**Психологическое консультирование психосоматических состояний**

Психосоматические расстройства составляют значительную часть «болезней цивилизации» и на протяжении последнего века являлись объектом интенсивных исследований в рамках так называемой психосоматической медицины, ввиду возрастающей роли их в общей заболеваемости населения.

Двумя основными группами психосоматических расстройств являются **«большие»** психосоматические заболевания, к которым относят ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальную астму и некоторые другие, и **«малые»** психосоматические расстройства — невротические нарушения внутренних органов, или так называемые «органные неврозы». Не все авторы склонны относить «органные неврозы» к собственно психосоматической патологии.

Франкл полагал, что соматическим заболеваниям, вызванным психическими причинами, следует противопоставлять психогенные заболевания (неврозы) как психически обусловленные.

Поставив во главу угла своей концепции идею «холизма», целостности организма и психики при рассмотрении различных заболеваний и акцентируя внимание на роли в них личности, психосоматическая медицина привлекла в свои ряды многочисленных сторонников. Ее успеху в значительной степени способствовало то, что в научной и особенно практической медицине она воспринималась как закономерная и вполне адекватная реакция на технизацию современной медицины, чреватую опасностью «потери больного». К настоящему времени психосоматическая медицина представлена сотнями монографий и тысячами других публикаций, в том числе в многочисленных периодических изданиях.

Появление термина «психосоматический», согласно литературе, относится к 1818 г. (Хайнрот), а термина «соматопсихический» — к 1822 г. (Якоби), но сами вопросы соотношения соматического (телесного) и психического (духовного) являются одними из древнейших в философии, психологии, медицине.

В психосоматической литературе, наряду с психосоматическим подходом, в разное время говорилось о психосоматической ориентации, точке зрения, движении, течении, исследовательском направлении и т. д. Зарождение психосоматической медицины связывают с работами Фрейда, указывая, что это направление (точнее доминирующие в нем концепции) начинается с истории болезни Анны О., в которой впервые было представлено возникновение физического симптома по механизму конверсии. Хотя сам Фрейд никогда ни в одной из своих работ не использовал термина «психосоматическая медицина» (цит. по Витковеру), в дальнейшем благодаря работам группы учеников и последователей Фрейда в Америке — 30-40-е гг. — и европейских исследователей — послевоенные годы — понятие психосоматической медицины получило широкое распространение, в частности, благодаря открытию центров психосоматической медицины и изданию специальных журналов.

**Психоаналитическое направление.** Хотя Фрейд в своих работах никогда не использовал термин «психосоматическая медицина» и его личный вклад ограничен концепцией конверсионных нарушений, то есть символического значения телесных изменений при конверсионной истерии, сама разработка психосоматической концепции, основанной на психоаналитическом подходе, принадлежит его коллегам. Гроддек в дискуссиях с Фрейдом доказывал, что органические заболевания в конечном счете имеют психологическую природу. Он полагал, что телесное заболевание связано с Оно, с «силами, которые руководят нашей жизнью, пока мы думаем, что мы руководим ими». Ференци разработал близкую этому взгляду концепцию «символического языка органов» и использовал психоанализ как средство понимания болезни и метод ее лечения. Соматическая болезнь в его интерпретации — это трансформация нереализованной сексуальной энергии в нарушение функций вегетативных систем по механизму истерической конверсии в соответствии с фантастической эротической символикой. Дойч разработал концепцию органных неврозов, в которой важное значение придает слабости органа, обусловленной предшествующим болезненным процессом.

В 1931 г. Витковер опубликовал книгу «Воздействие эмоций на соматические функции». Истерические конверсионные симптомы он исключил из группы психосоматических расстройств, «органные» же неврозы и собственно психосоматические болезни рассматривал как синонимы. Другие психоаналитики вообще не делают принципиальных различий между всеми тремя группами психосоматических расстройств — конверсионными истерическими явлениями, органными неврозами и психосоматическими заболеваниями в узком смысле слова.

