

Содержание

Предисловие.....	5
Часть I. Кто первый начал	
Глава 1. Мифы о психосоматике	9
Глава 2. Биопсихосоциальная модель	19
Глава 3. Спектр психосоматики	25
Глава 4. Когда психика страдает из-за тела: соматогенные психические расстройства	33
Глава 5. Злой, потому что болит: психологическая реакция на телесные симптомы.....	41
Глава 6. Я и мой диагноз: психологическая реакция на заболевание	46
Глава 7. Второй фронт: соматическое заболевание у человека с психическими проблемами	53
Глава 8. Двое из ларца: коморбидность психического и соматического заболеваний.....	59
Глава 9. Перенервничал — получил обострение: психосоматозы	65
Глава 10. Тело страдает из-за психики: соматические осложнения психических расстройств.....	70
Глава 11. Там побаливает, тут покалывает: соматоформное психическое расстройство.....	76
Глава 12. Настроение нормальное, но все болит: соматизированная депрессия	85

Глава 13. Не называйте это ипохондрией: фобии заболеваний в рамках тревожного расстройства	91
Глава 14. Самый больной человек на свете: бредовое расстройство с фабулой заболевания	101
Глава 15. Тошнит от школы: соматоформная реакция	107
Глава 16. Ноги не идут, руки опускаются: конверсионные (диссоциативные) расстройства	112
Глава 17. Чек-лист: психика или соматика?	119

Часть II. **За что хвататься**

Глава 18. Образ тела	127
Глава 19. Воспитание и семейная система	136
Глава 20. Детские психотравмы	143
Глава 21. Стрессы и стратегии их преодоления	152
Глава 22. Черты характера и болезни	165
Глава 23. Роль врача: ятрогения	172
Глава 24. Побочные эффекты лечения	178
Глава 25. Комплаенс: сотрудничество пациента с врачом	183
Глава 26. Вторичная выгода	188
Глава 27. Воля, когнитивные стратегии и экзистенциальное принятие смерти	192
Заключение	199
Приложение: инструменты	201
Благодарности	226

Предисловие

Как психолог, специализирующийся на психосоматических расстройствах, я каждый день сталкиваюсь с самыми разными интерпретациями взаимосвязей между телом и психикой. Одни люди пытаются лечить тяжелые заболевания путем аффирмаций и прощения обид — и это становится поистине разрушительным. Другие клиенты, наоборот, полностью отрицают связь между психикой и физическим здоровьем. На самом деле связь есть, и, хотя ее законы не до конца исследованы, многое хорошо известно уже сейчас. По образованию я психолог, и моя специализация (сексология, расстройства пищевого поведения, психосоматика, психотерапия людей с разнообразными соматическими заболеваниями) требует углубленного изучения медицинской литературы, внимания к новым исследованиям, нюансам диагностики и способам лечения. Мне случалось облегчать страдания клиентов, нащупывая «начало нитки» в запутанном клубке их телесных и психических симптомов и направляя их к врачу нужной специальности. В этой книге я использую свои знания, чтобы показать многогранность взаимосвязей телесного и психического. Надеюсь, после ее прочтения вы лучше поймете:

- что такое психосоматика;
- когда «первым начинает» тело, а когда — психика;

- как связаны физические и психические заболевания;
- могут ли черты характера, детские травмы и другие факторы обусловить физическую болезнь;
- что делать, если проблема есть, а врачи ничего не находят;
- может ли рак возникнуть от тревоги, обиды, после сильного стресса или в результате депрессии;
- какие симптомы можно облегчить с помощью психотерапии;
- как, помимо прямого воздействия, могут повлиять на нас врачи и медикаменты;
- правда ли, что если очень стараться, то можно жить долго и оставаться здоровым.

А также после прочтения вы найдете ответы на многие другие важные вопросы, касающиеся телесного и душевного здоровья.

Чем больше мы знаем о том, как работает наше тело и психика, тем бережнее относимся не только к себе, но и к близким. В этом смысле моя книга может принести вам вполне ощутимую практическую пользу.

