

Психосоматика для чайников



18+

Нуртдинов Марат

Марат Акдасович Нуртдинов

Психосоматика для чайников

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=64371502

SelfPub; 2023

ISBN 978-5-532-97720-4

Аннотация

Эта книга посвящена поиску связи между психологическим типом человека и характером заболевания. Обозначены наиболее типичные психологические проявления основных психосоматических болезней, а также даны причины с точки зрения психоаналитика и холизма. Автор – профессор кафедры хирургических болезней БГМУ, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАЕ, отличник здравоохранения РБ, специалист МОО ЕКПП. Автор более 500 публикаций и 30 изобретений, в том числе 4 книг по хирургии и психоанализу. Эта книга – анализ 30-летнего опыта работы в хирургической гастроэнтерологии, микрохирургии и психоаналитической терапии. Администрация сайта ЛитРес не несет ответственности за представленную информацию. Могут иметься медицинские противопоказания, необходима консультация специалиста.

Марат Нуртдинов

Психосоматика

для чайников

При настоящих же условиях болеют все: бедные болеют от нужды, богатые – от довольства; работающие от напряжения, бездельники – от праздности; неосторожные – от неосторожности, осторожные – от осторожности.

«Записки врача». В.Вересаев, 1901.

Предисловие

Те, кто привык к бесплатности государственной медицины, могут спокойно закрыть эту страницу, эта книга не для вас.

Эта книга не для тех врачей, кто свято верит во всемогущество таблетки и с нетерпением ожидает появления очередного чудодейственного лекарства.

Эта книга не для тех хирургов, кто обожествляет собственный скальпель и непоколебимо верит в свою исключительность, основанную на том, что никто в его уездном городе или районном центре не может лучше него прооперировать холецистит.

Эта книга не для тех психологов, кто убежден в силе собственного духа и верит, что только он способен наложением рук исцелить любого.

Эта книга для тех врачей, кто привык во всем сомневаться, для тех больных, кто устал ходить по врачам, кто мучается от боли.

Эта книга для тех людей, кто хочет обрести новое видение, открыть для себя новые горизонты.

Познай себя сам, учили древние, и этот тезис по-прежнему остается верным.

Среди психоаналитиков распространено мнение, что люди, страдающие психосоматикой, лишены воображения. Вполне возможно, но совершенно точно они не глупы, скорее психосоматика – это горе от ума. Они сильны в интеллектуальном плане, но эмоциональный интеллект слабо развит или вовсе отсутствует.

Помню женщину, которая была на приеме пару десятилетий назад, на вид очень воспитанная, образованная. Пришла она с болями в животе и сказала буквально следующее: «Отрежьте мне этот ливер!»

И показала на свой живот.

Это заставило меня задуматься, что может подвигнуть человека настолько брезговать своим телом?

Эта книга для тех, кто готов пройти тяжелый путь исцеления, тех, кто понимает, что простых путей в жизни не существует.

Те вещи, о которых будет сказано, не для среднего ума. Хотя ваш покорный слуга и пытался максимально без заумностей описать взгляды психоаналитиков, в том числе орто-

доксальных, на причины и течение психосоматических заболеваний.

Далеко не всегда они мной разделяются, но для полноты картины упоминаются.

В этой книге осуществлена попытка осветить не лекарственное или хирургическое лечение, без которых не может быть полноценного исцеления от многих болезней, а показать, что глубинные причины возникновения большинства болезней находятся в самом человеке.

Должен заметить, что это художественная книга, не претендующая на научность, все события и персонажи вымышлены, любые совпадения случайны.

Люди, выросшие в СССР, считают больницу некоей тихой гаванью, так как в советские времена врачи добродушно встречали этих больных, дарили тепло и участие.

Но времена изменились, больницы должны зарабатывать деньги, как и врачи, а тех воспитанных на принципах уездной медицины, таких как Чехов, Булгаков, уже не осталось.

Как известно, в Англии, например, медицина бесплатная, однако даже там больницу через 50 лет после постройки разрушают до основания и кирпичи утилизируют.

Там они точно знают, что за 50 лет кирпичи в больнице пропитываются микробами.

У нас же больницы реконструируют, и больные лежат на тех матрасах, на которых до них, быть может, умерли не один десяток, а может, сотня людей. С точки зрения эзотерики,

такие матрасы нужно сжигать. Мне кажется, у нас они лежат годами.

Такие простые истины не доходят до наших людей.

С другой стороны, невозможно без боли в сердце смотреть на толпы людей, в отчаянии штурмующих больницы.

Как-то одна пожилая женщина сказала в ответ на мой вопрос «Зачем вам в больницу?»:

– Для чего-то же эти огромные красивые здания построили.

Этой женщине, проведшей всю жизнь в районе, хотелось просто побыть внутри дворца, каковым на первый взгляд является грандиозное сооружение – областная больница.

Однако статистика сурова. Наши медицинские деятели уже давно сопоставили медицину у нас и за рубежом. Помню в одном из ведущих изданий Минздрава РФ статью, в которой приводились следующие цифры.

