

Соматизация: современные трактовки, психологические модели и методы психотерапии.

Часть 2

А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян

Московский НИИ психиатрии Росздрава

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ СОМАТИЗАЦИИ

Уже давно дискутируется вопрос о наличии особой когнитивно-аффективной организации личности, предрасполагающей к соматизации. Можно выделить два основных направления поиска: концепция алекситимии, разрабатываемая с 1970 гг. и концепция особых когнитивных нарушений, разрабатываемая в последнее десятилетие. Начнём с последнего направления, которое, несомненно, возникло в связи с бурным развитием и успехами когнитивной психотерапии. Оно во многом связано с работами А. Барского и его сотрудников (Barsky A. и соавт., 1988, 1990, 1993). В качестве важной детерминанты соматоформных нарушений рассматривается особый когнитивный стиль восприятия телесных ощущений, обозначенный А. Барским термином «соматосенсорное усиление или амплификация» (somatosensory amplification). Этот стиль описывает по-разному выраженную у разных пациентов тенденцию воспринимать телесные ощущения как чрезмерно интенсивные, потенциально опасные и неприятные. Помимо этого он характеризуется повышенным вниманием к телесным ощущениям и склонности интерпретировать их не как нормальные физиологические реакции, а как признаки патологии. А. Барский показал, что у людей с interoцептивным стилем восприятия выше страх смерти, больше озабоченность здоровьем, они больше склонны интерпретировать неясные телесные симптомы как признаки опасного заболевания.

П. Сальковскис (Salkovskis P., 1989, 1995) отмечает особый когнитивный стиль этих больных в плане установок по отношению к здоровью и медицине, например: «здоровье означает полное отсутствие каких-либо нарушений», «боль в ногах может быть признаком инфаркта миокарда», «врач всегда обязан установить диагноз, назначить лечение и избавить от симптомов». При этом представление о связи между физическим и психическим может быть очень поверхностными или же вообще отсутствовать.

Понятие алекситимии, несколько отодвинутое во второй половине 1980-х гг., приобретает всё более актуальное звучание в связи с новой волной интереса к соматизации в её новом, более узком значении, связанным с введением категории соматоформного расстройства в МКБ-10. Предложенный в 1972 году П. Сифнеусом термин «алек-

ситимия» («безречечувствие» в буквальном переводе) обозначает целый ряд нарушений, обуславливающих особый способ переживания и выражения индивидом собственных эмоций: затруднения в осознании и словесном описании собственных чувств или трудности в вербализации эмоций; особый стиль мышления с бедностью символизации, ориентацией на детали внешних событий (так называемое операторное мышление); трудности разведения эмоциональных состояний и телесных ощущений, с периодическими вспышками гнева или слезливости, но неспособности объяснить свои переживания при расспросах; высокая социальная конформность, благодаря которой зачастую люди с высоким уровнем алекситимии выглядят хорошо адаптированными, но на самом деле часто ведут роботоподобное существование с опорой на внешние нормы и инструкции; сниженная эмпатическая способность и выраженные трудности интернализации конфликтов (Sifneos, 1977).

Характер связи алекситимии и соматизации до сих пор остаётся предметом жарких дискуссий (Lipowsky, 1988, 1989; Kellner, 1990; Николаева, 1991; Тхостов, 2002; Гаранян, Холмогорова, 2002). Основным инструментом для выявления алекситимии, как уже упоминалось, является специально созданная для этих целей Торонтская шкала алекситимии, включающая три подшкалы: осознание эмоций, выражение эмоций, экстернальное мышление (Taylor, 1984).

Некоторые авторы предлагают различать первичную и вторичную алекситимию: 1) первичная – по тем или иным причинам неразвившаяся способность к осознанию и выражению чувств; 2) вторичная – доминирование в процессе развития защитных механизмов избегания, отрицания и вытеснения. Следует, однако, отметить, что резкое преобладание таких защитных механизмов также может вести к утрате навыков осознания и выражения чувств, т. е. устойчивой алекситимии.

Другие авторы предлагают говорить об алекситимии как устойчивой черте и об алекситимии как состоянии (state and trait alexithymia): «...алекситимия как состояние может возникнуть в виде реакции на депрессию и тревогу, и, таким образом, может быть транзиторным феноменом, характеризующимся повышением балльных оценок только по подшкалам, связанным с чувствами. Остаётся, однако, непонятным, как эта специфически связанная с чувствами алекситимия отличается от отрицания и вытеснения» (Krystal, 1988 с. 51).

Сейчас алекситимия рассматривается как один из нескольких возможных общих факторов риска по соматизации (Lipowsky, 1988), а также важный барьер в оказании психологической помощи этому контингенту. Можно выделить 4 модели возможной этиологии самого феномена алекситимии.

1. Генетически запрограммированное свойство организации центральной нервной системы. Предположение о генетической этиологии позволяют выдвинуть исследования о выраженной латерализации левого полушария головного мозга у людей с алекситимией, а также данные о том, что активное фантазирование коррелирует с активацией правого полушария. По некоторым данным, подвергнутые комиссуротомии, становятся алекситимными (Kellner, 1990; Калинин, Максимова, 1994).
2. Защитный механизм, складывающийся с детства, как способ защиты от большого количества негативных эмоций, например, в семьях с проблемой алкоголизации. Известно, что близкие родственники больных соматоформными расстройствами часто страдают алкоголизмом.

«Дети, выросшие с жестокими родителями или сиблингами, должны как-то приспособиться к постоянной угрозе их формирующейся идентичности. При выражении чувств эти наиболее уязвимые и молодые члены семьи дорогой ценой платят за ощущение защищенности – ограничением возможности воспринимать то, что они чувствуют на самом деле. В то время как другие дети учатся воспринимать и коммуницировать свои эмоции, эти дети должны бороться за выживание в климате родительской семьи, провоцирующем ужасные эмоции» (Kleinberg, 1996, с. 44). С психоаналитических позиций алекситимия, в этом случае, является следствием работы таких защитных механизмов как изоляция аффекта и проективная идентификация.

3. Раннее научение от алекситимной матери. Эта гипотеза подтверждается исследованиями Д. Биренбаума и Т. Джемса, которые показали, что высокий уровень алекситимии коррелирует с сообщениями испытуемых о сниженной эмоциональной экспрессивности и преобладании негативных эмоций в их родительской семье (Berenbaum, James, 1994). Многие психоаналитические наблюдения подтверждают, что способность ребёнка интегрировать эмоции в психологические структуры зависит от способности их родителей интегрировать и вербализовывать чувства (Kleinberg, 1996).
4. Общее влияние социального окружения, в котором навыки эмоциональной жизни подавляются и мало развиваются. Обучение в современной культуре развивает преимущественно левое полушарие, существует много запретов, связанных с эмоциональным поведением и т. п. По ряду данных, алекситимия коррелирует с возрастом, образованием и социальным положением, что можно в определённой степени объяснить зависимостью способности к внутренней эмоциональной жизни от уровня образования и социального положения.

А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян была предложена многофакторная психосоциальная модель расстройств аффективного спектра, включающая макросоциальный, семейный, личностный и интраперсональный уровни (1998). Применительно к соматоформным расстройствам был выдвинут ряд гипотез, касающихся факторов, относящихся к каждому из уровней.

