Составители: Киреева Д.С., Дереча Г.И., Габбасова Э.Р.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

**МОДУЛЬ 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОСОМАТИКИ И ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

**Тема 5. Психологические особенности больных с ПСР**

***Содержание:***

1. Психология больных с психосоматическими заболеваниями дыхательной системы.

2. Психология больных с психосоматическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

3. Психология больных с психосоматическими расстройствами ЖКТ.

4. Психологические аспекты психосоматических заболеваний кожи.

5. Психологические аспекты расстройств пищевого поведения (нервная анорексия, нервная булимия).

**1. Психология больных с психосоматическими заболеваниями дыхательной системы.**

Бронхиальная астма – хроническое рецидивирующее заболевание с преимущественным поражением бронхов, которое характеризуется их гиперактивностью, обусловленной специфическими (иммунологическими) и 9или) неспецифическими (неиммунологическими), врожденными или приобретенными механизмами, основным обязательным признаком которого является приступ удушья и (или) астматический статус – вследствие спазма гладких мышц бронхов, гиперсекреции и отека слизистой оболочки бронхов (Федосеев Г.Б., 1988).

Предрасполагающими факторами являются: женский пол. Возрастные особенности (заболевание или его предвестники чаще возникают у детей в первые 10 лет жизни). Бронхиальная астма относится к «комплексным генетическим заболеваниям», для которых ясен факт наличия генетического паттерна, но отсутствует какой-либо конкретный ген, нарушение функции которого было бы ответственно за развитие болезни. В число биологических дефектов, способствующих развитию бронхиальной астмы относят особенности иммунной системы: носительство антигенов В13, В21, В35. Большое значение имеет сочетание HLA локуса с кластером генов, кодирующих синтез цитокининов (локус g31 5-ой хромосомы). Повышенная чувствительность бронхов к ацетилхолину. Нарушение отрицательной обратной связи в системе гипоталамус-гипофиз-кора надпочечников, которое приводит к истощению их резервных возможностей. Врожденные или приобретенные изменения респираторных органов (курение, воздействие бытовых аллергенов, вирусные респираторные инфекции беременных или на первом году жизни ребенка), которые коррелируют с гиперреактивностью бронхов, склонностью к нарушению взаимоотношений вдох-выдох в сторону затруднения выдоха. На клеточном уровне выявляются дефекты мембранно-рецепторного комплекса (особенно липидного матрикса), являющиеся причиной онтогенетической незрелости клеток (эритроцитов, лимфоцитов), наиболее ярко проявляющейся парадоксальными реакциями при проведении нагрузочных проб с адреноагонистами и адреноантагонистами.

Предполагается, что для больных бронхиальной астмой характерны:

* незрелость механизмов психологической защиты;
* неадекватный и нереалистичный образ собственного Я и семейного окружения;
* склонность к блокированию эмоциональных переживаний;
* низкий уровень осознавания актуальных эмоций и потребностей;
* инфантилизм, зависимость, потребность в формировании симбиотических отношений;
* недоразвитие собственной ценностной системы;
* выраженная коммуникативная ценность симптома бронхиальной астмы и тенденция к избеганию открытого обсуждения конфликтов. Зачастую сам симптом становится способом патологической адаптации к личностным конфликтам и конфликтам в микросоциальной среде.

Стрессовые воздействия. О преморбидных особенностях личности больных бронхиальной астмой говорить сложно, так как заболевание развивается чаще в возрасте становления личности. Для больных астмой характерно нарушение адекватного восприятия Я, снижение интеграции чувства Я и самодостаточности покоя и эмоционального комфорта, эмоциональная отгороженность, подозрительность. Выявлено, что больные бронхиальной астмой отличаются тем, что в условиях фрустрации состояние эмоционального напряжения, беспокойства, вины, тревоги уменьшают с помощью соматических симптомов – приступа астмы. В образовании такой взаимосвязи активно участвуют реакции подкрепления со стороны лиц значимого окружения, чаще родителей. Этот же механизм участвует в формировании истероидных черт личности в процессе заболеваний. Появление симптомов бронхиальной астмы приводит к изменению дистанции между членами семьи. Поэтому нередко заболевание выступает в качестве фактора, сближающего членов семьи (манипулятивный аспект заболевания). В качестве патодинамических факторов рассматриваются наличие у матерей больных астмой невротических черт и раннее нарушение больного с матерью, в которых выражен дефицит эмоционального и телесного контакта. Для родительских семей больных характерно наличие эмоционального лидера, доминирование одного из родителей и подчиненная позиция другого. В качестве пусковых рассматриваются ситуации, в которых возникает конфронтация «желания нежности» и «страха перед нежностью» и, как следствие, задерживаются эмоции и воздух. Выделяют четыре варианта механизмов нервно-психической провокации приступов бронхиальной астмы, при которых приступы позволяют:

* смягчить нереалистичные требования к себе (неврастеноподобный механизм);
* занять исключительное положение (истероподобный);
* уйти от необходимости выбора (психастеноподобный);
* разрядить конфликтную обстановку в семье (шунтовой) (по данным Ванчаковой Н.П. и соавт., 1996).

*Источник: https://refdb.ru/look/2591272-p2.html*

**БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА**

***Картина личности***

Бронхиальная астма (БА) является классическим примером **многофакторно обусловленной болезни,** при которой взаимодействуют многочисленные компоненты, в основном психосоматические, инфекционные и аллергические. **Эмоциональные факторы вряд ли сами по себе могут создать достаточные условия для развития болезни,** **но у биологически предрасположенного к ней человека они могут привести в действие астматический процесс** (Boiten, Frijda, 1994).

По данным ряда исследований (Lehrer et al., 1993), личность больных БА характеризуется рядом специфических особенностей.

Психологическая метафора бронхиальной астмы — **затруднение выживания, неспособность «дышать полной грудью» в этом сложном мире.**Препятствия возникают у беззащитного ребенка, когда любви родителей недостаточно, а самостоятельное дыхание — это единственная функция человека, которая появляется только после рождения. Все другие признаки нашей жизнеспособности формируются еще в материнской утробе, где уютно и безопасно, а все жизненные потребности обеспечены автоматически (Радченко, 2002).

Момент рождения — это тяжелый труд и сильный страх: «Что за мир там, снаружи?». К счастью, там существуют мама и папа, которые способны обеспечить ту же безопасность и тот же комфорт. Но если их внимания и заботы не хватает, то первая система, которая подвержена риску сбиться и потерять правильный ритм, — это дыхание. Впрочем, бывает и другая причина — забота родителей так велика, что ни один вдох или выдох просто невозможно сделать самостоятельно, все время кто-то помогает их сделать за тебя. **Недостаток заботы и ее избыток в равной мере лишают способности быть нестесненным, «дышать свободно».**

Дети бессознательно ищут выхода, срабатывает жизненный инстинкт, и более тяжелые проявления болезни у них появляются для того, чтобы менялась «тактика спасения».

