

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	7
Часть I. ОБЩАЯ ПСИХОСОМАТИКА	9
Глава 1. Психосоматические теории и модели	9
1.1. Психосоматика: определение понятия	9
1.2. Основные теории темперамента: Гиппократ и Гален, И. П. Павлов, Я. Стреляу	17
1.3. Типологическая модель Э. Кречмера	25
1.4. Типологическая модель У. Шелдона	27
1.5. Теория профилей личности Ф. Данбар	31
1.6. Конверсионная модель З. Фрейда	33
1.7. Теория ре- и десоматизации М. Шура	36
1.8. Теория переживаний потери объекта Г. Фрейдригера и теория отказа от веры в будущее Дж. Энгеля и А. Шмалья	38
1.9. Теория двухфазного вытеснения А. Митчерлиха	40
1.10. Когнитивный подход к специфике психосоматических расстройств — «схема тела» по П. Шильдеру	41
1.11. Теория нарушения структуры «Я» Г. Аммона	42
1.12. Теория специфического психодинамического конфликта Ф. М. Александра	44
1.13. Интегративная модель здоровья, болезни и болезненного состояния по Х. Вайнеру	45
1.14. Биопсихосоциальная модель Т. Икскуля и В. Везиака	46
1.15. Медицинская антропология В. Вайцзеккера	47
1.16. Теория «функциональной асимметрии мозга»: концепции алекситимии, выученной беспомощности и поискового поведения	48
1.17. Теория стресса У. Кэннона и Г. Селье	51
1.18. Классическая условно-рефлекторная модель и кортико- висцеральная теория (И. П. Павлов)	53
1.19. Психоэндокринное и психоиммунное направление	53
Вопросы и задания для самоконтроля	55
Глава 2. Стресс и соматизация	56
2.1. Виды стрессоров	58
2.2. Стадии стрессовой реакции	61
2.3. Психофизиология стресса	62
Вопросы и задания для самоконтроля	68
Глава 3. Психологические факторы риска соматизации	68
3.1. Теория ментализации П. Фонаги	69
3.2. Теория стилей привязанности Дж. Боулби	71
3.3. Концепция алекситимии	78
3.4. Теория регуляции эмоций Дж. Гросса	81
3.5. Стратегии поведения при стрессе	86

Вопросы и задания для самоконтроля.....	95
Заключение.....	96
Часть II. ЧАСТНАЯ ПСИХОСОМАТИКА.....	97
Глава 1. Болезни органов дыхания.....	97
1.1. Бронхиальная астма.....	98
1.1.1. Картина личности.....	99
1.2. Гипервентиляционный синдром.....	108
1.2.1. Картина личности.....	109
1.3. Психотерапия при заболеваниях органов дыхания.....	110
Глава 2. Сердечно-сосудистые заболевания.....	125
2.1. Эссенциальная гипертензия.....	126
2.1.1. Картина личности.....	127
2.2. Ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда.....	134
2.2.1. Картина личности.....	135
2.3. Инсульт.....	146
2.3.1. Картина личности.....	146
2.4. Гипотония.....	147
2.4.1. Картина личности.....	147
2.5. Кардионеврозы.....	148
2.5.1. Картина личности.....	149
2.6. Нарушения сердечного ритма.....	152
2.6.1. Картина личности.....	152
2.7. Психотерапия при сердечно-сосудистых заболеваниях.....	153
Глава 3. Психосоматика пищевого поведения.....	163
3.1. Алиментарное ожирение.....	165
3.1.1. Картина личности.....	166
3.2. Нервная анорексия.....	170
3.2.1. Картина личности.....	171
3.3. Булимия.....	175
3.3.1. Картина личности.....	176
3.4. Психотерапия при алиментарном ожирении и нарушениях пищевого поведения.....	178
Глава 4. Желудочно-кишечные заболевания.....	192
4.1. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.....	196
4.1.1. Картина личности.....	197
4.2. Синдром раздраженной кишки.....	206
4.2.1. Картина личности.....	206
4.3. Язвенный колит и болезнь Крона.....	213
4.3.1. Картина личности.....	214
4.4. Хронический психогенный запор.....	221
4.4.1. Картина личности.....	221
4.5. Эмоциональная диарея.....	224

4.5.1. Картина личности	225
4.6. Нарушения глотания	227
4.6.1. Картина личности	229
4.7. Психотерапия при желудочно-кишечных заболеваниях	229
Глава 5. Болезни эндокринной системы	239
5.1. Сахарный диабет	241
5.1.1. Картина личности	242
5.2. Гипертиреоз	248
5.2.1. Картина личности	249
5.3. Гипотиреоз	252
5.3.1. Картина личности	253
5.4. Психотерапия при заболеваниях эндокринной системы	254
Глава 6. Кожные заболевания	261
6.1. Атопический нейродермит (эндогенная экзема)	267
6.1.1. Картина личности	267
6.2. Псориаз	274
6.2.1. Картина личности	274
6.3. Крапивница	277
6.3.1. Картина личности	278
6.4. Психотерапия при заболеваниях кожи	278
Глава 7. Гинекологические заболевания	283
7.1. Аменорея	284
7.1.1. Картина личности	284
7.2. Дисменорея	286
7.2.1. Картина личности	286
7.3. Предменструальный синдром	287
7.3.1. Картина личности	288
7.4. Фибромиомы и кисты	289
7.4.1. Картина личности	290
7.5. Эндометриоз	290
7.5.1. Картина личности	290
7.6. Маточные кровотечения	291
7.6.1. Картина личности	292
7.7. Менархе и климакс	292
7.7.1. Картина личности	293
7.8. Функциональная (психосоматическая) стерильность	296
7.8.1. Картина личности	297
7.9. Спонтанный аборт и преждевременные роды	307
7.9.1. Картина личности	307
7.10. Ложная беременность	309
7.10.1. Картина личности	309
7.11. Психотерапия при гинекологических заболеваниях	309

