensory amplification*). Этот стиль описывает по-разному выраженную у разных пациентов тенденцию воспринимать телесные ощущения как чрезмерно интенсивные, потенциально опасные и неприятные. Помимо этого, он характеризуется повышенным вниманием к телесным ощущениям и склонности интерпретировать их не как нормальные физиологические реакции, а как признаки патологии. По гипотезе А.Барского, этот стиль переживания является фактором риска по возникновению соматоформных, в особенности ипохондрических расстройств. Пока, однако, остается не ясным, представляет ли этот стиль собственно predisпозицию или же он просто сопровождает развитие соматоформного расстройства.

А.Барский показал, что у людей с интероцептивным стилем восприятия сильнее выражен страх смерти, больше озабоченность здоровьем, они чаще склонны интерпретировать неясные телесные симптомы как признаки опасного заболевания.

Х.Варвик, Д.Кларк, П.Сальковскис (Salkovskis, Warwick, 1986; Warwick, Salkovskis, 1984, Warwick et al., 1996) отмечают особый когнитивный стиль этих больных в плане установок по отношению к здоровью и медицине. Вот несколько характерных для них убеждений, как правило неосоз-

наваемых: «здоровье означает полное отсутствие каких-либо нарушений», «боль в ногах может быть признаком инфаркта миокарда», «врач всегда обязан установить диагноз, назначить лечение и избавиться от симптомов». При этом представление о связи между физическим и психическим может быть очень поверхностным или же вообще отсутствовать.

6. РЕНЕССАНС КОНЦЕПЦИИ АЛЕКСИТИМИИ. ГЕНЕТИКА ИЛИ ВОСПИТАНИЕ?

Понятие алекситимии, несколько забытое во второй половине восьмидесятых, приобретает все более актуальное звучание в связи с новой волной интереса к соматизации в ее новом, более узком значении. И хотя специфичность данного явления в его отношении к соматизации не получила подтверждения в исследованиях (высокий уровень алекситимии оказался также характерным для наркоманов, онкологических и депрессивных больных и пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством), оно продолжало привлекать внимание именно в связи с соматическими проблемами. Правда, этот интерес характерен, в основном, для американских исследований. Что касается Германии, то здесь продолжали весьма сдержанно относиться к раскритикованному ведущими немецкими методологами понятию алекситимии, будучи склонными скорее опровергать эту концепцию, чем подтверждать ее. Тем не менее, и в Германии ведутся исследования в сходном направлении, т.е. обозначая ту же проблему иными словами (осознание и выражение эмоций и т.п.).

Предложенный П. Сифнеусом термин «*алекситимия*» обозначает целый ряд нарушений, обуславливающих особый способ переживания и выражения индивидом своих эмоций:

- 1) затруднения в осознании и словесном описании собственных чувств или трудности в вербализации эмоций, даже в случае периодически возникающих вспышек гнева и слезливости;
- 2) особый стиль мышления с присущими для него конкретным, утилитарным характером, ориентацией на детали внешних событий (так называемое операторное мышление) и бедностью символизации;
- 3) трудности разведения эмоциональных состояний и телесных ощущений;
- 4) высокая социальная конформность, благодаря которой даже индивиды с высоким уровнем алекситимии нередко выглядят хорошо адаптированными, хотя на самом деле ведут робото-подобное существование, опираясь в своем поведении на внешние нормы и инструкции;
- 5) сниженная эмпатическая способность и выраженные трудности интернализации конфликтов.

Несмотря на то, что концепции алекситимии и соматизации развивались в тесной связи друг с другом, характер этой связи до сих пор остается предметом дискуссий. Тем не менее, можно утверждать, что в наши дни многие рассматривают алекситимию в качестве одного из нескольких возможных факторов риска по соматизации.

Некоторые авторы различают *первичную* и *вторичную* формы алекситимии. Под первичной – имеется в виду не получившая развития, по тем или иным причинам, способность к осознанию и выражению чувств; под вторичной – состояние, сопровождающее доминирование в процессе развития личности защитных механизмов отрицания и вытеснения. Резкое преобладание таких защитных механизмов может вести к утрате навыков осознания и выражения чувств, т.е. к устойчивой алекситимии.

Другая группа авторов предлагает говорить об алекситимии как *устойчивой черте* и как *состоянии (state and trait alexithymia)*: «...алекситимия как состояние может возникать в виде реакции на депрессию и тревогу, выступая таким образом в качестве транзиторного феномена, характеризующегося повышением балльных оценок только по субшкалам, связанным с чувствами. Остается, однако, непонятным, как эта специфически связанная с чувствами алекситимия отличается от отрицания и вытеснения» (Krystal, 1988).

Можно выделить четыре модели возможной *этиологии* рассматриваемого феномена.

1. Генетически запрограммированное свойство организации центральной нервной системы. Предположение о генетической этиологии основано на результатах исследования, выявившего выраженную латерализацию левого полушария головного мозга у некоторых алекситимиков, а также на известных данных, согласно которым активное фантазирование коррелирует с активацией правого полушария. По некоторым данным, лица, подвергнутые комиссуротомии (рассечению правого и левого полушарий), становятся алекситимными (Kellner, 1990).

