

# правда и мифы о психосоматике

Как тело  
и психика  
влияют  
друг на друга

Наталья Фомичева

18+

Наталья Фомичева

**Правда и мифы о психосоматике.  
Как тело и психика  
влияют друг на друга**

«Альпина Диджитал»

2023

**Фомичева Н.**

Правда и мифы о психосоматике. Как тело и психика влияют друг на друга / Н. Фомичева — «Альпина Диджитал», 2023

ISBN 978-5-96-148355-0

Правда ли, что рак может возникнуть после сильного стресса или у тревожных людей? А диабет у ребенка – прямое следствие «непрожитых» его мамой обид? И если замалчивать желания, замучают ангины. Одни люди пытаются лечить тяжелые заболевания путем аффирмаций и прощения обид – забывая, что отсутствие должной медицинской помощи может привести к серьезному ухудшению состояния. Другие, 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. В этой книге Наталья Фомичева, психолог, специалист по психосоматическим расстройствам, автор книги «Близость», рассказывает о взаимосвязи телесного и психического и развенчивает мифы, которые окружают психосоматическую медицину. После ее прочтения вы узнаете, как связаны физические и психические заболевания, когда «первым начинает» тело, а когда – психика, и что делать, если проблема есть, а врачи ничего не находят. Для кого Для тех, кто хочет узнать, что такое психосоматика и как связаны тело и психика.

ISBN 978-5-96-148355-0

© Фомичева Н., 2023

© Альпина Диджитал, 2023

# Содержание

Рекомендуем книги по теме	7
Предисловие	11
Часть I	12
Глава 1	12
Глава 2	17
Глава 3	20
Глава 4	25
Глава 5	29
Глава 6	31
Глава 7	34
Глава 8	37
Глава 9	40
Глава 10	43
Глава 11	46
Глава 12	50
Глава 13	53
Глава 14	59
Глава 15	63
Глава 16	65
Глава 17	68
Часть II	71
Глава 18	71
Глава 19	76
Глава 20	80
Глава 21	84
Глава 22	90
Глава 23	93
Глава 24	96
Глава 25	98
Глава 26	101
Глава 27	103
Заключение	106
Приложение: инструменты	107
Благодарности	121

# **Наталья Фомичева**

## **Правда и мифы о психосоматике. Как тело и психика влияют друг на друга**

*В книге упоминаются социальные сети Instagram и/или Facebook, принадлежащие компании Meta Platforms Inc., деятельность которой по реализации соответствующих продуктов на территории Российской Федерации запрещена.*

Редактор *Ольга Хардина*

Главный редактор *С. Турко*

Руководитель проекта *Е. Кунина*

Корректоры *Е. Чудинова, А. Кондратова*

Компьютерная верстка *К. Свищёв*

Дизайн обложки *Д. Изотов*

Арт-директор *Ю. Буга*

© Наталья Фомичева, 2023

© ООО «Альпина Паблишер», 2023

*Все права защищены. Данная электронная книга предназначена исключительно для частного использования в личных (некоммерческих) целях. Электронная книга, ее части, фрагменты и элементы, включая текст, изображения и иное, не подлежат копированию и любому другому использованию без разрешения правообладателя. В частности, запрещено такое использование, в результате которого электронная книга, ее часть, фрагмент или элемент станут доступными ограниченному или неопределенному кругу лиц, в том числе посредством сети интернет, независимо от того, будет предоставляться доступ за плату или безвозмездно.*

*Копирование, воспроизведение и иное использование электронной книги, ее частей, фрагментов и элементов, выходящее за пределы частного использования в личных (некоммерческих) целях, без согласия правообладателя является незаконным и влечет уголовную, административную и гражданскую ответственность.*

\* \* \*

Наталья Фомичева

# Правда и мифы о психосоматике

Как тело и психика влияют друг на друга



альпина  
паблишер

Москва  
2023

## Рекомендуем книги по теме



[Помирись с едой: Как забыть о диетах и перейти на интуитивное питание](#)  
Елизавета Гильман



[Второй мозг: Как микробы в кишечнике управляют нашим настроением, решениями и здоровьем](#)

Эмеран Майер



[С ума сойти! Путеводитель по психическим расстройствам для жителя большого города](#)

Дарья Варламова, Антон Зайниев



**Фокус на жизнь: Научный подход к продлению молодости и сохранению здоровья**

**Андрей Фоменко**

## 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 ощущимую 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 незддоровья, 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 *A*, чем у *B*, 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 adeptы 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 типажами. 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 развитию 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».

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

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.

### **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 напрямую и будет работать с ними). Но осознанность не убережет 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 биopsихосоциальной модели возникновения заболеваний, которая позволяет учесть все эти факторы.

**Невозможно уберечься от болезней путем осознанности или работы с психотерапевтом.**

### **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. Играет 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 недотепами. 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 ссылками 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, идиосинкразии<sup>1</sup>, 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 сильнейшим 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 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

---

<sup>1</sup> 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.

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 («затягивает, 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 распознания 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, симпту. 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 биopsихосоциальную 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
<b>Биологические факторы</b>		
<b>Психологические факторы</b>		
<b>Социальные факторы</b>		

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: женщина 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 соматика	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
Первична психика, соматика – следствие	6. Психосоматозы
	7. Соматические осложнения при психических расстройствах
	8. Соматоформное психическое расстройство
	9. Соматизированная депрессия
	10. Тревожное расстройство с соматическими фобиями
Психические проблемы вызывают телесные симптомы	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 акцентуация<sup>2</sup> 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 зна-

---

<sup>2</sup> Акцентуация характера – усиление отдельных черт характера, которое делает человека более чувствительным к определенным видам стресса.

чение: этот «диагноз» часто ставят тем, у кого есть какие-либо возрастные 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.**

● **Вегетососудистая дистония (ВСД).** Этот «диагноз» часто получают пациенты с соматоформным расстройством и иногда с соматоформными реакциями. Если у человека кружится голова, бегают муряшки, 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 диагноз). Что значит – «соматическое заболевание не выявлено», «симптомы не укладываются в рамки существующих диагнозов»? А может, мне просто не попадался 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 астенических<sup>3</sup> 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 как они весьма многообразны. Ограничимся общей информацией о них.

На ранней стадии эндокринных заболеваний возникает так называемый психоэндокринный синдром. По симптомам он напоминает некоторые психические расстройства. Может развиваться лабильность (изменчивость) настроения, эйфория или депрессия, обидчивость и плаксивость, тревога и страх, апатия, вялость, повышение или понижение аппетита, потребности в сне, тепле. Но есть и отличия. Так, для психоэндокринного синдрома не характерны изменения мышления и моторной активности. Например, пациентка с гиперфункцией щитовидной железы может быть в приподнятом настроении или в тревоге, много говорить, но у нее не будет скачки мыслей или двигательного возбуждения, характерного для маниакальной фазы биполярного расстройства. Более того, при психоэндокринном синдроме часто возникает «рассинхронизация» симптомов, когда на фоне апатии возникает злость, раздражительность или эйфория, либо наоборот – тревога и депрессивные мысли при подъеме энергии.

На поздней стадии эндокринных заболеваний, при тяжелом течении, может наблюдаться *органический амнестический синдром*. Это серьезное психическое нарушение: личность человека меняется, снижается память, уровень интеллекта, замедляется мышление, стираются эмоции.

Эндокринные расстройства могут спровоцировать и острый психоз. Он характерен при гипертоническом кризе у пациентов с болезнью Иценко – Кушинга, при Аддисоновых кризах и некоторых других заболеваниях.

Врачи-эндокринологи и психиатры умеют отличать психические нарушения, которые возникают в результате нарушения гормональной функции, от реакций на психологические проблемы, акцентуаций характера и психиатрических заболеваний. Если вы не понимаете, чем вызвано ваше состояние или состояние близкого человека, можно посетить этих двух специалистов, и они назначат необходимые обследования. Кроме изменений в анализах, на эндокринную природу психических расстройств может указывать астения, которая очень часто сопровождает гормональные нарушения.

#### 2. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга

Гипертония, церебральный атеросклероз и другие заболевания сосудов играют большую роль в возникновении психических нарушений. У пациентов с разными особенностями

<sup>3</sup> 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.

тяжесть этих нарушений при прочих равных будет различной. Играют роль и образ жизни, и перенесенные инфекции, и другие соматические заболевания, нарушения обмена веществ и многое другое.

При инсультах характер психических нарушений зависит от того, какие именно участки мозга пострадали, а выраженность проблем – от тяжести инсульта. Часто такие психические нарушения обратимы, особенно если инсульт не был крайне тяжелым, а реабилитация ведется активно. Если речь не об инсульте, а о гипертонический болезни и связанной с ней хронической ишемии (снижении кровоснабжения), то, как правило, первыми начинают страдать сосуды, обеспечивающие кислородом глубинные отделы белого вещества головного мозга и подкорковые базальные ядра. Эти отделы мозга «заведуют» связью между передними и задними отделами коры, поэтому, когда они испытывают нехватку кислорода, у человека ухудшается функционирование лобных долей головного мозга. Замедляется мышление, становится сложнее концентрироваться и переключаться. При этом человек то «увязает», придавая какой-то детали большое значение и тратя много времени на мелочи, то постоянно отвлекается. Снижается способность к аналитическому мышлению, например обобщению понятий или логическим умозаключениям. Лобные доли также играют огромную роль в эмоциях и поведении, поэтому при сосудистой недостаточности мозга может отмечаться легкая депрессия. Чаще всего пациент не ощущает ее как снижение настроения, а жалуется на тяжесть в голове и постоянную усталость.

При более значительной сосудистой недостаточности эмоции человека становятся очень лабильными (изменчивыми). Вы наверняка сталкивались с пожилыми людьми, которые могут легко прослезиться и тут же снова улыбаться или гневаться. Иногда при сосудистой деменции характер человека как бы застывает: любитель порядка озабочен теперь только тем, чтобы все лежало по местам; недоверчивый принимается подозревать близких в самом плохом; добродушный и веселый тратит все деньги на ненужные подарки и т. д. У некоторых развиваются такие неудобные для общения черты, как обидчивость, раздражительность, требовательность.

При выраженной сосудистой деменции когнитивные способности постепенно угасают, человек все хуже соотносится с реальностью. Слабеет память, особенно на недавние события. Нарушается ориентация во времени – пациент перестает различать, что было десять лет назад, а что позавчера. Ему становится необходима помощь – сначала в таких сложных делах, как лечение или заполнение документов, а затем и в повседневном быту.

Существует множество органических причин, вызывающих деменцию у пожилых людей, и эти причины нередко сочетаются между собой. При болезни Альцгеймера в мозге находят не только амилоидные бляшки, но и атеросклероз сосудов, а при церебральной ишемии – изменения, характерные для болезни Альцгеймера, и т. д. Очень разнообразны и проявления старческого угасания – от умеренного когнитивного дефицита до психозов с галлюцинациями или полной деградации эмоциональной и волевой сферы. Это целый кластер крайне распространенных психических нарушений, причины которого лежат в соматической плоскости.

**При сосудистой недостаточности мозга может отмечаться легкая депрессия. Чаще всего пациент не ощущает ее как снижение настроения, а жалуется на тяжесть в голове и постоянную усталость.**

### **3. Психические расстройства при инфаркте**

Инфаркт миокарда принято считать чисто соматической патологией. Но, как хорошо известно врачам-кардиологам, он практически всегда влечет обратимые психические расстройства.

В продромальном периоде (перед самым инфарктом), иногда еще до появления боли, люди часто испытывают сильнейший страх смерти, надвигающейся гибели. Это чувство сохраняется и усиливается при появлении боли. В некоторых случаях оно сопровождается желанием

застыть и не двигаться, в других – вызывает двигательное беспокойство, суетливость и разговорчивость. Даже если пациент понимает, что ему необходимо лежать, его трудно удержать в постели. Иногда возбуждение сочетается со спутанностью сознания. Важно отметить, что все эти чувства, ощущения и реакции не зависят от характера больного и особенностей его личности: они полностью предопределены соматическим компонентом болезни. При других острых заболеваниях, которые сопровождаются сильной болью, этого специфического страха-предчувствия не возникает. Опытные кардиологи по тому, какие именно эмоциональные реакции демонстрирует пациент, могут сделать предположения о конкретном варианте диагноза (инфаркт обширный или мелкоочаговый, передней или задней стенки миокарда). Это связано в том числе и с тем, насколько сильный дефицит кислорода человек испытывает.

Для пациентов после инфаркта (спустя несколько дней или неделю) характерна резкая гиперчувствительность к свету и звуку, болезненная раздражительность, изменчивость настроения, иногда – слезливость, тревожность, подавленность. Другие, наоборот, впадают в беспечность, эйфорию, проявляют анозогнозию (отрицание диагноза): сомневаются в тяжести своего состояния, стремятся встать и пойти на работу, строят планы. При этом у них нет психоза, в остальном они ориентированы в реальности. Эти психические симптомы опять-таки не зависят от характера пациента. По наблюдениям кардиологов, эйфория свидетельствует о более тяжелом протекании процесса и присоединившихся нарушениях мозгового кровообращения. При резком кислородном голодании пациент может даже впасть в делирий – помрачение сознания с нарушениями восприятия реальности, например галлюцинациями. Когда функции сердца восстанавливаются, недостаток кислорода уменьшается, и эйфория спадает. Вот почему тревога, слезливость и депрессивные настроения свидетельствуют о том, что человеку, перенесшему инфаркт, становится лучше.

**Перед самым инфарктом, иногда еще до появления боли, люди испытывают сильнейший страх смерти.**

#### **4. Болезни почек и печени**

При серьезных заболеваниях этих органов в организме накапливаются продукты обмена веществ, которые могут воздействовать на мозг и провоцировать определенные психические нарушения. Для почечной недостаточности характерны астения, слабость и, прежде всего, постоянные нарушения сна: кошмарные сновидения и гипнагогические галлюцинации (при засыпании и пробуждении).

При серьезных поражениях печени (цирроз, метастазы в печень при раке) выражена не только слабость, но и рассеянность внимания, ослабление кратковременной памяти, часты такие эмоциональные реакции, как подозрительность и обидчивость (напоминаем, что в подобных случаях они не зависят от особенностей личности человека: их происхождение – чисто органическое). Характерна ночная бессонница при неудержимой сонливости днем, причем больной может внезапно засыпать в любом положении. При усилении интоксикации наступают помрачение сознания, затем оглушение и кома.

#### **5. Инфекционные психозы**

Острые психозы при инфекционных заболеваниях обусловлены сильной интоксикацией или нарушением мозгового кровообращения. Обычно инфекционные психозы возникают на фоне высокой температуры и выражаются в состоянии делирия: пациент видит фантастические галлюцинации, нередко настоящие «кошмары наяву», он возбужден, не понимает, где находится, может пытаться встать или метаться по кровати. Инфекционный психоз длится до нескольких дней, иногда возвращается «волнами» в течение 1–2 недель. После болезни психоз проходит без последствий, как правило, выздоровевший пациент почти ничего не помнит. Этот «лихорадочный бред», как его называли в старину, особенно характерен для гриппа, причем

есть и специфические гриппозные сюжеты бреда, связанные с водой: больному может казаться, что он тонет, пьет, купается в фонтане, что из его тела или головы течет вода, что он облит или вымазан каким-то раствором. Пациент может просить поставить его под душ или положить в ванну. Такие галлюцинации называются гигиеническими. Другой типичный гриппозный бред – утолщение и утончение предметов: они кажутся больному то разбухшими, то, наоборот, тонкими как нитка. Обычно психозы развиваются на фоне сильной головной боли, головокружения, бессонницы, им может предшествовать острые тревога или пониженное настроение.

Сейчас появляется много исследований о нейротоксичности ковида. Косвенно об этом говорит такой симптом, как исчезновение обоняния. Постковидный синдром часто включает в себя такие психические проблемы, как депрессия, апатия, снижение когнитивных функций. Эти изменения не обязательно напрямую связаны с тяжелым течением болезни. Пока неизвестно, по каким законам они возникают, но уже понятно, что чаще всего постковидные психические нарушения обратимы. Разные штаммы ковида с разной вероятностью дают подобные симптомы. Ученые продолжают исследовать проблему, чтобы сделать больше практических выводов.

## Глава 5

### Злой, потому что болит: психологическая реакция на телесные симптомы

В предыдущей главе речь шла о ситуациях, когда психика страдает по прямым «соматическим» причинам: закупорка сосуда, нарушение гормональной регуляции и т. д. Но есть и другой путь, которым болезненный симптом может менять наше восприятие мира и эмоциональные реакции: когда нам плохо, мы иначе мыслим, иначе чувствуем. И наоборот: от того, что мы думаем и какие эмоции испытываем, зависит восприятие боли и других неприятных симптомов. Здесь-то и начинается самое интересное – взаимопроникновение телесного и психического.

Возьмем для примера одно из самых неприятных ощущений – боль. Люди давно заметили, что мы переносим ее по-разному. Есть два понятия:

- болевой порог – сила раздражителя, вызывающего боль как минимум в 50 % случаев;
- порог переносимости – наиболее сильная боль, которую я готов(а) терпеть здесь и сейчас.

Например, у меня низкий болевой порог, но высокий порог переносимости. Поэтому я ощущаю даже слабые раздражители как болезненные, но могу терпеть достаточно долгую и сильную боль. У других бывает наоборот: болевой порог высокий, а переносимость низкая. Такие люди могут неожиданно потерять сознание от боли, хотя до этого казалось, что они спокойно переносят страдание.

Низкий болевой порог плюс низкий порог переносимости – это гиперчувствительный человек, который многое воспринимает как боль, причем терпеть ему труднее, чем другим. В культурах, где умение терпеть боль считается достоинством, люди могут стыдиться своей «слабости». На самом деле эта черта во многом определяется физиологией.

Высокий болевой порог плюс высокий порог переносимости дает возможность выдерживать вскрытие нарывов без обезболивания и удивляться, почему другие так не могут. Естественно, у людей с разными порогами боли и переносимости в силу опыта будет разное отношение к одинаковым раздражителям.

На практике отделение чистой ноцицепции (физиологической болевой чувствительности как таковой) от субъективного восприятия боли не имеет значения. Во всем мире боль принято оценивать по субъективной шкале – от единицы (боли нет) до десятки (невыносимая боль, сильнее не было никогда). Не так важно, «кажется» пациенту, потому что «он себя так настроил», или он испытывает боль «в реальности»: его реальность такова, что боль есть, и ее надо снимать. Фраза советских и постсоветских медиков «не выдумывай, у тебя не может болеть» имеет мало отношения к современной медицинской этике.

Точно так же обстоит дело с другими симптомами. Клинические исследования могут выявить отсутствие каких бы то ни было предпосылок к тошноте, но невозможно сказать пациенту, что его не тошнит, если он это ощущает. Невролог констатирует отсутствие нарушений, а пациент утверждает, что чувствует слабость в левой ноге. Действительно ли есть слабость, настолько незначительная, что наблюдатель не может ее зафиксировать? Или пациенту только кажется, что она есть? Исследования нервной проводимости мышц могут ответить на этот вопрос точнее, но для прекращения страданий исследований недостаточно, ведь «не наблюдаемые» симптомы не выдуманы – пациент ощущает их как реальные.

**Не так важно, «кажется» боль пациенту, потому что «он себя так настроил», или он испытывает ее «в реальности»: его реальность такова, что боль есть, и ее надо снимать.**

Наши мысли могут влиять на восприятие симптомов. Если человек по каким-то причинам насторожен в отношении сигналов своего тела, он концентрирует на них внимание, и его порог чувствительности становится ниже. Например, пациент перенес операцию по поводу онкологического заболевания и знает, что боль в спине может быть признаком метастазов в позвоночник. Он воспринимает даже слабую боль как угрожающую и ощущает ее чаще и сильнее, чем если бы у него не было этой настороженности. Другой пример: многие люди с сердечно-сосудистыми заболеваниями развивают «вторичную тревогу», которая возникает при любых неприятных ощущениях в области сердца.

На восприятие симптомов заболевания влияют не только мысли, но и настроение. Астения, подозрительность, тревожность, страх, апатия или меланхолия усиливают восприятие неприятных ощущений. Наоборот, ярость и другие стенические (т. е. связанные с активностью) реакции повышают и болевой порог, и порог переносимости. Многие, спасая человека, не замечали собственных ранений, обморожений, ожогов и падали без сознания, только когда все оказывалось позади. Люди с биполярным расстройством в тяжелом маниакальном состоянии подчас не ощущают боли даже при переломах.

Одна из загадок психологического восприятия сигналов нашего тела – субъективный опыт переживания женщиной родов. Невозможно объективно ответить на вопрос, какими по степени болезненности могут быть «нормальные» роды. Мы знаем, что настроение женщины, ее готовность к процессу, знание о нем играют важную роль и влияют на поведение. Слушать сигналы тела, правильно дышать, принимать позы, облегчающие схватки, – всё это весьма существенно оказывается на восприятии боли в родах. Вместе с тем часть женщин, у которых роды прошли безболезненно, возможно, обладают более высокими порогами чувствительности и переносимости боли. А в случаях, когда непереносимая боль в родах свидетельствует об индивидуальных особенностях тела или процесса, даже самое правильное поведение не сможет ее облегчить, и обезболивание обязательно.

**Одна из загадок психологического восприятия сигналов нашего тела – субъективный опыт переживания женщиной родов.**

Таким образом, в нашем восприятии телесных симптомов отражается много внутренних, относящихся к психике, факторов. Хронические симптомы (боль, зуд, дискомфорт, снижение способностей) могут оказываться на качестве жизни, снижать настроение, изменять характер. Степень такого влияния зависит не только от интенсивности выраженности симптомов, но и от характера человека до болезни, и от сопутствующих обстоятельств, прежде всего – от прогноза заболевания. Психологически легче переносить неприятные симптомы, если известно, что они не являются признаком угрожающего жизни заболевания и в дальнейшем не будут усиливаться. И здесь мы плавно переходим к теме следующей главы.

## Глава 6

### Я и мой диагноз: психологическая реакция на заболевание

Если в предыдущей главе шла речь о том, как мы воспринимаем конкретные соматические симптомы (неприятные ощущения), то здесь поговорим о восприятии самого заболевания как целостного симптомокомплекса, диагноза.

Кажется, что никто не радуется болезням, но это не совсем так. Психологические реакции на заболевание могут быть очень разными. Выгоревший работник радуется, вывихнув ногу и получив легальную возможность провести несколько недель в постели, а ученик, не любящий школу, надеется заболеть ангиной. Человек, месяцами испытывавший неизвестные грозные симптомы и проходивший бесконечные безрезультатные обследования, может почувствовать облегчение, услышав наконец диагноз (даже неприятный – если это означает ясность с дальнейшим лечением).

*Анозогнозия* («незнание о болезни») – еще один вариант реакции на болезнь, не сопровождающийся неприятными эмоциями. В этом случае пациент предпочитает не замечать заболевание, отрицать его, преуменьшать симптомы, объясняя их как случайные и переходящие явления, вести себя как ни в чем не бывало. Анозогнозия связана с психическим механизмом защитного отрицания. Это сильнейшая и примитивная защита, которая бережет психику человека от неприятных переживаний («я так болен, что могу умереть очень скоро», «моя жизнь заканчивается»). Анозогнозия чаще встречается у людей с оптимистичным и беспечным характером, а также у склонных к магическому мышлению, позволяющему закрывать глаза на очевидное. Но при некоторых заболеваниях анозогнозия возникает у людей с любым другим складом характера – например, в терминальной стадии туберкулеза или онкологического заболевания. В этом смысле анозогнозия и гипонозогнозия (преуменьшение тяжести заболевания) могут быть благотворны. Они позволяют пациенту меньше думать о боли и неприятных симптомах, о том, что он проживает последние месяцы или дни жизни. В других случаях, когда лечиться можно и нужно, анозогнозия подчас заставляет больного отказываться от медицинской помощи, что приводит к усугублению состояния.