К социальным факторам соматизации можно отнести вторичные выгоды, получение внимания и помощи, которые связаны в нашей культуре с наличием соматического заболевания гораздо в большей степени, чем с наличием психического расстройства. Стигматизация, связанная с психическим расстройством, делает психологические жалобы условно нежелательными. Социально-психологические модели исходят из того, что в нашей культуре соматические симптомы могут выступать в качестве способа коммуникации и построения межличностных отношений. Принятие роли пациента позволяет избежать дополнительных нагрузок, даёт право на определенные льготы, поэтому больные с подобной, пусть бессознательной мотивацией, могут быть очень фрустрированы благоприятными результатами обследования и вступать по этому поводу в конфликты с врачами, настаивая на дальнейших обследованиях и праве на помощь. Таким образом, здесь в качестве макросоциальных факторов соматизации могут выступать вторичная выгода и социальное подкрепление (Uexkuel, 1996; Rief, Hiller, 1998).

Большую распространённость соматоформных расстройств в восточных культурах многие авторы связывают с традиционными для них нормами эмоционального поведения, ограничивающими возможность вербального выражения эмоций (Leff, 1973; Lipowsky, 1988). Существует тенденция к росту соматизации и в Западных культурах (Lipowsky, 1988). Одно из наиболее часто привлекаемых объяснений, что есть люди, которым независимо от культурных корней не хватает словаря для описания переживаний – феномен описанный понятием «алекситимии». *Негативные установки по отношению к эмоциям в западной культуре являются одним из важных культуральных стереотипов, связанные с культом сдержанности, силы, успеха и совершенства.* Эти стереотипы приводят к запрету на выражение негативных чувств и низкой культуре психогигиены эмоциональной жизни (Холмогорова, Гаранян, 2002).

В опоре на многофакторную психосоциальную модель нами было организовано исследование пациентов, страдающих соматоформными расстройствами. Всего было обследовано 52 пациента и 30 здоровых испытуемых, составивших контрольную группу. Исследование проводилось совместно с клиникой Фрайбургского университета им. Альберта Людвиг (Германия), Цюрихского университета (Швейцария), Льежского университета (Бельгия). Гипотезы и общий дизайн проекта был предложен российской стороной, зарубежные специалисты (М. Виршинг, П. Шайб, Т. Геринг, М. Дебри) выступали в качестве координаторов проекта и консультантов по западным методикам. В исследовании с российской стороны, помимо нас, принимали участие сотрудники лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Росздрава: научные сотрудники кандидаты психологических наук С.В. Воликова, Г.А. Петрова, Т.Ю. Юдеева. Клиническую оценку состояния пациентов в соответствии с критериями МКБ-10 проводила ведущий научный сотрудник МНИИ психиатрии Росздрава, к.м.н. Т.В. Довженко.

При постановке диагноза и распределении пациентов по диагностическим категориям учитывались их жалобы, сведения о течении заболевания, ведущие психопатологические проявления, определяющие клиническую картину на момент обращения и их выраженность, а также личностные особенности пациента. На основе этого некоторым пациентам были поставлены сложные диагнозы, включающие коморбидные личностные расстройства.

4 пациента (46,2 %) имели диагноз «соматизированного расстройства» (F45.0, МКБ-10). Они предъявляли жалобы на многообразные, повторяющиеся и часто изменяющиеся соматические симптомы, которые не были локализованы в каком-либо отдельном органе или системе организма. 28 пациентов (53,8 %) имели диагноз «соматоформной вегетативной дисфункции» (F45.3, МКБ-10), их жалобы относились к отдельному органу или системе организма, наиболее часто – к сердечно-сосудистой, гастроинтестинальной и дыхательной. Пациенты с ипохондрическим расстройством (F45.2) сознательно исключались, так как диагностический статус этой категории пациентов является предметом дискуссий, как правило, этот диагноз сопряжён с выраженной личностной патологией и представляет большие трудности для терапии (как медикаментозной, так и психотерапии). В группу вошли 44 женщины (87,2 %) и 8 мужчин (12,8 %). Средний возраст испытуемых экспериментальной группы составил 37,9 лет. Более половины пациентов имели среднее профессиональное образование

(57 %); остальная часть испытуемых имела высшее образование (44 %).

Контрольная группа значимо не отличалась от экспериментальной ни по одной из указанных характеристик.

Пациенты предъявляли жалобы, главным образом, на нарушения функций, а также боли и другие неприятные ощущения со стороны различных органов и систем органов: учащённое сердцебиение, перебои и боли в области сердца, в загрудинной области, чувство нехватки воздуха, затруднения, учащения дыхания, тошноту, отрыжку, изжогу, затруднения глотания, боли, неприятные ощущения, чувство дискомфорта в области желудка, кишечника, кишечные расстройства, расстройства мочеиспускания, жалобы на чувство жара, озноба, потливость, онемение, покалывание, боли в различных частях тела (руки, ноги, спина, грудная клетка, живот, голова). Следует отметить, что наиболее частыми были жалобы на нарушение сердечно-сосудистой и дыхательной систем. При соматоформной вегетативной дисфункции (F45.3) картина заболевания исчерпывалась жалобами на нарушение какой-либо одной системы органов. При соматизированном расстройстве (F45.0) пациенты предъявляли множественные жалобы на соматовегетативные нарушения со стороны различных органов.

Жалобы на соматическое неблагополучие доминировали в картине заболевания и сочетались с опасениями за состояние здоровья. В отличие от пациентов с ипохондрическим расстройством, которые не включались в обследованную группу, у пациентов с соматизированным расстройством и соматоформной вегетативной дисфункцией не было твёрдой уверенности в наличии тяжёлого прогрессирующего заболевания с тяжёлыми инвалидизирующими последствиями, они страдали от соматических симптомов и хотели их скорейшего устранения. Все пациенты были обследованы врачом-психиатром после многократных визитов к врачам-интернистам, повторных параклинических исследований, не выявивших какой-либо соматической патологии. Тем не менее, у пациентов сохранялась уверенность в соматической природе симптомов, а внутренняя картина болезни носила исключительно соматический характер. Пациенты не предъявляли активно жалоб на нарушения настроения. Лишь при целенаправленном детальном расспросе они отмечали раздражительность, утомляемость, плохой сон, внутреннее напряжение, беспокойство, подавленное настроение. Однако при этом они никак не связывали свое эмоциональное состояние с соматическими симптомами и не рассматривали их как основание для обращения за помощью к специалисту-психиатру. Тревожные и депрессивные нарушения по своему характеру, выраженности и месту в клинической картине не были достаточными для постановки диагнозов тревожных (F40,41, 43, 48) или депрессивных расстройств (F32-38).

Продолжительность заболевания составила от одного года до двадцати лет. В большинстве случаев начало заболевания у пациентов совпадало по времени с психотравмирующими ситуациями (болезнь, смерть родственников, измена, уход из семьи мужа, конфликты в семье, алкоголизация кого-то из членов семьи, служебные неприятности). Сами пациенты эту связь не выявляли и не считали, что эти сложные обстоятельства их жизни могли способствовать развитию заболевания. Однако в ходе лечения у врача-психиатра и психотерапевта представления о характере имеющихся расстройств постепенно менялись, во внутренней картине болезни всё большее место приобретали психологические факторы.

Обследование экспериментальной и контрольной групп с помощью опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R выявило различия по всем показателям на высоком уровне статистической значимости. Наиболее высокие показатели отмечаются по шкалам соматизации, депрессии и тревоги.

