

Психосоматические
расстройства:
история возникновения,
психодинамическое видение,
классификация

С. В. Корж

Частота психосоматических расстройств (ПСР):

- - от 30% до 57% от общего числа пациентов первичной медицинской сети;
- - от 11 до 52% в общей популяции населения.

Предположение о существовании тесных связей между эмоциональными состояниями человека и нарушениями физического (соматического) здоровья имеет давнюю историю.

- - определение меланхолии Гиппократом (4-5 вв. до н.э.): *«меланхолики страдают не только плохим настроением, но и испытывают боли в животе, как будто их колют тысячами иголок»;*
- - Сократ (469-399 гг. до н. э.) считал влияние души определяющим фактором телесного благополучия: *«... все — и хорошее и плохое — порождается в теле и во всем человеке душою, и именно из нее все проистекает... Потому-то и надо прежде всего и преимущественно лечить душу, если хочешь, чтобы и голова и все остальное тело хорошо себя чувствовали»;*
- - концепция истерии как следствия непроизвольного болезненного сокращения матки из-за неудовлетворенного сексуального желания женщины;
- - Цицерон (1 в. до н.э.): физическое здоровье может находиться под влиянием эмоциональных проявлений.

- II в. н. э. – Клавдий Гален (131-201): все болезни, в том числе и душевные, скорее всего, происходят из дисгармоничного сочетания четырех жизненных соков: крови (sanguis), слизи (flegma), желтой желчи (chole) и черной желчи (melanchole) - биологическая природа психических заболеваний.

Новое время — в период между XVII-XIX вв. : дискуссии на базе дуализма Декарта что приоритетно: душа или тело.

Heinroth (1818 г.): термин «*психосоматика*» (концепция о внутреннем конфликте как ведущей причине психической болезни).

Jacobi (1822 г.): альтернативное понятие «*соматопсихика*» (психические болезни вызываются вполне материальными причинами, а не недоступными эмпирической проверке психологическими конфликтами).

Историческое первое значение термина «*психосоматика*» связано с концепцией **психологического конфликта** как пускового фактора расстройства.

- Клинико-психологический анализ явлений гипноза и истерии (2 пол. 19 в.): предположение о возможности непосредственного отражения в клиническом синдроме психологического содержания неосознаваемого внутриличностного (эмоционального) конфликта, спровоцировавшего развитие заболевания.
- 2 теоретических подхода: психодинамический и кортиковисцеральный.

З.Фрейд, Й.Брейер - «Исследование истерии» (1895): обоснование конверсии психического в соматическое.

- Истерия как психопатологический синдром вызывается, по мнению З. Фрейда, неразрешенным эмоциональным конфликтом (психической травмой), осознание которого не поощряется социальными нормами.
- Отрицательные эмоции, возникающие при травмирующем событии, подавляются. Однако вызываемое аффектом энергетическое напряжение никуда не девается и обращается в болезненный симптом (конверсия).
- Болезненный симптом выступает символическим выражением эмоционального конфликта.
- Нарушение телесной функции есть соматизированное выражение несовместимых с осознаваемым «Я» идей.

Теория личностных профилей (F. H. Dunbar, 1935-1948 гг.):

- - связь соматических расстройств с определенными типами эмоциональных реакций, к которым предпочитают прибегать люди с теми или иными характерологическими чертами;
- - укорененная в личности предрасположенность к реагированию на психологический конфликт конкретным соматическим расстройством;
- - эмоциональные реакции на проблемные жизненные ситуации являются производными от структуры личности больного;
- - каждое соматическое заболевание, развившееся вследствие непроработанного психологического конфликта, связано с вполне определенным набором характерологических черт и паттернов межличностного взаимодействия (коронарный, гипертонический, аллергический и склонный к повреждениям типы личности).