2. Защитный механизм, складывающийся с детства как способ защиты от массивных негативных эмоций, например, в семьях с проблемой алкоголизации. Известно, что близкие родственники больных соматоформными расстройствами часто страдают алкоголизмом.(Fukuishi et al., 1996). Дети, выросшие с жестокими родителями или сиблингами, должны как-то приспособиться к постоянной угрозе их формирующейся идентичности. При выражении чувств эти наиболее молодые и наиболее уязвимые члены семьи дорогой ценой платят за ощущение защищенности – ограничением возможности воспринимать то, что они чувствуют на самом деле. «В то время, как другие дети учатся воспринимать и коммуницировать

свои эмоции, эти дети должны бороться за выживание в климате родительской семьи, провоцирующем ужасные эмоции» (Kleinberg, 1996). Алекситимия в подобном случае является следствием работы таких примитивных защитных механизмов, как изоляция аффекта, отрицание и проективная идентификация.

3. Раннее научение алекситимной матерью. Эта гипотеза находит подтверждение в исследованиях Х.Биренбаума и Т.Джеймса, которые показали, что высокий уровень алекситимии коррелирует с сообщениями испытуемых о сниженной эмоциональной экспрессивности и преобладании негативных эмоций в их родительской семье (Berenbaum, James, 1994). Многие психоаналитические наблюдения подтверждают, что способность ребенка интегрировать эмоции в психологические структуры зависит от способности их родителей интегрировать и вербализовать чувства (Kleinberg, 1996).

4. Общее влияние социального окружения, в котором навыки эмоциональной жизни подавляются и мало развиваются. Обучение в современной культуре развивает преимущественно левое полушарие, существует много запретов, связанных с эмоциональным поведением и т.п. По ряду данных, алекситимия коррелирует с возрастом, образованием и социальным положением, что в определенной степени можно объяснить зависимостью способности к внутренней эмоциональной жизни от уровня образования и социального положения.

7. СОМАТИЗАЦИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ.

Авторы статьи разработали интегративную когнитивно-динамическую модель работы с соматоформными расстройствами (Холмогорова, Гаранян, 1996).

Были сформулированы следующие психотерапевтические цели: 1) тренировка способности распознавания, дифференциации и понимания эмоций и сопровождающих их когнитивных процессов; 2) проработка жизненного и семейного контекста проблем; 3) проработка межличностных затруднений. Первой цели соответствуют в большей мере когнитивные задачи, второй и третьей – психодинамические. Таким образом, психотерапевтический процесс разбивается на две ступни: 1) когнитивную, на которой доминируют когнитивно-бихевиоральные задачи, а психодинамические играют подчиненную роль; 2) психодинамическую, где указанная пропорция изменяется. Переход к глубинной психологической работе (II ступень) возможен только на основе первой ступени, после тренировки способности к самонаблюдению и пониманию своих чувств. Ниже приводится таблица основ-

ных этапов и соответствующих им когнитивных и психодинамических задач.

Таблица 1
**Когнитивные и психодинамические задачи
на основных этапах психотерапии**

ЗАДАЧИ ЭТАПЫ	КОГНИТИВНЫЕ	ПСИХО- ДИНАМИЧЕСКИЕ
<i>1 СТУПЕНЬ</i> РАБОТА С ЭМОЦИЯМИ		
1 этап Презентация модели патологии и помощи.	1. Информирование о связи между эмоциями и физиологическими состояниями; об общих закономерностях эмоциональной жизни; последствиях нарушения эмоциональной психогигиены для психического и физического здоровья. 2. Презентация метода групповой психотерапии	1. Создание атмосферы доверия и открытости. 2. Установление рабочего альянса.
2 этап Тренинг осознания и выражения чувств	1. Осознание трудностей понимания и выражения чувств как проблемы. 2. Изменение негативной установки по отношению к эмоциям. 3. Расширение эмоционально-осознания словаря. 4. Развитие навыков маркировки эмоциональных состояний. 5. Фокусировка внимания на модусе переживания. 6. Развитие навыков дифференциации отдельных эмоций в гамме чувств.	1. Создание атмосферы доверия и открытости. 2. Установление рабочего альянса. 3. Обучение обратной связи. 4. Диагностика способов сопротивления, реакций переноса и групповых тем.
3 этап	1. Презентация когнитивных моделей соматизированных, депрессивных и тревожных реакций. 2. Презентация когнитивной	1. Маркировка сопротивления, реакций переноса и групповых тем. 2. Поощрение выражения и отреагирования негативных