Часть I
**Кто первый
начал**

Глава 1

Мифы о психосоматике

Одна из целей этой книги — развеять мифы, связанные со словом «психосоматика». Они многочисленны, обширны и приходят с разных сторон: одни поддерживаются недобросовестными учеными и врачами, другие возникают в среде людей, по каким-то причинам не способных мыслить рационально. Например, онкологическое заболевание может вызвать сильную тревогу и депрессию, и в таком состоянии некоторые пациенты склонны верить в мистическую природу болезни или хвататься за обещания «чудотворцев». Кроме того, в наше перенасыщенное информацией время очень трудно отделить достоверные знания от недостоверных, медицину — от шарлатанства и в точности определить, что именно наука понимает и может. Перечислю самые распространенные мифы, связанные со словами «психосоматика» и «психосоматический».

Миф 1

Психика отдельно, тело отдельно. На наше здоровье влияют только биологические факторы.

На деле взаимодействия между психикой и телом очень разнообразны.

Во-первых, болезнь влияет на качество жизни, сказывается на настроении, субъективном благополучии. Это влияние может быть разным. Оно зависит не только от того, чем и насколько сильно болен человек, но и от его характера, от внешних, социальных условий, в которых он находится. Онкологическое заболевание может вызвать или не вызвать депрессию. Человек с диабетом может относиться к назначению колоть инсулин как к простой необходимости или как к трагедии. Одни более чувствительны к соматическому дискомфорту, другие — к социальным стигмам и стыду. Человек может стесняться видимых признаков нездоровья, например отказываться носить очки или слуховой аппарат, скрывать акне под слоем тонального крема. И это тоже скажется на течении заболевания.

Во-вторых, люди с разными изначальными установками и в разном психическом состоянии могут по-разному ощущать одни и те же симптомы. Вернее, эти симптомы с самого начала субъективны. Мы не можем сказать, сильнее ли боль у А, чем у В, или он только «сильнее ее ощущает». При схожей клинической картине ощущения у разных людей могут отличаться, и соматические причины этого факта сложно переплетены с психологическими.

В-третьих, депрессия, тревожное расстройство и другие психические и психологические проблемы

могут проявлять себя телесными симптомами. Существует несколько кластеров подобных расстройств, от небольших соматоформных (телесных) проявлений при хроническом стрессе до ипохондрического бреда при тяжелой депрессии или шизофрении (мы поговорим об этом в главах 11, 12 и 14). Они разнятся по степени интенсивности и по устойчивости к критике, но испытываемые ощущения всегда вполне реальны. Иногда требуется множество исследований, чтобы исключить симптомы телесного заболевания и поставить верный диагноз. Дифференциальная диагностика становится еще труднее, если у человека есть и психологическая, и соматическая проблемы. Такие пациенты долго и безуспешно лечат безобидную в ином случае грыжу позвоночных дисков, удаляют доброкачественные кисты яичников — а боль не уходит. Ведь основной вклад в нее вносит депрессия.

В-четвертых, тревога и депрессия могут ухудшать течение некоторых заболеваний. Что еще важнее, они меняют поведение пациента, а значит, и возможности лечения. Например, человек с болью в правом боку считает, что болен раком, не обследуется («что толку, все равно скоро умру») и в итоге оказывается в больнице с острым панкреатитом, которого можно было бы избежать.

И это далеко не все способы взаимовлияния и взаимопроникновения психических и соматических факторов. Я пока даже не говорю о восприятии лечения, о коморбидности (частой сочетаемости) некоторых соматических и психических расстройств, о влиянии воспитания на возникновение и обострение хронических заболеваний и т. д. и т. п. В разных главах книги мы будем терпеливо разбирать и прояснять взаимосвязь психики с соматикой.

Миф 2

Соматические заболевания всегда имеют психические предпосылки. Рак возникает от подавленной обиды, боль в горле — от невысказанных слов.

Эти мифы можно найти, например, в книгах популярных психологов Луизы Хей и Лиз Бурбо. Согласно им, негативные переживания (страх, обида, неудовлетворенность, гнев) приводят к болезням, причем разные виды эмоций или разные характеры провоцируют различные заболевания. Например, широко распространены идеи, что рак бывает «от обиды», а «несказанные слова» приводят к частым ангинам. Подобными объяснениями грешат не только адепты позитивной психологии. Некоторые течения психоанализа и гештальт-терапии также склонны объяснять соматические патологии психологическими причинами. В интернете даже можно найти таблицы: какая эмоция какую болезнь провоцирует. Но эта информация не является научной. Нет исследований, которые показали бы, что обида или тревожный характер ассоциированы с большей частотой рака (я более подробно пишу об этом в главе 7).