Глава 8. Болезни опорно-двигательного аппарата	311
8.1. Ревматоидный артрит	312
8.1.1. Картина личности	312
8.2. Болезнь Бехтерева.....	318
8.2.1. Картина личности	319
8.3. Ревматические поражения мягких тканей (фибромиалгия)	320
8.3.1. Картина личности	320
8.4. Симптомы остеохондроза	322
8.4.1. Картина личности	323
8.5. Психотерапия при заболеваниях опорно-двигательного аппарата.....	324
Глава 9. Онкологические заболевания	328
9.1. Картина личности	328
9.2. Психотерапия при онкологических заболеваниях.....	332
9.3. Техники.....	334
Глава 10. Инфекционные болезни	360
10.1. Простуды.....	362
10.1.1. Картина личности.....	363
10.2. Ангина.....	371
10.2.1. Картина личности.....	371
10.3. Простой герпес	372
10.3.1. Картина личности.....	373
10.4. Туберкулез.....	374
10.4.1. Картина личности.....	374
10.5. Психотерапия при инфекционных заболеваниях.....	377
Глава 11. Головная боль	379
11.1. Головная боль напряжения	382
11.1.1. Картина личности.....	383
11.2. Мигрень.....	388
11.2.1. Картина личности.....	389
11.3. Психотерапия	393
Вопросы и задания для самоконтроля.....	396
Заключение.....	397
Список литературы.....	401
Об авторе.....	421

ВВЕДЕНИЕ

Психосоматика (греч. *psyche* — душа, *soma* — тело) — направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний. Согласно основному постулату этой науки, в основе психосоматического заболевания лежит реакция на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы (Смулевич, 2016).

Любое психосоматическое заболевание является свойством человеческого организма как системы. Оно не выводится по отдельности ни из психических, ни из физиологических (включая наследственные) свойств человека, его невозможно объяснить путем исследования свойств какой-то одной подсистемы — психической или соматической. Только взаимодействие между этими подсистемами и окружающей средой может привести к новому состоянию организма, определяемому как психосоматическое заболевание. И только понимание этих связей может дать возможность эффективно воздействовать на возникшее заболевание, в том числе и методами психотерапии (Струковская, Тополянский, 2015).

Психосоматические соотношения, возникающие у больных, традиционно рассматриваются в пределах двух основных подходов. В рамках первого из них, психоцентрического, анализируется влияние на возникновение, клинические проявления, течение и прогноз заболевания остро и хронического психического стресса, а также разнообразных характеристик, связанных с психическим статусом пациента. В числе последних рассматриваются конституциональные особенности личности, интерпретируемые в рамках психодинамического, психофизиологического и интегративного подходов, концепции алекситимии, специфических «профилей личности» и ряда других, а также коморбидные рассматриваемому заболеванию психические расстройства (аффективные, тревожно-фобические и др.) (Карвасарский, 2016; Рождественский, 2019; Старшенбаум, 2015).

В рамках второго, соматоцентрического, подхода изучаются нозогенные реакции — влияние особенностей клинических проявлений и течения болезни на субъективное восприятие пациентом своего заболевания и особенности психических расстройств, манифестация которых связана с соматическим страданием (соматогении и психогенные состояния, обусловленные комплексом психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием).

Настоящий учебник написан в рамках первого из указанных подходов, психоцентрического, что и определило подбор и расстановку материала в книге. Исходя из этого подхода, в учебнике не рассматриваются, либо рассматриваются очень коротко, соматические аспекты возникновения психосоматических заболеваний.

Основной целевой аудиторией учебного пособия являются студенты бакалавриата, специалитета и магистратуры, обучающиеся по направлениям подготовки 37.04.01 «Психосоматика» и 37.05.01 «Основы психосоматики». Учебное пособие может быть использовано в процессе освоения курса по психосоматике, для написания дипломного проекта, компонентами которого является проектная и исследовательская часть с соответствующими технологиями психологической коррекции психосоматических расстройств и заболеваний.

В результате изучения и освоения дисциплины «Психосоматика» слушатель должен

знать

- основные психологические механизмы возникновения психосоматических заболеваний.

уметь

- выявлять основные социально-психологические характеристики личности, приводящие к возникновению психосоматических расстройств и заболеваний.

владеть

- навыками определения мишеней психологического консультирования при различных психосоматических заболеваниях и расстройствах.

Часть I. ОБЩАЯ ПСИХОСОМАТИКА

Глава 1. Психосоматические теории и модели

Психосоматические соотношения — одна из наиболее сложных проблем современной медицины, несмотря на то, взаимодействие между «душой» и «телом», между психическими и соматическими факторами в болезни было известно и обсуждалось еще врачами древности. Демокрит (V в. до н.э.) полагал, что душа часто может служить причиной бедствий тела. Платон (IV в. до н.э.) был убежден, что сумасшествие (мания) у многих людей возникает в силу соматического недуга. Многие считают первым «психосоматиком» М. Цицерона (I в. до н.э.), который первым высказывал аргументированные суждения по поводу воздействия горя, сильных душевных волнений на здоровье человека и возникновение телесных болезней от душевных страданий (Елфимова и др., 2015).