Социальный психоанализ (Э. Фромм, Дж. Холлидей) - теория «больного общества»:

- - два вида причин психосоматического расстройства: структура личности и ее социальное окружение;
- - психосоматические расстройства в подростковом и взрослом возрасте происходят от фрустрации ребенка на самых ранних стадиях жизненного цикла и неадаптивной психологической защиты, возникающей в ответ на эту фрустрацию;
- - пусковой фактор болезни - «слом» какого-либо одного или нескольких базовых паттернов социального взаимодействия: семейного, игрового, гендерного, религиозного, экономического, профессионального, политического;
- - необходимо проводить комплексное исследование не только профиля личности, но и контекста социального взаимодействия больного ребенка.

Теория психосоматической специфичности (F. Alexander, 1950 г.):

- Базовые положения:
- 1. Психологический конфликт сочетается с физиологическими и биохимическими факторами, предрасполагающими к заболеванию.
- 2. Бессознательный конфликт активизируется под влиянием особо значимых жизненных событий.
- 3. Сопровождающие внутриличностный конфликт **негативные эмоции** выражаются на физиологическом уровне, что и приводит в конечном итоге к развитию болезни.

Основное содержание теории психосоматической специфичности:

- 1. Психологические факторы, вызывающие соматические расстройства, имеют специфическую природу: ведущий симптом болезни прямо связан с одним из двух психологических факторов: эмоционально конфликтное неосознаваемое (т. е. вытесненное) отношение личности к самой себе или к окружающей среде.
- 2. Сознательные психические процессы играют только подчиненную роль в развитии и динамике заболевания, т.к. могут быть свободно выражены. Подавленные эмоции ведут к хронической иннервации — установлению длительных по времени кортиковисцеральных динамических связей, вызывая длительные нарушения функционирования внутренних органов.
- 3. Ситуативные жизненные переживания, как правило, также оказывают скоротечное влияние на организм пациента. Поэтому для установления психосоматического характера заболевания необходимо обращать внимание не на текущие эмоциональные проблемы, а учитывать весь жизненный путь пациента, поскольку только предшествующий опыт отношений со значимыми людьми может объяснить болезненную реакцию этого человека на конкретную травмирующую ситуацию.

- «Специфичность» (по Александеру) – *«физиологический ответ на эмоциональные стимулы, нормальные и патогенные, который варьирует в зависимости от качества эмоций»*.
- Каждое эмоциональное состояние имеет свой физиологический синдром.

В зависимости от глубины вытеснения специфического эмоционального конфликта Ф. Александер выделял 3 основные группы психогенных заболеваний:

- 1. Истерические конверсии.
- 2. Вегетативные неврозы.
- 3. Психосоматические заболевания (ГБ, ЯБ, БА, тиреотоксикоз, ревматоидный артрит, нейродермит, неспецифический язвенный колит).

Для каждого заболевания характерен свой интрапсихический конфликт, которому соответствуют определенные эмоциональные переживания и физиологические корреляты:

- - нейродермит: *подавление желания физической близости;*
- - ЯБ: *конфликт между потребностью в зависимости, опеке и стремлением к автономности, независимости;*
- -ГБ: *подавленная, заблокированная агрессия.*

Алекситимия («нет слов для выражения чувств») - неспособность словесно определить и описать возникшее чувство.

- Неидентифицированное чувство вызывает физиологическое напряжение, вызывающее изменение на соматическом уровне.
- Человек не может различить собственно чувство и телесное ощущение и фокусирует свое внимание на телесных ощущениях, что только усиливает напряжение и приводит к соматическим нарушениям вследствие психофизиологической перегрузки.
- Из-за того, что сильная эмоция не подвергается вербальной символизации и, следовательно, остается недоступной сознанию, она начинает непосредственно воздействовать на организм, причиняя неблагоприятные последствия.

