

Брусенцева П.А.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный университет», г. Оренбург
e-mail: polina_brusentseva@mail.ru

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК РАЗНОВИДНОСТЬ АУТОАГРЕССИИ

В данной статье приведен теоретический анализ особенностей психосоматических заболеваний как формы аутоагрессии. Рассмотрены позиции зарубежных и отечественных авторов.

Ключевые слова: психосоматические заболевания, аутоагрессия.

Психосоматические заболевания – комплекс болезненных состояний, проявляющийся как реакция на психологическое неблагополучие.

Ф. Александер[1] ввел понятие «функциональное расстройство органа». Он выделил 2 фазы развития эмоциогенных нарушений органов: в первой (обратимой) нарушается эффективность функции, во второй происходит органическое поражение. Автор полагал, что длительное подавление либо генерализация определенной эмоции ведет к разрушению конкретного, связанного именно с ней органа.

Зифнеос[4] выдвинул предположение, что алекситимия – неспособность распознавать и выражать чувства – становится причиной, при которой эмоциональный стресс проявляется через тело.

Dunbar[4] считала, что заболевания являются производными от личностного профиля - «язвенный», «коронарный», «гипертонический», «склонный к повреждениям», «аллергический».

Дискуссии о степени вероятности возникновения заболеваний от психологических переживаний длятся до сих пор, хотя психосоматика утвердила себя как научная отрасль и в психоанализе, и в медицине.

А.В. Хайкин [10] приводит 10 моделей влияния эмоционального состояния на развитие болезни. Символическая модель заключается в том, что вытесненные в подсознание потребности и неприятные переживания обращают на себя внимание болезнью, чьи симптомы символически схожи с подавленными эмоциями. В концепции энергетико-астенической модели болезнь возникает из-за психического истощения, нехватки сил, ослабленный иммунитет. Энергетико-динамическая модель предполагает, напротив, переизбыток энергии, нерастраченной на желаемое, и ее патологическую реализацию. Модель дефицита впечатлений имеет в основе гипотезу, что положительные эмоции укрепляют выносливость организма, а их нехватка вредит здоровью. Физиологическая модель объясняет болезнь тем, что эмоциональные реакции активируют или блокируют важные физиологические процессы на ненормально долгий срок. В функциональной модели болезнь приносит вторичную выгоду, помогая удовлетворить потребность в структуре «надличностной» системы. В рамках модели

очищения болезнь или уничтожает часть тела, которая была «осквернена» (например, при изнасиловании), или «очищает» душу, наказывая страданием. Ретрофлексивная модель исходит из того, что способом отказаться от запретной потребности человек неосознанно выбирает перенаправить на свое тело действия по ее удовлетворению. Для процессуальной болезни - остановленный процесс поисков себя, ведь при ее преодолении личность будет развиваться. Танатическая модель соответствует аутоагрессивному паттерну в большей мере, в ней болезнь рассматривается как медленное самоубийство.

Соответственно, аутоагрессия как специфическая совокупность эмоций, при отсутствии выражения или несущая глобальный характер, может проявляться в виде физиологической болезни [6].

В.Н. Мясищев[12] рассматривал отношение к болезни как сложную психологическую систему, в которой задействованы отношение к действительности (объекту - заболеванию), к себе (субъекту - болеющей личности) и к окружающим (их реакциям).

Хайкин[11] выделяет разновидности отношения к болезни и исцелению: болезнь воспринимается как враг, с которым необходимо бороться; болезнь как неизбежность, которую стоит принять и приспособиться к ней; болезнь как сбой в системе, который должен быть устранен; болезнь как заслуженное наказание, которое надо перетерпеть; болезнь как следствие неправильного образа жизни и повод для его переоценки, включая работу над психологическим благополучием.

А.Ш. Тхостов[9] утверждал, что личностный смысл болезни может иметь негативный, позитивный, конфликтный характер. Негативный смысл заболевания приобретает, когда препятствует жизнедеятельности, удовлетворению потребностей и реализации планов человека. Позитивный смысл появления болезни видится в совпадении с личностным мотивом больного. По большей части это рентные мотивы – избегание нежелательной деятельности, оправданный отдых от решения проблем, снятие моральной ответственности. Конфликтный смысл болезни означает борьбу мотивов, при которой одна потребность достигается за счет угнетения другой.