Взрослые пациенты с бронхиальной астмой забывают свою детскую историю, но **обострение их заболевания происходит, как правило, когда надо проявить смелость, ответственность, независимость или суметь пережить печаль, одиночество.**

Попытки выявить «ответственные» за возникновение БА психические конфликты, поиск предрасполагающих к их возникновению личностных особенностей привели к гипотезе о существовании специфического патогномоничного для заболевания «профиля личности», предрасполагающего к его манифестации (Jones et al., 1976). Основные характеристики такого **«профиля личности» у больных БА** определяются как **склонность «подавлять депрессию и агрессию»** (Mellett, 1978), **«сдерживать реакции на фрустрирующее воздействие»** (Groen, 1982; Groen, Pelser, 1960), преобладание «нементализируемых переживаний» (Mitrani, 1993), «повышенная нервность, чрезмерная возбудимость либо вялость, повышенная истощаемость», **«высокая тревожность»** (Тхостов, Арина, 1990). Патогномоничный для пациентов БА «профиль личности» ассоциируется с проявлениями **алекситимии** (Nemiah et al., 1970; Nemiah, 1975; Sifheos, 1973; Brown et al., 1981) — механистичным характером мышления, проявляющимся в неспособности фантазировать, стремлении оперировать конкретными понятиями. В поведении и чертах личности больных часто обнаруживаются реакции с защитой эмоциональных, прежде всего агрессивных, побуждений, а также **скрытое желание нежности и близости.** За псевдоиндифферентным или даже агрессивным поведением может скрываться сильная потребность в любви и поддержке (Bastiaans, Groen, 1954).

Общепринятым считается значение **агрессии.** Агрессия у астматиков не вытесняется. **Так как она переживается как опасная, больной не может ее выразить, он не может «выпустить свой гнев на воздух». Это проявляется в приступах удушья.** Астматики очень сильно переживают агрессивность, но не проявляют ее; они недоверчивы и подозрительны и поэтому не склонны к самопожертвованию. У астматиков часто обнаруживаются реактивные образования, которые замещают агрессивные тенденции, и желание близости (Braeutigam, Christian, 1973), часто проявляются расстройства в сексуальной сфере (Loch, 1971).

У астматиков часто обнаруживается **физиологически не обусловленная сверхчувствительность к запахам** (Braeutigam, Christian 1973; Fores, 1981). При этом бросается в глаза, что **эта сверхчувствительность относится прежде всего к тем запахам, которые как-то связаны с нечистотами и неаккуратностью, а также с неряшливым и нечистоплотным поведением.** Астматики с повышенной восприимчивостью запахов также крайне зависимы от суждений и мнения окружающих их людей.

Между нарушением функции дыхания у астматиков видят связь с нарушенной способностью больных брать и отдавать, выраженной тенденцией к невозвращению, удержанию, сохранению (Schwidder, 1968; Marty, 1974; Braeutigam, 1954). У тяжелых аллергиков описан **конфликт по типу «владеть-отдать»** и **тенденция идентифицировать себя в общении с другими лицами, «быть сплавленным» с ними** (Marty, 1974).

Ранние нарушения отношений с **матерью** проявляются у больного как **конфронтация «желания нежности», с одной стороны, и «страха перед нежностью» — с другой** (Boor, 1965). Для астматиков характерна боязливость с истерическими и/или ипохондрическими чертами. От самих больных их страх остается скрытым (Heim et al., 1970).

Концепции «нуклеарного конфликта» и «специфического отношения», созданные F. Alexander (1945) и Н. Miller (1976), указывают на то, что корни развития защитно-приспособительного значения симптома бронхоспазма заключаются в особенностях ранних отношений матери и больного ребенка. В нашей культуре такие отношения можно назвать «люблю и ненавижу», когда при сближении отношений мать чувствует раздражение и чувство вины за него, а ребенок — материнское негодование и отчуждение. Это порождает у него тревогу и страх, а открытое выражение чувств запрещается матерью («не плачь, перестань кричать») и связано с опасением оттолкнуть ее. **Блокирование вербального канала коммуникации компенсаторно вызывает развитие телесных коммуникабельных связей, к которым относится и стремление получить одобрение и теплое отношение матери посредством астматических симптомов.** В дальнейшем эти симптомы становятся для астматика способом манипулирования лицами значимого окружения, а для семей с «тлеющим» невротическим конфликтом, от решения которого они «уходят» в силу своих невротических черт, способом сохранения семейного «гомеостаза» (Куприянов, 1985). Физиологический смысл бронхоспазма в результате увеличения уровня тревоги авторы видели в ее защитном значении. Они считали, что бронхоспазм — это реакции защиты от угрожающего агента, и такое же значение, но уже с включением более высоких уровней реагирования, несет в себе симптом тревоги (Speling, 1968).

Физиологический конфликт при БА имеет свое продолжение в психологическом конфликте, в эмоциональной жизни многих астматиков. Так же, как адекватное снабжение кислородом необходимо для нормального физиологического роста и развития, так и постоянное и адекватное получение любви необходимо для нормального роста и развития пациентов. Известно, что **материнское отвержение играет центральную роль в возникновении нервно-психического механизма патогенеза БА.** Установлено, что в ряде случаев материнское отвержение предшествовало не только заболеванию ребенка, но и его рождению. Причины отвержения проистекают из собственной эмоциональной незрелости матери, неразрешенных проблем, имевших место в ее детстве. Астматики выражают и переживают больше негативных эмоций по сравнению со здоровыми.

Рассматривается особый нервно-психический вариант развития БА у взрослых, когда проявления заболевания выступают в роли защитного механизма, сформировавшегося из-за различных внутри- и межличностных конфликтов детского возраста (Ушаков 1987; Федосеев, Куприянов; 1985). Были выделены **четыре варианта нервно-психического механизма патогенеза БА: неврастеноподобный, истероподобный, психа-стеноподобный и смешанный, или «шунтовый»**(от англ. *shunt —* шунтировать, переводить на запасный путь). Для каждого варианта свойственны свои внутри- и межличностные невротические конфликты. Внешние проявления зависят от личностных особенностей пациентов, варианта поведения, которое санкционируется в данной микросоциальной среде и служит целям адаптации пациентов.

В случае обострения **неврастенического типа конфликта** (с одной стороны, постоянное **недовольство собой реальным, неприятие себя;** с другой стороны, **вечное стремление к воображаемому блистательному, недостижимому идеалу** расщепленной личности) **болезнь позволяет пациентам уйти от необходимости следовать созданному идеалу собственного Я.** Они полнее принимают себя такими, какие есть, путем **смягчения системы невротических требований к себе** (фикция того, какими они должны быть, вместо принятия того, какие они есть на самом деле) не из-за ограничения личностных и других ресурсов, а в связи с заболеванием. Другими словами, **это больные со сниженной самооценкой, непосильными, завышенными требованиями к себе и тягостным сознанием своей несостоятельности, защитой от которой становится приступ БА.** Основным в клиническом проявлении БА является появление астматических симптомов в характерных для данного пациента условиях. Причины появления такого приступа могут быть обусловлены декомпенсацией психологической защиты от эмоционального напряжения вследствие «просачивания» в сознание травмирующей информации, указывающей на неадекватное восприятие образа «Я» больного (преобладание внутриличностного конфликта) в случае неадекватного требования к себе пациентов с неврастеноподобным механизмом.