<p>Тренинг управления эмоциями.</p>	<p>и психодинамической модели совладания. 3.Создание «копилок» проблемных ситуаций. 4.Отработка навыков когнитивного совладания. 5.Первичная формулировка базисных убеждений.</p>	<p>эмоций.</p>
<p><i>II СТУПЕНЬ ПРОРАБОТКА ЖИЗНЕННОГО КОНТЕКСТА И МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ</i></p>		
<p>4 этап Рефлексивно-позиционный анализ.</p>	<p>Дальнейшее исследование базисных убеждений.</p>	<p>1.Работа с сопротивлением. 2.Работа с групповыми темами. 3.Работа с групповыми отношениями, выборами, реакциями переноса. 4.Активное использование обратной связи. 5.Позиция ведущих более пассивна и недирективна. 6.Сравнение собственной позиции с позициями других членов группы.</p>
<p>5 этап Анализ и проработка семейного контекста.</p>	<p>Исследование источников базисных убеждений.</p>	<p>1.Анализ семейного контекста (ролей, правил, стрессогенных событий и т.д.) в трех поколениях. 2.Выявление родительского программирования, требований и ожиданий, семейных мифов и ценностей. 3.Выявление и обсуждение реакций переноса. 4.Выявление и проработка детского психотравмирующего опыта, отреагирование.</p>
	<p>1.Анализ последствий, вытекающих из базисных убеждений для жизни и отношений</p>	<p>1.Составление «копилки» проблем, переформулированных в терминах внутренней</p>

6 этап Анализ и проработка личных проблем и выявление ресурсов.	с людьми. 2.Переформулировка базисных убеждений.	жизни. 2.Составление списка ресурсов. 3.Увязывание актуальных проблем с более широким жизненным контекстом. 4.Проработка личных проблем.
---	---	---

На первом – *информационно-мотивирующем* – этапе мы знакомим больных с моделью психологических механизмов их заболевания, что соответствует используемой в когнитивной терапии процедуре «презентации модели». Мы рассказываем о принципе реципрокных отношений между психологическим и физиологическим компонентами эмоций (чем меньше эмоция осознана и переработана на психологическом уровне, тем сильнее выражен ее физиологический компонент в виде различных неприятных телесных ощущений и вегетативных дисфункций), а также о принципе "порочного круга" (действующего по схеме: неприятные эмоции слабой интенсивности – телесный дискомфорт – фокусировка внимания на нем – мысли тревожного содержания – усиление отрицательных эмоций – усиление телесного дискомфорта и т.д.). Мы также информируем больных об общих законах эмоциональной жизни (непрерывность, тенденции к потенциальному осознанию, выражению и управлению эмоциями) и рассказываем о тех последствиях в плане физического и психического здоровья, к которым приводит нарушение правил эмоциональной психогигиены. Затем мы знакомим больных с методом групповой психотерапии (презентация модели помощи), в центре которой – развитие самопонимания и понимания других, а на этой основе – способность к регуляции своих состояний и отношений с другими людьми.

Уже на первом информационном занятии мы стараемся создать атмосферу доверия и открытости, делая первые шаги, помогающие ослабить чувства страха и стыда, связанные с диагнозом «невроз». Мы информируем пациентов о распространенности невротических состояний, о культуральных источниках, лежащих в их основе, приглашаем выздоровевших больных, которые открыто рассказывают о своем опыте болезни и лечения. Таким образом, делается первый шаг к установлению рабочего альянса через осознание больными целей, которые ставит перед ним психотерапевт.

Результат первого этапа – расшатывание мифа о чисто соматической природе заболевания, пробуждение интереса к психологическим аспектам жизни и повышение готовности к психологической работе.

На этапе тренинга, назначение которого – *осознание и выражение эмоций*, одна из задач состоит в развитии соответствующих навыков. Проводится специальная групповая работа, направленная на изменение негативной установки по отношению к эмоциям (первичная конфронтация с базисной культуральной посылкой: «чувствовать опасно»). Введение этого этапа представляет собой отход от традиционной схемы когнитивной терапии, где после представления модели обычно сразу же следует работа с когнитивными аспектами эмоций (например, регистрация так называемых «автоматических мыслей»). В результате специальных упражнений и вопросов больные начинают понимать собственные трудности в осознании и выражении чувств, оценивая их как проблему. Эти трудности делают невозможной работу с когнитивными компонентами эмоций. Поэтому мы вводим специальный этап, на котором у пациентов формируются навыки, во-первых, маркировки эмоций на основе расширения эмоционального словаря, а также фокусировки внимания на модусе переживания и, во-вторых, дифференциации эмоций в сложной гамме чувств посредством приемов их озвучивания, дублирования и пр.

Работа на втором этапе происходит по принципу "здесь-и-теперь", то есть маркируются и выражаются эмоции, возникающие в процессе специальных упражнений и спонтанных взаимодействий в группе. Параллельно происходит обучение адекватным формам обратной связи между участниками группы, что также не относится к когнитивным формам групповой работы, а больше соответствует динамическим.

Необходимость установления *рабочего альянса* подчеркивается и когнитивно-бихевиоральными, и психодинамическими терапевтами, хотя само понятие происходит из психоанализа. Мы пытаемся соединить «*совместное экспериментирование*» как основу альянса в когнитивной психотерапии и строгость *сеттинга*, *безоценочность*, санкционирование *самораскрытия*, заимствованные из психодинамического подхода.

В качестве подготовки к более углубленной психодинамической работе психотерапевты отслеживают основные формы сопротивления пациентов в виде опозданий, жалоб на скуку или непонимание, а также реакции переноса в форме чрезмерных ожиданий от лидера. Тематические содержания, которые спонтанно всплывают в группе (например, темы бессилия, противопоставления сильных и слабых, общечеловеческой враждебности), фиксируются с целью их последующей проработки.