1.1. Психосоматика: определение понятия

Каноны древней медицины подразумевали неделимость телесного и психического. Каждый орган был описан в тесной связи с соответствующей эмоцией. Болезнь органа влияет на эмоциональное состояние человека, неотрагированные чувства способствуют заболеванию органа — это постулаты концепции единого организма, где симптомы могут иметь личностный смысл. Древняя тибетская медицина основной причиной болезней считала невежество, под которым подразумевались неосведомленность и пренебрежение своим душевным состоянием.

Восточная концепция единого организма сформировалась в Китае четыре тысячи лет назад в виде учения о пяти первоэлементах У-Син, в котором описаны связи между органами и эмоциями, а также последовательность этапов развития болезней.

Легендарный математик и основатель античной философской школы Пифагор Самосский (около 570–489 гг. до н.э.) был также врачом, одним из первых, кто заговорил о важности душевного равновесия как основы психического здоровья. Пифагорейская школа большое внимание уделяла условиям упорядочения и гармонизации сознания — состоянию, которое обозначалось греческим словом «дианойя». По мнению Пифагора, резкая смена настроений (от веселья до уныния) противопоказана, и, наоборот, предписано сохранять ровную кроткую радость, ни одна из человеческих страстей, для имеющих разум, не должна быть неожиданной, следует предвидеть все, над чем мы не властны. Иными словами, тело и душа всегда

должны находиться в состоянии равновесия. И если все же одолеет гнев, печаль или другие эмоции, лучше всего — уединиться, «переварить» страсть, тем самым исцелившись от нее.

Гиппократ (460–377 гг. до н. э.) по праву считается отцом медицины, так как первым отделил ее от философии, развил основные положения Эмпедокла и как один из основателей Косской школы установил главенствующую роль гуморальной (от *humoralis*; лат. *humor* — влага, жидкость) направления. По Гиппократу, все болезни, в том числе и психические, в известной мере зависят как от воздействия внешних факторов среды, климата, так и от факторов внутренних, связанных с неправильным смещением соков (жидкостей) в организме.

Античная традиция нашла свое продолжение в Средние века. Знаменитый «Regimen sanitas Salernitanum» (Салернский кодекс здоровья), написанный Арнольдом из Виллановы (1250–1313) в начале XIV века, опирается на взгляды Гиппократа. В звучных стихах весьма выразительно и точно охарактеризованы четыре темперамента и те болезни души и тела, предрасположенность к которым эти темпераменты определяют.

Методологическое разделение души и тела началось с эпохой Просвещения. В трудах великих ученых Р. Декарта (1596–1650) и Ф. Бэкона (1561–1626) были сформулированы представления об особом механизме памяти и разума, который должен быть найден в человеческом теле. Такой механизм обнаружил французский врач Ш. Лепуа (1563–1633), и назвал его «общим сенсориум» — аналог современного понятия центральной нервной системы. Дальнейшее развитие европейской научной мысли шло по пути специализации и разделения знаний о человеке на частные области. Углубление и уточнение в каждой из таких областей приводило, с одной стороны, к росту эффективности практических приемов, а с другой — к растущим методологическим расхождениям.

Только, в 1818 году немецкий врач из Лейпцига Я. Хайнрот ввел термин «психосоматический». Ему принадлежали слова: «Причины бессонницы обычно психически-соматические, однако каждая жизненная сфера может сама по себе быть достаточным ей основанием». В 1822 году немецкий психиатр М. Якоби ввел понятие «соматопсихическое» как противоположное и в то же время дополняющее по отношению к «психосоматическому».

З. Фрейд в своих ранних работах сделал следующую попытку соединения представлений о единстве психического и телесного. В 1895 году, работая над «Проектом программы научной психологии», он пришел к выводу, что необходимо теоретически осмыслить свой опыт врача-невропатолога, который не укладывался в рамки

традиционной трактовки сознания. Господствовавший в то время методологический принцип в психологии и медицине опирался на локальный подход Р. фон Вирхова, т. е. на поиск конкретного «полома», соответствующего любому болезненному явлению. Возникновение новых направлений в психологии, социологии и философии обнажило узкое, примитивное толкование причинно-следственных связей локального подхода (Фрейд, 1923).

Лишь самые прогрессивные медики-профессионалы, такие, как Георг Гроддек (1866–1936), современник и почитатель З. Фрейда, соглашались с венским невропатологом и вслед за ним уходили от механистической терапии к глубинному анализу. Г. Гроддек, врач и директор психиатрической лечебницы, был пионером в области психосоматической медицины и психоанализа. Он смотрел на болезнь как на форму коммуникации (Малкина-Пых, 2008). Общество сопротивлялось этим открытиям изо всех сил. З. Фрейд и его коллеги обнаружили, что мораль и невроз тесно связаны. Каким-то образом энергия сознания перенаправляется в телесные симптомы, как бы говоря, что больное тело означает больную душу, которая нуждается в лечении.

В общепринятый врачебный лексикон термин «психосоматика» вошел лишь спустя столетие. Термин «психосоматический» окончательно прижился в медицине благодаря венским психоаналитикам (Deutsch, 1953), и с этого времени психосоматическая медицина обозначилась как «прикладной психоанализ в медицине». Ф. Дойч, эмигрировав в сороковые годы прошлого века в США, вместе с коллегами Фландерс Данбар, Францем Александером и другими вызвал интерес к психосоматическим проблемам, и уже к концу 50-х годов в американской научной литературе было опубликовано около 5000 статей о соматической медицине глазами психологов. Среди тех, кто развивал это направление, следует назвать таких известных аналитиков, как А. Адлер, Л. Сонди и многих других. В России наиболее близко к этому направлению подошли ученые школы И. П. Павлова при разработке метода экспериментального невроза. В настоящее время психосоматический подход включает в себя различные школы и направления, отличающиеся как интерпретацией причин заболеваний, отнесенных к этой группе, так и методами их излечения.