При **истероподобном механизме** больных отличает **повышенный уровень притязаний к значимым лицам микросоциального окружения** (семья, производственный коллектив, медперсонал) и искажение образа «Мы» в семьях в случаях привычного манипулирования лицами значимого окружения, когда желаемого результата больной достигает с помощью приступа. Рисунок поведения этих больных отличается **тенденцией перекладывать ответственность за себя и за то, что с ними происходит в жизни, на окружающих, повышенными требованиями к окружающим и сниженными к себе, защитным манипулированием лицами значимого окружения.**

Пациенты с **психастеноподобным вариантом БА** отличаются **повышенной тревожностью, блокированием эмоций, несформированностью собственной ценностной системы, зависимостью от лиц значимого окружения** и **низкой способностью к самостоятельным решениям.** Приступ БА может появиться при необходимости **принять ответственное решение из-за нарастания тревоги.** «Условная приятность» приступа заключается в том, что **он избавляет пациентов от этой необходимости.**

В случае **«шунтового» механизма** приступ появляется у робкого, тревожного больного **при вовлечении его в качестве арбитра (или «стрелочника» — *shunter)* в конфликт родственников.** В этом случае приступ необходим для разрядки непродуктивной невротической конфронтации членов семьи и для получения внимания и заботы во время приступа инфантильным и зависимым астматиком. Таким образом, он заключает в себе черты и истероподобного механизма (манипулирование окружением и перекладывание ответственности на значимых других), и психастеноподобного (тревожность, зависимость, сложность словесного выражения своего эмоционального состояния и резкое увеличение уровня тревоги при необходимости принятия решений).

Итак, можно выделить личностные черты, предрасполагающие к развитию и фиксации дыхательных нарушений по нервно-психическому механизму. **Это низкий уровень фрустрационной толерантности (недостаточная устойчивость к стрессам), инфантилизм, склонность к блокированию эмоциональных переживаний, хрупкость и незрелость психологической защиты, неадекватное представление о себе, увеличение коммуникативной значимости «языка тела» (соматические ответы), низкий уровень сознавания — замечания актуально переживаемых эмоций, желаний, потребностей — вследствие нарушения способности к словесному выражению чувств.** Личностные особенности и невротические нарушения, а также неадекватные личностные реакции на заболевание (тревожно-депрессивные, фобические, анозогностические, псевдоанозогностические, истерические, ипохондрические) предопределяют деструктивные формы поведения больных, которые затем трансформируются в поведенческие стереотипы, облегчающие развитие астматических симптомов по нервно-психическому механизму.

**Характерными ситуациями, способствующими заболеванию, являются те, которые требуют выражения враждебно-агрессивных или нежных и преданных чувств.** Такому проявлению чувств противостоит, однако, зашита в форме актуальных ситуационных мотиваций или в виде характерной хронической невротической реакции. Сильные и часто амбивалентные переживания презрения и нежности лежат в основе защиты и вытеснения. Типично также сближение с чувством особого ожидания (так называемая «астма первой брачной ночи»).

*Источник: Малкина-Пых И.Г. Психосоматика*

**2. Психология больных с психосоматическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы.**

***Артериальная гипертония.***

В настоящее время критериями АГ считают стойкое повышение в течение 6 – 8 недель систолического давления до 140 мм рт.ст. и более и/или диастолического до 90 мм рт. Ст. и более (Моисеев В.С., Сумароков А.В., 2001). Эссенциальная АГ (гипертоническая болезнь) – заболевание сердечно- сосудистой системы, развивающееся вследствие первичной дисфункции высших сосудорегулирующих центров и последующих нейрогуморальных и почечных механизмов, характеризующихся артериальной гипертензией, функциональными, а при выраженных стадиях – органическими изменениями почек, сердца, ЦНС (Кушаковский М.С., 1982). К числу психосоматических заболеваний относится только эссенциальная АГ, причем доля больных с этой патологией составляет 90- 95 % среди всех больных с АГ (Kaplan N., 1997).

Предрасполагающими факторами являются: систолическая лабильность артериального давления, склонность к ситуативным реакциям повышения артериального давления, избыточный вес, гиподинамия, семейная отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям.

Стрессовые воздействия. Выявлены взаимосвязи артериальной гипертензии с ситуациями, в которых возникают: постоянная аффективная напряженность, тревога, страх, беспокойство, растерянность перед лицом независящей от человека ситуации; скрытый гнев и подавленные агрессивные тенденции, направленные против каких-то конкретных лиц; страх потерять чье-то расположение, признание, потерять работу и лишиться продвижения по службе; ощущение хронической нехватки времени; непрерывный контроль над внешними проявлениями своих чувств (по данным Ванчаковой Н.П. и соавт., 1996).

Особенности личности. Характерны сдерживание эмоций, чрезмерно адаптивное, уступчивое, ориентированное на социальный успех, пассивное, избегающее конфликтов поведение, измененное восприятие конфликта, отрицание стресса в ситуации напряжения. На фрустрацию реагируют фиксацией самозащиты и чувством преобладания препятствий, снижением уровня мотивации на достижения и уровня социальной защищенности, нарастанием страха неудачи.

***Ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт миокарда).***

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – это недостаточность коронарного кровотока, обусловленная стенозирующим атеросклерозом венечных артерий сердца или реже спазмом и/ или пристеночным или обтурирующим тромбозом (Моисеев В.С., Сумароков А.В., 2001).

Предрасполагающими факторами являются: мужской пол, повышение содержания холестерина в крови, повышение активности свертывающих при одновременном угнетении активности противосвертывающих компонентов крови, гипертония, сахарный диабет, ожирение, злоупотребление никотином, гиподинамия, наследственная предрасположенность.

Стрессовые воздействия. Характерными пусковыми являются социальные ситуации, в которых возникает переживание потери объекта. Такие ситуации включают межличностные разочарования с выраженным чувством расставания, потери, глубокой обиды, лабильное самовосприятие, имеющее отчетливую депрессивную окраску (по данным Ванчаковой Н.П., 1996).

Особенности личности. Характерны энергичность, честолюбие, целеустремленность, деятельность, стремление к соревнованию, соперничеству, идентификации себя с работой, ощущение нехватки времени, неспособность отдыхать и расслабляться (поведение типа А). Открытость и доступность контакту в поведении, сочетается с противоположной установкой, прежде всего страхами, связанными с ригидностью поведения в целом. Ситуации перегрузки и конфликтов они пытаются решать призывами к себе самим больше торопиться, быть еще сильнее и совершеннее.

*Источник: https://refdb.ru/look/2591272-p2.html*

Психическая сфера так же определяет функции сердца и сосудов, как и соматическая. Активность и покой, сон или бодрствование, душевная живость и возбуждение, выраженные внешне или подавленные чувства связаны с различными состояниями системы кровообращения. Связь деятельности сердца с эмоциями отражена во множестве идиом и поговорок.

