

УДК 616

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И РЕСУРСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ПРАКТИКЕ

Коваленко-Маджуга Н.П.

*Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, e-mail: mipu@yandex.ru*

Психосоматическая модель современной медицины постепенно входит в мировоззрение врачей и развивается в сотрудничестве с такими областями знаний как перинатальная психология, клиническая психология, ресурсная психотерапия, *семейная психотерапия*, и другие.

**Ключевые слова:** психосоматическая модель, перинатальная психология, клиническая психология, ресурсная психотерапия.

## PSYCHOSOMATIC MEDICINE AND PRACTICAL RESOURCE PSYCHOTHERAPY

Kovalenko-Madjuga N.P.

*Sainte-Petersburg's State University, Saint-Petersburg, e-mail: mipu@yandex.ru*

Psychosomatic model of modern medicine is gradually entering the doctors' understanding and is developing in conjunction with such fields of knowledge as prenatal psychology, clinical psychology, resource psychotherapy and others.

**Keywords:** Psychosomatic model, prenatal psychology, clinical psychology, resource psychotherapy

Концепция психосоматических отношений опирается на признание первостепенной важности личностно-средовых факторов в генезе соматических заболеваний, в резистентности их к лечению, во вторичной профилактике. Пациент справедливо видится не только «обладателем» больного органа или функции, но и личностью, которая функционирует в той или иной, нередко патогенной, среде. Отношение больных к характеру своей болезни, формирование у них адекватной модели ожидаемых результатов лечения имеют большое значение для прогноза заболевания и уровня ресоциализации [13].

Психосоматические переживания больного с одним и тем же заболеванием могут существенно отличаться в зависимости от особенностей личности и включает различные уровни отражения больным собственного состояния: чувственный, эмоциональный, интеллектуальный, мотивационный. Кроме того, есть лица, склонные к организации определенного стиля жизни, при котором они сами ставят себя в обстоятельства, повышающие вероятность возникновения стрессовых событий, приводящих к возникновению или обострению соматического заболевания [2].

Понятие «психосоматические расстройства» за последние годы существенно изменилось [1, 5, 16], но суть проблемы остается прежней. На смену собственно психосоматической модели, учитывающей преимущественно психогенные факторы, приходит биопсихосоциальная модель (Дроздова М.С., 2003).

Наметился уход от трактовки термина «психосоматический», объединяющего в узком смысле «holy seven» («святую семерку»): язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, эссенциальную гипертонию, ревматоидный полиартрит, гипертироз, нейродермит и бронхиальную астму [2]. Клинические проявления психосоматических расстройств отличаются значительным полиморфизмом и могут быть представлены в различных разделах психических расстройств МКБ-10, но их «обнаруживает общий признак: перекрытие расстройств психической и соматической сферы» [28]. Современная концепция психосоматики благодаря работам таких исследователей, как W. Brautigam, G. Engel, Th. Uexkull, A. Jores, подчеркивает необходимость интегративного подхода к пониманию этиологии, патогенеза и возможностей терапии различных заболеваний с учетом психологических особенностей больного [2].

«Болезнь представляет собой не только соматическое, но и психическое страдание, не только биологическое, но и социальное явление как по происхождению, так и по его последствиям. Современный врач обязан считаться с психикой больного, учитывать его отношение к болезни. Немаловажно для практического врача – представить себе внутреннюю картину болезни данного человека» [4].

«Благодаря неумению и нередко нежеланию врачей заняться психологией больных, их переживаниями, последние отходят от них и идут к чудодеям (магам), – писал Д.Д. Плетнев. – Врачи, сами того не желая,

тем самым культивируют знахарство» [14]. К сожалению, это замечание справедливо и для наших современников, ищущих спасения у «экстрасенсов» и «ясновидящих». Уровень медицинской культуры, медицинского воспитания населения наглядно отражает истинное состояние практической медицины, которая и формирует стереотипы поведения пациента.

Известный невролог К.Ф. Канарейкин писал, что интегральный аспект психосоматической медицины – «это не психиатрия в медицине», поскольку «каждый врач встречается с теми или иными психосоматическими проблемами у своих больных и должен обязательно их учитывать, вырабатывая стратегию лечения» (цит. по [10]). По его мнению, психосоматическая ориентация в современном понимании патологии человека должна стать обязательной в практике любого врача.