В 1935 г. вышла книга Данбар с близким названием — «Эмоции и соматические изменения», в которой она стремилась показать связь между определенными личностными особенностями и характером телесного заболевания. С 1939 г. под ее редакцией стал издаваться журнал «Психосоматическая медицина». Данбар обобщила 20-летний опыт работы психиатра в больнице общего профиля в книге «Психосоматический диагноз», в которой закончила разработку концепции «профиля личности», считая, что эмоциональные реакции являются производными от личности больного, и это позволяет предполагать развитие определенных соматических заболеваний в зависимости от профиля личности. Ею выделены коронарный, гипертонический, аллергический и склонный к повреждениям типы личности.

Наиболее заметной фигурой в психоаналитической трактовке психосоматической проблемы является Александер. Он приехал в США из Германии сложившимся психоаналитиком, в 1939 г. основал Чикагский психоаналитический институт, где положил начало первым систематическим исследованиям психосоматических взаимоотношений в психоаналитическом аспекте. Он изучал роль психических факторов в этиопатогенезе желудочно-кишечных, дыхательных, а потом и сердечно-сосудистых расстройств. В 1934 г. Александер сформулировал принципы, которые легли в основу концепции специфичности.

1. Психические факторы, вызывающие соматические расстройства, имеют специфическую природу и включают определенное эмоциональное отношение пациента к окружению или к собственной личности. Правильное знание этих причинных факторов может быть приобретено в ходе психоаналитического лечения.

2. Сознательные психологические процессы пациента играют подчиненную роль в причинах соматических симптомов, пока такие сознательные эмоции и тенденции могут быть свободно выражены. Подавление эмоций и потребностей вызывает хроническую дисфункцию внутренних органов.

3. Актуальные жизненные ситуации пациента обычно оказывают только ускоряющее воздействие на расстройства. Понимание причинных психологических факторов может основываться лишь на знании развития личности пациента, так как только оно может объяснить реакцию на острую травмирующую ситуацию.

В отличие от Данбар, Александер подчеркивал значение психодинамического конфликта как более важного в природе психосоматического расстройства, чем личностный профиль. По Александеру, 3 фактора: унаследованная или рано приобретенная органная или системная недостаточность, психологические паттерны конфликта и формируемая в раннем детстве защита, актуальные жизненные ситуации — важны в этиологии психосоматических расстройств.

Было установлено, что при ряде заболеваний сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, эндокринной, мышечной и кожной систем физиологические ответы на различные эмоциональные напряжения были индивидуально постоянны и различны у каждой группы заболеваний. Кроме того, вегетативные дисфункции, возникающие при внутреннем эмоциональном конфликте, коррелировали со специфическими физиологическими ответами.

В своей книге «Психосоматическая медицина» Александер определял специфичность как «физиологические ответы на эмоциональные стимулы, нормальные или болезненные, которые разнятся природой эмоционального состояния. Эти вегетативные ответы на различные эмоциональные стимулы отличаются качеством эмоций.

**Антропологическое направление.** В этом случае к изучению психосоматических явлений и психосоматической патологии подходят с позиций анализа бытия. Сохраняет свое значение поиск символического смысла физических болезненных расстройств, хотя исследование этого смысла осуществляется уже не психоаналитически, а специальным антропологическим методом. Представители антропологического направления, вслед за Вайзеккером, свою задачу видят в понимании смысла болезненного симптома в связи с духовной экзистенцией больного, а сама болезнь рассматривается как экзистенциальное бедственное состояние во внутренней истории жизни человека. Смысл симптомообразования, утверждает Вайзеккер, важнее, чем определение соматической формы его проявления. И психоаналитики, и антропологи ведущим в своей работе считают глубинно-психологический анализ истории переживаний больного с целью понимания содержательного смысла болезни и нет принципиальной разницы в том, каким путем они это делают. Если один из них стремится понять больного аналитическим, то другой — антропологическим методом, использующимся для понимания бытия. Распространению антропологического направления в психосоматике в известной мере препятствовал философский, религиозно-мистический язык этих работ, с обилием метафор и неологизмов, что существенно затрудняет их понимание не только практическими врачами, но и специалистами.

**Концепция профиля личности.** Для проблемы специфичности психосоматических расстройств обычна постановка следующих вопросов: предрасположены ли лица, обладающие определенной личностной структурой, к определенному психосоматическому заболеванию; приводят ли определенные конфликтная и общая жизненная ситуации к определенному психосоматическому заболеванию; существует ли взаимосвязь между поведенческими особенностями человека и риском заболевания определенным психосоматическим заболеванием. Наибольшее число работ, выполненных как клиническим, так и экспериментально-психологическими методами, посвящено поискам «профиля личности», специфичного для того или иного психосоматического расстройства. Точка зрения, утверждающая наличие подобных профилей личности, имеющих диагностическую, прогностическую и терапевтическую значимость, обычно связывается с исследованиями Данбар, представленными в получивших широкую известность монографиях «Эмоции и соматические изменения», «Психосоматический диагноз».