По данным ВОЗ, от 38 до 42 % всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматических больных. Строго говоря, психосоматическое направление не является самостоятельной медицинской дисциплиной — это подход, учитывающий многообразие причин, приведших к болезни. Отсюда многообразие методов и техник, позволяющих работать с человеком целостно. Именно разобщенность врачебных специальностей

и взглядов на человека и привела к потере идеи о целостности в работе врача. У этой проблемы есть свои причины, прежде всего — преобладание анализа как метода в медицинской науке. В настоящее время в медицине описано 10 тысяч симптомов и нозологических форм, а для того чтобы успешно справляться с болезнями человека, существует более трехсот медицинских специальностей.

В процессе эволюции человека постепенно нарушался универсальный механизм приспособления его психики к окружающей среде. Вместе с изменением психологии человека и среды его обитания проявлялись новые и численно увеличивались имеющиеся психологические симптомы и синдромы. В ходе эволюции человек приобрел присущие ему как биологическому виду силу, гибкость, подвижность, способность к терморегуляции, определенные характеристики органов чувств. Древние инстинктивные программы поведения человека помогали противостоять голоду, холоду, нападению врагов и хищников.

По мере развития человеческой истории менялись нагрузки, от которых нет программ генетической защиты, и теперь приспособление к среде зависит от психических возможностей человека во много раз больше, чем от силы его мышц, крепости костей и сухожилий и скорости бега. Опасным стало не оружие врага, а слово. Эмоции человека, изначально призванные мобилизовать организм на защиту, теперь чаще подавляются, встраиваются в социальный контекст, а со временем извращаются, перестают признаваться их хозяином и могут стать причиной разрушительных процессов в организме (Радченко, 2001).

Психосоматический подход начинается тогда, когда пациент перестает быть только носителем больного органа и рассматривается целостно. Тогда психосоматическое направление можно рассматривать и как возможность «исцеления» от деперсонализированной медицины.

По современным представлениям, к психосоматическим заболеваниям и расстройствам относят (Малкина-Пых, 2008):

1. Конверсионные симптомы. Невротический конфликт получает вторичный соматический ответ и переработку. Симптом имеет символический характер, демонстрация симптомов может пониматься как попытка решения конфликта. Конверсионные проявления затрагивают в большей части произвольную моторику и органы чувств. Примерами являются истерические параличи и парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены.

2. Функциональные синдромы. В этой группе находится преобладающая часть «проблемных пациентов», которые приходят на прием с пестрой картиной часто неопределенных жалоб, которые могут затрагивать сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания или мочеполовую систему. Беспомощность врача относительно этой симптоматики объ-

ясняется среди прочего многообразием понятий, которыми обозначаются эти жалобы. Часто у таких больных имеются только функциональные нарушения отдельных органов или систем; какие-либо органические изменения, как правило, не обнаруживаются. В отличие от конверсионных симптомов, отдельный симптом не имеет специфического значения, будучи неспецифическим следствием нарушенной телесной функции. Ф. Александер, считающийся отцом современной психосоматической медицины, описал эти телесные проявления как сопровождающие признаки эмоционального напряжения без характерных черт и обозначил их органами невротами (Александер, 2002).

3. Психосоматозы — психосоматические болезни в более узком смысле. В основе их — первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа. Заболевания, связанные с органическими изменениями, принято называть истинными психосоматическими болезнями, или психосоматозами. Первоначально выделяли семь психосоматозов («holy seven»): бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз (Александер, 2002). Позже этот список расширился — к психосоматическим расстройствам относят рак, инфекционные и другие заболевания.

Несмотря на то, что слово «психосоматика» употребляется очень часто как в обиходе, так и в научной литературе, на сегодняшний день не существует единого определения этого термина. В целом его значение вытекает из слов, которые в него входят (душа и тело). С одной стороны, этот термин подразумевает научное направление, которое устанавливает взаимоотношения между психикой и телесными функциями, исследует, как психологические переживания влияют на функции организма, как переживания могут вызывать те или иные болезни. С другой стороны, под термином «психосоматика» подразумевается ряд феноменов, связанных с взаимовлиянием психического и телесного, в том числе целый ряд патологических нарушений. В-третьих, под психосоматикой понимают направление медицины, ставящее своей целью лечение психосоматических нарушений («психосоматическая медицина»).

В настоящее время психосоматика является междисциплинарным научным направлением:

- она служит лечению заболеваний, и, следовательно, находится в рамках медицины;

- исследуя влияние эмоций на физиологические процессы, она является предметом исследования физиологии;
- как отрасль психологии она исследует поведенческие реакции, связанные с заболеваниями, психологические механизмы, воздействующие на физиологические функции;
- как раздел психотерапии она ищет способы изменения деструктивных для организма способов эмоционального реагирования и поведения;
- как социальная наука она исследует распространенность психосоматических расстройств, их связь с культурными традициями и условиями жизни.