Система личностных смыслов, мотивы и потребности, отношение к болезни оказывают непосредственное влияние на ее развитие. Подсознательное стремление к причинению себе вреда в форме психосоматических заболеваний может проявляться в различных комбинациях: от самонаказания – болезнь ограничивает, ее смысл несет отрицательную окраску, до самоизоляции от стрессогенных факторов – больной рад возможности найти предлог для отказа от социального взаимодействия. Так как у аутоагрессоров происходит неосознанная внутренняя борьба между самосохранением и самоуничтожением психосоматические расстройства выражают конфликтный смысл.

Существуют несколько классификаций психосоматических заболеваний. По М. Блейлеру[7]:

1) Психосоматозы - гипертоническая болезнь, язвенная болезнь, бронхиальная астма, стенокардия;

2) Психосоматические функциональные расстройства: пограничные, функциональные, невротические (заикания, рвота, тик, нарушение деятельности кишечника, сексуальные расстройства);

3) Психосоматические расстройства в широком смысле - предрасположенность к травмам.

Г.В. Старшенбаум[8] разграничивает их на конверсионные и соматоформные расстройства. Первые включают в себя нарушения чувствительной и двигательной сферы, вторые - соматизированное и ипохондрическое расстройство, соматоформную вегетативную дисфункцию и хроническое соматоформное болевое расстройство.

Б.Д. Карвасарский[3] выделяет основные группы психосоматических расстройств: большие, включающие в себя серьезные заболевания - сердечно-сосудистые, онкологические, язвенные, аллергические; малые, к которым относятся периодические болевые ощущения внутренних органов, называемые органными неврозами.

Психосоматические реакции как выражение внутриличностных переживаний фиксируются в раннем возрасте, когда ребенок не в состоянии выразить словесно свои чувства [2], не может четко назвать причину эмоционального дискомфорта. Болезнь становится своеобразным способом привлечь внимание родителей, получить больше заботы, чем в нормальном состоянии. Также заболевание может быть протестом текущей ситуации.

В статье Маринчевой, Злоказовой и Соловьева[6] прослеживаются факторы, влияющие на формирование психосоматических расстройств. Биологически - средовые - стрессоры, во время внутриутробного развития ослабившие нервную систему. Гиперпротекция - фактор воспитания, хотя неизвестно, что первично - заболевание или чрезмерная опека; в детско-родительских отношениях присутствует эмоциональное отвержение. У страдающих психосоматическими нарушениями отмечаются высокий уровень тревожности (в том числе реактивной) и неумение выразить свое психологическое состояние вербально. То есть болезнь имеет предпосылки к возникновению и, закрепившись, усугубляет их.

В другом исследовании, осуществленном Кошелевой, Ширяевым, Наретиной[5], на предмет психосоматических нарушений обследовано 72 испытуемых, с попыткой суицида в анамнезе. Заболевания выявлены у 37,5%, сочетанная соматическая патология - у 60%. Из болезней обнаружены ВСД (51,9%), резидуально - органическое поражение ЦНС (22%). Гипоталамический синдром (11,1%), а также патология со стороны ЖКТ: ДЖВП (29,6%), гастродуоденит (22%), рефлюкс - эзофагит (7,4%); дыхательной системы - хронический бронхит (14,8%).

Можно говорить о том, что суицидальная активность в какой-то мере проявляется через телесные недуги.

В то же время сама болезнь вызывает изменения личности, имеющие аутоагрессивную направленность. По данным сравнительного анализа