И все же обычная реакция на болезнь – как на нечто неприятное. Это нормально: большинству людей хочется стать здоровыми, избавиться от страданий, жить долго и счастливо. Важна степень этой реакции: насколько она мешает человеку и ухудшает качество жизни в дополнение к самому заболеванию.

Так как наша основная модель возникновения заболеваний называется биopsихосоциальной, то в разговоре о психосоматике всегда незримо присутствует «кто-то третий» – общество. Когда мы говорим о том, как люди психологически реагируют на болезнь, социальный аспект встает в полный рост.

Приведу в пример воспитание ребенка с ДЦП нетяжелой степени, например с сохраненным интеллектом и нижней параплегией или парапарезом, когда человек не может самостоятельно ходить или делает это с трудом. Такому ребенку нужна реабилитация и адаптация. То, как будет создаваться программа занятий, зависит не только от характера нарушений, но и от общества, в котором ребенок живет. В России практически нет доступной среды для колясочников, а социум по-прежнему склонен видеть в таком человеке «неполноценного». Невозможность ходить резко снижает возможности ребенка: ему просто никуда не попасть без посторонней помощи. Вот почему многие родители пытаются любой ценой научить ребенка ходить, даже если шансы невелики и для этого требуются многочасовые изматывающие тренировки и огромные финансовые вложения, а результатом будет возможность самостоятельно пройти 50–100 метров с ходунками. Детство такого ребенка полно тяжелого труда, значительное время уходит на то, чтобы сделать его максимально «нормальным человеком» (хотя до «полной

нормы» ему все равно не дотянуться – это невозможно). Любящий родитель сплошь и рядом выступает в роли жесткого тренера. Зато теперь ребенок «ходячий», «полноценный» (хотя ему по-прежнему легче передвигаться на коляске). Очевидно, что в происходящем нет вины родителя: причина – во враждебной среде, в которой умение хоть как-то самостоятельно передвигаться является критически важным для социализации и адаптации.

Напротив, в Европе или США, где пространство оборудовано для колясок, а люди привыкли к их присутствию в среде, реабилитация и адаптация нацелены скорее на гармоничное развитие ребенка: профилактику вторичных нарушений, контрактур<sup>4</sup> и т. д., на социализацию, на развитие тех навыков, которые ребенок может освоить без существенных жертв. Пусть он будет в коляске – там это не такая большая проблема, это не сделает его неполнценным и не лишит такого количества возможностей, как в России. Важной задачей становится адаптация среды под ребенка, чтобы он рос в обстановке, благоприятной для развития самостоятельности и нормального общения. Впрочем, такой подход медленно начинает развиваться и в нашей стране. Мы видим, как социальная среда влияет на психологическое восприятие нарушения и в корне меняет тактику и стратегию реабилитации. Попробуйте разницу: «Он нездоров – это опасно, что с ним будет без нас» или «Он имеет особенности, которые требуют дополнительной работы и адаптации среды под него, чтобы он развил большую самостоятельность и жил полноценной жизнью в своем теле».

Интересно посмотреть, как менялось психологическое восприятие разных болезней по мере того, как люди все лучше учились их лечить. Чахотку (туберкулез), когда она была абсолютно неизлечимой, как правило, боялись. Ее демонизировали, в стихах и прозе она становилась олицетворением «смерти среди цветущей юности», страшным сочетанием красоты чахоточного румянца и быстрого угасания. Заболевший туберкулезом Ипполит в романе Достоевского «Идиот» кичится своим пребыванием на краю смерти, пользуется исключительным положением умирающего, говоря вслух все, что не мог бы себе позволить, будучи здоровым. В наши дни заболевание чаще всего излечимо, но это «болезнь маргиналов»: туберкулез в анамнезе вызывает у врачей вопросы об образе жизни, судимости и т. п., а у самого пациента – стыд или непонимание («откуда он взялся?!»). Скорее всего, с распространением резистентных штаммов восприятие туберкулеза снова изменится.

В развитых странах такая же эволюция происходит с онкологическими опухолями. Восприятие рака как синонима смерти, страшной и стыдной болезни, метафора заболевания как огромного краба или паука, постепенно овладевающего телом, тема вины заболевшего (мифы по поводу «рака от обиды» и пр.) становятся менее частыми и интенсивными по мере развития ранней диагностики, способов лечения, продления жизни и облегчения тягостных симптомов. Дискурс рака в Европе – скорее «борьба и преодоление», схватка с серьезным противником. В России рак чаще всего поздно диагностируется, онкологическая помощь в регионах малодоступна, лечение сопряжено с неимоверными бюрократическими проволочками (а быстрое и эффективное лечение – с неимоверными расходами). Едва ли не самое важное – малодоступность паллиативной помощи, адекватного сопровождения человека на последнем этапе жизни. Люди с подозрением на рак сразу представляют себе, в каких мучениях им придется умирать, если не удастся вылечиться, и эти представления, увы, весьма правдоподобны. По всем этим причинам (а не только потому, что рак и сам по себе болезнь серьезная) онкологических заболеваний в России панически боятся, а женского рака – еще и стыдятся. Ко мне приходят женщины, которые не говорят своим мужьям об удалении матки или даже груди. Пациенты с другими видами онкологических заболеваний также делятся переживаниями о том, что от них «шарахаются, как от прокаженных», словно рак заразен. Проблема здесь не только в неосве-

---

<sup>4</sup> Контрактура – временное или постоянное ограничение подвижности сустава.

домленности многих людей, но и в социальном контексте болезни, который во много раз усиливает психологическое бремя.

Все это не может не сказываться на эффективности лечения. Дополнительный стресс, тревога, необходимость самостоятельно спасать свою жизнь, сложность маршрутизации приводят к тому, что россияне до сих пор массово обращаются при раке к знахарям, непроверенным «народным» способам лечения, позитивным аффирмациям и прочему шарлатанству. Мы не можем винить соотечественников: виноваты не мы, а наша психосоциальная модель онкологического заболевания как страшной обрушившейся кары, отвести которую можно только ценой огромных жертв.

Психологическая реакция людей на заболевания вообще сильно связана со степенью «нормативности» общества. Насколько стыдно в данном обществе болеть, быть не молодым и не идеальным, обнаруживать свое несовершенство? «Нормативность» россиян достаточно высока: болезнь в принципе считается чем-то неправильным, а некоторые болезни – особенно «стыдные». В исследовании издания «Медуза» люди делятся своими переживаниями по поводу социального аспекта заболеваний<sup>5</sup>. Псориаз: «Каждый поход к парикмахеру начинается с объяснений и извинений за то, что у меня псориаз: «Это не заразно, мне не больно, просто сделайте свою работу». На данный момент у меня обострение, которое повлияло на ногти, – они расслоились, стали неравномерного цвета. За сеанс маникюра я дважды извинилась перед мастером». Диабет: «В более зрелом возрасте стал скрываться от коллег, от работодателей, потому что могут отказать в устройстве на работе, предложить меньшую зарплату. Опять же страх, что будут относиться как к «инвалиду»». Аритмия, снижение слуха, особенности походки, необходимость откашливаться – все это может вызывать социальный дискомфорт в обществе, где о болезнях говорить «не принято». При этом в некоторых кругах люди охотно обсуждают свое здоровье, методы лечения, поиски хорошего врача, здоровье детей и т. д., и это, безусловно, намного правильнее.

**Онкологических заболеваний в России панически боятся, а женского рака – еще и стыдятся. Ко мне приходят женщины, которые не говорят своим мужьям об удалении матки или даже груди.**

Таким образом, реакция на заболевание зависит не только от психологического состояния и характера человека, но и от того, как болезни и особенности воспринимаются его окружением и обществом в целом.

---

<sup>5</sup> Заикание, псориаз, сколиоз, астма: каких заболеваний и их проявлений стесняются читатели «Медузы». И как можно облегчить им жизнь // Медуза. 2020.03.12. Внесено в реестр иностранных средств массовой информации, выполняющих функции иностранного агента.

## Глава 7

### Второй фронт: соматическое заболевание у человека с психическими проблемами

Двинемся дальше по нашему спектру психосоматики и поговорим о ситуации, когда соматически заболевает человек, у которого уже есть какое-либо психическое расстройство, включая тревожное расстройство и депрессию. Отметим несколько важных аспектов связи психики и соматики в этом случае.

Во-первых, это трудности диагностики. Люди с деменцией, шизофренией или в клинической депрессии, у которых развилось хроническое соматическое заболевание, могут годами оставаться без медицинской помощи, потому что они не в состоянии описать симптомы или начать искать помощи. Они могут объяснять тошноту, боль и другие неприятные ощущения не болезнью, а иными причинами: от мести соседей, подсыпавших яд в еду, до божьей кары за грехи. Человек в депрессии, состоянии хронического стресса, страдающий пищевыми расстройствами склонен меньше заботиться о своем здоровье, он реже проходит обследования. В этих случаях чаще встречаются нарушения образа тела (см. главу 18), пациенты могут отрицать или игнорировать телесные симптомы. Поэтому люди с психическими расстройствами попадают к соматическому врачу в среднем в более «запущенном» состоянии.

Во-вторых, психические заболевания увеличивают вероятность обострения уже существующей хронической соматической патологии. Это особенно относится к депрессии. Например, сочетание депрессии со стенокардией повышает риски инфаркта миокарда или остановки сердца в 2,9 раза<sup>6</sup>. У пациентов с диабетом и депрессией чаще развиваются трофические язвы<sup>7</sup>. При ревматоидном артите депрессия усиливает боль. По-видимому, это происходит из-за нарушения взаимосвязей между гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системой и иммунными механизмами. Депрессия может приводить к постоянной активации этой системы и резкому увеличению количества противовоспалительных цитокинов. В итоге хроническая боль усиливается.

Многочисленные исследования показывают, как депрессия ухудшает прогноз соматических болезней. Как правило, причина не в том, что пациент не хочет жить, стремится ускорить кончину или навредить себе. В тяжелых случаях случается и такое, но обычно все проще: при депрессии меняется образ жизни. Человек менее активен физически, намного хуже питается, либо «заедает» депрессию, отдавая предпочтение очень сладкой, соленой, острой пище, так как более тонких вкусов он не ощущает. Нарушен сон, а значит – гормональный баланс: недостаток сна влияет на выработку кортизола и многих других гормонов. Наконец, люди в депрессии часто прибегают к попыткам «лечения» алкоголем или наркотиками. Нетрудно сделать вывод, что болезни органов пищеварения, почек, нервной системы, эндокринные, сердечно-сосудистые нарушения при этом усугубляются.

В-третьих, проявления тревоги и депрессии у пациентов с хроническими заболеваниями могут быть несколько иными, чем у здоровых людей. Например, пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями при депрессии, помимо обычных астении, заторможенности и тоски, чаще жалуются на гиперчувствительность к звукам и свету<sup>8</sup>. Как депрессия, так и генерали-

---

<sup>6</sup> Frasure-Smith N., Lesperance F. Depression and Anxiety as Predictors of 2-Year Cardiac Events in Patients with Stable Coronary Artery Disease // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2008. № 65. P. 62–71.

<sup>7</sup> Williams L. H., Rutter C. M., Katon W. J., Reiber G. E., Ciechanowski P., Heckbert S. R., Lin E. H., Ludman E. J., Oliver M. M., Young B. A., Von Korff M. Depression and incident diabetic foot ulcers: a prospective cohort study // *Am. J. Med.* 2010. № 123. P. 748–754.

<sup>8</sup> Ромасенко Л. В. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009.

зованное тревожное расстройство могут утяжелять симптомы неврологических заболеваний, таких как эпилепсия, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, мигрень, хронические болевые синдромы<sup>9</sup>. Иногда бывает непросто дифференцировать соматические симптомы тревоги от обострения заболевания.

У моего знакомого, человека с повышенным давлением, начались панические атаки, схожие по симптомам с инсультом: он не мог встать с постели, сильно болела голова и т. д. Понять, что инсульт все же не было, удалось не сразу. Один из неврологов в больнице заметил, что симптомы быстро проходят, не оставляя следов.

Многих интересует, насколько серьезным запускающим фактором могут быть психические расстройства (и состояние хронического стресса). Можно ли, например, заболеть раком «от переживаний», повышают ли депрессия и высокая тревожность вероятность онкологических опухолей, ускоряют ли процесс их формирования?

Ответ на этот вопрос неоднозначен. Гипотеза, что тревожность и депрессия повышают вероятность рака, выглядит разумно. Как на биологическом, так и на психологическом, на социально-поведенческом уровнях депрессия и тревожность могут влиять на эндокринную и иммунную системы. Нарушение гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой регуляции потенциально может создавать «слабые места» для гормонально-зависимого рака (например, рака простаты, рака молочной железы). Депрессия и тревожность подавляют активность NK-клеток<sup>10</sup>, а значит, снижают клеточный иммунитет. Выглядит правдоподобно, однако на сегодняшний день не обнаружено прямой и однозначной биологической взаимосвязи между тревожностью или депрессией и раком.

Однако кое-какие закономерности все же есть. В 2019 году ученый Юн Ванг обобщил результаты 51 исследования на эту тему. Общее количество пациентов в изученных им научных статьях составило 2 611 907 человек, средний период наблюдения – 10,3 года<sup>11</sup>. Выяснилось, что у людей с клинически значимой (диагностированной у врача) тревогой и депрессией повышен риск заболеваемости раком, в частности такими его видами, как рак легкого, ротовой полости, простаты и кожи. Кроме того, эти проблемы ассоциированы с повышением смертности при уже развившемся раке легкого, мочевого пузыря, молочной железы, колоректальном раке, раке системы кроветворения, почек и простаты. При этом заметное влияние было обнаружено только в подгруппе с длительным периодом наблюдения (более десяти лет). Симптомы хронического стресса, депрессии и тревожности, не достигающие клинического уровня (их выявляли тестами), оказались связаны только с *худшей выживаемостью* при раке, но *не с повышением частоты заболеваемости*.

**Вероятность заболеть раком повышается, только если есть  
клинически выраженная тревожная или депрессивная симптоматика  
на протяжении десяти лет и дольше.**

Исследование уловило статистическую закономерность, но не механизм взаимосвязи. Неизвестно, какую роль во всем этом играют поведенческие факторы. Пациенты со столь длительными и серьезными симптомами тревоги и депрессии, безусловно, ведут более рискованный образ жизни: все те же алкоголь и сигареты, пониженная физическая активность, невнимание к себе и неправильное питание. При обнаружении опухоли эти люди обнаруживают

---

№ 3. С. 8–10.

<sup>9</sup> Воробьева О. В., Русая В. В. Тревожные расстройства в общесоматической практике // Нервные болезни. 2010. № 4. С. 32–37.

<sup>10</sup> NK-клетки («клетки-киллеры») – лимфоциты, способные убивать опухолевые и инфицированные вирусом клетки.

<sup>11</sup> Wang, Y., Li, J., Shi, J., et al. Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies // Mol Psychiatry. 2020. № 25. Р. 1487–1499.

меньшую готовность бороться и переносить тяжелое лечение. Иными словами, здесь, как везде, мы видим сочетание явных социальных и психологических факторов с возможными (пока не доказанными) биологическими. Особенно подчеркнем, что, по данным этого весьма репрезентативного исследования сам по себе стресс не может «вызвать рак», каким бы долгим и сильным он ни был. Вероятность заболеть повышается, только если есть клинически выраженная тревожная или депрессивная симптоматика на протяжении десяти лет и дольше.

У людей с психическими расстройствами вероятность соматических заболеваний может быть выше, чем у психически благополучных людей. Протекают болезни зачастую тяжелее, а выявлять их сложнее. Когда такой пациент жалуется на телесные симптомы, очень важна презумпция соматики. То есть сначала необходимо провести тщательное обследование и только после него, методом исключения, рассматривать жалобы как относящиеся к психическому заболеванию. Это особенно сложно, если само психическое заболевание также проявляется соматическими симптомами или тревогой по поводу здоровья (см. главы 11 и 13). Что происходит с человеком: соматизированная это депрессия (см. главу 12) или обострение сердечно-сосудистой патологии на депрессивном фоне? Внимательность и сотрудничество врачей разных специальностей помогут выбрать правильную тактику лечения.

## Глава 8

### Двое из ларца: коморбидность психического и соматического заболеваний

В этой главе я буду использовать слово «коморбидность». Оно означает «встречаемость вместе», когда две или несколько болезней, в частности психическая и соматическая патологии, сочетаются у значимого количества людей. Происходит это по какой-то общей причине, неизученной или уже известной (например, генетической или социальной).

Еще до развития доказательной медицины врачи-практики пытались подмечать закономерности характера, «психической конституции», по которым можно было бы предсказать развитие заболеваний. Так возникло множество живущих стереотипов, имеющих большее или меньшее отношение к реальности. На сегодня доказано, что между характерами и конкретными заболеваниями нет прямой связи (см. главу 22). Но, если особенности психики достигают степени психиатрического диагноза, некоторые закономерности начинают прослеживаться.

Возьмем для примера шизофрению, которой страдает примерно 1 % людей. Врачи давно заметили, что у пациентов с таким диагнозом резко повышена смертность от ишемической болезни сердца: она чаще и раньше возникает, тяжелее протекает<sup>12</sup>, риск летального исхода вырастает (у больных шизофренией мужчин – в 4 раза). По некоторым предположениям, причиной тому гиперлипидемия (повышенный уровень липидов и/или липопротеинов – жировых белков – в крови, нарушение жирового обмена), которая отмечается при шизофрении в 20–50 % случаев<sup>13</sup>. Эта же причина может приводить к тромбоэмбологическим поражениям венозной системы, в частности к тромбозу глубоких вен голени, тромбоэмболии легочной артерии, инсультам и инфарктам. Таким образом, нарушения липидного обмена и заболевания сердечно-сосудистой системы можно назвать абсолютно коморбидными шизофрении. Природа возникновения этой коморбидности пока неизвестна.

Биполярное аффективное расстройство (БАР) – более частое, чем шизофрения, заболевание (хотя подчас трудно диагностируемое). По разным данным, БАР в клинической степени выраженности страдает 2–5 % людей на Земле, в субклинической степени (в том числе циклотимией, при которой колебания настроения не такие резкие и более короткие) – от 10 %. При БАР настроение скакает: депрессия сменяется возбуждением и приливом энергии (манией, гипоманией). Иногда возникают эпизоды смешанного состояния. У некоторых больных колебания настолько сильны, что в мании и/или депрессии возникает психоз: отмечается бред, возбуждение, редко – галлюцинации.

Коморбидность при биполярном расстройстве очень многообразна. Еще в начале XX века немецкий психиатр Эмиль Крепелин делился с читателями наблюдаемой взаимосвязью между маниакально-депрессивным психозом (как в то время называли БАР) и «пикнической конституцией». По наблюдениям врача, биполярным расстройством чаще заболевали люди с избыточной массой тела. В наше время эта взаимосвязь подтверждена исследованиями: метаболический синдром и ожирение действительно широко распространены среди людей с БАР I типа<sup>14</sup>. Юрий Нуллер, советский исследователь биполярного расстройства, писал о частых обострениях аллергий и астмы у маниакальных больных. Действительно, современные

---

<sup>12</sup> Рыжкова О. В. Некоторые аспекты ИБС у психических больных: автореф. дис. канд. мед. наук. – Томск, 1999.

<sup>13</sup> Смулевич А. Б. Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния. – М., 2017.

<sup>14</sup> Calkin C.V., Ruzickova M., Uher R., et al. Insulin resistance and outcome in bipolar disorder // *The British Journal of Psychiatry*. 2015. № 206(1). P. 52–57.

исследования показывают, что существует коморбидность БАР с аллергическими и астматическими, а также иными аутоиммунными проявлениями<sup>15</sup>.

Очевидна взаимосвязь биполярного расстройства с гормональными колебаниями, причем существует как прямая, так и обратная зависимость. На фоне перемен настроения у женщин могут пропадать менструации. В свою очередь, роды, климакс и даже месячные провоцируют начало маниакальных или депрессивных фаз. Нередко заболевание дебютирует после родов, когда гормональные колебания особенно сильны.

Биполярное расстройство I типа (протекающее с маниакальными фазами) имеет значимую коморбидность с ревматоидным артритом. Скорее всего, существуют общие участки генетического кода, обуславливающие развитие того и другого заболевания. Вероятность развития диабета у пациентов с БАР резко повышена по сравнению с общей популяцией (9,9 % против 1,8 %). Но эта связь может усиливаться из-за того, что атипичные антипсихотики, которыми часто лечат БАР, при длительном приеме могут оказывать влияние на эндокринную сферу<sup>16</sup>.

Коморбидность депрессий и соматических расстройств – тема очень сложная. Депрессии крайне разнородны по своим проявлениям, и коморбидность с ними трудно отличить от независимого проявления или усиления соматического заболевания на депрессивном фоне (см. главу 7). Однако есть одна важная тема, которую нельзя не затронуть: это коморбидность ожирения и депрессии. Здесь можно говорить именно о коморбидности, так как ожирение и депрессия сочетаются слишком часто, чтобы оставаться просто «соматикой на психиатрическом фоне». По некоторым исследованиям, у пациентов с ожирением риск возникновения депрессии на 37 % выше, чем в среднем по популяции, а у пациентов с депрессией риск ожирения выше на 18 %<sup>17</sup>.

Механизмы, которые обуславливают эту связь, разнообразны. Здесь можно говорить о биopsихосоциальной модели взаимодействия двух заболеваний. Есть как минимум 24 общих гена с эффектом плейотропии (множественного влияния) для депрессии и кардиометаболических заболеваний<sup>18</sup>. Общие гены запускают патофизиологические каскады – цепочки изменений, приводящих как к депрессии, так и к ожирению. Таких цепочек найдено несколько. Одна из них связана с гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой осью.

**Ожирение и депрессия сочетаются очень часто. У пациентов с ожирением риск возникновения депрессии на 37 % выше, чем в среднем по популяции, а у пациентов с депрессией риск ожирения выше на 18 %.**

Избыток кортизола, повышенной секрецией которого очень часто сопровождается депрессия, приводит к увеличению аппетита и веса, повышая риск абдоминального ожирения. Другая цепочка связана с половыми гормонами. Соотношение тестостерона и эстрогена обратно коррелирует с вероятностью депрессии: низкий уровень тестостерона и высокий – эстрогена повышает эту вероятность. При этом схожий гормональный профиль наблюдается у людей с ожирением. Если у мужчины окружность талии превышает 102 см, уровень тестостерона у него, как правило, ниже нормы. Еще одна связь депрессии и ожирения – пептидные гормоны. Грелин, лептин, гормоны метаболизма глюкозы принимают участие как в процессах энергетического обмена, так и в регуляции настроения и эмоций.

<sup>15</sup> Perugi G., Quaranta G., Belletti S., et al. General medical conditions in 347 bipolar disorder patients: clinical correlates of metabolic and autoimmune-allergic diseases. *Journal of affective disorders*. 2015. № 170. P. 95–103.

