Оглавление

Введение

Глава 1. Анализ теоретических данных по теме

.1 Характерологические ориентированные типологии личности

.2 Психоаналитические модели

.3 Теория специфического для болезни психодинамического конфликта Ф. Александера

.4 Алекситимия и психосоматическая структура

.5 Концепции стресса

.6 Интегративные модели

Список литературы

Введение

Появление психосоматического направления и повышение его практического значения в медицине и психологии является результатом изучения этой сферы на протяжении долгого времени.

Несмотря на то, что влияние психологических факторов на возникновение и протекание соматических заболеваний уже никем не отрицается и является объективным фактом, в этом направлении существует ещё много белых и тёмных пятен. Целью современного психосоматического направления в психологии и медицине является сокращение количества и величины этих пятен и, следовательно, увеличение объёмов практически и теоретически ценной информации.

Увеличение объема знаний по данной теме позволит повысить эффективность лечения и профилактики психосоматических заболеваний. Так как далеко не всегда докторам, работающим в соматоцентрической парадигме, приходят мысли, что ключевой фактор в развитии заболевания оказался психогенным.

Задачей данной научно-практической работы является проведение исследования с целью выявления связи между психологическими факторами и соматическими проявлениями различных заболеваний. Разработка программы и гипотезы исследования будет осуществляться посредством анализа теоретических материалов по теме с выделением важных для работы аспектов.

Задача работы на настоящем этапе заключается в выявлении влияния и взаимосвязей психологических факторов на соматические заболевания с выявлением корреляционных показателей. Исследование будет проводиться на людях, заболевания которых относят к группе психосоматических. Практически данные полученные в исследовании могут найти своё применение в отраслях психотерапевтического консультирования и профилактики здоровья.

Глава 1 Анализ теоретических данных по теме

Вопрос о взаимосвязи и взаимовлиянии психического и соматического рассматривается ещё со времён Гиппократа и Аристотеля. К сожалению, количество времени потраченного на изучение данной проблемы не эквивалентно количеству данных, которое было получено в процесс изучения.

Термин «психосоматический» ввёл немецкий врач из Лейпцига Хайнрот в 1818 г. Ему принадлежали слова: «Причины бессонницы обычно психически-соматические, однако каждая жизненная сфера может сама по себе быть достаточным ей основанием». Термин «психосоматический» Основательно прижился в медицине благодаря венским психоаналитикам только в середине ХХ века. С этого времени психосоматическая медицина обозначилась как «прикладной психоанализ в медицине».

Теория психосоматики развивалась многими психологическими направлениями как до официального признания психических факторов на возникновение заболеваний, так и после. Считаю необходимым обозреть наиболее ценные психосоматические теории и модели. И после, опираясь на проанализированные данные, составить программу эмпирического исследования.

.1. Характерологические ориентированные типологии личности

Классические психосоматические работы этого характерологического направления принадлежат американскому врачу Флендерс Данбер, которая в результате непосредственных клинических наблюдений определила у 80% людей, имевших повторные несчастные случаи, характерный личностный профиль, который она назвала «личность, склонная к несчастьям». Это импульсивные, ведущие неупорядоченный образ жизни, любящие приключения люди, которые живут одним моментом, а не для будущего, поддаются любому спонтанному порыву, не контролируют свою агрессивность в отношении других людей, особенно пользующихся авторитетом. При этом они проявляют тенденцию к самонаказанию, исходящую из неосознанного чувства вины. Этому профилю личности

Данбер противопоставляет личность, склонную к ангинозным жалобам и развитию инфаркта миокарда. Такие люди описываются как выдержанные, способные к деятельности с большой последовательностью и самообладанием, которые в состоянии отказаться от непосредственного удовлетворения своих потребностей ради достижения отдалённой цели.

В центре подобных направлений стоит точка зрения, согласно которой люди с разной физической конституцией имеют разные характеры и страдают разными заболеваниями. Иначе говоря, имеются определённые лица, которые заболевают определённым образом. Благодаря характерологическим ориентированным типологиям личности для определённых болезней был впервые разработан тип личности, объединивший в себе соматическое и психическое. Слабость этих типологий заключается, прежде всего, в статичном характере определяемых признаков, которые обычно не имеют связей с историей жизни личности и её социальным развитием. Другим недостатком является то, что увязывание такого личностного качества с определённой болезнью ещё ничего не говорит о его роли в патогенезе. Ни в коем случае нельзя выводить из этих корреляций этиологические связи.