В городе Марсель (Франция) – 1 млн. жителей, столько же, сколько и в Уфе. В то же время в Марселе всего две 500-кочные больницы: одна частная, другая – государственная.

В Уфе – семь больниц, каждая с фондом минимум 700 коек.

Наши государственные мужи вынуждены сокращать расходы на здравоохранение. Но никто не задается вопросом, как они там за рубежом справляются.

Простой пример. За границей нет такой специализации, как проктолог, то есть основную массу колопроктологиче-

ских больных (включая такие тяжелые заболевания, как болезнь Крона, неспецифический язвенный колит и др.) лечат психоаналитики. У нас в Уфе три отделения колопроктологии, не считая поликлинических проктологов. Что, разумеется, вызывает усмешку у зарубежных коллег: как можно 15 см кишки посвятить целую специальность, научно-исследовательский институт (НИИ проктологии), сотни диссертаций?

Напомню, в СССР было два НИИ проктологии: один в Москве, другой – в Тбилиси.

И таких безобразий огромное количество, не говоря о гинекологической патологии, онкологии, которые, безусловно, нуждаются в психоаналитической терапии, и т.д.

Теперь, когда у меня за спиной почти 30-летняя практика хирурга, звание член-корреспондента РАЕ, отличника здравоохранения РБ, степень доктора медицинских наук и пр., можно оглянуться на прожитый путь и сделать некоторые выводы.

Главный вопрос, который мне задают: «Почему профессор-хирург занимается психоанализом?»

Это началось в 1993 году, когда пришло время интернатуры по хирургии; уже тогда стало понятно, что в основе большинства болезней лежат расстройства души, поскольку долгими зимними вечерами, когда проводил обход в отделении абдоминальной хирургии, заметил, что отделение заполнено до отказа женщинами с холециститом.

Нередко это были немолодые, повывавшие жизнь особы.

Поразил факт, что достаточно изменить фокус вопроса и вместо того, чтобы спрашивать больных «Где болит?», сказать «Что беспокоит?», тут же начинался словесный понос.

Пациентки рассказывали о своих дочерях, которые не посещают их перед операцией, о зятях, о супругах, не исполняющих свой долг.

Женщины говорили о чем угодно, только не о своих болезнях.

То выражение, которое всем знакомо: «Все болезни от нервов, только сифилис от удовольствия!» – теперь получало реальное подтверждение.

Напоминаю, это отделение хирургической гастроэнтерологии, но если с животом все понятно, ведь в мединституте нас учили: «Хирурги – порождение плохих терапевтов», то, как быть с травматологией? Причем здесь душа? Этот вопрос задавал себе неоднократно.

Казалось, все дело случая, фатум, так сказать.

В 2002 году, продолжая свои исследования, перешел в отделение микрохирургии; мне казалось, что люди попадают под пилу и отрезают себе руки, пальцы не по своей воле, а по «случайности».

Микрохирургия недалеко в смысле «случайности» повреждения ушла от травматологии.

Но однажды прекрасным майским субботним вечером привезли за 200 км, из другого города 18-летнего мальчика,

который себе отрезал руку в районе предплечья. На осмотре – ровная рана и отрезанная рука, было ощущение, что это – специально.

10 часов пришлось провести за микроскопом, руку пришил. Но потом 3 недели ходил и не мог разогнуться.

Дело в том, что это очень сложная операция и приходится отдавать большую частицу себя, души и тела, а результаты не очень обнадеживающие. Мало кому удастся воспользоваться пришитой рукой.

Это натолкнуло меня на мысль глубже заняться психологией, психоанализом и психосоматикой.

Но на самом деле все началось значительно раньше, когда мне попало «Введение в психоанализ». Это было начало 90-х, и это изменило мою жизнь.

Большинство врачей в потоке бытия редко останавливаются, захваченные суетой сует, поэтому мало кто задумывается о глубинных причинах болезней, да и сама система высшего медицинского образования у нас и за рубежом основана на принципе: *primum non nocere* – прежде всего не навреди.

То есть лучше ничего не делать, чем навредить больному. Или 100 раз отмерь, один раз отрежь.

Для закрепления этого принципа в медуниверситетах студентам промывают мозг, заставляя изучать предметы, никак не нужные во врачебной практике.

24 года преподавания в медицинском университете поз-

воляют мне это заявлять со всей ответственностью.

Недавно пересмотрел фильм с Василием Лановым «Офицеры», один эпизод потряс своей точностью. Напомню. Жена Шакурова сидит и зубрит анатомию, повторяя как мантру: *musculus mylohyoideus, musculus digastricus* и т.д.

Что поразило, так это то, что мы точно также через 50 лет после того времени, о котором снимали фильм, учили эти мышцы, не пригодившиеся в хирургической жизни, потому что они имеют отношение к стоматологии, но не к хирургии.

