



Сергей
Александрович
Кулаков

Психосоматика

5-е издание, исправленное
и дополненное

Сергей Кулаков

**Психосоматика. 5-е издание,
исправленное и дополненное**

«Издательские решения»

Кулаков С. А.

Психосоматика. 5-е издание, исправленное и дополненное /
С. А. Кулаков — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-44-835967-5

Книга представляет собой энциклопедию подходов и методов диагностики и лечения психосоматических пациентов на основе био-психо-социо-духовной парадигмы. Акцент сделан на интегративном подходе. Собранные в книге знания и обилие случаев из практики автора смогут быть полезными для специалистов разных школ и опыта, оказывающих помощь пациентам, у которых можно найти психологические корни их физических страданий

ISBN 978-5-44-835967-5

© Кулаков С. А.
© Издательские решения

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	7
Механизмы нарушения психологической адаптации	9
РАССТРОЙСТВО АДАПТАЦИИ (ШИФР 6В43 МКБ-11)	10
Глава 1. Классификация психосоматических расстройств	15
Симптомы соматоформного расстройства	17
Осложнения соматоформного расстройства	18
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №1. Ипохондрия	19
Диагностика соматоформного расстройства	21
СОМАТОФОРМНОЕ БОЛЕВОЕ РАССТРОЙСТВО	22
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №2	23
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №3. Клиническая супервизия случая соматоформной болевой дисфункции	24
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №4	28
РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ПАТОЛОГИИ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ	29
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №5. Болезненный половой акт	30
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №6	31
Лечение соматоформного расстройства	33
Соматическое дистресс-расстройство (МКБ-11)	34
ДИСМОРФИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО (МКБ-11)	35
Случай из практики №7	36
Диагностика психосоматических расстройств у детей	37
Случай из практики №8	38
Случай из практики №9	41
Ипохондрия (по МКБ-11 Патологическая тревога по поводу здоровья)	44
РАССТРОЙСТВА, НЕПОСРЕДСТВЕННО СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ	45
Случай из практики №10. Синдром Такоцубо (краткое посмертное клинико-психологическое исследование)	46
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №11. Переход психосоматического расстройства в аддиктивную патологию	50
Стресс и иммунитет	55
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №12	56
Глава 2. Клинико-психологическая диагностика. Первичное (приемное) клинико-психотерапевтическое интервью	58
Жалобы и симптомы	59
ПОГРАНИЧНЫЙ ТИП (МКБ-11)	60
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №13	62
Случай из практики №14	64
Изучение личной истории пациента	66
ОПЫТ ОБЩЕНИЯ СЕМЬИ СО СПЕЦИАЛИСТАМИ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ	67
Оценка функционирования пациента. Структурный диагноз	68
А. ИДЕНТИЧНОСТЬ	70
ЧУВСТВО Я	71

РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ДРУГИХ	72
Б. ОБЪЕКТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ	73
ОБЪЕКТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ (продолжение)	74
Объектные отношения (продолжение)	75
ОБЩАЯ ОЦЕНКА ИДЕНТИЧНОСТИ	76
В. АГРЕССИЯ И ВРАЖДЕБНОСТЬ	77
Общая оценка агрессии	78
Г. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ	79
Д. АДАПТАЦИЯ РИГИДНОСТЬ	80
Е. МОРАЛЬНЫЕ ЦЕННОСТИ	81
Глава 3. Концепции происхождения психосоматических расстройств	86
Психосоматический симптом как результат конверсии психической энергии. Конверсионная модель З. Фрейда	88
КОНВЕРСИОННОЕ РАССТРОЙСТВО	89
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №15	90
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №16	91
Случай из практики №17	94
Случай из практики №18	96
Структура Супер-Эго и психосоматическая патология	99
Случай из практики №19	100
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №20	103
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №21. НАРЦИССИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ	106
Конец ознакомительного фрагмента.	107

Психосоматика

5-е издание, исправленное и дополненное

Сергей Александрович Кулаков

© Сергей Александрович Кулаков, 2023

ISBN 978-5-4483-5967-5

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

ВВЕДЕНИЕ

Пять импульсов

Существует пять основных импульсов, движущих людьми: личная прибыль, собственность и удовольствия; семейные и кровные узы; законы общежития; совесть и чувство присутствия Живого Бога. Первые три импульса присутствуют и у животных, 4-й – у многих людей, пятый – у некоторых людей. Если метафорически распределить эти импульсы по линиям обороны в обратном порядке, получаем следующую картину. Пятый импульс – первая линия обороны; если человек не удержит ее, отступает на вторую (четвертый импульс); не удержав вторую, отступает на третью (третий импульс) и так далее, до первого. Так происходит деградация человека, регресс и гибель. Гибель, ибо и последнюю линию обороны может потерять человек. И тогда ему уже не остается ничего, кроме тупого безразличия ко всему, отчаяния и – самоубийства.

Владыка Николай Сербский

В Новое время учение о связи соматических заболеваний и психических процессов назвали психосоматикой. Со временем это понятие все больше расширялось, и психосоматические аспекты рассматривались как более или менее относящиеся к клинике множества болезней. Существовало и направление, противоположное такому широкому пониманию психосоматики, – многие авторы пытались подвести под это понятие только специфические заболевания. Такие картины болезни также назывались «психофизиологическими расстройствами» (например, бронхиальная астма, эссенциальная гипертония, язвенная болезнь желудка и т. д.).

У истоков развития психосоматической медицины в России стояли виднейшие русские клиницисты, которые указывали на неправильность понимания соматической болезни как процесса, обусловленного только биологическими факторами. При внимательном изучении их работ можно заметить, что они придавали огромное значение условиям жизни пациента. В лечении своих больных они интуитивно использовали психотерапевтические методы.

В клинической практике возникло свое понимание психосоматических расстройств, которое охватывало, прежде всего, соматические нарушения без однозначного органического субстрата. Под такое определение попадали и картины болезни, исторически обозначавшиеся понятием «истерия». Психосоматическим расстройствам нередко предшествуют нарушения психологической адаптации, которые выявляются за несколько лет до появления симптомов и могут служить их запускающим механизмом.

Многие из тех, кто серьезно занимается своей карьерой, выбирают «стратегию отсроченной жизни»: они планируют интенсивно работать сегодня, чтобы потом наслаждаться хорошим домом, машиной и обеспеченной жизнью. Хотя эта стратегия на первый взгляд привлекательна, она неизбежно приводит к серьезным психосоматическим проблемам.

Большинство оценочных форм в медицинских учреждениях требует постановки диагноза, основанного на МКБ-10 и принятой ВОЗ МКБ-11, на которую мы постепенно переходим. Это самая большая классификационная система «психических и поведенческих расстройств», используемая во многих странах. Многие психологи и психотерапевты находят эти классификации ограниченным для использования при анализе психосоматических проблем и планировании психотерапии.

Сложность клинической диагностики в настоящее время связана и с обнаружением у пациентов сочетания нескольких психических расстройств – *психической коморбидности*.

В том случае, когда помимо психических расстройств имеют место еще и соматические заболевания, говорят о *мультиморбидности*.

Выявление коморбидности имеет значение, во-первых, для терапии, а во-вторых – для гипотез по поводу этиологии / анализа условий возникновения (например, наличие расстройств S1 и S2 может указывать на их общие причины, но возможна и другая модель условий: S1 повлекло за собой S2. Психосоматические расстройства, расположенные в континууме здоровье – болезнь, тем более представляют трудности в диагностике, особенно для специалистов помогающих профессий, не имеющих медицинского образования.

Нередко психосоматический пациент предъявляет жалобы на расстройство физического здоровья, рассказывает о многочисленных инструментальных и лабораторных исследованиях. От специалиста, его интуиции и творческих способностей будет зависеть то, удастся ли ему вычленить психологический и социальный компонент имеющихся отклонений.

Вследствие этих причин пациенты, находящиеся на границе между пограничной психиатрией, клиникой внутренних болезней и неврологией в качестве «трудных больных», месяцами или даже годами не находят понимания и эффективной помощи у врачей-терапевтов, не владеющих достаточными знаниями и опытом психопатологической диагностики, психофармакотерапии и психотерапии, а также нередко у врачей-психиатров и психотерапевтов, в свою очередь не владеющих необходимыми знаниями и опытом в области внутренней медицины. Это основная группа больных так называемого «медицинского лабиринта». От специалиста требуется умение понять проблему и выявить симптоматику, а самое главное – найти путь к ее решению.

При всех психических заболеваниях детей и подростков следует принимать во внимание процессы развития растущего организма и их влияние на симптоматику расстройств и подбор методов психотерапии, а также собирать семейный анамнез.

Также нелегко разделять анамнез болезни и анамнез жизни, что обычно практикуется в клинической медицине. В отношении данного контингента пациентов, где симптоматика сопровождается стрессовые и кризисные периоды жизни, хочется вспомнить слова классика: «Болезнь – это стесненная в своей свободе жизнь».

Механизмы нарушения психологической адаптации

Внутренние причины :

духовный уровень: отсутствие конструктивных жизненных целей, экзистенциального смысла жизни (остановка саморазвития);

эмоциональный уровень: отрицательный эмоциональный «багаж»: длительно существующие деструктивные аффекты (обиды, мстительности, ревности);

личностный уровень: заниженная самооценка и повышенная самокритичность, комплекс неполноценности, чувство беспомощности, неуверенность в себе, проявляющаяся в снижении продуктивности мышления, трудности принятия решений, навязчивых мыслях, перфекционизме и ригидных «схемах», слабость Эго, нарушение поисковой и приспособительной активности, расстройство личности

Внешний пусковой фактор («триггер»):

стресс: особенно жизненная неудача, конфликт, потеря близких, потеря работы, резкое изменение жизненных обстоятельств, неопределенность будущего, социально-психологическая дезадаптация;

фрустрация (неадекватное переживание неудачи или несоответствие желаемого и действительного, в том числе реального и идеального образа Я);
посттравматическое стрессовое расстройство

РАССТРОЙСТВО АДАПТАЦИИ (ШИФР 6В43 МКБ-11)

Расстройство адаптации в МКБ-11 устанавливается, если в основе лежит «заикленность» на негативном событии в жизни или его последствиях, в то время как в МКБ-10 расстройство диагностировалось, если симптомы, возникающие в ответ на жизненный стрессор, не соответствовали определенным требованиям другого расстройства.

Основные (необходимые) признаки:

Дезадаптивная реакция на идентифицируемый психосоциальный стрессор или множественные стрессоры (например, одиночное стрессовое событие, продолжающиеся психосоциальные трудности или сочетание стрессовых жизненных ситуаций), которая обычно возникает в течение месяца после воздействия стрессора. Примеры включают развод или потерю отношений, потерю работы, диагноз заболевания, недавнее появление инвалидности и конфликты дома или на работе.

Реакция на стрессор характеризуется озабоченностью самим стрессором или его последствиями, включая чрезмерное беспокойство, повторяющиеся тревожные мысли о стрессоре или постоянные размышления о его последствиях.

Симптомы не объясняются в большей мере другим психическим расстройством (например, Аффективным расстройством или другим Расстройством, непосредственно связанным со стрессом).

Как только стрессор и его последствия закончиваются, симптомы исчезают в течение 6 месяцев.

Неспособность адаптироваться к стрессору приводит к значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах функционирования. Если функционирование сохраняется, то лишь за счет существенных дополнительных усилий.

Дополнительные признаки:

Симптомы озабоченности имеют тенденцию ухудшаться при любом напоминании о стрессоре (ах), что приводит к избеганию стимулов, мыслей, чувств или разговоров, связанных со стрессором (ами), для предотвращения переживаний или страдания.

Дополнительные психологические симптомы Расстройства адаптации могут включать депрессивные или тревожные симптомы, а также импульсивные «экстернализующие» симптомы, в частности повышенное употребление табака, алкоголя или других психоактивных веществ.

Пациенты с Расстройствами адаптации обычно восстанавливаются, когда стрессор исчезает, когда оказывается достаточная поддержка или когда человек разрабатывает дополнительные стратегии преодоления стресса.

Границы с нормой (Порог):

Расстройство адаптации представляет собой дезадаптивную реакцию и неспособность приспособиться к стрессору, что связано со значительными переживаниями и приводит к выраженным нарушениям в личной,

семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах функционирования. Эмоциональные реакции на негативные жизненные события, которые не соответствуют этим требованиям, не должны диагностироваться как Расстройство адаптации. Острые реакции на травмирующие события, которые считаются нормальными, учитывая тяжесть стрессора, могут быть диагностированы как «острая реакция на стресс».

В настоящее время психосоматика является междисциплинарным научным направлением:

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 личности способов эмоционального реагирования и поведения;

как социальная наука она исследует распространенность психосоматических расстройств, их связь с культурными традициями и условиями жизни.

Глубокое исследование психосоматических расстройств, ранняя профилактика и диагностика требуют их обоснованной систематики.

Термин «психосоматическое расстройство» означает соматическое заболевание, которое вызвано психологическими факторами или проявления которого обострились в результате их воздействия.

Сегодня методология изучения пограничных психических расстройств и психосоматики обязательно включает в себя факторы, важные для формулировки терапевтических целей, например, симптоматику, уровень развития, особенности личности, школьная, профессиональная и семейная ситуация, в оценочном формате учитывается и демографическая ситуация.

Основатель биопсихосоциального подхода Дж. Энгел полагал, что различные уровни биопсихосоциальной иерархии могут взаимодействовать, но закономерности их взаимодействия нельзя вывести непосредственно из принципов, присущих верхним или нижним ступенкам биопсихосоциальной лестницы. Результат скорее следует считать непредсказуемым, зависящим в очень большой степени от личных особенностей пациента и от первоначальных симптомов. Несколько десятилетий такой подход вдохновлял исследователей, стремящихся прояснить природу подобных взаимодействий. За 30 лет, прошедших с тех пор в науке сформировались множество интегративных вариантов для системного анализа проблем, способных эту модель подкрепить: BASIC – SID А. Лазарус (Приложение 1), многоуровневая психосоциальная модель расстройств аффективного спектра как средство синтеза знаний А. Б. Холмогоровой, «Цветок потенциалов» В. А. Ананьева и др.



Рис.1. Психосоматозы и аддикции – архаические заболевания Я

Г. Аммон в отличие от Фрейда, который понимал агрессию как разрушительную силу в смысле стремления к смерти, воспринимал агрессию как центральную гуманную функцию, расположенную в несознательном ядре личности. Под влиянием деструктивной динамики первичной группы (семьи) превращается в деструктивную агрессию. Она играет важную роль при всех архаичных болезнях личности. Деструктивная агрессия может быть направлена наружу (деструктивное отреагирование, деструктивная сексуальность, преступность или внутрь (психосоматика, аддикции, самоповреждения).

Исследование корней психосоматических расстройств, химических и нехимических аддикций в последние десятилетия убеждает, что в их основе лежат проблемы био-психосоцио-духовной природы (Табл. 1)

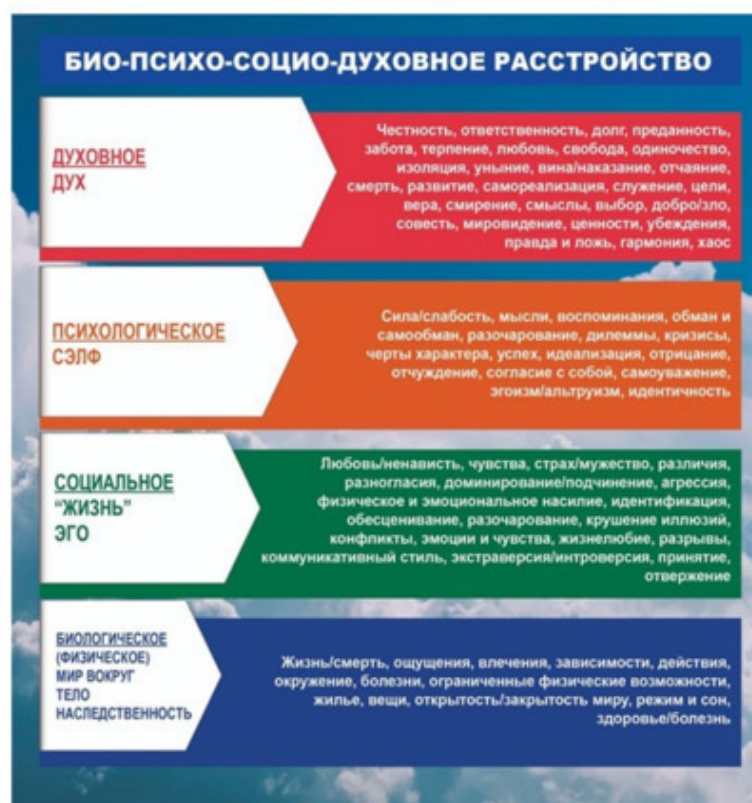


Таблица 1. Био-психо-социо-духовное расстройство

Для того чтобы не попасть под влияние какой-либо одной точки зрения или теории, автор придерживается принципа интеграции. Этот принцип включает и клиническую многоосевую диагностику и многомерную постановку гипотез, что облегчает последующее планирование и проведение психотерапии с подбором индивидуальных вмешательств.

Психофизиологические и патофизиологические теории возникновения психосоматических расстройств кратко представлены в учебнике, так как они хорошо описаны в издававшихся ранее руководствах. В качестве этиологических факторов рассмотрены старые, известные концепции – они даны в сокращенном виде. Наиболее популярные теории возникновения психосоматических расстройств рассмотрены более подробно.

Психотерапевтические методы представлены в основном теми технологиями, которые успешно используются у пациентов с психосоматическими расстройствами на отечественной выборке пациентов. Среди современных методов психотерапии акцент сделан на индивидуально-раскрывающей психотерапии. Описывается применение психодрамы (монодрамы) в индивидуальной работе с пациентами. Показана интеграция психодрамы с экзистенциальным анализом и другими методами.

В книге приведены различные клиничко-психологические методы исследования психосоматических пациентов, все положения подробно иллюстрированы случаями из практики автора. Большинство клинических иллюстраций заканчивается авторским комментарием, в основе которого лежит гипотетический подход, введенный в практику медицины С. П. Боткиным. Многие клинические случаи описаны таким образом, чтобы читатель, основываясь на знании клиничко-биографического метода, смог уловить особенности повествования (нарратива) каждого пациента. (Имена пациентов в целях конфиденциальности изменены). Нередко именно в таких воспоминаниях обнаруживается патогенез психосоматического расстройства.

В некоторых случаях один и тот же пример упоминается неоднократно в рамках другого подхода.

Обратите внимание!

Определения основных понятий и главные положения приводятся в рамках или выделены жирным шрифтом.

Клинические иллюстрации пронумерованы как:

«Случай из практики №...»

В конце учебника приведен список литературы, рекомендуемой для более глубокого самостоятельного изучения.

В глоссарии приведена расшифровка использованных терминов. В приложениях приведен ряд полезных методических материалов, которые можно использовать при психотерапевтическом сопровождении пациентов.

Сверхзадача при написании учебника – включить молодого специалиста в следующий образовательный маршрут по приобретению навыков: первое интервью – постановка многомерных гипотез – проведение психотерапии – рефлексия опыта – супервизия.

Автор полагает, что учебник окажется полезным всем специалистам, к кому направляют пациентов, у которых можно найти психологические корни их физических страданий.

Предложения по улучшению учебника направлять по адресу kulaksergey@yandex.ru


Глава 1. Классификация психосоматических расстройств

Несмотря на такое многообразие состояний психосоматики, их объединяет общий признак: сочетание нарушений в психической и соматической сферах.

Термин «психосоматическое расстройство» означает соматическое заболевание, которое вызвано психологическими факторами или проявления которого обострились в результате их воздействия

Цель классификации – упорядочить многообразие отдельных явлений и подчинить их категориям более высокого уровня. В современных классификациях психических заболеваний нет единой рубрики психосоматических расстройств. Это связано, прежде всего, с тем, что клинические проявления, определенные понятием «психосоматические расстройства», отличаются значительным полиморфизмом:

психосоматические расстройства
психосоматические реакции
функциональные невротические расстройства органов
соматоформные расстройства
конверсионные расстройства
психосоматические заболевания



Medically Unexplained Symptoms MUS -
Необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы - постоянные телесные жалобы, для которых адекватное обследование пациента не дает достаточного объяснения связи этих симптомов со структурной патологией или другим точно определенным заболеванием.

Таблица 2. Необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы

Это привело к появлению термина MUS – необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы (табл.2). Поскольку во многих случаях соматизированные расстройства, вегетативные дисфункции и симптомы ипохондрии проявляются в различных сочетаниях, захватывая разные висцеральные системы, авторы, как правило, ограничиваются общим их определением как соматоформные расстройства. Очевидно, этим можно объяснить, что число пациентов с соматоформными расстройствами в общей массе больных в широкой врачебной практике часто превышает 30—40%.

Определение соматоформных расстройств может быть сформулировано следующим образом.

Соматические симптомы, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическими заболеваниями и которые не являются вторичными последствиями другой уже описанной психической симптоматики (например, депрессии или панических расстройств) называются соматоформными расстройствами.

Симптомы соматоформного расстройства

Пациенты с данным расстройством не видят связи между психологическими переживаниями и клиническими проявлениями заболевания. Они зафиксированы на физических (соматических) симптомах и настроены в основном на медикаментозном лечении у терапевтов.

Чаще всего людей с соматоформным расстройством беспокоят различные боли (алгии), при этом болевые проявления не всегда являются симптомами патологии органов. С подобными болезненными ощущениями, вызванными психическими нарушениями, сталкиваются достаточно часто. Как правило, они не снимаются даже сильными анальгетиками. Особенно это относится к психогенным головным болям, которые встречаются чаще, чем другие головные боли вместе взятые. Наиболее распространённые головные боли – цефалгии (в области от бровей до затылка).