Наиболее высокие показатели в группе соматоформных пациентов имеют место по шкале «соматизации», которая содержит вопросы о наличии соматических жалоб (головные боли, боли в области сердца, в мышцах и т. д.). Высокие показатели по шкале депрессии и тревоги связаны с формированием у пациентов опасений и страхов, связанных с состоянием здоровья. Основная часть вопросов шкалы «тревоги» связана с переживанием чувства страха, паники, ожидания чего-то плохого. Наличие болезненных соматических ощущений, не получающих никаких разъяснений со стороны врачей-интернистов в течение длительного времени, может приводить к формированию фобических нарушений и способствовать росту депрессивной симптоматики. Однако тревожные и депрессивные симптомы в клинической картине тесно связаны с соматическими проблемами пациентов, что и обуславливает специфику этой группы больных.

В задачи данной статьи не входит подробно изложение результатов эмпирического исследования с соответствующими таблицами и статистическими выкладками. Поэтому ниже будут кратко представлены лишь основные выводы из проведённого исследования, что важно для эмпирического обоснования разработанной авторами интегративной модели психотерапии расстройств аффективного спектра с выраженной соматизацией. На основании проведённого в опоре на многофакторную психосоциальную модель эмпирического исследования соматоформных расстройств были сделаны следующие основные выводы.

1. *Проведённое исследование личностных факторов* позволяет конкретизировать особенности когнитивно-аффективной организации пациентов с соматоформными расстройствами. Оказалось, что у этих пациентов значительно сужены семантические поля эмоциональных категорий русской речи, снижена способность к распознаванию эмоций другого человека по мимике, выше запрет на выражение чувств. При этом отмечается позитивная корреляционная связь между показателем запрета на выражение чувств и числом правильно называемых синонимов эмоциональных категорий. Это позволяет сделать вывод, что негативные установки по отношению к эмоциям и бедный эмоциональный словарь являются связанными между собой характеристиками когнитивно-аффективного стиля больных соматоформными расстройствами. Этот вывод также подтверждает корреляционная связь показателя алекситимии как с показателями запрета на выражение чувств, так и с показателем правильно подобранных синонимов. Все указанные характеристики когнитивно-аффективного стиля (алекситимия, запрет на выражение чувств, бедный эмоциональный словарь, сниженная способность к распознаванию эмоций) продемонстрировали значимые корреляции с показателем соматизации. По данным частного корреляционного анализа, связь соматизации и алекситимии опосредована негативным аффектом (показателями депрессии и тревоги), что может служить косвенным доказательством защитной функции алекситимии, изолирующей негативный аффект.

2. *Исследование семейных факторов* позволяет пролить некоторый свет на один из возможных

источников происхождения описываемой когнитивно-аффективной организации. Влияние семейного контекста на её формирование косвенно подтверждается позитивной корреляцией между уровнем запрета на выражение чувств и таким показателем семейных коммуникаций как элиминация эмоций (0,220, $p < 0,05$). Высокий уровень стрессогенности семейной жизни сочетается в изучаемых семьях с крайне неконструктивным отношением к эмоциональным реакциям ребёнка. Родители больных соматоформными расстройствами характеризуются низкой толерантностью к эмоциональному неблагополучию ребёнка, его промахам и неудачам, они склонны к фиксации на негативных переживаниях, оказывают мало эмоциональной поддержки и высказывают много критики в адрес ребёнка. При высоком уровне негативных эмоций правила и ценности родительской семьи (ценность благополучного внешнего фасада и правило не доверять людям) не способствуют переработке негативного аффекта.

Дисфункциональное поведение родителей получает объяснение при анализе стрессогенных событий семейной истории в трёх поколениях. Эта история насыщена травматическим опытом. Члены семей соматоформных больных значимо чаще (по сравнению с представителями контрольной группы) переживали такие стрессогенные события как ранняя смерть кого-то из близких, несчастные случаи с близкими, а самим больным чаще приходилось присутствовать при болезни и смерти родственников. Они также чаще пребывали в ситуации хронического повседневного стресса, проживая в семьях, где практиковалось насилие и драки между членами семьи. Выявлены многочисленные дисфункции семейной системы, в которой выросли больные соматоформными расстройствами. Дисфункция семейной структуры (симбиотические связи, закрытые границы), микродинамики (высокий уровень индуцирования негативных эмоций и запрет на их открытое выражение) и идеологии (ценность благополучного фасада и правило не доверять людям) связаны с описанным выше аспектом макродинамики (высокий уровень стресса в трёх поколениях). Семейные правила и ценности интериоризируются пациентами, превращаясь в дисфункциональные личностные установки в виде запрета на выражение чувств, в качестве защиты от высокого уровня стресса может развиваться особая когнитивно-аффективная организация.

3. Исследование интерперсональных факторов позволяет сделать некоторые выводы о последствиях особой когнитивно-аффективной организации для отношений с другими людьми. Больные соматоформными расстройствами имеют более низкий уровень воспринимаемой социальной поддержки по сравнению со здоровыми испытуемыми. Зависимость социальной поддержки от выраженности алекситимии подтверждается негативной корреляционной связью между соответствующими показателями. Описанные выше эмоциональные дефициты этих больных (сниженная способность к распознаванию эмоций, бедный эмоциональный словарь, а также негативные установки по отношению к эмоциональному самовыражению) затрудняют установление близких отношений с другими людьми, а, значит, мешают их социальной интеграции и получению эмоциональной поддержки. Описанные механизмы дефицита социальной поддержки у данного контингента подтверждаются положительными корреляциями между точностью распознавания эмоций другого человека и уровнем воспринимаемой социальной поддержки, и негативной корреляцией между

уровнем запрета на выражение чувств и различными параметрами социальной поддержки. Исследование выявило негативную корреляционную связь между симптомами соматизации и воспринимаемой социальной поддержкой. Для уточнения гипотезы о роли эмоциональных дисфункций в дефиците социальной поддержки был проведён частный корреляционный анализ. Его данные показывают, что при устранении влияния переменных, отражающих дисфункции эмоциональной сферы (алекситимии, запрета на выражение чувств, бедного эмоционального словаря, сниженной способности к распознаванию чувств), связь между соматизацией и социальной поддержкой становится незначимой. Выявлена значимая связь между общим показателем психопатологической симптоматики и общим показателем социальной поддержки.

Таким образом, данные исследования на основе многофакторной психосоциальной модели показывают, что феномен соматизации требует системного подхода и учёта целого ряда семейных, личностных и интерперсональных факторов, а разработка программ психологической помощи должна опираться на систему связанных с ними мишеней.