Общим итогом этих исследований явилось, скорее, отрицание личностных структур, характерных для отдельных заболеваний. Многие авторы склонны отказаться от поиска профилей личности, заменить этот аспект исследований описанием особенностей личности психосоматического больного вообще, рассматривая в качестве базисной характеристики наличие инфантильной личностной структуры, невротической жизненной позиции, поскольку соматическое выражение эмоциональных переживаний является инфантильной формой их выражения.

**Концепция алекситимии.** Термин «алекситимия» ввел Сифнеос в 1973 г. В своей работе, опубликованной еще в 1968 г., он описал наблюдавшиеся им особенности пациентов психосоматической клиники, которые выражались в утилитарном способе мышления, тенденции к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях, обедненной фантазиями жизни, сужении аффективного опыта и, особенно, в трудностях подыскать подходящее слово для описания своих чувств. Алекситимия буквально обозначает: «без слов для чувств» (или в близком переводе — «нет слов для названия чувств»). Термин подвергался критике, в том числе за отсутствие релевантности, однако прочно занял свое место в литературе, посвященной психосоматическим заболеваниям, а связанная с ним концепция алекситимии приобретает все большую популярность, что отражается в постоянно возрастающем количестве публикаций в разных странах. Разработке концепции алекситимии предшествовали более ранние наблюдения, установившие, что многие пациенты, страдающие классическими психосоматическими болезнями и характеризующиеся «инфантильной личностью», проявляют трудности в вербальном символическом выражении эмоций.

Алекситимия является психологической характеристикой, определяемой следующими когнитивно-аффективными особенностями: 1) трудностью в определении (идентификации) и описании собственных чувств; 2) трудностью в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; 3) снижением способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и других проявлений воображения; 4) фокусированием в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

Концепция алекситимии, в том виде как она была сформулирована Сифнеосом, породила интерес к изучению соотношения между уровнями идентификации и описания собственных эмоций и подверженностью психосоматическим расстройствам. Была выдвинута гипотеза, согласно которой ограниченность осознания эмоций и когнитивной переработки аффекта ведет к фокусированию на соматическом компоненте эмоционального возбуждения и его усилению. Этим, вероятно, и объясняется установленная рядом авторов тенденция алекситимических индивидов к развитию ипохондрических и соматических расстройств (Тейлор). Было высказано предположение, что неспособность алекситимических индивидов регулировать и модулировать причиняющие им страдания эмоции на неокортикальном уровне может вылиться в усиление физиологических реакций на стрессовые ситуации, создавая тем самым условия, ведущие к развитию психосоматических заболеваний.

Для объяснения синдрома алекситимии и ее роли в формировании психосоматических расстройств Неймиах выделил две модели: «отрицания» и «дефицита». Модель «отрицания» предполагает глобальное торможение аффектов. Если отрицание рассматривать как психологическую защиту, то теоретически можно допустить обратимость защитного процесса и последующее исчезновение синдрома алекситимии и соматических симптомов. В этом случае можно говорить о «вторичной алекситимии», то есть состоянии, которое обнаруживается у некоторых пациентов, перенесших тяжелые травмы, и у пациентов с психосоматическими заболеваниями, которые после проведенной психотерапии обретают чувства и фантазии, ранее столь поразительно у них отсутствовавшие.

Однако, как показывает клинический опыт, у многих больных с психосоматическими нарушениями алекситимические проявления необратимы, несмотря на длительную, интенсивную и искусную глубинную психотерапию. Такие больные остаются тотально неспособными на аффект и фантазию. Для них более приемлемой представляется модель дефицита. В соответствии с этой точкой зрения имеет место не торможение, а отсутствие функций и лежащего в их основе ментального аппарата. В модели дефицита акцент делается на разладе инстинкта, который, минуя психическую переработку из-за сниженной способности символизировать инстинктивные потребности и фантазировать, непосредственно воздействует на соматику с неблагоприятными последствиями. Этой модели придерживается и автор термина алекситимии Сифнеос.