Часто возникают расстройства желудочно-кишечного тракта, в частности запоры и диарея. С психоаналитической точки зрения, склонность к запорам может говорить о жадности, нежелании человека расставаться с чем-либо. Диарея (речь идёт не о единичном поносе, а о затяжной или часто повторяющейся проблеме) может являться реакцией на сильный страх и выраженное беспокойство. Понос – это «бегство» от проблемы, которая не поддаётся осмыслению.

Подавление чувства тревоги и страха, особенно когда их причины непонятны, вызывают каскад психофизиологических реакций (раньше это называлось симпатoadренальным кризом).

Главной особенностью этих расстройств являются постоянные жалобы пациента на здоровье, продолжающиеся, несмотря на отрицательные результаты медицинских обследований и отсутствие какого-либо патологического процесса, объясняющего их возникновение.

В отечественной психиатрии соматоформные расстройства принято рассматривать в рамках психогенных заболеваний, динамики конституционально-личностной патологии, а основное значение в их генезе придают психогенным (в том числе иатрогенным) и конституциональным факторам. Концепция соматоформных расстройств тесно связана с концепцией ипохондрии, а также с развитием тревоги, депрессии и истерии. Широкое распространение этих расстройств явилось результатом патоморфоза психических заболеваний и успехов медицины в целом, позволивших с общей достоверностью верифицировать функциональные соматические расстройства. Таким пациентам дают различные малоприятные прозвища («Прилипала», «Индюк»), что, по мнению персонала, провоцируется фрустрирующими обстоятельствами, в которых этот персонал пребывает в связи с упорным нежеланием пациентов верить объяснениям врачей.

Осложнения соматоформного расстройства

Своевременное диагностирование и лечение соматоформного расстройства позволит избежать таких типичных осложнений, как:

вторичная депрессия – развивается из-за затяжных и тяжёлых симптомов и утраты надежды на выздоровление (вторичная депрессия диагностируется в 60—70% случаев соматоформного расстройства);

сужение социальных контактов и пространства жизни – отказ от общения, карьерного роста, активного отдыха;

ипохондризация – «уход в болезнь», болезненная озабоченность здоровьем, чрезмерная сосредоточенность всей психической жизни на отслеживании своего физического состояния, нерациональные посещения врачей и постоянное прохождение инструментальных и лабораторных обследований (случай из практики №1);

напряжение и конфликты в семье – из-за непонимания причин состояния больного члены его семьи склонны видеть его как мнительного, эгоцентричного и чрезмерно заикленного человека, уклоняющегося от своих обязанностей.

К эмоциональному проявлению и осложнению соматоформного расстройства относится депрессия. Она связана с агрессией, направленной на себя. К физическим проявлениям в основном относят ишемическую болезнь сердца, скачки артериального давления, язвенную болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки. Последнее чаще характерно для людей, не умеющих распознавать в себе агрессивные эмоции, такие как раздражение, гнев, злость. Стараясь запретить себе их испытывать, не умея «экологичным» образом их проявлять, человек разрушает себя изнутри.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №1. Ипохондрия

Михаила, 38 лет, на психотерапию направила жена по причине того, что её муж испытывал страх смерти от заболевания сердца. На первичном приёме был собран анамнез и дополнительно проводился арт-анализ появления симптома (рис.2). У пациента в возрасте 10 лет умерла мать от заболевания сердца, воспитала его бабушка по линии матери, и, когда ему исполнилось 17 лет, настояла, чтобы он поступил в военное училище. 5 лет назад по настоянию жены он определил бабушку в дом престарелых, по поводу чего испытывал вину. В спецвойсках он был «серым кардиналом», пользовался уважением сослуживцев, но ненавидел эту работу. Ждал с нетерпением, когда сможет уйти с военной службы и даже отметил дату в календаре 28 февраля. В этот день был госпитализирован с инфарктом миокарда! Операция шунтирования коронарной артерии прошла благополучно, пациента демобилизовали и сообщили, что нет препятствий для множества работ на гражданской службе. Тем не менее пациент настаивал на дополнительных обследованиях, испытывал тревогу. В свободное время мало занимался детьми, больше лежал на диване.

Во время психотерапии мы исследовали его объектные отношения, касались аффектов и смыслов жизни, искали ресурсы выздоровления. Было намечено несколько вариантов его переквалификации, учитывая такие его качества как дисциплинированность, организованность. Тем не менее пациент прервал терапию, а его жена, врач, вначале направившая мужа на терапию, отказалась участвовать в семейной сессии, сообщив, что «муж устал, пусть отдыхает». «Благими намерениями устлана дорога в ад» и – в инвалидность по психическому расстройству. Пока не ликвидирована «вторичная выгода симптома» – психотерапия обречена на провал!



Рисунок 2.Ипохондрическое расстройство в виде кардиофобии

Диагностика соматоформного расстройства

Чаще всего диагностированию соматоформного расстройства мешают два фактора: отсутствие опыта и навыков диагностики невротических и аффективных расстройств специалистами терапевтического профиля; страх пациента быть «заклеймённым» своим окружением из-за обращения к психиатру или психотерапевту.

В целом для данного расстройства характерно то, что поставленные клинические диагнозы не подтверждаются лабораторными и инструментальными данными, хотя при этом пациенты не верят врачам и упорно продолжают искать альтернативные точки зрения на свои недомогания. Так, в поисках доказательств наличия у себя болезни они продолжают настаивать на проведении всё новых и новых обследований, в том числе и диагностических хирургических вмешательств.

Подчас в общесоматическом статусе пациентов указывается преувеличение и симуляция жалоб, устойчивые, трудно поддающиеся переубеждению установки на болезнь. В реальности же за многочисленными жалобами, приносящими реальные страдания пациентам, стоят нарушения психической сферы.

Для постановки истинного диагноза возникшей патологии первоначально необходимо исключить соматические (органные) причины возникших нарушений. Если таковые не обнаружены, то после этого можно установить диагноз в виде соматоформного расстройства.

Решая подчас сложный вопрос дифференциальной диагностики, следует учитывать, что за любыми соматическими жалобами у пациентов с соматоформными расстройствами стоят нарушения в психической сфере, которые могут быть выявлены при тщательном сборе анамнеза и установлении причинно-следственных связей. Соматоформное расстройство будет отличаться от них следующими признаками: сниженное настроение, не достигающее клинического уровня депрессии; упадок физических и умственных сил; чувство внутренней напряжённости; повышенная раздражительность и неудовлетворённость.

СОМАТОФОРМНОЕ БОЛЕВОЕ РАССТРОЙСТВО

Синонимы: хроническое соматоформное болевое расстройство (ХСБР) или соматизированная психическая болевая реакция

Психическое отклонение из объединенной группы соматоформных расстройств, характеризующихся жалобами пациентов на заболевания или болезненные ощущения, которые не подтверждаются диагностикой узкоспециализированного общего направления. Проявляется длительными интенсивными болевыми ощущениями без выявления соматического заболевания, в полной мере объясняющего интенсивность страданий пациента. Боль не распространяется по законам иннервации и в своей выраженности тесно связана с воздействием психологического фактора. Переживаемый стресс или конфликт может быть тесно связан с возникновением или усилением боли. Часто расстройство развивается после несчастного случая или во время болезни, причиняющей настоящую боль, которая затем продолжает жить сама по себе.

Соматоформное болевое расстройство – это соматоформное расстройство, характеризующееся болью, ведущую роль в возникновении, силе или продолжительности которой играют психологические факторы.

Хроническое соматоформное болевое расстройство ни в коем случае нельзя относить к симуляции патологического состояния – источником боли являются психические душевные переживания пациента.

Неосознаваемые внутриличностные противоречия

Психотравмы прошлого
Психосоциальный стресс
Тревога ожидания боли
Депрессия
Эмоциональная отчужденность – алекситимия (чувственная слепота – неспособность вербализовать свои чувства)
Иммунологические нарушения (выброс гормонов стресса)

Часто средовой стрессор обнаруживается как нечто предшествующее боли. Подобно конверсионным реакциям, жалобы на боль могут освободить личность от определенной ответственности или дают право на эмоциональную поддержку, которая иным образом не может быть приобретена.

Так в случае Натальи Н. (Случай из практики №18) боль позволяла ей не ходить на педсоветы и получать поддержку от учеников.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №2

Маша, 10 лет, в течение года обследовалась в лучших педиатрических клиниках по поводу периодически возникающих болей в животе. Боли проходили летом, когда начинались каникулы, возобновлялись во время пребывания у бабушки в другом городе, а также при предъявлении девочке ответственности. Мать, будучи в разводе, испытывала трудности материального характера и чувство вины, стараясь максимально удовлетворять потребности ребенка. Бабушка, наоборот, была привержена жесткому стилю воспитания и кормления ребенка. Девочка своим «болевым симптомом» символически избавлялась от «ножниц воспитания», а затем болевой синдром закрепился по механизму «вторичной выгоды», позволяя избегать необходимых для ее возраста обязанностей. **В этом случае проводилась семейная психотерапия с одной матерью.**

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №3. Клиническая супервизия случая соматоформной болевой дисфункции

Обратилась мать юноши к психотерапевту С. через электронную почту. «У моего 20-летнего сына, К., уже 5-й месяц не проходят боли внизу живота. Вернее, даже не боли, а, как он говорит, „давит“. Обошли врачей – терапевта, хирурга, гастролога, невропатолога, сдавали анализы, УЗИ, ФГДС — все в норме. Сын даже в больнице несколько дней пролежал — ничего не нашли. Боли эти постоянные. Последний анализ показал превышение в 11 раз „хеликобактер пилори“ (бактерия, участвующая в патологии желудка – прим. С.А.). Гастроэнтеролог назначила курс на эрадикацию (уничтожение – прим. С.А.) бактерии, включая антибиотики. В течение месяца улучшений нет. Летом у сына было одновременно несколько непростых ситуаций, он пережил стресс. Вполне возможно, что это и спровоцировало такие боли. Может быть, эти боли носят психосоматический характер?».

Юноша пришел на прием один. Из анамнеза заболевания известно, что в возрасте 8—13 лет наблюдались редкие приступы бронхиальной астмы, которые прекратились с наступлением пубертата. В июне 2015 года с десятой попытки пациент сдал зачет по одному из предметов очень строгому преподавателю-женщине. Чувствовал себя утомленным, уязвленным. Через две недели после окончания экзаменов соседка, девушка примерно того же возраста, выбросилась из окна, и милиция несколько раз приходила к нему в квартиру с просьбой опознать её, но он категорически отказывался из-за страха — через день начались боли в животе. Пациент фиксирован на них, они мешают ему сосредоточиться на учебе.

Анамнез жизни. Родился в Санкт-Петербурге от первой беременности матери. Развитие по возрасту. ДДУ не посещал из-за аллергических заболеваний. Воспитанием занималась бабка по линии матери. В школу пошел вовремя, учился всегда хорошо. Наблюдалось неприятие личности юноши со стороны референтных групп сверстников, с его слов, из-за высокого интеллекта. Обнаруживались низкие показатели успеха и популярности у лиц противоположного пола. Был обидчивым, ранимым. Специальность, по которой он учится в вузе, ему не нравится, разочаровался в ней, остается полгода до окончания бакалавриата, а что делать дальше — не знает. Очень боится службы в армии. Отношения с противоположным полом сложные. Недавно исполнилось 20 лет, а с ним ни одна девушка «даже не сходила в кино». Очень много времени проводит в интернете, телефон включен на прием новостей постоянно. По сети познакомился с девушкой, для того чтобы ей понравиться, представился эмигрантом из России, живущим в Америке, и полтора года с ней общается под вымышленным именем. Это его единственная виртуальная подруга, которую он боится потерять. Чувствует, что необходимо открыть свое настоящее имя, но боится быть отвергнутым и осмеянным, так как она из высокопоставленной семьи. Любит путешествовать. Не удовлетворён собственным физическим обликом и считает, что он не соответствует идеалам мужественности, принятым в молодежной среде. Критикует однокурсников за примитивность их интересов. Много мастурбирует. В последние месяцы стал ежедневно

«пропускать» по кружке пива. Несколько встреч отказывался пригласить мать на интервью.

Семейный анамнез. Отец, 49 лет, по характеру обидчивый, с частыми перепадами настроения. Квалифицированный инженер, но никогда долго не задерживался на одном месте. Оставил семью, когда мальчику было 2 года, завел другую семью, а когда сыну исполнилось 13 лет, попытался восстановить отношения. В течение 2 лет мать пациента его принимала, затем отношения вновь охладились. Алименты платил нерегулярно. Но недавно для завоевания любви сына отец стал брать его в путешествия. Однако, обидевшись на что-либо, может потом несколько месяцев не отвечать на звонки ребенка.

Мать, 47 лет, работает бухгалтером и подрабатывает экскурсоводом. В молодости была застенчивой, но затем преодолела этот комплекс после того как начала проводить экскурсии. Критически оценивает свою семейную ситуацию. Считает семью достаточно изолированной, так мало родственников, друзей. Они живут втроем в малогабаритной квартире: бабушка, мать и сын.

Бабушка, 67 лет, пенсионер, ведет домашнее хозяйство, в том числе многое делает за внука.

Психотерапевтический контакт был установлен не сразу. Недоверчиво относился к психотерапии, но с 3 сессии стал подробно излагать свои «комплексы». Был фиксирован на отношениях к нему противоположного пола, складывалось впечатление, что это единственный источник самоуважения. Домашние задания выполнял нерегулярно и формально, ссылаясь на загруженность подготовкой к зимней сессии. После 6 занятия с психотерапевтом у него усилился болевой синдром, и юноша был госпитализирован. Несмотря на уверения врачей, что органическая патология у него отсутствует, настоял на выполнении колоноскопии. Исследование не обнаружило каких-либо отклонений. Медикаментозное сопровождение психотерапии антидепрессантом (сертралин 50 мг/сутки) эффекта не дало, юноша плохо его переносил, что потребовало отмены через неделю после начала приема. Предварительно в психотерапевтическом контракте была договоренность, что юноша после зимней сессии на 2 недели будет госпитализирован в клинику для проведения интенсивной терапии, с переходом на поддерживающую терапию, и он формально с этим был согласен. Мать наблюдала, что болевой симптом нивелировался, но одновременно заметила, что молодой человек не делает домашних заданий, предложенных психотерапевтом, ссорилась с ним по поводу игнорирования участия в домашних делах. В последний момент отказалась госпитализировать сына в клинику, где находятся в основном зависимые пациенты, хотя и подчеркивала, что сын «стал увлекаться пивом и часами сидит в интернете». Отец юноши, примирившись с ним, увез его в путешествие на студенческие каникулы. Психотерапия была прервана.

Супервизорский разбор.

Операционализируемая психодинамическая диагностика, которая была использована в данном случае, проводилась по следующим осям.

Ось 1. Восприятие заболевания. Степень повреждения. Вторичная выгода. Мотивация к лечению. **Вторичная выгода – согласно психодинамической теории, выгода, состоящая в том, что истерические симптомы дают человеку чувствовать доброе**

отношение со стороны других или избежать неприятной ситуации или решения. Болевой синдром помогал юноше сохранять свое реноме и не брать ответственность за свою жизнь и выборы.

Ось 2. Отношения. Конфликтные, дисфункциональные.

Ось 3. Конфликт идентичности и образа Я. Обнаружился конфликт самооценности против ценности объекта (стыд, гнев, идеализация и обесценивание).

Ось 4. Структура. Юноша имеет средний структурный уровень. О расстройствах же личности мы говорим в тех случаях, когда данное лицо постоянно использует определенные, одни и те же механизмы реагирования на ситуации повседневной жизни совершенно неадекватным, плохо адаптированным, стереотипным способом. Если мы сравним клинико-психологические данные, полученные психотерапевтом, то речь идет о нарциссическом расстройстве личности. Согласно DSM-5 (пересмотр – июнь 2011) для диагностики нарциссического личностного расстройства необходимо наличие следующих критериев.

А. Значительные нарушения функционирования личности:

1. Нарушения в функционировании Я (а или b):

а. Идентичность: выраженная тенденция к сравнению с другими для самоопределения и регуляции самооценки; самооценка может быть неадекватно завышенной или заниженной, или колебаться от полюса к полюсу; эмоциональная регуляция отражает колебания самооценки.

б. Направленность Я: постановка целей основана на получении одобрения других; личные стандарты неоправданно высоки, что дает возможность воспринимать себя как исключительного

2. Нарушения в межличностном функционировании (а или b):

а. Эмпатия: нарушенная способность распознавать и сопереживать чувствам и потребностям других; чрезмерная ориентация на реакции других, но только если они воспринимаются как относящиеся к себе; пере- или недооценка собственного влияния на других.

б. Интимность: Отношения преимущественно неглубокие и используются для регуляции самооценки; взаимность ограничена слабым интересом к переживаниям других и приоритетом личной выгоды.

Б. Патологические личностные черты в следующих сферах:

1. Антагонизм:

а. Грандиозность: потребность в признании, открытая или скрытая; центрированность на себе, основанная на убеждении, что кто-то лучше, чем другие; снисходительное отношение к другим.

б. Поиск внимания: настойчивые попытки быть в центре внимания других; поиск своего пути выздоровления. Как видно из описания, это соответствует структуре личности нашего пациента.

Операциональная диагностика позволяют оценивать адекватность метода заявленным целям, в том числе в рамках супервизии. Для выделения мишеней, специфичных для метода, необходимо соотнесение их не только с теорией личности, лежащей в основе какого-либо метода, но и с концепцией патологии, предлагаемой данной теорией, уровнем организации личности, темпом психотерапии. В данном случае психотерапевт, сделавший акцент на когнитивно-поведенческой психотерапии, недоучел влияние психодинамических и системных факторов. Было вполне оправдано предложение проведения интенсивной психотерапии пациенту

с расстройством личности в условиях стационара. *Самой большой трудностью в этом случае было отсутствие полноценного терапевтического альянса всех членов семьи.*

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №4

Еще один пример обращения за консультацией Андрея Н., 18 лет, страдающего болями в области позвоночника в течение 2 лет. Парень 2 года безуспешно лечился у остеопатов, антидепрессантами. В анамнезе до появления болевого синдрома наблюдалась эмоциональная зависимость от девушки, которая отвергала его. Хотя он добился её расположения, теперь другой внешний фактор якобы поддерживал его симптом: он с нежеланием учился в вузе, в который устроил его отец. При постановке «семейного диагноза» оказалось, что кроме «идентифицированного пациента» Андрея в семье было еще два «носителя симптома»: мать 2 года принимала антидепрессанты по поводу своего невроза, а отец — кодеин-содержащие анальгетики по поводу сильных головных болей. В ходе консультации было понятно, что юноша «проживал жизнь своего отца», и у него сохранялась сильная эмоциональная зависимость от девушки («зачем ходить к психотерапевту, ты же не псих?»); родители отказались от участия в семейной психотерапии.

РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ПАТОЛОГИИ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Соматоформные расстройства (соматизированное и ипохондрическое расстройства, соматоформная вегетативная дисфункция – «неврозы органов», хроническое соматоформное болевое расстройство). Болевой симптом может возникать при следующих расстройствах.

Посттравматическое стрессовое расстройство
Соматизированная депрессия
Головные боли напряжения
Боли в спине
Боли во время полового акта
Ревматические заболевания (ревматоидный артрит, подагрический артрит, остеоартроз, фибромиалгии)
Болевая диабетическая полинейропатия
Онкологические заболевания

В то время как лица с множественными соматоформными симптомами встречаются очень часто, лишь незначительное число этих пациентов удовлетворяет критериям полной картины соматизированного расстройства. В этом заключается большая сложность, поскольку одну из самых больших групп пациентов приходится относить к таким категориям, как «недифференцированное соматоформное расстройство» или «соматоформное расстройство неуточненное». По причине размытости определения часто выдвигается требование либо расширить критерии соматизированного расстройства, либо ввести диагноз «множественный соматоформный синдром». Отличительным признаком этого соматизированного синдрома должно стать наличие множественных соматических нарушений без достаточной на то органической причины, причем для диагностики должно присутствовать от четырех до шести соматических симптомов.

Чаще такое расстройство наблюдается при сопутствующем расстройстве личности. Пограничное расстройство часто остается не диагностированным у пациентов с психосоматическими расстройствами.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №5. Болезненный половой акт

Марина, 25 лет. Обращалась дважды во время обучения в университете. Жалобы были на трудности установления контакта с окружающими, тревожность, сверхчувствительность к раздражителям. Терапия в обоих случаях была прервана по причине «улучшения состояния».

Это третье обращение. На мой вопрос, что терапия должна быть длительной, регулярной, ответила, что в этот раз она «не сбежит». Не работает, не учится. Вышла замуж за программиста, старше её на 5 лет. Замужем 2 года. Эгоцентрична и своевольна. Постоянно ходит к различным специалистам по поводу мигрирующих соматических симптомов. Половая жизнь нарушена и-за болевого симптома после полового акта, частота коитуса 2 раза в год. Объясняет свой отказ от половой жизни тем, что после интимной близости возникает воспаление в уретре, ей приходится длительно лечиться у уролога. Наблюдалась ипохондрия, вторичная выгода симптома. Основной подход был психодинамический, но использовались и когнитивные техники (работа с воображением, тренировка по Мейхенбауму, домашние задания). В ходе терапии пытались также создать установку на нахождение хотя бы волонтерской работы. В течение нескольких месяцев для уточнения дисфункции семейной системы я несколько раз предпринимал попытку поговорить с её мужем, но каждый раз пациентка откладывала подобную встречу. «Мы вообще думали даже с Иваном прийти вместе, так тут ситуация с его мамой очень напряженная (свекровь, с её слов, возненавидела её и пытается развести их с Иваном). А сегодня я иду на английский язык и буду поздно вечером только. Тогда мы с вами договариваемся на другой день».