В заключение следует отметить, что характерологические ориентированные направления оценивают описательными методами, например с помощью опросников, метрических и прожективных личностных тестов, данные которых можно сопоставлять и увязывать с психосоматическими симптомами и группами заболеваний. Сообщаемые при этом сведения обычно точны, но они не связываются с историей жизни, конфликтными ситуациями и историей заболевания у пациентов и нуждаются в дальнейшей интерпретации в рамках более широкого психосоматического понимания болезни. [Бройт 17]

.2 Психоаналитические модели

Конверсионная модель.

Как первую психосоматическую модель психоанализ развил понятие конверсии. Фрейд описал её как истерический симптомокомплекс. Классическими примерами её были, например, психогенные параличи руки, истерические припадки, психогенная анестезия [нарушение чувствительности]. Прототипом психоаналитического понятия конверсии является произвольное движение: возникающая первоначально в представлении идеаторная схема движения реализуется затем в моторном исполнении, как, например, показывание, объяснение, хватание руками или удар кулаком.

В понимании Фрейда благодаря конверсии неприятное представление становится безвредным потому, что его «сумма возбуждения» переводится в соматическую сферу. Симптом связывает психическую энергию и оставляет непереносимое представление неосознанным, однако требует дополнительного внимания и вторично приводит к усилению либидинозного замещения и, таким образом, имеет характер, как удовлетворения, так и наказания. Фрейд считал необходимым такой физический фактор, который имеет значение для «выбора органа» и который можно представить себе в процессе его возникновения - «соматическая готовность» Хотя вследствие общественного развития такие конверсионные симптомы стали более редкими, теоретическая и терапевтическая действительность этой модели у определённых пациентов с истерическими симптомокомплексами, параличами, нарушениями чувствительности или эмоциональности неоспорима. [Бройт 19]

Теория Де- и Ресоматизации М. Шура.

Психоанализ описывает прогрессию и регрессию во времени, фазово-специфическое развитие и возвращение к более ранним формам, например к ранним детским переживаниям. Исходя из этого, М. Шур описал психосоматическое симптомообразование как топическую и временную регрессию, причем соматические заболевания описываются в рамках модели развития физической и психической деятельности.

Ребёнок отвечает на ситуацию страха двигательной бурей, эта тенденция может проявляться и позже. В процессе развития и созревания боль и страх в переживаниях осознаются и перерабатываются в ощущениях, представлениях, мыслях и, в конечном счете, в речи. Вместо диффузного реагирования возникает целенаправленная, соответствующая реальности переработка. М. Шур описывает преодоление диффузных соматических феноменов реагирования как процесс развития в смысле десоматизации. В процессе раннего детского развития в рамках десоматизации наступает нейтрализация сексуального либидо и агрессивности, которые употребляются в действиях, соответствующих установкам «Я» и реальности. И наоборот, в случаях регрессивного развития может вновь возникать прорыв либидо и агрессии, который при ограниченности функции «Я» может вновь приводить в процессе ресоматизации к появлению психосоматической картины симптомов. Это чаще происходит у людей, переживших в раннем детстве много травм и обнаруживающих ограничение функции «Я», причём «выбор органа» определяется как ранними детскими травмами, так и наследственной предрасположенностью.

Психосоматическая концепция А. Мичерлиха.

А. Мичерлих описал концепцию двухфазного вытеснения - динамического изменения неврозов и соматических заболеваний. Он исходит из наблюдения, что при тяжёлых кризах соматического заболевания невроз может видоизменяться или даже исчезать. Тяжёлые невротические состояния отступают при соматических заболеваниях в их осознании пациентом и в его поведении. При хронических психосоматических развитиях происходит следующий процесс: «При неотвратимо хронизирующемся кризе в первой фазе происходит ещё недостаточная борьба с невротическим комплексом путём его вытеснения, во второй фазе осуществляется сдвиг в динамике соматических защитных процессов. Поэтому мы говорим о двухфазном вытеснении». Позже он связал эти двухфазные процессы с регрессивной ресоматизацией, описанной М. Шуром. Психосоматическое заболевание вызывает якобы реальная или вымышленная утрата объекта, что приводит к обеднению «Я».

.3 Теория специфического для болезни психодинамического конфликта Ф. Александера

Ф. Александер впервые в 1950г. предложил теорию, в которой дифференцированные психологические гипотезы связывались с физиологическими и патологическими соматическими процессами.