<sup>16</sup> Стрельник С. Н., Шишковская Т. И. Коморбидность биполярного аффективного расстройства и соматической патологии: структура, клиническое значение // Медицинский вестник Башкортостана. 2018. № 3 (75). С. 27–34.

<sup>17</sup> Mannan M., Mamun A., Doi S., Clavarino A. Is there a bi-directional relationship between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted metaanalysis // *Asian Journal of Psychiatry*. 2016. № 21. P. 51–66.

<sup>18</sup> Мазо Г. Э., Кибитов А. О. Механизмы формирования коморбидности депрессии и ожирения // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2018 (1). С. 65–78.

При этом нет недостатка и в социально-психологических факторах, связанных с депрессией и ожирением. Общие факторы риска – психологические травмы в детстве (насилие психологическое, сексуальное и физическое), высококалорийное питание и малоподвижность в любом возрасте.

Депрессии отличаются большим разнообразием проявлений. Некоторые из них протекают с резким ухудшением аппетита (и такие пациенты реже страдают ожирением). В связи с этим некоторые исследователи вводят понятие «аффективно-метаболический синдром» для описания именно тех видов депрессии, которые связаны с ожирением. Само это понятие – шаг вперед по сравнению с мнением «психика отдельно, тело отдельно». При коморбидности психические и соматические симптомы растут из единого корня, а значит, в будущем, вполне вероятно, будут объединены в единый синдром или диагноз.

## Глава 9

### Перенервничал – получил обострение: психосоматозы

Вот мы и добрались до тех ситуаций, когда соматика начинает уступать психике роль главного героя. Вернее, пока еще не совсем. В главе 7 шла речь о том, что психическое неблагополучие утяжеляет течение хронических заболеваний. С психосоматозами ситуация иная: пациент может быть психически здоров, но стресс – причем не только хронический, но и острый – вызывает обострение соматического заболевания. Где тонко, там и рвется.

В 1930-х годах врач-психоаналитик Франц Александер из Чикагского института психоанализа предположил, что в возникновении некоторых соматических заболеваний большую роль играет психологическая составляющая. Автор перечислил семь таких болезней и назвал их «чикагской семеркой психосоматозов», предложив при их лечении врачам объединяться с психотерапевтом. С тех пор доказательная медицина много и плодотворно занималась исследованием: какова в действительности роль психологической составляющей в возникновении и протекании этих заболеваний? Идеи Франца Александера были скорректированы: нет, особенности характера и психологические комплексы не привязаны к конкретным заболеваниям, да и стресс является не спусковым крючком для возникновения хронической болезни, а лишь причиной обострения уже существующей патологии. Вот что думает по поводу психосоматозов современная медицина.

#### 1. Гипертоническая болезнь

Это причина 70–90 % всех случаев повышенного давления. Ею страдает более 1 млрд людей, причем около 40 % об этом не знают. В основе лежит нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы, реже – почек или других органов и систем. Факторы риска – наследственность, нарушения липидного обмена, сахарный диабет, избыточный вес, курение. А вот запускающим психологическим фактором при обострениях гипертонии может стать стресс. Ситуация «разволновался – и поднялось давление» знакома многим. Франц Александер считал, что гипертоник находится «под спудом неотреагированных эмоций», которые кипят в нем, не находя выхода, и в конце концов распирают и разрывают его изнутри. Метафора красивая, но далеко не всегда верная. В возрасте старше 65 лет гипертонией болеет 60–80 % населения Земли, и среди гипертоников встречаются люди с самыми разными характерами. Однако те, кому трудно выражать эмоции, могут дольше переживать стресс, и в этом смысле они более уязвимы. Подробнее обсудим связь черт характера и психосоматических заболеваний в главе 22.

#### 2. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки

С тех пор как Уоррен и Маршалл получили Нобелевскую премию за открытие бактерии *helicobacter pylori* – главного обвиняемого в формировании гастритов, дуоденитов, язв желудка и двенадцатиперстной кишки – красивая теория о «проглоченной обиде», которую невозможно «переварить», и «вечном самоедстве», которое якобы «уязвляет» человека, стала уделом нетрадиционной медицины. Однако трудно спорить, что при сильном волнении активизация симпатической нервной системы может нарушать переваривание пищи в желудке. Перед трудным экзаменом или при тревоге за близкого человека кусок в горло не лезет – и мы пропускаем прием пищи, а если и поедим, ощущаем тяжесть в животе. Поэтому стресс, особенно длительный, может провоцировать обострения гастритов, язв и других болезней желудка.

У меня была пациентка с паническими атаками, которой гастроэнтеролог поставил диагноз «гастропарез» – расстройство двигательных мышц желудка.

Они отказывались работать. В результате женщина чувствовала тяжесть даже после небольшого приема пищи. Еда «заставалась» в желудке, пациентка не могла нормально есть и сильно похудела. Причина была именно в симпатотонии<sup>19</sup> в результате высокой тревожности и чувствительности к стрессам. Эта проблема встречается у молодых людей достаточно часто<sup>20</sup>. После лечения панического расстройства гастроэнтерологический диагноз был снят.

### 3. Псориаз

Доказано, что стресс может вызывать обострение псориаза. Происходит повышение кортикотропин-рилизинг-гормона (КРГ), который регулирует уровень воспалительного ответа. При псориазе экспрессия КРГ также резко повышена. Возможно, этот гормон стимулирует в кератиноцитах продукцию интерлейкинов – небольших молекул, которые участвуют в иммунных и воспалительных реакциях. Как итог, увеличивается распространение псориатических бляшек<sup>21</sup>. А вот считать, что псориаз вызван нарушением контакта с матерью, в результате которого человек чувствует себя «тонкокожим», «легкоранимым» и «не в своей шкуре», – совершенно точно не стоит.

### 4. Бронхиальная астма

Приступы астмы могут возникать при стрессе. Но не потому, что человеку «перекрыли кислород» и он сilitся сорвать с себя «удушающую опеку» и «вдохнуть жизнь полной грудью». Дело опять-таки в активизации симпатической нервной системы, которая выбрасывает в кровь гистамин, сужающий дыхательные пути. Респираторный приступ в момент сильного стресса может настичь не только больных астмой, но и людей с психосоматическими заболеваниями.

Одна из моих пациенток с циклотимией переживала настоящие приступы удушья во время подъемов настроения. Одновременно с повышением энергичности, креативности и самооценки незаметно возрастила и тревога, что вызывало так называемые аффективно-респираторные приступы, схожие с клиникой астмы. Правильный диагноз, поставленный хорошим аллергологом (с моей минимальной помощью), сберег женщине немало нервов: она уже считала себя астматиком, а оказалось, что это не так.

Остальные члены «чикарской семерки» Александера – аутоиммунный тиреоидит, неспецифический язвенный колит и ревматоидный артрит – связаны со стрессом не напрямую. Как обострения, так и дебюты аутоиммунных заболеваний могут протекать на фоне сильных переживаний. Исследовать механизмы этой связи очень сложно, так как от острого стресса не свободен никто, а критерии и степени хронического стресса трудно точно определить и измерить. Поэтому доказательная медицина осторожно относится к вопросу, может ли психическое напряжение стать триггером возникновения или обострения рассеянного склероза или иного аутоиммунного заболевания. Скорее всего, как фактор, нарушающий гомеостаз организма, стресс может служить одной из косвенных причин болезни. Но конкретные механизмы для каждого из заболеваний пока малоизучены.

---

<sup>19</sup> Симпатотония, симпатикотония – преобладание тонуса симпатической нервной системы над тонусом парасимпатической. В результате симпатотонии может повышаться давление, учащаться дыхание и пульс, температура тела, нарушаться аппетит. Отмечаются и другие проявления.

<sup>20</sup> Malagelada J.-R., Azpiroz F., Mearin F. Gastrooduodenal motor function in health and disease. In: Sleisenger M. H., Fordtran J. S. eds. Gastrointestinal disease: pathophysiology, diagnosis, management. 5-th ed. Philadelphia: WB Saunders. 1993. P. 486–508.

<sup>21</sup> Weigl B. A. The significance of stress hormones (glucocorticoids, catecholamines) for eruptions and spontaneous remission phases in psoriasis // Int J Dermatol. 2000. № 39 (9). P. 678–688.

Всегда ли стресс будет вызывать обострение гастрита или гипертонический криз? Нет. И тут мы возвращаемся к идеям Франца Александера: характер все-таки влияет на то, как будут развиваться события. Как именно он будет влиять – мы более подробно поговорим в главе 22.

## Глава 10

### Тело страдает из-за психики: соматические осложнения психических расстройств

Психические расстройства, особенно тяжелые, сокращают ожидаемую продолжительность жизни. Пациент с шизофренией или тяжелым биполярным расстройством в среднем живет на 20 % меньше, чем остальные, и не только за счет более высокой вероятности суицида. Тело человека, страдающего галлюцинациями, депрессией, имеющего бред или пищевые расстройства, претерпевает большие нагрузки и быстрее «изнашивается». Вот почему можно говорить, что психические расстройства могут иметь в качестве последствия соматические заболевания.

У больных шизофренией часто встречается упадок волевой и эмоциональной регуляции. Пациенты могут пренебрегать гигиеной, в тяжелых случаях – проводить большую часть времени в постели. Среди этих людей значительно повышен процент стоматологических заболеваний, воспалений легких и бронхитов. Шизофрения, как и тяжелое биполярное расстройство с частой сменой фаз, в большом проценте случаев приводит к маргинализации пациента: снижению доходов, коморбидности алкоголизма и наркомании (попытки «самолечения»), недостаточному питанию. Это повышает вероятность туберкулеза, гастрита, панкреатита, остеопороза и т. д. При обострении психоза случается, что человек ведет половую жизнь без предохранения, встречается со случайными партнерами. В такой ситуации он с большой вероятностью может заразиться ВИЧ и гепатитом.

При относительно благополучном развитии событий человек с психотическими приступами получает эффективное лечение. Современные антипсихотики при длительном приеме не оказывают разрушительного воздействия на системы организма. Однако вероятность развития метаболического синдрома (гиперлипидемии), диабета, заболеваний щитовидной железы при таком лечении дополнительно повышается.

Огромное влияние на тело имеют пищевые расстройства, самое опасное из которых – анорексия. При ней смерть часто наступает из-за истощения. Но даже если до летального исхода дело не доходит, анорексия сильнейшим образом влияет на все системы организма.

● *Нервная система*: снижается концентрация внимания, ухудшается память и способность к обучению. Могут наблюдаться онемение конечностей, судороги и спазмы.

● *Сердечно-сосудистая система*: почти в 100 % случаев наблюдается анемия, иногда очень тяжелая. Стабильно снижено артериальное давление, может присутствовать аритмия или брадикардия (слишком редкое сердцебиение), сердечная недостаточность.

● *Опорно-двигательный аппарат*: отмечается атрофия мышц, остеопороз, частые переломы из-за хрупкости костей.

● *Эндокринная и половая системы*: у женщин прекращаются менструации, отмечается отсутствие полового влечения, бесплодие. При анорексии у девочки-подростка замедляется развитие половой системы.

Булимия также может оказывать значительное влияние на здоровье. Прежде всего, это воздействие на эндокринную систему и метаболизм, изменение переработки сахара и липидов. Косвенно – на пищеварительную систему и почки, функционирование половой системы, здоровье кожи. Случаются и более страшные истории.

У меня была клиентка, заболевшая раком пищевода в сравнительно молодом возрасте. Скорее всего, немалый вклад в заболевание внесла ее многолетняя нервная булимия, из-за которой женщина каждый день по несколько раз вызывала рвоту. Кислота из желудка много лет повреждала

стенки пищевода, а это доказанный фактор риска для роста злокачественных опухолей этой локализации.

Алкоголизм – психическое расстройство (зависимость), сказывающееся в большей степени на соматическом здоровье, чем на собственно психике. При злоупотреблении алкоголь как бы опосредует психические, психологические и социальные проблемы, он становится «машинкой», которая путем формирования зависимости перерабатывает нежелательные эмоции в соматические болезни. Поэтому велика коморбидность алкоголизма с депрессиями, БАР, тревожными расстройствами: чем больше проблема, тем выше нужда в немедленном облегчении. Но и среди психически здоровых людей существует культура «снятия стресса» и регулирования эмоций с помощью спиртных напитков. При этом в среднесрочной и долгосрочной перспективе алкоголь является скорее депрессантом, нежели антидепрессантом. Длительное употребление больших доз очень вредно для печени, поджелудочной железы (около 25 % алкоголиков страдают от панкреатита), почти всегда вызывает гастрит и энтерит, которые, в свою очередь, провоцируют нехватку белка и витаминов. Примерно у 30 % людей с алкоголизмом развиваются полинейропатии (онемение и боли в руках и ногах, нарушения чувствительности и двигательные дисфункции).

Зависимость от алкоголя вообще уникальна по сочетанию биологических, психологических и социальных факторов и следствий. Переход от социально безвредного «культурного употребления спиртного» к алкоголизму не имеет четкой грани. Доказательная медицина сформировала консенсус по поводу допустимого уровня потребления алкоголя: не более одной порции в день (10 мл чистого спирта) для женщин и вдвое больше – для мужчин, или не более семи порций в неделю для женщин и четырнадцати – для мужчин. Это соответствует трем полулитровым банкам легкого пива, или двум банкам крепкого пива, или половине бутылки вина, или двум рюмкам коньяка в неделю для женщин (для мужчин опять-таки вдвое больше). Выпитое следует распределять на два – четыре приема, притом так, чтобы в неделе оставалось хотя бы три полностью «сухих» дня. Небольшое превышение нормы ВОЗ, как правило, все еще не является алкоголизмом, для которого существуют свои критерии, но уже может значимо влиять на здоровье, особенно при наличии уязвимых мест в организме. Для некоторых заболеваний, впрочем, доказана связь повышения их вероятности с потреблением алкоголя даже в рекомендованных ВОЗ количествах. Пример – рак груди, вероятность которого немного повышена даже у тех женщин, которые потребляют алкоголь в «разрешенных» дозах.

Сказанное относится и к разнообразным стимуляторам и наркотическим веществам – разрешенным (кофе, табак, марихуана в некоторых странах) и нелегальным. При этом баланс пользы и вреда может быть очень и очень разным. Приведем в пример марихуану. В Израиле, Канаде и Нидерландах она используется как противорвотное при химиотерапии рака, а также как дополнение к обезболиванию при хронических болях, в том числе у онкологических больных. Во многих странах это вещество легализовано и для рекреационных целей. Исследования показывают, что марихуана менее вредна для организма, чем табак. Вместе с тем ее прием приводит к психологической и в 10–20 % случаев – физиологической зависимости. У людей, предрасположенных к психотическим состояниям, она может вызывать обострения; кроме того, курящие «траву» молодые люди подвержены намного более высокому риску шизофрении и других психозов.

**В среднесрочной и долгосрочной перспективе алкоголь является скорее депрессантом, нежели антидепрессантом.**

Особое место в спектре психических расстройств, чреватых соматическими осложнениями, занимает синдром Мюнхгаузена. Пока нет консенсуса по поводу того, к какому виду психиатрических расстройств он относится. При нем не отмечается психотических проявлений (бреда, галлюцинаций, возбуждения), но по степени влияния на жизнь человека он может пре-

восходить даже к шизофрению. При синдроме Мюнхгаузена человек изображает и/или вызывает у себя симптомы заболевания, так как хочет, чтобы его обследовали, лечили, госпитализировали, сделали ему операцию и т. д., при этом не преследуя никаких прагматических целей вроде медотвода от армии. Существует мнение, что такое поведение для «мюнхгаузенов» – способ получить психологическую поддержку и заботу. В погоне за статусом больного и лечением «профессиональный пациент» не останавливается ни перед чем: например, он способен проглотить кусок стекла ради операции. Многие такие люди не выживают или наносят своему организму серьезный ущерб. В случае «синдрома Мюнхгаузена по доверенности» родитель может выдавать своего ребенка за больного, при этом дети подвергаются огромной опасности. Родитель способен убить ребенка, «не рассчитав» своих действий по созданию симптоматики, не говоря уж о том, что детство среди бесконечных больниц и мучительных медицинских процедур наносит серьезную психологическую травму и отражается на соматическом здоровье будущего взрослого.

Трудно найти такое психическое расстройство, зависимость или психологическую проблему, которое бы не оказывало отрицательного воздействия на здоровье тела. Это касается даже таких социально одобряемых зависимостей как трудоголизм и спортоголизм: трудоголику некогда позаботиться о себе, а спортоголик может навредить телесному здоровью неумеренными тренировками или получить спортивную травму. Но человек вообще склонен попадать в ситуации зависимости и мучиться от несоответствий и проблем: по своей природе мы не гармоничны и противоречивы, потому и обречены всю жизнь страдать от того, что «дурная голова ногам покоя не дает». Важно пытаться сохранять максимально возможный баланс и заключать компромиссы между кофе, сухим красным, настроением и самочувствием.

## Глава 11

### Там побаливает, тут покалывает: соматоформное психическое расстройство

Вот мы и добрались до тех полосок психосоматического спектра, на которых располагаются расстройства, не имеющие отношения к соматической медицине. Первое из них – соматоформное расстройство. Так называется состояние, которое включает в себя мучительные телесные симптомы, не обусловленные нарушениями в работе органов и систем. Иными словами, болит, тошнит, покалывает, кружится – а клинических находок не обнаруживается. Заболевания нет – а страдание есть.

Типичная картина соматоформного расстройства может быть двоякой.

**1. Соматоформная дисфункция** (раньше ее называли «органный невроз»), при которой симптомы относятся к отдельным органам или системам. Обычно это:

- сердечно-сосудистая система (тахиардия, аритмия, боли в сердце и за грудиной, ощущение давления, сжатия, жжения, чувство нехватки воздуха, ком в горле, давление или боль в грудной клетке, учащение дыхания, ощущение неполноты вдоха и т. д.);
- пищеварительная система (тошнота, затрудненное глотание, дискомфорт в животе, повышенное газообразование, изжога и отрыжка, боли в животе различной интенсивности, от схватывающих и колющих до ноющих, расстройство кишечника и т. д.);
- опорно-двигательный аппарат (боли в мышцах и суставах, спине, костях);
- нервная и эндокринная системы (головокружения, головные боли, дрожь, чувство слабости в руках или ногах, потливость, приливы жара или замерзание конечностей либо тела в целом, онемение, покалывание, мышечные подергивания, судороги в ногах и т. д.).

**2. Соматизированное расстройство**, при котором любые 4–6 из этих и, возможно, других симптомов повторяются, меняются и трансформируются.

Соматоформные расстройства тяжелым бременем ложатся на систему здравоохранения, составляя, по некоторым оценкам, до четверти всех обращений за медицинской помощью. Многие врачи в государственных больницах очень не любят таких пациентов, называют их симулянтами и говорят, что они выдумывают себе болячки. А недобросовестные врачи частных клиник, наоборот, охотно берут с таких людей деньги за ненужные обследования. Пациент с соматоформным расстройством годами ходит по врачам и не получает ни диагноза, ни лечения; впрочем, в России таким людям до сих пор ставятся несуществующие диагнозы вроде «вегетативной дисфункции», «вегетососудистой дистонии», «функционального нарушения» и т. п. При этом все симптомы, мучающие пациента, абсолютно реальны и могут длиться десятилетиями. Человек не притворяется и ничего не выдумывает. Он действительно страдает. Страдают его личная и профессиональная жизнь, карьера, доходы, отношения с близкими. Родственники могут считать его мнительным, инфантильным и эгоцентричным. Он не существует, не знакомится с новыми людьми, а ходит по врачам и пытается вылечиться.

**Пациент с соматоформным расстройством годами ходит по врачам и не получает ни диагноза, ни лечения; впрочем, в России им до сих пор ставятся несуществующие диагнозы вроде «вегетативной дисфункции», «вегетососудистой дистонии», «функционального нарушения» и т. п.**

Важно отметить, что пациенты с соматоформным расстройством изначально не находятся в депрессии и не жалуются на настроение, хотя с годами вторичная депрессия как реакция на неприятные симптомы и жизненные неудачи развивается более чем в половине случаев. У них нет ярко выраженных фобий каких-либо заболеваний (см. главу 13). У них все в порядке с желаниями и жизненными целями: хотели бы учиться, работать, путешествовать... вот только самочувствие мешает. Если, распознав соматоформное расстройство, врач-терапевт наконец отправляет пациента к психотерапевту или психиатру, такой человек на приеме у психоисследователя лишь недоуменно разводит руками: он не может предъявить никаких проблем и внутренних конфликтов – кроме, возможно, «внутреннего напряжения» или «раздражительности». Ну а как не раздражаться, если все время плохо себя чувствуешь...

Чем же на самом деле вызвано соматоформное расстройство и как его победить?

Обратимся к нашей любимой биопсихосоциальной модели. В соматоформное расстройство вносят вклад все три вида факторов – и биологические, и психологические, и социальные.

## **1. Биологические факторы**

Соматоформное расстройство развивается как неадаптивная реакция организма на стресс. Он может быть любым: от сложностей с поиском работы после вуза до конфликта в семье или смерти близкого родственника, от тяжелого соматического заболевания до потери доходов. Подобная реакция запускается не у всех: для этого человек должен обладать некоторыми конституциональными особенностями. Это пониженный порог чувствительности к раздражителям и недостаточно развитые механизмы снижения уровня адреналина и кортизола. Гормоны стресса у такого человека «охотно» высвобождаются и продолжают вырабатываться в больших количествах, даже когда стресс пройден. В результате организм делает стойку на любой, даже не очень крупный раздражитель, а потом долгое время работает в режиме повышенной боевой готовности и быстро истощается. Подобное нарушение режимов активации и торможения гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы может быть генетически обусловлено или связано с уже пережитыми стрессами, переутомлением, недосыпанием, злоупотреблением алкоголем или психоактивными веществами.

## **2. Психологические факторы**

Предположим, что чувствительный человек переживает стрессовую ситуацию или перегрузку, которая изменяет некоторые параметры обычных процессов его организма. Учащается дыхание, слегка кружится голова, не хватает воздуха. В этот момент человек замечает телесные ощущения и пугается: «Со мной что-то не так, это может быть опасно!» Тревога усиливается, снова выбрасываются адреналин и кортизол, ощущения становятся еще интенсивнее, человек прислушивается к себе еще сильнее, фиксируя внимание на происходящем в организме. Парadox в том, что такая фиксация сама по себе делает переживания необычными. Человеку в принципе не свойственно замечать, как он дышит, или непрерывно вчувствоваться в сигналы тела. Если мы все-таки начинаем это делать, особенно с презумпцией, что с нами что-то не так, – то мы получаем красочный и богатый неприятный опыт, который, в свою очередь, усиливает тревогу. Порочный круг соматизации психики!

Вот как это выглядит:



Есть еще один провоцирующий психологический фактор: сложности с распознаванием собственных эмоций и их переживанием. Такое нарушение формируется по разным причинам. Например, из-за различных ложных установок: «Не надо ныть и жаловаться, буду всегда на позитиве», «Мужчины не плачут», «Надо сдерживать эмоции» и т. д. Иногда причина в серьезном внутреннем конфликте. Человек не может признаться себе в чем-то важном, так как это может сильно сказаться на его жизни: «Я не люблю мужа/работу», «Я пошел в институт, потому что этого хотела мама». В некоторых случаях неумение вовремя обращаться к своим эмоциям вызвано трудным жизненным опытом, детскими психотравмами. Какова бы ни была причина, напряжение накапливается и, не находя выхода, преобразуется в хронический стресс.