Клинический опыт подтверждает концепцию алекситимии в том отношении, что многие соматические больные проявляют ограниченную способность описывать, дифференцировать аффекты и продуцировать фантазии.

Вопрос о происхождении самих алекситимических черт остается открытым и для самого основателя концепции. Вызвана ли алекситимия врожденными дефектами, является ли результатом биохимического дефицита, проистекает ли из-за задержек в развитии — семейных, социальных или культурных? На эти вопросы нет ответа. Имеются, однако, предварительные свидетельства, указывающие на то, что основное значение имеют генетические факторы, и что сам этот феномен может быть понят скорее всего в рамках нейрофизиологии.

**Психиатрия консультирования-взаимодействия как одно из направлений современной психосоматики**

Три взаимосвязанных аспекта являются решающими в определении психосоматики.

1. Это научная дисциплина, изучающая соотношения биологических, психологических и социальных факторов в норме и патологии.

2. Это собрание постулатов, заключающих в себе холистический подход в клинической практике.

3. Это дисциплина, включающая в себя психиатрию консультирования-взаимодействия (consultation-liaison psychiatry) — ПКВ.

В 20-30-х гг. в США появляются первые психиатрические отделения в больницах широкого профиля. Одно из таких наиболее значимых отделений, основанное в Университете Колорадо, было названо «Отделение психиатрического взаимодействия». Вероятно, отсюда и берет свое начало термин «психиатрическое взаимодействие». Пациенты таких отделений составляли тот контингент, который использовался для учебных целей и включался в исследовательские работы.

Клиническая деятельность включает в себя консультирование, взаимодействие и терапию. Психиатрическое консультирование врачей-непсихиатров — это краеугольный камень клинической деятельности психиатра в сфере консультирования-взаимодействия.

Различают три основных типа психиатрического консультирования в медицинских учреждениях широкого профиля:

— консультирование, ориентированное на пациента, когда в центре внимания находятся пациенты;

— консультирование, ориентированное на консультируемого, когда в центре внимания стоят проблемы консультируемого и их обсуждают без присутствия пациента;

— консультирование, ориентированное на ситуацию, когда в центре внимания находится взаимосвязь между пациентом и членами медицинского коллектива, осуществляющего лечение и уход за пациентом.

Второй аспект клинической деятельности — взаимодействие — вызвал большую полемику. Стержнем работы по взаимодействию в целом является тесный контакт между ключевыми фигурами в клинической сфере: пациентами, семьями, врачами, психологами, медсестрами, социальными работниками, администраторами, и другими лицами, оказывающими помощь пациенту. Взаимодействие посредством такого контакта называется консультирование-взаимодействие, и главным участником такого процесса является психиатр. Его задача — быть экспертом в психологических и социальных параметрах болезни, ему необходимо иметь дополнительные знания относительно различных характеристик на стыке психиатрии и других медицинских дисциплин.

Сторонники взаимодействия утверждают, что такое консультирование содействует более быстрому получению данных для истории болезни, помогает предотвратить кризис в палате, вызванный конфликтами между пациентами и персоналом или неспокойным поведением пациента, позволяет консультанту проводить обучение по психосоциальным и психиатрическим аспектам помощи пациенту. И напротив, оппоненты такого интенсивного взаимодействия возражают против него, аргументируя это тем, что такая работа требует много времени и, следовательно, дорогостоящая. Консультант может легко превратиться в своего рода странствующего проповедника, который мало что может дать для лечения и ухода за пациентом. А кроме того, персонал может считать, что он вторгается в чужую деятельность. Действительно, взаимодействие требует людских ресурсов, денег и мотивации. Но такая работа необходима, потому что только служба консультирование — взаимодействие может значительно улучшить диагностику и лечение и снизить расходы (например, уменьшить срок пребывания пациента в госпитале).

Третий важный аспект клинической деятельности психиатров в сфере консультирование-взаимодействие — непосредственная терапия направляемых к нему пациентов. Это обычно происходит либо в виде вмешательства во время кризиса, либо в форме краткой психотерапии у постели больного.