Несмотря на то что изменения работы сердца в равной степени проявляются и при положительных, и при отрицательных чувствах, патологические нарушения в сердечно-сосудистой системе связаны со страхом, гневом, яростью, тоской и другими отрицательными эмоциями, которые приводят к тому что, например, при страхе одиночества, при опасности нападения возникает ощущение, будто сердце начинает стучать в горле и в области головы. Происходящий при этом выброс адреналина вызывает сужение сосудов, учащение пульса и усиление сокращения миокарда, что, в свою очередь, приводит к состоянию беспокойства и страха.

Если из-за внешних задержек или внутреннего торможения уже подготовленная активизация кровообращения не реализуется, в ряде случаев при этом в течение длительного времени может сохраняться возбуждение в ожидании выполнения действия. Возможна и обратная ситуация: вытесненная из сознания установка на действие приводит к замещающему ее напряжению в системе кровообращения.

(…)

Главную роль в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний играют подавляемая враждебность (Barefoot et al., 1996; Barefoot et al., 1994; Benotsch et al., 1997; Siegman, Smith, 1994; Siegman et al., 1992) и поведение типа А (Booth-Kewley, Friedman, 1987).

(…)

Артериальная гипертония часто начинается тогда, когда человек пребывает в ситуации хронического напряженного ожидания (Grace, Graham, 1952). Типичные высказывания гипертоников: «я должен быть готов ко всему», «я такой, что принимаю на себя все трудности», «никто меня не удержит, я готов на все». Провоцирующими ситуациями часто бывают длительные состояния страха, нехватка времени и нарастающее напряжение. Кроме того, описываются ситуации, в которых имеется возможность разрядки враждебности и агрессивности, но этого не происходит в силу торможения или щепетильности.

(…)

По данным Александера (2002), центральным пунктом психодинамики пациента с эссенциальной гипертонией является постоянная борьба с нарастающим враждебно-агрессивным чувством. В то же время существуют трудности самоутверждения. Пациенты боятся потерять благосклонность других людей и поэтому контролируют проявления своей враждебности. В детстве они обычно склонны к приступам ярости и агрессии. Бывший прежде агрессивным ребенком, взрослый человек становится подчеркнуто уступчивым, не может за себя постоять. Понимание возможности потерять из-за своей агрессивности расположение родных и близких заставляет ребенка контролировать свою враждебность и скрывать ее. Больные артериальной гипертонией постоянно проявляют раздражительность, если сталкиваются с непреодолимым сопротивлением. Их жизнь навязывает им роль «ломовой лошади». Они застревают на многие годы на одной работе и редко меняют фирму, даже если им недоплачивают. Если они добиваются начальственного положения, им трудно стать авторитетом для других. Они выполняют работу за других, вместо того чтобы наладить дисциплину. Из этого сверхсовестливого и доводящего до крайностей поведения с излишним чувством ответственности рождаются усиленные чувства гнева, неприязни и агрессивности, со временем требующие все больших усилий для их сдерживания. Так развивается порочный круг, который приводит к хроническому состоянию напряжения. Характерная ситуация, провоцирующая заболевание, представляет собой жизненные конфликты, которые мобилизуют враждебность и стремление к самоутверждению и одновременно создают невозможность их свободного выражения.

(…)

В формировании гипертонии играет роль и непосредственное взаимодействие в семье, что показано в исследованиях конфликтного поведения в семьях с отцом-гипертоником, в которых изучалась семья как клиническое единство, исходя из системного видения симптомов (Ваег et al., 1959, 1933; Ва-ег, 1983).

Структура личности члена семьи — например, конфликтно-агрессивный импульс гипертоника — затрагивает поведение взаимодействия семьи в целом («семейное накопление» эссенциальной гипертонии). В каждой семье между родителями и детьми формируются правила, по которым регулируются конфликты; в семьях с отцом-гипертоником дети имеют менее эффективные возможности для перенесения и решения конфликтов, о чем свидетельствует преобладание в этих семьях негативно-невербальной коммуникации (например, не давать ответ, отворачивать голову, избегать контакта взглядами). Разнообразные исследования указывают на то, что ограниченное восприятие конфликта и стресса и избегание конфликта коррелирует с появлением повышенного давления крови, т. е. это типы поведения, которые дети в процессе социализации в семье приобретают от гипертоника-отца. Эта точка зрения могла бы наряду с генетическим компонентом открыть дополняющий аспект возможного воспроизведения эссенциальной гипертонии (Theorell, 1990; Любан-Плоцца и др., 2000).

(…)

Манифестные черты личности больного с артериальной гипертонией, его трудолюбие и упорядоченное поведение, контактность, аккуратность и добросовестность импонируют, делают его, казалось бы, приятным, уступчивым пациентом. Однако следует помнить, что гипертоник в большинстве случаев не вербализует свою агрессивность, честолюбие и стремление к соперничеству, которые часто остаются латентными. Это можно почувствовать, если пытаться оказывать длительное влияние на образ жизни больного. Его малая податливость при необходимой длительной терапевтической программе, в процессе которой пациент обычно не может реализовать свои потребности и даже не может выразить свои суждения и отношение, противоречащие терапевтической программе, часто осложняет отношения психотерапевта и больного. В трудовых и семейных кризисных ситуациях, и прежде всего при латентных конфликтах в отношениях с психотерапевтом, больные легкоранимы, но не могут словесно выразить свою агрессивность. Они просто уходят от лечения, не появляются к назначенному сроку. Это, казалось бы, немотивированное прерывание лечения приводит к развитию у них чувства вины и его проекции. Для контрперенесения психотерапевта важно, чтобы он знал об оппозиционных тенденциях своего пациента и вызывал его на разговор, помогая ему справиться с чувством вины или с напряжением во время лечения. Благожелательное отношение, при котором терапевт и сам не чувствует себя ущемленным, и не делает ненужных упреков, определяет возможность продолжения терапии.

Для взаимоотношений психотерапевта и больного важно вовремя заметить, что пациент склонен подавлять собственные критические потребности и выявлять их лишь косвенно, например, в форме немотивированного прерывания лечения.

(…)

К коронарным заболеваниям предрасполагают определенные типы поведения.