### 3. Социальные факторы

Современная жизнь может быть слишком серьезным вызовом для высокочувствительных людей. Высокие темпы, постоянные риски и неопределенность, необходимость конкурировать за место под солнцем, оценочность во всех областях, включая не только работу, но и личную жизнь, нацеленность на успех, идея о необходимости всегда быть счастливым – все это резко повышает уровень стресса и ломает хрупкие адаптационные механизмы. Другим социальным фактором может быть медиакализация жизни: медицина в наши дни воспринимается как реальная сила, могущая продлить жизнь, улучшить ее качество и зачастую спасти от смерти. Отсюда фиксация на телесных ощущениях и формирование порочного круга соматизации психики. Переживания «перемещаются» из психики в тело, заболевание как медицинский феномен бессознательно кажется более понятным современному человеку, чем эмоция, которая как бы беспочвенна.

Итак, биопсихосоциальная модель трактует соматоформное расстройство как феномен, состоящий из всех трех факторов – психики, тела и общества. А значит, и лечение должно проходить на стыке всех трех этих компонентов.

### **1. Медикаментозное лечение**

Используются антидепрессанты, антитревожные препараты, бензодиазепины и другие классы препаратов. Их назначает врач-психиатр или психотерапевт с клинической лицензией, индивидуально подбирая вид препарата, дозу и схему лечения, исходя из конкретного случая. Цель – устраниить неприятные симптомы и восстановить активную жизнь человека. Как правило, медикаментозное лечение длится несколько месяцев.

### **2. Психотерапия**

Лекарства дают быстрое облегчение и разрывают порочный круг соматизации в его «биологической» части. Дальнейшее лечение должно быть направлено на то, чтобы этот порочный круг не сформировался снова. Для этого следует сосредоточить усилия на психологических факторах. Наилучшим работающим методом психотерапии при соматоформном расстройстве является когнитивно-поведенческая терапия.

Прежде всего, терапевт и пациент обсуждают формирование механизма соматизации; то, какое влияние стресс оказывает на человека и его эмоции; что можно делать, чтобы они вовремя переживались, а не увеличивали бремя напряжения и не создавали ситуацию хронического стресса. Пациент учится распознавать и выражать эмоции, повышается его эмоциональный интеллект, способность признаваться себе в чувствах и говорить о них с другими людьми. Этот путь может потребовать значительных изменений, но в результате человек получает возможность вовремя переживать свои эмоции, регулировать их, а не подавлять и не копить напряжение.

Кроме того, терапевт учит пациента распознавать ошибки мышления при интерпретации телесных ощущений. Когнитивные искажения ведут к усилению тревоги и неконструктивному поведению. В ходе терапии пациент начинает понимать, какие мысли повышают его бессознательную тревогу, проверяет, насколько они реальны, и заменяет неадекватные когнитивные конструкции более реалистичными и конструктивными.

Когнитивная психотерапия очень важна в лечении соматоформного расстройства. Она позволяет избежать его перехода в многолетние хронические формы, изменить взаимоотношения когнитивной сферы, эмоций и тела, сделать их более гармоничными.

### **3. Социальное взаимодействие**

При лечении соматоформного расстройства очень важно организовать наиболее подходящий конкретному человеку образ жизни. Чувствительному пациенту, склонному к соматоформным расстройствам, важно, с одной стороны, устраниить переработки и перегрузки, недосып, употребление алкоголя и кофе, а с другой – наладить физическую активность, дать себе больше жизненных впечатлений, создать круг общения, научиться выражать и видеть свои и чужие эмоции. Часто в этих случаях человек начинает по-новому смотреть на жизнь и решается на важные изменения: меняет работу, заводит новые знакомства или решается уйти из абызивных отношений. Отказ от идеальной картинки, в которой «успешный я успеваю все», приносит облегчение: больше не надо врать себе, можно подумать о своих реальных желаниях и возможностях.

Это и есть настоящий, не упрощенный смысл мифа о том, что «ком в горле бывает от невысказанных слов». Сама эта идея не выдерживает доказательной критики, она – всего лишь метафора. Но в некоторых случаях многоступенчатая связь между симптомом и важной деталью образа жизни действительно существует. Например, женщина может одновременно страдать от спазмов в гортани, социальной изоляции и подавления своих чувств в абызивном браке. Корень ее страданий – неумение распознавать и переживать эмоции, боязнь чувств и ложные когнитивные установки. И эти страдания можно преодолеть.

## Глава 12

### Настроение нормальное, но все болит: соматизированная депрессия

Депрессия не всегда проявляется как печаль, уныние, тоска, апатия и навязчивые мысли о собственной никчемности или конце света. Часто этот недуг протекает скрыто, без ярко выраженных эмоциональных проявлений. Депрессивного фона как будто нет, но есть устойчивый телесный симптом, который не объясняется соматическими патологиями. Вот несколько примеров.

Елена, моя клиентка, 62 года. Настроение «нормальное», «обычное», «как всегда». Было бы лучше, но вот уже четвертый год постоянно болит спина. То сильнее, то слабее. Обследовали, нашли небольшие патологии, которые, по мнению врачей, не могут давать такой сильной и непроходящей боли. Пытаются лечить и традиционно, и нетрадиционно, и физкультурой, и массажем – болит, и все тут. Из-за спины нарушен сон, утром Лена встает разбитая, на работу «тащится», особого удовольствия от нее не испытывает – ну какое тут удовольствие, когда недосып и спина. Подсела на кофе с пирожными, только они и помогают дожить до конца рабочего дня. Растет вес, что вызывает дополнительные проблемы со здоровьем. После работы сил нет ни на что, кроме сериальчиков. Предполагаю диагноз соматизированной депрессии, аккуратно подвожу Лену к мысли о консультации с психиатром, но боли в спине начинают уходить уже после нескольких сеансов психотерапии.

Алексей, 54 года. Обратился ко мне как к сексологу: пропало влечение к жене. В ходе разговора выяснилось: три года назад пришлось продать бизнес и стать наемным работником. Пережил ситуацию бодро, не унывает и сейчас, но начали мучать непонятные боли: то тянет ноги, то тупая боль в затылке, то сдавливает грудь, то жжение в желудке. Симптомы постоянно меняются, так что до врачей Алексей дойти не успевает, но факт остается фактом: все время что-то болит. Алексей жалуется: «Вроде все в жизни неплохо, а чувствую себя какой-то развалиной. Вроде не такой еще старый. Начал снова бегать – а стало только хуже, голова раскалывается после пробежки, никогда такого не было». Проблемы с потенцией – лишь вишенка на этом невеселом «торте». Соглашается проконсультироваться у психиатра по поводу «снятия последствий стресса от продажи бизнеса». После подбора антидепрессанта (на втором из них) боли полностью уходят. Спустя год Алексей живет без таблеток, болей нет, влечение к жене восстановилось.

Алёна, 26 лет. Почти год держалась постоянная субфебрильная температура, мучили боли при мочеиспускании. Был поставлен диагноз «хроническое воспаление мочевого пузыря», но возбудитель не выявлен, то есть воспаление протекало асептически. Недобросовестный уролог «на всякий случай» назначила курс антибиотиков, затем других, посильнее, но боли не проходили. Настроение у Алёны было «на длинной дистанции» нормальное, хватало энергии и на работу, и на изучение испанского, и на путешествия с молодым человеком, но при этом иногда легко появлялись слезы, девушка могла плакать от пустяков или раздражаться по мелочам. Я порекомендовала Алёне обратиться к психиатру, который и поставил ей

диагноз «соматизированная депрессия». После курса антидепрессантов боли полностью прошли, а эмоциональное состояние стало значительно устойчивее.

Депрессия действительно может скрываться за упорной хронической болью и другими многогликими телесными симптомами. Когда мы можем заподозрить соматизированную депрессию и какие симптомы для нее характерны?

● Устойчивые возобновляющиеся боли в спине, при которых не обнаруживается воспаления или повреждений и которые плохо снимаются обезболивающими. Обычно в России таким пациентам ставят несуществующие во всем остальном мире диагнозы «остеохондроз» и «фибромиалгия»<sup>22</sup>. Иногда боли настолько сильные, что человек теряет трудоспособность, почти не может встать с постели.

● Боли и тягостные давящие ощущения в грудной клетке, верхней части живота. Боль может быть очень разнообразной – то ли жжет, то ли давит, то ли колет. При обследовании иногда выявляется гастрит, но характер и сила боли не соответствуют состоянию и не коррелируют с приемами пищи и диетой.

● Хроническое асептическое воспаление мочевого пузыря у женщин, циститы, при которых не обнаруживается возбудитель воспалительного процесса; тазовые боли, этиология которых остается неизвестной после тщательного обследования. У мужчин – хроническая тазовая боль, абактериальный простатит, при котором не только не обнаруживается возбудитель, но часто даже не повышен уровень лейкоцитов в моче. При этом болевые ощущения могут быть постоянными, изматывающими, так что пациенты меняют поведение, стараются «беречь себя», «не переохлаждаться» и т. п.

● Сердцебиение и нехватка воздуха по ночам, часто при нормальном давлении и отсутствии проблем с сердечно-сосудистой системой. Здесь опять же важно отметить, что соматические проблемы могут и существовать с депрессией. Хороший терапевт или кардиолог после тщательного сбора анамнеза может предположить, чем именно вызваны данные симптомы: основным соматическим заболеванием или психогенными факторами. В последнем случае характерны кошмары, сокращение длительности сна, возникновение «приступов» независимо от цифр на тонометре.

● Длительная субфебрильная (37,2–37,7 °C) температура, при которой не удается обнаружить источник воспаления.

● Синестезиалгия – состояние, при котором все стимулы (зрительные, слуховые, вкусовые) превращаются в ощущение боли. При соматизированных депрессиях болевой порог обычно невысокий, интероцептивная осознанность (см. главу 18) снижена. Часто боль усиливается и становится хронической из-за постоянного неосознаваемого мышечного напряжения.

● Функциональные запоры и диареи, не связанные с неправильной диетой или гастроэнтерологическими проблемами.

● Другие многообразные симптомы при отсутствии соматических «объяснений» происходящего.

Фон настроения при соматизированной депрессии обычно ровный, но все-таки скорее пониженный. Человек может думать, что ярких положительных эмоций нет в силу возраста или из-за постоянной хронической боли. При этом, если симптом не слишком силен, сохраняется трудоспособность. Нет ярко выраженной тоски или апатии, но может присутствовать раздражительность, истощаемость, человек быстро устает, нет желания пробовать новые виды деятельности – хочется «закуклиться», меньше двигаться. Часто люди при соматизированной

---

<sup>22</sup> В сущности, это не диагнозы, так как приведенные слова лишь описывают симптомы: фибромиалгия – боль в мышцах, остеохондроз – историческое в русской медицине название, объединяющее сразу несколько диагнозов, от синдрома миофасциальной боли до грыжи или повреждения позвоночных дисков.

депрессии начинают больше есть, потому что круг возможностей получать радость от жизни сужается, а еда все-таки дает привычное чувство удовлетворения.

Разумеется, соматизированная депрессия (как и другие «психосоматические» диагнозы) – диагноз исключения. Вначале необходимо проверить, не являются ли боли и тягостные симптомы признаками какой-то соматической патологии. И тут, как часто бывает, на первый план выходит опыт врача и доверие к нему пациента. Хорошо известны случаи, когда врачи «просматривали» и запускали болезнь. Случается и так, что врач посыпает пациента к психиатру, а в реальности тот соматически болен. Но все же подобные случаи происходят не так часто, как обратные. Напомним анекдот: «Доктор, у меня и вот тут болит (показывает пальцем), и здесь болит, и там… везде болит…» – «Э, да у вас палец сломан». Соматизированная депрессия встречается действительно часто, особенно у людей старше 40 лет, и плохо диагностируется, но часто очень неплохо излечивается антидепрессантом. Ну не обидно ли годами испытывать боль и другие тягостные симптомы, если можно вылечиться и жить полной жизнью? Поэтому, если вас или вашего близкого годами пытаются лечить от «беспричинных» болей, держите в уме *возможность* того, что корень зла бывает и психогенным. Если вас все-сторонне обследовали и ничего не нашли, а симптом продолжает мучить, – вы ничего не потеряете, обратившись к хорошему психиатру.

**Соматизированная депрессия встречается действительно часто, особенно у людей старше 40 лет, и плохо диагностируется, но часто очень неплохо излечивается антидепрессантом.**

Еще раз отметим, что связь депрессии и соматических заболеваний сложна и многообразна. Иногда она усиливает имеющиеся хронические болезни, иногда коморбидна с ними или «помогает» их приобрести, а иногда – маскируется под них. Но в любом случае – депрессию надо лечить. И здоровым, и не очень здоровым людям без нее живется лучше.

## Глава 13

# Не называйте это ипохондрией: фобии заболеваний в рамках тревожного расстройства

Когда читаешь старые учебники по психиатрии, создается отчетливое ощущение, что глава об ипохондрическом синдроме написана с легким презрением к пациенту. Судите сами: «Ипохондрия... проявляется патологически преувеличенными опасениями за здоровье, поисками или уверенностью в наличии какого-либо заболевания при отсутствии объективных признаков последнего». Кто оценивает, насколько «патологически» преувеличены опасения за здоровье и есть ли «объективные» признаки заболевания? В предыдущих главах мы уже выяснили, что многие симптомы можно измерить только субъективно, да и не очень-то важно – у пациента «правда болит» или «только кажется». Главное – он страдает.

Вот почему термины «ипохондрия», «ипохондрический невроз» исчезли из официальной классификации психических расстройств DSM как стигматизирующие и обесценивающие переживания пациента. На смену им пришло более точное обозначение: тревожное расстройство с фобиями заболеваний. Кроме того, переживать болезнь или симптомы, не подтверждающиеся клинически, а также опасаться заболеть и предпринимать действия против возможной болезни человек может в рамках обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР).

Механизм таков: психические проблемы (тревога или навязчивые мысли) вызывают повышенное внимание человека к соматическим проявлениям, которые могут субъективно переживаться и трактоваться как серьезное заболевание. Например, онкофобия вызывает у человека желание провериться на рак при малейшем дискомфорте в любой или какой-то конкретной части тела; при фобии ВИЧ любой насморк, сыпь или повышение температуры влечет за собой сдачу анализа.

Итак, в центре фобии при тревожном расстройстве – соматизация психики: фиксация внимания на соматических проявлениях, которые трактуются как аномальные. (Этот механизм уже описан в главе 11, где речь идет о соматоформных расстройствах.) Так, человек, опасающийся инфаркта, начинает прислушиваться к сердцебиению и отмечать малейшую его неровность, в результате чего сердце и вправду начинает «ёкать», вызывая чувство страха, и так по спирали. В самовосприятии выходят на первый план неприятные и необычные ощущения, связанные с фобией. Отключиться от них сознательно уже не получается, хотя люди, страдающие фобическим расстройством, обычно сохраняют критику к своему восприятию. Они могут правильно характеризовать свои мысли как навязчивые, а тревогу – как чрезмерную, но это им не помогает.

Соматические проявления трактуются как признаки болезни, которой человек боится. Закололо в боку? Это точно рак. Здесь надо сказать несколько слов о «выборе» заболевания. Как правило, тревожное расстройство находит разные лазейки. Человек может вспомнить, что полгода назад он боялся рака простаты и постоянно чувствовал боль при мочеиспускании, а потом, когда рак простаты не подтвердился у врача, случайно увидел статью о меланоме, стал пристально разглядывать родинки и нашел одну, которая немедленно начала зудеть и подпадала под все критерии заболевания. Но, хотя он это помнит, тревога его не отпускает. Обычно тщательные обследования у врача дают временное облегчение до следующего обострения, но при тяжелом тревожном расстройстве или ОКР сомнения не проходят: а вдруг меня обследовали недостаточно внимательно?

Одна моя клиентка каждые полгода проходила МРТ всего организма с контрастом, «чтобы ничего не пропустить». За неделю до обследования она не могла ничего делать от тревоги, переставала есть и пить. К этому времени ей

обычно казалось, что болезнь уже очень запущена, например дала метастазы в позвоночник, и сильные боли в спине (или других частях тела, органах – в зависимости от актуального фокуса внимания) мучили женщину даже ночью. После обследования ее «отпускало», и она какое-то время освобождалась от онкофобии, но потом навязчивые мысли возвращались.

Надо сказать, что у многих страдающих фобиями заболеваний пациентов есть причины для опасения. Например, у этой клиентки действительно был повышен риск онкологического заболевания из-за отягощенной наследственности. Но этот повышенный риск она преувеличивала еще сильнее, придавая ему настолько большое значение, что это мешало ей жить, занимало существенную часть ее мыслей, вызывало много неприятных чувств и ощущений.

Фобии заболеваний развиваются не только у людей с повышенной внушаемостью или склонностью к мнительности. Часто они бывают спровоцированы травмирующими событиями, например смертью одного или обоих родителей от тяжелой болезни. Другой возможный вариант – тревожное отношение к здоровью в родительской семье, когда ребенка тщательно оберегают от любых заболеваний и непрерывно водят по врачам. Вырастая, подросток и сам начинает тревожиться по любому поводу, связанному со здоровьем.

Люди, страдающие фобией заболеваний, как правило, детально изучают всю медицинскую информацию, касающуюся «избранной» ими болезни. Они гуглят симптомы и раз за разом примеряют их на себя, добиваются обследований и по собственному почину сдают анализы. Иногда они настолько достоверно описывают свои ощущения в кабинете врача, что тот вслед за ними начинает подозревать ту самую болезнь, которой они боятся, и назначает соответствующие обследования (усиливая этим страх пациента вплоть до паники).

Нередко у людей с фобиями заболеваний встречается ложное убеждение, что организм должен функционировать идеально. Малейшее замеченное отклонение может вызывать дополнительную порцию тревоги. Такие люди ведут дневники своего самочувствия или того конкретного параметра, который вызывает у них наибольшую озабоченность. Я видела аккаунт в Instagram, где вполне адекватный во всех остальных сферах жизни человек каждый день выкладывал фото своего кала. Другой пациент ежедневно присыпал моей знакомой, врачу-урологу, видеозапись процесса мочеиспускания. Таким образом, хотя фобическое расстройство и не относится к «большой психиатрии», оно может серьезно влиять на жизнь человека.

К сожалению, тревожное расстройство могут усилить и неосторожные слова врача.

У одной клиентки фобия началась с того, что нерадивый врач УЗИ принял функциональную кисту яичника за возможное злокачественное новообразование. «Думаете, рак? – с беспокойством спросила она. – Но я проверялась четыре месяца назад». «Бывают такие виды опухоли, что могут и за месяц вырасти», – сообщил узи-стажер. С тех пор женщина делала УЗИ каждый месяц, а в промежутках у нее все время тянуло низ живота. Возможно, такие опухоли и встречаются, но нечасто, а врач УЗИ поступил неэтично по отношению к пациентке.

Особое место занимают фобии заражения при обсессивно-компульсивном расстройстве. Обычно речь идет о заражении ВИЧ, гепатитом или бешенством. Такие пациенты могут переживать приступ отчаяния после короткого контакта с собакой (вдруг частички ее слюны попали на одежду, а под одеждой была незаметная ранка?) или визита к стоматологу (достаточно ли чистыми были инструменты?).

Тревожное расстройство или ОКР может быть очень сильным, а симптомы – весьма правдоподобными. Но даже в моменты серьезных обострений у пациентов сохраняется частичная критика к своему состоянию и адаптивность. Они боятся, опасаются, бегают по врачам, но не выпадают из жизни полностью из-за своего «фобии» (остроумное выражение одного из моих

клиентов). Часто люди стыдятся этих страхов, так как принято считать, что человек не должен слишком много думать о себе и что опасаться за свое здоровье и жизнь, постоянно обследоваться – глупо и смешно, так делают только мнительные нытики и трусы. Им бывает не с кем поделиться своими мучениями, так как даже самые близкие могут высмеивать их страхи или презирать за «тревожность», а иногда пациент «уже достал их своими жалобами».

**У фобии есть одна хорошая черта: она никогда не завладевает психикой полностью. У вас всегда остается критическая инстанция.**

То, что действительно может помочь при фобиях заболеваний, – когнитивно-поведенческая психотерапия. Психотерапевт вместе с клиентом работает:

- над коррекцией установок, убеждений, которые поддерживают навязчивые мысли и чувства («Если мой отец умер от рака, то и я умру от рака», «Любая боль может быть признаком смертельного заболевания» и т. д.);
- проживанием подавленных чувств (это может быть страх смерти, чувство вины перед умершим от болезни родителем, гнев на мать или бабушку за то, что они «заточили», и т. д.);
- осознанием и смягчением черт характера, которые могут работать на фобию (мнительность, подозрительность, пессимизм);
- изменением поведенческих паттернов, привычек, запускающих и поддерживающих обострение фобии (гуглить симптомы, делать самопроверки, постоянно прислушиваться к сигналам тела);
- тем, чтобы приобрести новые привычки, которые будут противостоять фобии.

Если вы страдаете от фобии заболевания, но пока не имеете возможность пройти лечение у когнитивного терапевта, попробуйте самостоятельно сделать два упражнения. Они помогут снизить интенсивность переживаний.

1

### **Упражнение «Фобия и здравый смысл»**

Возьмите лист бумаги и нарисуйте табличку с тремя столбцами. В правом перечислите сверху вниз все аспекты вашей фобии: ощущения, мысли, чувства, информация, поведение. В среднем столбце подробно распишите, что с вами происходит по этим направлениям. Заполняя правый столбец, включите на максимум критику и чувство реальности. Представьте себе, что с вами говорит кто-то очень спокойный и уверенный (возможно, вы сами вне обострения фобии). Получится примерно так:

	<b>Фобия</b>	<b>Критика</b>
<b>Ощущения</b>	Тянущая боль в животе и боку уже третий день.	В прошлый и позапрошлый раз эти ощущения были вызваны обострением мочекаменной болезни. Неделю назад я нарушил диету, так что, скорее всего, это болит почка. Кроме того, я делал КТ брюшной полости три месяца назад, заключение — «здоров».

	<b>Фобия</b>	<b>Критика</b>
<b>Мысли</b>	А вдруг это рак поджелудочной железы?	Маловероятно, что я болен раком поджелудочной железы. Он редко возникает в моем возрасте, и я не имею факторов риска.
<b>Чувства</b>	Тревога, временами почти паника, стремление ее скрыть, жалость к детям, которые остаются сиротами.	Я не только тревожусь и боюсь, но и запрещаю себе радоваться общению с детьми, а кроме того, стыжусь своего страха.
<b>Информация</b>	Гуглю симптомы, читаю блог в Instagram парня, которому не помогло лечение в Германии, и теперь он умирает.	Вспомни, что приступ фобии начался именно с того, что ты полез читать его блог в Instagram. Там ты зацепился за описание симптомов, стал их гуглить, и тревога усилилась.
<b>Поведение</b>	Трачу много времени на поиски информации. Не могу сосредоточиться на работе. Записался к врачу, но время течет так медленно, осталось целых пять дней, и я просто схожу с ума.	Стоит ограничить поиск информации, начать пить препарат, купирующий почечную колику, и отменить запись к врачу — ты был у него не так давно.