В исходе второго этапа работы у больных образуется более полный контакт с собственными чувствами. Иногда это приводит к усилению психологических симптомов депрессии и тревоги, что закономерно сопровождается одновременным уменьшением физиологических жалоб.

Третий этап – *тренинг управления эмоциональными состояниями*. Он начинается презентацией двух когнитивных моделей дисфункционального эмоционального поведения, условно названных нами «игнорирование» (отрицание самого факта негативных переживаний и фиксация лишь на физических ощущениях) и «индуцирование» негативных эмоций (продуцирование мыслей негативного содержания, усиливающих исходную эмоцию). Презентация протекает в форме терапевтического спектакля, где два терапевта взаимодействуют в ролях «человека» и его «чувства». Больные невольно узнают собственные способы обращения с эмоциями и идентифицируют ситуации, в рамках которых возникает дезадаптивное поведение. Таким образом, у каждого больного создается «копилка» проблемных ситуаций и соответствующих им эмоциональных и когнитивных процессов.

В качестве инструмента управления эмоциями предлагается модель *когнитивного совладания* субъективной ситуацией. Она включает следующие навыки: а) маркировку эмоций в условиях их слабой интенсивности; б) дифференциацию конкретных эмоций в сложной гамме неясных, трудно вербализуемых чувств дискомфорта, тяжести, напряжения; в) регистрацию автоматических мыслей, сопутствующих неприятным переживаниям; г) дистанцирование (разведение своих мыслей и объективной реальности); д) конфронтацию с неадаптивными мыслями и развитие альтернативной логики. Все эти шаги наглядно демонстрируются в форме диалога между терапевтами, разыгрывающими роли «пациента» и его «чувства». Затем начинается отработка этих навыков с каждым больным.

На данном этапе терапевты не ограничиваются лишь фиксацией реакций сопротивления, переноса и возникающих групповых тем, но и «маркируют» их для участников группы.

Взросшая способность к самопониманию позволяет, с одной стороны, лучше управлять своими актуальными эмоциями, с другой – приводит больных в соприкосновение с ранее отчуждаемым травматическим жизненным опытом и соответствующими тяжелыми переживаниями. Поэтому в результате третьего этапа на фоне общего улучшения состояния и редукции симптоматики нередко отмечается увеличение сопротивления дальнейшей работе – так называемый «эффект бегства в здоровье» (Сандлер, 1993). Презентация модели психодинамического совладания как прежде всего осмысления источников актуальных проблем в контексте жизненного опыта задает больным дальнейшую перспективу работы.

На следующем, четвертом, этапе – *рефлексивно-позиционного анализа* – интерпретация и проработка сопротивления как защиты от болезненных переживаний позволяют перейти к более глубокому уровню работы. Проработка позитивного и негативного переносов на терапевтов – идеализации

и агрессии, обусловленных сверх-ожиданиями, с одной стороны, и разочарованием, с другой, – также способствует уменьшению сопротивления и росту доверия, что становится основой дальнейшей работы с переносами в группе.

Обсуждаемый этап нельзя однозначно отнести ни к одному из двух рассматриваемых подходов, хотя психодинамические задачи выходят здесь на первый план. Роль рефлексии подчеркивается и в когнитивном понятии «дистанцирования», и в утверждении З.Фрейда, что для успешного лечения необходимо, чтобы пациент наблюдал за собой как бы со стороны, как за другим человеком. Однако значение рефлексии как самостоятельного механизма саморегуляции, включающего остановку, фиксацию внешнего и внутреннего действия и последующее дистанцирование с целью его осмысления в более широком контексте (например, альтернативных возможностей, ценностей), на наш взгляд, недостаточно оценена и изучена.

На четвертом этапе групповой работы уже накоплен основательный материал в виде разнообразных индивидуальных и межличностных проявлений, периодически всплывающих групповых тем, которые становятся предметом анализа и осмысления. Задача терапевта – стимулировать собственную рефлексивную участников, минуя интерпретации. Работа направлена на осознание своей позиции в группе (а значит, и в жизни) и вытекающих из нее проблем. Один из используемых приемов в этой работе – социометрические шкалы (например, доверия-недоверия, интернальности-экстернальности и т.д.), на которых каждый находит свое место. Кроме того, каждому предлагают заполнить таблицу, в которой он сопоставляет себя и свои позиции с позициями других членов группы (похож - не похож, в чем именно различия). Следующий шаг – анализ последствий, вытекающих из той или иной позиции для процесса терапии и жизни за ее рамками. Важным итогом является понимание связи своих проблем с занимаемой позицией. Основным средством осознания выступает групповая обратная связь.

Приведем пример. В процессе социометрии выявляется связь позиции «наблюдатель» с такими внутренними проблемами, как дефицит доверия, враждебность, нормативность. Обратная связь помогает понять и те чувства, которые эта позиция вызывает у других людей (недоверие, отчужденность). В свою очередь, вскрываются вытекающие из нее последствия как для процесса терапии (невозможность проработать собственные проблемы), так и для жизни в целом (отсутствие близких доверительных отношений и одиночество).