В период создания психосоматической медицины как науки, стремившейся преодолеть разрыв между телесным и психическим, была создана жесткая однолинейная модель психосоматического заболевания. В последующем она была заменена представлением о возможности возникновения любого заболевания при взаимодействии как физических, так и психосоциальных факторов, что привело к многофакторной открытой модели болезни. В силу этого обстоятельства на место проблемы узкого круга психосоматических расстройств пришел интегральный психосоматический подход.

Патогенез психосоматических расстройств чрезвычайно сложен и определяется:

- 1) нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности ЦНС);
- 4) личностными особенностями;
- 5) психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;
- 6) фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;
- 7) особенностями психотравмирующих событий;
- 8) наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам;

Перечисленные факторы не только участвуют в происхождении психосоматических расстройств, но и делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических нарушений. К психосоматическим заболеваниям относятся те нарушения здоровья, этиопатогенез которых — истинная соматизация переживаний, то есть соматизация без психологической защиты, когда при защите душевного равновесия повреждается телесное здоровье. Сверхактуальное переживание фиксируется, образуя установочную доминанту, являющуюся функциональным очагом психической патологической импульсации. Свойственное больным

смутное чувство физического дискомфорта обуславливает при определенных воздействиях реализацию болезненных ощущений и их фиксацию. Необычная импульсация, поступающая из внутренних органов в ЦНС, усиливает эти ощущения, что, в конечном счете, приводит к формированию патологического состояния. Таким образом, негативные эмоции висцерального происхождения как бы подкрепляются личностными реакциями таких больных на тот или иной симптом или состояние организма в целом. Повторение психотравмирующих воздействий астенизирует нервную систему, кора становится более чувствительной к внешним воздействиям и интероцептивным сигналам. Поэтому появление выраженных соматических ощущений может быть вызвано не только психогенным влиянием как таковым, но и любым незначительным нарушением деятельности внутренних органов и даже патологическим восприятием их обычной работы. Сформировавшийся очаг патологической импульсации обрастает нейрогуморальными связями с теми или иными системами организма.

Считается, что в этом процессе ключевым звеном является долговременная память. Долговременная память — это всегда эмоциональная память. Чем ярче эмоции, тем больше вероятность активации следа памяти в дальнейшем, и пережитое человеком стрессовое состояние надежно закрепляется в долговременной памяти. На основе механизмов реверберации возбуждения и долговременной постсинаптической потенциации пережитое состояние паники, страха, ужаса сохраняется в виде энграмм — «следов памяти».

В итоге запас уже сложившихся энграмм получает особое значение для развития психосоматических расстройств. Например, пароксизмы синусовой тахикардии с ощущением удушья и страха смерти возникают при снижении настроения или переутомления у больной с аналогичным эпизодом на фоне послеродового эндометрита в прошлом. Подлинной причиной рецидива нередко становится лишь «воскрешение» соответствующей симптоматики вследствие оживления ее следов. Чем острее было чувство опасности для жизни и здоровья, тем больше вероятность воспроизведения развернутой клинической картины по типу депрессии или ее соматического эквивалента.

Ведущая роль в формировании долгосрочной памяти принадлежит не столько действительной тяжести соматического страдания, сколько стрессогенному действию вызванных им или случайно совпавших с ним душевных переживаний. Первостепенным фактором, обуславливающим преимущественную локализацию психосоматических расстройств, становится страх смерти, испытанный хотя бы раз в жизни в связи с каким-либо заболеванием.

Центром тяжести психосоматического страдания оказывается всегда орган, наиболее уязвимый и важный для жизнедеятельности организма в представлении индивида. «Выбор органа» свидетельствует о преимущественной направленности защитно-приспособительных механизмов, вызывающих повреждающий эффект по мере нарастания дезинтеграции в стрессовых ситуациях. Инициатива в выборе органа принадлежит всегда корковым связям, влияющим на эмоциональные подкорковые аппараты и программирующим степень вовлечения тех или иных органов в стрессовую ситуацию. Какой именно эффекторный путь окажется предпочтительнее для выхода на периферию эмоционального возбуждения, зависит в конечном счете от особенностей данной эмоции, от особенностей нервной конституции человека и от всей истории его жизни.

Очаг психической импульсации взаимодействует с соматическими системами организма и образует устойчивую функциональную систему, патологическую в своей основе, но одновременно и защитную, поскольку она является частью механизмов гомеостаза в рамках измененного болезнью существования и приспособления организма к патопластическому воздействию фиксированного переживания. Предполагается существование так называемого препсихосоматического личностного радикала — тех личностных особенностей, которые приводят к заболеванию; это очаг психосоматической импульсации, фиксированное патопластическое переживание. Он формируется в детском и подростковом возрасте.

В современной психосоматике различают предрасположенность, разрешающие и задерживающие развитие болезни факторы. Предрасположенность — это врожденная (например, генетически обусловленная), а при определенных условиях и приобретенная готовность, которая выливается в форму возможного органического или невротического заболевания. Толчком к развитию такого заболевания являются трудные жизненные ситуации. Если манифестируют невротические или соматические заболевания, то они развиваются по собственным закономерностям, которые, однако, тесно связаны с факторами окружающей среды. Значение способствующих развитию болезни факторов при хронических заболеваниях стало известно лишь в последнее время. В любом случае для диагностики как психосоматического, так и невротического заболевания необходимо понимание ситуационного характера его происхождения. Констатация наличия психосоматических нарушений не приводит к отрицанию основного диагноза. Если сегодня говорят о психосоматическом, биопсихосоциальном заболевании, то это лишь указывает на связь предрасположенность — личность — ситуация.

