

© Шустов Д.И., Шустова С.А., 2006
УДК 616-02:616.89-008

КЛАССИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Д.И. Шустов, С.А. Шустова

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

В статье излагаются взгляды на концепцию психосоматической медицины, определяются основные понятия и категории, рассматриваются клинические проявления психосоматических заболеваний, их общие закономерности и различия, а также принципы терапии психосоматических больных

Психосоматическая медицина.

Определение понятий

Психосоматическая медицина представляет собой современную, хотя и не новую концепцию, общую ориентировку здравоохранения в целом. Она учитывает комплексные соматопсихосоциальные взаимодействия при возникновении, течении и, в особенности, при терапии заболеваний [6]. Известно, что чувства и переживания человека отражаются на физическом состоянии его организма и могут выражаться не только в телесных, но и душевных страданиях. Платон считал, что «всякое расстройство психики или сомы является следствием диспропорции и нарушения равновесия между тем и другим» [8]. Развитие патологических исследований, уточнивших механизмы развития соматических заболеваний, создало возможность изучить влияние психологических факторов на возникновение и течение болезней.

Термин «*психосоматика*» впервые ввел в обиход немецкий врач Heinroth в 1818 г. при описании причин бессонницы, а термин «*соматопсихика*» связан с именем Jacobi, предложившем его в 1828 г. эти термины отражали противоположные взгляды на этиологию заболеваний.

В настоящее время принято различать *психосоматические реакции* (серд-

цебиение влюбленного, головокружение после пережитого несчастного случая или потеря аппетита при печали) и *психосоматические нарушения*, к которым относятся три группы клинических феноменов:

- *конверсионные симптомы* (истерические параличи, глухота, слепота, рвота, болевые ощущения), имеющие символическое значение и расцениваемые как попытку решения конфликта;

- *функциональные синдромы (органные невроты)*, когда речь идет о функциональных нарушениях органов или систем органов, при этом морфологические признаки отсутствуют, а симптомы не имеют символического значения, а скорее сопровождают сильные эмоции;

- *психосоматические болезни (психосоматозы)*, в основе которых лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах.

Основные концепции психосоматики

В начале XIX века Зигмунд Фрейд ввел понятие *конверсии* или перенесения на соматический орган психического конфликта [11]. В настоящее время конверсионную симптоматику рассмат-

ривают как попытку решения конфликта патологическим способом (непроизвольное падение и перелом ноги при страхе нежелательной встречи).

Исследования И.П. Павлова, применившего понятие условного рефлекса, доказали возможность развития *экспериментального невроза* у животного при применении двух антагонистических раздражителей [6]. Подопытные животные демонстрировали поведенческие и вегетативные нарушения вплоть до необратимых органических поражений (гипертония, инфаркт миокарда).

Кеннон доказал, что определенные аффекты вызывают определенные вегетативные сдвиги [4]. Он соединил в реакции на экстремальную ситуацию эмоциональное переживание с соматическими сопровождающими реакциями.

Ганс Селье (1946,1959) ввел концепцию «стресса» и обосновал, каким образом сильные эмоции переживания через гуморальные посредники вызывают необратимые морфологические изменения во внутренних органах [10]. Более поздние исследования стрессовых событий в жизни человека Холмсом и Райх [12] – авторами широко известной «шкалы психологического стресса» – показали нарастание стрессовых событий перед манифестацией соматического заболевания.

Исследования Франца Александера (1891-1964) – «отца психосоматической медицины», позволили ввести понятие специфичности конфликта. Александер доказал, что каждый специфический внутриличностный конфликт ответственен за определенный (специфический) физиологический набор реакций, позднее выливающийся в то или иное психосоматическое заболевание [1]. Сотрудница Александера Фландерс Данбар (цит. по Николаева В.В., 1987) выявила корреляцию между соматическими типами реакций и постоянными личностными параметрами. Она описа-

ла “язвенную”, “коронарную”, “артритическую личности”, а также установила общие особенности, присущие личности абстрактного психосоматического больного. Эти особенности, по ее мнению, выражались в инфантильности, сильной способности к фантазированию, в недостаточной эмоциональной включенности в ситуацию; психосоматические больные, зачастую, не способны описать тонкие нюансы своих чувств и часто вообще не находят слов для самовыражения, предпочитая выражаться через продукцию соматических симптомов.

Данбар предвосхитила работы Сифнеоса (Sifneos, 1973) об *алекситимии* (лат. legere – читать; thymos – чувство) или неспособности психосоматического больного к эмоциональному резонансу. Алекситимия ведет свое происхождение из семейной среды, в которой было запрещено выражать свои истинные чувства относительно реальности. Клинически это выглядит как если бы пациент не находил слов для выражения своих чувств. В этой связи существенным представляется, чтобы сам врач не страдал алекситимией, если он собирается лечить психосоматических больных [7].