Последняя сессия. Накануне я получил электронное письмо. «Сергей Александрович, здравствуйте. У нас все стало очень плохо. Иван сегодня внезапно мне сообщил, что хочет прекратить наши отношения. Его мама добилась того, что хотела. Мне очень плохо, я вообще не могу успокоиться. Все эти дни я плакала от всего того что было этим переездом и от стресса, а теперь у меня вообще истерика. Мы завтра планируем к вам прийти, т. к. Иван хочет расстаться по – хорошему и сохранить нормальные отношения». Во время совместной семейной сессии мы обсуждали их отношения, пытались найти компромисс. Иван спокойно высказал свою обиду, что она ничего не делает по дому, только ходит по врачам. Марина, не говоря ни слова, внезапно выскочила из кабинета. Иван не стал её догонять, остался. Сообщил, что устал от такого брака и решил подать на развод.

В данном случае диагностировано сочетание пограничного и нарциссического расстройства личности.

Для соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы справедливо, что при ее диагностике не должны выявляться симптомы, свойственные паническим атакам или другим фобическим расстройствам. Еще следует указать, что в **МКБ-11 соматоформные симптомы учитываются и в других группах заболеваний.**

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №6

Так, экстернализирующий и способствующий установлению терапевтического альянса эффект у Максима, 17 лет, назвавшего свое состояние «съехавшей кукухой» (панические атаки, кардиофобия), произвело задание «Мои тараканы» (рис.3). Психотерапевт, работавшая с ним до этого в когнитивно-поведенческой парадигме (с матерью встретилась только вначале терапии на 10 минут) не смогла установить с ним контакт и не поняла, что за симптоматикой скрывается «нарциссический дефицит», связанный с недостатком любви и отражения родителей. Пациент отказался принимать антидепрессанты, тем более что при последующем мониторинге сердца были найдены: ночью брадикардия, частые эпизоды миграции водителя ритма по предсердиям. Мать и отец часто критиковали своего старшего сына за учебу и эмоциональные реакции «как у девочки». Первые невротические симптомы появились в 10 лет, появились и отражали «вторичную выгоду» болезни, когда родители стали больше внимания уделять не пациенту, а его младшего брату. Бабка рассказала, когда он гостил у неё в поселке в этом возрасте, выходя во двор, несколько раз за день надевал новую футболку. С тех пор постоянно прислушивался к своему телу, искал различные болезни. В период обращения пациент, будучи обиженным невниманием к нему родителей, оставшись один, тут же побежал к бабушке и бабушке, живущих рядом из-за страха умереть от заболевания сердца. Установление сопутствующего формирующегося нарциссического расстройства личности со средним структурным уровнем позволило определить индивидуальный психотерапевтический маршрут. Работа проводилась в интегративном ключе, включавшая индивидуальную психотерапию 1 раз в неделю, госпитализацию в психотерапевтический стационар в период каникул (цели: групповая терапия, отрыв от семейной системы, снятие уникальности симптоматики) и последующей поддерживающей психотерапией. Был вскрыт ретрофлексивный механизм его психосоматического расстройства (см. раздел «психодрама и монодрама»). В рамках краткосрочной семейной психотерапии были скорректированы подходы к воспитанию, а у подростка уменьшились идеализированные, необоснованные требования к матери, не способной в силу своих нарциссических особенностей дать ему необходимый «объем любви». Окончил школу и поступил в университет по «бюджету».

Катамнез 4 года. Симптоматики нет. Был в стабильных отношениях на 1 курсе с девушкой полгода, затем она его бросила, так как была ориентирована на большие деньги. Юноша имел беспорядочные половые связи, «мелькал» ежедневно в соцсетях. К 3 курсу поссорился со всеми друзьями из-за сарказма в общении. Устроился на высокооплачиваемую работу, совмещая её с учебой. Разочарованный в жизни, обозленный, обратился опять к психотерапевту. В ходе тщательной диагностики было подтверждено нарциссическое расстройство личности, с критериями которого пациент полностью согласился. Терапия продолжалась лишь 2 месяца и была прервана по причине длительной командировки. Получив диплом бакалавра, пациент эмигрировал. Со слов бабки пациента, мать с облегчением вздохнула (она изначально его не любила, а симпатии отдавала младшему ребенку).

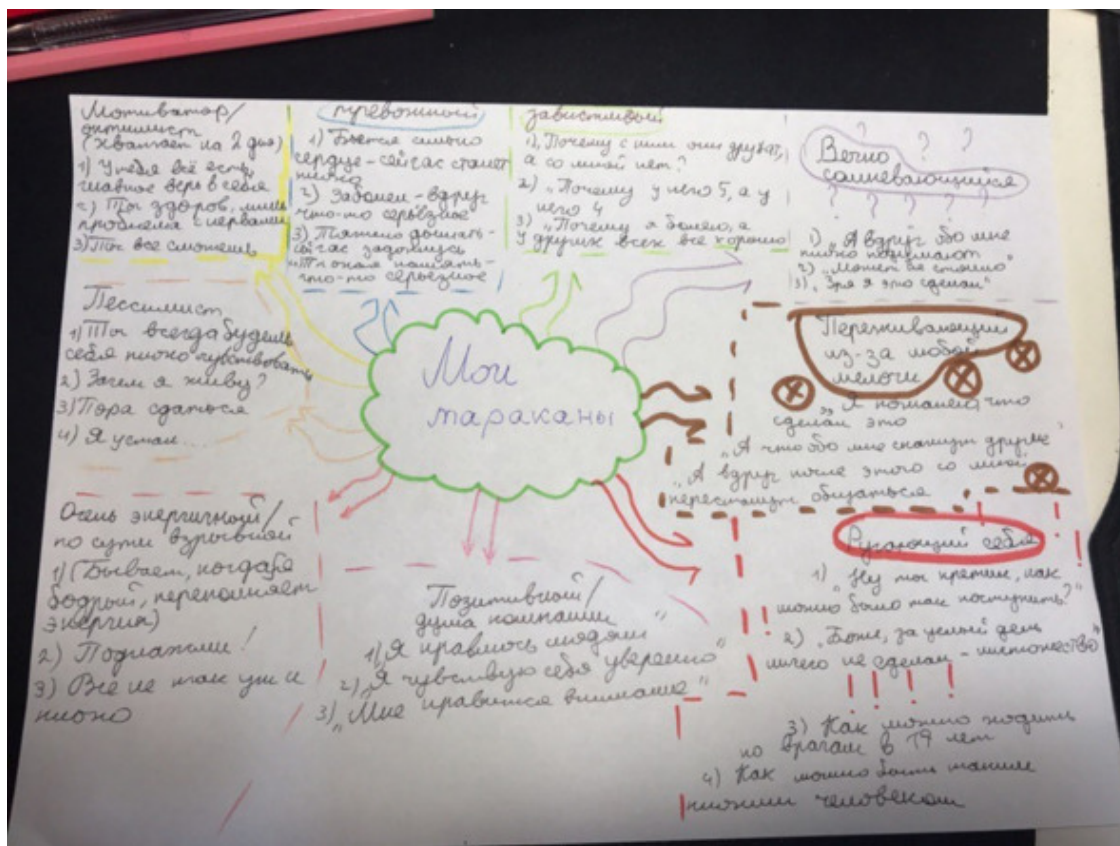


Рисунок 3. Мои тараканы

Симптом является системным феноменом

Часто в работе с подростками возникает соблазн рассматривать симптом как нечто автономное, лишенное какой-либо смысловой связи с системой (организмом, семейной системой).

Тем не менее, симптом всегда необходимо рассматривать не как отдельный феномен, а как элемент более широкой системы. Симптом никогда не возникает автономно, он «вплетен» в ткань системы. Симптом нужен и важен системе в данный период ее существования. Посредством его она решает какую-то важную для себя функцию. См. ниже раздел ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК РЕЗУЛЬТАТ ДИСФУНКЦИИ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ. Важно исследовать и другие характеристики личностной организации подростка.

Характеристики личностной организации подростка

Качество объектных отношений: хорошие, сохранные или слабые, нестабильные

Агрессивность: направлена на автономию, эмансипацию или саморазрушение и регрессию (самоповреждения, суицидальные попытки)

Самоуважение: здоровый нарциссизм или сочетание уязвимого и грандиозного

Сепарация: автономия, индивидуация или провал самостоятельного «полёта» в жизнь и взросления

Поддерживающая система, включая уровень родительского функционирования (занятость, психическое и физическое здоровье, стиль привязанности, воспитания и т.д.)

Лечение соматоформного расстройства

Лечение соматоформных расстройств включает в себя обязательное сочетание как **краткосрочной психофармакотерапии (опасность формирования химической зависимости)**, так и психотерапии.

Чтобы лечение было успешным, врач и пациент должны объединиться в достижении цели. Но зачастую добиться такого психотерапевтического альянса сложно, так как людям с соматоформным расстройством крайне тяжело принять мысль о психологической природе своих соматических ощущений. В связи с этим первым этапом терапии является демонстрация пациенту связи между его эмоциональными переживаниями и имеющимися соматическими симптомами, а также коррекция внутренней картины болезни и мотивация на психотерапевтическое лечение.

Терапия соматоформного расстройства включает в себя комбинацию индивидуальной, групповой, семейной, супружеской психотерапии. Выбор одного из методов лечения, а также количество психотерапевтических сессий, формат и интенсивность лечения определяются исходя из клинической картины конкретного пациента, его мотивации на лечение (внутренней картины болезни) и социально-бытовых условий (сформировано ли ограничительное поведение в результате болезни). В связи с этим психотерапевтический курс всегда индивидуален, ориентирован на пациента и направлен на установление доверительного и подчас длительного контакта с одним врачом – психотерапевтом.

Соматическое дистресс-расстройство (МКБ-11)

В МКБ-11 в соматическое дистресс-расстройство входят:

Расстройства, связанные со стрессом

Расстройства личности и связанные с ними черты

Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства (дисморфное расстройство, ипохондрии)

Нарушения поведения, связанные с телом (трихотилломания)

В англоязычной литературе соматическое дистресс-расстройство называют телесным дистресс-синдромом (body distress syndrome – BDS). Характеризуется: присутствием телесных симптомов, мучительных для конкретного пациента, чрезмерно захватывающих его внимание и обостряющихся при повторном общении с лицами, оказывающими медицинскую помощь. Повышенное внимание не уменьшается ни проведением соответствующего клинического обследования, ни исследованиями, ни адекватным переубеждением. Телесные симптомы и связанное с ними беспокойство постоянны, присутствуют на протяжении, по меньшей мере, нескольких месяцев и связаны со значительным нарушением в личной, семейной, социальной, сексуальной, учебной, профессиональной, «моральном компасе» и других важных областях функционирования

Для их диагностики важно обнаружить 3 симптома как минимум из одной из следующих групп.

Сердечно-легочная/вегетативная зона. Сердцебиение, дискомфорт в прекардиальной области, одышка без физической нагрузки, гипервентиляция, горячий или холодный пот, сухость во рту

Желудочно-кишечная область. Боли в животе, частые жидкие испражнения, ощущение вздутия живота/полный газ/вздутие, регургитация, диарея, тошнота, ощущение жжения в груди или эпигастрии.

Скелетно-мышечная область. Боли в руках или ногах, мышечные боли или боли в суставах, ощущение пареза или локальной слабости, боли в спине, боли, переходящие из одного места на другое, неприятное онемение или покалывание

Общие симптомы. 1. Проблемы с концентрацией внимания, ухудшение памяти, чрезмерная утомляемость, головная боль, головокружение. 2. Пациент стал инвалидом из-за симптомов (т. е. повседневная жизнь затруднена). 3. Соответствующие дифференциальные диагнозы исключены.

Степень тяжести. «Одноорганный BDS» (легкая-умеренная степень, вовлечены один или два симптома из разных зон. «Мультиорганный BDS» (тяжелая степень): включает три или четыре симптома из разных групп.

ДИСМОРФИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО (МКБ-11)

Основные (необходимые) признаки.

Устойчивая озабоченность одним или несколькими мнимыми дефектами или недостатками внешности, или уродливостью в целом, которые либо незаметны или малозаметны для окружающих.

Чрезмерная фиксация на мнимых дефектах или недостатках, часто включающая идеи отношения [т.е., убеждение, что окружающие обращают внимание, осуждают или обсуждают мнимые дефект (ы) или недостаток (и)].

Озабоченность сопровождается любым из следующих признаков:

Повторяющиеся и чрезмерные действия, такие как многократное изучение собственной внешности или выраженности мнимых дефекта (ов) или недостатка (ов) (например, разглядывание себя в отражающих поверхностях или сравнение своего облика с другими);

Настойчивые попытки скрыть или изменить воспринимаемый дефект (например, подбирая специальную одежду или путем выполнения ненужных пластических операций);

Заметные попытки избегать публичных ситуаций или провоцирующих факторов, которые усиливают переживания из-за мнимых дефекта (ов) или недостатка (ов) (например, свести к минимуму отражающие поверхности, сменить комнату, не посещать бассейн).

Симптомы не являются проявлением другого заболевания, не являются следствием воздействия психоактивных веществ или лекарственных средств на центральную нервную систему, включая эффекты отмены.

Симптомы приводят к значительному дистрессу или выраженным нарушениям в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной и других важных сферах функционирования. Если функционирование поддерживается, это происходит только за счет значительных дополнительных усилий.

Некоторое беспокойство по поводу своей внешности – обычное явление в нашем обществе. Многие подростки и молодые люди, например, беспокоятся из-за угрей на коже, однако у людей с дисморфофобией такая озабоченность доходит до крайней степени. Страдающие этим расстройством пациенты иногда не могут смотреть в глаза другим людям или прилагают огромные усилия, стараясь скрыть свои «недостатки»: скажем, всегда носят солнцезащитные очки, чтобы не показывать свои «некрасивые» глаза. Некоторые обращаются к пластической хирургии, незначительная часть пациентов кончает жизнь самоубийством.

Случай из практики №7

Елена Б., 21 год, учась на 5 курсе по специальности «банковское дело», пыталась найти работу, но не сумела это сделать. Отсутствие близких друзей, умения общаться, сильная зависимость от мнения матери «обострила» комплекс неполноценности у девушки, воспитанной в интеллигентной семье. Ориентируясь на внешние стандарты молодежи, она сделала пластическую операцию, ликвидировав «дефекты своего носа», полагая, что станет привлекательнее для молодых людей. Прошло несколько месяцев после удачно проведенной операции, но результатов улучшения в ее жизни не возникло. Обратилась к психотерапевту только в связи с появлением признаков депрессии.

Трехмесячный курс психотерапии послужил импульсом к выполнению задач развития этого возраста. Появившаяся внутренняя уверенность в себе, психологический отрыв от матери, заменявшей ей подруг, способствовал и предложениям на рынке труда – девушка реализовала свой креативный потенциал.

Диагностика психосоматических расстройств у детей

Еще труднее приходится при диагностике психосоматических расстройств у детей.

У детей психосоматические расстройства – характерная форма проявления психической патологии в силу возрастных, в том числе алекситимических особенностей реагирования. К типичным психосоматическим синдромам детского возраста относят состояния депривации в младенчестве, «пупочную колику», многообразные болевые синдромы, аффект-респираторные приступы, невропатические проявления, вегетосоматические эквиваленты тревоги и страха, нервную анорексию, ювенильное ожирение, ювенильную желтушность, диарею и запоры (см. также случай из практики №11), энурез, энкопрез.

Случай из практики №8

Тимур, 8 лет. Жалобы на нарушение плавности речи, навязчивые движения плечами, произвольное мочеиспускание и пачкание штанишек, нарушения акта глотания, отвлекаемость в школе.

Есть косвенные данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями: бабушка по линии отца собственноручно похоронила мертворожденного ребенка без какого-либо оформления документов. Отец, по профессии менеджер, психопатологических отклонений не имеет.

Мать по образованию педагог, по характеру тревожная и обидчивая. Матери при рождении ребенка было 28 лет, отцу 30 лет. До этого десятилетний супружеский период сопровождался предохранением от беременности. Нелли, назовем так мать Тимура, очень хотела дать редкое имя своему первенцу, мотивируя свое желание следующим образом: «Когда я буду звать его из песочницы, то откликнется мой ребенок, а не три Димы». Беременность протекала тяжело с угрозой прерывания, был обнаружен отрицательный резус-фактор. Родился в срок. Врачами зафиксирована родовая травма, наблюдались явления стафилококковой инфекции, и ребенок был госпитализирован в городскую больницу. Первый год жизни прошел в борьбе за сон. Регистрировались также проблемы с питанием, периодически возникала аллергия с повышением температуры. При этом с пяти месяцев функции выделения осуществлял в кроватке, а первый оформленный стул появился к году.

Когда мальчику исполнился год, он заболел бронхитом, затем перенес 6—7 ангин, с последующим проколом пазух носа и удалением миндалин. Наблюдалась задержка речевого развития, а с трех лет – заикание. Оно характеризовалось повторением слов в начале предложения. Обратились в центр неврозов. Была диагностирована дизартрия и проведено лечение дыхательной гимнастикой.

С трех лет любил рисовать, собирал модели из конструктора «Лего». Отец много работал, с сыном занимался редко, а когда ребенку исполнилось пять лет, он ушел в другую семью. Мать, испытав сильный стресс, проходила лечение в психиатрической больнице. До сих пор считает, что любит своего мужа. «Я отпустила, но не отдала». В семье появилась няня, так как мать, по профессии учитель французского языка, решила переобучиться на бухгалтера, что ей вполне удалось. До шести с половиной лет ребенок почти не видел отца. Он изредка приезжал, привозил подарки, но мальчик радовался даже таким мимолетным встречам. Когда Тимур был маленьким, отец не хотел им заниматься, так как у него существовала иррациональная установка, что «ребенок до семи лет – мамин». Бывшая жена пыталась заставить отца «любить» сына, но это ей удавалось с трудом.

В лето перед поступлением в школу мальчику сообщили правду, что у отца есть другая семья, и он должен поехать вместе с мачехой и со сводной сестрой в Турцию. После этого «вояжа» у мальчика появился энурез и энкопрез. Новая жена отца мальчику не понравилась, он постоянно задавал матери вопросы, почему папа ушел от них. Но когда отец изредка навещал их, у матери после его ухода случались истерики. Тимур перестал

рисовать. Отец купил ему компьютер, и мальчик часами играл в игру «Гарри Поттер» и другие виртуальные игры.

По окончании первого класса отец предложил сыну вновь поехать в заграничную поездку на летний отдых. Мальчик вначале отказался. Но отцу удалось его «разжалобить», и Тимур согласился. Вернувшись с летнего отдыха, мальчик заявил, что он теперь знает причины, по которым отец оставил мать, добавив, что «папа обещал меня поддерживать». По случайности в тот день, когда их квартиру обокрали, были вынесены все вещи, в том числе компьютер Тимура. Мать позвонила бывшему мужу, сообщив о происшествии, но тот отказался приехать. «Вот какой твой любимый папочка, сволочь!» – заявила она ребенку. Отец приехал через пару дней, привез новый телевизор, компьютер, деньги, а у ребенка усилилось заикание.

С трудом согласился рисовать во время первого интервью. В тесте «Три дерева» (семейная диагностика) изобразил три дуба с отсутствующей кроной. Все дубы стоят отдельно друг от друга, и лишь маленький дубок, сам Тимур, одной веточкой тянется к своему отцу. На следующем занятии в рисунке «Моя болезнь» изобразил бомбу, из которой вылетает жидкость коричневого цвета – рисунок отражает симптоматику фазы сепарации—индивидуации (анальной стадии).

У ребенка нет близких друзей, нет образцов для иного поведения. Об энкопрезе говорить отказывается. Заикание носит черты «условной приятности симптома»: «Я – заяка, меня нельзя травмировать». Когда читает стихи, заикание пропадает. Любит, когда его шлепают по ягодицам. Обнаруживает хорошую память при рассеянном внимании. Не выдерживает длительного напряжения, окружающим необходимо постоянно переключать его деятельность на другой объект. Навыки самообслуживания не соответствуют возрастным требованиям: мать завязывает шнурки на ботинках, стирает за него белье, ребенок не умеет подогревать еду.

Мальчик имеет слабое Эго, нарушен контроль над влечениями. Можно предположить, что симптоматика в виде регресса на анальную стадию носит характер психологической защиты от «повзреления».

Ресурс: симптомы уменьшаются, когда ребенок общается с дедом по линии матери.

Ребенок с рождения является «нарциссическим расширением своей матери».

***Нарциссическое расширение* – психоаналитический термин, обозначающий неосознанное желание родителя реализовать свои заблокированные потребности через ребенка Неадекватные или искаженные внутрисемейные коммуникации (длительный супружеский конфликт, разрешаемый через ребенка).**

Семья Тимура смешанная, и ей не удалось выполнить многие задачи развития. С позиций структурного подхода, основная проблема кроется в супружеской подсистеме и, соответственно, размытости границ хаотичной родительской подсистемы. Методы воспитания отличаются непоследовательностью. С точки зрения стратегических аспектов взаимодействия, симптомы служат метафорическим выражением кризиса семьи. Развод способствовал усилению гиперпротекции у матери по типу «фобии утраты». Мать сосредоточила свое внимание на симптомах сына, ее

вовлеченность в симптоматику ребенка порой носит сверхценный характер. В семье нарушены границы, коммуникация, отношения между ее членами «инфантильно-обидчивые». Мать создает у отца чувство вины через ребенка.