Все бы ничего, если бы анатомия была ознакомительной, но ведь на ней просто террор. А потом все эти мышцы благополучно забываются через полгода.

И таких предметов большинство.

В результате врачи следуют алгоритмам лечения, которые прописывают каждый их шаг.

Конечно, продвигу возгласы номенклатуры от здравоохранения: «А как же персонализированная медицина!»

В этом-то и проблема. Вначале врача беспощадно заставляют следовать строго определенным законам, а потом чиновники думают, что человек может измениться по мановению их волшебной палочки.

В медвузе преподают 3 химии: общую, биоорганическую и биологическую. Как они могут пригодиться хирургу?

Не буду утверждать за всех, мне они никак негодились, хотя по двум из них у меня «5».

Дорогой читатель! Надеюсь, мне будут прощены много-

численные орфографические, грамматические и стилистические ошибки, излишняя эмоциональность и прямолинейность в обличении существующего порядка вещей. На самом деле, не все так плохо в отечественной медицине, есть настоящие праведники и труженики, которым и посвящена эта книга, а также тем, кто терпел мои ошибки в лечении, стойко переносил категоричные высказывания и советы.

Больничная симфония, или в чем разница между врачом и психоаналитиком

Больничная симфония состоит из огромного количества инструментов.

Днем это вагнеровские мотивы, тяжелая поступь скрипящих колесниц каталок, которую регулярно перекрывает звон тарелок с кухни. Литавры хлопающих дверей заглушают шум приезжающего больничного лифта, в который вклинивается сердитый крик лифтера, прерываемый арией раздатчиц: «Обед!»

Многоголосье хора медсестер к вечеру позволяет прозвучать шуму сирен подъезжающих скорых, иногда перекрываемых клаксонами нетерпеливых родственников у пропускного пункта, приехавших забрать своих выздоровевших больных. Что это? «Полет шмеля!»

Но Вагнер мне не по вкусу; самый утонченный мотив звучит ночью, когда цокот тупель медсестры отдается в накопительные слухового аппарата в ответ на стон переведенного из реанимации тяжелобольного. «Октябрь» великого Чайков-

ского, это мелодия больничной ночи.

Самая амбивалентная история – середина ночи, когда вдруг слышен шум шин подкрадывающейся неотложки, после которой музыка больницы оживает, хлопают двери приемного покоя, затем резкий, но ожидаемый звон телефона, и усталый голос медсестры приемного покоя вызывает тебя из сказочной дремы тревожного сна на бесконечный бой между жизнью и смертью.

Резким выстрелом звучит скрип двери грузового лифта, и лифтер с сочувствием вопрошает, как Харон:

– Приемный покой?

И ты спускаешься под гудение софитов в преисподнюю.

Несколько звонков, и приемник оживает, лаборантка гремит ксилофоном пробирок и стекляшками свирели. ЭКГ – лаборантка вступает виолончелью завывания аппарата, трубно гудит баритоном рентгенология, просвечивая лучами стоящего пациента.

И вот бас старшего хирурга включает половецкие танцы:

– Развертываем операционную!

И вдруг вступает выверенный «Турецкий марш» Моцарта, в котором все продумано, все просчитано и слаженно. Лязг хирургических инструментов, которыми дирижирует операционная сестра, завывание отсосов и умные вздохи дыхательных контуров камерного оркестра анестезиологии.

Потом снова гробовая тишина.

А ты сидишь на первом этаже, среди обрушившейся ти-

шины пробуждающегося утра, в котором вдруг становятся слышны крики птиц, недовольных скачкой белок среди начинающих желтеть лиственниц, что растут во дворе больницы.

Разумеется, никакой шрифт, ни стиль писанины не могут отразить всего бурлеска больничной жизни, всего перформанса, состоящего из запахов жареного минтая, доносящегося из столовой, и удушливой вони распадающейся опухоли прямой кишки, когда эшерихия коли начинает свою сумрачную дискотеку в темных лабиринтах микробиоценоза чрева.

А как можно описать первобытный ужас 17-летней девочки, впервые попавшей в операционную в качестве санитарки, когда ее голубые глазенки, блестящие над туго затянутой маской, вдруг темнеют от поминального грома падающей в таз ампутированной, черной от гангрены ноги, отрезанной под самый пах?

Какой Брейгель, какой Босх в состоянии написать ужас смерти и хорор трупов?

Больничная симфония – это реквием и опера человеческому мужеству и трусости, героизму и предательству, честности и пустому морализаторству.

Очевидно, что чем раньше врач надевает на уши, на обоняние и зрение, невидимые фильтры, защищающие его психику от всех этих кошмаров, тем дольше он проживет, потому, что невозможно постоянно находиться в нечеловеческом хоре стонов и жалобных криков умирающих больных

в реанимации.

С другой стороны, психоаналитик обязан быть полностью открытым к любым звуковым, обонятельным и визуальным проявлениям, которые приносит с собой клиент.

В этом кардинальное отличие психоаналитика от врача.