Такой взгляд отражает американскую точку зрения на клиническую деятельность. В Европе это понятие рассматривается в несколько ином ракурсе, весьма схожем в основных позициях, но в целом отражающем его шире. Это проявляется и в названии — «Психосоматическая служба взаимодействия». Используются три модели организации:

— консультационная модель. Консультации проводятся только по просьбе, консультант обычно дает письменное заключение на основании собственного осмотра пациента;

— модель взаимодействия как такового. Консультации проводятся независимо от или в дополнение к специальной просьбе. Консультант по крайней мере один раз в неделю участвует в обходах, во врачебных конференциях, иногда может назначать терапию внутри отделения или наблюдать за деятельностью врача и его помощников в интеграции психологических и социальных аспектов в лечении;

— модель психосоматической рабочей группы. Внутри соматического отделения группа профессионалов, часто владеющих двумя специальностями — психосоматическая медицина и психотерапия, — работают как подразделение.

Важной функцией ПКВ является обучение. Существуют клинические проблемы на стыке психиатрии и общей медицины, о которых специалист в области консультирования-взаимодействия должен знать и обязан уметь их решать. Поскольку ПКВ охватывает знания о комплексном взаимодействии психологических, социальных и биологических факторов, которые в большой степени определяют течение и исход широкого круга заболеваний, то подготовка специалиста в этой области приобретает особую значимость.

Местоположение и методы психиатрической практики повлияли на ремедикализацию психиатрии. Психиатрическая помощь переместилась в подразделения госпиталей широкого профиля, что позволило психиатру такого госпиталя использовать большой спектр лечебных подходов к пациентам всех возрастов с бесчисленными клиническими проблемами. Психиатры госпиталя широкого профиля, используя и соматическое, и психологическое лечение, могут работать параллельно с коллегами других специальностей, что дает большие возможности для интеграции биологических, психологических и социальных факторов в здравоохранении.

Связи между психиатрией и другими медицинскими специальностями стали очевидны за последнее десятилетие. Такие факты, как восстановление в прежнем виде медицинской интернатуры для тех, кто хочет специализироваться в психиатрии, расширение службы психиатрии взаимодействия, появление новых психиатрических отделений в госпиталях широкого профиля — все это свидетельствует о том, что ломаются искусственные границы между психическим и физическим здоровьем. Для того, чтобы проводить обучение в данной области деятельности, недостаточно быть только психиатром. Консультирование в области психиатрических расстройств и выработка стратегии для лечения физически больного, обучение персонала и развитие системы помощи в качестве эксперта, уделяющего особое внимание многим факторам психобиологических, а также психосоциальных аспектов здравоохранения, — все это выходит за рамки традиционной психиатрии.

Другая важная функция ПКВ — исследования на стыке психиатрии и общей медицины. «Взаимодействие — это клиническое применение психосоматической медицины».

Возможности для исследований в ПКВ фактически безграничны, так как они охватывают почти все области клинической медицины. Эту область исследований в разное время называли различными терминами: психосоматика, психобиология, психофизиология. Относительно недавно появился термин «биопсихосоциальные исследования».

На исследования в области ПКВ оказывают влияние не только экономические и политические изменения, но и научные достижения, в частности, новые биомедицинские технологии и методологические достижения в диагностике и лечении. Психиатры в сфере консультирования-взаимодействия все шире вовлекаются в исследования, которые можно отнести к клиническим психосоматическим исследованиям. Несмотря на кажущееся их сходство, следует иметь в виду, что психосоматические исследования направлены на предположительно этиологическую роль различных психологических переменных болезни, например, таких как рак или коронарная болезнь сердца. Психиатры в сфере консультирования-взаимодействия исследуют психосоциальные и психиатрические следствия уже имеющейся физической болезни и ее лечения.

Наиболее значимыми областями в исследованиях консультирования-взаимодействия являются диагностика, механизмы заболевания, биологическое лечение, исследования в области служб здоровья, психосоциальное лечение физических расстройств.