С другой стороны, симптомы ребенка мешают семье идти вперед по пути развития. Поведение «идентифицированного пациента» носит морфостатический характер, в попытках восстановить распавшийся брак родителей, кроме того, неправильное воспитание потворствовало закреплению инфантильных способов реагирования на трудности. Ребенок фиксирован на анальной стадии. Мать из-за обиды на мужа не дает сыну возможности адекватно пройти процесс сепарации – индивидуации. Поведение Тимура, без сомнения, способствует сохранению отношений между бывшими супругами – родителями мальчика и препятствуют выделению новой семьи отца в самостоятельную единицу. Никто в семье не желает смириться с утратой прошлых отношений и признать, что много лет потрачено впустую – мать испытывает обиду и заявляет при ребенке, что любит своего мужа, одновременно ругая его за черствость («двойной сигнал» – double bind). Проблемное поведение Тимура дает им повод для общения. Категоризация этого раздела затруднена, так как имеется множество аномальных психосоциальных условий (Z62.4; Z62,8; Z62.1; Z61.2 и т. д.).

Мальчик демонстрирует признаки пассивно-агрессивного поведения, имеет место легкое нарушение выполнения социальных ролей в школе.

Заключение. Сочетание биологических, психологических и социальных факторов, привело к тому, что, кроме психосоматических симптомов, стали выявляться признаки психогенного патологического формирования личности. Ребенок входит в группу риска по развитию поведенческих и эмоциональных расстройств в подростковом возрасте и нуждается в психотерапии, прежде всего семейной.

При отсутствии соответствующей психотерапевтической и педагогической помощи ребенку в детстве и в подростковом возрасте мы можем встретиться со случаем «мульти-морбидности», требующем от психотерапевта гибкости и креативности, умения сотрудничать с семьей.

Случай из практики №9

Руслана, 13 лет, привела на консультацию бабушка, мигрант из Таджикистана. Семья переехала в Петербург в 1993 году и проживала в коммунальной квартире в центре города. Мать развелась с отцом Руслана из-за его brutального характера, повторно вышла замуж уже в Петербурге. Отец периодически приезжает в Петербург, берет с собой сына и водит его по ресторанам, демонстрируя свою хорошую обеспеченность (притом, что алиментов не платит, а обучение в частной школе оплачивает отчим). От второго брака матери есть мальчик, 4 лет. Отношения Руслана с отчимом хорошие. С детства Руслан демонстрировал слабое здоровье, но обращение к педиатрам приводило лишь к ограничениям движения, назначением многочисленных лекарств. Бабушка страдала гиперопекой, которую осознавала, но не могла с ней справиться. Руслан в силу повышенной чувствительности к внешним обстоятельствам не вписался в общеобразовательную школу (не выдержал насмешек ровесников) и в момент обращения обучался в частной школе. Все это требовало огромного эмоционального и материального напряжения всей семьи. Обращение к школьному психологу не принесло должного облегчения. При осмотре жалобы были следующие: самостоятельно не выходит из дома даже купить что-либо сладкое во дворе; обнаруживает повышенную утомляемость, заикается при общении; периодически возникают приступы астмы, купируемые ингалятором. Мальчик физически выглядел старше своих лет, выявляя развитые вторичные половые признаки, при выраженном психическом инфантилизме.

Пропустив диагностические рассуждения, используя многоосевую диагностику, можно было констатировать следующее.

Клинические психопатологические синдромы. Невротическое заикание.

Расстройства личности. Избегающее расстройство личности в стадии формирования.

Соматические болезни. Атопическая бронхиальная астма.

Аномальные психосоциальные условия. Дисфункциональная семья с длительным супружеским конфликтом и вовлечением в него детей. Воспитание по типу потворствующей гиперпротекции.

Глобальный уровень функционирования (20). Подросток не справляется со всеми возникающими проблемами (выраженные трудности в социальной, профессиональной или учебной деятельности).

Арт-анализ, проведенный на второй сессии, выявил признаки диффузной идентичности, подтверждая пограничную личностную организацию подростка и его симптомы, носящие регрессионный характер (см. рис.4). Психотерапия с юношей проводилась по интегративной модели, позволив в конце курса «разбить гранит его астмы» (см. рис.5). Участие в кружке юных спасателей в какой-то степени заменило ему групповую психотерапию. Юноша использовал свой ресурс, поступив на факультет изобразительного искусства.

Катамнез через 8 лет. Симптоматика отсутствует. Работает чиновником. Круг общения ограничен: нет друзей, подруги. По настоянию бабки записался на прием, но не пришел.

В приложении 2 приведен список психосоматических симптомов и синдромов из книги Исаева «Психосоматические расстройства у детей», которую мы рекомендуем прочитать специалистам, работающим как с детьми, так и с взрослыми.



Рисунок 4. Я как сообщество



Рисунок 5. Разбитый гранит астмы

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ

Подростки постоянно нарушают сеттинг, необходимо быть готовым к неожиданной, зигзагообразной терапии, предполагать возможность перерыва в любом моменте, так и возвращения в психотерапию. Понимать, что может быть интенсивный перенос, провокации с точки зрения контрпереноса. В процессе терапии следует использовать **интегративные** и **эkleктические** техники, терапию действием, относиться с юмором, но без иронии к симптоматике.

Ипохондрия (по МКБ-11 Патологическая тревога по поводу здоровья)

Основные (необходимые) признаки.

Устойчивая озабоченность или страх по поводу возможного наличия одного или нескольких серьезных, прогрессирующих или угрожающих жизни заболеваний. Озабоченность сопровождается любым из следующих признаков:

Повторяющиеся и чрезмерные действия, касающиеся здоровья, такие как многократная проверка отсутствия признаков болезни, трата чрезмерного количества времени на поиск информации о предполагаемой болезни, поиск повторных заверений со стороны (например, многократное посещение медицинских консультаций); или

Неадекватное избегающее поведение в отношении здоровья (например, избегание медицинских осмотров).

Симптомы приводят к значительному дистрессу или выраженным нарушениям в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной и других важных сферах функционирования. Если функционирование поддерживается, то только за счет значительных дополнительных усилий.

РАССТРОЙСТВА, НЕПОСРЕДСТВЕННО СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ

В МКБ—11 расстройства, непосредственно связанные со стрессом, напрямую имеют отношение к воздействию стрессогенного или травмирующего события, или серии таких событий, или травматичного опыта. Для каждого расстройства в этой группе определяемый стрессогенный фактор является обязательной, но и не достаточной причиной. Хотя и не у всех лиц, оказавшихся под воздействие стресса, разовьется расстройство, расстройства в этой группе не возникнут без переживания стрессора. Стрессогенные события для некоторых расстройств в этой группе находятся в рамках нормальных жизненных переживаний (например, развод, социоэкономические проблемы, тяжелая утрата). Другие расстройства требуют воздействия чрезвычайного или жизнеугрожающего стрессового события (т.е., потенциально травмирующее происшествие). Все расстройства в этой группе отличает то, что по происхождению, характеру и длительности симптомов и связанным с этим нарушениям функционирования, они возникают в ответ на стрессовые события.

Расстройства, непосредственно связанные со стрессом, включают следующее:

Посттравматическое стрессовое расстройство

Осложненное посттравматическое стрессовое расстройство

Затяжная патологическая реакция горя

Расстройство адаптации

Другое расстройства, непосредственно связанное со стрессом

Основные (необходимые) признаки.

Проявления характеризуются связанными со стрессом симптомами, которые имеют общие клинические признаки с другими Расстройствами, непосредственно связанными со стрессом (например, возникающими в конкретной связи с идентифицируемым стрессором).

Симптомы не соответствуют диагностическим требованиям для любого другого расстройства в группе Расстройств, непосредственно связанных со стрессом или для Острой реакции на стресс.

Симптомы не объясняются в большей мере другим Психическим и поведенческим расстройством (например, Аффективным расстройством или Тревожным и связанным со страхом расстройством).

Симптомы не являются проявлением другого заболевания и не связаны с воздействием какого-либо вещества или лекарственного средства на центральную нервную систему, включая эффекты отмены.

Симптомы приводят к значительному дистрессу или к существенным нарушениям в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах функционирования. Если функционирование сохраняется, то лишь за счет существенных дополнительных усилий.

Случай из практики №10. Синдром Такоцубо (краткое посмертное клинико-психологическое исследование)

Бронислав, 39 лет.

Родился недоношенным. В течение 2,5 месяцев, находясь в отделении для недоношенных детей, получал молоко матери, которое родители привозили в стационар. Мать не была допущена в стационар ухаживать за недоношенным сыном. Рос покладистым и коммуникабельным ребенком, у него всегда было много друзей. В семье больше тяготел к отцу. С детства строил планы будущей жизни, впоследствии, большинство их осуществил. Ответственно относился к учебе, окончил химико-фармацевтический факультет. Очень любил свою специальность, участвовал в продвижении необходимых лекарств для онкологических пациентов.

Женился в 24 года по любви. Приоритетные ценности родительской семьи находились в духовной сфере: развитие, искренность в отношениях, взаимопомощь, профессионализм, тогда как ценности семьи жены, присутствовали в материальной сфере: заработок, красивые вещи, путешествия. В целях экономии проживали в квартире тестя, что позволяло им путешествовать и не чувствовать себя стесненными в средствах. Однако три года назад тесть, невзлюбивший зятя, спровоцировал конфликт и написал на него заявление в полицию, о том, что зять покушался на его жизнь. До этого Бронислав заботился о нем, когда тот лежал в больнице с инфарктом, отвозил его на дачу, платил всю сумму за квартиру. Конфликт был исчерпан примирением сторон. Какой-то период жили у родителей пациента, затем они с женой решили взять дорогую ипотеку не смотря на рекомендации всех друзей и знакомых не делать этого опрометчивого шага. Первый год радовались новой квартире и свободе, но через год фирма, в которой работал Бронислав, закрылась. В течение двух последующих лет сменил 5 мест работы, а последние полгода был безработным. Возникли проблемы со здоровьем: испытывал сильную слабость, головокружения. Обращался к кардиологам, неврологам, эндокринологам: назначались инструментальные обследования, которые не находили видимых симптомов заболевания. Во время суточного мониторинга была обнаружена брадикардия, пульс 52. Назначено симптоматическое лечение. Стал плохо спать, появились кратковременные, на несколько секунд, отключения сознания, о которых не сообщал врачу, жене (синкопе?). Одолжил деньги у знакомых, родителей, намереваясь их вскоре отработать. Говорил своему другу, что ему безумно стыдно за свою, неожиданную для него, финансовую несостоятельность. Очень сильно переживал неустойчивое финансовое положение семьи, в возникновении которого винил себя. С родителями стал общаться все реже, ссылаясь на необходимость зарабатывать на ипотеку. Был заброшен спорт. Жену беспокоила его безработица, неправильное отношение к сыну, с которым он проводил много времени. Ребенок рос своевольным, а в силу мягкости характера отца последний не справлялся с его воспитанием. Супруга взяла дополнительную работу, пыталась организовать подработки для семьи, которые были связаны с длительными поездками Бронислава на машине, часто в ночное время. Пациент старался ей

не перечить, оправдывал её раздражительность усталостью, шёл первым на примирение после ссор. Ночные поездки способствовали недосыпанию, потере веса, нарастала усталость, слабость. **Аллостатическая перегрузка!** (см. рис.6) Эндокринолог, наблюдавший его по поводу начальных проявлений гипотиреоза (показатели гормонов щитовидной железы были на нижней границе нормы), назначил новую схему и заверил, что через две недели он почувствует себя лучше... Через 2 недели пациент умер от острой сердечной недостаточности..

**Кардиомиопатия (синдром)
Такоцубо**

Синонимы:

- Нейрогенный станированный миокард
- Стресс-кардиомиопатия
- Стресс-индуцированная кардиомиопатия
- Транзиторное баллонирование верхушки левого желудочка
- «ампульная» кардиомиопатия
- «синдром сломанного сердца» («broken heart syndrome»)

Таблица 3. Синдром Такоцубо

Кардиомиопатия такоцубо (от яп. *такоцубо* – ловушка для осьминога), **транзиторное шарообразное расширение верхушки левого желудочка, стрессовая кардиомиопатия** – вид ишемической кардиомиопатии при котором развивается внезапное преходящее снижение сократимости сердечной мышцы. В связи с тем, что слабость миокарда может вызываться эмоциональным стрессом, например, смертью любимого человека, безработицей, длительным семейным конфликтом состояние также называется **«синдромом разбитого сердца»**. Синонимы представлены в табл.3

Точные причины развития кардиомиопатии такоцубо неизвестны. Поэтому универсальный план борьбы с недугом специалисты в настоящее время предложить не могут. Врачи обычно назначают курс терапии, схожий по своим принципам с лечением гипертонической болезни. С его помощью можно предупредить такие осложнения, как инфаркт или инсульт. Медикаментозное лечение включает в себя гипотензивные препараты: ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых

каналов. Чтобы купировать симптомы синдрома «разбитого сердца», используются антидепрессанты, транквилизаторы, вегетостабилизаторы. При незначительной выраженности проявлений патологии предпочтительно психотерапевтическое лечение.

Прогноз. При стрессовой кардиомиопатии риск летального исхода предельно низок, но все же существует.

К сожалению, интернисты редко собирают психосоциальный анамнез. Если проанализировать стрессовые события, произошедшие за 2 года у Бронислава, то они выглядят следующим образом.

Жизненные события и баллы (по шкале стресса Холмса)

Ссора с тестем, угроза тюремного заключения	50
Травма или болезнь	63
Увольнение с работы	50 (4 раза за 2 года)
Изменение в состоянии здоровья членов семьи	45
Снижение либидо	40
Потеря работы	47
Изменение финансового положения	39
Смерть близкого друга	38
Смена рода деятельности	37
Увеличение конфликтов в отношениях	36
Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома)	35
Просрочка выплаты кредита, растущие долги	31
Повышение служебной ответственности	30
Проблемы с родственниками мужа (жены)	29
Изменение условий жизни	26
Изменение личных привычек, стереотипов поведения	25
Проблемы с начальством	24
Изменение условий или часов работы	23
Перемена места жительства	20
Проведение досуга или отпуска	20
Изменение социальной активности	19
Ссуда или заем средней и малой величины	18
Изменение индивидуальных привычек, связанных со сном, нарушение сна	17
Изменение числа живущих вместе членов семьи, изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи	16
Изменение привычек, связанных с питанием (количество потребляемой пищи, диета, отсутствие аппетита и т.п.)	15
Угон автомобиля	30
Незначительное нарушение правопорядка (штраф за нарушение правил уличного движения)	12

Итоговая сумма определяет одновременно и степень сопротивляемости стрессу. Большое количество баллов (более 300) – это сигнал тревоги, предупреждающий об опасности. Следовательно, необходимо срочно что-либо предпринять, чтобы ликвидировать стресс.

Даже предварительный подсчет суммы свидетельствует о превышении «опасного порога» в 2 с лишним раза.



Рисунок 6. Аллостатическая перегрузка

Причина смерти: прочие кардиомиопатии.

Аллостатическая перегрузка (рис.6) – это «износ тела», который накапливается по мере того, как человек подвергается повторному или хроническому стрессу. Термин был придуман Брюсом Макьюэном и Стелларом в 1993 году. Он представляет собой физиологические последствия хронического воздействия изменчивой или повышенной нервной или нейроэндокринной реакции которая возникает в результате повторного или длительного хронического стресса.

У детей, перенесших тяжелую физическую или эмоциональную травму, развивается гиперреактивность осей гипоталамус-гипофиз – кора надпочечников (НРА) и локуса coeruleus (голубое пятно) -норэпинефрин (норадреналин) (LC-NE). Психосоциальный стресс в детстве может привести к дисфункции системы преодоления стресса с повышенной уязвимостью к стрессу в конфликтных ситуациях. Связи, соединяющие голубое пятно с гиппокампом (центром памяти) и миндалиной (центром эмоциональных реакций), оказывают влияние на процессы запоминания.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №11. Переход психосоматического расстройства в аддиктивную патологию

Рисунок «Сердце, пронзенное кинжалом» (рис.7) примерно за пол-года до смерти Бронислава выбрал случайно из альбома для раскраски и оформил его сын, Святослав, который учился в художественной школе, и назвав его «любовь». Этот рисунок символически отражает это расстройство: здесь и любовь, и стрессы и со-зависимость: сердце не выдержало... (зависимость написано моей рукой – С.А.)



Рисунок 7. «Разбитое сердце»

После смерти отца (12 лет), приходя в гости к бабушке и бабушке, часто сидел под столом и молчал. Регистрировалась дисфункция желудочно-кишечного тракта, долго сидел в туалете, наблюдался запор. Рекомендовано было обратиться к детскому психологу. После двухмесячной терапии вышел

из кризиса, и психолог обратила внимание на необходимость матери самой работать с издержками в сфере воспитания. Но та отказалась категорически. В возрасте 13 лет проиграл 5000 рублей, деньги вернули его одноклассники за посещение фестиваля. Дома случился скандал, и матери вновь рекомендовали обратиться самой к психологу. Святослав тоже стал ходить к психологу, работавшем в реабилитационном центре, но отказался с ним работать через 2 месяца. Увлекался блейк-дансом, летом ездил в спортивный лагерь. Осенью (мальчику 14 лет) тренер, к которому привязался, женился, и тренировки прекратились. Отказался посещать художественную школу, снизилась успеваемость. Мать повторно выходит замуж, и по началу с отчимом, у которого тоже было двое детей, установились хорошие отношения. Однако через несколько месяцев отчим упрекнул подростка, что он много ест, и мальчик замкнулся, просился разрешать ему ночевать у бабушки с бабушкой. Им же пожаловался, что уже несколько месяцев прекратил расти. Комплексное обследование, проведенное старшими родственниками, не выявило какой-либо патологии. В семье продолжались скандалы, отчим, потерял работу и не пытался активно её найти. супруге пришлось дополнительно заниматься репетиторской работой, чтобы прокормить 4 лиц мужского пола. Не выдержав такого напряжения, она подала на развод. Через две недели после этого и переезда в собственную квартиру (она сдавалась в аренду в этот период). Рост у подростка возобновился, вырос за месяц на 10 сантиметров. В 15 лет мать нашла в кармане у сына приспособление для курения электронных сигарет, возник грандиозный скандал. Скандалы продолжались регулярно по любому поводу. Мать Святослава работала допоздна, и контакт с ребёнком прогрессивно ухудшался. В школе резко ухудшилась успеваемость, и в конце учебного года (подростку 15 лет) по настоянию родственников согласилась на госпитализацию в реабилитационный центр. На семейной сессии подросток сообщил матери, что уже полгода употребляет различные психоактивные вещества.

Психосоциальный нанизм. Синдром задержки роста у детей на фоне психологического стресса и эмоциональной депривации. Это состояние часто отмечается при воспитании детей в социально неблагополучных семьях, закрытых детских коллектива



Рисунок 8. Аллостатическая перегрузка при аддикциях

После выписки из реабилитационного центра примкнул к волонтерскому движению, посещает группу «анонимных наркоманов» и регулярно ходит к своему психологу на сессии. Мать несмотря на семейный договор, периодически нарушает границы подростка, свою терапию игнорирует.

Как видно из этого случая пребывание в дисфункциональной семье с избегающим типом привязанности привело к трансформации психосоматической симптоматики в аддиктивную патологию. Механизм аллостатической перегрузки (рис.8) схож с таковым при психосоматической патологии.

В основе теории привязанности лежит концепция Джона Боулби.

Безопасная

Это самая здоровая и благоприятная форма привязанности.

В таких отношениях между матерью и ребенком есть понимание, взаимодействие, устойчивая связь. При этом ребенок адекватно реагирует на ситуации, когда нужно расстаться с матерью, – он переключается на игрушки, на другие занятия.

Детям с такой формой привязанности в будущем гораздо проще строить ровные, доверительные партнерские отношения. Они не будут «цепляться» за партнера, не будут слишком его ревновать. В таких парах ниже вероятность проблем с личными границами или дистанцией. Но при этом сохраняют способность реалистично оценивать обстановку и решаться на расставание, когда явно что-то не устраивает.

Амбивалентная

В таком тандеме ребенку сложно и некомфортно, когда мама рядом. Но и когда она уходит, он очень переживает. Обычно такая привязанность возникает в ситуациях, когда мать ведет себя весьма непоследовательно, отправляет двойные послания. То наказывает, то жалеет, то игнорирует.

Избегающая

Как правило, здесь достаточно холодная, отстраненная, жесткая и критикующая мать. Ребенок привык быть в некоей автономии. При этом он боится нового контакта с матерью, потому что получит порцию холода или

критики. Со временем он привыкает к этой автономии, выстраивает защитные реакции. Но недоверие к миру и к людям остается.

Дезорганизованная

В такой детско-родительской связи мать может себя вести по-настоящему жестоко, агрессивно. Когда ее нет – ребенок находится в тревожном ожидании. Когда она рядом – он прячется, боится проявить себя, получает от нее открытый негатив или агрессию.

Люди с преобладающим дезорганизованным типом привязанности во взрослом возрасте могут выстраивать отношения по принципам амбивалентной и избегающей привязанности. Только отношения будут даже сложнее и острее, чем в предыдущих пунктах.

Симбиотическая

Это полное влияние матери и ребенка, отсутствие понимания границ. Гиперопека матери, мать тотально участвует во всех сферах жизни ребенка. Поздняя сепарация или вообще ее отсутствие.