Основное внимание Александер уделил вопросу эмоциональной специфичности вегетативных неврозов. Он полагает, что срыв вегетативных функций связан с эмоциональным состоянием в определённых конфликтных ситуациях в большей мере, чем с типологией личности в прошлом.

Для каждого вегетативного невроза Александер пытается составить Динамическую основополагающую схему. Например, у больных язвенной болезнью отказ от орально-рецептивных желаний приводит к орально-агрессивным реакциям, которые в свою очередь вызывают чувство вины и страха. Это компенсируется выраженным стремлением к деятельности, которая усиливает неосознанное оральное стремление к зависимости.

Александер не остановился на формулировке теоретических моделей, для подтверждения своей концепции он представил важные эмпирические исследования и вдохновил многих психосоматиков на научные исследования, ценность которых сохраняется и поныне.

Что касается типологии конфликтов, то при тщательном изучении она мало отличается от прежней типологии личностей, поскольку Александер формулировал свои конфликтные ситуации как специфичные для всех пациентов данной нозологической группы.

Представляется, что приобщение аффективного коррелята [«выбор органа»] также согласуется с индивидуальной историей жизни. Экспериментальные психологические исследования чётко показали, что хотя разные индивидуумы в сходных ситуациях и реагируют одинаковыми физиологическими аффектами, но эти аффекты могут быть обусловлены различными соматическими процессами.

.4 Алекситимия и психосоматическая структура

Исходным пунктом указанных выше авторов было наблюдение, что многие психосоматические больные в ситуации обследования ведут себя иначе, чем здоровые люди и больные с неврозами.

Сегодня она большей частью определяется понятием «алекситимия», которая характеризуется четырьмя типичными признаками с разной степенью их выраженности в каждом отдельном случае:

. Своеобразная ограниченность способности фантазировать. Пациент затрудняется или оказывается просто не способным пользоваться символами, результатом чего является своеобразный тип мышления, который можно определить как «механический», «утилитарный», «конкретный».

. Типичная неспособность выражать переживаемые чувства. Пациент не в состоянии связывать вербальные или жестовые символы с чувствами. Чувства испытываются, если они вообще имеются, как нечто глухонеструктурированное, во всяком случае непередаваемое словами. Они часто описываются через окружающих [моя жена сказала... врач сказал...] либо вместо чувств описывается соматическая реакция.

. Примечательно, что психосоматические пациенты очень приспособлены к товарищеским отношениям, что даже определяется как «гипернормальность». Их связи с конкретным партнёром характеризуются своеобразной «пустотой отношений». Поскольку они не в состоянии разбираться в психологических структурах, то остаются на уровне конкретного «предметного» использования объектов.

. Из-за задержки на симбиотическом уровне и связанного с этим недостатка дифференцировки субъект - объект вытекает неспособность к истинным отношениям с объектом и к процессу переноса. Происходит тотальное идентифицирование с объектом; психосоматический больной существует, так сказать, с помощью и благодаря наличию другого человека. Отсюда становится понятным, почему потеря этой «ключевой фигуры» так часто обнаруживается как провоцирующая ситуация в начале болезни.

.5 Концепции стресса

психосоматический конфликт александер алекситимия

Вегетативное сопровождение эмоций. Физиолог Кэннон обнаружил, что экстремальные ситуации готовят организм к борьбе или бегству. Такая подготовка происходит и тогда, когда участие в событиях является исключительно эмоциональным. Например, у запасных игроков футбольной команды, и даже у азартных зрителей, фиксировался сахар в моче, что устанавливалось и у большинства активных игроков. Таким образом, в отличие от представления рефлекторной модели психосоматической болезни, Кэннон соединяет в реакции на экстремальную ситуацию эмоции с их телесным сопровождением.

Хронический неспецифический стресс. Г. Селье расширяет данные Кэннона понятием адаптационного синдрома. Последний относится, главным образом, к участию в стрессе эндокринной системы. Адаптационный синдром протекает различно в зависимости от того, в какой исходной ситуации находится организм. Именно в фазе истощения происходит слом регулирующих механизмов с необратимыми соматическими изменениями. Таким образом, общий адаптационный синдром может быть посредником между психосоциальным стрессом и психосоматическим заболеванием.

Первые исследования проявлений стресса относились к действию определенных острых ситуаций, но и хронический неспецифический стресс с различной степенью тревожности также обнаруживает физиологические корреляты с психосоматическими расстройствами у генетически предрасположенных субъектов. Постепенно центр тяжести исследования стресса перемещается на субъективное переживание внешних стрессоров.