В этом и заключается проблема диагностики и лечения психосоматики.

Врачи зачастую бывают, глухи к чувствам и сильным эмоциям, скрываемым психосоматиками, а психоаналитики не знают проявлений соматических болезней.

О возрасте

В медицине выделяют календарный возраст – это сколько человеку лет, и биологический возраст, который рассчитывается на основании ряда параметров. Одним из наиболее простых тестов является умение стоять на одной ноге или ходить по рельсу не падая. То есть умение держать равновесие является одним из важных критериев молодости.

Еще один тест – глубина наклона вперед. Если вы можете кончиками пальцев достать до земли – хорошо, если при наклоне вы ладонями касаетесь почвы под ногами – прекрасно.

Это было хорошо известно создателям знаменитой системы ГТО (готов к труду и обороне).

Немаловажный критерий – психологический возраст. Известно, что люди в браке чувствуют себя старше. Армия тоже вносит свои коррективы во внутреннее мироощущение.

Люди с высшим образованием отличаются от людей, не

достигших их социального положения.

Вопрос состоит в том, как связаны календарный, биологический и психологический возраст.

В медицине известно состояние – прогерия (раннее старение).

Кроме того, выделяют ретардацию – задержку пубертатного развития и его торможение.

Широко известен факт, что люди у власти дольше сохраняют интеллект, спортивную форму и прочее.

Вполне очевидно, что здоровье и продолжительность жизни как минимум на 50% зависят от генов. Ведь дети аборигенов Австралии, вынужденные в три года копаться в земле, чтобы найти корешок и съесть его, не от пустого любопытства этим занимаются, а для того, чтобы выжить. Они рано взрослеют, но и долго не живут. Условия жизни не те.

С другой стороны, есть свидетельства того, что евреи, пережившие холокост, концлагеря и прочие кошмары, нередко доживают до 100 лет. То есть тяжелые жизненные испытания не сокращают продолжительность жизни.

Однако в СМИ есть много информации о нацистских палачах, доживших до 100-летнего возраста. Выходит, совесть не влияет на физическое здоровье. Хотя нельзя исключить факт того, что у гитлеровцев не было совести.

Если раньше считалось, что для того, чтобы прожить большую жизнь, нужно избегать стрессов, то теперь большинство ученых полагают, что стрессы необходимы, что

нужно разгружать надпочечники от адреналина, что задержка адреналина приводит к ожирению, депрессии и прочим психосоматическим неприятностям.

Даже внешний вид не всегда является критерием здоровья. При сахарном диабете люди долго выглядят юными.

Кроме того, на память приходит один профессор анатомии, которая рассказывала, что ее учитель всегда ходила с прямой спиной и контролировала себя, чтобы не морщить лоб.

Это ей помогло до преклонного возраста сохранить гладкость лица.

Достаточно съездить на собрание одноклассников, однокурсников, чтобы с ужасом убедиться, как быстро летят годы.

Но как обратить время вспять?

Все как всегда просто – ЗОЖ (здоровый образ жизни). Но мало кто говорит о психологической гигиене, о том, что надо регулярно избавляться от информационного мусора, который скапливается в памяти, нужно проводить «чистку реестра» эмоционального интеллекта. Все эти идеи о том, что нужно жить настоящим, не оглядываться назад, плохо соответствуют жизненному опыту. И очевидно, что попытки утопить плохие воспоминания в стакане вина приводят к циррозу печени.

Показано, что психологи живут в среднем дольше среднестатистических жителей планеты Земля.

Но как прожить счастливую жизнь – об этом медицина умалчивает, это не входит в сферу ее компетенций.

Глава первая. Причины психосоматики

Представления обычных, далеких от медицины людей об организме довольно часто сочетают механистические, а иногда и анимистические воззрения. Так, работу сердечнососудистой системы они понимают как систему охлаждения автомобиля. И когда им говорят, что холестерин повысился, они считают, что надо переходить на зимнее масло с пониженной вязкостью. Или если на УЗДГ (доплерография) утверждают, что просвет сосуда сузился, значит, опять же надо поменять присадку в надежде растворить эту самую атеросклеротическую бляшку.

Все не так просто. В далеко зашедших случаях, когда разрезаешь сосуд ножницами на операции, он хрустит, то есть степень кальцификации такая, что сосуд буквально становится каменным.

Но не думаю, что надо опускать руки.

Всем хорошо известен пример Исландии, в которой продолжительность жизни была такая же, как у нас на северах, где люди не доживают до 50 лет.

Но исландцы построили бассейны и не менее 1 часа в день стали плавать, в результате их продолжительность жизни возросла до 85 лет.

В условиях экстремально холодного климата регулярное расслабление является ключом к улучшению и продлению

жизни, а полагаться на антиатеросклеротические таблетки легкомысленно.

Еще один миф – иммунитет.

Что только ни говорят об иммунитете, но на самом деле, и это никому неизвестно, зато известно другое, иммунитет в значительной степени контролируется ГГНС (гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системой), то есть эндокринной системой.