Традиционный для когнитивной терапии этап – определение и формулировка базисных посылок личности, а также анализ их последствий – хо-

рошо согласуется с задачей выявления позиции, т.к. последняя включает два важнейших аспекта: 1) внутренний или ценностный (жизненная философия, находящая отражение и в базисных посылках) и 2) внешний или поведенческий (конкретные поступки, интеракции с другими людьми). Иными словами, понятие «позиция» понимается нами как жизненная философия в действии.

В той мере, в какой человек осознает собственную жизненную философию и, соответственно, сознательно выбирает ее, он свободен и в выборе позиции. Позиция рассматривается нами как поведенческий стереотип, который владеет человеком, если его осознание и свободный выбор отсутствуют. Осмысление позиции в плане тех последствий, которые она влечет за собой в жизни человека, дает возможность пересмотреть ее и сознательно принять или отвергнуть и попытаться выработать другую, т.е. осуществить сознательное жизненное самоопределение.

При глубинной работе самоопределение происходит в плане не только поведенческих изменений (поддерживать контакты или стать более сдержанным в общении), но и глубоких внутренних установок (доверять людям или видеть в каждом потенциального конкурента). Такого рода решения во многом зависят от тех реальных отношений, которые складываются в группе. Для нового самоопределения необходим новый межличностный опыт, что согласуется с психодинамическими принципами. Поэтому успех терапии во многом зависит от того, насколько искренние и подлинные отношения складываются в групповой работе, насколько терапевт сензитивен к происходящему и способен оказать поддержку тем, кто в ней нуждается. Именно этот аспект лечения традиционно упускается в когнитивном подходе, акцентирующем роль интеллектуальных процессов и явно недооценивающим терапевтическую роль возникающего «здесь и теперь» опыта принципиально новых межличностных отношений с терапевтом и другими участниками группы. Изменение жизненной позиции, новое самоопределение не могут происходить на чисто рациональной основе, не затрагивая глубинных установок личности, экзистенциальной основы ее существования. Трудно представить себе, что доверие к миру восстанавливается лишь рационально-волевым усилием и пристальным анализом реальности со всеми аргументами «за» и «против» (крайний рационализм А.Эллиса являет собой как раз образец такого подхода).

Итак, итогом четвертого этапа является осознание пациентами собственных позиций с вытекающими из них жизненными последствиями и подведение членов группы к необходимости сознательного их переопределения.

На следующем, пятом, этапе мы обращаемся к психоаналитической категории *прошлого опыта*. Необходимым условием глубокой внутренней пе-

рестройки является проработка прошлого опыта в плане не только отреагирования травматических событий, но и в целом его осмысления и интеграции (прошлое нужно «оплакать» и осмыслить). Отметим, что в современной когнитивной психотерапии используются техники «оживления детских переживаний», что служит дополнительным подтверждением правомерности тенденции смыкания когнитивной психотерапии с психодинамическим подходом. Работа на этом этапе достаточно традиционна: выявление родительских программ, требований, ожиданий, семейных мифов и ценностей, анализ реакций переноса, проработка детского психотравмирующего опыта, катартическое отреагирование. Терапевты побуждают больных открыто и полно выражать свои тяжелые чувства.

В плане когнитивных задач эта работа позволяет выявить источники возникновения дисфункциональных базисных убеждений.

На этапе *анализа и проработки личных проблем* и выявления *личностных ресурсов* фокусом работы становятся индивидуальные «копилки» проблем, переформулированных в терминах внутренней жизни. Вместо первоначального «У меня дрожь и сердцебиение» – «Мне трудно доверять людям», вместо «Муж ко мне невнимателен» – «Я много требую от других и часто обижаюсь», вместо «Я чувствую физическое истощение» – «Меня губят чрезмерно высокие требования к себе, парализующие мою активность». Параллельно происходит выявление ресурсов, необходимых для решения названных проблем.

На основе результатов предшествующего этапа происходит увязывание актуальных проблем с семейным и жизненным контекстом, что позволяет принять собственные проблемы и снимает чувство вины за их существование.

Наконец, терапия завершается фактически бихевиоральным тренингом новых способов поведения: ставится задача расширения поведенческого репертуара, моделирования и отработки новых, более эффективных способов поведения и их апробации в жизни.

В данной модели мы попытались показать возможность соединения когнитивного и психодинамического подходов, представляющегося нам особенно важным при работе с пациентами, испытывающими трудности осознания и вербализации собственных чувств (число таких пациентов не ограничивается случаями соматизированных расстройств, поскольку указанные трудности отражают общие культуральные патогенные тенденции). Когнитивный этап служит здесь естественной предпосылкой для более глубокой психодинамической работы.

Данные катаннеза.

В процессе психотерапевтической работы перед нами стояла задача разработки модели помощи контингенту больных, оставшемуся малоизученным в отечественной психиатрии и клинической психологии. К моменту начала нашей работы (1990 год) в первичной медицинской сети отсутствовали организационные формы помощи такого рода больным. Для строго научной оценки эффективности работы (сравнение основной и контрольных групп) мы, начиная ее, не располагали возможностями ни привлечения независимых экспертов, ни адекватного формирования этих групп по критериям современных классификаций. В целом, следует отметить, что строгая оценка эффективности в психотерапии является чрезвычайно сложной и ресурсоемкой задачей, что вряд ли возможно при современном финансировании в нашей стране. В этом разделе статьи мы приводим катаннестические сведения, которые, с учетом описанных ограничений, нам удалось собрать.