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ С ВЫРАЖЕННОЙ СОМАТИЗАЦИЕЙ

Психоаналитическая модель

Психоаналитическая психотерапия требует существенной модификации при работе с соматоформными больными. Эта модификация заключается в подключении принципов и компонентов когнитивно-бихевиоральной психотерапии, таких как структурированность сеансов и информационно-образовательная работа с больным. Основная причина необходимости такой модификации – отсутствие мотивации к психотерапевтической работе и готовности к длительным усилиям в плане психологического анализа и преодоления своих проблем. В рамках психоаналитической модели соматизация – это прежде всего защитный механизм, причём достаточно примитивный и трудный для осознания и преодоления, поэтому достижение психотерапевтического альянса требует значительных временных затрат. Р. Никель и У. Эгль (Nickel, Egle, 1999) отмечают, что главное условие рабочего союза с соматоформным больным – создание атмосферы безопасности. Следует учитывать довольно сильные реакции переноса, возникающие у этих больных. Разъяснения, ответы на вопросы, конфронтация и научение через моделирование терапевтом имеют приоритет над техниками интерпретации. В групповой работе интерпретация должна быть направлена, прежде всего, на ситуацию здесь и сейчас. Другие модификации классических техник соответствуют принципам работы с психотравмой, в связи с тем, что в истории жизни этих больных, как правило, имеют место физическое и психологическое насилие, эмоциональная депривация в детстве. В частности, рекомендуется не работать с негативным переносом, а пытаться сразу, путём разъяснения его природы преодолеть этот перенос – «Это не я плохой, а Вы меня таким видите, в силу таких-то причин». Предпочтение отдаётся групповым интеракционным формам работы. Основные мишени психоаналитической работы с этими пациентами – низкая фрустрационная толерантность, стремление этих пациентов к признанию и достижениям, их склонность к идеализации и обесцениванию, а

также их пассивная зависимость и потребность в абсолютной безопасности. Работа с переносами как в индивидуальной, так и в групповой психотерапии должна начинаться лишь после создания атмосферы безопасности. Предлагаются следующие шаги, направленные на увеличение внутренней структурированности и дифференциации (Schors, 1993): 1) дифференциация между физической болью и аффектом; 2) дифференциация между принятием приемлемого аффекта и отказом от нежелательных чувств; 3) нежелательные аффекты должны быть интегрированы наряду с желательными; 4) уменьшение защиты, преодоление сопротивления, проработка переноса; 5) тренировка других способов поведения и коммуникации. Нетрудно заметить, что в динамической психотерапии соматоформных расстройств содержится довольно много элементов когнитивно-бихевиоральной психотерапии, которая несомненно занимает сейчас лидирующее положение в лечении соматоформных расстройств. Исследования эффективности динамической психотерапии соматоформных расстройств немногочисленны и не во всём соответствуют современным довольно жёстким критериям проведения подобного рода исследований (независимые эксперты, рандомизированные выборки и т. д.). Тем не менее, они свидетельствуют об эффективности динамической терапии. Правда, необходимо ещё раз подчеркнуть, что модификация подхода идёт в направлении интеграции с когнитивно-бихевиоральным. Приведём данные одного из исследований эффективности. Из 33 пациентов с соматоформным болевым расстройством, прошедшим 3-летний курс лечения (всего 120 сессий по 1,5 часа каждая) у 50 % отмечалось значимое улучшение, вплоть до полного выздоровления. У 30 % изменения практически отсутствовали и 20 % прервали лечение (Nickel, Egle, 1999).

Динамически ориентированная стационарная психотерапия пациентов с соматизацией часто включает невербальные аналитически ориентированные методы – телесно ориентированную психотерапию и арттерапию. Эти методы позволяют вычленять аффект, минуя вербальный канал, а затем перерабатывать его совместно с пациентом на основе аналитических представлений.

Когнитивно-бихевиоральная модель

Когнитивно-бихевиоральная модель помощи больным соматоформными расстройствами основана на концепции соматосенсорной амплификации и была описана П. Сальковскисом (Salkovskis, 1989). Центральным в этой модели является работа с характером восприятия больными своих телесных ощущений. Как правило, у этих больных имеются установки и убеждения о высокой вероятности развития соматического заболевания. В соответствии с этими убеждениями интерпретируются все воспринимаемые телесные ощущения. Более того, в силу постоянного прислушивания и отыскивания симптомов возрастает общее напряжение, растёт тревога, а значит и её вегетативное сопровождение, которое, в свою очередь, приводит к усилению телесных сенсаций. Окружающие, в т. ч. доктора, нередко склонны подкреплять эту тревогу собственной озабоченностью, назначением многочисленных обследований и т. п. Таким образом, возникает порочный круг соматизации.

Первая фаза лечения обычно заключается в подробном выяснении симптомов, ситуаций, в которых эти симптомы возникают или усиливаются, чувств и мыслей, которые эти симптомы сопровождают. Обычно отдифференцировать чувства и соматические симптомы удаётся после выявления так

называемых автоматических мыслей, тревожное или депрессивное содержание которых позволяет вычленить соответствующую эмоцию. Обычно автоматические мысли можно разделить на связанные с симптомами и связанные с ситуацией. Мысли, связанные с симптомами включают интерпретацию физических симптомов, провоцирующую рост тревоги: «Возможно у меня инсульт». Мысли, связанные с ситуацией, обычно являются триггерами физических симптомов: «От этой работы мне станет плохо и, в конце концов, я не справлюсь и сорвусь». В основе этой тревоги может лежать убеждение в уязвимости для тяжёлой болезни, а также в собственной некомпетентности и неспособности справиться с работой. Для того, чтобы изменить негативные автоматические мысли, лежащие в основе порочного круга тревоги, необходимо высказать аргументы в пользу этих мыслей, которые могут быть у пациента и казаться ему очень важными. Затем терапевт предлагает пациенту проверить, нет ли ошибок в его логике, не искажает ли он факты и реальность, избирательно селективируя факты, подтверждающие его худшие опасения (негативное селективное), возводя частные факты в правило и т. д. Затем пациенту предлагается найти возможное альтернативное объяснение своим симптомам. Обычно предпринимаются также бихевиоральные эксперименты для проверки иррациональных и альтернативных убеждений. Важно, что интервенции касаются не симптомов самих по себе, а лежащих в их основе дисфункциональных убеждений. Больной учится относиться к своим негативным мыслям как к гипотезам и тестировать их на предмет соответствия реальности.

Интегративная модель психотерапии расстройств аффективного спектра с выраженной соматизацией

Как видно, динамическая модель черпает многое из когнитивного подхода, хотя и не достаточно, на наш взгляд, использует его потенциал и возможности. С другой стороны, когнитивная модель явно игнорирует все факты, связанные с психотравмирующим прошлым опытом и дисфункциональными семейными паттернами и болезнях соматоформными расстройствами. Концентрируясь почти исключительно на когнитивном стиле больных, авторы когнитивной модели не прорабатывают источники этого стиля, не касаются выраженных межличностных трудностей больных. Между тем алекситимные пациенты испытывают большие трудности в отношениях с другими людьми. Как правило, они не научились адекватно дифференцировать и выражать свои эмоции, не осознают связь этих эмоций с травматическим опытом. Индивидуальная терапия, как правило, недостаточна для компенсации дефицитов межличностного общения. По мнению J. Kleinberg, комбинация групповой и индивидуальной психотерапии наиболее адекватна задаче реконструкции и создаёт благоприятные условия для оказания помощи эти больным «в освобождении от их внутренней тюрьмы и следования миру» (Kleinberg, 1996). Отсутствие запроса на психологическую работу, физиологическая картина болезни требует введения особого информационно-мотивирующего этапа.

Авторами данной статьи была предложена интегративная когнитивно-динамическая модель работы с соматоформными расстройствами (Холмогорова, Гараян, 1996). Она разрабатывалась нами в течение 18 лет, начиная с 1989 г. В проведении индивидуальной терапии и семейной психотерапии с больными расстройствами аффективного спектра на основе этой модели участвовали также сотрудники лаборатории клинической психологии

и психотерапии МНИИ психиатрии С.В. Воликова, Г.А. Петрова, Т.Ю. Юдеева. Все пациенты находились на комбинированном лечении, медикаментозное лечение проводилось врачами-психиатрами Е.П. Дубровской, Е.А. Бокаловой, Т.В. Довженко. Модель описана в ряде публикаций, в том числе зарубежных (Холмогорова, 2005; Гаранян, Холмогорова, 1996; 2000; Холмогорова, Гаранян, 1994, 1996 а, б.; 2002; 2006; Kholmogorova, Garanian, 1997 а, б.; 1998, 2000, Холмогорова, 2006).