То есть сигнал из гипоталамуса (рептильного мозга) передается в гипофиз и затем, усилившись, идет в надпочечники и гонады (половые железы).

Что есть гипоталамус, сиречь рептильный мозг?

Подвластен ли он коре мозга, то есть сознанию? Это науке (рациональной) доподлинно неизвестно, однако существует иррациональная наука (психоанализ, йога), которая убеждена, что подсознание можно контролировать. Другой вопрос – о локализации Бессознательного и что первично: яйцо или курица?

Справедливости ради, есть ряд ученых, которые полагают, что иммунитет тоже влияет на эндокринную систему.

Фрейд считал, при соматическом заболевании человек свою любовь отвращает от окружающих и перемещает на себя, отказывается от внешнего мира.

Но какая связь между любовью и болезнью, ведь кажется, что боль никак не связана с любовью?

Во-первых, люди сильно различаются по чувствительно-

сти к боли, и достаточно посмотреть на истязающих себя в тяжелых тренировках спортсменов, чтобы понять, что боль для них – это цель, ведь «жжение» в мышцах, которого добиваются бодибилдеры, находится выше ощущения боли, то есть они преодолевают боль в мышце, чтобы появилось чувство «жжения».

То, как в детстве мама обращается с ребенком, формирует его отношение к телу. Так, если она регулярно бьет его, то понятно, что во взрослой жизни человек неосознанно будет стараться почувствовать боль, чтобы вспомнить «счастливое» детство, потому что другого у него не было, и он воспринимает боль как счастье.

Знакомый рассказывал, что его школьники, а работал он на Крайнем Севере, любили в холода выходить на улицу и спать в снегу; для обычных людей это смертельно, но для коренных жителей это необходимость.

Говорить о причинах психосоматических болезней сложно, потому что у них нет одной причины. Этих причин огромное количество, и выделять какую-то одну – бессмысленное занятие. Эта книга рассчитана на интересующихся этой проблемой без специального психоаналитического или медицинского образования.

Почему эта книга возникла сейчас?

Ковид-инфекция резко поменяла приоритеты чиновников от Минздрава, поэтому есть необходимость осветить некоторые вопросы современности.

Важность исследования коронавирусной инфекции не вызывает сомнений, эта пандемия – первое в истории человечества явление подобного рода. Сравнение с эпидемиями чумы, регулярно бушевавшими в Европе в Средние века, некорректно, поскольку в те времена изоляция была более или менее возможна. Нынешняя глобализация не позволяет считать соблюдение карантинных ограничений полноценным.

Компаративистика (сравнение) с «испанкой», гриппом, охватившим планету в 20-е годы XX века, тоже нерелевантна, так как она была до эпохи открытия антибиотиков. Нынешняя популяция человечества – целиком и полностью результат развития на фоне приема антибиотиков.

Но еще более важным аспектом, резко отличающим нынешнюю пандемию от эпидемий прошлых лет, является психологический фактор. Огромное давление средств массовой информации, страхи, провоцируемые соцсетями, с другой стороны, противоречивые данные о цифрах летальности и смертности – все это вызывает вполне понятное расщепление массового сознания.

Что касается врачей и их соматических воззрений на патогенез коронавируса, то некоторые авторы сравнивают заразу с геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС), то есть отмечают васкулит как основное патогенетическое звено этой заразы. Известно, что при ГЛПС этот самый геморрагический васкулит является неспецифическим,

то есть, поражая преимущественно почечные сосуды, тем не менее, мог вовлекать сосуды желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), головного мозга и т.д.

Во многом сходную картину отмечают и при COVID; наиболее любопытный феномен – желудочно-кишечная форма коронавируса, которая протекает по типу мезаденита. Мезаденит – воспаление лимфатических сосудов ЖКТ.

Мезаденит, в свою очередь, странное заболевание, которое чаще всего выявляется при дифференциальной диагностике острого аппендицита. То есть клиника мезаденита во многом схожа с симптоматикой воспаления червеобразного отростка.

Теперь, когда большинство авторов не сомневаются в иммунологической функции аппендикса, становятся очевидными патогенез и этиология, в свою очередь, мезаденита, а уж об иммунологии «короны» только ленивый не упоминал.

С другой стороны, «цитокиновый шторм», о котором так любят поговорить доктора, вряд ли возможен у больных с неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона. У этой категории пациентов иммунитет находится в хронической депрессии, если можно так выразиться, и у них вряд ли будет ЖКТ-форма коронавирусной инфекции.

Но каковы патогенетические механизмы COVID-инфекции в психологическом смысле?

Большинство опрошенных врачей отмечают немотивированную агрессию, которую после прохождения периода

обострения пациенты воспринимают как чужеродную, инородную.

Создается ощущение, что подобная реакция характерна для тех лиц, которые обладают флегматичным темпераментом, отстраненным. Эти люди не склонны рефлексировать, замечать очевидные вещи.