Стресс и иммунитет

Нервная система, эндокринная система и иммунная система образуют единое целое. Когда одна система не реагирует адекватно на стресс-фактор, другая система реагирует в форме контр-регулирования. Если, например, выведение кортизола более невозможно в ответ на стресс-фактор, воспалительные параметры, такие как цитокин, который обычно ингибируется кортизолом, увеличиваются в компенсации. Отрицательным последствием постоянного чрезмерного воспалительного ответа является большая восприимчивость к ауто-иммунным заболеваниям. Примерами реакций на недорегулирование на оси НРА являются пациенты с фибромиалгией, синдромом хронической усталости или пациенты с атопическим дерматитом.

Смерть спутника жизни, разлука или развод приводят к временному одиночеству, депрессии и тревоге, которые, будучи факторами стресса, влияют на иммунную систему. Иммунная система посылает обратную связь нервной системе в виде цитокинов. В рамках инфекции, они активируют ось НРА, чтобы обуздать вызванную инфекцией иммунную активацию. Это вызывает знакомое ощущение болезни в виде усталости, боли, потери аппетита и болей в теле. В целом, стресс может как стимулировать, так и подавлять иммунную систему. Кратковременные реакции на стресс усиливают врожденный иммунный ответ. Удовлетворительные межличностные отношения, физическое благополучие и личные оценки укрепляют иммунную систему. *Постоянный психосоциальный стресс, такой как потеря работы или потеря близких людей, навязывание своей воли родственниками пациентов, несчастный случай с долгосрочными последствиями, хронический деструктивный аффект или хроническое заболевание, приводит к снижению Т-лимфоцитов, снижению активности естественных клеток-киллеров, моноцитов и макрофагов.*

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №12

Григорий, 19 лет. Неоднократно госпитализировался в детскую инфекционную больницу в связи с гипертермией неясной этиологии. Мать юноши всегда училась только на отлично, защитила кандидатскую диссертацию и является квалифицированным и известным специалистом в своей области. Изначально мальчик с трудом вписывался в современную школьную систему и просил мать после окончания 9 класса перейти учиться в техникум или обычный класс. Но мать настояла на физико-математическом классе, в котором мальчику трудно было справляться с программой. Осенью (ноябрь месяц самый тяжёлый) и в 10, и в 11 классе он часто болел, симптоматика соответствовала критериям соматического дистресс – расстройства (МКБ-11). Все многочисленные инструментальные обследования не выявили какой-либо патологии. Отцу ребёнка, врачу по профессии, иммунолог рекомендовал обратиться с мальчиком к психотерапевту, но его призыв был проигнорирован. Юноша поступал в технический вуз по бюджету, но не прошёл по конкурсу. Мать, несмотря на возражения мужа, оплатила 1 семестр обучения в вузе. Юноша учился с трудом, был астенизирован. Осенью три недели пропустил занятия из-за подъемов субфебрильной температуры и слабости (в этот раз был зарегистрирован ковид), в результате чего увеличилась академическая задолженность. Кроме этого, он решил подрабатывать, чтобы иметь свои «карманные деньги». Нарушился сон, усилилась раздражительность. В результате – сессию он «завалил», и был отчислен. Устроился на работу, успешно с ней справлялся и в течение полугода ничем не болел. Поступил на он-лайн курсы обучения одной из IT-специальностей. Пациент выступил на демонстрационной сессии семинара по психосоматике. Сообщил, что после трудностей обучения в школе у него остался «астенический хвост». – «Если бы я год поработал и потом пошёл учиться в своём темпе, можно было избежать всех госпитализаций и многочисленных обследований. Теперь я совершеннолетний и – сам буду определять выбор своего жизненного пути. С матерью общаюсь редко и формально. Она постоянно нарушает мои границы, и мне с ней тяжело». Живёт на съёмной квартире, есть отношения с девушкой.

Иными словами, если в клинике психосоматического расстройства не обнаружено выраженных органических изменений, то диагностический процесс направляется на изучение истории жизни пациента, ведущих конфликтов, схем, т. е. психологической составляющей заболевания. В связи с этим следует подчеркнуть важность психосоциального аспекта позитивной диагностики, отражающего реальную жизненную ситуацию пациента, взаимоотношения его с окружающими людьми, их ожидания и требования по отношению к больному, способы разрешения им патогенной ситуации, характер используемых психологических защит и копинг-механизмов.

Под английским термином «coping» подразумевается процесс конструктивного приспособления, в результате которого данное лицо оказывается в состоянии справиться с предъявленными требованиями таким образом, что трудности преодолеваются,

и возникает чувство роста собственных возможностей, а это в свою очередь ведет к положительной самооценке.

Самооценка – это процесс когнитивной и аффективной оценки собственной личности. Самооценка может выступать в качестве показателя уровня психической зрелости личности

К сожалению, ни одна классификация не основана на едином подходе. В нее включено ограниченное число синдромов и заболеваний; ряд аналогичных расстройств остался за ее пределами. В МКБ-11 психосоматические расстройства могут встречаться в рамках различных нозологий. Диагноз дисциплинирует мышление специалиста, но не предохраняет от ошибок назначения неадекватных методов психотерапии в силу того, что психотерапевты часто слабо знают психиатрию и не учитывают структуру личности пациента. Одним из вариантов выхода из кризисной ситуации является тщательно собранный анамнез, использование многоосевых подходов и концепции мультимодальности.

Подробную информацию о классификационных системах, включая проект новой МКБ-11 можно найти на сайте Российского общества психиатров <http://psychiatr.ru>

Глава 2. Клинико-психологическая диагностика. Первичное (приемное) клинико-психотерапевтическое интервью

Для вынесения диагностического решения существуют разные методические пути получения данных.

Хотя многие специалисты в области психического здоровья используют психологические тесты, самый надежный метод на практике – диагностическая беседа (интервью).

Не потеряло своего значения понятие негативной и позитивной диагностики, пришедшее из диагностики невротических расстройств, представленное главным образом в трудах В. Н. Мясищева, его сотрудников и последователей, которое можно использовать и в диагностике психосоматических расстройств. Содержание понятия негативной диагностики состоит в отнесении к неврозам только тех заболеваний, при которых отсутствуют установленные биологические причины и изменения. Сущность позитивной диагностики вытекает из признания категории «психогенного», включающей в себя следующие основные положения: 1) психогения связана с личностью больного и с психотравмирующей ситуацией, трудностью этой ситуации, с неспособностью личности в данных конкретных условиях самостоятельно разрешить ее; 2) возникновение и течение невротического расстройства более или менее связаны с патогенной ситуацией и переживаниями личности: наблюдается определенное соответствие между динамикой состояния больного и изменениями психотравмирующей ситуации; 3) клинические проявления по своему содержанию в определенной степени связаны с психотравмирующей ситуацией и с переживаниями личности, с основными наиболее сильными и глубокими ее стремлениями, представляя аффективную реакцию, патологическую фиксацию тех или иных ее переживаний; 4) отмечается более высокая эффективность психотерапевтических методов по отношению ко всему заболеванию и отдельным его клиническим проявлениям сравнительно с биологическими воздействиями.

Диагностическая беседа служит не только для сбора информации, но одновременно выполняет консультирующую и терапевтическую функции. При диагностике особенно важно учитывать разные, в частности, взаимодействующие влияния как поведения интервьюирующего, так и ответа-поведения интервьюируемого. Присоединение к пациенту во время интервью, когда появляются первые данные о расстройстве и собирается анамнез, может являться уже начальной фазой клинико-психологического вмешательства. Умение провести первичный прием пациента – навык, который нарабатывается годами каждым специалистом. Обычно первичное интервью подразумевает получение информации о новом пациенте для определения наиболее подходящей терапии, если таковая необходима. Приемное интервью проводится, прежде всего, с диагностической целью. Соответственно, оно подразумевает широкое применение вопросов.

Исследованию предшествует ряд открытых вопросов, позволяющих осуществить присоединение, открыть зоны переживания пациента, подвести к жизнеописанию.

Цели первичного психотерапевтического интервью:

- изучение основных жалоб пациента
- изучение личной истории пациента
- концептуализация случая и формулирование соответствующих терапевтических задач.

Жалобы и симптомы

Оценка жалоб пациента требует от интервьюера определения основного источника дисфункции пациента, а также диапазона других проблем, которые ей способствуют. Симптомы пациента нужно классифицировать и ранжировать в зависимости от их приоритетности и с учетом возможностей для психотерапевтических вмешательств.

Говоря о симптомах психосоматических расстройств, в первую очередь необходимо перечислить симптомы эмоциональные (обида, неустойчивость настроения и т. д.), являющиеся следствием реакции напряжения, тревоги и фрустрации. Гипотеза появления проблемы, предложенная пациентом или членами его семьи, выявляет внутрисемейные убеждения, относящиеся к этой проблеме, их влияние на переживания и на методы решения проблемы. Такой порядок описания не позволит пропустить и явления коморбидности.

ПОГРАНИЧНЫЙ ТИП (МКБ-11)

Примечание: данный уточняющий критерий был включен для улучшения клинической полезности классификации Расстройств личности. Существует значительное перекрытие между этим разделом и информацией, содержащейся в описании дополнительных признаков. Однако **использование этого квалификатора может облегчить выявление лиц, которым могут помочь определенные виды психотерапии.**

Квалификатор Пограничного типа может быть применен по отношению к индивидам, картина Расстройства личности которых характеризуется повторяющейся нестабильностью межличностных отношений, образа себя, настроения, а также выраженной импульсивностью, о чем свидетельствуют пять (или более) из следующих критериев.

Отчаянные усилия, чтобы избежать реального или воображаемого одиночества.

Паттерн неустойчивых, чрезвычайно сложных межличностных отношений, которые могут характеризоваться колебаниями между идеализацией и обесцениванием, обычно связанный с сочетанием сильного желания и страха близости.

Нарушение идентичности, проявляющееся в выраженном и постоянно неустойчивом образе себя или самоощущении.

Склонность действовать опрометчиво в состоянии сильного негативного аффекта, что приводит к потенциально саморазрушительному поведению (например, рискованное сексуальное поведение, опасное вождение, чрезмерное употребление алкоголя, употребление психоактивных веществ, передание).

Повторяющиеся эпизоды самоповреждения (включая попытки самоубийства).

Эмоциональная нестабильность из-за выраженной реактивности настроения. Колебания настроения могут быть вызваны как внутренними (например, собственными мыслями), так и внешними событиями. Как следствие, индивид испытывает сильные дисфорические состояния, которые обычно длятся несколько часов, но могут длиться до нескольких дней.

Хроническое чувство пустоты.

Неуместный интенсивный гнев или трудности с контролем гнева, проявляющиеся в частых его проявлениях (например, крики или вопли, бросание или разбивание вещей, драки).

Преходящие диссоциативные или психотические симптомы (например, кратковременные галлюцинации, паранойя) в состоянии аффекта.

Другие проявления пограничных особенностей, не все из которых могут присутствовать у данного индивида в настоящий момент времени, включают следующее:

Представление о себе как о несоответствующем, плохом, виновном, отвратительном и достойном презрения.

Переживание себя как глубоко отличающегося и изолированного от других людей; болезненное чувство отчуждения и всепроникающего одиночества.

Склонность излишне переживать отказы; проблемы в установлении и поддержании полноценного, надлежащего уровня доверия в межличностных отношениях; частое неправильное истолкование социальных сигналов.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №13

Эффективность работы клинического диагноста определяется его способностью выдвигать гипотезы, предположения и намечать возможные методы их проверки. В некоторых случаях полезно пользоваться патобиограммой (табл.4), в которой симптомы и особенности личности разнесены во времени и по годам. В данной таблице отражены симптомы и диагнозы Валентины М., 19 лет, которая лечилась в разных клиниках с разными диагнозами, включая психосоматические расстройства. В наркологической клинике был верифицирован диагноз пограничного расстройства личности, которое сопровождается полисимптоматическим неврозом и сменой симптомов во времени.

Клиническая диагностика строится на обобщении различных исходных данных интенсивного обследования единичного случая, а сама диагностика исходит из принципа качественного анализа особенностей психического явления в противоположность задаче лишь количественного измерения.

Симптомы/годы	9-9 лет	10-11 лет	13-13 лет	14-15 лет	16-17 лет	18-19 лет	19 лет	19 лет (ноябрь)	19 лет (февраль) 2015 реабилитация
Патологические личностные черты	Независимость			Сложно в общении с окружающими	Ограниченность		Сложно адаптироваться		Взаимоотношения с родителями
Импульсивность:			Анонимные клубы	Каннабис	Сложно партнером, палочки на ногах	Авария после употребления ПАВ	Психо стимулятор	Пещиш	Убеждение с группы в случае критики
Антагонизм:					Конфликт с родителями	Истерические припадки	Истероформные реакции	Амбивалентность	
Другие симптомы	Ком в горле			анорексия		Булимия		Псевдооптики	Психосоматические симптомы
Госпитализация							НИИП НИ	НИИП НИ	Реабилитация
Диагноз							наркологический	Шизофрения	ПРЛ

Таблица 4. Патобиограмма пациентки Валентины М., 19 лет

Основа клинической диагностики – это развертка явлений во времени, и только комплекс методических приёмов позволяет это сделать.

На рис 9. показано сколько различных диагнозов может быть установлено у одного пациента, страдающего сопутствующим пограничным расстройством личности (ПРЛ).



Рисунок 9. Варианты диагнозов у пациента с ПРЛ

Способы совладания с внутренним напряжением в виде различных злоупотреблений, которые наиболее ярко выражены в клинической практике, скорее приводят к симптоматической, а не патогенетической постановке диагноза.

Некоторые жалобы имеют еще один механизм происхождения – регрессионный, сочетающий в себе и физиологические, и психологические факторы (например, когда молодой человек не отделяется от семьи и не берет ответственность за свою жизнь и (или) дополнительно заболевает психосоматическим заболеванием).

Случай из практики №14

Андрей, 19 лет. Когда мальчику было 14 лет, мать впервые обратилась к психотерапевту по поводу частых респираторных инфекций и перепадов настроения, трудностей установления контакта с окружающими.

В момент обращения подросток находился на домашнем обучении в связи с болезнями. Во время первого интервью было отмечено, что у пациента кроме вышеописанных жалоб регистрировалась зависимость от кумира. Андрей знал наизусть все песни Высоцкого, носил в своем кармане мешочек с землей с его могилы, «доставал» одноклассников разговорами о нем. Вечерами не давал матери заниматься своими делами, сидел рядом, просил разговаривать с ним. Единственный сын в семье. Об отце сообщили следующую информацию: он редко бывает дома, так как его работа связана с командировками.

Подростку было предложено поучаствовать в краткосрочной психотерапевтической группе. Вначале Андрей отказался, опасаясь, что группа его не примет. После тщательной подготовки с применением десенсибилизации (посидел в комнате групповой психотерапии, почитал плакаты, рассмотрел рисунки, побеседовал с ко-терапевтом) согласился прийти на первое занятие. Адекватно вписался в группу. На третьем занятии работал со своей проблемой зависимости от авторитета. В психодраме было показано, как тень Высоцкого затмевает развитие его собственных способностей. На следующий день поделился с ребятами следующим фактом: летом вместе с одноклассниками он создал свой любительский фильм. Подружился на занятиях с ровесником Юрием. С большой тревогой воспринял окончание группы. На последнем занятии в рисунке «Мое настроение» нарисовал разведенный мост.

Через три дня у него появились жалобы, что мир стал «как кино, а он чувствует себя манекеном», что трактовалось как депрессивный эпизод. После проведения трехнедельного курса медикаментозной терапии жалобы депрессивного характера прошли. Была продолжена индивидуальная психотерапия. На психотерапевтических сеансах свои отношения с родителями описывал как непонятные. «Спрашиваю отца, почему он не дает свой рабочий телефон, а тот ссылается на правила работы фирмы. С матерью в контакте такое ощущение, что **я открываю дверь, а она держит ее изнутри**».

На последующей семейной сессии, в которой участвовали мать и сын, психотерапевт поделился с женщиной метафорой ее ребенка и спросил, какое она имеет значение для семьи. Мать побледнела, достала ингалятор и прыснула себе аэрозоль в горло. «Знаете, я страдаю несколько лет бронхиальной астмой... Я должна сказать несколько вещей...» Психотерапевт: «Пожалуйста, не волнуйтесь. Во время психотерапии приходится говорить и о неприятных вещах: изменах, венерических болезнях, ненависти к родителям» (реплика в сторону: «Ага, еще один носитель симптома! Надо искать семейный секрет»). Мать сообщила следующую информацию. Она познакомилась с отцом Андрея, когда училась на третьем курсе университета. К этому времени он обучался в аспирантуре, и у него была своя семья. Однако он заверял, что любит ее, и, узнав о беременности, не настаивал на прерывании, обещал помочь ей

и ребенку, а позже оформить развод с женой. Прошло 14 лет, но он так и не смог сдержать свое слово. Появлялся он неожиданно и редко. Последние годы напряжение, связанное с работой, болезнями Андрея и хранением этой тайны значительно возросло. У матери на глаза навернулись слезы: «Знаете, мне нужно побыть одной». Мальчик спокойно выслушал исповедь матери. «Мне теперь легче. Какой-то груз свалился».

В ходе индивидуальных занятий и поддерживающей психотерапии началось «строительство мужского здания» подростка (использована техника арт-анализа «Я как сообщество» и создание антинарратива через нарисованный образ).

Если в начале на чертеже «площадь» матери и бабки в «его здании» занимали 70%, то в своем новом проекте «внутреннего сооружения», планировавшемся к сдаче в эксплуатацию к 1 апреля 200... года она занимала 40%. Одна из «площадей» – ответственность – составляла уже большую долю. Первой ласточкой в открытии своего творческого потенциала было создание подростком учебного фильма «Групповая психотерапия подростков».

Мальчик прервал терапию, поступив в колледж на обучение специальности «кинооператор». Мать отказалась пройти собственную терапию, но продолжала поддерживать контакты с психотерапевтом, поздравляя его каждый раз с Новым Годом.

Повторное обращение через 4 года. Жалоб на физическое здоровье нет. Заканчивает обучение в колледже по специальности «кинооператор». Отношения в группе характеризует как хорошие. Мать прервала прежние связи с биологическим отцом Андрея. Ингалятором по поводу бронхиальной астмы пользоваться перестала. Юноша после разрыва отношений с девушкой, отвергшей его любовь, стал страдать игровой зависимостью. Состоялась только одна встреча с юношей, на следующее занятие он не пришел.

Катамнез через год после повторного обращения. Со слов матери, пожелавшей, наконец, пройти собственную терапию, Андрей прекратил играть, но теперь зависит от своей подружки, старше его на 8 лет.

Отсутствие необходимой («здоровой») фрустрации в отношениях с матерью, ее выраженная гиперпротекция привели к тому, что в объектных отношениях не возникло дифференциации Я – Другой. Уровень организации личности пациента – пограничный, тип характера отражается сочетанием нарциссических и зависимых черт. Пациент и его мать изначально нуждались в длительной индивидуальной раскрывающей терапии, но прервали или не начинали ее.

Налицо смена симптоматики, характерная для пограничной личностной организации

Изучение личной истории пациента

Выяснение личной истории пациента – деликатный и сложный процесс, поэтому интервьюер вначале должен придерживаться недирективных подходов. Личная история начинается с ранних детских воспоминаний, включает впечатления о жизни в семье и учебе в школе, отношения со сверстниками и профессиональную деятельность (см. также Приложение 5 и 6). При сборе психосоциальной информации клиническим интервьюерам следует быть избирательными и гибкими – невозможно выяснить все в течение одной встречи. В отличие от психических расстройств, которыми занимается «большая психиатрия», при «пограничной патологии» вряд ли будут наблюдаться расстройства мышления, интеллектуальной сферы или другие выраженные психопатологические отклонения. Если такие проявления имеют место и исследователь испытывает затруднения при их верификации, то следует использовать такой диагностический инструментарий, как структурное интервью Кернберга (рис.10), провести тщательное психопатологическое исследование.

ОПЫТ ОБЩЕНИЯ СЕМЬИ СО СПЕЦИАЛИСТАМИ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ

Еще важный пункт, который никак нельзя упустить – это опыт общения с лицами помогающих профессий (помощниками), один из самых тонких разделов для психологов. Он посвящен поискам описания текущих взаимоотношений пациента с помощниками и предыдущего позитивного и негативного опыта общения с психологами, врачами, психотерапевтами.

Отмечается:

общение семьи (пациента) со специалистами в настоящее время;

прошлый опыт обращения за психологической помощью;

влияние прошлого опыта на точку зрения профессионалов.

Для пациента, имевшего многократный негативный опыт взаимодействия с помощниками, процесс опроса о предыдущих контактах может помочь определить, что данное обращение – другое, отличается от предыдущего. Сам факт обсуждения открывает возможность развития иных взаимоотношений.

Этот раздел важен, так как показывает психологам проблемы, которые могут возникнуть у нас с данной семьей или пациентом. Кроме того, специалист обобщает опыт предыдущих усилий помощников и других отношений с пациентом. Необходимо также провести границу между реальными фактами и переживаниями семьи по этому поводу. Осознать негативный опыт в некоторой конкретной ситуации не означает согласиться с утверждением, что предыдущий специалист – «плохой». Для пациента, имевшего многократный негативный опыт с помощниками, процесс опроса об их предыдущих обращениях может помочь определить, что данное обращение – другое, отличается от предыдущего. Сам факт обсуждения открывает возможность развития иных взаимоотношений.