Человек, находящийся в гармоничных отношениях со своей средой, может перенести экстремальные соматические и психические нагрузки, избегнув болезни. Однако в жизни встречаются личностные проблемы, которые вызывают настолько тягостную фиксацию и душевный разлад, что в определенных жизненных ситуациях приводят к негативным эмоциям и неуверенности в себе. Именно в сложных ситуациях психосоматически отягощенные пациенты, проявляющие эмоциональную подавленность, не могут правильно оценить и описать свое состояние.

Таким образом, в современном понимании патогенеза психосоматических заболеваний признается многофакторность в объяснении их природы. Далее мы рассмотрим эти факторы, по крайней мере, многие из них более подробно.

Существует достаточно большое количество теорий и моделей возникновения психосоматических заболеваний, а также способов их классификации. Мы рассмотрим наиболее популярные из этих концепций. Как уже говорилось ранее, принято считать, что психосоматическая медицина — ровесница прошлого века. Однако речь при этом идет не о возникновении новой концепции в медицине, а о возрождении принципов медицины древности, подходившей к заболеванию как к специфически индивидуальному явлению, как к болезни конкретного человека, болезни души и тела. Психосоматическая медицина стара как само врачевание.

1.2. Основные теории темперамента: Гиппократ и Гален, И. П. Павлов, Я. Стреляу

В древности Гиппократ, а затем Гален описали разные типы темпераментов: сангвинический, холерический, меланхолический и флегматический. Это положение нашло дальнейшее развитие в психологических теориях конституции Э. Кречмера (Кречмер, 2000) и У. Шелдона (Sheldon, Stevens, 1942).

Помимо выделения типов темперамента, Гиппократ впервые попытался связать конституциональные особенности, телосложение людей с их предрасположенностью к определенным заболеваниям. На основе эмпирических сопоставлений он показал, что люди невысокого роста, плотные склонны к апоплексическому удару, люди же высокие и худые — к туберкулезу. Эти два типа строения тела являются, конечно, самыми общими, но именно их описания положили начало конституциональному подходу к анализу индивидуальности, развиваемому в современной психологии и психиатрии. Основной идеей этого подхода, первым шагом к классификации индивидуальных психических черт стало установление корреляции между типами

телесной конституции, с одной стороны, и конкретными психическими заболеваниями — с другой.

Под телесной конституцией понимается совокупность всех индивидуальных качеств человека, которые либо заложены генетически, либо формируются к моменту его рождения. Эти качества — морфологические, физиологические, гормональные и др., являются относительно стабильными.

Темперамент (лат. *temperamentum* — надлежащее соотношение черт, от *tempero* — смешиваю в надлежащем соотношении) — характеристика индивида со стороны динамических особенностей его психической деятельности, т. е. темпа, быстроты, ритма, интенсивности составляющих эту деятельность психических процессов и состояний (Стреляу, 1982).

Анализ внутренней структуры темперамента представляет значительные трудности, обусловленные отсутствием у темперамента (в его обычных психологических характеристиках) единого содержания и единой системы внешних проявлений. Попытки такого анализа приводят к выделению трех главных, ведущих компонентов темперамента, относящихся к сферам общей активности индивида, его моторики и эмоциональности. Каждый из этих компонентов, в свою очередь, обладает весьма сложным многомерным строением и разными формами психологических проявлений.

Наиболее широкое значение в структуре темперамента имеет тот его компонент, который обозначается как общая психическая активность индивида. Сущность этого компонента заключается главным образом в тенденции личности к самовыражению, эффективному освоению и преобразованию внешней действительности. Разумеется, при этом направление, качество и уровень реализации этих тенденций определяются другими (содержательными) особенностями личности: ее интеллектуальными и характерологическими особенностями, комплексом ее отношений и мотивов. Степени активности распределяются от вялости, инертности и пассивного созерцательства на одном полюсе до высших степеней энергии, мощной стремительности действий и постоянного подъема — на другом.

К группе качеств, составляющих первый компонент темперамента, вплотную примыкает группа качеств, составляющих второй — двигательный, или моторный компонент, ведущую роль в котором играют качества, связанные с функцией двигательного (и отдельно — речедвигательного) аппарата. Необходимость специального выделения в структуре темперамента этого компонента вызывается особым значением моторики как средства, с помощью которого актуализируется внутренняя динамика психических состояний со всеми ее индивидуальными градациями. Среди динамических качеств дви-

гательного компонента следует выделить такие как быстрота, сила, резкость, ритм, амплитуда и ряд других признаков мышечного движения (часть из них характеризует и речевую моторику). Совокупность особенностей мышечной и речевой моторики составляет ту грань темперамента, которая легче других поддается наблюдению и оценке и поэтому часто служит основой для суждения о темпераменте их носителя.

Третьим основным компонентом темперамента является эмоциональность, представляющая собой обширный комплекс свойств качеств, характеризующих особенности возникновения, протекания и прекращения разнообразных чувств, аффектов и настроений. По сравнению с другими составными частями темперамента этот компонент наиболее сложен и обладает разветвленной собственной структурой. В качестве основных характеристик эмоциональности выделяют впечатлительность, импульсивность и эмоциональную стабильность. Впечатлительность выражает аффективную восприимчивость субъекта, чуткость его к эмоциогенным воздействиям, способность найти почву для эмоциональной реакции там, где для других такой почвы не существует. Термином «импульсивность» обозначается быстрота, с которой эмоция становится побудительной силой поступков и действий без их предварительного обдумывания и сознательного решения выполнить их. Под эмоциональной лабильностью обычно понимается скорость, с которой прекращается данное эмоциональное состояние или происходит смена одного переживания другим.