У этого мифа два источника. Первый — старые учения о темпераментах и телесных конституциях. Издавна врачи наблюдали частую сочетаемость некоторых состояний и симптомов с определенными человеческими типажам. Например, что коренастые краснолицые гипертоники не способны сдерживать гнев, а ехидный, брезгливый и высокомерный человек «желчен» и имеет дурное пищеварение. Из этого делались далекоидущие выводы. И сегодня любой опытный врач

имеет подобную коллекцию наблюдений и в некоторых случаях может с долей вероятности делать предположения о склонности человека к разви-

тию той или иной болезни. Но частая сочетаемость еще не означает прямой зависимости. В общей популяции мы увидим намного больше брезгливых людей с нормальным пищеварением и гипертоников без гневливости, чем тех, у кого можно наблюдать оба признака. Доказательная медицина не выявляет ни «гипертонического» характера, ни болезней «от высокомерия».

Другой источник мифа об исключительно психологических причинах заболеваний — позитивная психология. Нам не нравится, что мы болеем «незаслуженно», что «божья кара» поражает нас ни за что, просто так, случайно. Человеку свойственно искать понятные причины. Если они неясны, в ход идут личностные объяснения. Мы словно индивидуализируем болезнь, чтобы было легче ее понять и примириться с судьбой. Нам хочется думать, что «ангина оттого, что я не сказал правильных слов», а «рак от обиды». Значит, если мы не будем обижаться, то можно не проходить медицинские проверки — рака точно не будет. Но это не так.

Мы часто произносим фразы вроде «я не могу переварить ситуацию», «меня тошнит от работы». Это вполне работающие метафоры. Человек действительно может развить телесный симптом как реакцию на происходящее на работе или дома. Однако законы, по которым это происходит, относятся скорее к сфере психики, чем соматики, и обратное умозаключение («если вас тошнит, это от работы») — скорее всего, неверно. Об этом мы поговорим в главах 11 и 15.

Нет исследований, которые показали бы, что обида или тревожный характер ассоциированы с большей частотой рака.

Миф 3

От соматического заболевания можно излечиться, если осознать эмоцию, простить человека, проработать травму, закрыть гештальт и т. п. «Осознанные» и «проработанные» люди меньше болеют.

Этот миф — логическое продолжение предыдущего. Действительно, если причина всех наших болезней в психологических проблемах, то счастливый человек болеть не будет.

Миф основан на иллюзии контроля над болезнью. Да, существуют такие психологические состояния, при которых телесные симптомы облегчаются с помощью психотерапии или даже самостоятельной работы, направленной на их устранение. Но это возможно, только если первопричиной симптомов было психологическое состояние. Излечиться таким способом от болезни, имеющей значимый соматический компонент, невозможно, как себя ни настраивай. Точно так же невозможно уберечься от болезней путем осознанности или работы с психотерапевтом. Как и другие мифы, этот указывает лишь на часть реальности: человек, работающий со своими внутренними конфликтами, имеет меньшую вероятность попадания в ситуацию хронического стресса, с меньшей вероятностью «застрянет» в проживании горя и, возможно, не будет соматизировать депрессию или тревогу (а осознает их нап

Невозможно уберечься от болезней путем осознанности или работы с психотерапевтом.

мую и будет работать с ними). Но осознанность не уберет ни от генетически повышенной вероятности тех или иных

заболеваний, ни от «поломок» организма в ходе старения и взаимодействия с окружающей средой. В главе 2 мы поговорим о биопсихосоциальной модели возникновения заболеваний, которая позволяет учесть все эти факторы.