Оценка функционирования пациента. Структурный диагноз

В процессе психологического обследования решаются вопросы диагностики, общие для всех ее сфер. Кроме того, в исследовании решаются частные проблемы, например, исследование уровня организации личности и «синдрома диффузной идентичности», выявление ведущего аффекта в объектных отношениях (от этого зависят сроки психотерапии). «Диффузная идентичность» проявляется в амбивалентном отношении к себе и другому (нарушенные Я— и объект-репрезентации) и включает механизм расщепления; импульсивное поведение, которое может наносить вред пациенту проявляется в следующих формах:

- импульсивное поведение при трате денег
- импульсивная сексуальность
- злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ)
- безрассудная езда на автомобиле
- импульсивность в еде
- повторяющиеся суицидальные действия
- угрозы совершения суицида
- самоповреждающее поведение

Структурное интервью Кернберга (рис.10) облегчает эту задачу диагностики.



Рисунок 10. Диагностическое интервью по Кернбергу

Структурный диагноз ставится по следующему алгоритму.

А. ИДЕНТИЧНОСТЬ

Способность вкладываться в учебу, работу, отдых, получение удовольствия

1. Глубоко, постоянно и адекватно уделяет время работе (учебе) и досугу
2. Глубоко, постоянно и адекватно уделяет время работе/учебе ИЛИ досугу, проявляя поверхностность в другой сфере из двух.
3. Вовлеченность в работу и досуг непоследовательная и поверхностная.
4. Может уделять больше времени какому-то одному занятию или проявлять кажущуюся вовлеченность, больше для удовлетворения нарциссизма.
5. Минимальная вовлеченность в работу/учебу или досуг
6. Отсутствие вовлеченности в работу/учебу или досуг

Провалы в школьном образовании дают возможность вскрыть и семейный контекст консультируемого случая: какие установки у родителей на школьные достижения и поведение; разделяют ли родители ответственность за проблемы своего ребенка или они ругают школу; хвалят ли родители за школьные достижения ребенка или «учатся за него». Другими подкрепляющими или ослабляющими девиантное поведение условиями являются отношения учителей и дирекции школы с конкретным учеником: знают ли они его особенности; есть ли контакт у родителей с учителями или они находятся в конфронтации.

Умение планировать отдых и развлечения также показатель «взрослости».

ЧУВСТВО Я

Самоописание (поверхностное, глубокое); амбивалентность, постоянство чувства Я в настоящем; мнения, вкусы; нарциссические черты; чувство Я в интимных отношениях; самооценка. Выраженная тенденция к сравнению с другими для самоопределения и регуляции самооценки. Самооценка может быть неадекватно завышенной или заниженной, или колебаться от полюса к полюсу; эмоциональная регуляция отражает колебания самооценки: (от грандиозности к униженности).

1. Самоощущение хорошо интегрировано – связное, сложное, сохраняемое в течение длительного времени, вне зависимости от ситуации.

2. Самоощущение хорошо интегрировано, но нестабильно в течение длительного времени или легкие, стабильные нарушения самоощущения (например, непонимание себя).

3. Самоощущение почему-либо плохо интегрировано (не согласуется в чем-либо, поверхностное, нестойкое или противоречивое, со значимыми нарушениями (например, одновременно идеализированное и девальвированное представление о себе, устойчиво грандиозное представление о себе или устойчиво обесцененное).

4. Самоощущение плохо интегрировано: нестабильное, слишком поверхностное, противоречивое или устойчиво грандиозное/ девальвированное.

5. Самоощущение не интегрировано: крайне несвязное, поверхностное хаотично нестабильное с отсутствием ощущения ядра личности.

РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ДРУГИХ

Значимые фигуры в настоящей жизни. поверхностное, глубокое описание, амбивалентность, меняющееся мнение о других или целостное восприятие достоинств и недостатков родителей или друзей.

1. Представления о других хорошо интегрированы – связные и устойчивые, в разное время и в разных ситуациях

2. Представления о других хорошо интегрированы, но есть некая поверхностность или легкая нестабильность в данных представлениях или в чувствах других по отношению к опрашиваемому.

3. Представления о других в чем-то плохо интегрированы – присутствует несогласованность, туманность, поверхностность, непоследовательность, какая-либо нестабильность и противоречивость в ощущениях других или в чувствах других по отношению к опрашиваемому, описания могут быть автореферентными (со ссылкой на себя как на источник информации для себя).

4. Представления о других плохо интегрированы – несогласованные, нестойкие, противоречивые, со значимыми нарушениями; описания во многом автореферентны.

5. Представления о других не интегрированы – карикатурные, хаотичные, противоречивые и крайне нарушенные; описания автореферентны.

Б. ОБЪЕКТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

Межличностные отношения

Присутствуют\отсутствуют, сколько времени (в норме устойчивые отношения должны наблюдаться не менее года).

Отношения с ровесниками – также серьезный предиктор эмоциональных и поведенческих расстройств у подростков. Специалисту следует расспросить, кто является близким приятелем данного пациента; чем они вместе занимаются; как пациент себя чувствует в неформальной группе. Предпочтение группы старших подростков или маргинальной группы может навести на мысль о семейной дисфункции, а избегание социальных контактов – на тревожное расстройство личности или слабое развитие социальных и коммуникативных навыков. Контактируя с другими, подростки не воспринимают адекватно границы между собственными намерениями в общении и чувствами других людей.

1. Есть как минимум один (или больше) хороший друг с продолжительностью дружбы не менее двух лет; регулярные контакты с близкими друзьями; большая глубина вовлеченности; конфликты с друзьями редки и понятны (реалистичны).

2. Один (или более) хороший друг с продолжительностью дружбы не менее двух лет, но в самой близкой дружбе прослеживается поверхностность, конфликтность или меньшая вовлеченность, проявляющаяся вариабельностью контактов и доверия, конфликтами в дружбе.

3. Можно говорить о наличии одного или более друзей с поверхностными отношениями, более короткой продолжительностью, значимо сниженной интимностью или нарушением взаимности доверия, значимыми конфликтами с друзьями.

4. Имеет знакомых, вряд ли – друзей. Отношения поверхностные, изобилуют конфликтами.

5. Отсутствие друзей. Описание дружбы бедное, поверхностное, хаотичное.

ОБЪЕКТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ (продолжение)

Интимные отношения и сексуальность

Имеются ли романтические или интимные отношения, присутствует любовь или отсутствие сексуальной активности, наличие мастурбации. При первом контакте с подростком эти темы поднимать осторожно или отложить на следующую встречу.

1. Наличие удовлетворяющих интимных отношений с взаимной зависимостью, способность сочетать любовь и сексуальность в течение длительного времени (дольше 6 месяцев).

2. Наличие интимных отношений с изъяном (подавленные, грубые, ограниченно доверительные); может сообщать о наличии любви при подавленности сексуальности; могут быть сложности с интеграцией любви и секса.

3. Ограничение интимной сферы. Может сообщать о сложностях в сохранении интимных отношений; отношения характеризуются широтой конфликтов, кратковременностью и поверхностностью; могут быть длительные отношения с подавлением сексуальности, неверностью и/или нарушением доверия.

4. Краткие, малоинициативные поверхностные попытки установить интимные отношения; серьезная подавленность сексуальности и доверительности и/или промискуитет.

5. Отсутствие интимных отношений и сексуальной активности.

Объектные отношения (продолжение)

Внутренний вклад в отношения со значимыми людьми

Эгоцентризм, скука, открытость, закрытость, наличие эмпатии, экономический взгляд на отношения, конфликтность.

1. Легко поддерживает взаимную зависимость, не рассматривает взаимоотношения как средство удовлетворения потребностей. Полноценная способность к эмпатии и к уважению/осознанию потребностей других, вне зависимости от собственных потребностей. Легко сохраняет интерес к другим в течение длительного времени.

2. Способен сохранять взаимную зависимость. В целом, не думает об отношениях как о средстве удовлетворения потребностей. Может думать о том, что он (а) получает от отношений, но это – не центральная мотивация в отношениях. Полностью развитая потребность в эмпатии с некоторыми сложностями видеть потребности окружающих вне зависимости от своих в отдельных сферах (сексуальные отношения, соревнования с друзьями). Способен сохранять интерес к другим в течение длительного времени.

3. Ограниченная возможность в формировании взаимной зависимости. Может либо заботиться, либо нуждаться в заботе ИЛИ занимать доминирующую/подчиненную роль, вести или быть ведомым. Могут наблюдаться колебания между двумя позициями. Склонен рассматривать взаимоотношения как средство для удовлетворения потребностей. Ограниченные способности к эмпатии и к пониманию потребностей других в отрыве от собственных потребностей. Ограниченные способности к сохранению интереса с течением времени.

4. Нет способности к взаимной зависимости. Рассматривает отношения как средство достижения собственных целей. Незначительные способности к эмпатии. Не понимает потребностей других людей в отрыве от своих потребностей. Интерес к человеку после удовлетворения потребности мал или отсутствует.

5. Нет способностей к зависимым отношениям, к эмпатии. Рассматривает отношения целиком с точки зрения удовлетворения своих потребностей, не интересуясь потребностями других.

ОБЩАЯ ОЦЕНКА ИДЕНТИЧНОСТИ

1. Целостная идентичность – ощущение себя и окружающих хорошо интегрировано, глубокая вовлеченность в работу и отдых.

2. Целостная идентичность но с областями легкого дефицита – ощущение себя и окружающих интегрировано, но с легкой поверхностностью, нестабильностью или нарушениями И/ИЛИ некоторыми сложностями вовлечения в работу или отдых.

3. Легкая степень нарушения идентичности – ощущение себя и/или других в чем-то плохо интегрировано (очевидная поверхностность, несогласованность или нестабильность, временами – с противоречиями и разрывами) с явными нарушениями способности вовлекаться в работу и/или отдых или вовлечение лишь удовлетворяет нарциссические потребности.

4. Умеренная степень нарушения идентичности – ощущение себя и других плохо интегрировано (значительная поверхностность, несогласованность, нестабильность, противоречия и нарушения), дефицит способности вовлекаться в работу/учебу и досуг.

5. Тяжелая патология идентичности – крайне поверхностные, хаотичные, резко противоречивые и разорванные представления о себе и об окружающих. Вовлеченность в работу и отдых отсутствует.

Примечание: Если нарушение восприятия окружающих значимо выше нарушений самовосприятия – следует заподозрить нарциссическую патологию.

В. АГРЕССИЯ И ВРАЖДЕБНОСТЬ

1. Агрессия по отношению к себе: вред своему здоровью, рискованное поведение, самоповреждения, суицидальность, прекращение лечения в медицинских учреждениях, игнорирование рекомендаций врачей, хроническое нарушение режима.

2. Агрессия, направленная на других: враждебность, зависть, гнев, месть, ревность.

1. Отсутствие аутоагрессии или минимальный ее уровень (например, пощипывание кожи).

2. Редкие случаи саморазрушающего поведения (например, случаи чрезмерного употребления алкоголя, случайный секс) и минимальное пренебрежение здоровьем (неправильное питание, нерегулярная чистка зубов, нерегулярный прием назначенных лекарств).

3. Более значимое саморазрушающее поведение (допущение таких ситуаций, как незащищенный секс, любовные интрижки, запои). Выдирание волос или ресниц. Поведение, мешающее выздоровлению или ведущее к инфекционному заболеванию. Неспособность следовать медицинским рекомендациям с потенциально серьезными последствиями.

4. Значимая аутоагрессия: нередкое допущение ситуаций с риском для жизни, крайне рискованное поведение (незащищенный секс с незнакомцем, пьянки в опасных ситуациях, вождение в нетрезвом виде). Нелетальные самоповреждения (порезы, ожоги). Серьезное пренебрежение здоровьем. Суицидальные жесты.

5. Опасная аутоагрессия по «многим фронтам», с потенциальным серьезным вредом для здоровья. Одна или более суицидальная попытка.

Общая оценка агрессии

Общая оценка агрессии важна для определения прогноза лечения и выбора амбулаторного или стационарного способа оказания помощи.

1. Агрессия под контролем. Могут иметь место эпизоды гнева или вербальной агрессии, но они кажутся адекватными ситуации.

2. Ситуация с агрессией не критичная. Деадаптивные проявления ограничены минимальным саморазрушающим поведением или пренебрежением, контролирующим стилем отношений или вспышками вербальной агрессии. Вербальная агрессия чаще или сильнее, чем в случае 1. Может иметь место хороший контроль, но нарастающая враждебность.

3. Достаточно плохой контроль агрессии. Деадаптивные проявления агрессии включают в себя значимое саморазрушающее или высоко рискованное поведение, пренебрежение собой и неподчинение. Также/или могут быть вспышки гнева, вербальная ненависть, частые случаи враждебного контроля над другими, садистическое удовольствие от дискомфорта или неудач других. Может наблюдаться хороший контроль над поведением, но значительная враждебность.

4. Плохой контроль агрессии. Если агрессия направлена на себя, она может быть смертельно опасной, но не постоянной. Если она направлена на других, – эпизодическое, но частое вербальное издевательство, частые угрозы физического вреда себе или окружающим, нападения на других, удовольствие от оскорбления и/или злой власти над другими. Суицидальные жесты. Значительная или тяжелая враждебность.

5. Контроль агрессии минимален или отсутствует. Склонность к проявлению хронической, смертельно опасной агрессии. Частые жестокие, садистические вербальные издевательства. Атаки на других или самоповреждения с целью причинить вред. Создание ситуаций, опасных для жизни себя и/или других. Суицидальные попытки. Могут наблюдаться многократные попытки с целью умереть.

Г. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ

У пациентов с расстройствами личности решающую роль играют механизмы психологической защиты, представляя собой устойчивый, индивидуальный специфический набор приемов. С их помощью индивидуум привыкает преодолевать конфликты, возникающие между основными параметрами психической жизни, – собственно влечениями, потребностями, реальностью, прежде всего значимыми лицами социального окружения. Вместо расширения копинг-механизмов, что бывает у здоровых детей, у подростков с личностными девиациями преобладают защитные построения. Они позволяют пациентам контролировать болезненные, чаще тревожно-депрессивные реакции на конфликт и приводят к гомеостатическому решению проблемы. Далее защиты автоматизируются и перестают осознаваться, в этом причина их устойчивости и того, что больные с ними так неохотно расстаются. Лица с высоким структурным уровнем используют более зрелые защиты: рационализацию, вытеснение, сублимацию. Пациенты со средним и низким структурным уровнем выявляют идеализацию, обесценивание, проекцию, проективную идентификацию, нарциссические фантазии, параноидные симптомы.

Д. АДАПТАЦИЯ РИГИДНОСТЬ

Планирование, предвидение событий (антиципация), гибкость, самообвинения, застревание на конфликте, ухудшение самочувствия при незначительном стрессе.

Е. МОРАЛЬНЫЕ ЦЕННОСТИ

Имеется ли внутренний моральный компас (самостоятельный, постоянный, гибкий). Чувство стыда, вины. Присутствие жестокого, агрессивного, антисоциального поведения (драки, ограбления); отсутствие критики на отсутствие моральных ценностей, отсутствие вины, стыда, раскаяния.

1. Внутренний нравственный компас автономен, последователен и гибок. Отсутствуют признаки аморального поведения. Зрелое и адекватное чувство ответственности за потенциально вредоносное или неэтичное поведение. Испытывает чувство вины.

2. Внутренний нравственный компас автономен и последователен, но с ригидностью или двойственностью в случаях возможной личной выгоды. Нет признаков явно аморального поведения. Некоторая ригидность или небрежность в ощущении беспокойства или ответственности за свое потенциально вредоносное или неэтичное поведение. Чувство вины есть, но оно пассивно, и не ведет к активным действиям по возмещению ущерба.

3. Некое чувство внутренних нравственных стандартов, слишком ригидное или слабое. Может иметь место неэтичное поведение, такое как плагиат, ложь. Могут наблюдаться трудности с применением нравственных стандартов для управления поведением. Может быть эксплуататором, с трудом берет ответственность за поведение, причиняющее вред другим. Недостаточно ощущает беспокойство и вину, или испытывает чувство вины лишь для садистического самобичевания.

4. Нравственные стандарты слабы, непоследовательны и коррумпированы. Может быть агрессивное антисоциальное поведение, такое как воровство, подлог, шантаж. Может идти на конфронтацию с жертвой, но без насилия (по крайней мере, запланированного). Морально ориентирован на то, чтобы не быть пойманным. Эго-синтонная эксплуатация. Не упускает случаев получить выгоду за счет других. Не испытывает вины или сожаления.

5. Не понимает, что такое «нравственные ценности». Наличие жестокого антисоциального поведения (запланированные нападения, побои) ИЛИ явная психопатия (непонимание явления нравственных ценностей) с жестоким поведением или без такового. Не испытывает вины или сожаления.

Последняя важная сфера, на которой сосредотачивается интервьюер во время приемного интервью – актуальное функционирование пациента. Интервьюер должен перейти к этой теме ближе к окончанию интервью, поскольку это помогает пациенту вернуться из прошлого в настоящее, с его как преимуществами, так и стрессами. Окончание интервью должно подчеркивать сильные стороны пациента и ресурсы его окружения, а также ориентировать пациента на будущее и на постановку практических задач.

Развитие теории объектных отношений в клинической практике способствовало пониманию, что каждого человека можно описать как имеющего определенный уровень развития личности (психотический, пограничный, невротический) и тип организации характера (истерический, параноидный, депрессивный и так далее). Это будет означать, что данному человеку свойственен

и определенный паттерн импульсов, тревог, защитных механизмов и объектных отношений, который в травмирующей ситуации, превосходящей адаптационные возможности индивида, может обусловить декомпенсацию в виде соответствующего расстройства. Большинство пациентов имеют сопутствующее расстройство личности разной степени глубины. Одни функционируют на достаточно высоком уровне, другие находятся на ранних стадиях психоэмоционального развития.

В табл. 5 представлена психоаналитическая нозологическая модель, помогающая определить тип личностной организации.



Таблица 5. Психоаналитическая нозологическая модель

Сущность структуры характера не может быть осознана без понимания двух различных и взаимодействующих друг с другом измерений – уровня развития личностной организации и защитного стиля внутри этого уровня. Согласно современным психоаналитическим представлениям, пациенты невротического уровня опираются, в основном, на более зрелые защиты; при этом они используют также и примитивные механизмы, хотя наличие последних не исключает диагноза структуры характера невротического уровня.

В психоаналитической литературе было отмечено, что более здоровые люди используют вытеснение в качестве своей основной защиты, отдавая ему предпочтение по сравнению с менее дифференцированными способами решения конфликтов. Психотические личности чаще всего прибегают к уходу

в фантазии, отрицанию, тотальному контролю, примитивной идеализации и обесцениванию, примитивным формам проекции и интроекции, расщеплению и диссоциации.

Первое измерение отражает уровень индивидуации пациента или степень патологии (психотический, пограничный, невротический, «нормальный»); второе обозначает тип характера человека (параноидный, депрессивный, шизоидный и так далее). Оценка центральной проблемы индивида (безопасность, автономия или идентичность), характеристического переживания тревоги (тревога уничтожения, сепарационная тревога или более специфические страхи наказания, повреждения, потери контроля), основного конфликта развития (симбиотический, сепарация—индивидуация, эдипов), способности к объектным отношениям (монадические, диадные, триадные) и чувства собственного Эго (подавленное, втянутое в сражение или ответственное) образует одно всестороннее измерение аналитической психодиагностики. По этой схеме многие аналитические диагносты определяют структуру личности пациента. На оси развития расположены три главные категории организации. Фактически мы имеем дело с континуумом, имеющим отличия в степени выраженности. Следует отметить, что в условиях достаточно сильного стресса совершенно здоровый человек может иметь временную психотическую реакцию.

Для того чтобы исследователю было легче понять особенности каждого уровня нарушения, в таблице 6 в краткой форме представлены их характеристики.

Таблица 6. Характеристики уровней нарушений

Характеристики	Уровни нарушений по О. Кернбергу		
	Психотический уровень. Симбиоз	Пограничный уровень. Сепарация—индивидуация	Уровень от невроза до здоровья. Интеграция идентичности и константность объекта
Центральная проблема	Безопасность	Автономия	Идентичность
Характер тревоги	Тревога уничтожения	Тревога сепарации	Тревога наказания и потери контроля
Конфликт развития	Оральный: симбиотический	Анальный: сепарация—индивидуация	Эдипов конфликт
Тип конфликта по Эриксону	Базовое доверие или недоверие	Автономия или стыд и неуверенность	Инициативность или вина
Объектные отношения	Монадические	Диадные	Триадные
Чувство «Я»	Затопленное	Сражающееся	Ответственное

В психотерапии такой подход означает, что можно лучше понять пациента, рассматривая его не только через призму интрапсихических проблем (тревожность, внутренние дилеммы, зависимости, психосоматика и т. д.), но и с точки зрения целого, то есть в контексте социальных связей, составной частью которых он является. Поведение отдельного пациента, на первый взгляд представляющееся отклонением от нормы, необычным или странным, при индивидуальном подходе может показаться естественным или, по крайней мере, понятным, если рассматривать его как ответ на взаимоотношения, которые сложились в его семье. Диагностика уровня развития личности определяет объем и временной интервал дальнейших психотерапевтических мероприятий. Таким образом, адекватное или неадекватное представление о себе ребенок формирует на основе «отраженных оценок», исходящих от значимых других. Если ребенок не является желанным, и родители обращаются с ним жестоко, подвергая его унижениям, его Эго деформируется, наполняясь агрессивностью, жестокостью по отношению к миру. Здоровое и целостное Эго может возникнуть только на основе любви, эмпатии, уважения. Родительское отношение к ребенку, а также реакции на него значимых других будут определять самооценку и приспособительные функции на протяжении всей взрослой жизни.