Особую сложность представляют пациенты с психиатрическим расстройством, представленным первоначально как соматические симптомы — соматизация. Этот термин возник относительно недавно для описания пациентов с соматическими жалобами, не имеющими органической основы. Факторы, способствующие соматизации, весьма разнообразны. Их можно выстроить в ряд, начиная с биологических, через психологические — к социальным и культурным. Этот термин сейчас используется для описания широкого круга процессов, вынуждающих пациентов искать медицинскую помощь по поводу телесных симптомов, которые неправильно отнесены к органическим заболеваниям. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) обратила внимание на необходимость понимания соматизированных симптомов, которые должны рассматриваться в качестве важнейшего решающего фактора в эффективности медицинской помощи в учреждениях широкого профиля, так как там соматические проявления психических болезней являются нормой. Это требует того, чтобы психиатры занимались исследованием больных с неорганическими расстройствами в медицинских учреждениях широкого профиля.

По классификации психолога Лесли ЛеКрона, **причинами психосоматических** **реакций** могут выступать:

1. Конфликт — к образованию психосоматического симптома может приводить внутренний конфликт между различными частями личности. Обычно одна из этих частей осознана, другая скрыта в бессознательном. Борьба между двумя противоположными желаниями или тенденциями может приводить к условной победе одной из частей. Но тогда вторая часть начинает «партизанскую войну», признаком которой и могут стать психосоматические симптомы.

2. Язык тела — в некоторых ситуациях тело физически отражает то состояние, которое могло бы быть выражено одной из образных фраз ряда: «это одна сплошная головная боль», «я его не перевариваю», «из-за этого у меня сердце не на месте», «у меня связаны руки». Тогда болит определённый орган, сложно дышать, возникают мигрени, нарушается работа желудочно-кишечного тракта и так далее.

3. Мотивация или условная выгода — к этой категории относятся проблемы со здоровьем, которые приносят определенную условную выгоду их обладателю. Образование симптома происходит на бессознательном уровне, это не обман и не симуляция. Симптом реален. Но он «обслуживает» какую-то определенную цель.

4. Опыт прошлого — причиной болезни может стать

травматический опыт прошлого, чаще — тяжелый детский опыт. Это может быть какой-либо эпизод, либо длительное воздействие, которое, хоть и произошло давно, но продолжает эмоционально влиять на человека в настоящем. Этот опыт как бы отпечатывается в теле. И ждет, когда найдется способ его переработать.

5. Идентификация — физический симптом может образовываться вследствие идентификации с человеком, имеющим подобный же симптом или заболевание. Как правило, это происходит при сильной эмоциональной привязанности к этому человеку. Часто этот человек может умереть, умирает или уже умер. То есть присутствует страх его потерять, и потеря фактически уже случилась.

6. Внушение — симптомы могут возникать посредством внушения. Это происходит, когда идея о собственной болезни принимается человеком на бессознательном уровне автоматически, то есть без критики. Вольно или невольно внушить симптом могут люди, обладающие большим авторитетом или случайно оказавшиеся рядом в момент особого эмоционального накала.

7. Самонаказание — в некоторых случаях психосоматический симптом выполняет роль бессознательного самонаказания. Это наказание связано с реальной, а чаще воображаемой виной, которая мучает человека. Самонаказание облегчает переживание вины, но может существенно осложнить жизнь.

**Гештальт-терапия и психосоматика**

Психосоматический симптом - это сигнал о неблагополучии.

Психосоматическая терапия занимается как медицинскими, так и психологическими проблемами. Медицинские - хронические заболевания, высокое артериальное давление, головные боли, болезни сердца, проблемы с иммунитетом, ЖКТ, проблемы с потенцией, астма, кожные расстройства, и т.д. Психологические - тревожность, панические расстройства, депрессии, хроническую усталость, расстройства сна, снижение сексуальной активности; стресс на работе, в обучении, в семье, связанный с финансами, болезнями, старением, печалью, горем, неопределенностью и ощущением «потери контроля» над собой.

При психосоматическом заболевании организм как-будто хочет сказать хозяину что-то очень важное. При этом каждый симптом несет какое-то особое послание, а мы пытаемся глушить боль таблетками, даже не попытавшись с этим разобраться, прислушаться к своим ощущениям и переживаниям.

С точки зрения гештальт-подхода:

Симптом - это остановленная эмоция. Не проявленная эмоция становится разрушительной на телесном уровне.

• Симптом - это следствие длительного эмоционального напряжения низкой интенсивности. Симптом трансформирует ситуацию из острой в хроническую.