Стресс не является синонимом дистресса, то есть горя, несчастья, недомогания, истощения, нужды. Стресс-это давление, нажим и напряжение. Многие склонны отождествлять стресс с нервной перегрузкой или сильным эмоциональным возбуждением. Стрессовые реакции, по мнению Г. Селье, присущи низшим животным, которые не имеют нервной системы. Часто стрессор может быть и приятным, и совершенно неважно для возникновения стресса, каков будет результат его воздействия на организм - приятный или неприятный. Эффект воздействия стрессора зависит от интенсивности требований к приспособительной способности организма. Только дистресс всегда неприятен. Обычно люди говорят о стрессе, когда имеется в виду чрезмерный стресс-дистресс, когда человек переживает горе, недомогание. [Сидоров 236]

.6 Интегративные модели

Изначально по-другому ориентированная самостоятельная линия развития психосоматической теории происходит из определённого направления внутренних болезней, особенно из изучения большого контингента больных с так называемыми функциональными нарушениями без патологической органической основы.

Интегративная модель должна оценить и объединить современное состояние знаний в медицине. По интегративной модели состояние здоровья определяется не по абсолютному его значению - отсутствию болезни, а скорее как успешное приспособление к окружающему миру. Болезнь определяется как нанесение ущерба или нарушение определённых компонентов структуры или функций организма человека. Болезнь не является единственным основанием появления чувства болезни и страдания. Это чувство возникает также вследствие неспособности человека приспособиться к различным жизненным ситуациям или к болезни, оно является результатом несоответствия между адаптивными возможностями человека и требованиями, которыми они определяются. Эта неудача адаптации приводит к страданию или к чувству болезни.

Среди людей, у которых имеется очевидный риск развития определённого заболевания и которые подвержены одинаковым изменениям и тяготам в своей жизни, заболевают лишь немногие; этих немногих нельзя определить заранее, несмотря на наличие известных факторов риска.

Многообразные, разносторонние взаимодействующие факторы могут быть генетическими, бактериальными, иммунными, пищевыми, психологическими, обусловленными поведением и социальными - одним словом, все заболевания имеют многофакторный генез.

Интегративная позиция ориентирована на процесс, а не на структуру. Она пытается объяснить тот парадоксальный факт, что у человека могут возникать симптомы как при наличии, так и при отсутствии признаков анатомического повреждения или нарушений физиологических функций. Исходя из этого, каждое заболевание имеет многочисленные подформы. Как каждый индивидуум имеет свои особенности, так и ни одна болезнь не похожа на другую.

Это интегративное воззрение предполагает многофакторный, нелинейный характер этиологии, течения и лечения страданий и болезней и пытается совместить широкий подход к здоровью и болезни с нашими знаниями о роли социальных и психологических факторов на каждой стадии страдания и болезни.

Ознакомившись с наиболее ценными для понимания проблемы психосоматики теориями и моделями, можно заключить, что данная тема обозревается с многих ракурсов различными направлениями, но ни одному из них не удалось п

Представленная ниже таблица демонстрирует влияние различных факторов на генез психогенных заболеваний.

Таблица 1. Компоненты дисперсии в генезе психогенных заболеваний [Н. Schepank, 1991]

|  |  |
| --- | --- |
| Наследственные факторы | - около 30% |
| Раннее развитие  | - около 25% |
| Детство  | - около 15% |
| События жизни  | - около 15% |
| Социальные влияния  | - 10% |
| Прочие  | - около 5% |

Данные таблица указывает на многофакторность возникновения заболевания. Факт того, что на происхождение психогенный заболевания влияет большое количество факторов как социальных, так и личностных, усложняет их анализ, лечение и профилактику.

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

Функциональные синдромы. В этой группе находится преобладающая часть «проблемных пациентов», которые приходят на прием с пестрой картиной часто неопределенных жалоб, которые могут затрагивать сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания или мочеполовую систему. Беспомощность врача относительно этой симптоматики объясняется среди прочего многообразием понятий, которыми обозначаются эти жалобы. Часто у таких больных имеются только функциональные нарушения отдельных органов или систем; какие-либо органические изменения, как правило, не обнаруживаются. В отличие от конверсионных симптомов, отдельный симптом не имеет специфического значения, будучи неспецифическим следствием нарушенной телесной функции. Александер описал эти телесные проявления как сопровождающие признаки эмоционального напряжения без характерных черт и обозначил их органными неврозами [Александер, 2002].