Теория О. Кернберга хорошо соотносится с эриксоновскими стадиями детского развития и ролевого развития Я. Морено и представляет ориентир для психотерапевта. Так, например, если у пациента имеется чувство вины, это указывает, что проблема возникла в трех—пятилетнем возрасте – в период инициативы—вины. Даже если пациент точно не укажет возраст, все равно психотерапевт ищет корни проблемы, возникшей примерно в этот период.

Если продолжить дальнейший ряд периодизации психического развития по Э. Эриксону или формирование идентичности, мы обратим внимание, что личность делает полярный выбор между компетентностью или неполноценностью, идентификацией личности (социальная, половая роль) или путаницей ролей, близостью или одиночеством. При этом каждый новый выбор, каждый новый этаж в структуре личности как бы наслаивается, надстраивается на предыдущие (принцип эпигенеза). Соответственно их «демонтаж» и «реконструкция» могут быть проведены в обратном порядке, от зрелого возраста к более раннему. Для того чтобы проанализировать с этой точки зрения конкретную психологическую проблему, нужно «просеять» ее через «сито» перечисленных позитивных и негативных выборов и их телесных же психокоррекционных приемов.

Завершая интервью, пациенту предлагается рассказать о каких-либо важных отношениях со значимыми объектами, о которых не спросил интервьюер.

Организация интервью позволяет использовать его не только в качестве диагностического инструмента, но и как психотерапевтическое вмешательство, особую форму разговорной техники.

Умело проведенное интервью помогает отделить проблему от пациента («экстернализация»), получить обратную связь о степени участия и заинтересованности в решении проблемы пациентов и членов семьи, найти ресурсы пациента и использовать их в последующей психотерапии.

В конце встречи специалист выясняет, имеются ли у пациента какие-нибудь вопросы к нему. Заканчивая интервью, психолог благодарит пациента и подчеркивает, важность полу-

ченных сведений для дальнейшей работы и, в случае необходимости, предоставляет диагностические гипотезы (концептуализация случая). Затем с пациентом обсуждаются дальнейшие шаги, назначается следующая встреча, если нужно, даются рекомендации о дополнительных параклинических (психодиагностических) обследованиях.

Глава 3. Концепции происхождения психосоматических расстройств

Термин «психосоматика» был введен в 1818 году И. Хайнротом, и десятью годами позже М. Якоби предложил похожий термин «соматопсихика», который, однако, не стал популярным. В дальнейшем психосоматика развивалась как клиническая дисциплина, учитывающая, кроме биологических факторов, патогенные психосоциальные причины возникновения того или иного соматического заболевания, которые рассматривались как первичные причины возникновения и дальнейшего течения психосоматических расстройств.

Современная психосоматика берет начало в работах клиницистов психоаналитического направления. Впервые описал причины семи психосоматических заболеваний Ф. Александер, объясняя их возникновение наследственной предрасположенностью, дефицитным эмоциональным климатом в семье и эмоциональными переживаниями взрослой жизни. В настоящее время выделены типичные психосоматические расстройства, имеющие психогенное происхождение: ожирение, нервная анорексия, нервная булимия, бронхиальная астма, язвенный колит, болезнь Крона, лабильная эссенциальная гипертензия (психосоматоз), сердечный невроз, гастроэнтерит (как пример функциональных расстройств, не вызывающих структурных изменений органов) и некоторые другие.

С понятиями психосоматика и психосоматическая медицина мы связываем сегодня много разных значений и направлений исследований, которые неоднородны и не согласованы между собой в постановке проблем и методах исследования.

Г. Селье описал общий адаптационный синдром, который является суммой неспецифических системных реакций организма и возникает вследствие длительного стресса. Система гипоталамус-гипофиз-надпочечники реагирует на стресс чрезмерной секрецией кортизола, что вызывает структурные изменения в различных системах организма. К нейрофизиологическим проводящим путям, при прохождении которых формируются стрессовые реакции, относятся: кора головного мозга, лимбическая система, гипоталамус, мозговое вещество надпочечников, а также симпатическая и парасимпатическая нервная система. Нейротрансмиттеры включают такие гормоны, как кортизол, тироксин и адреналин. Согласно работам Дж. Энгеля, в состоянии стресса все регулирующие нервную деятельность механизмы подвергаются функциональным изменениям, которые нарушают гомеостатическое равновесие. В результате организм становится восприимчивым к инфекционным заболеваниям и другим патологическим процессам.

В отечественной литературе долгое время одной из ведущих теорий, объясняющих возникновение психосоматических расстройств, длительное время была теория кортико-висцеральных взаимодействий, основанная на идеях нервизма и теории условных рефлексов. Суть этой теории заключается в том, что нарушения кортикальных функций рассматриваются как причина развития висцеральной патологии. При этом учитывается, что все внутренние органы имеют свое представительство в коре головного мозга. По мнению некоторых авторов, влияние коры больших полушарий

на внутренние органы опосредуется лимбико-ретикулярной, вегетативной и эндокринной системами.

Информационная модель психосоматических заболеваний. Данная теоретическая концепция появилась в 1980—1990-е годы, когда обнаружили и поняли назначение так называемых «стволовых клеток» в организме. Стволовые клетки – это недифференцированные клетки, которые рассредоточены по всему организму. Оказалось, что они непосредственно участвуют в защитных механизмах организма, так как могут заменять состарившиеся или погибшие клетки тканей и органов. Когда проходит срок деятельности клетки, и она погибает, то на ее месте образовывается новая клетка, которая занимает место погибшей. Если орган не может сам регенерировать новую клетку, то в этом ему помогает стволовая клетка, которая подходит на место погибшей и занимает ее место. Как только стволовая клетка встроилась в орган, она получает информацию о деятельности предыдущей клетки и дифференцируется под тип погибшей клетки, выполняя все ее функции.

При сильном стрессе и хронических заболеваниях нарушается информационная структура клетки на уровне ДНК: нарушается информационная спираль ДНК, надламываются отдельные соединения из аминокислот, в результате чего меняется код отдельных звеньев. Поэтому при замене погибшей клетки на новую (стволовую), ей передается не изначально правильная программа деятельности клетки, а измененная. Логично было бы, чтобы новые клетки, когда они обновляются в органах и тканях организма, работали как новенькие, но нет – они продолжают программу предыдущей клетки, как бы «ведя историю продолжения своего рода».

Эта проблема в медицинской модели психотерапии в настоящее время не получила достаточно глубокого и методологически обоснованного объяснения.

Представляется бесспорным, что современная психосоматическая медицина, получившая развитие в последние полвека, **немыслима без психодинамического мышления**. Психодинамическое мышление, по сути, представляет собой не что иное, как ставшее наукой «врачебное искусство обращения с пациентом». Так как пациент перестает быть пассивным объектом лечебной процедуры, специалист не может уже оставаться сторонним наблюдателем физиологических, биохимических или психологических процессов.

Как правило, в психосоматическом анамнезе находят разные причины, вызывающие заболевание.

Вместе с тем ряд других оригинальных концепций, связанных и не связанных с психодинамическим направлением, имеют право на существование и должны приниматься во внимание специалистом при диагностике психосоматических симптомов.

Остановимся на тех концепциях, которые прошли проверку временем.

Психосоматический симптом как результат конверсии психической энергии. Конверсионная модель З. Фрейда

КОНВЕРСИОННОЕ РАССТРОЙСТВО

Характеризуется одним или несколькими неврологическими симптомами (параличи, атаксия, слепота, глухота, нарушение чувствительности, истерические расстройства, ложные судорожные припадки или конвульсии), связанными с психологическими факторами

Эти симптомы в отечественной психиатрии рассматривались ранее в рамках истерического невроза.

Конверсионные расстройства традиционно понимают как потерю или нарушение физиологических функций, утрачивающих произвольное управление вследствие психологических проблем. Часто эти состояния напоминают неврологические симптомы, но они могут поражать любую систему или орган. В детском возрасте сочетание конверсии и истерической личности встречается не менее чем в 50% диагностируемых расстройств. В отличие от других психосоматических нарушений конверсионные расстройства у детей имеют одинаковое распространение среди обоих полов. Образовавшийся патологический комплекс приносит индивиду первичную и вторичную выгоду, что заставляет его удерживать психологический конфликт от осознания и – тем самым оберегать от возможных воздействий на него.

Необходимо подчеркнуть, что чем больше в обществе, в средствах массовой информации, в произведениях современной культуры говорят о механизме конверсии и истерии, тем меньше эти симптомы встречаются. С конверсионного симптома как бы снимается завеса тайны, необходимая для процесса символообразования. Например, во время Первой мировой войны самым частым психосоматическим нарушением был тремор – невротическое дрожание. Во время Второй мировой войны дрожание практически не встречалось, а самым частым психосоматическим нарушением были желудочные боли. Таким образом, организм находит новые механизмы для снятия напряжения.

Спустя столетие в невротической симптоматике на первый план выступают сомато-вегетативные расстройства и их личностная переработка. Особенно наглядно процесс «соматизации» невротических расстройств заметен на симптоматике истерии. Поблекла яркая психопатологическая окраска истерии, клинической редкостью стали большие истерические припадки, а также и другие грубые истерические симптомы. Преобладающей формой истерических пароксизмальных состояний стали своеобразные вегетативно-сосудистые кризы типа «сердечных приступов». В то же время некоторые авторы, основываясь на опыте работы в неврологической клинике, указывают на все еще большую частоту псевдоневрологических расстройств при истерии.

Ранее считалось, что конверсия – это скорее «женская» форма патологической защиты от конфликта, в то время как для мужчин характерен скорее ипохондрический способ защиты. Между тем, клинические данные последних лет показывают, что у мужчин они также встречаются.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №15

Андрей Ю., 40 лет. Неоднократно был госпитализирован в неврологическую клинику по поводу затылочного радикулита с выраженным болевым синдромом и нарушением чувствительности. При случайном посещении психотерапевтической группы родителей подростков во время психодраматической постановки его сна удалось выяснить, что он служил в Афганистане, долгие годы медленно продвигался по карьерной лестнице, терпел самодурство начальника и в течение многих лет не позволял себе проявлять эмоции страха и гнева. Столкнувшись с тревожащей его ситуацией во время психодрамы, он не хотел вставать после завершения проигрывания своего сна (возник функциональный паралич) и издавал стон. Применяв прием вербального отражения и усиления его звуков, удалось вызвать у мужчины крик: эмоцию страха он долгие годы «прессовал» в бессознательном. После проведения психотерапии в течение двух последующих лет неврологической симптоматики не наблюдалось.

Когда, например, радикулит, вызванный конверсией, делает для офицера невозможным участие в боевых действиях в Чечне, или язвенная болезнь, вызванная той же причиной, предотвращает разрыв отношений, действует вторичная выгода.

Теоретики психодинамического направления полагают, что при образовании истерических соматоформных расстройств работают два механизма – первичная выгода и вторичная выгода. Люди получают первичную выгоду в связи с тем, что их истерические симптомы удерживают внутренний конфликт вдали от сознания. Например, если человек испытывает неосознанный страх перед выражением гнева, то во время ссоры у него может отняться нога, что не позволит его агрессивной реакции достичь сознания. Вторичную выгоду из своих истерических симптомов люди извлекают за счет того, что эти симптомы помогают им избежать участия в неприятной для них деятельности или позволяют почувствовать доброе отношение со стороны других людей. Чтобы разобраться в проблеме вторичных выгод болезни, в терапии необходимо решить две основные задачи:

определение потребностей, которые удовлетворяются благодаря симптоматическому способу;

поиск путей удовлетворения этих потребностей иным образом (без участия симптома).

Проиллюстрирую вышесказанное еще одним примером.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №16

Дмитрий, 26 лет, военнослужащий, студент заочного отделения психологического факультета, рискнул выступить в качестве клиента на занятиях по психотерапии. Вот как он описал свое расстройство.

«Основным симптомом моего заболевания является неспособность дышать носом, нос «постоянно забит», приходится прибегать к лекарству. Обследование, лечение, смена климата никаких результатов не дали. Считаю, что это проявления психосоматического заболевания.

Отец погиб в 1979 г. (производственная травма). В 1985 году мать второй раз вышла замуж, появилась сестра Таня. С самого начала наших отношений с отчимом появились разногласия в понимании некоторых вещей жизни. Со временем его роль отца при взаимодействии со мной проявлялась в подавлении моих желаний, лишении чего-либо, угрозы к лишению, наказания (не физического). Как правило, мать принимала сторону отчима, так как думала о пользе моего воспитания. Чем старше я становился, тем сильнее проявлялось противостояние в силу моего характера. В 8—10 лет я продолжал проявлять твердость своих убеждений вплоть до 1—2 лет до армии, в результате чего мне приходилось выполнять волю отчима через «не хочу» с «внешними эмоциональными проявлениями» как с моей, так и его сторон.

Я стал ненавидеть отчима. Со слов матери отчим меня очень любит и желает для меня только хорошего.

Первые признаки затяжного насморка появились в 14—15 лет. Отношения со сверстниками были хорошие, а с классным руководителем все было гораздо хуже. Имели место инциденты, например, она назвала меня подонком, я выбил у нее дома стекла.

В 18 лет был призван в армию. Практически все негативные стороны армейских взаимоотношений пришлось вынести: подавление, подчинение чужой воле, унижение. После службы в вооруженных силах я работаю в структуре МВД. Принцип работы силовых структур – иерархическая лестница, подчинение, субординация.

Считаю, что такие жизненные моменты как отношения в школе, отношения в армии, отношения на работе плюс отношения мои с отчимом и есть причины моего хронического насморка, т. е. неспособность дышать. Ограничение воздуха в легких – есть отсутствие свободы самовыражения, неспособность к спонтанным действиям, а лишь достижение поставленной задачи или программы».

Некоторые психоаналитики считают, что хронический насморк – это проявление сдерживаемых слез.

При дифференциальной диагностике необходимо исключить возможность того, что эти симптомы обусловлены шизофренией или другим родственным расстройством, а также аффективным или паническим расстройством. Вероятна также связь этих жалоб с психологическими факторами и подсознательными конфликтами. Пациент обращается за помощью к различным специалистам, и иногда «его величество случай» помогает поставить правильный диагноз.

Впервые идею конверсии З. Фрейд изложил в работах «Психоневрозы защиты» и «Исследования истерии». Под конверсией понимается смещение

психического конфликта и попытка разрешить его через различные симптомы в области тела – соматические, моторные (например, различного рода параличи) или чувственные (например, утрата чувствительности или локализованные боли). Происходит как бы «прыжок» из психической в соматическую иннервацию, то есть «отделение либидо» от бессознательных, вытесненных представлений и преобразование этой либидонозной энергии в соматическую сферу. Благодаря такому переносу либидонозного наполнения из области психического в область телесного патогенный конфликт удаляется из сознания. В соматическом симптоме символически представлено то, что должно было содержаться в бессознательной фантазии.

Конверсионная модель особенно хорошо объясняет нарушения произвольной моторики (невротически обусловленные параличи и речевые нарушения). Она может быть также полезна для понимания психогенных нарушений чувствительности, нарушений походки, ощущения кома в пищеводе при истерии (*globus histericus*), определенных болевых состояний, мнимой беременности.

При этом важно, что телесный симптом символизирует бессознательный конфликт пациента, имеющий, по Фрейд, преимущественно генитально-сексуальную (эдипальную) природу. Это, как правило, конфликт между ребенком, матерью и отцом (триангулярный конфликт). Например, для мальчика это означает, что он хочет «спать» с мамой, а мешающего папу стремится устранить. В результате возникают страх наказания и чувство вины. Мальчик боится, что отец его накажет путем кастрации. Страх кастрации может сместиться с генитальной области на любую другую часть тела, вызвав, например, боли, потерю чувствительности или паралич в руке. Так, головная боль может означать нежелание, чтобы «в голову лезло сексуальное возбуждение»; «истерическая» рвота может символически выражать связанное с сексуальным возбуждением отвращение (защитный механизм со стороны супер-Эго); нарушение зрения и слуха может служить, по Фрейд, тому, чтобы «не увидеть» и «не услышать» то, что может потревожить сознание.

В соответствии с конверсионной моделью, с появлением соматического симптома пациент испытывает эмоциональное облегчение благодаря смягчению гнета бессознательного конфликта. Это происходило в большинстве описанных Фрейдом случаев. Однако некоторые психосоматические заболевания не несут с собой облегчения душевного состояния, и даже, напротив, как в случае астмы или колита, усиливают душевные и физические страдания. Можно считать, что здесь задействованы другие механизмы возникновения психосоматического заболевания.

Крайне важным было обнаружение Фрейдом основы механизма диссоциации – активного процесса психологической защиты, феномена вытеснения из сознания угрожающих или нежелательных содержательных элементов. Эмоция, которая не могла быть выражена, оказывалась превращенной в физический симптом, представлявший собой компромисс между неосознаваемым желанием выразить мысль или чувство и страхом возможных последствий. Симптомы, как выяснилось, позволяли не только маскировать нежелательные эмоции, но и представляли собой своеобразное налагаемое на себя индивидуумом наказание за запрещенное желание или удаление себя из устрашающей ситуации. На рис. 11 через имитацию на манекене во время психотерапевтического сеанса показано возникновение симптома артралгии в коленных суставах как отражение вытесненной агрессии и нежелания просить прощение у отца («нет смирения, нет коленопреклонения, нет прощения»).



Рисунок 11. Имитация вытесненной агрессии

Эти же симптомы обуславливали и получение вторичных выгод от занятия роли больного. Соматический язык симптомов может также использоваться как средство коммуникации, когда последняя затруднена бессознательными, сознательными или социокультурными факторами. Такой способ общения чаще свойственен инфантильным, незрелым, зависимым личностям с невысоким уровнем образования и интеллекта. Коммуникативный эффект симптома проявляется в том, что, трансформируя конфликт в разных сферах отношений личности в физическое заболевание, он позволяет больному манипулировать социальным окружением, в какой-то мере снижая болезненность конфликтной ситуации. Устранение блокады на пути эмоции, следующая затем эмоциональная разгрузка (катарсис) и, вследствие этого, исчезновение физического симптома, лишенного эмоциональной поддержки, явилось первоначальной основой психоаналитического метода. Вот еще одна иллюстрация данного положения.

Случай из практики №17

Ирина Б., 40 лет, обратилась по поводу заболевания щитовидной железы.

При анализе истории жизни и болезни пациентки следует отметить, что на возникновение ее симптоматики повлияло множество факторов: воспитание в дисфункциональной семье с перепутанными половыми ролями у супругов, дефицит родительского внимания и формирование «чувства покинутости», возникновение алекситимического блока и иррациональной установки «я должна быть для всех хорошей». Несмотря на зрелый возраст, у нее сохраняется психологическая зависимость от родителей, фрустрирована потребность в отце и имеется сверхидентификация с ним. Ирина пытается до сих пор защитить отца от нападков матери, и в то же время испытывает страх агрессии со стороны матери. Таким образом, до сих пор не разрешены «триангулярные» проблемы (отношения в треугольнике «отец—мать—ребенок») в ее развитии. Симптоматика ее заболевания с детства сосредотачивалась на зоне горла. Во время пребывания в психотерапевтической группе Ирина последовательно прорабатывала следующие темы: детская обида на родителей, которые на проективном рисунке «Моя обида» отражены в виде змеи, обвивавшей горло (болезнь щитовидной железы, возможно, возникла в результате ранней детской фантазии аннигиляции (когда отец душил мать за горло, девочка испытала страх, не позволила себе плакать, относя агрессию в свой адрес, затем произошла конверсия агрессивной эмоции в область горла), тема зависимости—независимости и отделения от родителей, ответственности за свой выбор. Так как работа в группе была краткосрочной, а проблемы пациентки существовали давно, ей рекомендована поддерживающая индивидуальная психотерапия, в ходе которой наступило улучшение физического состояния.

Одновременно с моделью «конверсии» в ходе так называемого невроза тревоги Фрейд сформулировал вторую концепцию психосоматического возникновения симптомов, радикально отличающуюся от конверсии. Он обнаружил, что такие органические симптомы, как расстройства сердечной деятельности, дыхания, приступы потливости, дрожи, приступы голода, понос, головокружение, сужение сосудов и парестезия, сопровождают приступ тревоги в качестве «эквивалентов приступа тревоги» (психосоматический симптом как эквивалент приступа тревоги) и часто полностью заменяют его. Позже Фрейд причислил конверсию к вытеснению, а соматический эквивалент тревоги – к более примитивному защитному механизму проекции. Общим для обеих концепций является то, что органическая симптоматика рассматривается не как простое нарушение физиологических функциональных связей, а как следствие переживаний и поведения.

К конверсионным расстройствам условно можно отнести расстройства, возникающие на основе отыгрывания. Несмотря на эту узкую клиническую коннотацию, отыгрывание, теоретически, экономическое понятие, потому что оно состоит в немедленном переводе в действие инстинктивных импульсов, фантазий и желаний, ради того, чтобы избежать определенных идей или эмоций болезненного, чрезмерно возбуждающего или конфликтного характера. Оно также подпадает под категорию психического отречения или отказа.

Сдвиг от психической переработки к разрядке в действии особенно вероятен, когда мы получаем внезапную нарциссическую рану или неожиданно утрачиваем объект. Чем более хрупок наш нарциссический баланс, тем более вероятно, что мы будем справляться с внутренним и внешним напряжением с помощью какой-то формы отыгрывающего поведения или действия симптома в виде соматизации (этот механизм встречается во многих учебных примерах). В случае соматизации субъект обычно остается в неведении своих психических конфликтов и душевной боли. Такие события часто вызывают не только психосоматические симптомы, но и непонятную тревогу и депрессивные состояния, которые всегда сопровождаются такими физическими симптомами как усталость, потливость, тремор и апатия. К этому ряду психосоматических явлений нужно добавить склонность к несчастным случаям и повышенную подверженность инфекциям во время стресса. Травматические события, которые так часто вызывают взрыв психосоматических болезней (утрата безопасности, уход объекта любви, неожиданная потеря самоуважения), могут рассматриваться как причинение боли и расстройства на слишком высоком для субъекта уровне подъема тревоги, чтобы он мог это вынести.