При сборе катаннестических сведений анализировались следующие показатели, отражающие социальное функционирование пациентов, их субъективную удовлетворенность собственным физическим и психическим здоровьем:

- 1) наличие работы;
- 2) показатели внепрофессиональной активности (занятия и увлечения за рамками профессиональных обязанностей);
- 3) изменения в семейной ситуации (женитьба, замужество, сокращение числа конфликтов в семье);
- 4) физическое и психологическое самочувствие (оценка по трехбалльной системе – «плохое», «удовлетворительное», «хорошее»);
- 5) удовлетворенность физическим и психологическим состоянием («полностью удовлетворен», «частично», «совсем не удовлетворен»);
- 6) субъективная оценка влияния группы на позитивную жизненную динамику по трехбалльной системе – «значительно повлияла», «средне», «совсем не повлияла».

Всего было опрошено 36 человек, в разное время прошедших курс психотерапии по вышеописанной интегративной модели. По результатам катаннеза, 76% опрошенных больных активно работали после прохождения курса групповой психотерапии без перерывов и больничных листов по психическому состоянию (что нередко имело место до лечения). 63% перестали посещать психиатра и кабинет неврозов в связи со стойкой ремиссией. У 18% наших пациентов отмечались единичные обращения за психиатрической помощью в кабинет неврозов после стрессовых провокаций (смерть близких, автокатастрофа, нахождение близкого родственника под следствием, инвалидизация близкого родственника). 18% опрошенных

больных продолжали лечение у психиатра кабинета невротиков по поводу периодического ухудшения состояния.

По самоотчетам больных, их образ жизни стал более активным после курса психотерапии – 56% имеют хобби и увлечения, помимо работы.

В качестве конкретных изменений, возникших благодаря психотерапии, 54% больных отмечают развитие навыков эмоциональной саморегуляции и повышение устойчивости к стрессу, 44% – положительные изменения в семейной ситуации, 31% – развитие навыков общения, улучшение контактов с другими людьми.

В самоотчете о физическом и психологическом самочувствии резко преобладают такие оценки, как «удовлетворительно» и «хорошо».

Большинство больных непосредственно связывают положительную динамику в социальном функционировании и самочувствии с пройденным курсом психотерапии. Так, 75% больных оценивают степень положительного влияния групповой психотерапии как «сильное», 21% – как «среднее» и лишь 4% отрицают сколько-нибудь положительное влияние группы.

Заключение.

Главным результатом разработки интегративной модели групповой психотерапии мы считаем выделение «мишеней» психотерапии больных с выраженной соматизацией аффекта, а также разработку ее общей стратегии и конкретных приемов. В рамках этой стратегии возможны значительные вариации, касающиеся длительности и форм психотерапии. В случае хороших совладающих возможностей у пациента психотерапия может ограничиться когнитивным этапом и включать от 5 до 10 индивидуальных сеансов. При наличии коморбидного личностного расстройства или выраженных межличностных проблем показано соединение когнитивного и динамического этапов. Высокая степень алекситимии требует развернутого тренинга осознания, вербализации чувств на когнитивном этапе. Описываемая нами стратегия может быть реализована как в рамках групповой работы, так и индивидуальной, меняются лишь конкретные техники и приемы, но не принципы и стратегия в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Психосоматические расстройства. Тринадцатый доклад Комитета экспертов ВОЗ по психогигиене. - Женева, 1965.
2. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Интеграция когнитивного и динамического подходов на примере психотерапии соматоформных расстройств // МПЖ. - 1996. - № 3, С. 141-163.