В тоже время, говоря о судьбах агрессии при коронавирусной инфекции, можно отметить, что в ряде случаев у пациентов со склонностью к гипертонии, то есть атлетическим телосложением и гиперстениками по хабитусу, наблюдается то, что мы в своей терминологии обозначили как «патологический регресс». Это явление можно широко наблюдать в условиях хирургической реанимации, когда внешне успешные люди в послеоперационном периоде буквально «зависают» в реанимационной палате и не проявляют никаких попыток выбраться из больницы. Они становятся вялыми, адинамичными, неохотно вступают в контакт или вообще игнорируют расспросы. Для знатоков психоанализа укажу, что Гюнтер Аммон говорил о «нарциссическом» и психосоматическом регрессе, что коррелирует с упомянутым мной термином «патологический регресс», который свидетельствует об откате психики к способам существования в эмбриональном состоянии.

Складывается ощущение, что больные, увидев «свет в конце тоннеля», как загипнотизированные стремятся к встрече со своим мортидо.

Это похоже на описание хирургических больных, данное святым Лукой (Войно-Ясенецкий), который полагал, что некоторых пациентов достаточно уколоть иглой, для того чтобы убить.

Говоря о патогенезе коронавирусной инфекции с точки зрения психосоматики, необходимо помнить о том, что у любой болезни есть две выгоды.

Первичная выгода состоит в том, что при болезни нет необходимости выполнять какое-то действие. Например, если у вас есть вредная свекровь, то в случае, если вы заболете ревматоидным артритом, у вас появляется веская причина не посещать ее. Ведь для вас является громадной проблемой выполнение ежедневных гигиенических мероприятий, что уж говорить о поездке к свекрови.

Вторичная выгода заключается в том, что вас жалеют люди, которые гнобят вас здорового.

Эта вторичная выгода, умножаясь с первичной, навсегда закрепляет рефлекс болезни и бессознательно становится необходимым вариантом поведения, автоматически проявляясь и фиксируясь в репертуаре жизненных реакций.

Еще один аспект динамики заболевания в ковид-эру состоит в том, что коронавирусная инфекция способна обнажить дремлющие патогенетические процессы.

Например, у человека до пневмонии были проблемы в виде панических атак, но они никак не связывались с дыхательной системой. После перенесенной коронавирусной ин-

фекции панические атаки усилились, и стало очевидно, что страх смерти связан с одышкой, с экспираторным затруднением дыхания, то есть невозможностью выдохнуть. В процессе психоаналитической терапии удастся выяснить, что затруднения дыхания непосредственно коррелируют со сном, так было и до корона-инфекции.

При опросе, возможно, установить, что боли, как указывает больной, локализуются за грудиной. Дальнейшее исследование анамнеза показывает, что боли усиливаются при наклонах; это так называемый симптом «шнурков».

Таким образом, у человека всегда существовала гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, манифестировавшая до ковид-инфекции тем, что давала кошмарные сновидения в те моменты, когда во время сна содержимое желудка затекало в трахею и вызывало одышку и затруднения дыхания, в свою очередь приводившие к ужасным сновидениям, заставлявшим просыпаться от страха смерти.

После перенесенной коронавирусной инфекции у больной страхи смерти усилились, и ипохондрия привела к фиксации внимания на дыхании. Конечно, социальная изоляция, экономические трудности способствовали кумуляции патологических процессов и привели к тяжелой депрессии, ставшей причиной обращения к аналитику.

Еще один любопытный симптом коронавирусной инфекции – потеря обоняния. Хорошо известно, что вомероназальный орган обеспечивает улавливание феромонов, кото-

рые в свою очередь характеризуют уровень либидо.

Даже ученые-медики оказались не готовы к психологической атаке современных средств массовой информации, что говорить об обычных людях. Быстрый рост психических расстройств и психосоматических заболеваний очевиден, беспрецедентная заболеваемость депрессией, паническими атаками, нарушения поведения, алкоголизм, осложнения супружеских отношений, страхи смерти, агрессивность – и это неполный перечень психологических проблем.

В сущности, речь идет о гибридной войне, симультанте биооружия и инфобомбы, а такого в истории человечества просто не было. Под «инфобомбой» разумею то, что все новостные ленты заполнены отчетами о заболеваемости и летальности при COVID, хотя цифры смертности мало озвучиваются. Для обычного человека летальность и смертность неразличимы. Хотя летальность – смерть от определенного заболевания, а смертность – общее количество умерших.

Таким образом, пандемия привела к тому, что дремавшие язвы психологических, соматических проблем в индивидуальном сознании оказались под мощным давлением средств массовой информации и проявились в новом обличье.

Итак, психосоматика в постковидную эру. Основная психическая защита при психосоматозе – это ипохондрия, то есть поиск в ментальном образе своего тела болезненных зон. Этот процесс автоматический. Допустим, начальник, шеф накричал на страдающего человека, тот инстинктивно

начинает сканировать мысленный образ своего тела в попытке найти болевую точку.