Миф 4

**Ребенок — отражение родителей.
Например, диабет возникает у детей, чьи родители не прожили свои обиды.**

Этот миф также следствие иллюзии контроля. Родители боятся за здоровье детей и хотят думать, что могут на него повлиять. Игрет роль и чувство вины: если ребенок болеет, взрослый может считать, что он сделал что-то не так, и ребенок страдает «в наказание». Очень токсичный миф, не имеющий никакой связи с реальностью. Вместе с тем состояние здоровья ребенка, безусловно, связано с психологическим состоянием родителя, — но через поступки и действия взрослого. Например, мать с отцом могут так или иначе влиять на то, как ребенок ест, спит, гуляет, а через это — и на его состояние. Мать в послеродовой депрессии может не заметить вовремя проявления заболевания малыша или, наоборот, непрерывно подозревать у него все возможные проблемы. Можно предположить, что, если у ребенка есть генетическая предрасположенность к диабету, он скорее разовьется в том случае, если в семье принято «заедать стресс» пирожными и сладкими напитками.

Миф 5

Здоровье и болезни — это самовнушение. Если долго убеждать себя, что ты болен, то будешь болеть. Если настроиться правильно, можно жить без болезней больше 100 лет.

Мы действительно можем многим управлять, особенно если тренировать соответствующие способности. Через самовнушение можно работать с болью и другими неприятными симптомами, ускорять и замедлять сердцебиение, регулировать дыхание, засыпать и т. д. Что еще более очевидно, человек способен влиять на здоровье и тело путем прямых волевых усилий, поступков: изменения питания или образа жизни. Но управлению поддается не все. Невозможно за счет силы воли избавиться ни от гипертонии, ни от камней в почках, ни даже от слабенького насморка. Да и с самовнушением не все так просто. Некоторые люди обладают повышенной способностью к нему, но не могут управлять этим навыком во благо (об этом — в главах 15 и 16). Пользоваться самовнушением можно и нужно. Стремиться вести здоровый образ жизни — тоже. Но считать, что это застрахует от смерти или старения — нелепо. Как и считать заболевших людей неудачниками или недо-тепами. Исповедующие подобную точку зрения люди, заболев сами, часто начинают винить себя, что где-то недосмотрели. Эта мысль ничем не помогает, не ведет к активным действиям, а лишь заставляет чувствовать себя плохим.

Миф 6

Психосоматических заболеваний не существует. Есть лишь здоровые люди, которые симулируют «болячки», чтобы добиться внимания и сочувствия.

Этот миф основан на «объективации» человеческого страдания. Нет клинических признаков заболевания — значит, ничего у вас болеть не может, не выдумывайте. Точка зрения неверная сразу по нескольким причинам.

Во-первых, страдание важно как субъективный феномен, и не стоит его обесценивать. Мы все страдаем и болеем по-разному, и причина не в том, что кто-то «молодец, терпит», а кто-то «неженка и плакса». Об этом я более подробно поговорю в главе 5.

Во-вторых, психосоматическими заболеваниями болеют отнюдь не по собственному желанию. Они появляются не потому, что людям «нравится болеть». Эти заболевания так же, как и другие, приводят к боли, дискомфорту, резкому снижению качества жизни.

В-третьих, отношения тела и психики сложны и разнообразны. Мы подробно поговорим о том, как они переплетаются, и станет понятно, что психосоматические болезни могут возникнуть как на фоне существующей телесной патологии, так и на фоне психического неблагополучия. Они тесно связаны, сочетаются, усиливают друг друга — и решать эти проблемы во многих случаях нужно одновременно.

Я упомянула лишь самые распространенные мифы о психосоматике, и можно набрать еще несколько. Но даже этих шести достаточно, чтобы слово «психосоматика» вызывало у одних неудержимое желание делиться самыми фантастическими историями, а у других — скептическую улыбку. В этой книге мы пройдем между Сциллой безосновательного скепсиса и Харибдой веры в чудеса. Мы будем пошагово и аккуратно, с отсылками к доказательной медицине, разбираться, как на самом деле взаимодействуют психика и тело, как мы ощущаем наше здоровье и болезнь, какие взаимные влияния и отношения есть в этой сфере.

Глава 2

Биопсихосоциальная модель

Врач и философ Уолфорд Фессел писал:

«В большинстве случаев болезнь не является неизбежным следствием одного события, происходящего одновременно. Как правило, она является вероятностным результатом многих факторов, каждый из которых оказывает негативное влияние на организм в разное время и запускает собственную последовательность биологических реакций. Общая сумма этих событий приводит к существенному дискомфорту для человека, который признается больным...