3. Apley, J. (1975). *The Child With Abdominal Pains*. Blackwell, Oxford.
4. Barsky, A.J. (1992). Amplification, somatization and somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33, 28-43.
5. Barsky, A.J., Wyshak, G. & Klerman, G.L. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis// *Journal of Psychiatric Research*, V.24.
6. Barsky, A.J., Coeytaux, R.R., Sarnie, M.K. & Cleary, P.D. (1993). Hypochondriacal patients beliefs about good health.// *American Journal of Psychiatry*, V.150.
7. Berenbaum, H., James, T. (1994). Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia // *Psychosom. Med.*, V.56, 363-359.
8. Bintie, A. A. (1975). Factor analytic study of depression across cultures (African and European). // *Br. Journal of Psychiatry*, 127, 559-563.
9. Block, A., Kremer, E. & Gailor, M. (1980). Behavioral treatment of chronic pain: the spouse as a discriminative cue for pain behavior.// *Pain*, N9.
10. Blumer, D., Heilbronn, M. (1981). The pain prone disorder: a clinical and psychological profile.// *Psychosomatics*, V.22.
11. Cathebras, P.J., Robbins, J.M. & Haiton, B.C. (1992). Fatigue in primary care: prevalence, psychiatric comorbidity, illness behavior, and outcome.// *Journal Gen Intern Med*, N7.
12. Ebrigo, P. (1992). Development of culture specific (Nigeria) screening scale of somatic complaints indicating psychiatric disturbance. // *Cult. Med. Psychiatry*, 6, 29-43.
13. Escobar, J.I., Canino, G. (1980). Unexplained physical complaints. Psychopathology and epidemiological correlates. // *British Journal of Psychiatry*, 154, 24-27.
14. Escobar, J.I., Burnam, M.A., Karno, M., Forythe, A., Golding J.M. (1987). Somatization in the community. // *Archives of General Psychiatry*, 44, 713-718.
15. Engel, G.L. (1959). "Psychogenic" pain and the pain-prone patient.// *Amer. J. Med.*, V.26.
16. Engel, G.L. (1975) Psychological aspects of gastroint. dis.// *American Handbook of psychiatry.*- Ed. M. Reiser. V.4.
17. Fiedler, P. (1999). *Persoenlichkeitsstoerungen*, Beltz Psychologie Verlags Union.
18. Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. Posttraumatische Belastungsstörungen.// J. Margraf (Ed.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Band II. Berlin: Springer.
19. Friedman, M., Rosenman, F. (1960). Overt. behav. pattern in coron. disease // *Journal Amer. Med. Assn.*, V.173, 1320-1326.
20. Gidro-Frank, L., Gordon, T. (1956). Reproductive performance, of women with pelvic pain of long duration. // *Fertil. Steril*, 7, 440-447.

21.Gonda, T.A. (1962). The relation between complaints pain and family size.// *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, V.25.

22.Graig, K.D.(1975). Social modeling determinants of pain processes, *Pain*, 1, 375-378.

23.Gross, R., Doerr, H., Caldirola, G. & Ripley, H. (1980-81). Boderline syndrom and incest in chronic pelvic pain patients.// *Int. J. Psychiatr. Med.*, V.10, 79-96.

24.Janca, A., Isaac, M. & Costa e Silva, J.A. (1995). Word Health Organization international study of somatoform disoders-background and rationale.// *European Journal of Psychiatry*, N9, 373-378.

25.Janca, A., Burke, J.D., Isaac, M., Burce, K.C. (1995). Costa e Silva J.A., Acuda S.W., Altamura A.S., Chandashekar C.R., Miranda C.T. & Tacchini G. The World Health Organization somatoform disoders schedule.A preliminary report on design and reliabity.// *European Psychiatry*. N10, 100-110.

26.Joukamaa et al, (1994).

27.Harley, R., Salih, W., Read, A. (1983). Organic and functional disorders in 2000 gastroenterology outpatients.

28.Hill, L. & Blendis, L. (1967). Phyhical and psychological evaluation of „non-organic’ abdominal pain.//*Gut.*, N8.

29.Hofer, M. (1984). Relationships as regulators: A psychobiol. Persp. On berevement.// *Psychosom. Med.*, V.46.

30.Hudgens, M. (1977). The social worker’s role in a behavioral management approach to chronic pain.// *Soc. Work Helth Care*, N3.

31.Hudges, M. (1984). Recurrent abdominal pain and childhood depression: clinical observation of 2523 children and their families, *Amer. Journal Orthopsychiat.*, 54, 146-155.

32.Hughes, M. & Zimin, R. (1978). Children with psychogenic abdominal pain and their families.// *Clin. Pediat.*, V.17.

33.Jablensky, A., Sartorius, N., Gulbinat, W., Ernberg, G. (1982). Characteristics of depressive patients contacting psychiatric services in four cultures. // *Acta Psychiatr. Scand.*, 63, 308-318.

34.Katon, W.(1984). Depression: Relation to somatization and chronic medical illness. // *Journal Clin. Psychiatry* , 45, 3, 4-11.

35.Kellner, R.(1990). Somatization. Theories and Research. // *Journal of Nervous and Mental Disease*, V.3, 178, 150-160.

36.Kleinberg, J. (1996). Working with the alexithymic patient in groups. // *Psychoanalysis and Psychotherapy*, V.13, 1.

37.Kleiman, A. (1982). Neurasthenia and depression: a study of somatization and culture in China.// *Cult. Med. Psychiatry*, N6.