Конечно, этот рефлекторный поиск начинается с привычных зон, ранее использовавшихся для фиксации чувств, возникающих в ответ на психическую травму. Затем, обнаружив точку боли, чувство, обострившееся на внешнюю агрессию, начинает свербеть и скрести это место.

Это сканирование своего ментального образа может возникать и на травматические воспоминания. Допустим девушка «случайно» вспоминает, как ее в детстве попытался изнасиловать пьяный сосед, в результате возникает острый аднексит или другая проблема в малом тазу.

У каждого свои места «отдохновений». У кого-то обнаружившиеся желчные камни локализуют в ментальном образе тела болевую точку, у другой, это за грудиной область. При гипертонии – головные боли и т.д.

Нынче, когда свирепствует COVID, основная локализация психосоматических проблем – легкие, и жалобы, после перенесенной коронавирусной инфекции – это одышка, затруднение дыхания, слабость, головокружение, боли в области грудной клетки.

Что по поводу легочников говорят классики психоанализа?

Кашель – это нереализованный плач. То есть основная проблема легочников, с точки зрения психосоматики, это неотреагированное горе. Однако слезы могут символизировать

не только горе, уныние и депрессию. Нередко под слезами кроется нереализованная агрессия. И в этом смысле психосоматика обращает агрессию и ее аффекты, такие как гнев, злость, ярость, бешенство, раздражение и пр., на себя.

Конечно, можно пойти поплакаться подружке, и это даст некий выход психосоматическому потенциалу, однако то, что прячется глубже и является, собственно, основной этиологией (причиной) психосоматики, не может быть реализовано в дружеских посиделках. Только трудная тяжелая работа со специалистом может помочь. Люди годами прячутся от своих эмоций, стесняются своих чувств, и только когда заплата психических защит не выдерживает и болезнь затапливает психическое поле, и развивается психосоматика, тогда люди начинают искать чудо-таблетку.

Впрочем, люди – обыватели традиционно обращаются в больницы и поликлиники, и назначение таблеток тоже помогает, хотя и не излечивает.

Что такое психосоматика

Впервые понимание того, что болезни связаны с душевными переживаниями, было озвучено врачом, проживавшим на острове Кос рядом с Турцией; этого врача впоследствии назвали Гиппократ.

Гиппократ считал, что возникновение болезней связано с чувством вины.

Новое дыхание этим воззрениям придал Франц Александре, ученик Фрейда, который создал знаменитую «Чикаг-

скую семерку» болезней:

ревматоидный артрит;

язвенная болезнь;

неспецифический язвенный колит;

бронхиальная астма;

ИБС (ишемическая болезнь сердца);

гипертоническая болезнь;

зоб.

Хотя с терминологией не все ясно. Как правильно называть: психосоматические или соматопсихические болезни?

Поскольку большинство заболеваний тела вызывают те или иные психические нарушения.

Что является морфологическим субстратом психосоматики? Откуда растут корни психосоматики? Где в организме находится орган психосоматики?

В силу того, что первая моя специализация – желудочная хирургия, буду в первую очередь говорить о болезнях живота.

Впрочем, даже в Великую Отечественную войну ранения живота считались самыми тяжелыми.

Кроме того, если посмотреть структуру больниц, выяснится, что в каждой городской больнице есть отделение «чистой хирургии», где до 70% больных составляют люди с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, это и аппендициты, холециститы, язва и пр.

Итак, в чем причина такого внимания к животу?

Ныне доказано, в ЖКТ (желудочно-кишечный тракт) содержится порядка 100 млн. нейронов. Это мозг маленькой собачки, а с учетом того, что в филогенетическом (филогенез – это процесс исторического развития живой природы и отдельных групп составляющих ее организмов) отношении нейрональная система ЖКТ возникает существенно раньше, то вполне очевидно, что некоторые индивидуумы думают в первую очередь животом. А то, что при болезни наша внутренняя собачка творит все что хочет, каждый может почувствовать на себе, например, при гриппе.

Кроме дыхания, основой жизни является прием пищи и жидкости. Конечно, без дыхания человек не проживет и 5 минут, а без воды может выдержать 7 суток.

Но дыхание – произвольный, автоматический процесс, а прием пищи мы можем регулировать.

И это повод задуматься о психосоматике.

Почему возникает психосоматика?

Есть дефиниция (определение) – токсичная (психосоматогенная) мать.

Такая мать рождает ребенка ради какой-то цели: удержать мужа, согласно требованиям родителей или социума. Внешне она очень заботлива, но забота о ребенке выражается в форме функции, ребенок не получает эмоционального отклика. И только если ребенок заболевает, тогда в матери активизируется чувство вины, и она всю себя посвящает заботе о ребёнке.

Так формируется условный рефлекс, и всякий раз, когда ребенку нужно внимание мамы, он начинает заболеть.