Давно напрашиваются изменения в здравоохранении, которые могут быть направлены на реорганизацию подготовки врачей с учетом преподавания им большого объема психологии и психотерапии [17]. Сегодня идет накопление практического опыта, связанного с попытками сближения профессиональных интересов интернистов, психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов в широкой области медицинской практики. Такое сотрудничество способствует пополнению знаний в смежных специальностях, формированию исчерпывающей картины болезни (ее психической и соматической составляющих, «в таких случаях речь идет об интеграции, но не о простом суммировании или подмене знаний специалистов» [17]).

Патогенез психосоматических расстройств, описанный Д.Н. Исаевым [9], определяется сочетанием и взаимодействием следующих основных факторов:

- неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;
- наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам;
- нейродинамическими сдвигами (нарушения деятельности ЦНС);
- личностными особенностями;
- психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;
- фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;
- особенностями психотравмирующих событий.

Психосоматическая ориентация в медицине, предполагая существенную роль биологических, психических и социальных

факторов в возникновении, течении и исходе патологических состояний у человека, указывает на необходимость комплексных подходов к интегрированной диагностике, терапии, профилактике и реабилитации на основе совокупных знаний [6]. Для больных, страдающих психосоматической патологией, преобладание расстройств той или иной сферы на данном этапе болезни является определяющим в выборе форм и методов коррекции, а также в степени участия и акцентировании роли терапевта или психиатра. Наиболее толерантной моделью, выполняющей все вышеуказанные требования является модель ресурсной психотерапии (Коваленко-Маджуга Н.П.) [11, 12]. Применение методов ресурсной психотерапии, имеющих как профилактическое, так и общетерапевтическое значение, и может стать важным подспорьем для врача-интерниста. Это направление, в котором реализуется исследование психосоматического причинного слоя и решается задача целенаправленной коррекции внутренней картины болезни. Ресурсная психотерапия интегрировала в себе знания таких областей медицины как акушерство, педиатрия, а так же рефлексотерапия и неврология. В широком смысле ресурсная психотерапия является частью психологии и гуманистической медицины, опирающейся на представление о неповторимости человеческой личности и реализующей во врачебной и консультативной практике идею единства психического и физического (Дроздова М.С., 2008) [8]. Таким образом, важнейшее место в кругу вопросов, связанных с практикой психотерапевтического подхода, занимает проблема взаимоотношений между врачом и его пациентом (психологом и клиентом). В перинатальной психологии описаны актуальные связи в системе отношений роженица-акушерка, беременная-врач и выявлены или ятрогенные, или позитивные развивающие воздействия. Все зависит от качества коммуникаций в этой системе отношений. Далеко не каждый специалист, даже высокого профессионального уровня, способен по-человечески поддержать больного, стать при этом для него больше духовником, психологом, чем просто врачом. Нужно помнить и то, что чрезмерная психотерапевтическая активность врача может привести к ятрогенным психическим реакциям, расстройствам. Так, например, бывает при некорректном объявлении онкологического диагноза др. Безоговорочное же принятие всех жалоб и неумение выявить истинные установки больного чревато не только непредсказуемостью поступков и намерений пациента, но и падением профессиональ-

ного авторитета врача в глазах его коллег и пациентов.

Средствами ресурсного психотерапевтического подхода при наличии эффективного контакта врача или психолога с больным можно ускорить решение целого ряда важных задач. Можно добиться оптимальной реализации общего плана диагностических, лечебных, реабилитационных мероприятий. Первичный курс ресурсной психотерапии имеет психопрофилактическое и психокоррекционное значение и при применении ресурсной психотерапии в случае психогенных соматических расстройств на первый план выдвигается собственно терапевтический аспект.