Хотя конечная, клинически определяемая реакция ткани может быть одинаковой у разных пациентов, что подразумевает наличие конкретной болезни и, в общем смысле, заболевания как самостоятельного субъекта, у каждого человека, похоже, имеется свое отдельное уникальное заболевание в силу вероятности того, что никто другой не имеет такой же комбинации и последовательности предшествующих недугу факторов и их соотношения во времени. В этом смысле каждая болезнь состоит из множества заболеваний; то есть болезней не существует, а есть больные люди».

Сегодня под этими словами подпишутся многие вдумчивые врачи. Болезнь конкретного человека индивидуальна. Не только в узком смысле (клиническое и генетическое многообразие вариантов, к примеру, рака молочной железы поражает воображение), но и в широком: с болезнью соседствуют особенности конкретного организма, предрасположенности, идиосинкразии¹, коморбидные (сочетающиеся с болезнью) факторы. Когда человек приходит на психотерапию и говорит о переживаниях, связанных с телесными симптомами или медицинским диагнозом, психотерапевт дополнительно рассматривает множество немедицинских, но важных черт: реакция человека на болезнь или симптом, его отношение к своей боли как таковой и в контексте его жизни, его настрой, ценности и многое другое. Все это сильнее всего образом влияет на лечение — как медицинское, так и психотерапевтическое. Наряду с болезнью поведение людей формируют их черты характера, особенности психики, прошлый опыт, образ жизни. От всего этого зависит проявление симптомов, степень страдания. Вот лишь несколько примеров.

Женщина, чья старшая сестра умерла от рака, каждую весну ощущает боль в правой груди, отдающую в руку, что заставляет ее проверяться у маммолога. У пациентки действительно есть доброкачественная киста молочной железы, но она проявляет себя только весной: боль возникает примерно за месяц

¹ Врожденная повышенная реактивность и чувствительность к определенным раздражителям или реакциям, не сопровождающаяся, в отличие от аллергии, выработкой антител. Может иметь в том числе психологические причины.

до дня рождения покойной сестры. Если бы не личная история, не было бы тревоги, которая мешает жить. С другой стороны, тревога заставляет женщину делать профилактические проверки, что является положительным фактором: если у нее, как у сестры, действительно разовьется рак, то он будет обнаружен вовремя, что улучшит прогноз лечения.

У юноши псориаз. Из-за частых обострений его тело выглядит иначе, чем у сверстников. Он испытывает такое сильное смущение и стыд, что перестает выходить из дома. В результате у него нет друзей, кроме того, он сильно заикается при разговоре.

Мужчина принципиально не ходит к врачам и не сдает анализы, потому что он вырос и живет в среде, где это не принято: «Мужик должен терпеть до последнего». Он чувствует боль в ноге, но «перемогается» до тех пор, пока тромб не перекрывает бедренную артерию. Ногу приходится ампутировать.

Мы видим в этих примерах тесное сплетение социального, психологического и биологического. Связи этих факторов обоюдные. Киста в груди у женщины не болит до весны. Биологический фактор налицо, однако может быть и так, что она чаще обращает внимание на боль и сильнее чувствует ее из-за появляющегося весной подспудного чувства тревоги или вины перед покойной сестрой. В случае с псориазом стресс или тревога могут быть триггерами обострения аутоиммунного заболевания, а социальные проблемы (отсутствие круга общения) запускаются и усиливаются биологическими (псориазом) и психологическими (заиканием). Социальные факторы играют громадную роль в третьем случае. Мужская гендерная социализация в среде, где

профилактические осмотры считаются недостойными «настоящего мужика», приводит к психологическому дискомфорту («залечат, не хочу быть мнительным») и, как результат, к катастрофе со здоровьем.

Конечно, многих медиков прежде всего интересует, «есть ли что лечить» у пациента. Они похожи на сыщиков, разыскивающих болезнь по малейшим признакам, даже когда субъективно все в порядке. Из числа блестящих достижений современной медицины — возможность распознавания бессимптомных случаев смертельных заболеваний, когда есть шансы спасти человека, который еще ничего не успел почувствовать. Примеры — скрининг на рак шейки матки, ежегодная профилактическая маммография или МРТ для групп риска по раку груди, возможность «увидеть» с помощью исследования аневризму и вовремя ее прооперировать и т. д.

