

УДК 616.89

### ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Анферов М.В., Калугин А.Ю. (Пермь, Россия)

*Рассмотрены вопросы связи соматических заболеваний и психических процессов в кратком историческом контексте, подчеркнута значимость влияния психологических факторов в развитии психосоматической патологии. Особый акцент сделан на необходимости изучения психологических аспектов онкологии.*

**Anferov M.V., Kalugin A.Y. (Perm, Russia). PSYCHOSOMATIC APPROACH IN CLINICAL PSYCHOLOGY: PROBLEMS AND PERSPECTIVES.**

*The paper discusses questions of connection between somatic diseases and psychic processes in a short historical context, the meaning of the influence of psychological factors in the development of psychosomatic pathology is indicated. The particular stress is laid on the necessity of learning the psychological aspects of oncology.*

Предположение о существовании тесных связей между эмоциональными состояниями человека и нарушениями физического (соматического) здоровья имеет давнюю историю. Идеи смерти или развития тяжелых недугов по причине сильных эмоциональных потрясений встречаются во всех культурах, начиная с древнейших времён. В античной медицине идея влияния души на физические процессы, протекающие в теле, была одной из центральных [1; 352].

Учение о связи соматических заболеваний и психических процессов (состояний) возникло в Новое время - в период между XVII-XIX вв. - как самостоятельный раздел медицины, благодаря работам Т. Сиденана. в 1918 г. немецкий врач С.А. Гейнрот ввёл в оборот термин «психосоматика», которым он обозначил всю концепцию о внутреннем конфликте как ведущей причине психической болезни [2; 115].

Таким образом, историческое первое значение термина «психосоматика» связано с концепцией психологического конфликта как пускового фактора расстройства. Со временем, это понятие всё больше расширялось, и психосоматические отношения нередко рассматривались как особая «картина мира», определяющая специфику проявления любого заболевания.

Идея психологического конфликта как основы психосоматических расстройств получила дальнейшее развитие в рамках психодинамического направления в психологии. Клинико-психологический анализ явлений гипноза и истерии, проводившийся во второй половине XIX в. с целью изучения механизмов соматических изменений под влиянием психологических воздействий, привёл к предположению о возможности непосредственного отражения в клиническом синдроме психологического содержания неосознаваемого внутри личностного (эмоционального) конфликта, спровоцировавшего развитие заболевания.

Следует сразу отметить, что психосоматическая проблема не была в центре внимания Фрейда, а сама трактовка психосоматических отношений, встречаемая в

ранних работах австрийского невропатолога, ограничена узкой сферой истерических расстройств.

Согласно концепции Фрейда, в тех случаях, когда эмоции исключаются из поля сознания и таким образом лишаются адекватной разрядки, они становятся источником хронического напряжения и могут порождать истерические симптомы. Энергия неразрешённого эмоционального конфликта «переводится» в телесную сферу и вызывает развитие конверсионных симптомов (conversion - обращение, переход из одного состояния в другое), символически выражающих подавленные, вытесненные в бессознательное неприятные чувства. Однако вызываемое эффектом энергетическое напряжение никуда не девается и обращается в болезненный симптом. Вытесняемый эмоциональный (внутриличностный) конфликт становится энергетическим резервуаром, подпитывающим болезнь. Демонстрируемые соматические страдания привлекают к пациенту внимание и сожаление окружающих, что облегчает его душевные муки и уменьшает связанное с психотравмирующей ситуацией аффективное напряжение.

Концепция конверсии З. Фрейда достаточно наглядно объясняет симптомообразование при истерии, но не касается причин возникновения реальных соматических нарушений при психических перегрузках [2; 120].

Ф.Х. Данбар в 1935 г. были опубликованы результаты исследования о связи соматических расстройств с определёнными типами эмоциональных реакций, к которым предпочитают прибегать люди с теми или иными характерологическими чертами. Она обратила внимание на укоренённую в личности предрасположенность к реагированию на психологический конфликт конкретным соматическим расстройством. В 1948 г. Ф. Данбар закончила разработку концепции личностных профилей, в которой она утверждала, что эмоциональные реакции на проблемные жизненные ситуации являются производными от структуры личности больного. Из этого тезиса вытекало предположение, что каждое соматическое заболевание, развившееся вследствие не проработанного психологического конфликта, связано с вполне определённым набором характерологических черт и паттернов межличностного взаимодействия. Ею были выделены коронарный, гипертонический, аллергический и склонный к повреждениям типы личности.