Классики психоанализа обнаружили, что симптомы их пациентов теряли свою иррациональность и непонятность, когда удавалось связать их функцию с биографией и жизненной ситуацией клиента. В нижеприведенном примере психосоматическое расстройство было формой отыгрывания, не позволяя сильным аффектам завладеть пациенткой.

Случай из практики №18

Наталья Н., 51 года, учитель математики, обратившаяся за помощью по поводу психосоматического расстройства (непонятные высыпания на коже, страхи, симпатoadренaловыe кризы), вначале отрицала связь своего заболевания с произошедшим полгода назад официальным разводом с мужем. Однако написание терапевтического эссе в ходе терапии и метафорическое изображение внутреннего мира (Отвергая в качестве причины заболевания неотреагированную обиду на мужа, она, тем не менее, неосознанно положила фигуру Кена в военной форме за лисом, олицетворяющим ее «симптом, белый и пушистый» во время арт-анализа см. цветную иллюстрацию.) свидетельствовали о том, что этот фактор имеет большое значение в этиологии ее расстройства.

Я болею редко, но метко. Нельзя сказать чтобы я получала от этого удовольствие, но и бояться болезней я не привыкла: в первый раз испугалась около 10 лет назад, когда на Песочной мне пообещали, что год жить осталось. *(Комментарий. У пациентки после конфликта с директором школы обнаружили увеличение лимфатических узлов, и она обследовалась в онкологическом институте. Когда конфликтная ситуация завершилась, диагноз «лимфогранулематоза» не подтвердился. «Все удивились, что узлы рассосались». На самом деле на представленной рентгенограмме они сохранились, но в значительно уменьшенном размере – С. А.).* Но после таких событий произошло некоторое примирение с мыслью, что человек смертен. Потом я успела вырастить девочек и даже как-то устроить их в той жизни, и акценты в своем мировосприятии расставила уже по-другому: лучше жить неделю, но быть здоровой и благополучной. Это не означает, что я жить не хочу, просто считаю, что иногда лучше умереть, чем быть прикованным к постели и мучить себя и других.

Появившихся пятен я сначала совсем не испугалась, так как они меня ничем не беспокоили. Но врачам из больницы удалось-таки меня напугать и заставить искать альтернативный путь лечения, в результате чего я и напала на рефлексотерапию (только я и представить себе не могла, что после нее могут быть такие последствия). Странные ощущения появились после 5-й процедуры, но врач говорил, что надо продолжать, а я ему доверяла. После 8-й процедуры я была уже так напугана своим состоянием, что продолжать отказалась. Эта болезнь оказалась для меня по-настоящему страшной, потому что я мучилась и совершенно не понимала, что со мной, и не знала к кому мне обратиться. А врач-иглорефлексотерапевт уехал на месяц, и когда вернулся, ничего не объяснил, а посоветовал пить валерьяну (корень). А мне было плохо и страшно. И ему я с каждым днем верила все меньше. Он рисовался уже в моем сознании магом, от которого я завишу, так как не знаю, куда пойти и которого уже боюсь. Внутри меня происходило что-то ужасное и непонятное. И чем непонятнее, тем ужаснее оно было.

Я утратила свою природную жизнерадостность, перестала улыбаться, во мне поселился страх. Когда погода менялась, он усиливался. Перед грозой я ощущала себя загнанным животным. Я пыталась бороться с этими ощущениями, гнать от себя мысли о том, что больна, но только еще больше убеждалась в своей болезни. Я не хотела больше читать и, тем

более, смотреть телевизор, прогулки превратились в вынужденное шатание по паркам, а не думать о болезни стало просто невозможно. Эта мысль была первой при пробуждении и последней перед тем, как я засыпала. Мне уже не хотелось жить. И тут случился кризис. Я проснулась ночью, и страх бился во мне, выплывал из желудка и ударял под сердце каждые три минуты. Принять какое-нибудь лекарство я боялась, так как перед сном меня вырвало от валерьяны. Я разбудила дочь, она крепко обняла меня и прижала к себе. Мы лежали с ней рядом до утра, меня трясло, я пыталась уговорить себя, что бояться нечего, что было правдой. Но страх существовал внутри меня и в то же время сам по себе. Он мне не подчинялся. Я впервые почувствовала себя биосистемой с химическими процессами, которыми я не управляю. Утром я пошла к невропатологу. При каждой встрече врачи давали надежду, но временную, так как лучше мне почти не становилось. Вегетативные ощущения не проходили. Когда я обратилась к психотерапевту, мне стало значительно легче, но вегетатика не уходит. А недавно произошло странное событие.

Ночью пришел бывший муж. Все было совершенно неосознанно, и (не знаю отчего) мои душевные страдания прекратились. Но потом оказалось, что болезнь перешла в корешковую невралгию в основании черепа. Боль была ужасная, у меня искры из глаз сыпались. Но страх прошел. Я впервые за эти 3 месяца почувствовала себя нормальным человеком. Я даже сказала дочери «не расстраивайся, это больно, но совсем не страшно, это пройдет», и спокойно приняла таблетки (и мне не стало от них плохо, и от аннотации на них тоже!) Но как только боль начала утихать, невроз вернулся, «белый и пушистый». Как я от него устала! Что же мне сделать, чтобы он, наконец, от меня отстал!».

Наталья была ориентирована изначально на краткосрочную терапию: «Я смогу пройти только десять сеансов» (складывалось впечатление, что она воспринимала психотерапию как уроки математики).

При анализе жизни и болезни следует отметить, что на возникновение симптоматики повлияло множество факторов: воспитание в дисфункциональной семье; дефицит родительского внимания; формирование перфекционизма, иррациональной установки справедливости («если я так люблю мужа, то почему он отказывается от меня?»); фрустрированная потребность в отце; обида на мать, которая постоянно подавляла желания дочери. Психотерапевтическая работа показала и другие причины ее заболевания. Семья Натальи была долгие годы образцовой для всех родственников и знакомых. Она, всю жизнь, ориентируясь на внешние стереотипы престижа и благополучия, пыталась сохранить имидж благополучной семьи и после того, как муж, испытав крах в бизнесе, начал злоупотреблять алкоголем. Психосоматическое расстройство «помогало» ей избегать стыда, свойственного нарциссическим личностям в случае несоответствия внутренних установок и внешних стандартов.

Индивидуальная психотерапия привела к исчезновению симптомов. Наталья осознала и свою теневую сторону (баба-ягу она вначале не хотела выбирать в качестве своей субличности, но потом осторожно положила на задний план (рис.12) подчеркнув, что в результате болезни стала более терпимой к людям, а не такой бескомпромиссной как ранее. Однако пациентка отказалась проработать экзистенциальный пласт своего расстройства,

ссылаясь на то, что она получила «советское воспитание» и не верит в эти высокие материи. Поэтому не исключен рецидив заболевания в будущем.



Рисунок 12. Анализ симптомов пациентки с помощью социографической техники «игрушки»

Структура Супер-Эго и психосоматическая патология

Структуры и содержания Супер-Эго (совести) в значительной степени определяют развитие психосоматических синдромов. Различия в Супер-Эго, которые могут определять специфический выбор невроза или психосоматического расстройства, скорее связаны с развитием идеалов. Большинство психосоматических пациентов ассимилировали в свою структуру личности идеал активности. При язвенном колите сформированный идеал является достаточно гибким и лишь частично интроецированным. Супер-Эго также во многом определяется позицией окружения, и поэтому в таких случаях говорят о ситуативном Супер-Эго или ситуативном идеале.

Гипертоник нередко характеризуется выраженным идеалом права, власти и долга. Такого больного можно описать как «тигра в клетке», постоянно готового наброситься на свою добычу или врага, но при этом всегда сдерживающего свое поведение вследствие тормозящих влияний со стороны строгого Супер-Эго.

Коронарные больные, в определенном смысле напоминающие язвенных и гипертонических пациентов, отличаются от этих типов своей внезапной и быстро набирающей обороты активностью. Они много и обсессивно работают, любят непосредственно реализовывать свои идеи. Это предполагает резкое ускорение и резкое торможение психомоторной активности. В психобиологическом отношении такая внутренняя установка приводит к тому, что система кровообращения постоянно подвергается неожиданным чрезмерным нагрузкам. Подобное развитие идеала самым тесным образом связано с нормами и идеалами семьи, рабочей среды, затем социальных групп или социального окружения, а также с появлением фантазий, непосредственно обусловленных влечениями. Это означает, что развитие психосоматических больных можно правильно понять только в том случае, если будут учтены также и другие аспекты развития личности.

Случай из практики №19

Так, например, у *Анны Г., 23 года*, впервые оральный симптом «нервной булимии» возник, когда она училась на первом курсе университета. В ее семье и отец, и мать, в основном, были ориентированы на профессиональный рост и развитие, а не на «идеальную фигуру» как их дочь, пытаясь заслужить одобрение микросоциального окружения. В процессе психотерапии выяснилось, что закладка «пищевого симптома» произошла в детстве. Летом в деревне, проживая у бабушки по линии отца, переедала, таким образом, свекровь бессознательно мстила своей невестке, у которой не было жестких установок по отношению к еде. В момент обращения к специалисту у нее сложились непростые отношения со своим мужем. Он «разрывался» между своей матерью, оказывавшей значительное влияние на единственного сына, и женой, набирая вес. На рисунке «моя болезнь» он изобразил себя в виде эспандера, который растягивают две женщины. Приходя поздно домой, предпочитал поиграть на компьютере. Она же, обладая большим свободным временем, но, испытывая дефицит положительных эмоций, «отъедала» часть тех продуктов на ужине, которые нравились мужу, а не ей. И в том, и в другом случае появление симптома отражало «долженствование», а не реализацию собственных потребностей.

М. М. Решетников [2003] в норме представляет гипотетическую структуру личности в виде «клетки», где в центре находится «ядро» – Ид, окруженное «оболочкой» Эго (и внутри этой оболочки есть какое-то содержимое – содержание Эго), а поверх этой оболочки – еще одна «оболочка» Супер-Эго со своим содержимым (содержание Супер-Эго). На нашей схеме (рис.13) эта концепция органично вписывается в холистическую парадигму.



Рисунок 13. Холистическая парадигма психосоматических расстройств

«Если Эго было исходно «сломано» в детстве или даже просто «надломлено», то, во-первых, в нем нет «содержимого», а если оно даже было, это содержимое (содержание Эго) «растеклось» под оболочкой Супер-Эго и смешалось с содержанием последнего (которое является более «вязким» и более мощным, в любом случае – у нормально социализированной личности – доминирующим). Что происходит? Так как Эго фактически отсутствует (или присутствует кое-где в виде фрагментов, при этом Эго все равно оказывается «опустошенным»), то Ид напрямую контактирует со Супер-Эго, которое не принимает и жестоко осуждает потребности Ид, диктуемые принципом удовольствия и никак не соотносимые с реальностью (так как они не трансформированы – с помощью Эго – даже в сколько-нибудь социально приемлемые формы). Во-вторых, так как Эго было «сломано» в раннем детстве, то из него не могло развиваться нормальное собственное Супер-Эго, поэтому единственная «наружная оболочка» представлена почти полностью родительскими запретами (и оценками) и самыми жесткими вариантами моральных норм и социальных установок.

В итоге фрагментарное Эго (не имеющее собственного содержания) не просто мечется, а «зажато» между властными побуждениями (стремлением к удовольствию) Ид и не менее жесткими требованиями сверхморалитета Супер-Эго. Ему, этому Эго, не до общения с внешним миром. Эго опустошено и ожесточено, весь его запрос к внешнему миру большей частью обусловлен потребностью любви, любви безбрежной, такой как ему представляется и которая вряд ли возможна – как в терапии, так и вне нее. А значит, исходно терапия должна строиться на восстановлении (или

даже воссоздании) адекватного Эго пациента, способного к адекватному тестированию реальности и адекватной оценки того, что можно получить от этой реальности (одновременно с постоянством усилий терапевта по интроекции его терапевтического Супер-Эго взамен «извращенно-жестокое» родительского»).

В целом можно сказать, что нормальные функции Эго редко бывают грубо нарушены у психосоматических пациентов. Защитные механизмы достаточно разработаны, однако защитные функции совладания, контроля, подавления, вытеснения и изоляции иногда находятся под слишком сильным давлением со стороны строгого и идеалистического Супер-Эго.

Как сила, так и слабость Эго выражается в аутизме, нарциссизме или в эгоцентризме психосоматических больных.

В определенной степени все психосоматические больные испытывают трудности в контактах; им недостает способности к полной самоотдаче, особенно к принятию любви и умению ее подарить. С точки зрения современной теории нарциссизма можно сказать, что личность зафиксировалась в своем развитии на абсолютных идеалах самостоятельности («сделай сам»), самоконтроля и независимости. При этом граница между Эго и Супер-Эго не везде является четкой. Эго частично идентифицировано со Супер-Эго, и поэтому можно сказать, что в антропологическом смысле психосоматический пациент не только имеет свои идеалы и совесть, но и сам чуть ли не является идеалом и совестью. Эта центрированная на себе установка предполагает ограничение Эго. Если такие пациенты испытывают фрустрацию, связанную с функциями совести или с идеалом, у них резко возникает тревога, а затем под давлением Супер-Эго развивается неправильная адаптация в вышеупомянутом психосоматическом направлении. Здоровый человек способен отдавать себя своему окружению и потребностям собственной личности. Нарциссические, эгоцентрические и альтруистические тенденции достигают у здорового человека оптимального равновесия. У психосоматических больных нарциссические и эгоцентрические аспекты остаются гипертрофированными, а их альтруизм служит самозащите или самоутверждению.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №20

Ренат, 22 лет, обратился за психотерапевтической помощью с жалобами на депрессивное состояние, выдергивание волос (с 2 лет), неустойчивый стул. В ходе интервью выяснилось, что он периодически курит марихуану. Испытывает неудовлетворенность в браке, иногда пользуется услугами проституток. Выявлено множество и других симптомов, отражающих «полисимптоматический невроз». Когда я попросил его написать, чего он хочет от психотерапии, он предъявил следующий список (табл.7.). Как видно на рисунке, на первое место вышли нарушенные объектные отношения с обоими родителями. Тщательная клинико-психотерапевтическая диагностика выявила нарциссическое расстройство личности. Обнаруживал ущербную систему личных стандартов, неадекватно высокий уровень агрессии или распушенности. «Грандиозное Я» перемежалось с «уязвимым Я». Свой диагноз не принял. Психотерапия шла зигзагообразно, амбулаторный режим не давал стабилизации, потребовалась госпитализация в реабилитационное стационарное отделение.

Список чего я хочу от психотерапии, с баллами:	
1. Разобрать и устранить обиду на отца	- 10
2. Разобрать отношения с матерью, устранить обиды	- 7
3. Разобрать отношения с дедом, устранить обиды	- 7
4. Появления чувства защищенности	- 3
5. Устранения страха перед полицией	- 8
6. Устранения страха что зайдут в комнату и злости когда кто-то рядом с комнатой	- 7
7. Избавиться от раздражения по утрам	- 6
8. Разобраться с животом	- 9
9. Разобрать моменты из жизни	- 10
10. Избавиться от тяжести при заходе на почту	- 10
11. Избавиться от тяжести при виде конкурентов	- 4
12. Избавиться от прокрастинации	- 5
13. Избавиться от лени, найти мотивацию долгосрочную	- 5
14. Избавиться от неврозов и трихотилломании	- 6
15. Избавиться от тревожности	- 8
16. Научиться общаться с людьми без страха	- 7
17. Научиться инициировать секс без долгой «настройки»	- 9
18. Избавиться от страха скриммеров	- 5
19. Войти в режим	- 7
20. Повысить стрессоустойчивость	- 8
21. Улучшить личностные качества, быть: веселым, открытым, сильным, доброжелательным, смелым, устойчивым к влиянию чужого мнения, уверенным, легким в общении	- 7
22. Быть уверенным в адекватности своих действий при общении	- 7
23. Научиться быть сконцентрированным и не отвлекаться.	- 7
24. Повысить работоспособность	- 6

Таблица 7. Цели психотерапии Рената

Несколько раз прерывал терапию, и вновь возвращался. Психосоматические симптомы исчезли, но структура личности не изменилась. В последний заход на терапию (через 4 года) мы провели структурную диагностику. Как видно из рис.14, в профиле «зашкаливал» «моральный

компас». Пациент был успешен в бизнесе, но игнорировал морально-этические принципы в отношениях между людьми. В терапии постоянно комментировал действия психотерапевта: «этот сеанс был удачным, а интерпретация – нет», в другой раз – «я ничего не получил нового». Несмотря на жесткий временной контракт, пациент требовал то дополнительной сессии, то её отмены, так как «был у проститутки и не выспался.» Психотерапия была прервана по причине нарушения контракта.



Рисунок 14. Профиль Рената после проведения структурного диагноза

Патологическое грандиозное Я: «Синдром высокомерия» (Блон).
Чрезмерная зависимость от восхищения. Фантазии об успехе и грандиозности;
амбиции. Эгоцентризм и исключительное право

Сознательная и бессознательная зависть

«Толстокожие „и“ тонкокожие» нарциссические личности. Робость,
тревога, неуверенность, сексуальное торможение: «застенчивый нарцисс».
Ипохондрия Тяжелая суицидальность, членовредительство, примитивная
негативная терапевтическая реакция

Синдром «мертвой матери»»

Культура «стыда» преобладает над культурой «вины» * Сильная агрессия
против себя и других (порочность, тяжба)

Наркотическая, алкогольная зависимость, расстройство пищевого
поведения Самостимуляция за счет аддикций, сексуальных подвигов, поиска
опасности (как осложнение)

Сексуальная распущенность (промискуитет) и неспособность любить (отличить от мазохизма), патология «Дон Жуана „у мужчин и“ холодный эксгибиционизм» у женщин

Хрупкая идеализация и обесценивание. Отсутствие эмпатии, поверхностность

Неспособность зависеть

Неспособность скорбеть

Резкие перепады настроения

Детские ценности

Пустота и скука; «бесмысленная жизнь»

Нарциссически-мазохистские структуры (чередование агрессивно-параноидально-мазохистских эпизодов)

Серьезное разрушение социальных ресурсов по сравнению с возрастным ростом ответственности. Антиобщественное поведение и полная безответственность; неспособность заниматься общественным трудом

Антисоциальная патология: нарциссическая личность с антисоциальными чертами, злокачественный нарциссизм

Примитивная отрицательная терапевтическая реакция

Вторичная выгода (неблагоприятный прогноз для терапии)

Грубо можно разделить НЛР на три степени тяжести:

1.при первой зона конфликта ограничена локальной ситуацией, допустим на работе из за повышенной конкуренции. На этом же уровне находятся хорошо социально функционирующие индивиды, страдающие хроническим промискуитетом при страхе стабильных интимных отношений. Они хорошо функционируют как плейбои, особенно когда молоды и популярны, а в 50 попадают в нарциссическую депрессию.

2.Вторая группа типичная пограничная динамика.

3.Третья «злокачественный нарциссизм» (как в случае с Ренатом)

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №21. НАРЦИССИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ

Валентин, 37 лет, успешный хирург, проходил годичную психотерапию у психолога, которая направила его ко мне в связи с торможением процесса психотерапии и возможного стационарного лечения. Пациент был женат 10 лет, брак закончился разводом. Детей не было. За месяц до обращения произошел разрыв отношений с девушкой 25 лет, которую пытался воспитывать, но это ей не понравилось, и – она его отвергла. Отношения из романтических трансформировались в «любовную зависимость». Назначенные психиатром антидепрессанты не помогали, и пациент никак не мог понять почему такой успешный, привлекательный мужчина, как он, попал в такой «переплёт». В данной ситуации «уязвимая часть» нарциссического расстройства долго пряталась за «грандиозной частью».

ЭССЕ ПАЦИЕНТА «ПОЧЕМУ Я СДУЛСЯ?»

«Короче, главные мои уроки в жизни это: научиться быть одному так, чтобы мне было интересно с собой и с пользой для окружающих; перестать обесценивать имеющееся у меня в жизни, в отношениях; сохранять и приумножать что имею, во всех сферах; научиться любить и принимать людей с их неидеальностью; оставить перфекционизм для хирургии; научиться планировать свой успех; научиться мечтать, ставить цели и добиваться их, не перегорая при первых неудачах, впадая в жертву; перестать нарушать личные границы людей; развивать эмпатию; находить плюсы в любой работе и перестать ждать похвалы и одобрения; доверять людям; научиться действовать по сердцу, чувствовать. Решит ли это психотерапия? Не знаю, на мой взгляд, здесь только постоянная внутренняя работа с эмоциями. Но буду безмерно благодарен за любую помощь. На настоящий момент, я могу только сознаться в том, что знаю про себя всё, но оно внутри разбросано как книги в библиотеке, а вот создать структуру с важным и второстепенным мне уже сложно. Наверное поэтому и запутался. Как мне сказал друг, перестань ты уже ходить по психологам, ты нас всех консультируешь, жизни налаживаешь, начни кайфовать!) а что мне мешает? Голова и, наверное, опять это Эго, с „синдромом Бога“ и страхом, а вдруг любить и уважать перестанут? Как я понял НЛР это стиль жизни, сформированный десятилетиями, искренне верю, что есть там положительные моменты, которые нужны для социальной адаптации, от которых может быть много пользы, а мешающие жить нужно просто прополоть».

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.