Roseman, Friedman (1959) впервые описали угрожаемое инфарктом поведение как поведение типа А, которым эта группа больных на основе своих личностных характеристик реагирует на различные ситуативные требования. Они противопоставили этому поведение типа Б, которое занимает противоположный полюс на шкале поведения.

|  |
| --- |
| Типа А личность  – личность с паттерном следующих отличительных черт, как чрезмерное влечение к соперничеству, нереалистическое ощущение безотлагательности какой-либо потребности, неадекватные амбиции, нежелание давать себе объективную самооценку, тенденция подчёркивать значимость количества продукции и недооценивать её качество, повышенная потребность контролировать происходящее и поведение окружающих. Некоторые исследователи психосоматического направления связывают данный тип личности с диспозицией к коронарным заболеваниям («коронарный тип личности»).  *Источник:* [*http://www.вокабула.рф/энциклопедии/большая-энциклопедия-по-психиатрии/типа-а-личность*](http://www.вокабула.рф/энциклопедии/большая-энциклопедия-по-психиатрии/типа-а-личность)  Для испытуемых с выраженной поведенческой активностью – тип А – характерны:   * преувеличенная потребность в деятельности – сверхвовлеченность в работу, инициативность, неумение отвлечься от работы, расслабиться, нехватка времени для отдыха и развлечений; * постоянное напряжение душевных и физических сил в борьбе за успех, высокая мотивация достижения при неудовлетворенности достигнутым, упорство и сверхактивность в достижении цели нередко сразу в нескольких областях жизнедеятельности, нежелание отказаться от достижения цели, несмотря на «поражение»; * неумение и нежелание выполнять каждодневную обстоятельную и однообразную работу; * неспособность к длительной и устойчивой концентрации внимания; * нетерпеливость, стремление делать все быстро: ходить, есть, говорить, принимать решения; * энергичная, эмоционально окрашенная речь, подкрепляемая жестами и мимикой и сопровождающаяся нередко напряжением мышц лица и шеи; * импульсивность, эмоциональная несдержанность в спорах, неумение до конца выслушать собеседника; * соревновательность, склонность к соперничеству и признанию, амбициозность, агрессивность по отношению к субъектам, противодействующим осуществлению планов; * стремление к доминированию в коллективе или компаниях, легкая фрустрируемость внешними обстоятельствами и жизненными трудностями.   *Источник: http://hr-portal.ru/tool/test-oprosnik-vassermana-i-gumenyuka-metodika-diagnostiki-tipa-povedencheskoy-aktivnosti*  Личность типа А:  Временные факторы:   * всегда работает до изнеможения; * занимается несколькими делами одновременно; * раздражается в транспортных пробках и очередях; проявляет нетерпение в отношениях с другими людьми; * теряется и нервничает, когда вынужден ничего не делать.   Дух соперничества:   * всегда играет, чтобы победить; * очень самокритичен; * измеряет успех в терминах материальной производительности.   Гнев и враждебность: чувство гнева защищает от внешнего мира, а иногда и от самого себя.  *Психология. А-Я. Словарь-справочник / Пер. с англ. К. С. Ткаченко. — М.: ФАИР-ПРЕСС. Майк Кордуэлл. 2000.* |

Более поздние исследования показали, что признаки типа А и Б являются объективно наблюдаемыми элементами поведения, но скорее представляют собой общие факторы риска психосоматических заболеваний и не дают возможностей каузального объяснения коронарной недостаточности.

(…)

Спешка, нетерпение, беспокойство, постоянно напряженная лицевая мускулатура, чувство цейтнота и ответственности характерны для будущих больных инфарктами. Идентификация больных со своей профессией столь сильна, что ни для чего иного времени у них не остается. Они просто одержимы манией работы. Это объясняется тем, что больные лучше ориентируются в ориентированном на социальный успех мире профессии, чем в личном, семейном мире, чью межличностную близость они не могут переносить Rosemann, Friedman, 1959; Dunbar, 1954 и Jenkins, 1972.

(…)

Больные ИБС несопоставимы с типичными невротиками в узком смысле этого слова. У них нет заторможенности, эмоциональной лабильности, неуверенности в себе; едва ли можно пробудить у них осознание конфликтов с последующим их переживанием и соответствующим поведением. (…) В современном мире, в котором особенно ценятся работа и успех, их поведение можно оценить как сверхприспособительное, сверхнормальное. Они больше других следуют принципам современного индустриального общества, в котором преобладают активная деятельность, конкуренция, соперничество. У многих из них отмечаются целеустремленность в работе, тенденция к активности, безусловное стремление руководить и доминировать, быть у всех на виду, не оставаться в тени. (…) Они не способны пассивно и доверительно «предлагать» себя окружающим людям, они должны своей активной деятельностью доказывать свое превосходство и свою ценность.

*Источник: Малкина-Пых И.Г. Психосоматика*

**3. Психология больных с психосоматическими расстройствами ЖКТ.**

**Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.**

***Язвенная болезнь (ЯБ)*** – хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с образованием дефекта слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, склонное к прогрессированию, с вовлечением в патологический процесс других органов системы пищеварения (Минушкин О.Н. и др., 1995).

*Предрасполагающими факторами являются:* склонность к неожиданным реакциям интенсивной перистальтики желудка и пилороспазму во фрустрирующих ситуациях. Увеличение числа обкладочных клеток, гиперпродукция гастрина, пепсина, гиперфункция n.vagus, дефицит фукозы, соматостатина, эндорфинов, простагландинов, Д-клеточная недостаточность, 1(0) и 2(А) группа крови, инфицированность Хеликобактер пилори, наследственная отягощенность по язвенной болезни. Двенадцатиперстную кишку делает мишенью психосоматических нарушений ее гипермоторика, повышение в ней давления во время страха, гнева, эмоционального напряжения.

*Стрессовые воздействия.* Помимо ситуаций, связанных с перечисленными выше типами конфликтов, так же, по данным литературы, фактором риска могут считаться перемещения и переезды за пределы привычного жизненного пространства. Так, среди мигрантов язвенная болезнь встречается достоверно чаще, чем другие заболевания (по данным Ванчаковой Н.П. и соавт, 1996).

*Особенности личности.* Выделяют три типа личности язвенных больных, связанных с фрустрацией потребности в любви, характерной по психоаналитическим понятиям для данной патологии. Псевдонезависимые – любовь, отношения, основанные на эмоциональной теплоте в их представлении делают человека слабым, зависимым и, следовательно, неприемлемы с точки зрения позитивного восприятия себя. Заболевание воспринимается как угроза образу Я и, следовательно, отношение к нему, как правило, анозогностическое. Пассивнозависимые – характерно стремление к зависимости, эмоциональным отношениям, тесно связанное со значимой фигурой в своем окружении. Проблемы во взаимоотношении их с последней являются пусковыми в развитии заболевания. Болезнь может быть источником восстановления отношений со значимой фигурой или установлению новых – с врачом. Отношение к болезни гипернозогностическое. Тираничные – наиболее незрелы. Характерно стремление к удовлетворению всех потребностей с минимальными затратами и без задержек, что приводит к конфликтам с окружением и возникновению заболевания.

**Язвенный колит**

*Предрасполагающими факторами являются:* женский пол. Генетически обусловленная предрасположенность диффузной эндокринной системы к формированию блока отдельных иммунных механизмов местного иммунитета слизистой толстой кишки и общего иммунитета. Снижение уровня андрогенов, дисбаланс эстрогенов и прогестерона. Особенности вегетативной нервной системы: преобладание влияния эрготропного отдела. Кишечная инфекция как запускающий фактор.

*Стрессовые воздействия.* Наиболее патогенными являются ситуации потери отношений, которые возникают в результате смены привычного окружения, изменений на работе, утраты близких. Заболевание рассматривается как эквивалент реакции печали, возникающей в ситуации потери значимых отношений (по данным Ванчаковой Н.П. и соавт., 1996).