Согласно «теории потери объекта» Фрейбергера (1976), переживания личностью потери значимого объекта (близких или профессии) часто встречаются в начале психосоматических заболеваний. При этом больные регрессируют к детскому возрасту, зависимости, депрессивному реагированию и соматическим нарушениям. Шур (Schur (1897-1969) выдвинул похожую идею «десоматизации-ресоматизации». Он полагал, что «Я» маленького ребенка по мере взросления и созревания психических функций все меньше использует телесную энергию, научаясь контролировать инстинкты и эмоции (десоматизация), то есть выражать их словами и психической экспрес-

сией, но не телесными феноменами. В процессе десоматизации растущий индивид становится все более независимым от вегетативных процессов для поддержания своего гомеостаза. Если же имеется некая гипотетическая слабость или лабильность «Я», то в стрессовых обстоятельствах может произойти регресс (ресоматизация), когда человек, в данном случае психосоматический больной выражает горе, страх, гнев или печаль больше через телесные интенции, нежели психологическим образом.

Клиника психосоматических заболеваний: общие закономерности и различия

Согласно Александер и Селесник [2] всякая психосоматическая болезнь является результатом патологического взаимодействия трех факторов:

- *специфического психологического конфликта* (особенности воспитания в раннем возрасте – особенности отнятия от груди, приучения к туалету, укладывания спать; переживание эмоционально-травмирующего опыта в детстве или младенчестве и др.);

- *особой конституциональной предрасположенности того или иного органа* (конституция или “место наименьшего сопротивления” или наследственный фактор);

- *запускающего фактора*, под которым Александер понимал стрессор, запускающий основной конфликт (например, недавние телесные повреждения или недавние эмоциональные переживания, связанные с интимными, личными и профессиональными отношениями).

Ниже мы приведем примеры взаимоотношений некоторых известных психосоматических заболеваний, психологического конфликта и особенностей личности пациентов [3].

При ишемической болезни сердца часто диагностируется так называемый агрессивно-компульсивный тип лично-

сти или «личность типа А». Представители этого типа склонны к соперничеству, ощущению собственной малоценности, скрытой враждебности к близким и “болезненной спешке”.

При гипертонической болезни на фоне «семейного» запрета выражать гнев, пациенты ипохондричны и склонны к накоплению ярости, усиливающей адренергическую медиацию.

Сильная бессознательная потребность в защите и ласке со стороны матери или лица, заменяющего мать, на фоне характерного повышения потребности в зависимости описаны у больных бронхиальной астмой.

При язвенной болезни наблюдается хроническая фрустрация (неудовлетворенность) выраженной потребности в зависимости, что в свою очередь вызывает регрессивный голод или гнев. Эта реакция проявляется физиологически устойчивой гиперактивностью вагуса и гиперсекрецией желудочного сока.

Внутриличностный психологический конфликт при язвенном колите выражается в неспособности выполнить обязательства по отношению к ключевой фигуре своей зависимости. Это заболевание чаще встречается у людей с obsessивно-компульсивными личностными чертами, такими как опрятность, пунктуальность, гиперинтеллектуальность, застенчивость и неспособность к бурному проявлению реакций гнева.

Ожирение зачастую связывают с оральной фиксацией (повышенная значимость области рта) на фоне регрессии к детскому возрасту, плохих условий питания в детстве.

У больных тиреотоксикозом психоаналитические находки лежат в области страха быть покинутым матерью, лишенным любви на фоне необыкновенной привязанности к матери и зависимости от нее. Пациентам свойственно постоянное стремление к преждевременному самоутверждению и домини-

рованию над другими в ущерб развитию внимания и чувств.

Много психоаналитических исследований посвящены онкологии. Брошенность и лишение эмоциональной поддержки в детстве отмечены многими авторами. Супруги Саймонтоны [13], психотерапевты, работавшие с онкологическими пациентами, находили у них значительно более развитую тенденцию затаивать обиды и неспособность их прощать, чувство жалости к себе, слабую способность устанавливать и поддерживать значимые долговременные отношения, слаборазвитый образ "Я". Согласно другим данным, раковый больной – это человек, который не способен выражать свой гнев, особенно в целях самозащиты, ощущающий свою неполноценность и не нравящийся самому себе, испытывающий напряженность в отношении с одним из родителей, переживающий тяжелую эмоциональную потерю, на которую он реагирует чувством беспомощности и безнадежности, подавленности и стремлением к изоляции [9].