Напротив, психотерапевт рассматривает именно субъективное самочувствие, субъективное отношение человека к своему телу, здоровью, симптому. Недостаток воздуха, проистекающий из психического симптома (тревоги, депрессии), для психолога так же реален, как и одышка вследствие кардиологического заболевания или бронхиальной астмы. Психолог не оценивает самочувствие или восприятие болезни как правильное или неправильное. Для него важнее исследовать реальность эмоций и мыслей человека в отношении его симптомов.

Говоря о здоровье и болезни, современная психотерапия опирается на биопсихосоциальную модель. Согласно ей, факторы, приводящие к заболеванию, по своим источникам делятся на биологические, психологические и социальные, а по значению — на предрасполагающие, запускающие и усиливающие. Вот матрица, наглядно изображающая эту совокупность факторов.

Пред- располагающие	Запускающие	Усиливающие
	Биологические факторы	
	Психологические факторы	
	Социальные факторы	

Предрасполагающие факторы — те, что могут повышать вероятность возникновения болезни. Запускающие — те, которые являются непосредственным триггером. Усиливающие факторы утяжеляют симптомы или течение уже появившейся болезни.

У пациентки диагноз «бесплодие неясного генеза». У нее есть *биологические предрасполагающие* факторы бесплодия: недостаточность выработки прогестерона во второй фазе цикла. Это легко корректируется гормонами. Многие женщины с такой недостаточностью успешно беременеют в ходе лечения, а она — нет. Есть *социальные предрасполагающие* факторы: женщине 37 лет. Само по себе это не может приводить к бесплодию, но, по статистике, вероятность наступления беременности снижается с возрастом. Запускающие факторы неизвестны, именно это и обуславливает диагноз — «бесплодие неясного генеза». *Психологический усиливающий фактор*: проблемные отношения с мужем, который устал от борьбы за ребенка и отказывается заниматься сексом «по графику».

Мужчина 67-ми лет вынужден принимать лекарства от гипертонии. Внезапно он узнаёт, что препарат

обладает побочным эффектом — вызывает проблемы с потенцией. До этого он был доволен сексом, но после получения новой информации его эрекция действительно ухудшается. Здесь можно спорить о том, каким был запускающий фактор — психологическим или биологическим. Возможно, эрекция стала менее стойкой из-за таблеток (биологический запускающий фактор), но, несмотря на это, мужчина продолжал получать удовольствие от секса. Однако узнав о побочном эффекте, испугался и обратил на проблему более пристальное внимание, что стало психологическим усиливающим фактором.

Мы не всегда можем знать, какую роль сыграл тот или иной фактор, а иногда не знаем и самих этих факторов. Тем не менее они важны даже тогда, когда заболевание, в строгом смысле, не относится к психосоматическим. Что же говорить о случаях, когда психические и телесные симптомы проявляются вместе или в разной последовательности так, что и не распутать, где причина, а где следствие, и «кто первый начал». Биопсихосоциальная модель — то, на что мы можем опираться, чтобы не делать поспешных умозаключений и не путать причину со следствием.

Глава 3

Спектр психосоматики

В этой главе я кратко перечислю все возможные сочетания взаимной обусловленности соматических и психических симптомов, а также причинно-следственные связи между ними. Мы будем двигаться от «чистой соматики» к «чистой психике» через весь многообразный спектр вариантов. С каждым пунктом значение психологических факторов будет расти. В последующих главах каждый «оттенок спектра» будет разобран более подробно.

Спектр психосоматики

Первична психика, соматика — следствие Первична соматика Психические проблемы вызывают телесные симптомы	1.	Соматогенное психическое расстройство
	2.	Психическая реакция на соматические симптомы
	3.	Психическая реакция на заболевание
	4.	Соматическое заболевание на фоне психического расстройства
	5.	Коморбидность психического и соматического заболевания
	6.	Психосоматозы
	7.	Соматические осложнения при психических расстройствах
	8.	Соматоформное психическое расстройство
	9.	Соматизированная депрессия
	10.	Тревожное расстройство с соматическими фобиями
	11.	Бредовое расстройство
	12.	Соматоформная реакция
	13.	Конверсионное (диссоциативное) расстройство

Сначала перечислим все варианты, при которых соматическая болезнь первична или соматическая и психическая болезнь возникают одновременно.