У меня как-то был случай ребенка, страдающего бронхиальной астмой. Выяснилось, что после рождения мама всю себя отдала воспитанию, тем самым лишив мужа внимания, муж завел любовницу. Понятно, что все окружение это видело, однако мама только на бессознательном уровне это чувствовала и транслировала свои переживания через болезнь ребенка.

В настоящее время большинство мыслителей полагают, что такой категории, как ребенок, не существует, есть диада – мать и ребенок. То есть ребенок воспринимает мир через мать, его собственная сенсорная система недостаточно развита.

Больные часто нуждаются в уколах, какой в этом символический смысл? Укол шприцем заменяет укол совести, то есть чувство вины является ведущим механизмом развития психосоматики.

Как выявить психосоматику?

В первую очередь нужно понять, почему заболевание возникло именно сейчас?

То есть исключить актуальную (недавнюю) травму, в том числе психическую!

Второй момент: психосоматические заболевания возникают в наиболее трудоспособном возрасте, то есть в 30–40 лет.

В этом возрасте в большинстве случаев человек, как правило, не болеет!

Мне много лет довелось ходить со студентами на обход в реанимацию. Это место, где люди лежат голыми, без сотовых телефонов, с редкими посещениями врачей, которые не могут позволить себе долго разглагольствовать с больными, а просто снимают показания датчиков. Хотя есть и такие реаниматологи, которые не прочь выслушать проблемы своих подопечных.

Поэтому реанимационные больные в большинстве случаев разговорчивы.

Помню женщину 48 лет, лежавшую после того, как лет за 5 до этого ей вырезали опухоль толстой кишки. В этот раз ее госпитализировали с острой кишечной непроходимостью.

То есть у нее было минимум 3 тяжелые операции.

При опросе выяснилось, что рак у нее обнаружился, когда погиб ее любимый сын, которому было 20 лет. Затем этот мир покинул ее муж.

Все эти травматические события оказались непереносимы для ее психики. Да и любой обычный человек в таких случаях начинает искать причину в себе, он спрашивает Бога «За что?» и не получает ответа.

Это становится невыносимо, и человек погружается в болезнь.

Но об этом чуть позже.

Какова структура психики психосоматического пациента?

Определить, каталогизировать, разложить по полочкам структуру психики человека, а тем более психосоматика – задача крайне сложная, а скорее всего невозможная, поэтому то, что будет изложено далее, прошу воспринимать как призыв осмыслить, а не как учебное пособие.

Большинство случаев у психосоматиков – это так называемый мазохистический тип, который включен в DSM-IV и V, то есть американскую классификацию болезней.

Мазохизм – ругательный термин в нашем словаре. На самом деле ничего ужасного в мазохизме нет, это распространенный тип поведения в природе. Когда стая шакалов нападает на львицу, она жертвует своей жизнью, чтобы спасти своих львят. Мазохизм – это эволюционно обоснованный тип личности.

Крайний вариант этого типа – болезнь Мюнхгаузена (госпитальные бродяги). Этой болезнью страдают преимущественно женщины и средний медицинский персонал, которые стали бессознательными наркоманами, то есть ложатся в больницу ради обезболивающих, но сами этого не осознают.

В медицинской литературе синдром аутоагрессии встречается под терминами:

- синдром Мюнхгаузена;
- polysurgical addiction;
- hospital addiction;
- hospital hoboies (полихирургическая или больничная зависимость, больничные бродяги);

- патомимия;
- синдром Люси;
- симуляция;
- искусственная болезнь.

Синдром Мюнхгаузена – это заболевание, при котором человек ищет повторных хирургических вмешательств.

Известен синдром альбатроса – назойливость обращения за врачебной помощью.

Синдром Агасфера констатируется при тенденции получения пациентом от медицинского персонала наркотиков.

А пока вернемся к причинам психосоматики.

Считается, что если у ребенка в возрасте до 1 года мама превышает необходимый порог фрустрации (раздражения), то это вызывает фиксацию на этом уровне. То есть если мама обижает своего ребенка чрезмерно, то во взрослой жизни, в стрессовых ситуациях человек в ментальном плане возвращается на этот уровень функционирования психики ребенка, когда его ругала мама.

Простой пример. Начальник накричал на подчиненного, тот почувствовал себя плохо, лег в больницу и жалуется врачу на боли в животе.

Если провести символическую аналогию, то человек, когда лежит, приобретает некое сходство с младенцем.

Еще один компонент: в любом случае детство – лучшее время жизни, и возвращение туда – это отрада, место отдохновения, счастья, даже если оно было с негативным оттен-

ком.

Более того, человек может бессознательно желать, чтобы начальник его отругал. Здесь появляется выгода, что начальник выступает в роли мамы, которая ругала в детстве. А когда ребенок начинал захлебываться в слезах, она его начала гладить и жалеть.

В данном случае жалеет врач.

Разумеется, вся эта описанная история производится бессознательно.

Нюансов огромное количество, сценарии этой многовековой истории бесчисленны.

Все мы хотим вернуться в свое детство, так или иначе.

Но вернемся к психосоматике.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.