• Симптом - это превращенная форма контакта, организующий фактор в поле «организм-среда». Любой симптом когда-то был творческим приспособлением, превратившись впоследствии в стереотипный, ограничивающий способы реагирования на травмирующую ситуацию.

Во взглядах на формирование психосоматического симптома в рамках психотерапевтического подхода большое внимание уделяется эмоциям: неспособности выделять и идентифицировать эмоции и невозможности их выражать, отреагировать. Следовательно, универсальным запуском патогенетического процесса является отказ от переживания.
В норме процесс взаимодействия человека со значимыми для него фигурами внешнего мира осуществляется в следующей последовательности: **ощущение - эмоция (чувство) - объект чувства - отреагирование.**

Например: «Я злюсь на того-то». Как известно, чаще всего в основе образования психосоматического симптома лежит запрет на агрессию. В случае же нарушения творческого приспособления со средой происходит прерывание в одном из звеньев выше названной цепочки:

• Ощущение - нечувствительность к телесным проявлениям

• Эмоция - отсутствие чувств (алекситимия)

• Объект чувства - отсутствие объекта для выражения чувств, интроекты, запреты, нельзя злиться на...

• Отреагирование - невозможность отреагировать чувство, запреты, травмы, нельзя проявлять злость.

Точка прерывания в данной цепи - «ощущение - чувство - объект чувства - отреагирование» - является диагностически значимой, так как определяет стратегию работы с симптомом.

Психосоматический симптом представляет традиционную сложность для психотерапевтов. Психотерапия имеет дело не с самим организмом, а с контактом между организмом и средой, рассматривая симптом как способ коммуникативного послания, симптом как способа организации поведения в социальной системе.

В основе психосоматического подхода лежит представление о связи тела и психики. О существовании такого рода связи знали очень давно. Об этом уже писали древнегреческие философы, рассуждая о природе болезни. Сократ говорит, что нет телесной болезни отдельно от души. Ему вторит Платон, утверждая, что нет отдельно болезней тела и болезней души. Оба считают, что болезнь и страдание - последствия неправильного мышления. Истинная причина болезни и страдания - всегда мысль, мысль ложная. Тело само по себе заболеть не может - оно лишь экран, проекция сознания. Поэтому нет смысла латать экран. Болезнь - это лишь выражение, форма «проблемы». Это только возможность, которой пользуется жизнь, чтобы сказать нам, что где-то неладно, что мы не те, кто мы есть на самом деле.

Симптом в гештальт-подходе рассматривается как способ саморегуляции, особая форма контакта. Чаще всего непрямой, «рэкетный» способ удовлетворения потребности. Это проникновение в жизнь клиента с черного хода, так как начинается такая работа первоначально «про симптом», а потом все равно приходится работать «про жизнь». Эта работа никогда не бывает быстрой (О.В. Немиринский).

**Симптомы психосоматических заболеваний**

Иногда врачи сталкиваются с ситуациями, когда не удается точно установить причину того или иного заболевания. Бывает, что никаких физиологичных предпосылок для развития заболевания нет, но болезнь прогрессирует.

Если медицинское обследование не может обнаружить физическую или органическую причину заболевания, или если заболевание является результатом таких эмоциональных состояний как гнев, тревога, страх, депрессия, а также обида, зависть, чувство вины, или стыда, тогда болезнь классифицируется как психосоматическая.

Есть определенные сигналы того, что причина болезни лежит именно в области психологии:

* Частое повторение заболевания. Человек получает лечение согласно рекомендациям врача, но в итоге симптомы ненадолго исчезают и в скором времени появляются вновь. То есть, адекватное медикаментозное лечение не дает ожидаемого результата.
* Наличие психологической травмы или хронических стрессов. Если пациент знает, что у него был трудный период или что-то не так в личной жизни, лучше сразу обращаться и к терапевту, и к психотерапевту, что поможет скорее установить истинную причину заболевания и подобрать правильное лечение.
* Традиционное лечение не помогает - еще одна особенность психосоматического заболевания.

**Диагностика психосоматических расстройств**

Поскольку психосоматические заболевания возникают в результате душевных расстройств, влияющих на тело человека, в диагностике и лечении этих болезней должны участвовать несколько специалистов: психотерапевт и профильный специалист - терапевт, невролог, кардиолог, эндокринолог. Лечить нужно одновременно и душу, и тело.