1. Соматогенное психическое расстройство

Есть соматическое заболевание, которое напрямую и в чистом виде обуславливает психические симптомы. Психологические и социальные факторы совсем или почти совсем ни при чем.

Пример: галлюцинации при тяжелом гриппе.

2. Психическая реакция на соматические симптомы

Есть соматический симптом, на который у человека формируется психическая реакция в зависимости от его характера, психического состояния, социальных факторов и т. д.

Пример: депрессия из-за хронической боли, застенчивость из-за тяжелого акне.

3. Психическая реакция на заболевание

Есть соматическое заболевание, которое человек, в зависимости от своего характера, психического состояния, социальных факторов воспринимает так или иначе.

Пример: во время ремиссии рака возникает тревожное расстройство со страхом рецидива.

4. Соматическое заболевание на фоне психического расстройства

Есть соматическое заболевание и есть психическое расстройство. Они возникают независимо друг от друга и определенным образом взаимодействуют.

Пример: у человека с шизофренией развивается диабет, и ему трудно контролировать уровень сахара из-за когнитивной недостаточности. В результате диабет

декомпенсируется и работа внутренних органов серьезно нарушается.

5. Коморбидность психического и соматического заболевания

Есть соматическое заболевание, и есть коморбидное ему (часто сочетающееся с ним) психическое расстройство. Они возникают по одной и той же известной (или неизвестной) науке причине.

Пример: в результате поломки одного и того же участка гена человек болен биполярным аффективным расстройством первого типа и ревматоидным артритом.

Теперь — ситуации, в которых психический феномен (болезнь, расстройство или психологическая проблема) первичен, а соматическое заболевание усиливается или возникает как следствие.

6. Психосоматозы

Есть психологическая проблема — патологическая реакция на стресс, из-за которой существующее соматическое заболевание усиливается или обостряется.

Пример: на фоне гипертонической болезни при проблемах на работе возникает гипертонический криз.

7. Соматические осложнения при психических расстройствах

Есть психическое расстройство, из-за которого возникает соматическое заболевание.

Пример: у женщины, которая долго болеет нервной булимией, возникает рак пищевода из-за постоянного вызывания рвоты.

И, наконец, ситуации, когда психическое расстройство или психологические проблемы вызывают появление

симптомов, которые не укладываются в рамки какого-либо существующего соматического заболевания (см. уточнения №1 и №2 ниже). Тем не менее эти симптомы мучают человека и сильно осложняют жизнь.

8. Соматоформное психическое расстройство

Есть психические проблемы и/или расстройства (например, тревога), которые вызывают определенный симптом или целый букет симптомов.

Пример: панические атаки с головокружением и тахикардией.

9. Соматизированная депрессия

Есть психическое расстройство — депрессия, которая не провоцирует заметного спада настроения, но проявляется в виде телесных симптомов.

Пример: хроническая боль в спине, причина которой остается неизвестной после исключения соматических диагнозов (см. уточнение №1 ниже).

10. Тревожное расстройство с соматическими фобиями

Есть тревожное расстройство, которое вызывает у человека повышенное внимание к телесным проявлениям. Он может трактовать их как серьезное заболевание.

Пример: постоянный страх заболеть раком, походы к врачу и обследования при небольших болях и дискомфорте.

11. Бредовое расстройство

Есть психические проблемы, которые вызывают у человека убежденность в том, что он болен.

Пример: бред Котара в рамках депрессии.

12. Соматоформная реакция

Есть психологическая проблема, которая вызывает у человека мучительный симптом при столкновении с конкретным раздражителем.

Пример: диарея на важном заседании.

13. Конверсионное (диссоциативное) расстройство

Есть акцентуация² характера, которая вызывает специфическую реакцию на некоторые виды стресса. Возникают внезапные симптомы, похожие на признаки неврологических заболеваний.

Пример: у женщины отнимаются руки, когда нужно подписать бумаги о разводе.