Теория психосоматического Эго: существование в структуре личности психического и телесного «Я»

- Телесное «Я» - представленность («проекция») телесных функций в психической сфере, как феномен восприятия процессов, происходящих в теле. Те функции и части тела, которые по каким-либо причинам отвергаются человеком, — вытесняются в сферу бессознательного, т. е. не входят в его личностную идентичность. Энергия, исходящая от этого участка тела или функции, начинает стремиться к реализации и, сталкиваясь с сопротивлением, приводит к расстройству вытесняемой телесной функции.
- Психосоматическое расстройство понимается здесь как проявление аномального личностного развития вследствие неблагоприятных («патогенных») отношений с матерью в периоде раннего детства.
- Психосоматическое расстройство (Г. Аммон) - результат отрицательного отношения индивида к отдельным элементам своего «Я», вызванного неконструктивными отношениями со значимыми людьми из ближайшего окружения.
- Возникновение психосоматических реакций на травмирующие жизненные события оказывается связанным здесь с неразвитой способностью человека устанавливать четкие границы своей идентичности, разделять свое и чужое мнение о самом себе.

Современные психодинамические концепции

- Психосоматические расстройства связаны с нарушенными отношениями с матерью на самых ранних этапах развития и сохранением психотравмирующих отношений с близкими на протяжении всей жизни.
- Из-за этого у психосоматиков развивается аутовраждебное и жестокое Супер-Эго, превращающее чувства телесного «Я» в нечто «чужое», «не свойственное» личности, низкое и отвратительное. Поэтому психосоматические симптомы имеют компенсаторную функцию и выступают эквивалентом психотической дезинтеграции Эго, когда бессознательные самодеструктивные силы (энергия и негативный аффект) замыкаются в ограниченной сфере соматической болезни, сохраняя человеку психическое здоровье.
- Психосоматические расстройства связаны с частичной дезинтеграцией Эго только на уровне телесного «Я», тогда как психотические расстройства характеризуются тотальной дезинтеграцией Эго.

- **Психосоматическое заболевание** – соматическое страдание, в этиопатогенезе которого центральная роль принадлежит психологическим факторам, таким, в частности, как неотрагированные эмоции.

Диагностические критерии различных форм психосоматических расстройств

1. Функциональный характер
2. Обратимость
3. Длительность существования
4. Локализация
5. Характер связи с особенностями личности
6. Особенности взаимосвязи с психологическими факторами

Классификация психосоматических расстройств:

1. Локализационный принцип:

- - сердечно-сосудистый вариант;
- - респираторный;
- - желудочно-кишечный и т.д.

Классификация психосоматических расстройств:

2. Клинический принцип (А.Б. Смулевич):

- - **Психосоматические заболевания** в традиционном их понимании - соматическая патология, манифестация или эскалация которой связана с лабильностью организма по отношению к воздействию психотравмирующих социально-стрессовых факторов (ИБС, эссенциальная гипертония, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, псориаз, некоторые эндокринные и аллергические заболевания).
- **Соматоформные расстройства и соматизированные психические реакции.**
- **Нозогении** — психогенные реакции, возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний.
- **Соматогении** (реакции экзогенного типа или симптоматические психозы).

Психосоматические расстройства:

- Психосоматические реакции
- Функциональные невротические расстройства органов
- Соматоформные расстройства
- Конверсионные расстройства
- Психосоматические заболевания

- В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) термин «психосоматические» не используется *«ввиду различий в его использовании на разных языках и при различных психиатрических традициях, а также для того, чтобы не подразумевалось, будто при других заболеваниях психологические факторы не имеют значения в их возникновении»*.

МКБ-10 (1994):

- F45 Соматоформные расстройства
- Повторяющееся предъявление соматических симптомов наряду с постоянными требованиями провести медицинское обследование – вопреки многократному получению отрицательных результатов и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики
- F45.0 Соматизированное расстройство
- F45.2 Ипохондрическое расстройство
- F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция
- F45.4 Хроническое соматоформное болевое расстройство

МКБ-10 (1994):

- F50. Расстройства пищевого поведения:
- F50.0 Нервная анорексия
- F50.2 Нервная булимия
- F50.4 Переедание, сочетающееся с другими психологическими нарушениями
- F50.5 Рвота, сочетающаяся с другими психологическими нарушениями

МКБ-10 (1994):

- F52 Половая дисфункция
- F52.0 Отсутствие (потеря) полового влечения
- F52.1 Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения
- F52.2 Отсутствие генитальной реакции и т.д.

МКБ-10 (1994):

- F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, квалифицированными в других разделах