В исследованиях Данбар была продемонстрирована роль психологических факторов развития психосоматических расстройств, однако, её теория не давала ответа на основной вопрос: каким образом бессознательный внутри личностный конфликт запускает или поддерживает заболевание?

Ф. Александер предложил теорию специфического психодинамического конфликта, полагая, что каждому эмоциональному состоянию присущ определённый тип вегетативных нарушений и болезней. Вегетативный невроз - это физиологическая реакция внутренних органов на постоянные или периодически возникающие эмоциональные состояния. Таким образом, симптомы вегетативного невроза являются не выражением подавленного чувства, а физиологическим сопровождением определённых эмоциональных состояний.

В результате своих наблюдений Ф. Александер формулирует понятие «психогенное органическое расстройство», и выделяет этапы развития этих расстройств:

1. Хронический и (или) избыточный характер эмоционального стимулирования или подавления вегетативной функции, приводит к возникновению «органического невроза». (Ф. Александер включает в это понятие функциональные расстройства внут-

ренных органов, причиной которых отчасти являются нервные импульсы, возникающие в результате эмоциональных процессов);

2. Функциональное хроническое расстройство постепенно приводит к изменению ткани и необратимому заболеванию органического характера.

Александр отмечает, что многие хронические расстройства вызываются эмоциональными конфликтами, которые возникают в процессе ежедневного существования в результате контакта с внешним миром, из-за сложности социальной жизни. Психосоматический подход к проблемам жизни и болезни осуществляет синтез внутренних физиологических процессов и социальных взаимосвязей индивида. Тщательный анализ жизни пациента может раскрыть источники ранних функциональных расстройств, прежде чем расстройство функции приведёт к гистологически различимым изменениям.

А. Радченко выделяет следующие источники болезни:

1) Внутренний конфликт, то есть конфликт частей личности, сознательного и бессознательного в человеке, единоборство между которыми приводит к разрушительной «победе» одной из них над другой. Обе эти части, как чаши весов, доминируют попеременно, конфликтуя между собой.

2) Мотивация, или условная выгода. Это очень серьёзная причина, потому что часто симптом несёт выгоду для пациента.

3) Эффект внушения другим лицом. Известно, что часто дети начинают демонстрировать поведение, соответствующее внушённым негативным установкам, которое автоматически переходит во взрослую жизнь, даже если потом оно рационально перерабатывается.

4) «Элементы органической речи». Болезнь может стать физическим воплощением фразы.

Зачастую человек сам программирует себя на болезнь. Такие слова как: «сердце болит за...; это у меня в печёнках сидит; я не могу вынести это; меня от этого тошнит; не перевариваю; язык не поворачивается; голова идёт кругом; задыхаюсь от...; умираю от...» воспринимаются на подсознательном уровне как команды и могут превратиться в реальные симптомы.

5) Идентификация, попытка быть похожим на кого-то, на идеал. Но, постоянно имитируя другого, человек как бы отстраняется от собственного тела. Живя всё время в чужой «ауре», он в конечном итоге начинает от этого страдать.

6) Самонаказание. Если человек совершает неблагоприятный со своей точки зрения поступок. Он иногда бессознательно подвергает себя наказанию. Самонаказание - очень распространённая причина многих травм и соматических нарушений.

7) Болезненный, травматический опыт прошлого. Часто это бывают психические травмы раннего детства.

Часто, у психосоматических пациентов способность выражать свои переживания, конфликтные содержания, ощущения оказывается крайне низкой. Их словарный запас для этих целей так же беден, как и внутренняя способность дифференцировать свои чувства. Не идентифицированное чувство вызывает физиологическое напряжение, вызывающее изменения на соматическом уровне. Как правило, это социально хорошо адаптированные личности, а симптом алекситимии на семейный запрет с самого детства выражать себя и свои чувства. На смену возможности чувственно перерабатывать реальность приходит ригидное следование социальным нормам и правилам [2; 154].

Достаточно часто нежелание согласиться с требованиями общественной жизни или неспособность справляться с трудностями заставляет людей бессознательно искать убежища в болезни или инвалидности. Уход в болезнь зачастую является своеобразным компромиссом, на который человек идёт, пытаясь сохранить баланс между шкалами ценностей и опасностей.

Болезнь при этом становится способом адаптации, при котором человеку удаётся сохранять равновесие во взаимодействии с миром. В 1959 г. Д. Энджел предложил концепцию «болевого личности», или теорию «пациента, склонного к боли». Отметив высокую частоту психотравмирующих событий в анамнезе больных с хроническими болями, Энджел обозначил данным термином человека с неудовлетворёнными биосоциальными потребностями, для которого хронические боли представляют «вторичную выгоду», позволяя эти потребности реализовать. Отличительной личностной особенностью таких пациентов иногда считают так называемое «мазохистское самопренебрежение» в виде многолетнего саморазрушительного поведения, продиктованного стремлением угодить всем требованиям окружающих в ущерб самому себе [3; 25].