Чувственный компонент реакции личности на болезнь почти всегда включает эффект беспокойства, тревожности, страха, иногда тоскливой подавленности или апатии. При любом заболевании опасения за его исход, озабоченность по поводу того, как это отразится на работе, семейной жизни, страх перед предстоящим обследованием, процедурами или операцией представляют тот эмоциональный фон, который может осложнить течение болезни и негативно отразиться на результатах проводимого лечения. Поэтому снижение выраженности подобных переживаний, снятие эмоционального напряжения является в ряде случаев одной из главных целей психотерапевтического подхода [2]. Патогенность тревожных состояний во время беременности хорошо изучена перинатальными психологами и доказана необходимость подготовки женщин к регуляции эмоциональных и поведенческих реакций на стресс во время беременности и после родов (Коваленко-Маджуга Н.П., Шкуратенко О.С.).

Преобладание тоскливого или апатического аффекта также может выступать в качестве причины либо в качестве одного из следствий вынужденной гипокинезии, поэтому другой важной задачей часто становится повышение активности больного. Необходима мобилизация всех внутренних ресурсов на борьбу с заболеванием. В беседах с больным должна настойчиво проводиться мысль о том, что процесс выздоровления может быть замедлен или ускорен его собственным отношением к болезни и лечению. Для решения этой задачи в ресурсной психотерапии разработаны программы «Ресурсный потенциал», «ресурсная арт-терапия» и пр. Применение этих методик для беременных с угрозой невынашивания, с сопутствующими беременностью патологиями показала их корректность и эффективность.

Пробудить у пациента чувство жажды жизни, активное желание саморазвития, из-

менение возможностей, приобретения навыков, которые могут быть применены за стенами лечебного учреждения – это трудная задача, требующая времени. Обычно, в случае гипернозогнозии на первом этапе психокоррекции показаны методы «поддерживающей» психотерапии, направленные на редукцию чувства страха, отчаяния и беспомощности. Такая техника эффективна у больных с выраженным «избеганием опасности», чертами зависимости, инфантильности, тревожности, ориентации на авторитет врача. Психотерапия на данном этапе носит преимущественно симптоматический характер и решает задачи снижения уровня тревожности, отвлечения внимания от ипохондрических переживаний, осмысления лечебного процесса [15]. Но такой подход обладает малой эффективностью и эффект удерживается малое время. Задача ресурсной психотерапии – формирование у больного активной и самостоятельной установки на возможность выздоровления и на активное «соучастие» в процессе лечения, готовность к тренингу и экспериментам, исследование причин болезни, способность активно участвовать в анализе результатов и принятии ответственности за результаты лечения.

В случае гипогнозии на первом этапе лечения целесообразно использование «рациональной» психокоррекции с директивно-суггестивными элементами, направленной на разъяснение пациенту необходимости лечения, пагубности последствий нарушения режима и попыток самолечения. Некоторые авторы отмечают эффективность такой психотерапии в первую очередь у больных с выраженным «поиском нового», низким уровнем тревожности, высокой активностью и самоконтролем, недооценкой существующей опасности [15]. Для них важен процесс активизации их ресурсного потенциала, творческая активность, что обеспечивает ресурсная психотерапия.

На дальнейших этапах психотерапии таких пациентов показаны методики, направленные на коррекцию гипертрофированных представлений пациента о собственной компетентности в ситуации болезни, развитие его альтруистических эмоциональных стратегий, сопереживания, способности к сотрудничеству и уважению других. Таким пациентам показана ресурсная арт-терапия для активизации творческого потенциала через саморефлексию.

Современная медицина – прежде всего медицина доказательная, основанная на протоколах и стандартах диагностики, лечения и профилактики конкретных заболеваний. Но, с одной стороны, стандар-

ты – огромное достижение в предотвращении врачебных ошибок, а с другой – это инструкции, в которых пока не предусмотрены психосоматические взаимоотношения. В связи с этим назрела необходимость разработки четких, стандартизированных программ диагностики психических расстройств в общемедицинской практике. Так на наш взгляд, учитывая ресурсный подход в психотерапии необходимо усиление профилактических программ, которые и могут развивать ресурсный потенциал граждан и осуществлять корректирующее воздействие в момент первичных отклонений, не позволяя формировать патологии соматизированной.