*Особенности личности.* Характерны склонность к самообвинению, повышенная эмоциональная ответственность, вера в невозможность изменений, ожидание одобрения от других, низкая самооценка, чрезмерная чувствительность к собственным неудачам и сильное стремление к зависимости и опеке. Больные отличаются достаточно выраженным инфантилизмом, часто стремятся к успеху при сниженных физических возможностях, повышенно пунктуальны, обязательны, конформны, нерешительны, имеют узкий круг привязанностей, стремление к интеллектуализации, жесткое отношение к моральным нормам. Потеря отношений с ключевой фигурой переживается на бессознательном уровне как угроза собственному существованию.

*Источник: https://refdb.ru/look/2591272-p2.html*

Новорожденный ребенок в функционально-психологическом отношении являет собой сплошной рот. Это самый главный инструмент взаимодействия новорожденного с окружающим. Так или иначе, но кормление и чувство сытости в дальнейшем, с развитием ребенка и становлением уже зрелой личности, служат не только для достижения насыщения, но и опосредуют собой заботу, чувство безопасности, переживание того, что тебя любят. Прием пищи и процесс насыщения остаются на всю жизнь замещающей возможностью удовлетворения, к которой можно всегда прибегнуть при любом разочаровании.

Эта внутренняя связь между психическим состоянием человека и процессом поглощения-выделения приводит к тому, что эмоциональное состояние человека при принятии пищи оказывает влияние на дальнейший процесс ее переваривания. Такие переживания, как агрессия, опасение, страх, депрессия, тормозят функции желудка и кишечника, нарушают моторику и как следствие приводят сначала к функциональным, а при прогрессировании процесса — к органическим изменениям структуры желудочно-кишечного тракта. Агрессия, опасение, страх — биологически эти переживания связаны с функцией сокращения мышечных клеток. При опасности или агрессии возникает рефлекторный спазм, напряжение. Ни одно живое существо, кроме человека, не будет принимать пищу, находясь в этих состояниях, потому что для этого нужно вначале расслабиться — высунуться из своего панциря (натурального или мышечного). Современный же человек переносит законы хищного мира в мир социальных отношений. По сравнению с животным миром он более безопасен, но в нем «опасность» — это не столько опасность быть убитым ли съеденным, сколько опасность быть уволенным. Человек не только способен есть в состоянии подавленности, агрессии или страха, но и прибегает к поглощению большого количества пищи как к средству «успокоить нервы». В результате пища попадает в спазмированный, зажатый от стресса пищевод, желудок, кишечник. Следствием этого является широчайший спектр желудочно-кишечных расстройств, начиная от гастрита и заканчивая прободными язвами.

(…)

Психосоматическая медицина пытается понимать язык органов как выражение эмоциональных феноменов и отграничивать от факторов конституции и предрасположенности. Телесные феномены, относящиеся к пищевому поведению и пищеварению, соотносятся с определенными эмоциональными процессами (Staehelin, 1963):

* трудности овладения (стоматит, симптомы слизистой рта);
* неспособность что-то проглотить (нарушения питания, глотания);
* быть отвергаемым, презираемым (потеря аппетита, изжога, рвота, похудение);
* безуспешные хронические усилия что-либо переварить, усвоить (боли в желудке, чрезмерная перистальтика, пилороспазм, язва);
* хроническая невозможность что-либо переработать (боли, энтероколит, раздражимость толстого кишечника);
* невозможность отдать что-либо (хронические запоры);
* желание выбросить что-либо (хронический понос).

(…)

**«ЯЗВЕННЫЙ» ТИП ЛИЧНОСТИ.** Считается, что почти у всех больных язвенной болезнью имеет место внутренний конфликт по типу «взять-отдать» – борьба между двумя противоположными стремлениями (зависимости и боязни открыто демонстрировать эту зависимость). В связи с этим различают пассивный и гиперактивный тип язвенного больного.

***Пассивный (манифестно-зависимый) язвенный тип*** прямо выражает свои потребности в зависимости [от другого человека]. При пассивном типе бессознательный страх быть покинутым стоит на первом плане и ведет к постоянному напряжению. Эти индивидуумы ищут обстоятельства и людей, которые их «не могут покинуть». В результате каждое сомнение, отсутствие любящего взгляда может вызвать паническую реакцию. Шаги к самостоятельности и независимости не предпринимаются. Больной наслаждается преимуществами зависимости и отказа от всякого риска. Жизненная стратегия заключается в том, чтобы быть защищенным. Язвенный приступ наступает, «когда бессознательные или сознательные желания зависимости встречают отказ» (Freyberger, 1972). Болезнь может быть источником восстановления отношений со значимой фигурой или установлению новых – с врачом. Отношение к болезни гипернозогностическое.

При ***гиперактивном язвенном типе*** желания зависимости очень сильны, однако отвергаются больными. В представлении таких больных любовь и отношения, основанные на эмоциональной теплоте, делают человека слабым, зависимым и, следовательно, неприемлемы с точки зрения позитивного восприятия себя. Гиперактивный тип лишен покоя. Он агрессивно преследует свою цель, компенсаторно стремится к независимости и постоянно стремится доказать свою силу. Пациент нуждается в таком подтверждении, поскольку не в состоянии обеспечить себе чувство защищенности иным способом, кроме достижения успеха. Этот тип ищет успеха, но в целом неуспешен, поскольку предметом его стремлений являются признание себя и престиж. Заболевание воспринимается как угроза образу Я и отношение к нему, как правило, анозогностическое.

*Источник: Малкина-Пых И.Г. Психосоматика*

**4. Психологические аспекты психосоматических заболеваний кожи.**

**Нейродермит**

*Факторы предрасположения.* В их группу включают повышенную чувствительность кожи, наклонность к аллергическим реакциям, семейную отягощенность по атопическим дерматитам и бронхиальной астме.

*Особенности личности.* Так как заболевание начинается в раннем детском возрасте, то можно говорить о личностных качествах, сопряженных с нейродермитом. Пациенты характеризуются пассивностью, недостаточностью коммуникативных процессов, трудностями в самоутверждении. Преобладают особенности тормозного или истероидного круга. В процессе заболевания возможно личностное развитие в сторону усиления астенических, тревожных, депрессивных, истерических черт.

*Стрессовые воздействия.* Структура и механизмы близки к тому, что выделено при бронхиальной астме.

*Источник: https://refdb.ru/look/2591272-p2.html*

Grace, Graham (1952) установили, что **крапивница** возникает у тех, кто испытывал на себе жестокое обращение. Эта жестокость имела нередко такие формы, что о ней трудно было рассказать и что-то с ней сделать. При этом отмечается, что страдающая сторона не в состоянии найти выход из положения и представить себе возможное решение проблемы. Типичные трактовки этой ситуации были такими: «они мне много дали, и я не могу ничего поделать»; «я выдерживаю удары»; «моя мать колотила меня»; «мой жених не хочет меня, он пренебрегает мной, но что я могу поделать?».