У фобии есть одна хорошая черта: она никогда не завладевает психикой полностью. У вас всегда остается критическая инстанция. Если тренировать и усиливать вашего критика, вы будете лучше видеть реальность и меньше страдать от тревожности.

## Упражнение «Вглядываясь в худшее»

Предположите, что ваша фобия говорит правду и вы действительно скоро умрете. Ответьте для себя на все неприятные вопросы конкретно и подробно:

● Чего именно я боюсь?

*(Боли перед смертью, мучительного лечения, душевных страданий близких, их нищеты после моей смерти, ада, небытия...)*

● Как я могу смягчить или изменить то, чего я боюсь?

*(Составить завещание, исповедаться, узнать все о хосписах и паллиативном лечении, уехать в Европу и получить эвтаназию, договориться с друзьями, что они помогут моей семье... При страхе небытия может помочь более глубокое знакомство с трудами философов и психологов экзистенциального направления и их предшественников, таких как Паскаль, Кьеркегор, Лев Шестов и многие другие – конкретный выбор зависит от ваших собственных взглядов, например отношения к религии.)*

● Как я хотел бы пережить последний период моей жизни? А чего я точно не хочу?

*(Не хочу: пребывать в страхе, мучить близких, курить, путешествовать. Хочу: жить за городом, работать до последнего, бросить курить, путешествовать.)*

Фобия заболеваний усиливается, если человек остро боится смерти и не имеет ответа на вопросы о последнем периоде жизни и о том, что останется после него. Используйте ваши мысли о болезни как повод подумать над этими вопросами. Переведите вашу тревогу из медицинского плана в философский и практически-житейский. Все мы рано или поздно умрем, неизбежно быстро и неизбежно от заболевания, которого вы боитесь, но ответы на эти вопросы в любом случае принесут пользу и облегчение. А ответ на последний вопрос может стать неожиданным ключом для изменений в жизни.

## Глава 14

### Самый больной человек на свете: бредовое расстройство с фабулой заболевания

Люди, страдающие онкофобией или другими фобиями заболеваний в рамках тревожного или обсессивно-компульсивного расстройства, как правило, все-таки сохраняют хотя бы частичную критику к своему состоянию. Иными словами, они хоть и боятся, что больны, но допускают, что могут ошибаться. Часто человек даже полностью понимает, что его мысли вызваны главным образом тревогой. Правда, критика не помогает избавиться от навязчивых мыслей, но по крайней мере позволяет сохранить адекватность и продолжать функционировать. Кроме того, обычно после медицинской проверки им становится легче (до следующего эпизода).

Иначе обстоит дело со страдающим от бредового расстройства. Такой человек вполне убежден, что он болен. Если семья врачей ничего у него не нашли, он делает вывод не об отсутствии заболевания, а о том, что все эти врачи недостаточно компетентны, да и вообще медицина – сплошное шарлатанство. Кроме того, бредовое расстройство отличается от соматизированной депрессии и тревожного расстройства тем, что полностью поглощает внимание человека, мешает повседневному функционированию. Конечно, человек с фобией тоже уделяет своей гипотетической болезни немалое время: думает, боится, ищет в интернете симптомы и статистику заболеваемости, прислушивается к симптомам, ходит проверяться и т. д. Но эти заботы не вытесняют из его жизни все остальное. Он боится, но ходит на работу, тревожится – но уделяет внимание семье. Тогда как бред захватывает настолько, что ничто другое пациента просто не интересует.

Фобия	Бред
Есть критика к мыслям и чувствам: «Может, это все в моей голове», «Боюсь так же, как в прошлом году», «Сам знаю, что бояться не надо, а все равно думаю об этом».	Критики к мыслям и чувствам нет. «Я точно знаю, что болен, врачи просто ничего не понимают».
Сохраняется обычное функционирование: работа, забота о семье, способность поддерживать разговор на другие темы. Иногда человек скрывает фобию и стесняется ее.	Человек полностью поглощен мыслями о своем гипотетическом заболевании, может говорить только о нем.
Как правило, фобия возникает по поводу реально существующих в природе заболеваний (рак, сердечно-сосудистые заболевания, ковид, рассеянный склероз...). Иногда фобия имеет под собой реальные основания (наличие предрасположенности, заболевание в прошлом), значение которых может преувеличиваться.	Бред может возникать по поводу реально существующих в природе заболеваний и симптомов, но может иметь и псевдореалистический сюжет («в 2005 году меня укусил клещ, и с тех пор мучают множественные непонятные симптомы»), и совсем фантастический («мои органы полностью разложились», «меня съедают изнутри паразиты»).

Фобия	Бред
Обследования, в ходе которых заболевание не выявлено, приносят временное облегчение.	Обследования не приносят облегчения — человек бесконечно ходит по врачам и не верит им или может вообще не пытаться обращаться к официальной медицине («врачи ничего не понимают»).

Бредовое расстройство с полной убежденностью в заболевании встречается в рамках нескольких психиатрических диагнозов, прежде всего — тяжелой эндогенной депрессии и шизофрении, а также при различных заболеваниях центральной нервной системы, в том числе сосудистой деменции, последствиях черепно-мозговой травмы. Бред может сочетаться с раз-

личными нарушениями восприятия и чувствительности, «благодаря» которым человек ощущает абсолютно реальные симптомы, подтверждающие его сверхценную идею.

**Человек с бредовым расстройством убежден, что он болен. Если семь врачей ничего у него не нашли, он делает вывод, что все эти врачи недостаточно компетентны.**

Наиболее систематическим вариантом бреда считается паранойяльный бред тяжелого заболевания. Такой пациент годами ходит по врачам, изматывая их требованиями наконец поставить ему правильный диагноз, угрожает им судом, пишет жалобы. Обычно, несмотря на субъективно плохое самочувствие, человек остается активным и агрессивным.

При шизофрении бред чаще всего носит фантастический характер и может сочетаться с идеями воздействия: «соседи облучают меня через розетку, сжигая мне внутренние органы и мозг». Также встречается сенестопатический бред, когда пациента мучают странные ощущения, которые он интерпретирует как нашествие паразитов или, опять-таки, внешнее воздействие.

При эндогенной депрессии, особенно у пожилых людей, встречается так называемый бред Котара. Пациент находится в крайне угнетенном состоянии, он уверен, что его органы разложились, сгнили или усохли, из-за чего ему трудно принимать пищу. При уменьшении симптомов депрессии бред полностью проходит.

**Бред может сочетаться с различными нарушениями восприятия и чувствительности, «благодаря» которым человек ощущает абсолютно реальные симптомы.**

Существуют «популярные» заболевания, по поводу которых бред формируется чаще других: болезнь Лайма, сифилис, рассеянный склероз, а в последнее время и постковидный синдром. Здесь есть свой резон, потому что эти заболевания действительно могут давать крайне разнообразную симптоматику. Пациент считает, что его плохое самочувствие обусловлено скрытым или хроническим течением «выбранной» им болезни, ее атипичными проявлениями. Проблема в том, что ни одно обследование не может их удовлетворить, а врачи объявляются некомпетентными и неспособными поставить диагноз.

Как реагировать, если у вашего близкого или знакомого бредовое расстройство?

1. Не стоит активно переубеждать человека, спорить, обесценивать его идею или насилием вести к врачам, чтобы те доказали ему, что он неправ: это не поможет. Также бесполезно показывать свою озабоченность или тревогу по поводу его психического состояния. Таким образом мы можем только спровоцировать дополнительную агрессию и/или чувство, что его не понимают даже друзья и семья. Следует реагировать скорее на эмоции, чем на содержание бреда. Ваш близкий боится, ему плохо и тяжело. Эмоциональная поддержка важна, независимо от того, насколько фантастическим, несуществующим или странным поводом вызван страх.

2. При этом не следует полностью погружаться в его эмоциональное состояние, разделять его всецело, не давая себе передохнуть. Не задавайте близкому вопросов по поводу бреда, старайтесь не позволять «садиться себе на уши» с разговорами о сверхценной идее. Мягко уводите разговор в сторону, насколько это возможно. Честно, без обесценивания, объясните, что видите реальность иначе, чем он, имеете другое мнение на этот счет.

3. Нельзя присоединяться к бредовым идеям, разделять их, допускать возможность того, что они верны. В этом случае происходит индукция бреда, а члены семьи становятся созависимыми – теперь они так же подчинены заболеванию (и реальному психическому, и «сверхценному» соматическому).

4. Попытайтесь привести близкого к мысли о необходимости визита к психиатру, мотивируя это не напрямую («ты безумен, твои идеи – бред»), а косвенно («врач поможет тебе

справиться со стрессом», «ты устал от борьбы со своим заболеванием и нуждаешься в меди-каментозной поддержке»). К сожалению, не всегда возможно уговорить человека лечиться. В любом случае, если вы столкнулись с такой тяжелой проблемой, как бредовый синдром при психическом заболевании у близкого, стоит поискать дополнительной информации и эмоциональной разгрузки прежде всего для себя. Это может быть консультация психотерапевта с клиническим опытом, тематические форумы, группы поддержки.

## Глава 15

### Тошнит от школы: соматоформная реакция

Ко мне обратились родители восьмилетней Алёны, старшей из троих детей. У Алёны повторялся неприятный симптом: каждое утро перед школой ее рвало и сильно повышалась температура. Встревоженные родители тщательно обследовали девочку, терапевт направил к неврологу, гастроэнтерологу, инфекционисту, эндокринологу, сдали все возможные анализы, сделали МРТ головного мозга – все в норме. Наконец дошли до детского психолога, и та быстро выяснила, что у второклассницы большая нагрузка, которой Алёна гордится. «Просто перенапряглась, дайте ей отдохнуть», – посоветовал специалист. Каникулы продлили на неделю, но в первый же школьный день симптомы возобновились. Это была не симуляция: за Алёной хорошо следили. Она не вызывала у себя рвоту и не прикладывала градусник к батарее. «Ты не любишь школу?» – спросила я. Вопрос банальный, и психолог до меня также им занимался, но я не могла его не задать. Алёна, однако, с негодованием отвергла мое предположение: конечно же, она обожает школу, и теннис тоже, и верховую езду, и балет, а на театральные занятия вообще сама попросилась… вот если бы не эта проклятая болезнь, только она и мешает! «А что ты делаешь, когда остаешься дома?» – спросила я. «Целыми днями читаю и играю в куклы с младшими сестрами», – сказала Алёна и сдержанно улыбнулась. В дальнейшем разговоре выяснилось, что девочка любит школу и кружки, потому что мама считает ее талантливой и умной, а талант и ум надо развивать. При этом учительница музыки казалась ей похожей на волка («сидит рядом, и я боюсь, что она мне ухо откусит»), а в школе «все так галдят, что я не могу ничего есть, сразу начинает тошнить, и в голове звенит». Талантливая, умная, но чувствительная и нежная Алёна по-взрослому не хотела огорчать маму и бессознательно утешала себя, что справится.

Поэтому соматоформная реакция и оказалась такой сильной и стойкой. Обычно у маленьких детей все ограничивается поносом перед контрольной. Подростки начинают жаловаться на невыносимую боль в животе или головокружения. Лишь редкие особо одаренные самовнушением натуры развиваются лихорадку или покрываются сыпью, но и они чудесным образом приходят в норму, как только родитель произносит заветную фразу: «В школу сегодня не пойдешь». Поэтому взрослые частенько и несправедливо подозревают в детях симулянтов. Их организм действительно проделывает эти удивительные фокусы, повинуясь бессознательному самовнушению. Если спросить у детей, почему так происходит, они честно признают, что очень не хотели в школу или боялись экзамена, а здоровье подвело уже «как-то само».

Случай с Алёной потому и запомнился мне, что с ребенком происходило то, что обычно происходит с более старшими ответственными детьми или с «правильными» взрослыми. Ее соматоформная реакция стала отражением внутреннего конфликта. С одной стороны, Алёне нравится быть старшей, нравится, что мама считает ее умной и талантливой, она гордится тем, что учится в прогимназии и выдерживает большую нагрузку. С другой стороны, девочке частенько бывает тяжело, скучно, не хватает сил, а кроме того, хочется играть, быть ребенком, как ее младшие сестры. Но эту другую сторону Алёна (как многие взрослые люди!) старательно подавляет, заставляя себя действовать «как большая».

Соматоформные реакции отличаются от соматоформного расстройства тем, что они четко привязаны к определенным стрессовым ситуациям и нагрузке и проходят бесследно, как только ситуация разрешается. Это не значит, что с ними проще. Соматоформная реакция может «заклинивать», становясь непреодолимой помехой для важных человеку вещей. «Постоянно пускаю газы, когда хожу на свидания», «болит спина, как только сажусь за компьютер писать», «со случайными женщинами секс получается, но как только влюбляюсь – от волнения возбуждение нестойкое», «беру скрипку – сразу дико чешутся ноги, не могу играть», «сажусь

за руль, и в глазах темнеет» – вот некоторые из жалоб моих клиентов. Лишь после нескольких сеансов психотерапии выясняется, какие именно внутренние противоречия привели к «заклиниванию», почему тело реагирует на эти ситуации таким способом. Конфликт между «хочу» и «надо» – только один из возможных вариантов. Например, в случае с девушкой-скрипачкой дело было в том, что профессор пытался приставать к ней и, не встретив понимания, перешел к вежливому хамству и обидным оскорблением исподтишка. Иногда дело в травматических переживаниях, как в случае с мужчиной, попавшим в серьезную аварию. Первые три ситуации оказались более сложными, и, чтобы добраться до конфликтов, лежащих в их основе, клубок противоречий пришлось распутывать гораздо дольше.

**Соматоформная реакция может «заклинивать», становясь непреодолимой помехой для важных вещей. «Пускаю газы, когда хожу на свидания», «болит спина, как только сажусь за компьютер», «беру скрипку – сразу дико чешутся ноги».**

Каков механизм возникновения соматоформных реакций? Все дело в парадоксальной активации симпатической нервной системы, отвечающей за реакции возбуждения. Что именно станет конечной точкой, какой именно симптом разовьется у конкретного человека как реакция на конкретную ситуацию, во многом определяется случайностью. Возможно, изначально причиной легкого зуда в ногах были неудачные колготки или комариные укусы. После реакции симпатической нервной системы, когда скрипачку «бросило в краску», кровь прилила к кожным покровам и чувствительность резко возросла. Все раздражители стали ощущаться сильнее, в том числе и зуд в ногах. Затем этот паттерн благодаря сильной эмоциональной реакции связался с ситуацией, стал привычным, «залип». Но физиология процесса, его соматика, в данном случае не так важна, как психологический фактор. Если ноги чешутся, *только* когда играешь на скрипке – разбираться нужно, скорее всего, не с дерматологом, а с психотерапевтом.

Есть и «слабые звенья», которые страдают в таких случаях чаще всего: обычно это боли в спине, головные боли, ком в горле, онемение конечностей и, конечно, тошнота, позывы к мочеиспусканию, испражнению («медвежья болезнь») и повышенное газообразование. Наряду с психогенным недержанием или полиурией (частое, до 10 раз в час мочеиспускание) встречается и психогенная задержка мочи. Состояния, связанные с желудочно-кишечным трактом, так часты потому, что симпатическая нервная система прежде всего обуславливает сжатие, спазмирование гладкой мускулатуры. Синдром раздраженного кишечника, спастические запоры и, наоборот, диареи связаны как раз с этим ситуативным «психическим» гипертонусом. Вспоминаем биopsихосоциальную модель: при особой предрасположенности и сочетании факторов страдают уязвимые места, о которых мы бы в другом случае ничего не узнали.

Есть и хорошая сторона: если удается найти ту самую болевую точку и разрешить внутреннее противоречие, соматоформная реакция проходит навсегда. Так получилось и с Алёной, чьи родители настолько испугались происходящего, что скорректировали свое отношение к воспитанию старшей дочери. Из кружков остались только театр и музыкальная школа, остаток второго класса Алёна доучилась дома, а потом перешла в маленькую частную школу, где качество образования было не хуже, при этом у детей оставалось время поиграть и поболтать.

## Глава 16

### Ноги не идут, руки опускаются: конверсионные (диссоциативные) расстройства

Постепенно двигаясь «от соматического к психическому», мы пришли к конверсионным расстройствам, в которых удельный вес соматического кажется наименьшим. Это расстройство, при котором абсолютно здоровый человек может испытывать и демонстрировать симптомы, доставляющие ему большие страдания. При этом проявления всецело лежат в сфере психологического конфликта, опыта психотравмирующей ситуации или вытесненного в подсознание запрета.

Конверсия – это «перевод» (например, из одной валюты в другую). В случае конверсии, о которой я говорю в этой главе, происходит бессознательное замещение психологического конфликта яркими, заметными соматическими симптомами. При конверсионном расстройстве они напоминают симптомы неврологических заболеваний, но отличаются тем, что возникают внезапно во время стресса или психотравмирующей ситуации – и также внезапно полностью проходят. Выглядят они эффектно, переживаются тяжело, но ни один врач даже во время самого тяжелого конверсивного припадка не зафиксирует реальных изменений в состоянии здоровья пациента.

- Ступор. Человек неподвижен, не говорит, совершенно не реагирует на внешние стимулы.
- Паралич. Внезапно отнимается рука, нога или несколько конечностей сразу. При этом не определяются изменения тонуса и рефлексов, а исследования не обнаруживают патологии.
- Шаткость походки, трепет рук, судороги и тики, которые усиливаются, когда человек знает, что за ним наблюдают.
- Изменения чувствительности: гиперчувствительность, анестезия, парестезии (покалывания, мурашки, жжение, боль и т. д.). Участки измененной чувствительности не соответствуют ходу нервов, например, парестезии могут распространяться по типу «чулок» или «носков».
- Изменение восприятия: временная слепота или глухота. При этом зрачки реагируют на свет, человек может передвигаться без посторонней помощи.

Описание конверсионных расстройств часто встречается в художественной литературе, особенно XIX – начала XX века. Вспомним стихи Анны Ахматовой: «Как забуду? Он вышел шатаясь, искривился мучительно рот...» Или типичные сцены из романов: «Графиня с криком упала в обморок и оставалась бледной и неподвижной, пока ее не перенесли на диван...», «Ноги у нее подкосились, и она без сил опустилась на пол...» В те времена конверсионное расстройство называлось истерическим, однако постепенно это слово приобрело уничижительный смысл и потому в последних классификациях заболеваний не используется. Отечественная психиатрия тем не менее называет страдающих конверсионным расстройством людей именно истериками и традиционно их недолюбливает. Жадность до внимания, театральность, эгоцентризм, драматизация, инфантильность – вот далеко не полный перечень того, что вменяется в вину таким людям. Они как бы почти симулянты, только гонятся не за прямой выгодой вроде уклонения от армии, а за косвенной – «хотят, чтобы пожалели и обратили внимание». Такой взгляд на вещи не только антигуманен, но и в корне неверен. Люди с конверсионным расстройством не управляют своими симптомами, хотя и могут им сознательно «подыгрывать»; возникновение симптомов обусловлено непроизвольным психическим процессом, возникшим, как правило, в результате детских психотравм, наложившихся на особенности характера.

**При конверсионном расстройстве симптомы выглядят эффективно, переживаются тяжело, но ни один врач не зафиксирует реальных изменений в состоянии здоровья пациента.**

К соматическим симптомам конверсионного расстройства нередко присоединяются диссоциативные психические нарушения.

● **Психогенная амнезия.** Временное выпадение из памяти травмирующего эпизода, а иногда и большой части жизни до него. Например, человек может забыть о смерти близкого или о том, что расстался с партнером. Часто такие амнезии наблюдаются во время катастроф, терактов, стихийных бедствий, войн.

● **Психогенная реакция бегства.** Человек внезапно уезжает куда-либо в состоянии амнезии, которое не осознаёт. Он может считать себя кем-либо другим, мысленно приписывать себе иное прошлое, род занятий. Память может вернуться через несколько часов, дней и даже месяцев, при этом часто амнезируется все, что было во время поездки.

● **Психогенный ступор.** Человек заторможен, речь отсутствует, он как бы «застывает в страдании», при этом может воспринимать информацию, плакать, самостоятельно сидеть и стоять.

● **Диссоциативное расстройство идентичности.** Ранее считалось редким, но недавние исследования показали, что оно встречается достаточно часто<sup>23</sup>. Человек идентифицируется с несколькими разными личностями (разного пола, возраста, происхождения), сменяющими друг друга. Близкие и друзья могут видеть перед собой одного и того же человека, который ведет себя, говорит, относится к другим попеременно как несколько абсолютно разных индивидуальностей, не знающих друг о друге. Поскольку диагностировать диссоциативное расстройство идентификации не так уж просто, такого человека могут считать лжецом. Но «раздвоение» (а также «растяжение», «раздесятерение» и т. д.) личности происходит бессознательно и, как правило, обусловлено тяжелым детским опытом сексуального или иного насилия. Часто разные личности отражают разные виды защит: например, одна из личностей может идентифицироваться с силячом, побеждающим агрессора, другая – с жертвой, которая пытается его умилостивить<sup>24</sup>.

**Люди с конверсионным расстройством не управляют своими симптомами, хотя и могут им сознательно «подыгрывать».**

● **Состояния одержимости.** Они могут быть частью традиционных культур или религиозных культов, например амок у малайцев или пиблокто у инуитов. При одержимости человек может кричать, убегать, кататься по земле, впадать в ярость или выть.

О чём стоит помнить, если вы столкнулись с конверсионным расстройством у близкого человека?

1. Прежде всего следует исключить соматическое заболевание. Существуют простые критерии, по которым соматический врач может заподозрить конверсионное расстройство, но все же необходимо наблюдать состояние в динамике, а иногда и провести исследования (ЭЭГ для исключения эпилепсии, МРТ мозга, чтобы не пропустить рассеянный склероз или опухоль).

2. Конверсионное расстройство не относится к заболеваниям «большой психиатрии». Страдающий им человек не переживает психоз, он находится в реальности. Он не нуждается в медикаментах для того, чтобы приступы не повторялись, и его состояние не представляет

---

<sup>23</sup> Например, смотрите главу о диссоциации в книге: Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. – М.: Класс, 1998.

<sup>24</sup> Интересующимся этим расстройством предлагаем прочитать книгу Дэниэла Киза «Таинственная история Билли Милигана». Это захватывающее произведение, основанное на реальных событиях.

опасности для жизни. Это серьезная, но в чистом виде психологическая проблема, которую лечит не психиатр, а психотерапевт.

3. Человек не симулянт, если он не рассчитывает извлечь из своих симптомов прямую выгоду (он не совершил преступления, его не призывают в армию). Вы можете заметить, что ваш близкий как будто специально усиливает симптомы в вашем присутствии. Это действительно возможно, но сами симптомы возникают по бессознательному механизму и являются страданием.

4. Для конверсионных расстройств характерно бессознательное извлечение вторичной выгоды. Да-да, то самое «чтобы пожалели и поддержали». Иногда выгода может быть вполне осозаемой, например возможность уклониться от неприятной обязанности, особенное обращение окружающих, получение каких-либо значимых преимуществ. Важно, что человек действительно не осознаёт, что его действия – манипуляция. Им движут не хитрость и не расчет, а бессознательные защиты.

5. Симптомы конверсионного расстройства могут «перекликаться» с их скрытой причиной. Это тот самый случай, когда ком в горле действительно состоит из невысказанных слов, руки отнимаются от бессилия, а глаза буквально отказываются смотреть на белый свет. Если травмирующая ситуация связана с болезнью или смертью близкого, симптомы могут напоминать заболевание дорогого ему человека. Опыт насилия иногда вызывает симптомы, связанные с психотравмирующей ситуацией.