На основании имеющихся эмпирических данных, полученных разными авторами, а также вышеизложенных выводов из проведенного нами эмпирического исследования были сформулированы следующие цели интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра с выраженной соматизацией:

- 1) помощь в понимании психологических механизмов своего заболевания и обретения смысла психологической работы;
- 2) тренировка способности распознавания, дифференциации и понимания эмоций и сопровождающих их когнитивных процессов, развитие рефлексивной способности;
- 3) проработка жизненного и семейного контекста проблем;
- 4) проработка межличностных затруднений, не осуществляемая в групповой когнитивно-бихевиоральной терапии в отличие от психодинамической.

Первой и второй задаче соответствуют в большей мере когнитивные задачи, третьей и четвертой – психодинамические.

Таким образом, психотерапевтический процесс разбивается на две ступени: 1) когнитивную, на которой доминируют когнитивно-бихевиоральные задачи, а психодинамические играют подчиненную роль; 2) психодинамическую, где указанная пропорция изменяется. Переход к глубинной психологической работе (II ступень) возможен только на основе первой ступени, после тренировки способности к самонаблюдению и пониманию своих чувств, а также развития рефлексивной способности. Они выступают в качестве необходимых новообразований для перехода к следующим задачам. В таблице 1 описаны основные этапы и соответствующие им когнитивные и психодинамические задачи.

I этап — Информационно-мотивирующий

На первом – *информационно-мотивирующем* – этапе психотерапевты знакомят больных с моделью психологических механизмов их заболевания, что соответствует используемой в когнитивной терапии процедуре «презентации модели». Они рассказывают, используя конкретные случаи и примеры, о принципе реципрокных отношений между психологическим и физиологическим компонентами эмоций (чем меньше эмоция осознана и переработана на психологическом уровне, тем сильнее выражен её физиологический компонент в виде различных неприятных телесных ощущений и вегетативных дисфункций), а также о принципе «порочного круга» (действующего по схеме: неприятные эмоции слабой интенсивности – телесный дискомфорт – фокусировка внимания на нем – мысли тревожного содержания – усиление отрицательных эмоций – усиление телесного дискомфорта и т. д.). С больными подробно обсуждаются общие законы эмоциональной жизни (непрерывность, потенциальная осознаваемость, выражаемость и управляемость эмоций) и последствия нарушений правил эмоциональной психогигиены для физического и психического здоровья. Затем

психотерапевты знакомят больных с методом групповой психотерапии (презентация модели помощи), развивающим самопонимание и понимание других, и на этой основе способность к регуляции своих состояний и отношений с другими людьми.

Уже на первом информационном занятии необходимо создать предпосылки для атмосферы доверия и открытости, делая первые шаги по снятию страха и стыда, связанных с диагнозом «невроз» (путём информирования пациентов о распространённости невротических состояний, об их культуральных источниках, приглашения выздоровевших больных, которые открыто рассказывают о своем опыте болезни и лечения). Таким образом, делается первый шаг к установлению рабочего альянса через принятие и осознание больными целей, которые необходимо решить в ходе психотерапии.

Основными новообразованиями первого этапа являются пробуждение интереса к психологическому аспекту жизни, повышение готовности к психологической работе, расшатывание мифа о чисто соматической природе заболевания, самоопределение по отношению к болезни и лечению.

II этап — тренинг в осознании и выражении чувств

На этапе тренинга в *осознании и выражении* эмоций главная задача состоит в развитии соответствующих навыков. Предварительно мы продлеваем специальную групповую работу по изменению негативной установки по отношению к эмоциям (развенчание культуральных мифов, первичная конфронтация с базисной культуральной посылкой «чувствовать опасно»). Введение этого этапа представляет собой отход от традиционной схемы когнитивной психотерапии, где после представления модели сразу следует работа с когнитивными аспектами эмоций (например, регистрация т. н. автоматических мыслей). В результате специальных упражнений и вопросов больные начинают понимать собственные трудности в осознании и выражении чувств как проблему. Именно эти трудности делают невозможной работу с когнитивными компонентами эмоций. Поэтому мы вводим специальный этап, направленный на развитие навыков маркировки эмоций через расширение эмоционального словаря больных и фокусировку их внимания на модусе переживания, а также навыков дифференцировки различных эмоций в сложной гамме чувств с помощью приёмов озвучивания, дублирования эмоций и т. д.

Работа на этом этапе происходит по принципу «здесь-и-теперь», то есть маркируются и выражаются эмоции, возникающие в процессе специальных упражнений и спонтанных взаимодействий в группе. Параллельно происходит обучение адекватным формам обратной связи участников групп друг другу, что также не относится к когнитивным формам групповой работы, а больше соответствует динамическим. Необходимость установления рабочего альянса подчеркивается и когнитивно-бихевиоральными, и психодинамическими терапевтами, хотя само понятие происходит из психоанализа. В данной модели совмещается «совместное экспериментирование» как основа альянса в когнитивной психотерапии и строгость сеттинга, безоценочность, санкционирование самораскрытия, заимствованные из психодинамического подхода. Для подготовки к более углубленной психодинамической работе психотерапевты отслеживают основные формы сопротивления в виде опозданий, жалоб на скуку или непонимание, а также реакции переноса в виде чрезмерных ожиданий от лидера. Тематические содержания, которые спонтанно всплывают в группе (тема бессилия, обще-

Задачи		
Этапы	когнитивные	психодинамические
I ступень	Развитие навыков эмоциональной саморегуляции	
I этап. Информационно-мотивирующий. Новообразования. Обретение смысла психологической работы, самоопределение – осознанный выбор позиции по отношению к болезни и лечению.	1. Информирование о связи между эмоциями и физиологическими состояниями; об общих закономерностях эмоциональной жизни; последствиях нарушения эмоциональной психогигиены для психического и физического здоровья. 2. Проблематизация и презентация метода групповой психотерапии.	1. Создание атмосферы доверия и открытости. 2. Установление рабочего альянса.
II этап. Тренинг осознания и выражения чувств. Новообразования. Способность к фокусировке на внутреннем мире. Средства символизации эмоционального опыта.	1. Изменение негативной установки по отношению к эмоциям. 2. Осознание трудностей понимания собственной и чужой эмоциональной жизни. 3. Развитие навыков самонаблюдения и эмоционального самовыражения. 4. Развитие навыков дифференцировки отдельных эмоций в гамме чувств.	1. Создание атмосферы доверия и открытости. 2. Установление рабочего альянса. 3. Обучение обратной связи. 4. Диагностика способов сопротивления, реакций переноса и групповых тем.
III этап. Тренинг управления эмоциями. Новообразования. Рефлексивная способность к остановке, фиксации и объективации автоматических мыслей.	1. Презентация когнитивного и психодинамического способов совладания. 2. Отработка навыков когнитивного совладания. 3. Подготовка к работе с убеждениями.	1. Маркировка сопротивления, реакций переноса и групповых тем. 2. Поощрение выражения и отреагирования негативных эмоций.
II ступень	Работа с семейным контекстом и межличностными отношениями	
IV этап. Рефлексивно-позиционный анализ. Новообразования. Способность анализировать собственную позицию, соотносить её с позицией других, самоопределение – осознанный выбор позиции в группе, обретение опыта доверительных отношений.	1. Формулировка убеждений, связанных с позицией в группе. 2. Работа с мыслительными искажениями.	1.Определение позиции каждого из участников. 2.Сравнение собственной позиции с позициями других членов группы. 3.Работа с сопротивлением, обсуждение «условной выгоды» болезни. 4. Анализ последствий позиции и связанных с ней убеждений для жизни и процесса психотерапии. 5. Составление «копилок» индивидуальных и групповых проблем и тем. 6. Смена позиции ведущих на более пассивную.
V этап. Проработка семейного контекста. Новообразования. Освобождение от накопленных негативных чувств, самоопределение – осознанный выбор позиции в жизни.	Исследование источников убеждений и их более полная формулировка.	1. Анализ семейного контекста (ролей, правил, норм) в трёх поколениях. 2. Выявление родительского программирования (требований и ожиданий, семейных мифов и ценностей). 3. Выявление, отреагирование и проработка детского психотравмирующего опыта и реакций переноса.
VI этап. Анализ и проработка личных проблем и выявление ресурсов. Новообразования. Новые средства решения проблем, активная позиция по отношению к ним, освобождение от власти прошлого.	Выработка новых убеждений и отработка новых поведенческих стратегий и навыков.	Установление отношений между актуальными проблемами и семейным контекстом.