Основные компоненты темперамента образуют в актах человеческого поведения то своеобразное единство побуждения, действия и переживания, которое позволяет говорить о целостности проявлений темперамента и дает возможность относительно четко отграничить темперамент от других психических образований личности — ее направленности, характера, способностей и др. Вопрос о проявлениях темперамента в поведении неразрывно связан с вопросом о факторах, эти проявления обуславливающих. Древнейшими из них являются гуморальные теории, связывающие темперамент со свойствами тех или иных жидких сред организма. Наиболее ярко эту группу теорий темперамента представляла классификация темперамента, основанная на учении Гиппократ и Галена. Эта теории предполагает, что уровень жизнедеятельности организма определяется соотношением между четырьмя жидкостями, циркулирующими в человеческом организме — кровью, желчью, черной желчью и слизью (лимфой, флегмой). Соотношение этих жидкостей, индивидуально своеобразное у каждого организма, обозначалось по-гречески термином «красис» (смесь, сочетание), который в переводе на латинский

язык звучит как «temperament». На основе данной теории постепенно сформировалось учение о четырех типах темперамента по количеству главных жидкостей, гипотетическое преобладание которых в организме и дало название основным типам темперамента: сангвиническому (от лат. *sanguis* — кровь), холерическому (от греч. *chole* — желчь), меланхолическому (от греч. *melaina* — черная желчь) и флегматическому (от греч. *phlegma* — слизь).

Сангвиник в качестве основного стремления имеет импульс к наслаждению, соединенный с легкой возбудимостью чувств и с их малой продолжительностью. Он увлекается всем, что ему приятно. Склонности его непостоянны и на них нельзя слишком полагаться. Доверчивый и легковверный, он любит строить проекты, но скоро их бросает.

Холерик, находясь под влиянием страстей, обнаруживает замечательную силу в деятельности, энергию и настойчивость, которые быстро воспламеняются от малейшего препятствия. Сила его чувств — гордость, мстительность, честолюбие — не знают пределов, когда его душа находится под влиянием страсти.

Флегматиком чувства овладевают медленно. Ему не нужно делать над собой больших усилий, чтобы сохранить хладнокровие. Для него легче, чем для других, удержаться от быстрого решения, чтобы прежде его обдумать. Он редко раздражается, мало жалуется, терпеливо переносит свои страдания и мало возмущается страданиями других.

Меланхолик в качестве господствующей склонности имеет склонность к печали. Безделица его оскорбляет, ему кажется, что им пренебрегают. Его желания носят грустный оттенок, страдания кажутся ему невыносимыми и выше всяких утешений.

Если Гален связывал темперамент человека с особенностями его обменных процессов, то И. П. Павлов (Павлов, 1951) обратил внимание на зависимость темперамента от типа нервной системы. Заслугой Павлова явилось детальное теоретическое и экспериментальное обоснование положения о ведущей роли и динамических особенностях поведения центральной нервной системы — единственной из всех систем организма, обладающей способностью к универсальным регулирующим и контролирующим влияниям. Павлов выделил три основных свойства нервной системы: силу, уравновешенность и подвижность возбудительного и тормозного процессов. Из ряда возможных сочетаний этих свойств Павлов выделил четыре основные комбинации в виде четырех типов высшей нервной деятельности. Их проявление в поведении Павлов поставил в прямую связь с античной классификацией темперамента. Сильный уравновешенный подвижный тип нервной системы рассматривался как соответствующий темпераменту сангвиника; сильный уравновешенный инертный —

темпераменту флегматика; сильный, неуравновешенный — темпераменту холерика; слабый — темпераменту меланхолика.

Сильный. Человек сохраняет высокий уровень работоспособности при длительном и напряженном труде. Даже потеряв силу на время, он быстро ее восстанавливает. В сложной неожиданной ситуации держит себя в руках, не теряет бодрости, эмоционального тонуса. Не реагирует на слабые воздействия, мало раним. Не обращает внимания на мелкие, отвлекающие воздействия.

Уравновешенный. Человек обладает способностью быстро и адекватно реагировать на изменения в ситуации, легко отказывается от выработанных, но уже не годных стереотипов и быстро приобретает новые навыки, привычки к новым условиям и людям. Он без труда переходит от покоя к деятельности и от одной деятельности к другой. У него быстро возникают и ярко проявляются эмоции. Обладает способностью к мгновенному запоминанию, ускоренному темпу действий и речи.

Слабый. Для людей со слабым типом нервной системы характерно быстрое падение работоспособности, потребность в более длительном отдыхе, зависимость от мелких, несущественных воздействий, излишне эмоциональная реакция на трудности. Такие люди не умеют переносить длительных или резких напряжений, теряются на экзаменах, публичных выступлениях, пугливы, обычно легко плачут, среди них много людей с повышенной внушаемостью. Люди со слабой нервной системой легко ориентируются в мире нюансов, тонких переходов, но плохо переносят стрессы.

Неуравновешенный. Человек работоспособен, готов к быстрой реакции, но его «лихорадит», ему трудно бороться с собой. Люди неуравновешенного типа взрывчаты, вспыльчивы, не умеют терпеть, сдерживать свои желания, ждать. У них легко возникает раздражительность и агрессивность.

Выделив и описав четыре типа нервной системы, И. П. Павлов сопоставил их с классическими типами темперамента, показав высокую корреляцию между ними. На этом основании он утверждал, что именно свойства нервной системы и определяют описанные темпераменты.