- 38.Kreitman, N., Sainsbury, P., Pearce, K. & Costain, W. (1965). Hypochondriasis and depression in out-patients at a general hospital.// *Brit. J. Psychiat.*, N3.
- 39.Leff, J. (1988). *Psychiatry around the globe: a transkultural view*. L., Gaskell.
- 40.Leff, J. (1973). Culture and differentiation of emotional states. // *Br. Journal of Psychiatry*, 123, 299-306.
- 41.Lieberman, R., Honig, P. & Berger, M. (1976). An integrated treatment program for pain.// *Fam. Proc.*, V.15.
- 42.Lipowsky, J. (1988). Somatisation, the concept and its clinical application. // *Am. Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368.
- 43.Lipowsky, J. (1989). Somatisation: its definition and concept. // *American Journal of Psychiatry*, 147, 7, 521-527.
- 44.Mahler, M. (1965). On the signif. of the norm. separ. indiv. phase.// *Drives, Affects, Behaviour*./Ed. M.Schur., V.2. N.Y.
- 45.Marsella, A. (1987). Cross-cultural research on severe mental disorders: issues and findings. // *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.*, 78, 7-23.
- 46.Marty, P. & de M'Uzan, M. (1963). *La pens'ee operateure*.// *Rev. Franc. Psychoanal.* V.27.
- 47.Mayou, R., Bryant, B., Forfar, C. & Clark, D. (1994). Non-cardiac chest pain and benign palpitation in the cardiac clinic.// *Br. Heart J.*, V.72.
- 48.Merskey, H. & Boud, D. (1978). Emotional adjustment and chronic pain.// *Pain*, N5.
- 49.Minuchin, S. et al. (1974). *Families and family therapy*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- 50.Mitscherlich, A. (1966). *Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin*. Frankfurt a. M., Schurkamp.
- 51.Mohamed, S.N., Weisz, G.M. & Waring, E.M. (1978). The relationship of chronic pain to depression, marital adjustment, and family dynamics.// *Pain*, N5.
- 52.Mumford, D. (1993). Somatization: a transcultural perspective. // *Int. Rev. Psychiatry* , 5, 231-242.
- 53.Nemiah & Sifneos. (1970)., *Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders*. In: Hill O.W. (Ed.) *Modern trends in psychosomatic medicine*, Butterworth, L.
- 54.Nickel, R., Egle, U. (1999). *Somatoforme Stoerungen. Psychoanalytische Therapie*. In Senf W.&Broda M. (Eds.) *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*.,Georg Thieme Verlag, Stuttgart, NY.
- 55.Payne, B., Norfleet, M. (1986). *Chronic Pain and the Family: a Review*. // *Pain*, 26, 1-22.

- 56.Rief, W., Hillerm W. (1986). Somatisierungstoerung und Hypochondrie, Hogrefe, Verlag fuer Psychologie, Goettingen,Bern, Toronto, Seattle.
- 57.Roy, R. (1982). Marital and family issues in patient with chronic pain.// *Psychother. Psychosom.*, V.37.
- 58.Roy, R. (1982). Pain-prone patient: a revisit.// *Psychother.Psychosom.*, V.37.
- 59.Ruesch J. (1948). The Infant. Personal.: the core problem of psychosom. Med.// *Psychosom. Med.*, V.10.
- 60.Salkovskis, P.M. (1989). Somatic problems. In: Havton K.E., Salkovskis P.M., Kirk J., Clark D.M.(Eds). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide*. Oxford University Press, Oxford.
- 61.Salkovskis, P.M. & Warwick, H.M.C. (1986). Morbid preoccupations, helth anxiety and reassurance: a cognitive-behavioral approach to hypochondriasis.// *Jornal of Psychosomatic Research*, V.24.
- 62.Schaffer, D., Donlon, P. & Bittle, R. (1980). Chronic pain and depression: a clinical and family history survey.// *Amer. J. Psychiat.*, V.137.
- 63.Schur, M. (1955).Comments on the the metapsychology of somatization.// *Psychoanal. Study of the child*. N.Y.: Int. Univ. Press, V.10.
- 64.Selye, H. (1956).The stress of Life. N.Y.: McCraw-Hill book Co.
- 65.Sifneos, P. et al. (1977). The phenomenon of alexithimia observations in neurotic a. *Psychosom. Patients.*// *Psychother. A. Psychosom.*, V.28.
- 66.Swanson, D. (1984). Chronic pain as a third Pathologic emotion.// *Amer. J. Psychat.*, V.141.
- 67.Turkat, I. & Rock, D. (1984). Parental influences of illness behavior developmeent in chronic pain and healthy individuals.// *Pain*, Suppl.2.
- 68.Uexkuel, T. (1996). *Psychosomatische Medizin*, Urban& Schwarzenberg, Muenchen, Wien, Baltimore.
- 69.Van Hemert, A.M. Hengeveld, M.W., Bolk, J.H. (1993). Rooijmans H.G.M. & Vandenbroucke J.P. Psychiatric disoders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic.// *Psychol. Med.*, V.23.
- 70.Violon, A. (1980). The onset of facial pain.// *Psychother. Psychosom.*, V.34
- 71.Waring, E. (1983). Marriages of patients with psychosomatic illness.// *Gen. Hosp. Psychiat.*
- 72.Warwick, H.M.C. & Salkovskis, P.M. Hipochondriasis. In: Scott, J., William, J.M.G.&Beck A.T. (Eds.), // *Cognitive Therapy in Clinial Practice*. L.: Routledge.
- 73.Warwick, H.M.C., Clark, D.M., Cobb, A.M. & Salkovkis, P.M. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioral treatment of Hypochondriasis.// *British Jornal of Psychiatry*, V.169.

74. Wirshing, M. & Stierlin, H. (1985). Psychosomatics. I. Psychosocial characteristics of *psychosomatic* patients and their families.// Fam. Syst. Med., N3.

75. Wolff, H. (1946). Life Stress a. Bodily disease.// Life stress a. Bodily disease./ Ed. H. Wolff et al. Baltimore: Williams, Wilkins.