«психосоматических» и «исключительно соматических» больных, проведенного Штраховой и Куликовой[12], у первых обнаружены высокие показатели по шкалам дефицитарный страх (ЭГ - 5,0; КГ - 3,4), деструктивная тревога (ЭГ - 3,6; КГ - 1,7), дефицитарная агрессия (ЭГ - 5,0; КГ - 3,3), деструктивная агрессия (ЭГ - 6,1; КГ - 4,8), дефицитарное внешнее Я-отграничение (ЭГ - 6,1; КГ - 3,5), деструктивное внешнее Я-отграничение (ЭГ - 5,6; КГ - 3,4), дефицитарное внутреннее Я-отграничение (ЭГ - 7,1; КГ - 4,5), дефицитарный нарциссизм (ЭГ - 4,6; КГ - 1,9), деструктивный нарциссизм (ЭГ - 5,4; КГ - 2,6), дефицитарная сексуальность (ЭГ - 3,5; КГ - 1,7). Дефицитарный страх проявляется в социальной тревожности, избеганию конфликтов, эмоциональной отстраненности, ошибочной оценке поведения окружающих. Деструктивная тревога означает утривание опасности, склонность к панике, страх перед более сильными, неспособность обращаться за помощью, а главное – излишней выраженностью психосоматических вегетативных проявлений эмоциональных реакций. Дефицитарная агрессия следует из подавления активности по причине ограничений, связанных с заболеванием; такие люди не адаптированы к обществу, не участвуют в спорах и уклоняются от ситуаций соперничества, нерешительны, жертвенны. Деструктивное внешнее Я-отграничение проявляется в выстраивании барьера между личностью и социальной жизнью: больной избегает межличностных взаимодействий, не желает обмениваться впечатлениями, ощущает эмоциональную опустошенность. Дефицитарность внутреннего Я-отграничения выражается в нестойкости и в недостатке сформированности внутренних границ: чрезмерное погружение в фантазии, неподконтрольное воображение на грани утраты связи с реальностью, нелогичное и неадекватное происходящему поведение. Характерны нарциссические черты: при дефицитарном – нехватка уверенности, неполное и зачастую несоответствующее действительности представление о своих возможностях, привычка поступать в ущерб себе, низкий эмоциональный интеллект; при деструктивном – восприятие общения как травматического фактора, враждебность к другим людям (вплоть до параноидных реакций), построение аутистического мира. Эти качества развиваются в условиях деформированных симбиотических детско-родительских отношениях. Дефицитарная сексуальность «психосоматических» пациентов понимается как задержанная в своем развитии сексуальность, неприятие телесности, вытекающие из запрета на любые проявления физиологической активности.

Следовательно, подсознательная аутоагрессия находит выход на физиологическом уровне, либо в тревожном ожидании недомоганий.

Библиографический список источников:

- 1.Александр, Ф. Психосоматическая медицина: принципы и практическое применение/Ф. Александр. - Москва: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.

2. Вишняков А.И., Райлян Е.Ю. Гендерные и возрастные особенности проявления ревности // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2016. Т.5. - № 4 (17). – С. 317 – 319.

3. Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология/ Б.Д. Карвасарский. – Санкт-Петербург: Питер, 2004. – 553 с.

4. Колесников, Д.Б. Современные взгляды на психосоматические заболевания/Д.Б. Колесников, С.И. Рапопорт, Л.А. Вознесенская // Клиническая медицина. – 2014. – №7. – Том 92. – С. 12-18.

5. Кошелева, Г.Г. Анализ соматической патологии у суицидентов/ Г.Г.Кошелева, О.Ю. Ширяев, А.Ф. Неретина // Суицидология. – 2011. – №3(4). – Том 2. – С.39-41.

6. Маринчева, Л.П. Особенности этиопатогенеза психосоматических и соматоформных расстройств/Л.П. Маринчева, М.В. Злоказова, А.Г. Соловьев // Казанский медицинский журнал. – 2012. – № 3. –Том 93. – С.465-468.

7. Мостовая, Л.И. Современные представления о психосоматических расстройствах/Л.И. Мостовая, Н.Ю. Кувшинова // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2011. – № 2-3. – Том 13. – С. 602-605.

8. Старшенбаум, Г.В. Психосоматика и психотерапия/ Г.В. Старшенбаум. – Москва: Издательство Института психотерапии. – 2005. – 496 с.

9. Тхостов, А.Ш. Психология телесности/ А.Ш. Тхостов. – Москва: Мысль, 2002. – 287 с.

10. Хайкин, А.В. К вопросам, моделям и методам психосоматики/ А.В.Хайкин // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2011. – №7. – Том 1. – С. 57-61.

11. Хайкин, А.В. К теории и практике психосоматики/ А.В.Хайкин//Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – № 2. – Том 8. – С. 193-198.

12. Штрахова, А. В. Психодинамический аспект исследования структуры личности как фактора риска психосоматических нарушений/ А.В. Штрахова, Е.В. Куликова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. –2012. - № 45 (304). – С. 88-99.

УДК 159.938.363.6