Нервная система первого типа (сильный, уравновешенный, подвижный) — сангвиник. Это человек с оптимально сбалансированными волевыми и коммуникативными свойствами, быстрый, легко приспосабливающийся к изменчивым условиям жизни. Он подвижен и общителен, легко сходится с новыми людьми, и поэтому у него широкий круг знакомств, хотя он не отличается постоянством в общении и довольно часто меняет привязанности. Он продуктивный деятель, но лишь тогда, когда у него много интересных дел,

то есть при постоянном возбуждении; в противном случае он становится скучным и вялым.

Второму типу нервной системы (сильный, неуравновешенный) соответствует холерик — человек, нервная система которого определяется преобладанием возбуждения над торможением. Он отличается большой жизненной энергией, но ему недостает самообладания, поэтому он вспыльчив и несдержан. Такой человек приступает к делу с полной отдачей, со всей страстью, увлеченно, но сил ему хватает ненадолго, и как только они истощаются, у него появляется «слюнявое настроение». Неуравновешенность его нервной системы предопределяет цикличность в смене его активности и бодрости. Увлечшись каким-нибудь делом, он чересчур налегает на свои силы и, в конце концов, очень истощается. Холерику трудно дается деятельность, требующая плавных движений, спокойного, медленного темпа, он неизбежно будет проявлять нетерпение, резкость движений, порывистость и т. д. В общении он вспыльчив, необуздан, нетерпелив, несдержан.

Человек с третьим типом нервной системы (сильный, уравновешенный, инертный) — флегматик — обладает высокой работоспособностью, внутренне стабилен, но «тяжел на подъем» и не способен отказаться от выработанных навыков и стереотипов. Для него затруднено включение в новые ситуации. Он с трудом входит в работу и выходит из нее, его эмоции проявляются замедленно и не сильно. Лица с инертным типом прочно закрепляют все усвоенное, не любят менять привычки, распорядок жизни, обстановку, работу, друзей и трудно и замедленно приспособляются к новым условиям. Это человек, реагирующий спокойно и медленно, не склонный к перемене своего окружения. Хорошо сопротивляется сильным и продолжительным раздражителям. Благодаря уравновешенности процессов раздражения и торможения, флегматик — спокойный, всегда ровный, настойчивый и упорный труженик, отличающийся терпеливостью выдержкой и самообладанием. Он однообразен и невыразителен в мимике и интонации, даже о своих чувствах говорит недостаточно эмоционально, и это затрудняет общение с ним. Флегматик медленно, трудно привыкает к новым людям, не скоро начинает обращаться к ним — задавать вопросы, вступать в беседу. Ему присуща замедленность реакций в общении, круг общения его менее широк, чем у сангвиника. При серьезных неприятностях флегматик остается внешне спокойным. Однако не следует думать, что он — всепрощающий и совершенно безобидный в общении человек. Подобно конденсатору, он долго впитывает в себя, поглощает, накапливает энергию неудовольствия, но когда она достигает определенного предела, критической величины, неминуем сильный «разряд», не-

редко весьма неожиданный для его собеседника, по самому, казалось бы, незначительному поводу.

Для человека с четвертым — слабым — типом нервной системы характерно быстрое падение работоспособности, потребность в более длительном отдыхе, зависимость от мелких, несущественных воздействий, излишне эмоциональная реакция на трудности. Такие люди не умеют переносить длительных или резких напряжений, теряются на экзаменах, публичных выступлениях, пугливы, обычно легко плачут, среди них много людей с повышенной внушаемостью. Их воображение вечно занято картинами болезней, войны, мрака, ужаса, разрушения. Люди со слабой нервной системой легко ориентируются в мире нюансов, тонких переходов, но плохо переносят стрессы. Обладая высокой чувствительностью нервной системы, они часто имеют выраженные художественные способности. Это люди, плохо сопротивляющиеся воздействию сильных стимулов, поэтому они часто пассивны и заторможены. Воздействие на них сильных стимулов может привести к нарушениям поведения. У них нередко отмечается боязливость и беспокойство в поведении, тревожность, слабая выносливость. Незначительный повод может вызвать у них обиду, слезы. Они склонны отдаваться переживаниям, не уверены в себе, робки, малейшая трудность заставляет их опускать руки. Они не энергичны, не настойчивы, не общительны. Их пугает новая обстановка, новые люди, они теряются, смущаются и потому боятся новых контактов, уходят в себя, замыкаются, уединяются. Подобно улитке, они постоянно прячутся в свою «раковину».

И. П. Павлов отчетливо понимал, что описанные им типы нервной системы — не реальные портреты, поскольку ни один конкретный человек не обладает всеми признаками того или иного типа. Вместе с тем павловская концепция связи типов темперамента с типами нервной системы явилась серьезным шагом на пути изучения оснований классификации темпераментов, так как она направила внимание исследователей к дальнейшей детализации проблемы — соотношению отдельных свойств нервной системы с конкретным типом темперамента.

В последние годы к основным составляющим темперамента относят дополнительно две характеристики — энергетический уровень и временные параметры (Стреляу, 1982). Первая описывается через активность и реактивность, вторая — через подвижность, темп и ритмичность реакций. Реактивность человека тем выше, чем слабее раздражитель, способный вызвать реакцию. Она показывает возможное разнообразие реакций на одинаковые стимулы, например, высокореактивные сильно возбудимы, но обладают низкой выносливостью при воздействии сильных и часто повторяющихся раздражителей.

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно

в интернет-магазине

«Электронный универс»

e-Univers.ru