6. Не следует говорить близкому, что «он все себе придумывает» или напрямую предлагать ему/ей психологическую версию происходящего. Это не поможет. Еще менее правильно игнорировать симптомы («это театр одного актера, надо лишить его/ее зрителей!»). Человеку с конверсионным расстройством действительно нужно больше внимания и сочувствия, и давать их следует независимо от присутствия симптомов. Если мы вновь и вновь даем близкому опыт безопасного взаимодействия, показывая, что для получения внимания необязательно падать в обморок или демонстрировать параличи, бессознательные механизмы конверсионного расстройства могут смягчиться.

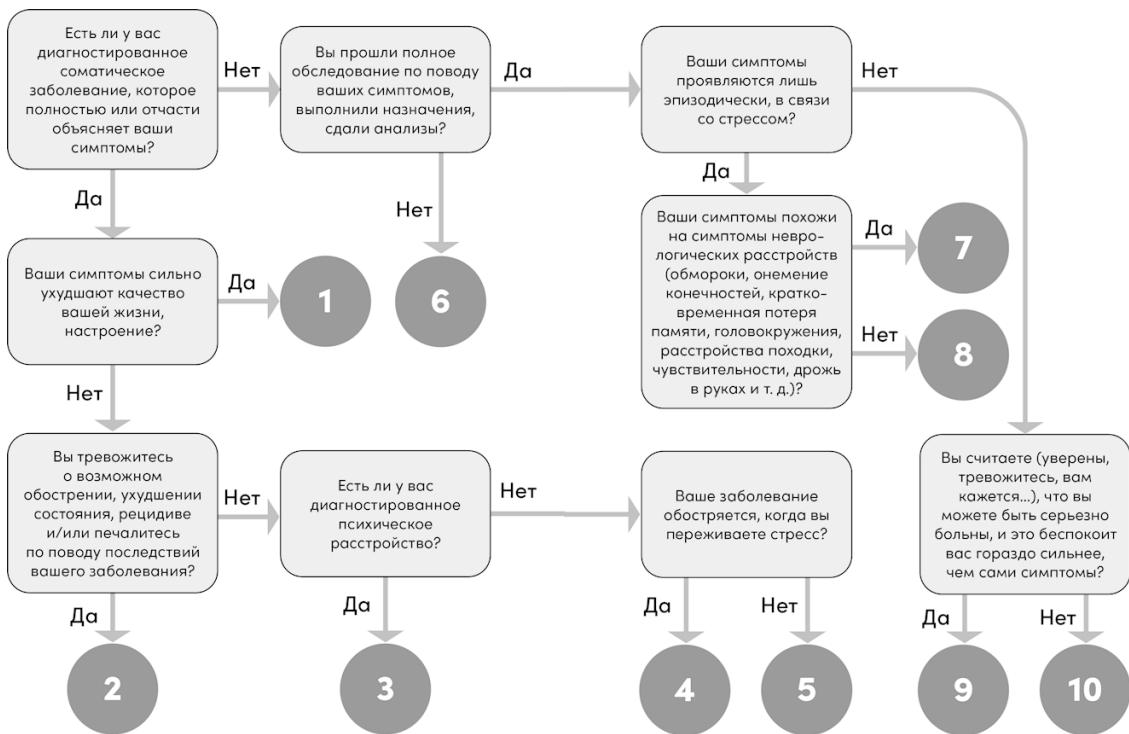
7. Так как конверсионные расстройства напрямую связаны с конкретными стрессовыми ситуациями, можно стараться избегать их. А если они завязаны на вас – менять свои способы взаимодействия с человеком. Лечение тяжелых конверсионных и особенно диссоциативных симптомов происходит в кабинете психотерапевта, причем здесь может помочь как психоаналитическое направление, так и эрикsonianский гипноз, и когнитивно-поведенческая терапия.

## Глава 17

### Чек-лист: психика или соматика?

А теперь вернемся к нашему списку-спектру из главы 3.

Если у вас есть проблемы со здоровьем и вы хотели бы понять, каков удельный вес психической и соматической составляющих, предлагаю вам чек-лист. Эти простые вопросы помогут понять, в какой «полоске» психосоматического спектра находитесь вы или ваш близкий и что с этим делать.



#### 1

#### Психическая реакция на соматические симптомы

*Рекомендации.* 1) Постарайтесь узнать, есть ли возможность лучше копировать соматический симптом, который вас мучает. Не терпите боль и неприятные симптомы: современная медицина может улучшить состояние во многих, даже сложных случаях. 2) Возможно, существуют «школы пациента» по вашему заболеванию онлайн или офлайн. Там можно узнать, какие изменения стоит внести в образ жизни и лечение, чтобы симптомы стали менее выраженным. 3) Посетите психотерапевта или группу поддержки: жить с хронической болью – немалый труд и большой стресс, вы заслуживаете уважения и помощи.

#### 2

#### Психическая реакция на диагноз

*Рекомендации.* Сражаться с болезнью в одиночку, принимать непростые ограничения и перемены, которые диагноз привносит в жизнь, – непросто. Вам нужна поддержка. Это может быть психологическая группа для пациентов и/или врач-психотерапевт психодинамического или экзистенциального направления. В некоторых случаях может понадобиться и медикаментозная поддержка (противотревожные препараты, антидепрессанты).

### **3**

#### **Сочетание или коморбидность психического и соматического заболеваний**

*Рекомендации.* Нужна совместная консультация психиатра и профильного соматического врача. Важно, чтобы препараты, назначенные для лечения одного заболевания, не ухудшали течение другого. Возможно, вам нужна помочь близкого или друга, чтобы координировать лечение, лучше понимать, как обращаться с вашим здоровьем.

### **4**

#### **Психосоматоз**

*Рекомендации.* Стрессы могут быть значимым фактором для обострения вашего заболевания. Это стоит учитывать, чтобы прогнозировать свое состояние, избегать провоцирующих ситуаций. Стоит обратиться к психологу, чтобы вместе с ним выработать более эффективные стратегии совладания со стрессом.

### **5**

#### **Соматическое заболевание никак или почти никак не влияет на ваше психологическое состояние. Лечитесь и будьте здоровы!**

### **6**

**Так как психосоматические диагнозы ставятся только после исключения соматических патологий, стоит пройти все необходимые обследования и потом вернуться к чек-листву.**

### **7**

#### **Конверсионное (диссоциативное) расстройство**

*Рекомендации.* Вам стоит узнать больше о психотерапии психодинамического и психоаналитического направления, а также о специалистах, работающих в русле эриксоновского гипноза, психодрамы. Именно эти виды психотерапии с большой вероятностью будут вам полезны.

### **8**

#### **Соматоформная реакция на стресс**

*Рекомендации.* Стоит самостоятельно или с психотерапевтом разобраться, какие ситуации или какой внутренний конфликт провоцирует вашу реакцию. Иногда для того, чтобы ее убрать, достаточно внести изменения в образ жизни, иногда – немного пересмотреть цели и жизненные ценности. В некоторых случаях требуется более глубокая проработка проблемы.

### **9**

#### **Фобия заболевания в рамках тревожного расстройства или других психических расстройств**

*Рекомендации.* Врач, которого вам стоит посетить в любом случае, – это психотерапевт-психиатр (то есть врач-психиатр, имеющий дополнительную квалификацию по психотерапии). Если в предыдущем пункте вам больше всего подходит слово «кажется» или «тревожусь» (а не «уверен» и «считаю»), то наилучшим выбором будет специалист когнитивно-поведенческого направления.

### **10**

#### **Соматоформное расстройство или соматизированная депрессия**

*Рекомендации.* Вполне возможно, что вам удастся помочь с помощью психотерапии и/или назначения курса антидепрессантов. Попробуйте записаться на прием к врачу-психотерапевту. Поверьте, это не опасно и дает надежду на значительное улучшение качества вашей жизни!

## **Часть II**

### **За что хвататься**

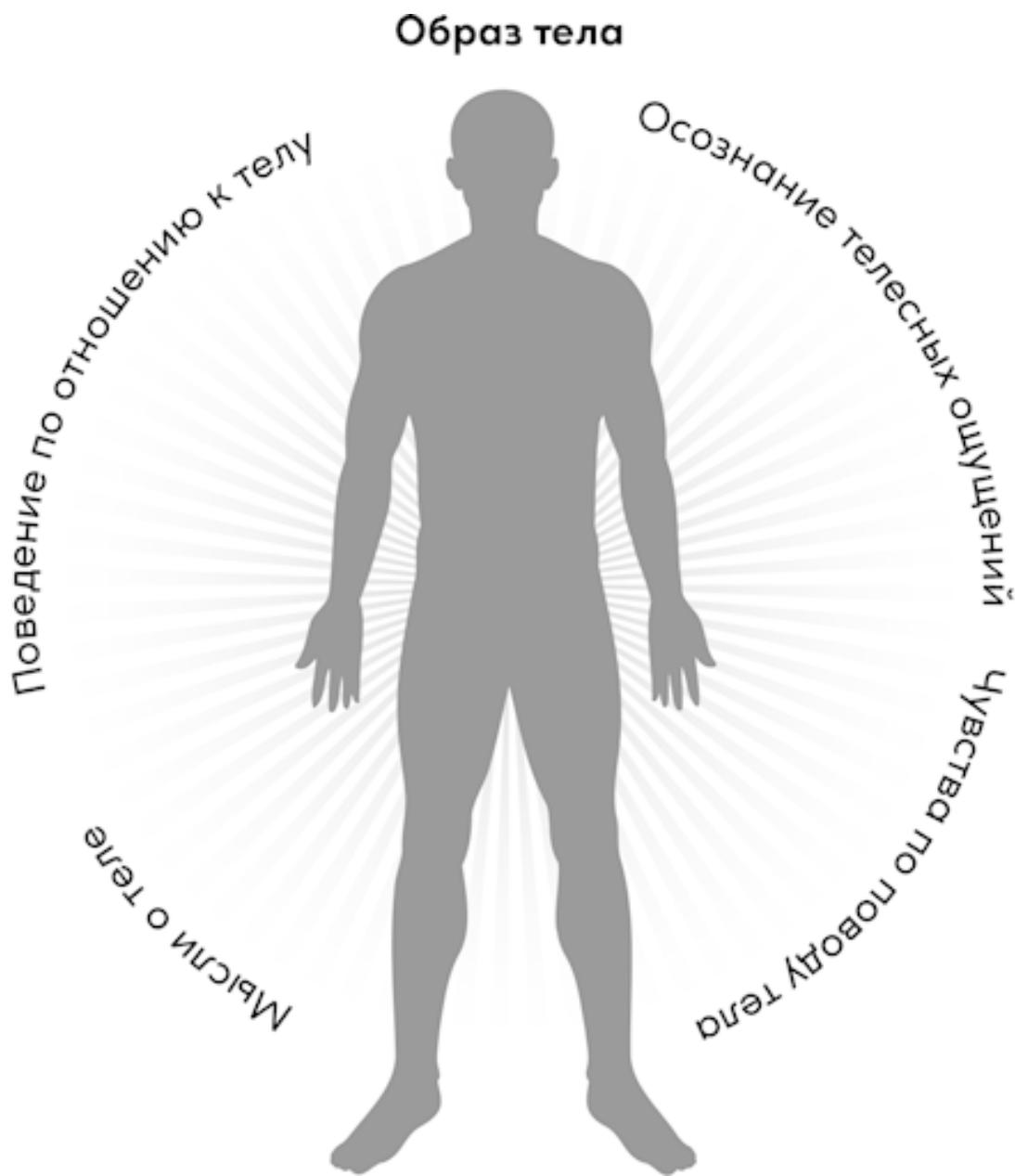
#### **Глава 18**

##### **Образ тела**

В первой части книги мы выяснили, какой бывает психосоматика, и рассмотрели весь ее спектр. Во второй части я поговорю о том, от каких факторов зависит наше психосоматическое самочувствие: что может формировать и усиливать «конфликты между психикой и телом», а что, наоборот, помогает им жить в гармонии.

Первое, о чем нужно сказать, – образ тела.

*Образ тела – это наша индивидуальная внутренняя реальность, связанная с тем, как мы ощущаем и представляем наше тело.* Понятие «образ тела» отличается от схемы тела, то есть от того, как в мозге представлены различные телесные зоны. Схема тела нарушается редко. Например, у человека с ампутированной конечностью бывают фантомные боли: конечности нет, а в схеме тела она сохранилась. Но образ тела – совсем другое. Это психологический конструкт, который включает в себя: наше осознание телесных ощущений; наши чувства по поводу тела; наши мысли о нашем теле; наше поведение по отношению к нему.



#### 1. Как мы осознаём телесные ощущения

Способность осознавать сигналы, которые подает нам тело (голод и сытость, холод и тепло, болит внутри или снаружи, как именно болит, вкусно нам или нет, приятно или некомфортно...), называется *интeroцептивной осознанностью*. Чем человек старше, тем, при благоприятных обстоятельствах, лучше развита и более дифференцирована интeroцептивная осознанность. Мы постепенно учимся отличать жажду от голода, распознавать жар или усталость, вовремя замечать, что натерли ногу. Однако жизнь может преподавать нам и иные уроки. Иногда человек растет в обстоятельствах, которыми не может управлять и которые учат его тому, что собственное тело слушать не надо. Например, если ребенка кормят насилием или, наоборот, ему приходится подолгу терпеть голод, у него не формируется крепкой связи между чувством голода и удовлетворением потребности в еде. Какая разница, голодный я или нет, сытый или нет, – появление еды и прекращение ее подачи все равно не зависят от моего желания. Ребенок не учится ориентироваться на свои ощущения, привыкает не замечать этот вид дискомфорта и не отслеживать сигналы тела. Став взрослым, он плохо ощущает, когда голоден, а когда нет. Нашей психике проще ослабить или вовсе отключить сигналы дискомфорта,

чем продолжать принимать их во внимание, если потребность систематически не удовлетворяется. Точно так же человек может привыкнуть терпеть постоянную боль, не обращать внимание на усталость. Он теряет (или не приобретает) чувствительность к внутренним сигналам, и тело перестает сообщать ему о дискомфорте. Обычно интероцептивная осознанность нарушена сразу в нескольких сферах. Об этом хорошо знают приемные родители подростков. Например, выросший в детском доме юноша с нормальным интеллектом в 17 лет зимой выходит на улицу в легкой куртке, зуб на зуб не попадает от холода, но ему не приходит в голову одеться потеплее: он не понимает, что замерз. Такой подросток может есть до рвоты, потому что тело не сигнализирует о сытости, а заболев гриппом, не ощущает признаков болезни, так что первыми их видят окружающие. При нарушенной интероцептивной осознанности психика не доверяет телу, и процесс этот бессознательный.

**Человек может привыкнуть терпеть боль, не обращать внимание на усталость. Он теряет чувствительность к внутренним сигналам, и тело перестает сообщать ему о дискомфорте.**

Интероцептивная осознанность может быть снижена не только в результате трудного опыта, но и из-за психических проблем. Например:

- при синдроме дефицита внимания. Тело находится как бы «не в фокусе», человеку трудно сконцентрироваться и уловить его сигналы.
- в обеих фазах биполярного расстройства. При мании и гипомании (когда настроение резко повышенено) сигналы дискомфорта могут сильно преуменьшаться, а приятные ощущения – усиливаться сознанием. Человек в тяжелом маниакальном состоянии может не есть и не пить несколько дней, он становится малочувствителен даже к очень сильной боли, что опасно для здоровья и жизни.
- в депрессии: здесь интероцептивная осознанность может вести себя по-разному, так как существует много разных видов депрессии, в которых выходят на первый план разные симптомы.

Человек со сниженной интероцептивной осознанностью способен долгое время не распознавать симптомов заболевания и в результате «запустить» его. Плохая дифференциация сигналов тела вносит немалый вклад в фобии по поводу заболеваний, соматоформные расстройства и другие психосоматические проблемы. Человека слегка подташнивает, а он интерпретирует это как проблемы с сердцем; у него напряжены мышцы, а он ощущает это как боль в животе. Парадоксально, что «прислушивание к себе» – также следствие низкой (а не слишком высокой) интероцептивной осознанности: человек пытается не пропустить сигналы опасности и так концентрируется на них, что реальные ощущения искажаются и отфильтровываются.

## 2. Что мы чувствуем по поводу собственного тела

Это могут быть самые разные эмоции. Например:

- удовольствие от возможностей тела;
- стыд от его несовершенств;
- страх, тревога, уныние из-за его непрочности, страданий, которые оно может доставлять;
- отвращение, презрительность к естественным телесным проявлениям и т. д.

Эти эмоции зависят от нашего опыта, убеждений, стереотипов и особенностей характера. Если наши чувства главным образом неприятные, то тело и его части становятся источником эмоциональных страданий. Нарушения пищевого поведения, например, сопровождаются (и бывают обусловлены) отрицательными эмоциями по поводу тела. Другой вариант неприятия своих телесных особенностей – дисморфофобия, при которой они вызывают стыд, тревогу, страх показаться смешным, желание исправить «ужасный недостаток».

Чувства по отношению к телу во многом управляют нашим поведением. Неприятные эмоции всегда заставляют нас хуже обращаться с телом. Нам невыносимо вновь и вновь встречаться с ними: легче вообще перестать обращать внимание на то, что доставляет столько проблем. Вот почему стыд по поводу собственного веса не может быть устойчивой мотивацией вести здоровый образ жизни: когда мы стыдимся, мы считаем себя ни на что не способными. Страх болезней может заставить одного человека бегать по врачам при малейшем дискомфорте, а другого – вообще никогда не обследоваться: «А вдруг найдут что-нибудь». Отвращение к телу и его проявлениям, по моим наблюдениям, серьезно увеличивает риски запустить болезнь. В книге «Близость»<sup>25</sup>, в главе о теле, я написала о молодой девушке, которая не обращала внимания на кишечные кровотечения. Когда она пошла к врачу, выяснилось, что у нее рак кишечника в терминальной стадии. Это очень грустная и не такая уж редкая история. Брезгливость, восприятие некоторых частей своего тела как «грязных», неуважение к ним может сильно вредить здоровью, не говоря уж об удовольствии от секса и взаимодействия с телом вообще.

### **3. Что мы думаем о собственном теле**

У каждого из нас есть определенные мысли и убеждения, касающиеся тела. Они могут быть реалистичными и полезными. Человек знает о своей особенности или хронической болезни и не делает того, что может ухудшить его самочувствие и навредить здоровью. Ему известно, как его тело реагирует на те или иные нагрузки: например, оно «морозоустойчиво», однако плохо переносит жару и солнце, – поэтому он не отдыхает на пляжных курортах, но с удовольствием едет в Карелию или Финляндию зимой.

Другие убеждения могут быть вредными – фантастическими или стереотипными. Напрямую вредят те убеждения, которые противоречат реальности. Например, человек уверен, что может пить сколько угодно, не пьянея, и садится пьяным за руль. Возможно, его толерантность к алкоголю действительно высока, но алкоголь и вождение абсолютно несовместимы. Косвенно вредят убеждения, что тело неполноценno, потому что не способно выполнять какие-то функции. Например, если у мужчины проблемы с потенцией, это не значит, что он не может получать удовольствие от секса, а вот мысль о собственной ущербности может помешать наслаждаться и теми сексуальными взаимодействиями, которые ему вполне доступны. Женщина с бесплодием или после утраты репродуктивной функции также может начать считать себя неполноценной, потому что не может родить. Но это не так: наше тело не имеет ни жестко заданного предназначения, ни предписанных ему «нормальных» качеств. Проблемы с передвижением, слухом, зрением, репродукцией – сами по себе могут быть серьезным вызовом. Но они решаемы: стоит адаптировать жизнь и среду так, чтобы человеку было удобно жить в ней и пользоваться своим телом по максимуму.

Мысли и убеждения о собственном теле часто идут вслед за чувствами, но бывает и наоборот: мысли заставляют человека печалиться по поводу собственной болезни или несовершенства, хотя он не так уж сильно ощущает ограничения. Например, человек, случайно узнавший о положительном ВИЧ-статусе и не имеющий информации о заболевании, может думать, что его жизнь закончилась, хотя в реальности в наши дни это далеко не так.

### **4. Поведение по отношению к собственному телу**

Люди по-разному ведут себя со своим телом. Одни заботятся о нем, другие им пренебрегают, третий стремятся усовершенствовать и сделать более соответствующим идеальному представлению, даже если это вредит здоровью. Эта составляющая образа тела как бы суммирует первые три, является их практическим выражением. Если человек не слишком хорошо

---

<sup>25</sup> Фомичева Н. Близость: Книга о хорошем сексе. – М.: Альпина Паблишер, 2022.

разбирается в собственных ощущениях, многое стыдится, имеет связанные с телом страхи, убеждения и устойчивые мысли о собственной телесной неполноценности, ему будет сложнее относиться к телу осознанно и ответственно. Болит? Ничего, потерплю. (Вариант: «Наверное, я умираю».) Хочется есть (спать, пить, полежать)? Переходит. Не хочется секса? Ничего, соглашусь, мне не жалко. Плохо от выпивки? Все пьют, и я выпью. Не хочется сегодня на пробежку, что-то не то с самочувствием? Бегай, ленивая скотина. Такому человеку труднее регулировать и дифференцировать свои желания, нормально к ним относиться. Он будет учитывать сигналы своего тела в последнюю очередь – после требований социума, желаний других людей, собственных импульсов, иногда деструктивных.

Вот типичные ситуации, связанные со здоровьем, для людей, у которых нарушено сразу несколько составляющих образа тела:

- Юноша решил тренироваться, потому что считал себя отвратительно сутулым. На первой же тренировке сорвал спину – переусердствовал.
- У мужчины что-то болело в области груди или за грудиной, месяц переживал, что это рак, но к врачу не шел, а потом открылась прободная язва желудка.
- Юная девушка считает, что ее кожа отвратительна, и поэтому даже спать ложится, не смывая косметику. В результате кожа воспаляется все сильнее, и косметики требуется все больше.
- Женщина почувствовала себя не очень хорошо, но подумала, что ей «просто кажется», пришла на работу и заразила коронавирусом двух пожилых коллег. Одна из них умерла.

Мы видим, что поведение тесно связано с чувствами, мыслями и осознанием ощущений. В этом смысле очень многие болезни можно назвать «психосоматическими», ведь образ жизни, привычные паттерны поведения вносят вклад в заболевание, а они, в свою очередь, обусловлены нашей внутренней жизнью. Все привычки, полезные и вредные; все решения по поводу здоровья, которые мы принимаем; то, как мы болеем и лечимся, занимаемся сексом и рожаем, – тесно связаны с нашим образом тела.

Первое, чем стоит заняться каждому, кто хотел бы лучше себя чувствовать, – это научиться чувствовать себя. В прямом и буквальном смысле слова: ощущать свое тело, уважать и учитывать его проявления, понимать индивидуальные особенности и потребности – и вести себя в соответствии с его сигналами и тем, что мы о нем знаем.