Роль психотерапевта - определить природу эмоционального состояния, вызвавшего заболевание, и помочь пациенту справиться с ними. Провоцировать развитие психосоматических заболеваний может не столько наличие, сколько невысказанность и подавленность негативных эмоций. Подавленные и заглушенные эмоции постепенно перегорают, разрушая тело человека и провоцируя возникновение болезни.

Наиболее подвержены психосоматическим заболеваниям люди, привыкшие сдерживать свои эмоции и переживания. Но бывают ситуации, когда даже самые уравновешенные и спокойные люди не справляются с эмоциями, поэтому нельзя сказать, что кто-либо полностью застрахован от психосоматических заболеваний.

Например, такое заболевание как **алкоголизм** обычно развивается на почве ощущения своего несоответствия ожиданиям или требованиям, постоянной вины и неприятия себя как личности. Начинается это еще в детстве, если родители предъявляют слишком высокие требования к ребенку, а настоящим алкоголиком человек становится уже в зрелом возрасте, когда найти корни проблемы непросто.

Причиной частых **простудных инфекций** может стать отсутствие простой радости в жизни, а анемии – страх пред неизвестностью. Заболевания горла чаще диагностируются у пациентов, которые не могут высказать свое мнение и выплеснуть свой гнев. Жизненная неопределенность и некоторая обреченность может стать причиной развития **гастрита**. От **бесплодия** часто страдают люди, которые боятся изменения своей роли в мире и течения времени. Вообще люди, которые боятся жить, не уверены в себе и в своих возможностях, не могут реализовать себя, рискуют заполучить множество неприятных заболеваний, вплоть до новообразований, которые также могут иметь психосоматические причины.

Если человек долго носит в себе негативные эмоции, испытывает постоянное недовольство собой и своей жизнью, то организм рано или поздно подаст тревожный сигнал: найдет "слабое звено" и поражение произойдет именно там.

Если психосоматическое заболевание замечено у ребенка или подростка, это сигнал для лечения всей семьи. Ведь для устранения заболевания необходимо устранить его причину, а причина чаще всего кроется в неблагоприятной обстановке дома. При лечении взрослых людей также часто приходится привлекать членов их семей, советовать им изменить обстановку, работу и даже место проживания.

Когда причина болезни не ясна, следует взглянуть на самого человека, а не только на болезнь. Что-то происходит в его жизни такое, о чем «кричит» организм. Хронический стресс, неудовлетворенность личной жизнью, работой, собой, негативизм по отношению к людям – все это способствует тому, что человек может заболеть.

Подводя итоги стоит отметить:

1. Психосоматические заболевания имеют психогенную природу. Телесные заболевания основаны на том, как мы живем, на способе организации нашей жизни. Это язык альтернативного описания нашей жизни, психосоматический. Включается он тогда, когда психологический язык (чувств и потребностей) не развит в следствии нераспознавания, подавления своих эмоций.
2. Психологический язык. Осваивается тогда, когда мы озвучиваем свои чувства желания потребности. Так или иначе вносим их в контакт с другим, с окружающей средой. При должном развитии вытесняет психосоматический язык.
3. Ретрофлексия. Начинаем делать с самим собой то, что хотим от других. Если попросить о заботе или внимании прямо не получается, как вам кажется, тогда можно придумать себе симптом.
4. Вся наша энергия на жизнь берется из зоны наших потребностей. О той или иной потребности нам сигнализируют эмоции. Так или иначе энергия в зоне потребностей будет разряжена. Через психологический или психосоматический язык. Или через накопленное, болезнь.
5. Если это единственный доступный легальный способ получить желаемое (заботу, власть, свободу и т.д.), то он будет повторяться.
6. Один и тот же симптом может обслуживать много разных потребностей, разновеликих в разное время.

Если ваши симптомы в какой-то момент станут менее интересны чем ваша жизнь, а именно, ваша жизнь станет интереснее и важнее чем ваши симптомы, вы начнете осознавать все большее количество своих потребностей, понимать, что для вас важно и нужно, психологический язык получит свое развитие и вытеснит язык психосоматический. Симптомы за ненадобностью начнут отпадать. Гастрит пройдет после увольнения, аллергические реакции проходят после развода и т.д. (уважительно к себе и своей жизни). (Погодин И.)