человеческой враждебности, противопоставления сильных и слабых), фиксируются с целью последующей проработки.

В результате второго этапа больные входят в лучший контакт со своими чувствами, что может привести к усилению психологических симптомов депрессии и тревоги при уменьшении физиологических жалоб. *Основные новообразования этого этапа: способность к фокусировке на внутреннем мире и выработка средств символизации внутреннего опыта.*

III этап — тренинг управления эмоциональными состояниями

Этап *тренинга управления эмоциональными состояниями* начинается с презентации двух типичных для больных способов дисфункционального эмоционального поведения, условно названных нами «игнорирование» (отрицание самого факта негативных переживаний и фиксация лишь на фи-

зических ощущениях) и «индуцирование» негативных эмоций (продуцирование мыслей негативного содержания, усиливающих исходную эмоцию). Эти способы презентуются в форме терапевтического спектакля, где два терапевта взаимодействуют в ролях «человека» и его «чувства», что облегчает больным узнавание собственных способов обращения со своими эмоциями и идентификацию тех ситуаций, когда возникает такое дезадаптивное поведение. Таким образом, каждый больной по аналогии начинает создавать «копилку» или набор собственных проблемных ситуаций и соответствующих им эмоциональных и когнитивных процессов.

В качестве инструмента управления эмоциями предлагается способ когнитивного совладания, включающий навыки: а) маркировки эмоций при их слабой интенсивности; б) дифференциации конкретных эмоций в сложной гамме неясных, трудно вербализуемых чувств дискомфорта, тя-

жести, напряжения; в) регистрации автоматических мыслей, сопутствующих неприятным переживаниям; г) дистанцирования (разведения своих мыслей и объективной реальности); д) конфронтации с неадаптивными мыслями и развития альтернативной логики. Все эти шаги по совладанию с тяжёлыми эмоциями наглядно демонстрируются в форме диалога между терапевтами, разыгрывающими роли «пациента» и его «чувства». Затем в процессе терапии идет отработка этих навыков с каждым больным. Таким образом, формируются навыки рефлексивной саморегуляции, происходит постепенная интериоризация действий по остановке, фиксации и объективации собственных мыслей, развивается способность к альтернативному взгляду – помещению своих мыслей в более широкий контекст, что делает возможным их перестройку. Домашние задания по ведению дневника с фиксацией ситуаций, вызывающих негативные чувства, самих этих чувств и связанных с ними мыслей – важный компонент поэтапного формирования рефлексивной способности. Вначале пациентов просят отслеживать ситуации, вызывающие неприятные эмоции, затем фиксировать эмоции и мысли, их сопровождающие, а затем анализировать их – вести внутренний совладающий диалог. Такие задания значительно ускоряют процесс психотерапии, так как способствуют самостоятельной отработке шагов-составляющих рефлексивного акта – основы эмоциональной саморегуляции.

На этом этапе терапевты не ограничиваются фиксацией сопротивлений, реакций переноса и групповых тем, но и маркируют их для участников группы.

Взросшая способность к самопониманию позволяет, с одной стороны, лучше управлять своими актуальными чувствами, с другой – приводит больных в соприкосновение с ранее отчуждаемым травматическим жизненным опытом и соответствующими тяжёлыми переживаниями. Поэтому в результате третьего этапа на фоне общего улучшения состояния и редукции симптоматики нередко отмечается увеличение сопротивления дальнейшей работе, например, так называемый «эффект бегства в здоровье». Основным новообразованием этого этапа является развитие рефлексивной способности к остановке, фиксации и объективации автоматических мыслей.

IV этап – рефлексивно-позиционный анализ

На следующем этапе рефлексивно-позиционного анализа интерпретация и проработка отмаркированного на предыдущем этапе сопротивления, как защиты от болезненных переживаний, позволяют перейти к более глубокой работе. Проработка позитивного и негативного переносов на терапевтов – идеализации, связанной со сверхожиданиями и агрессии, связанной с разочарованием, – также способствуют уменьшению сопротивления, увеличению доверия и создает условия для проработки других переносов в группе.

Обсуждаемый этап нельзя однозначно отнести ни к одному из двух рассматриваемых подходов, хотя психодинамические задачи здесь выходят на первый план. Роль рефлексии в лечении явно подчеркивается в когнитивном понятии «дистанцирования» и в утверждении З. Фрейда, что для успешного лечения необходимо, чтобы пациент наблюдал за собой как бы со стороны, как за другим человеком. Однако представление о рефлексии как механизме саморегуляции, включающем определённую последовательность действий, которые можно целенаправленно формировать, и

тем самым закладывать новую организацию мышления, способность к опосредствованию впервые было детально разработано в отечественной традиции (Алексеев, 2002; Зарецкий, Холмогорова, 1983; Зейгарник, Холмогорова, 1985; Зейгарник, Холмогорова, Мазур, 1989; Холмогорова, 2001).

На этом этапе групповой работы уже накоплен достаточный материал в виде различных индивидуальных и межличностных проявлений, периодически всплывающих групповых тем, которые становятся предметом анализа и осмысления. Задача терапевта – стимулировать собственную рефлекссию участников, давая минимум интерпретаций. Работа направлена на осознание своей позиции в группе (а, значит, и в жизни) и вытекающих из нее проблем. Одним из важных приёмов в этой работе является использование социометрических шкал (например, доверия–доверия, интернальности–экстернальности и т. д.), на которых каждый находит свое место с последующим выбором. Кроме того, каждому предлагают заполнить таблицу, в которой он сопоставляет себя по позиции с другими членами группы (похож – не похож, в чем именно различия). Следующий шаг – анализ последствий, вытекающих из той или иной позиции для процесса терапии и для жизни. Важным итогом является понимание связи своих проблем с занимаемой позицией. Основным средством осознания позиции и проблем является групповая обратная связь. Проиллюстрируем все это на примере. В процессе социометрии выявляется связь позиции «наблюдатель» с такими внутренними проблемами как дефицит доверия, враждебность, «фасадность». Обратная связь помогает понять те чувства, которые эта позиция вызывает у других людей (недоверие, отчужденность), а затем, в свою очередь, вскрываются вытекающие из неё последствия для процесса терапии (невозможность проработать собственные проблемы) и для жизни (отсутствие близких доверительных отношений и одиночество).