А. Васютин обозначает 4 варианта получения вторичной выгоды при психосоматозах:

1. «Меч против других». Человек в этом случае при помощи приступа болезни или наказывает тех людей, от кого он зависит, или же протестует против их поведения. Он зачастую заставляет страдать других, хотя при этом сам страдает намного больше.

2. «Меч против себя». Этот вариант часто проявляется тогда, когда человек сам винит себя за какой-либо поступок, который ему никак нельзя было совершать по соображениям собственной морали. И приступ является самонаказанием при помощи болезни.

3. «Щит против других». В этом случае приступ (и вообще болезнь как явление) даёт человеку возможность освободиться от необходимости делать то, что ему делать очень не хочется. (Например, не работать на постылой работе).

4. «Щит против себя». В этом случае болезнь используется в качестве ограничителя собственных желаний, которые могут привести к поступкам, несовместимым со шкалой ценностей личности [4; 299].

И.Г. Малкина-Пых выделяет пять основных областей причин и смыслов болезни. Любая болезнь:

1) «даёт разрешение» уйти от неприятной ситуации или от решения сложной проблемы;

2) предоставляет возможность получить заботу, любовь, внимание окружающих;

3) «дарит» условия для того, чтобы переориентировать энергию или пересмотреть своё понимание ситуации;

4) предоставляет стимул для переоценки себя как личности или изменения привычных стереотипов поведения;

5) «отменяет» необходимость соответствовать тем высочайшим требованиям, которые предъявляют окружающие [5; 69].

Таким образом, несмотря на то, что болезнь означает страдание и боль, она, зачастую помогает решать некоторые проблемы, встающие перед человеком.

В современном обществе потеря смысла жизни является мощным фактором, запускающим механизм психосоматических расстройств. Проблемы утраты людьми смысла жизни рассматривал В. Франкл. Согласно его взглядам, стремление к поиску и реализации смысла жизни является врождённой мотивационной тенденцией, являющейся основным двигателем поведения и развития личности. Отсутствие смысла приводит к состоянию, которое он называл экзистенциальным вакуумом (экзистенциальной фрустрацией), приводящей к развитию специфической ноогенных неврозов. Крушение надежд, ощущение бессмысленности собственного существования порождают безысходную скуку, невротические нарушения (неврозы навязчивых состояний, невроз выходного дня, невроз безработицы), страхи, фобии, нарушения в сексуальной сфере, соматические расстройства. Как правило, потеря смысла жизни происходит при сильных психотравмирующих событиях: участие в военных действиях, перенесённые потери, гибель близких.

Большое внимание в психосоматической проблеме уделяется изучению роли личностных особенностей больных в формировании типов отношения к заболеванию.

К личностным особенностям, как правило, относятся ценностные ориентации человека, его морально-нравственные критерии и иные социально-обусловленные феномены. Из личностных особенностей, влияющих на формирование субъективного отношения к болезни, следует отметить мировоззрение и философскую позицию по поводу смысла жизни и жизнь после смерти. Психологические реакции на заболевание отличаются у глубоко верующих людей и атеистов. Первые более адекватно, психологически конформно относятся к болезням, ведущим к смерти («бог дал, бог взял»). Вторые же реагируют на болезнь, которая может привести к утрате трудоспособности или даже к смерти, обидой. Они начинают искать виновников заболевания, создают вокруг себя враждебную обстановку и сами психологически неадекватно реагируют на все.

Выделяется несколько мировоззренческих установок в отношении происхождения заболеваний:

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

В этих перечисленных трактовках подчеркивается пассивная роль индивида. Он не способен противостоять болезни.

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

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

В рамках этого мировоззрения все процессы рассматриваются сквозь призму внешней и внутренней заданности. Многие люди убеждены в том, что дурная наследственность является фатальным фактором в генезе заболеваний и опираются наследственно-конституциональные принципы причинности («И твой отец так хромал», « Вся в мать – такая же полная»).