Уточнение №1. Когда я говорю о соматическом диагнозе, я имею в виду диагноз, присутствующий в мировой практике доказательной медицины. В России есть целый ряд соматических диагнозов, которые никогда не ставят врачи других стран. Очень часто как раз эти диагнозы маскируют варианты, которые мы перечислили под пунктами 8, 12 и иногда 9 (соматоформное расстройство, соматоформная реакция и соматизированная депрессия). Что это за диагнозы? Вот самые частые из них.

- **Остеохондроз.** В мире это слово означает тяжелое заболевание, при котором происходит дегенерация костной ткани у детей. В России «остеохондроз» имеет совсем другое значение: этот «диагноз» часто ставят тем, у кого есть какие-либо возрастные

² Акцентуация характера — усиление отдельных черт характера, которое делает человека более чувствительным к определенным видам стресса.

изменения в позвоночнике (а они рано или поздно возникают практически у всех). Между тем хроническая боль в спине в подавляющем большинстве случаев связана не с позвоночником, а со связками и мышцами. Разумеется, есть и другие, чисто соматические причины (последствия травмы, метастазы при раке, иррадиирующие боли при заболеваниях внутренних органов, аутоиммунные заболевания и т. д.), но их можно исключить путем обследования. Это очень частая ситуация — когда хроническая боль в спине, которую не снимают даже нестероидные противовоспалительные средства, маскирует психические и психологические проблемы, например депрессию.

Если вы честно прошли все круги обследований, сделали МРТ, сдали анализы, получили второе и, возможно, третье мнение, и вам не поставили никакого соматического диагноза, — надо продолжать искать в области факторов психологических.

- **Вегетосудистая дистония (ВСД).** Этот «диагноз» часто получают пациенты с соматоформным расстройством и иногда с соматоформными реакциями. Если у человека кружится голова, бегают мурашки, бешено бьется сердце; если он страдает диареей, тошнотой, ему кажется, что он вот-вот потеряет сознание; если он ощущает ком в горле, сдавление в грудной клетке и т. д., — и при этом обследования не показывают ни эндокринологической, ни кардиологической, ни какой-либо иной патологии, скорее всего, речь о соматоформном расстройстве или иной номинации, обозначенной в нашем спектре под номерами 8–13.

Уточнение №2. Но, позвольте, — скажет иной читатель, — мы же все знаем, что медицина не всесильна, а конкретные врачи — тем более. Всегда есть риск, что пациент просто плохо обследован. И такие случаи нам известны: ходил-ходил по врачам, никто не понимал, в чем дело, пока не стало слишком поздно (или пока, на счастье, не нашелся хороший диагност). Что значит — «соматическое заболевание не выявлено», «симптомы не укладываются в рамки существующих диагнозов»? А может, мне просто не попался хороший врач, или у меня редкий случай?

Вопрос закономерный. Но все-таки будем помнить врачебную мудрость: «То, что встречается редко, встречается очень редко. А то, что бывает очень редко, не бывает никогда». Если вы честно прошли все круги обследований, сделали МРТ, сдали анализы крови, получили второе и, возможно, третье мнение, и после этого вам не поставили никакого соматического диагноза, который объяснял бы ваше состояние, — возможно, это означает, что биологические факторы в вашем случае не являются решающими, и надо продолжать искать в области факторов психологических и социальных. Впрочем, их стоит учитывать и тогда, когда соматический диагноз есть (пункты 2–7).

Теперь я поговорю более подробно обо всех «полосках» спектра психосоматики, посвящая каждой из них по главе.

Глава 4

Когда психика страдает из-за тела: соматогенные психические расстройства

Они возникают как результат сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных, эндокринных, инфекционных и других заболеваний. Расстройства эти могут быть очень разными, от астенических³ и депрессивных состояний до психозов, острых и хронических. Вкратце рассмотрим некоторые из них.

1. Психические расстройства при эндокринных заболеваниях

Гормональные заболевания особенно часто становятся причиной психических расстройств. Они подчиняются строгим закономерностям и неплохо дифференцируются от тех расстройств, которыми занимается психиатрия. Здесь я не буду приводить конкретных симптомов различных эндокринных нарушений, так

³ Астения — состояние, которое проявляется повышенной утомляемостью, неустойчивостью настроения, ослаблением самообладания, нетерпеливостью, неусидчивостью, нарушением сна, утратой способности к длительному умственному и физическому напряжению, непереносимостью громких звуков, яркого света, резких запахов.