Принципы терапии психосоматических больных

Терапия психосоматического пациента должна быть адресована ко всем трем звеньям этиопатогенеза болезни, то есть должна быть направлена на (1) устранение стрессового фактора, (2) терапию морфологических изменений внутренних органов и (3) психотерапию внутриличностного конфликта. Лечение должно быть комплексным.

1. *Методы влияния на стрессовую ситуацию* могут быть осуществлены как врачами-интернистами, так и психотерапевтами и клиническими психологами. Часть описанных ниже методов требует специальных знаний и опыта, например, осуществление кризисного антисуицидного вмешательства или дебрифинг после тяжелой пси-

хической травмы. Часть методов «охранительной медицины» по И.П. Павлову вполне доступны даже простому административному регулированию.

К методам первой группы относятся:

- ограничение или устранение действия стрессора;
- седативная и транквилизирующая лекарственная терапия;
- лечение сном и отдыхом;
- психотерапевтические методики релаксации (гипнотерапия, аутогенная тренировка по Шульцу, медитативные техники);
- эмоциональная психотерапия, направленная на выражение подавленных эмоций, в основном гнева;
- психотерапия утраты (потери);
- кризисное вмешательство (если стресс сопровождался суицидальными тенденциями).

2. *Терапия морфологических изменений внутренних органов.* Имеется в виду физио- и фармакотерапия основного заболевания терапевтами и некоторые специфические виды психотерапии (например, визуализация при онкологических заболеваниях или «регуляция» сосудистого тонуса в гипнотическом состоянии).

3. *Психотерапия внутриличностного конфликта* – наиболее сложная и длительная часть терапии психосоматических заболеваний, которая осуществляется психотерапевтами личностно-ориентированного и психоаналитического направлений. Цель подобного вида психотерапии – изменение личностной структуры, то есть тех глубинных, зачастую ранних, детских установок и решений относительно своей судьбы.

При этом в психотерапию приглашается и семья пациента (различные варианты семейной психотерапии). Рекомендуются прохождение и групповой психотерапии.

Многие представители психосоматической медицины считают, что успех лечения психосоматического больного возможен при участии семейного врача, обладающего знаниями и навыками лечения внутренних заболеваний, пониманием семейной динамики и способностями и знаниями психотерапевта. Причем особенно ценно профилактическое влияние врача на детей с повышенным риском внутри семьи. Представляется, что такое психологическое ведение и руководство в рамках семьи станет насущнейшей медицинской задачей будущего [7].

ЛИТЕРАТУРА

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение: [Пер. с англ.]. – М.: Ин-т общегуманитар. исслед., 2004. – 333 с.
2. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней: [Пер. с англ.] – М.: Прогресс. Культура: Изд-во агентства «Яхтмен», 1995. – 604 с.
3. Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: В 2 т. – М.: Медицина, 1994. Т. 1 – 672 с. Т. 2. – 528 с.
4. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: Психологическое исследование. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. – 168 с.
5. Кеннон В. Значение эмоциональных факторов в этиологии болезней человеческого организма. // Физиол. журн. СССР. – 1937. – Т. 32, № 3-4. – С. 400-423.
6. Павлов И.П. Психопатология и психиатрия: к 100-летию со дня рождения: избранные произведения / АМН СССР; Под ред. и с предисловием Л.А. Орбели. – М.: АМН СССР, 1949. – 235 с.
7. Психосоматический больной на приеме у врача: [Пер. с нем.] / Б. Любан-Плоца, В. Пельдингер, Ф. Крегер – [2-е изд.]. – СПб.: С.-Петерб. психоневрол. ин-т, 1996. – 255 с.
8. Психосоматические расстройства. 13 доклад Комитета экспертов ВОЗ по психогигиене. – ВОЗ. Женева, 1965. – 37 с.
9. Рейнуотер Дж. Это в ваших силах: Как стать собственным психотерапевтом. – М.: Прогресс, 1993. – 238 с.
10. Селье Г. Стресс без дистресса. – М.: Прогресс, 1979. – 124 с.
11. Фрейд З. Введение в психоанализ: лекции. – М.: Наука, 1991. – 456 с.
12. Holmes T.H., Rahe R.H. The Social readjustment Rating Scale // J. of Psychosomatic Research. – 1967. – Vol. 11. – P. 213-218.
13. Simonton O.C., Mathews-Simonton S.S., Creighton J. Getting Well Again. – Los-Angeles: J.P. Tarcher, 1978.

CLASSIC CONCEPTS OF PSYCHOSOMATIC MEDICINE

D.I. Shustov, S.A. Shustova

In this article views on the concept of psychosomatic medicine are given, basic concepts and categories are determined, clinical manifestations of psychosomatic diseases and their general laws and differences as well as principles of therapy of patients with psychosomatic diseases are considered.