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

- болезнь вследствие зависти
- болезнь вследствие ревности

В рамках подобного подхода источники болезней видятся в предвзятом отношении близких и окружающих (соседей, знакомых, родственников, сослуживцев) к человеку. Процесс возникновения болезни рассматривается как экстраполяция «негативной энергии» ревнующего или завидующего на реципиента. Можно отметить широкое распространение мистического истолкования происхождения болезней, отсутствие у многих пациентов научного подхода к анализу причин его заболевания. К особенностям личности, влияющим на выбор типа психологического реагирования на заболевание, относятся и околomedicalные суеверия. Спектр их широк и включает мистическое истолкование истоков их болезни («сглазили», «навели порчу»). В данном случае пациент не способен критически оценивать свои высказывания и требует от врача не лечения, а снятия «порчи» [6, с.228].

Психологами выделяются 13 типов психологического реагирования на заболевание. Типология реагирования на заболевание создана А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым на основе оценки влияния трех факторов: природы самого соматического заболевания, типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера и отношение к данному заболеванию в референтной для больного группе. Типы объединены по блокам.

Первый блок включает типы отношения к болезни, при которых, социальная адаптация существенно не нарушается: гармоничный, эргопатический и анозогностический типы. Во второй и третий блок включаются типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием.

Далее приводится описание 13 типов психологического реагирования на заболевание по А.Е. Личко [6, с.232].

*Гармоничный.* Трезвая оценка своего состояния. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Не желание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, и сосредоточение внимания на судьбу близких.

*Тревожный.* Непрерывное беспокойство и мнительность. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, непрерывный поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрии более интересуют более объективные данные о болезни чем собственные ощущения. Настроение, прежде всего тревожное, угнетенность вследствие этой тревоги.

*Ипохондрический.* Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. И стремление постоянно рассказывать о них окружающим, при этом преувеличивая действительных и выискивание не существующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех.

*Меланхолический.* Удрученность болезнью, неверие в выздоровление. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

*Апатический.* Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало.

*Неврастенический.* Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при не приятных ощущениях, при неудачах лечения, при неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем - раскаяние за беспокойство и несдержанность.

*Обсессивно-фобический.* Тревожная мнительность, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы, ритуалы и амулеты.

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

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

*Эйфорический.* Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само собой все обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни.

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

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

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

Гнездилов А.В. обращает внимание на необходимость изучения психологических аспектов диагностики онкологических заболеваний и коррекции личности онкобольных, что подтверждается результатами исследований. [7] Ле Шан проанализировал историю болезни более 500 больных и выделил 4 основных момента, которые могли повлиять на возникновение болезни:

1. в юности больные испытывали глубокое чувство одиночества, покинутости, отчаяния;
2. в ранней зрелости они устанавливали очень тесные взаимоотношения с человеком, либо полностью отдавались своей работе;
3. Затем то, чему они отдавали всю свою энергию, в чем видели смысл своей жизни, неожиданно исчезало по разным причинам, их вновь охватывало отчаяние, будто вскрывалась старая рана;
4. Проблемой данных больных было то, что отчаяние не находило выхода, они держали его в себе.

Карл и Стефани Саймонтоны дополнили картину возникновения злокачественной опухоли: драматическое событие, вызвавшее стресс незадолго до болезни, а также фрустрация, отказ «будущего больного» бороться с проблемой ввиду своей (кажущейся) беспомощности перед сложившейся ситуацией – приводят к потере интереса человека к жизни, что является одной из основных причин изменения гормонального равновесия и, как следствие, к повышенной репродукции атипичных клеток.

Не менее важным видится разработка системы психологической поддержки родственников онкологических больных с целью профилактики возникновения у них опухолей.

В завершение отметим, что исследование типов реакции на болезнь необходимо продолжать в контексте усиления значения внутренней картины болезни в психосоциальной реабилитации и повышения качества жизни больных.

#### *Литература*

1. Васильева, О.С., Филатов, Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Издательский центр Академия, 2001. – 352с.
2. Психосоматика: взаимосвязь психики и здоровья. – Хрестоматия. Сост. К.В. Сельченко - Мн.: Харвест, 2003. – 640с.
3. Дёмин, Е.В., Чулкова В.А. Качество жизни больных раком молочной железы как социально-психологическая проблема. / Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Сборник научных трудов. – Л, 1990. – 126-129с.
4. Васютин, А.М. Здоровье не купишь... – М: издательство Эксмо, 2004. - 448с.
5. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – Москва: ООО «Издательство УникумПресс», ООО «Издательский дом Инфра», 2000. – 176с.
6. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство.- М.: МЕДпресс, 2001. – 592с.
7. Гнездилов, А.В. Психология и психотерапия потерь. - СПб.: Издательство «Речь», 2007. – 162с.