*Хотите лучше себя чувствовать – учитесь лучше чувствовать себя!*

## Глава 19

### Воспитание и семейная система

Образ тела, как и отношение к здоровью и болезням, в основном формируется в детстве, в частности, в родительской семье. Это не значит, что взрослый человек не в состоянии преодолеть деструктивные семейные установки или, наоборот, не «испортить» их по собственному почину. Кроме того, такие установки далеко не всегда воспринимаются напрямую. В семье алкоголиков не так уж редко вырастают абсолютные трезвенники. И наоборот: в семье требовательных и жестких последователей здорового образа жизни часто растут люди, которые впоследствии пускаются во все тяжкие. Ведь в детстве их во всем ограничивали родители и они не научились контролировать свои желания.

Как семья может повлиять на отношение человека к своему здоровью?

#### **1. Ответственность за себя или выученная беспомощность**

Выученная беспомощность – это состояние, при котором человек не предпринимает никаких попыток улучшить свое состояние, хотя у него есть возможность это сделать. Человек рождается беспомощным, но в детстве или уже во взрослой жизни он может постепенно научиться тому, что его действия способны что-то менять, приносить результат. Если же его опыт говорит об обратном, человек оставляет попытки действовать.

Если для членов семьи характерна выученная беспомощность в отношении здоровья, у них нет и мысли, что человек может сам что-то сделать, чтобы выздороветь или не болеть. Ребенку также неоткуда этому научиться. При заболеваниях такие люди редко обращаются к врачу; если все же попадают в больницу и сталкиваются с некомпетентностью медиков – не отстаивают свои права, не перепроверяют назначения и не пытаются бороться за себя.

Пожилой родственник одного из моих друзей сломал ногу, и его положили в провинциальную больницу. Там он пролежал неделю, и врач ни разу его не осмотрел, а мужчина, хоть и сетовал на это, не пытался добиться осмотра. При выписке ему не отдали рентген, а тот его не потребовал. Нога болела, родные хотели отвезти его проконсультироваться у другого врача, но мужчина отказывался. Спустя два месяца он все же уступил уговорам. Оказалось, что нога срослась неправильно, более того – операцию нужно было сделать в первую же неделю после травмы. Увы, в условиях отечественной медицины активность пациента – один из главных факторов хорошего исхода.

Мой знакомый заболел в 26 лет диабетом I типа. Он решил, что не хочет садиться на инсулин, стал строго следить за питанием и поддерживать поджелудочную железу. Спустя четыре года он все еще держит нормальный уровень глюкозы в крови. Это, конечно, редкий случай, на такое способны немногие. Но многие люди, больные диабетом или другими хроническими заболеваниями, вообще не пытаются больше узнать о лечении, об образе жизни, который позволил бы им хорошо себя чувствовать, избежать осложнений, жить дольше и качественнее.

Выученная беспомощность также влияет на формирование депрессивного мышления: человек считает, что если с ним происходит что-то плохое, то и он сам безнадежно плох. Именно среди таких людей популярна идея «кармического проклятия», когда говорят, что болезнь маленького ребенка – это наказание родителей. Ложная и крайне вредная идея!

#### **2. Модель проживания болезни в семье**

В каждой семье есть свой типичный способ проживания болезни. В одной заболевшего укладывают под шерстяной плед, заботливо приносят чай с вареньем, проводят всевозможные «традиционные» манипуляции – парят ноги и ставят грелки. В другой семье болезни принято презирать: подумаешь, температура и слабость, я ответственный человек и пойду на работу! В третьей каждый чих вызывает тревожные вопросы, влечет беготню по врачам и горы таблеток. Все это – модели, на которых ребенок обучается, как обходиться с болезнью, болью, недомоганием.

У меня консультировалась семейная пара. Муж не понимал, почему женщина не хочет заниматься сексом, когда у нее температура 38,5 °С. Сам он с такой температурой ездил на завод, где работал директором по производству. Выяснилось, что его дед также работал на заводе начальником цеха – и умер от инфаркта прямо в этом цеху.

Мама моей клиентки раз в месяц ложилась на диван, стонала и не могла встать. На вопросы девочки она отвечала: женская доля, вырастешь, у тебя будет так же. Конечно, это не могло напрямую обусловить дисменорею (болезненные менструации), но повлияло на то, как выросшая девочка воспринимает свои месячные. Мы знаем, что восприятие симптома может ослаблять или усиливать его, и у моей клиентки менструации также проходили тяжело.

### **3. Биopsихологические модели поведения**

Ребенок обучается моделям поведения по отношению к здоровью и телу не только во время болезни членов семьи, но и в течение всего детства. Часто очень трудно разделить, где генетические особенности, а где – воспринятые в семье привычки. Так бывает, например, в случае с семейным ожирением.

Эндокринолог, консультируя мать девятилетней Лизы с высоким риском диабета и гипертонией, порекомендовал обратиться ко мне. В семье шестеро детей, девочка – младшая, старшие дети от других отцов. У мамы и старших детей проблем с метаболизмом нет, папа Лизы здоров, но корпulentный, мощного телосложения, а вот родня отца вся с ожирением, метаболическим синдромом, диабетом. В беседе выясняется, что девочка все время ест, причем выбирает продукты, богатые углеводами и жирами. «У нас дома всегда найдется чем перекусить, все любят печенье, сладкие йогурты, но мы и другие дети едим их в меру, а Лиза не может остановиться».

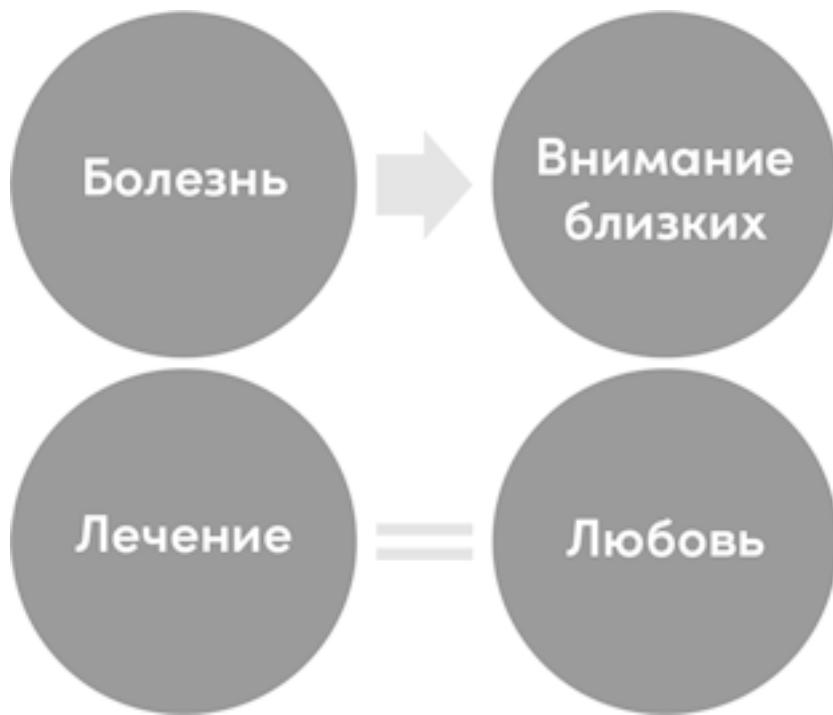
Здесь сложно разделить генетику, привычки и индивидуальные особенности. С одной стороны, у Лизы есть наследственная предрасположенность к нарушениям метаболизма. Возможно, у нее вырабатывается мало гормонов грелина и лептина, в результате чего девочке труднее научиться осознавать сытость. С другой стороны, сладким и мучным перекусывает вся семья, только у остальных детей здоровье от этого не страдает, потому что нет эндокринологического «слабого места», а вот Лиза уже начала болеть. Она привыкла структурировать свое время с помощью перекусов, как все остальные в семье, но съедала – в силу генетических особенностей – больше других, и уходила к себе, прихватив еще пару пряников, намазанных шоколадным маслом. С третьей стороны, если ребенок ест действительно каждую свободную минутку, как Лиза, скорее всего, присутствуют и психологические проблемы. Действительно, у нее были трудности с общением, она не понимала, как ей привлечь внимание старших, которые считали ее «мелкой», и уходила «пообщаться с едой».

После психотерапевтической работы особенности Лизы смягчились, а папа неожиданно стал мотором и драйвером изменения пищевых привычек в семье.

#### 4. Тревожность родителя и фиксация на лечении ребенка

Иногда модель отношения к здоровью и болезням касается не всей семьи, а только младших ее членов. Такое случается, если «лицо, принимающее решения» в отношении ребенка (чаще всего это мать, бабушка, реже отец) склонны сильно тревожиться за его здоровье. Иногда тревожность родителя даже напрямую влияет на здоровье сына или дочери. Доказано, что чрезмерная дезинфекция и стерилизация пространства повышает риск развития аллергии: иммунная система не тренируется на разнообразных агентах. Получается, что «психо...» у родителя, а «соматика» возникает у ребенка.

Но чаще тревожность влияет косвенно. Если родитель сильно и явно переживает по поводу имеющихся проблем, преувеличивает их значимость, постоянно обследует ребенка без показаний, активно лечит то, что в лечении не нуждается (например, неосложненные ОРВИ) – ребенок может расти с сознанием того, что его здоровье постоянно не в порядке, а то и в опасности. Другой вариант – когда ребенок получает внимание только в связи с болезнями, лечением и медицинскими процедурами. Формируется связка:



Это одна из возможных предпосылок к формированию конверсионного расстройства (см. главу 16) или даже к синдрому Мюнхгаузена (см. главу 10).

Однажды врач-гастроэнтеролог направил ко мне мальчика Гошу с диагнозом «психогенные запоры». Его отец не соглашался с тем, что сыну нужно пропить курс слабительного, чтобы все пришло в норму. Он считал, что к препарату может возникнуть привыкание (хотя для слабительного того типа, который прописывали Гоше, это не свойственно). Вместо этого папа каждый день заставлял мальчика по полтора часа сидеть в туалете. Сформировался настоящий ритуал – с мультфильмами, питьем кефира, приседаниями и т. п. Вокруг туалета бегала бабушка и поминутно осведомлялась у Гоши, как идет «процесс». Приходя домой, папа прежде всего получал сводку Гошиных

«больших дел». Тревога, которая накручивалась на оправления Гоши, никак не помогала им стать естественными.

Запоры у детей – очень частая реакция на стрессы. Сильное возбуждение и тревога увеличивают активность симпатической нервной системы. У многих это может привести к спазматическому «сжатию» кишечника и удержанию его содержимого внутри. Но это не значит, что ребенку не поможет курс слабительного, которое обычно назначает в таких случаях педиатр. Размыкается порочный круг: спазм → удержание кала → болезненное испражнение → спазм. Теперь какать не больно, и постепенно ребенку становится проще расслабиться. А на этом фоне уже можно искать источник стресса и нормализовать «туалетные привычки». К сожалению, папа Гоши не внял и моим объяснениям и пошел искать врача нетрадиционной медицины… Очень им всем сочувствую, особенно Гоше.

Итак, семейная система влияет на здоровье и психическое состояние будущего взрослого. В ней формируются установки по поводу здоровья и болезни, закладывается основа отношения к себе, своему телу. Если эти установки мешают жить, их можно изменить – но для этого сначала осознать.

## Глава 20

### Детские психотравмы

Слово «травма» (в значении «психологическая, психическая травма») не так давно вошло в русский язык, и, как часто бывает с неологизмами, многие употребляют его не по делу, называя травмой любой трудный опыт человека. Между тем не всякий трудный опыт обязательно становится травмой, и не всякая травма выглядит как трудный опыт. Травмой событие делает субъективное переживание, точнее, *невозможность переживания*: травма – это только такое событие, для переработки которого у человека не хватает ресурсов.

Например, ребенок не представлял, что родители могут развестись, они всегда были вместе, их семья была единым целым – и вдруг этот мир рушится в одночасье, папа больше не появляется, мама плачет. Тогда как мирный развод, к которому ребенка должным образом подготовили и после которого оба родителя продолжают присутствовать в его жизни, будет стрессом, но травмой может и не стать. Сильный стресс отличается от травмы тем, что мы интегрируем его в наш опыт: «Так бывает, папа и мама больше не будут жить вместе. Вот и у моего друга так же. Это грустно, хотелось бы, чтоб было иначе, но ничего не поделаешь». Событие травматично, если ребенок не может в полной мере охватить, прожить его своими чувствами: плакать, злиться, говорить о нем с близкими, вписывать в свою картину мира. И здесь важна не только сила, «размер» происшествия, но и его длительность. Три недели в больнице вместе с мамой – неизбежно травма; два года лечения (например, в случае длительной терапии детского рака) – скорее всего, да.

**Травма – это только такое событие, для переработки которого у человека не хватает ресурсов.**

Вместе с тем, конечно же, есть события, которые почти всегда будут травмой. Это ситуации сексуального и физического насилия, природные катаклизмы, военные действия, смерть близких. Насколько серьезной станет эта травма для ребенка, зависит от многих важных деталей.

Во-первых, это ситуация вокруг события. Например, изнасилование в среднем становится меньшей травмой для девушки, если ей есть к кому обратиться за помощью, родители ей верят, близкие не отвергают ее как «испачканную», а сочувствуют как пострадавшей, если в полиции принимают меры для дальнейшего наказания насильника. В этом случае изнасилование по-прежнему переживается как горе, беда, несчастный случай – но уменьшается дополнительное бремя стыда и вины. Мой опыт сексолога и психотерапевта говорит мне, что именно это дополнительное бремя на самом деле является основным. Горе можно прожить и оплакать; стыд, вина, чувство собственной беспомощности, ненужности (злодей изнасиловал – полбеды, но предали близкие, никто не встал на мою сторону) – тянутся длинной тенью и не прекращаются никогда. Вот почему травмой могут стать и сравнительно некрупные с виду события, например медицинские процедуры, если они повторяются из года в год, запуская и поддерживая в человеке каскад подобных переживаний.

Во-вторых, важна индивидуальная устойчивость ребенка. Мы знаем, например, что среди детей в детских домах в ста процентах случаев распространена травма привязанности. Однако большинство детей, взятых в семью, все-таки способны развить привязанность к приемным родителям. А некоторые (особенно забранные из детдома рано, не столкнувшись с насилием и жестокостью в кровной семье и детском доме) кажутся травмированными несильно и адаптируются очень хорошо. Но у небольшого процента детей развивается так называемое реактивное расстройство привязанности, при котором они даже после 5–10 лет адаптации в семье не способны испытывать теплые чувства к близким людям. И это не всегда зависит от

того, какие именно травмы перенес ребенок до приемной семьи. Просто некоторые дети обладают малой устойчивостью к травме привязанности, и для них она оказывается особенно разрушительной.

**Ситуации сексуального и физического насилия, природные катаклизмы, военные действия, смерть близких почти всегда будут травмой.**

Мы не можем предсказать, как именно повлияет на ребенка та или иная травма. Последствия обычно становятся видны после 17–23 лет, когда человек полностью развился и демонстрирует тот способ функционирования, который стал итогом предыдущего этапа его жизни. Часто травма может быть переработана с возрастом сама собой.

Как влияют детские психотравмы на отношение к своему телу и здоровью?

**Мы не можем предсказать, как именно повлияет на ребенка та или иная травма. Последствия обычно становятся видны после 17–23 лет, когда человек полностью развился.**

Так как травма – это то, что психика не может «усвоить», в ней появляются как бы маленькие консервированные капсулы, внутри которых находится эпизод травмы и всё, что с ним связано. Это вытесненные воспоминания, подавленные чувства, целый кусок опыта, с которым человек не контактирует. Он внутренне избегает столкновения с капсулой травмы, но вытесненные части могут прорываться в виде флэшбеков, кошмаров, странных фобий. Влияние травмы проявляется именно в том, что человеку приходится применять защиту против той части психики, где «лежит» капсула травмы. Обычно это какая-то одна, постоянно и жестко применяемая защита. Например:

- отрицание («Все хорошо, ничего плохого не может случиться»);
- вытеснение («Не помню, что там было, да это и неважно»);
- склонность винить себя («Я плохой (плохая), поэтому со мной такое случилось, надо стараться быть хорошим (хорошой), и тогда все будет хорошо»);
- склонность жертвовать собой («Меня будут любить, только если я откажусь от своих интересов») и т. д.

Эти жесткие защиты применяются и ко всему, что касается здоровья и телесности. А значит, для человека, пережившего травму, могут быть характерны следующие особенности:

- Нарушение образа тела. Человек не в состоянии заметить недомогание на ранних стадиях, не отличает один вид ощущений от другого, хуже усваивает, что хорошо, а что плохо для самочувствия, и т. д. – все, о чем мы говорили в главе 18.
- Отсутствие навыка заботы о себе. Нет ни желания, ни умения создать для себя комфортную обстановку (например, организовать себе возможность гулять; попросить окружающих не курить; обустроить удобное место для сна; готовить себе еду и т. д.).
- Склонность к зависимостям. Это может быть сладкое, табак, алкоголь, а также зависимости, съедающие время, например соцсети и онлайн-игры.
- Самоповреждение. Это не только желание колоть себя ножиком, прижигать сигаретами или резать кожу на бедрах, но и бессознательное причинение вреда своему здоровью: «пассивное» рискованное поведение, такое как секс без презерватива, пренебрежение техникой безопасности на работе или при езде на автомобиле, велосипеде. Одна моя клиентка в детстве, когда к ней приставал дед, специально стояла в душе под холодной водой, добиваясь обострения пиелонефрита. Ее отвезли в больницу, где она оказывалась в безопасности.
- «Уход в болезнь». Так ведут себя дети, которые могли получить любовь, только если заболевали. Бессознательные механизмы сами по себе не могут заставить человека серьезно заболеть, но могут стать одним из факторов, усугубляющих течение уже существующего заболевания.

● Сильная уязвимость к психическому и физическому истощению, трудным отношениям, хроническому стрессу и другим «вредностям», способным подорвать здоровье.

Так действует любая травма. Кроме того, существуют специфические виды травматизации, которые прицельно влияют на отношение к телу, здоровью и болезням.

● Серьезная, длительная болезнь, ограничивающая возможности ребенка. Например, потребовавшая долгой госпитализации, продолжительного пребывания без родителей, обуславливавшая невозможность выйти из дома, общаться с другими ребятами и т. д. Тут надо, как всегда, сделать оговорку по поводу социальной части биopsихосоциальной модели. Ребенок с туберкулезом прожил несколько лет без родителей в стационаре не потому, что этого обязательно требовало лечение, а потому, что так устроена российская медицина. Ребенок, который не может ходить, сидит дома не потому, что ему это нужно, а потому, что в доме нет пандуса, а у мамы – помощника. Таким образом, одно и то же заболевание может быть более или менее травмирующим в разных условиях.

Ребенок, проживший детство в роли пациента и человека с серьезно ограниченными возможностями, часто вырастает, воспринимая себя именно в этой роли. Кроме того, не получив необходимого ему по возрасту опыта, он неизбежно пропускает какие-то необходимые этапы развития, которые потом трудно наверстать. Девочка с рождения болела раком, четыре года провела в больницах, затем еще три – дома, с ограничением контактов со сверстниками. Наконец, вышла в стойкую ремиссию, и вот, в 14, немного стесняясь, признается, что ей больше всего нравится играть с маленькой сестренкой в песочнице, лепить куличики, которые были ей совершенно недоступны в ее дошкольном больничном детстве. У таких детей часто встречается сенсорная депривация, они сильнейшим образом нуждаются в контактных играх, «вознен», играх с песком, водой, глиной, длительных прогулках – словом, в специально организованном изучении своего тела и его возможностей. Тогда последствия травмы могут быть смягчены.

● Частые мучительные медицинские процедуры. Тут имеются в виду не прививки и не взятие крови на анализ, а постоянный контакт с врачами и постоянная боль. Важно, что боль никогда не является необходимостью, более того, она вредна, особенно для ребенка. Современная медицина в принципе может сделать без боли почти все. Тем не менее в отечественной медицине этот подход разделяют не все. «Болевая» реабилитация детей с ДЦП, при которой ребенок каждый раз кричит, а маму уговаривают, что «так надо»; суровый стиль общения с ребенком («такой большой мужик, как не стыдно плакать») или обманные манипуляции («я только посмотрю») – все это неэтично и не может быть оправдано ни выгоранием, ни тем, что медики спасают жизни. Чаще всего в случаях, о которых я говорю, речь идет о плановых вещах, которые вполне возможно провести с уважением к ребенку и родителю. Об этом мы поговорим подробнее в главе 23.

Если есть возможность, стоит обеспечить ребенку максимальный комфорт при необходимых медицинских процедурах, требовать от врачей соблюдения медицинского законодательства (в части пребывания вместе с ребенком во время этих процедур, в стационаре просить заменить уколы таблетками). Тех манипуляций, которые не являются необходимыми, лучше избегать. Кстати, еще и поэтому тревожным родителям, склонным подвергать ребенка частым обследованиям, стоит побороться со своей тревогой.

● «Залечивание» ребенка. В предыдущей главе я уже говорила о том, как пагубно может влиять на ребенка постоянное пребывание в роли «слабенького», «нездорового», оберегаемого. Конечно, это влияние не всегда обернется травмой, но в тяжелых случаях может таким и стать. Что такое тяжелые случаи? Наверное, многие читатели знакомы с книгой Павла Санаева «Похороните меня за плинтусом». Маленький герой этой книги живет в атмосфере непрерывных медицинских процедур, ему угрожают, что он может умереть или что из-за него умрет бабушка. Он не может вести нормальную для ребенка жизнь, его контакты и возможности ограничены. Хуже может быть только делегированный синдром Мюнхгаузена, при котором

родитель пользуется ребенком, чтобы получить сочувствие и восхищение, и нередко прямо вызывает у него симптомы болезни. Такой ребенок рискует не дожить до совершеннолетия, так как обнаружить родителей-«мюнхгаузенов» сложно – они умело шифруются, могут долго водить за нос даже опытных врачей.

Несколько лет назад прогремело дело: психически не вполне здоровая, но материально обеспеченная мать оставила новорожденную дочь в платной клинике... на шесть лет. За ней приглядывала няня, а родители со временем совсем перестали навещать девочку. В конце концов история стала достоянием общественности, социальные службы после долгой борьбы и судов сумели вытащить ребенка из больницы и передать в приемную семью. Но потерянного детства, в котором не было важнейших условий для развития ребенка – прежде всего близкого взрослого и эмоциональной привязанности к нему, – девочке уже никто не вернет; кроме того, в семье остались трое старших сыновей, которым постоянно делают МРТ всех органов<sup>26</sup>. Эта ситуация, безусловно, травматична – и легальные способы предотвращения такого рода травм пока не разработаны.

---

<sup>26</sup> Пятилетняя девочка всю жизнь провела в частной клинике – и никогда ее не покидала // Медуза. 2019. 12. 08.

## Глава 21

### Стрессы и стратегии их преодоления

Говоря о факторах психосоматических заболеваний, мы не можем не обсудить такое центральное для них явление, как стресс. Собственно, мы уже не раз его упоминали, но пока не было случая подробно продемонстрировать механизмы, как стресс влияет на психическое и соматическое здоровье. Этим и займемся.

Итак, стресс (от англ. *stress* – «напряжение, нагрузка») – это:

- любой фактор, нарушивший гомеостаз (стабильное состояние) организма;
- реакция организма, которая вызвана этим напряжением и направлена на адаптацию.

Термин «стресс» предложил автор одной из первых теорий эмоций – психолог Уолтер Кэннон. Именно он в 1920-х годах разработал теорию эмоций, в рамках которой гнев и страх рассматривались как биологически целесообразные защитные реакции борьбы или бегства. Они вызывают активацию симпатической нервной системы, которая отвечает за реакцию органов и тканей на внешние стимулы. Кэннон считал, что ее хроническая активация приводит к сбоям во всех системах организма.