Психосоматозы - психосоматические болезни в более узком смысле. В основе их - первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа. Заболевания, связанные с органическими изменениями, принято называть истинными психосоматическими болезнями, или психосоматозами. Первоначально выделяли 7 психосоматозов: бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз.

Позже этот список расширился - к психосоматическим расстройствам относят рак, инфекционные и другие заболевания.

Теория совладания личности с трудными жизненными ситуациями копинга возникла в психологии во второй половине XX в. Термин введен американским психологом Абрахамом Маслоу. Под «копингом» подразумеваются постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие попытки справиться со специфическими внешними или/и внутренними требованиями, которые оцениваются как напряжение или превышают возможности человека справиться с ними.

Копинг-поведение - форма поведения, отражающая готовность индивида решать жизненные проблемы. Это поведение, направленное на приспособление к обстоятельствам и предполагающее сформированное умение использовать определенные средства для преодоления эмоционального стресса. При выборе активных действий повышается вероятность устранения воздействия стрессоров на личность. Особенности этого умения связаны с «Я-концепцией», локусом контроля, эмпатией, условиями среды.

Выделяются следующие способы совладающего поведения:

• разрешение проблем;

• поиск социальной поддержки;

• избегание.

Совладающее поведение реализуется посредством применения различных копинг-стратегий на основе ресурсов личности и среды. Одним из самых важных ресурсов среды является социальная поддержка. К личностным ресурсам относятся адекватная «Я-концепция», позитивная самооценка, низкий нейротизм, интернальный локус контроля, оптимистическое мировоззрение, эмпатический потенциал, аффилиативная тенденция [способность к межличностным связям] и другие психологические конструкты.

Как отмечают многие авторы, существуют значительные сложности в разграничении механизмов защиты и совладания [Либина, Либин, 1998]. Наиболее распространенной является точка зрения, согласно которой психологическая защита характеризуется отказом индивидуума от решения проблемы и связанных с этим конкретных действий ради сохранения комфортного состояния. В то же время способы совладания подразумевают необходимость проявить конструктивную активность, пройти через ситуацию, пережить событие, не уклоняясь от неприятностей. Можно сказать, что предметом психологии совладания, как специальной области исследования, является изучение механизмов эмоциональной и рациональной регуляции человеком своего поведения с целью оптимального взаимодействия с жизненными обстоятельствами или их преобразования в соответствии со своими намерениями [Либин, Либина, 1996].

Психосоматика - это наука о взаимодействии психосоциальных и соматических процессов, а также система лечения связанных с ними расстройств. Таким образом, психосоматика преследует одновременно две цели:

Психосоматическая медицина - это новое название отрасли медицины, древней, как само искусство врачевания.

Это не специализация, а особый подход, включающий в себя все медицинские дисциплины, - подход, подразумевающий не игнорирование соматики, а уделение особого внимания психике.

Из этого следует, что психосоматика претендует на статус фундаментальной науки, которая имеет значение для всех медицинских дисциплин и лежит в основе определенного метода лечения.

Вместе с тем в процессе историческою развития психосоматика приобрела в Европе и в меньшей степени в Америке статус медицинской субдисциплины, оперирующей особыми методами диагностики и терапии, чем и было продиктовано ее восприятие в качестве специальной отрасли медицины, несмотря на отсутствие соответствующих деклараций в рамках самой психосоматики.

Согласно определению доктора Дж. А.Уинтера, психосоматическим считается заболевание, которое:

носит функциональный, а не структурный характер, хотя и может впоследствии стать причиной структурных изменений в организме;

вызывается неадекватным стимулом;

являет собою неадекватную реакцию организма на стимул;

зародилось в прошлом, в момент происшествия, вызвавшего крайне болезненные чувства;

основывается на механизме фиксированных реакций; реакция организма на стимул всегда неизменна;

характеризуется временным сдвигом в сознании: система координат «здесь и сейчас» отходит на задний план - в определенном смысле больной как бы постоянно живет собственным прошлым.

Список литературы

1. Александер.Ф. [2002]. Психосоматическая медицина. Москва: "Эксмо-пресс".

2. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: Краткий учебник. Москва: "Гэотар Медицина".

. Малкина-Пых И.Г. [2005]. Психосоматика справочник практического психолога. Москва: "Эксмо".

. Осипова А. [2002]. Общая психокоррекция: Учеб. пособие для студентов вузов. Москва: "Сфера".

. Сидоров П.И. [2001]. Введение в клиническую психологию. Москва: "Деловое дело".