Традиционная когнитивная задача выявления и формулировки убеждений и анализа их последствий хорошо согласуется с задачей выявления позиции, так как позиция включает два важнейших аспекта: 1) внутренний или ценностный – стоящая за той или иной позицией жизненная философия, отражающаяся в убеждениях; 2) внешний или поведенческий – конкретные поступки и действия, интеракции с другими людьми. Иными словами, «позиция» рассматривается в данной модели психотерапии как жизненная философия в действии.

В той мере, в какой человек осознает собственную жизненную философию, и, соответственно, сознательно выбирает её, он свободен и в выборе своей позиции. Позиция является поведенческим стереотипом, который владеет человеком, если её осознание и свободный выбор отсутствуют. Осмысление позиции в плане последствий для жизни даёт человеку возможность пересмотреть её и сознательно принять или отвергнуть и попытаться выработать другую, т. е. происходит сознательное жизненное самоопределение.

При глубинной работе самоопределение происходит не только в плане поведенческих поверхностных изменений (поддерживать контакты или изолироваться), но и в экзистенциальном плане (доверять людям или видеть в каждом потенциального конкурента). Это решение во многом зависит от тех реальных отношений, которые складываются в группе. Для нового самоопределения необходим новый межличностный опыт, что согласуется с психодинамическими принципами. Поэтому успех терапии во многом зависит от того, насколько искренние и подлинные отношения складыва-

ются в группе, насколько терапевт не замалчивает острых тем и проблем и сензитивен к происходящему в группе, но при этом способен оказать необходимую поддержку. Именно этот аспект лечения традиционно упускается в когнитивном подходе, акцентирующем роль интеллектуальных процессов и явно недооценивающим терапевтическую роль возникающих «здесь и теперь» принципиально новых межличностных отношений с терапевтом и другими участниками группы. Новое самоопределение, изменение жизненной позиции не может иметь чисто рациональную основу, так как затрагивает глубинные установки личности, экзистенциальную основу её существования.

Итак, основными новообразованиями четвёртого этапа являются способность анализировать собственную позицию, соотносить её с позицией других, обретение опыта доверительных отношений и самоопределение – осознанный выбор позиции в группе.

V этап — проработка семейного контекста

На следующем этапе мы обращаемся к психоаналитической категории прошлого опыта. Необходимым условием глубокой внутренней перестройки является проработка прошлого опыта не только в плане отреагирования травмировавших событий, но и в плане его осмысления и интеграции. Отметим, что в современной когнитивной психотерапии используются техники «оживления детских переживаний», что ещё раз подтверждает тенденцию смыкания когнитивной психотерапии с психодинамическим подходом. Работа на этом этапе достаточно традиционна: выявление родительских программ, требований, ожиданий, семейных мифов и ценностей, анализ реакций переноса, проработка детского психотравмирующего опыта, катарсическое отреагирование. Терапевты побуждают больных открыто и полно выражать свои тяжёлые чувства.

Основными новообразованиями этого этапа являются освобождение от негативных чувств, интеграция прошлого опыта, осознанный выбор позиции в жизни.

VI этап — анализ и проработка личных проблем

На этапе *анализа и проработки личных проблем* и выявления личных ресурсов составляются индивидуальные «копилки» проблем, переформулированных в терминах внутренней жизни: вместо первоначального «У меня дрожь и сердцебиение» – «Мне трудно доверять людям», вместо «Муж ко мне невнимателен» – «Я очень много требую от других и часто обижаюсь», вместо «Я чувствую физическое истощение» – «Меня губят чрезмерно высокие требования к себе, парализующие мою активность». Параллельно происходит выявление ресурсов, необходимых для решения сформулированных проблем.

На основе результатов предшествующего этапа происходит увязывание актуальных проблем с семейным и жизненным контекстом, что облегчает принятие собственных проблем и снимает чувство вины за их существование.

Наконец, терапия завершается фактически биехевиоральным тренингом новых способов поведения: ставится задача расширения поведенческого репертуара, моделирования и отработки новых, более эффективных способов поведения и их апробации в жизни.

Основными новообразованиями последнего этапа являются новые средства решения проблем, активная позиция по отношению к проблемам, освобождение от власти прошлого.

Данные катмнеза

В процессе апробации модели было проведено 6 групп, каждая длительностью 3 месяца на базе районной поликлиники, занятия проводились в режиме 2 раза в неделю по 2 часа. Число участников группы – 8–12 человек (всего 68 участников, примерно треть из них страдали соматоформными расстройствами, остальные – тревожными и депрессивными с выраженными соматическими симптомами и с преимущественно соматической картиной болезни). Большинство пациентов первично обращались к терапевтам, после чего были неоднократно обследованы врачами-интернистами. В конце концов, они попадали к психиатру, который наряду с медикаментозным лечением рекомендовал им курс психотерапии. Групповые занятия проводились 2 раза в неделю. В группу включались больные от 20 до 45 лет. Был собран катмнез длительностью от одного до семи лет у 35 пациентов с расстройствами аффективного спектра с выраженной соматической симптоматикой, 40 % с высшим образованием, 60 % – со средним, 22 женщины, 13 мужчин. По результатам катмнеза 76 % опрошенных больных активно работали после прохождения курса групповой психотерапии без перерывов и больничных листов по психическому состоянию (что имело место до лечения). 63 % опрошенных больных перестали посещать психиатра и кабинет неврозов в связи со стойкой ремиссией. У 18 % наших пациентов отмечались единичные обращения за психиатрической помощью в кабинет неврозов после стрессовых провокаций (смерти близких, автокатастрофа, нахождение близкого родственника под следствием, инвалидизация близкого родственника). 18 % опрошенных больных продолжали лечение у психиатра кабинета неврозов по поводу периодического ухудшения состояния. По самоотчётам больных, их образ жизни стал более активным после курса психотерапии – 56 % имеют хобби и увлечения помимо работы.

В качестве конкретных изменений, возникших благодаря психотерапии, 54 % больных отмечают развитие навыков эмоциональной саморегуляции и повышений стрессоустойчивости, 44 % – положительные изменения в семейной ситуации, 31 % – развитие навыков общения, улучшение контактов с другими людьми. В самоотчёте о физическом и психологическом самочувствии резко преобладают такие оценки как «удовлетворительно» и «хорошо». Большинство больных непосредственно связывают положительную динамику в социальном функционировании и самочувствии с прохождением курса психотерапии. Так, 75 % больных оценивают степень положительного влияния групповой психотерапии как «сильную», 21 % – как «среднюю», и лишь 4 % отрицают какое-либо положительное влияние группы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день в процессе психотерапии пациентов с проблемой соматизации специалисты сталкиваются с целым рядом серьёзных трудностей: трудности мотивирования на психологическую работу, «алекситимический барьер» в виде трудностей осознания и выражения своих психологических состояний и интернализации психологических проблем, различные вторичные выгоды соматических симптомов и т. д. Представители различных традиций психотерапии рассматривают работу с такими пациентами как вызов и отмечают необходимость дальнейшего поиска оптимальных форм работы. Авторами данной статьи была предпринята попытка разработать интегра-

тивную модель психотерапии пациентов с расстройствами аффективного спектра, для которых характерна выраженная соматизация. В этой модели учитываются достижения зарубежных исследователей и отечественной традиции исследования рефлексии и её роли в психическом здоровье. Главным результатом разработки интегративной модели групповой психотерапии является выделение этапов и задач психотерапии больных с выраженной соматизацией аффекта, а также основных новообразований в ходе терапии, без которых невозможен переход к следующему этапу работы. В рамках этой стратегии возможны значительные вариации по длительности и формам психотерапии. В случае значительного ограничения по времени и наличия хороших совладающих возможностей у пациента психотерапия может ограничиваться когнитивным этапом и включать от 5 до 10 индивидуальных сеансов. При наличии коморбидного личностного расстройства или выраженных межличностных проблем показано соединение когнитивного и динамического этапов. Высокая степень алекситимии требует более развёрнутого этапа тренировки осознания и вербализации чувств. Описываемая нами стратегия психотерапии разработана для групповых форм работы. Однако основные принципы применимы и при индивидуальной работе.