(…)

Musaph (1976) сообщает о следующих отличительных чертах личности больных [крапивницей]:

* сильная склонность к пассивной позиции в межличностных контактах;
* высокая готовность к страху в сочетании с низкой толерантностью страха;
* сильная ранимость в любовных отношениях;
* высокий уровень неуверенности в поведении.

(…)

**Экзема грудного возраста.** Это кожное заболевание в психосоматическом плане рассматривается как выражение нарушений отношения с матерью. Spitz (1967) пишет, что в рамках его исследований были обнаружены два значимых для возникновения болезни фактора. Дети имели матерей с инфантильной структурой личности, проявлявших к ним враждебность, замаскированную под боязливость, матерей, которые неохотно дотрагивались до них, неохотно ухаживали за ними и систематически воздерживались от кожного контакта с ними. (…) Автор иллюстрирует патогенную эмоциональную среду, воздействию которой подвергается ребенок, следующим примером: мать избегает соприкосновения с ребенком, ссылаясь на то, что не хочет причинить вреда столь нежному, хрупкому созданию; таким образом под маской заботы скрывается от-вергание и враждебность. Во многих случаях болезнь спонтанно прекращается на первой половине второго года жизни. Автор предполагает связь с развивающейся активностью ребенка, которая высвобождает его от тотальной зависимости от матери, делая возможным вступление в контакт с выбираемыми им объектами.

(…)

**Картина личности при кожных заболеваниях.** Целенаправленный опрос позволяет выявить **прямые корреляции между выраженностью псевдоаллергической реакции и остротой конфликтной или психотравмирующей ситуации, а также степенью эмоциональных нарушений** (эмоциональной напряженности, тревоги, депрессии и страха, принимающего подчас характер фобий). **Переход на другую работу** или **переезд в новую квартиру,** **болезнь и смерть близких или развод,** **страх перед экзаменом** или **боязнь нежелательной беременности** ложатся в основу подобной симптоматики, развивающейся впервые или, чаще, рецидивирующей после более или менее длительной (порой многолетней) ремиссии. Общеизвестна **чисто рефлекторная крапивница (на фоне значительной астенизации организма) у студентов во время экзаменационной сессии,** у крайне впечатлительных женщин, вынужденных однажды воспользоваться общественным туалетом, или у эмоционально нестабильных людей, страдающих, как правило, синдромом раздраженного желудка или раздраженной толстой кишки, при одной лишь мысли о пищевых продуктах, вызвавших некогда острые диспепсические расстройства. Возможны даже фиксированные псевдоаллергические реакции на определенные психотравмирующие факторы или одно воспоминание и представление о них (например, парциальный бронхоспазм и пароксизм астмоидной одышки у жены в ответ на приступы стенокардии у мужа; **ежегодная распространенная крапивница с ангионевротическим отеком у отца в день смерти дочери**; уртикарные высыпания и отек Квинке у молодых женщин при одном лишь взгляде на рисунок цветка или флакон духов, запах которых провоцировал в прошлом аналогичные кожные изменения).

(…)

В сфере *контактов* могут возникать трудности вследствие амбивалентных установок к общению: потребность в привязанности при одновременном страхе полной близости («влезть в чужую шкуру»). Из-за недостаточной открытости и тенденции угождать, подавляя агрессию, быстро появляются разногласия и фрустрация. Если кто-то не может за себя постоять, «всыпать кому-либо», то символически эту задачу берет на себя кожа в форме «высыпаний».

(…)

Если проанализировать историю жизни пациента с кожным заболеванием, то, с одной стороны, можно выявить ранний дефицит в сфере тела и ощущений. Тепло и защищенность, которые большей частью передаются при тесном физическом контакте, т. е. через кожу, часто недостаточны. Мать больными часто описывается как отвергающая или холодная, отец — как человек, у которого постоянно не хватает времени и терпения. С другой стороны, может обнаруживаться утрированная нежность со стороны одного из родителей. В воспитании большое значение отводилось чистоте в широком смысле этого слова («чистая совесть, чистые мысли»). В отношениях между родителями ребенок наблюдает либо отсутствие нежности, либо ее избыток. Как позитивные переживания, так и гнев, споры скрывались от детей. К другим людям родители относились скорее сдержанно, недружелюбно или, наоборот, старались выглядеть подчеркнуто дружески и гостеприимно. В их представлении большую роль играло то, «что подумают люди». Установка родителей к вопросам смысла жизни и веры многим больным неизвестна («об этом не говорилось»), или они вспоминали отдельные твердые правила.

*Источник: Малкина-Пых И.Г. Психосоматика*

**5. Психологические аспекты расстройств пищевого поведения (нервная анорексия, нервная булимия).**

**НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ**

***Картина личности***

Термином «анорексия» определяется возникающее в пубертатном периоде (почти исключительно у девочек) болезненное состояние, связанное с желанием похудеть, стать изящной и оставаться такой.

(…)

При хроническом течении имеется локальный страх, который можно назвать фобическим, перед нормальной едой, увеличением массы тела и достижением средних показателей, необходимых для сохранения здоровья. Первичных соматических или гормональных нарушений обычно не обнаруживается. В основе этого нарушения лежит подростковый конфликт развития без осознания последнего и без реалистической установки в отношении собственного соматического состояния.

По личностной структуре и внутреннему созреванию женщины с анорексией оказываются не готовыми к своей зрелости. Больше, чем другие девушки, они переживают физическое созревание, прежде всего менструации и рост молочных желез, как свою подготовку к исполнению женской роли, считая ее чуждой и чрезмерной для себя. Нередко это приводит к амбивалентности в отношении своего полового созревания у женщин (реже у мужчин), проявляющейся в характерном для пубертатного периода стремлении вести аскетический образ жизни, причем молодые люди внутренне и внешне дистанцируются от половых ролей и от эндогенно возникающих потребностей и интенсивно ищут другие занятия.

Личностная предрасположенность манифестирует при анорексии особой дифференцированностью в интеллектуальной сфере и ранимостью — в эмоциональной. Примечательны также прослеживаемые в анамнезе сенситивность и недостаточная контактность, хотя девочки ничем не привлекают к себе внимания.

(…)

Больные часто являются единственными дочерьми, имеют братьев и сообщают о чувстве неполноценности относительно их (Jores, 1976). Часто они производят впечатление внешне социально компенсированных, добросовестных и послушных вплоть до полной подчиняемости. При этом они, как правило, обладают высоким интеллектом и являются блестящими учениками. Их интересы духовны, идеалы аскетичны, трудоспособность и активность в деятельности высоки.