Уже много лет в Санкт-Петербурге в Российской ассоциации перинатальной психологии медицины (РАППМ) занимаются подготовкой и усовершенствованием психологов и врачей в области ресурсной и перинатальной психотерапии, проводятся конференции при поддержке СПбГУ, НИИ АГ им. Д.О. Отта. В последние годы специалисты РАППМ нашли взаимопонимание с врачами клиники традиционной медицины «Амрита», где удачно сочетаются методы рефлексотерапии с ресурсной психотерапией и организовано отделение Ресурсной терапии под научным руководством автора.

Для работы с беременными женщинами по подготовке к родам внедрена программа «Глория» (Коваленко Н.П., 1998). Для оказания профилактической и терапевтической помощи женщинам в климактерическом периоде (с сочетанными патологиями) внедрена программа «Камелия», которая имеет выраженный терапевтический эффект у женщин с психосоматическими осложнениями. Разработаны диагностические методики для работы с ресурсом семьи больной и выявления причин возникновения психосоматических расстройств на фоне эмоциональных травм, накопленных в семье.

Детальное изучение вопроса о причинах психосоматических осложнений дает право предположить, что личностно-средовые факторы занимают одно из первых мест в генезе соматических заболеваний [3]. Результаты научно-исследовательской и лечебной работы на протяжении 15 лет обсуждаются на научных конференциях РАППМ и дают основание предложить следующее:

1. Обучение студентов медицинских вузов основам психосоматической медицины и ресурсной психотерапии необходимо начинать как можно раньше (вместе с обучением общему уходу за больными на втором курсе или пропедевтике внутренних болезней на третьем курсе).

2. Для врачей общесоматического стационара, родильный домов, детских медицинских центров и поликлиник – усовершенствовать свои знания медицинской психологии и ресурсной психотерапии.

5. В каждом городе необходима организация бюджетных Ресурсных Центров, занимающихся проблемами ресурсного потенциала отдельного человека, семьи, группы, организации, а так же профилактическими программами, повышающими осведомленность граждан о непосредственной связи психики и сомы и ответственность за свое здоровье.

Вопросы здоровья обеспечивает профилактика – это истина, известная всем. Ресурсы человека – это результат его усилий и конкретных действий. Именно этот тезис – основа тактики ресурсной психотерапии.

#### Список литературы

1. Бадажков Д.В., Бахтина И.А., Журавлев Ф.А. и др. // Бюлл. СО РАМН. – 1999. – № 1. – С. 59–62.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. – М., 1999.
3. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике (Пособие для врачей и психологов). – СПб., 1998.
4. Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней. – М., 1985.
5. Гарбузов В.И. Концепция инстинктов и психосоматическая патология: Наднозологическая диагностика и терапия психосоматических заболеваний и неврозов. – СПб., 1999.
6. Гарганеева Н.П. // Сибирский журн. гастроэнтерологии и гепатологии. – 1999. – № 8. – С. 99.
7. Дроздова М.С., Немцов Л.М., Мишук И.Ф. // Фундаментальные, клинические и фармацевтические проблемы патологии человека: Сб. науч. трудов сотрудников ВГМУ. – Витебск, 2002. – С. 164–166.
8. Дроздова М.С., Федоров А.П., Головкин С.П. // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. – 2003. – № 1. – С. 89–90.
9. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. – СПб., 2000.
10. Кабанов М.М., Личко А.В., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л., 1983.
11. Коваленко Н.П. Перинатальная психология. – СПб., СПбГУ, 2000.
12. Коваленко – Маджуга Н.П. Ресурсная арт-терапия. – СПб., Петрополис, 2009.
13. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М., 2002.
14. Плетнев Д.Д. // Избранное. – М.: Медицина, 1989. – С. 8–34.
15. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. и др. // Журн. неврологии и психиатрии. – 1999. – № 4. – С. 4–16.
16. Ташлыков В.А. Психологическая защита у больных неврозами и психосоматическими расстройствами: Пособие для врачей. – СПб., 1992.
17. Циммерман Я.С., Белоусов Ф.В. // Клин. медицина. – 1999. – № 8. – С. 9–15.
18. Шкуротенко О.Б. Психосоматические расстройства у беременных женщин. Сборник научных статей РАППМ. Под ред. Коваленко Н.П.; СПб., – Петрополис, 2011.