Рекомендуемая литература

- Алексеев Н.Г. Проектирование условий развития рефлексивного мышления. Дисс. ... докт. псих. наук. М.: 2002.
- Зарецкий В.К., Холмогорова А.Б. Смысловая регуляция решения творческих задач. Исследование проблем психологии творчества. М.: Наука, 1983; 62–101
- Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б. Нарушение саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией // Ж-л невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1985; 12: 1813–1819.
- Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С. Саморегуляция поведения в норме и патологии // Психол. журнал. 1989; 2: 122–132.
- Николаева В.В. О психологической природе алекситимии. Телесность человека: междисциплинарные исследования. М.: 1991; 80–89.
- Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002; 287.
- Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия и перспективы её развития в России // Московский психотерапевтический журнал. 2001; а: 4: 6–17.
- Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия и отечественная психология мышления // Московский психотерапевтический журнал. 2001; б: 4: 165–181.
- Холмогорова А.Б. Многофакторная психосоциальная модель как основа интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра. Материалы XIV съезда психиатров России, 15–18 ноября 2005 г. М.: 2005; 429.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Групповая психотерапия неврозов с соматическими масками (часть 1). Теоретико-экспериментальное обоснование подхода // Московский психотерапевтический журнал. 1994; 2: 29–50.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Групповая психотерапия неврозов с соматическими масками. (часть 2). Мишени, этапы и техники психотерапии неврозов с соматическими масками // Московский психотерапевтический журнал. 1996; а: 1: 59–73.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Интеграция когнитивного и динамического подходов на примере психотерапии соматоформных расстройств // МПЖ. 1996; б: 3: 141–163.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия // Основные направления современной психотерапии. Уч. пособие / Под ред. А.М. Боковой. М.: Когито-Центр, 2000; 224–267.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Принципы и навыки психогигиены эмоциональной жизни. Психология мотивации и эмоций. (Серия: Хрестоматия по психологии) / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер и М.В. Фаликман. М.: 2002; 548–556.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс. М.: Юнеско. МГППУ. 2006; 112.
- Barsky A.J., Coeytaux R.R., Sarnie M.K. & Cleary P.D. Hypochondriacal patients beliefs about good health // American Journal of Psychiatry. 1993; 150: 1085–1089.
- Barsky A.J., Geringer E. & Wool C.A. A cognitive-educational treatment for hypochondriasis // General hospital Psychiatry. 1988; 10: 322–327.
- Barsky A.J., Wyshak G.L. Hypochondriasis and somatosensory amplification // Brit. Journal of Psychiatry. 1990; 157: 404–409.
- Berenbaum H., James T. Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia // Psychosom. Med. 1994; 56: 363–359.
- Cathebras P.J., Robbins J.M. & Haiton B.C., Fatigue in primary care: prevalence, psychiatric comorbidity, illness behavior, and outcome // Journal Gen Intern Med. 1992; № 7.
- Escobar J.I., Burnam M.A., Karno M., Forsythe A., Golding J.M. Somatization in the community // Archives of General Psychiatry. 1987; 44: 713–718.
- Katon W. Depression: Relation to somatization and chronic medical illness // Journal Clin. Psychiatry. 1984; 45: 3: 4–11.
- Kellner R. Somatization. Theories and Research // Journal of Nervous and Mental Disease. 1990; 3: 150–160.
- Kleiman A., Neurasthenia and depression: a study of somatization and culture in China // Cult. Med. Psychiatry. 1982; № 6.
- Kholmogorova A.B., Garanian N.G. Integration of cognitive and psychodynamic approaches in the psychotherapy of somatoform disorders // Journal of Russian and East European Psychology. 1997; 35: 6: 29–54.
- Kholmogorova A.B., Garanian N.G. The integration of cognitive and dynamic approaches in the psychotherapy of emotional disorders // The Journal of the association of European psychiatrists, Standards of psychiatry. Copenhagen, 20–24 September, 1998; 272.
- Kholmogorova A.B., Garanian N.G. Vernuepfung kognitiver und psychodynamischer Komponenten in der Psychotherapie somatoformer Erkrankungen // Psychosom. Med. Psychol. 2000; 51: 212–218.
- Kleinberg J. Working with the alexithymic patient in groups // Psychoanalysis and Psychotherapy. 1996; 13: 1–12.
- Krystal J.H. Integration and self-healing. Affect, trauma and alexithymia. Hillsdale. New Jersey: Analytic Press, 1988.
- Leff J. Culture and differentiation of emotional states // Br. Journal of Psychiatry. 1973; 123: 299–306.
- Lipowsky J. Somatization, the concept and its clinical application // Am. Journal of Psychiatry. 1988; 145: 1358–1368.
- Lipowsky J. Somatization: its definition and concept // American Journal of Psychiatry. 1989; 147: 7: 521–527.
- Mayou R., Bryant B., Forfar C. & Clark D. Non-cardiac chest pain and benign palpitation in the cardiac clinic // Br. Heart J. 1994; 72.
- Nickel R., Egle U. Somatoforme Störungen. Psychoanalytische Therapie. In Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch / Senf W. & Broda M. (Eds.). Stuttgart – New-York: Georg Thieme Verlag, 1999.; 418–424.
- Rief W. Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen): Ätiologie/Bedingungsanalyse. In Lehrbuch: Klinische Psychologie – Psychotherapie (3 Auflage) / Perrez M., Baumann U. Bern: Verlag Hans Huber-Hogrefe AG, 2005; 947–956.
- Rief W., Hiller W. Somatisierungsstörung und Hypochondrie. Goettingen- Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe, Verlag fuer Psychologie, 1998.
- Salkovskis P.M. Somatic problems. Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: a practical guide. / In: Havton K.E., Salkovskis P.M., Kirk J., Clark D.M. (Eds). Oxford: Oxford University Press, 1989.
- Salkovskis P.M. Effective treatment of severe health anxiety (Hypochondria). Copenhagen: World Congress of Behavioral & Cognitive Therapies, 1995.
- Sifneos P. et al. The phenomenon of alexithymia observations in neurotic and psychosom. patients // Psychother. Psychosom. 1977; 28: 1–4: 45–57.
- Taylor G.J. Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment // Am. J. Psychiat. 1984; 141: 725–732.
- Uexkuel T. Psychosomatische Medizin, Urban & Schwarzenberg. Muenchen-Wien-Baltimore. 1996; 1478.
- Van Hemert A.M. Hengeveld M.W., Bolk J.H., Rooijmans H.G.M. & Vandenbroucke J.P. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic // Psychol. Med. 1993; 23.
- Wittchen H.U. Отчёт рабочей группы Европейской Коллегии по нейропсихофармакологии (ECNP) и вопросам распространённости психических расстройств в Европе и связанным с ними бремени (реферат) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2005; 4: 42–46.