(…)

Психодинамический процесс существенно "определяется амбивалентным конфликтом близости/дистанции с матерью, к чьей близости они стремятся, одновременно опасаясь ее (Zioiko, 1985). С одной стороны, пациенты направляют против себя самоуничтожающую агрессию, которой они наказывают себя за импульсы расстаться с матерью, воспринимаемые как «предательство». С другой стороны, отказ от пищи является попыткой достижения любовной заботы или, если это не удается, средством по меньшей мере разозлить других членов семьи, в т. ч. мать, и с помощью пищевого поведения установить над ними контроль. И на самом деле, во многих семьях подобных больных пищевое поведение пациентов является всепоглощающей темой, вызывающей преимущественно негативные реакции. В лечении больные пытаются перенести на клинический персонал эту схему отношений.

(…)

Навязчивое похудание часто интерпретируется как бегство от женственности, и в действительности отказ от пищи воспринимается как телесный успех, когда он оказывается препятствием развитию женских форм. Отказ от пищи служит также защитой от страхов беременности, что выражается в том, что многие пациентки обосновывают свое пищевое поведение тем, что «ни в коем случае не хотят иметь толстый живот».

Нервная анорексия является, однако, не только борьбой против созревания женской сексуальности. Это также попытка защиты от взросления в целом на основе чувства бессилия перед лицом нарастающих ожиданий мира взрослых.

В дополнение к индивидуальной психодинамике большое значение для диагностики и терапии имеет поле отношений в семьях больных. Семейные отношения часто определяются атмосферой перфекционизма, тщеславия и ориентировки на социальный успех. Для них характерен семейный идеал самопожертвования с соответственным соревнованием членов семьи (Wirsching, Stieriin, 1982).

Процесс взаимодействия резко определяется контролирующими, гармонирующими и гиперопекающими импульсами. Эмоциональные конфликты отрицаются, адекватные способы решения конфликтов не вырабатываются. Атмосфера в семье представляется вследствие этого постоянно напряженной, однако вовне демонстрируется закрытая картина согласия и гармонии.

Для семей с больными анорексией описаны такие поведенческие характеристики, как вязкость, чрезмерная заботливость, избегание конфликтов, ригидность и вовлеченность детей в родительские конфликты. Симптоматика анорексии понимается как борьба за власть дочерей с их родителями в рамках чрезмерно связанных отношений, причем собственное тело представляет для больной последнюю сферу, в которой она может отграничиться от требований родителей и удержать сколько-то автономии (Minuchin 1977; Minuchin et al.,1983).

(…)

В целом в семьях заметно часто доминирует женский авторитет, будь это мать или бабушка. Отцы находятся по большей части вне эмоционального поля, так как скрыто или явно подавляются матерями. Это снижает их ценность, воспринимаемую семьей, на что они реагируют дальнейшим уходом, что дает матерям простор для дальнейшего развертывания их доминирующих позиций.

(…)

Пациентки обычно предпринимают энергичные попытки привлечь к себе внимание врача и персонала своей детской беспомощностью и в то же время утонченностью и рассудительностью. Но все попытки добиться действительного влияния на них, внедриться в их личность, установить общность вначале ими отвергаются. Они рассматривают лечение, особенно стационарное, которое вскрывает их ухищрения в связи с пищевым ритуалом, как что-то совершенно ненужное, поскольку не считают себя больными. Если поступление в стационар неизбежно, они стремятся сами определять ход лечения, добиваются определенных привилегий, прежде всего стараются отдалить момент искусственного кормления с помощью желудочного зонда.

Так же, как и установить взаимоотношения с больным, трудно найти общий язык с его родителями, которым сложно согласиться с признанием их сына или дочери больными. Для врача и медицинских сестер возникает опасность стать «козлами отпущения» для членов семьи пациента. Когда в семейно-терапевтической беседе участвует несколько терапевтов, это увеличивает шансы разделения ответственности в глазах отдельных членов семьи; становится легче понять, почему каждый на основании своего опыта и условий развития становится таким, каков он есть.

**БУЛИМИЯ**

***Картина личности***

Булимия (бычий голод) обозначается как навязчивая еда/ рвота или еда/дефекация (Drewnowski et al., 1994).

Как и нервная анорексия, булимия проявляется преимущественно у женщин. Ведущая симптоматика заболевания состоит в:

* частом появлении очерченных во времени приступов переедания;
* активном контроле веса путем частых рвот или использования слабительных.

Больные булимией внешне благополучны: у них идеальная фигура, они успешны и активны. Превосходный фасад скрывает, однако, крайне низкую самооценку. Они постоянно спрашивают себя, что от них ожидают окружающие, правильно ли они ведут себя. Они стремятся к большему успеху и часто путают любовь, которой они добиваются, с признанием (Genlinghoff, Backmund, 1989).

(…)

По первому впечатлению больные часто представляются сильными, независимыми, целеустремленными, честолюбивыми и выдержанными. Это, однако, значительно отличается от их самооценки, отмеченной чувством внутренней пустоты, бессмысленности и пессимистически депрессивного фона как следствия шаблонов мышления и поведения, ведущих в чувство беспомощности, стыда, вины и неэффективности (Наbermas, Muler, 1986). Восприятие себя и «Я-идеал» резко расходятся, больные вкладывают это расщепление во внешне хорошую и плохо скрываемую картину.

Часто они происходят из семей, в которых коммуникация импульсивна и имеется значительный потенциал насилия. Структура отношений в семьях отмечена высокой конфликтностью и импульсивностью, слабыми связями между собой, высоким уровнем жизненного стресса и малоуспешным проблемно-решающим поведением при высоком уровне ожиданий социального успеха.

В этой ситуации больные рано принимают ответственные задания и родительские функции. Собственные опасения не справиться и оказаться во власти произвола и ненадежности родителей контролируются и компенсируются заботливым поведением; слабые и зависимые аспекты собственной личности сдерживаются и, в конце концов, отреагируются в приступах переедания и избавления от еды.

(…)

Сам по себе приступ переедания имеет функцию снижения напряжения, интеграции, утешающего самоудовлетворения, которое, однако, действует кратковременно. Это воспринимается больным как потеря контроля, подвергающая радикальному сомнению ее автономию и способность справиться с жизнью. Рвота вызывается, чтобы поддерживать постоянство веса тела, что для больной является мерой и индикатором того, что самоконтроль и самоопределение вновь возвращены. Чувства стыда и вины в связи с этим часто являются причиной социального и эмоционального регресса, а также расщепления на внешне подаваемую благополучную и скрываемую плохую самооценку. Расхождение между восприятием и подачей себя может вызвать чувство внутренней пустоты и напряжения, которое активируется в нагрузочных пусковых ситуациях и вновь запускает реле болезни.

Булимики обычно:

* перфекционисты (стремятся все делать на «отлично»);
* склонны к унынию, депрессии, навязчивым мыслям или действиям;
* импульсивны, хаотичны, готовы рисковать;
* имеют низкую и неустойчивую самооценку;
* не удовлетворены собственным телом;
* ставят себе нереалистичные цели;
* впадают в отчаяние, когда не удается этих целей достичь;
* строят личные отношения также по «булимической» схеме: пылкое увлечение — резкий разрыв;
* имеют неприятные детские воспоминания, связанные с приемом пищи (еда как наказание, насильное кормление, скандалы и т. п.).

*Источник: Малкина-Пых И.Г. Психосоматика*