В 1930–1940-х годах канадский ученый Ганс Селье разработал теорию стресса более подробно. По его гипотезе, любой болезнестворный фактор или нагрузка на организм включают механизмы адаптации, выработанные в процессе эволюции. Однако если нагрузка превосходит адаптационные возможности или если сами эти возможности по каким-то причинам сбоят, может начаться «болезнь адаптации» в той или иной форме – именно так Селье рассматривал психосоматические заболевания.

В 1960-х годах американский кардиолог Герберт Бенсон изучал способы снизить влияние стресса на организм. В том числе – техники релаксации, выработанные человечеством (включая медитацию и молитву). Примерно в то же время биолог Туре фон Икскюль интегрировал модели Селье и Бенсона и разработал свою «модель готовности». Согласно ей, в моменты сильного стресса (который как бы специально «приготовлен» организмом, «предназначен», чтобы отреагировать на ситуацию и совершить конкретное действие – например, убить напавшего хищника) человек переходит от психоэмоционального реагирования к телесному. Организм делает все, чтобы эта реакция была эффективной, приводит себя в экстремальный режим. Но если конкретного действия за этим не следует, боеготовность организма не служит никакой полезной цели. Более того, это состояние задерживается и может стать хроническим. Так, например, постоянный спазм артериол – «гипертония готовности» – может приводить к хроническому повышению артериального давления.

Но почему же за напряжением, за стрессовым состоянием не следует никакого конкретного действия? Дело в том, что стрессы, с которыми сталкивается современный человек, главным образом таковы, что на них невозможно активно отреагировать. Конфликт на работе или опоздание на самолет из-за пробок не требуют и не предполагают драки или бегства. Процессы, которые запускает организм, реагируя на стресс, работают вхолостую. Именно об этом говорил антрополог Грегори Бейтсон<sup>27</sup>. Он первым начал рассматривать психосоматические болезни как следствие противоречий между биологическим и социальным: общество накладывает жесткие ограничения на функционирование и поведение человека, что приводит к хроническому стрессу, а в дальнейшем – к заболеваниям.

---

<sup>27</sup> Бейтсон Г. Шаги в направлении экологии разума. – М.: КомКнига, 2005.

**В момент сильного стресса организм приводит себя в экстремальный режим. Но если конкретного действия за этим не следует, боеготовность не служит никакой полезной цели.**

Психолог Мартин Селигман (1970-е годы) разработал концепцию выученной беспомощности, о которой мы говорили в одной из предыдущих глав. В эксперименте собаки слышали высокий звук, а потом их били током. Избежать удара они не могли. Когда клетку открыли, то ожидалось, что после высокого звука собаки попытаются выйти из клетки, но вместо этого они ложились на пол и скулили. Поведение собак было связано с тем, что несколько предыдущих попыток избежать неприятной ситуации были неудачными. Далее было замечено, что люди в трудных обстоятельствах могут вести себя так же: если раньше они не могли ничем себе помочь, то и когда такая возможность появлялась – избегали активных действий, демонстрируя признаки хронического стресса. Подобный же отказ от попыток улучшить ситуацию Селигман наблюдал и у пациентов с депрессией, в том числе соматизированной (с «телесной» симптоматикой, например хроническими болями).

**Хотя стрессовые факторы различны – от нападения медведя до навязчивого беспокойства о собственном здоровье, – процесс, который они запускают в организме, всегда один и тот же.**

Как организм реагирует на стресс? Ответ на любое напряжение универсален. Еще Селье заметил: как любое воспаление проявляется повышением температуры (местным или общим), так есть и универсальные физиологические проявления реакции организма на стресс. Хотя стрессовые факторы различны – от нападения медведя до навязчивого беспокойства о собственном здоровье, – процесс, который они запускают в организме, всегда один и тот же.

### **Механизм стрессовой реакции**

1. Человек получает визуальный, слуховой или иной стимул, который он классифицирует как признак опасности. Это также может быть тревожащая мысль. «Страшные» образы, минуя кору головного мозга, отправляются прямиком в область, называемую миндалиной. Именно она отвечает за обработку стимулов, связанных с чувством страха.

2. Запускается гормональная цепочка. Миндалина находится в головном мозге рядом с гипоталамусом и стимулирует его выделять кортикотропин-рилизинг-гормон (КРГ), который, в свою очередь, стимулирует гипофиз синтезировать гормон адренокортикотропин. Он влияет на надпочечники, которые вырабатывают кортизол – его-то и называют «гормоном стресса».

3. Кортизол повышает уровень сахара в крови, чтобы обеспечить наш организм энергией для немедленной реакции «бей или беги». Кроме того, он подавляет реакцию иммунной системы, чтобы при возможных повреждениях не возникло слишком сильного воспаления.

4. Гипоталамус также активирует симпатический отдел вегетативной нервной системы.

В отличие от соматической нервной системы, управляющей мышцами, вегетативная работает автономно от нашего сознания. Она состоит из:

- симпатической нервной системы, активирующейся при стрессе;
- парасимпатической нервной системы, которая отвечает за расслабление поддерживает гомеостаз (стабильное состояние) систем организма.

При стрессе запускается каскад симпатических реакций.

## Как симпатическая нервная система реагирует на стресс?



Таким образом, система реагирования на стресс – универсальная и комплексная, вовлекающая в процесс весь организм. На примере стресса хорошо заметно, как психическая сфера может влиять на телесную. И наоборот: например, напряжение мышц и частое сердцебиение могут усиливать ощущение тревоги.

Также очень важно, что реакция на стресс – это не просто адаптация к сильному раздражителю. Это переход организма в экстремальный режим работы, когда ради выживания извлекается и расходуется большой объем энергии, отключаются ненужные функции. Поэтому постоянная или слишком сильная нагрузка, превышающая адаптационные возможности организма, приводит к его повреждению. Это и называется *хроническим стрессом*. Многие люди находятся в состоянии хронического стресса именно потому, что природа современных стрессорных факторов не позволяет адекватно переработать их в момент возникновения.

Слово «современных» не следует понимать буквально: проблемы с хроническим стрессом у людей начались в незапамятные времена – по-видимому, еще когда человек перешел от охоты и собирательства к сельскому хозяйству. Встреча с хищником – это острый стресс, именно такой, на какой эволюционно рассчитан весь этот механизм. А вот неурожайный год – это уже хронический стресс. Переход к сельскому хозяйству и дальнейший прогресс потребовали от людей предусмотрительности и планирования, а значит, и развитого чувства тревоги – умения без прямых стимулов-угроз предсказывать и вызывать в воображении образы нежелательного будущего.

Но наш организм не предусматривает возможности отложить реакцию на стресс на потом или ослабить ее. Он может лишь снова и снова задействовать все тот же универсальный каскад цепных реакций, которые человеку уже негде использовать. Мощная и продуманная система взаимосвязей работает вхолостую, понемногу расшатывая организм. Остается только удивляться, насколько прочным он бывает: несмотря на постоянные стрессы, здоровье может оставаться крепким очень долго. Но в том, что хронический стресс негативно влияет на организм, сомневаться не приходится.

**Наш организм не предусматривает возможности отложить реакцию на стресс на потом. Он может лишь снова и снова задействовать все тот же универсальный каскад реакций, которые человеку уже негде использовать.**

Вот несколько примеров того, как хронический стресс может провоцировать заболевания разных систем организма.

### **1. Сердечно-сосудистая система**

Длительная тревога повышает уровень катехоламинов. Они воздействуют на ткань миокарда таким образом, что в ней постепенно увеличивается количество ионов кальция. Это приводит к повышению хрупкости мышечной ткани сердца. Все эти процессы впоследствии могут стать одним из факторов развития ишемической болезни.

### **2. Желудочно-кишечный тракт**

При переживании стресса активируется симпатическая нервная система. Под ее влиянием происходит торможение брюшного отдела блуждающего нерва, что приводит к спазму сосудов слизистой ЖКТ, прекращению выделения желудочного сока. Снижается эвакуаторная функция желудка, при этом моторная активность кишечника увеличивается. В перспективе это приводит к синдрому раздраженного кишечника и хроническим болям.

### **3. Эндокринная система**

При депрессиях и невротических состояниях гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система становится гиперактивной (увеличивается выработка адренокортикопротного гормона, адреналина, норадреналина, кортизола). Это приводит к росту уровня глюкозы и инсулина в крови. Формируется метаболический синдром, создаются предпосылки для диабета II типа. Гипоталамо-гипофизарная система также влияет на репродуктивную систему у мужчин и женщин. Например, у женщин под воздействием стресса может снижаться выработка фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов (отвечают за овуляцию), нарушаться баланс эстрогена и прогестерона, что приводит к сбою менструального цикла.

Приведенные примеры вовсе не значат, что каждый, кто испытывает хронический стресс, обречен на все болезни сразу. Это не так. Рвется там, где тонко: органы-мишени для стресса уже предрасположены к определенного рода нарушениям. Предрасположенность может быть наследственной или возникнуть вследствие перенесенных заболеваний. Хронический стресс

«метит» именно в них. Вероятность, что какой-либо из описанных выше механизмов срабатывает, выше, если у вас или ваших родственников уже возникали проблемы с этими системами. Как и в других случаях, телесный и психический факторы заболевания могут смягчать или усиливать друг друга.

Длительный и сильный, непрерывный хронический стресс может приводить к состоянию *дистресса*. Если к стрессу человек способен адаптироваться, то при дистрессе, когда адаптационные возможности исчерпаны, организм и психика начинают разрушаться.

Невозможно точно сказать, приведет ли та или иная ситуация к дистрессу: люди обладают разной способностью к адаптации. Часто дистресс вызывают следующие комбинации факторов:

- длительные (в течение нескольких месяцев) очень неблагоприятные условия: голод, постоянная угроза безопасности, серьезная соматическая болезнь, сильная хроническая боль;
- очень длительные (в течение нескольких лет) неблагоприятные условия: одиночество, депрессия, постоянно присутствующие дестабилизирующие факторы (травля в школе, нехватка денег на повседневные нужды, уход за тяжелобольным родственником, конфликты в семье и т. п.);
- тяжелые травматические переживания, даже краткие, но такие, которые не удается пережить, переработать.

При дистрессе человек начинает вести себя дезадаптивно, он не способен воспользоваться возможностями, даже если они у него есть. В этом ответ на вопрос, почему люди годами не идут к врачу или психологу при сильном страдании, не уходят от пьющих супругов, не пытаются решить финансовые проблемы. Они находятся в «яме» дистресса, и у них нет ни видения будущего, ни ресурсов для перемен. Им нужна помошь извне.

**Неверно считать, что человек в хроническом стрессе обречен на все болезни сразу. Рвется там, где тонко: органы-мишени для стресса уже предрасположены к нарушениям.**

Если человек не находится в состоянии дистресса, он пытается адаптироваться к стрессу, используя знакомые ему и доступные *стратегии копинга (стратегии совладания)*.

Копинг, копинговые стратегии (англ. coping, coping strategy) – это то, что делает человек, чтобы справиться, совладать (англ. to cope with) со стрессом как с реакцией организма на трудные ситуации. В копинговую стратегию входят телесные реакции, эмоции, мысли и поведение.

Эффективная копинговая стратегия – та, которая помогает переработать и снять физиологические симптомы стресса. Неэффективная копинговая стратегия, наоборот, усиливает эти симптомы.

У Никиты на работе завал – в уже почти сданном проекте обнаружилась серьезная ошибка, приходится переделывать почти все в короткие сроки. Стресс проявляется у Никиты в напряжении некоторых групп мышц: сводит плечи, каменеет живот, сжимаются челюсти. Никита старается не показывать эмоции (злость и тревогу) на работе, но дома раздражается на жену и сына, которых и так видит пару часов в день. Вечером, перед сном, Никита крутит в голове соответствующие мысли: «Мы не успеем», «Я неправляюсь». Увеличивается вероятность некоторых видов зависимого поведения: Никита больше курит, может пропустить рюмку-другую коньяку за ужином. Это нельзя назвать эффективной копинг-стратегией. Коньяк помогает краткосрочно снять гипертонус мышц, но укорачивает или вообще убирает периоды глубокого сна, а значит, не дает организму возможность в полной мере отдохнуть ночью. Выкуренная сигарета может поднимать артериальное давление, то есть мешает, а не помогает расслабиться. Алкоголь

и никотин вызывают интоксикацию организма и дают дополнительную нагрузку. Что касается эмоций, то сразу после употребления алкоголя возникает кратковременная эйфория, что безусловно полезно в ситуациях острого стресса, но при стрессе хроническом на первый план выступает его депрессивный эффект, который наступает позже и длится дольше. Эффективной копинговой стратегией для Никиты было бы снятие мышечного напряжения мышц путем спортивных занятий и телесной релаксации, например ежедневный поход в зал, бассейн и баня, возможно, занятия йогой. Еще эффективнее – отслеживать напряжение конкретных мышц в моменты его появления и осознанно расслаблять их.

Наталья находится в хронической стрессовой ситуации: у нее тяжело болеет мама, она сама лишилась работы. Наталья переживает панические атаки. Они не опасны для жизни и здоровья, но субъективно очень неприятны: чувство удушья, нехватка воздуха, руки дрожат, бросает в холодный пот. Наталье в эти минуты кажется, что нужно дышать глубже, но на самом деле от этого ей становится еще хуже, так как наступает гипервентиляция легких, что усугубляет симптомы. Ей нужна другая копинговая стратегия для снятия панической атаки, например дыхательные упражнения, в ходе которых вдох на три счета чередуется с выдохом на пять.

**Копинг – это то, что делает человек, чтобы совладать со стрессом. В копинговую стратегию входят телесные реакции, эмоции, мысли и поведение.**

Хотя диапазон возможных реакций на стресс ограничен, субъективные переживания у людей разные. У кого-то на первый план выходят телесные проявления: кроме напряжения мышц и нарушения дыхания, может «пучить живот», кружиться или болеть голова, могут леденеть или неметь пальцы рук и ног и т. д. А у кого-то заметнее всего навязчивые мысли, которые крутятся в голове, или образы, встающие перед глазами. В зависимости от того, какие компоненты реакции на стресс для вас выходят на первый план, каков их удельный вклад в ваши переживания, – будут отличаться и способы справляться с ним. Не бывает стратегии преодоления стресса, которая эффективна для всех. В приложении я предлагаю пройти тест, который позволит больше узнать, какие стратегии используете лично вы, чтобы справиться со стрессом.

## Глава 22

### Черты характера и болезни

В списке мифов о психосоматике в главе 1 этой книги есть такой: якобы определенные черты характера приводят к конкретным болезням. Например, «желчный» человек испытывает проблемы с пищеварением, упрямого может хватить удара от перенапряжения, обидчивый и мнительный заболеет раком и т. д. Выше я показала, что эти мифы не имеют под собой основания. Но все же между характером человека и его здоровьем существует связь: определенные сочетания личностных качеств действительно приводят к большей вероятности хронических заболеваний. Только действуют они не дифференцированно, а одновременно, и повышают риски не для конкретных органов и систем, а для всего организма сразу. Причина в том, что эти личностные качества делают нас более уязвимыми для стресса, заставляют использовать менее эффективные стратегии копинга. Чем больше таких качеств, тем выше вероятность того, что человек заболеет *чем-нибудь* – тем, к чему у него уже существует биологическая предрасположенность.

Что это за качества?

#### 1. Алекситимия

Буквально переводится как «неимение слов для чувств» – неумение выразить эмоции, а порой и осознать их. Человек с алекситимией не воспринимает свои эмоциональные состояния, у него нет контакта либо со всей эмоциональной сферой целиком, либо с какими-то отдельными эмоциональными проявлениями (например, со злостью или тревогой). В результате нарушена возможность выражения, «сброса» эмоций, хуже развивается воображение и способность к творчеству. Телесность – единственная сфера, через которую такой человек может выразить чувства: например, он бессознательно напрягает плечи, живот, сжимает челюсть, дышит часто и неглубоко. Накопившееся телесное напряжение может приводить к тому, что «слабые места» в организме сдадут быстрее, чем могли бы.

Алекситимия имеет нейрофизиологическую основу, на которую накладываются особенности воспитания. И здесь мы видим биопсихосоциальную модель: есть биологическая предрасположенность, семейный фактор и социальные установки (например, «мужчины не плачут»). Если мы воспитываем ребенка, то можем снижать риск развития алекситимии: учить его называть проживаемые эмоции. «Ты сейчас злишься. Это нормально». Важно заметить эмоцию, опознать и назвать, сначала с помощью родителя, а потом и самостоятельно; и, разумеется, не запрещать чувства, не ругать за них, а давать их проживать. Взрослого человека с алекситимией также можно научить распознавать чувства и их оттенки, повысить его эмоциональный интеллект. Существуют тренинги и способы терапии, которые позволяют улучшить состояние хронических больных с алекситимией, повышая их адаптивность к миру эмоций.

#### 2. Перфекционизм

Означает чрезмерное (неадаптивное) стремление к совершенству. Включает в себя высокие стандарты и сверхвысокую важность соответствия этим стандартам, которые сам же перфекционист не может удовлетворить, в результате чего его самооценка постоянно страдает. Такой человек не терпит собственных ошибок, абсолютизирует их и приравнивает к неудачам, постоянно сомневается, насколько правильно он все сделал. По данным исследований, перфекционизм тесно связан с депрессиями<sup>28</sup>, расстройствами пищевого поведения<sup>29</sup>, тревож-

---

<sup>28</sup> Enns M., Cox B. Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder // *Behaviour Research and Therapy*. 1999. № 37. P. 783–794.

ным и обсессивно-компульсивным расстройствами<sup>30</sup>. Причины перфекционизма кроются в детско-родительских отношениях. Если взрослые не одобряют ребенка или хвалят только за достижения, он стремится «заслужить» и родительскую любовь, и самоуважение. Так как предела совершенству нет, добиться похвалы практически невозможно, что создает хронический стресс – и соответствующие последствия для здоровья.

### **3. Ригидность**

Ригидность – это жесткость, негибкость эмоциональных, когнитивных и поведенческих стратегий человека. Иногда проявляется во всех этих сферах, иногда больше в какой-то одной. Ригидность в эмоциональной сфере проявляется «одним и тем же чувством по любому поводу»: например, в ситуациях, когда можно разозлиться, пошутить или загрустить, человек всегда испытывает только обиду. Ригидность в когнитивной сфере – это «упертость», отсутствие гибкости мышления, неумение сменить угол зрения или перебрать варианты. Поведенческая ригидность связана со стремлением делать все привычным образом, нелюбовью к новому, незнакомому. Нередко, если ригидность выражена во всех сферах, к ней добавляется и буквальная телесная «закостенелость», негибкость: привычные позы, движения и мимика приводят к чисто физиологическому уменьшению пластичности. «Залипание» привычек мешает адаптироваться к меняющимся условиям, неопределенности и стрессу, поэтому ригидный человек более уязвим перед самыми разными факторами риска. При ригидности быстрее наступает психическое истощение, легче возникает тревога, а способов получить удовольствие и компенсировать свое состояние – меньше.

Уменьшать ригидность можно и нужно в любом возрасте. Работа начинается с повышения нейропластичности, то есть способности мозга к обучению новым реакциям. Можно попробовать самые простые упражнения, такие как тренировка неведущей руки, сознательное внесение изменений в обычные бытовые действия, маршруты и привычки. Полезно учиться новым видам деятельности, особенно танцам и иностранным языкам. Эмоциональная и когнитивная ригидность поддаются психотерапии.

### **4. Тревожность**

Тревожность отличается от тревоги тем, что это не чувство, а личностная характеристика, означающая, что тревога стала постоянным чувством-спутником человека. Высокая тревожность характерна для современного человека, так как ему каждый день приходится обрабатывать огромное количество информации. Из всех данных мозг пытается прежде всего выбрать угрожающие, чтобы вовремя принять меры. При этом в наши дни большая часть такой информации не относится напрямую к нашему «здесь и сейчас» – но биохимические механизмы работают по-прежнему. Тревожность обусловливает и стремление к гиперконтролю, неумение принять неопределенность, что еще больше повышает стресс. Вдобавок часть людей всегда рождалась с высокой тревожностью, именно они всегда считались наиболее дальновидными и предусмотрительными. Людям с такой предрасположенностью в современном мире приходится особенно тяжело.

Тревожность – «сердцевина» психосоматических проблем. Кажется, что если снизить тревожность, то большая часть сложностей уйдет. Прервется порочный круг соматизации психики, перестанет расходоваться и истощаться кортизол, острый стресс не будет переходить в хронический и т. д. Так и есть, но снизить тревожность на практике бывает очень и очень непросто. Невозможно распутать узел тревожности с какого-то одного «конца» (биологиче-

---

<sup>29</sup> Fairburn C., Brownell K. (eds). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. Guilford press. New York, London. 2003.

<sup>30</sup> Saboonchi F., Lundth L., Ost L. *Perfectionism and self-consciousness in social phobia and panic disorder with agoraphobia* // *Behavior research and Therapy*. 1999. № 37. № 9. P. 799–808.

ского, психологического или социального): приходится работать сразу во всех направлениях. Есть две сравнительно ясные «точки входа» в снижение тревоги: первая – телесное расслабление, релаксация; вторая – обучение или самообучение адаптивному поведению. Если человек признаёт: то, что со мной происходит, – это тревога, и при этом учится расслабляться (для этого есть множество способов, от йоги до техник релаксации, о которых мы поговорим в приложении), – у него может получиться адаптировать свою тревожность, снизить ее до приемлемого уровня.

**Тревожность – «сердцевина» психосоматических проблем.  
Кажется, что если снизить тревожность, то большая часть  
сложностей уйдет.**

### **5. Эмоциональная незрелость и инфантилизм**

Название этой черты кажется оценочным: обычно мы называем инфантильным человека безответственного, не желающего принимать решения, капризного и ненадежного. Действительно, иметь дело с такими людьми бывает непросто. Никто из нас не должен быть психотерапевтом для ближнего своего, но это не отменяет желания понять, что стоит за эмоциональной незрелостью. А стоит за ней, как правило, либо скрытая акцентуация или особенность развития, либо та или иная детская психотравма, а часто – сочетание того и другого. Человек не виноват, что в сфере эмоций он остается (или в какие-то моменты становится) подростком или ребенком.

Есть типичные механизмы, которые действует эмоциональная незрелость в том, что касается здоровья и телесности. Эмоционально незрелый человек как бы снимает с себя ответственность за здоровье, причем неизбежно перекладывает ее на кого-то конкретного. Но выходит так, что окружающие все же чувствуют свою вину, если с ним что-то случается. Чем больше близкие стараются помочь, тем сильнее он вредит себе: например, практикует рискованное поведение, нарушает предписанную врачом диету, забывает принимать лекарства. То же самое происходит и в сфере отношений: эмоционально незрелый человек одновременно отталкивает близких от себя – и ощущает, что не выдержит прерывания отношений. Таким людям свойственна пассивная агрессия: они предпочитают не говорить о своих нуждах прямо (тем самым им бы пришлось взять ответственность за них), а показывать их косвенно (тоном голоса, выражением лица и т. д.). Если близкий не понимает, значит, он сам и виноват – не проявляет чуткости (Карлсон выражался прямее: «Ты должен стать мне родной матерью!»).

Эмоционально незрелый человек может дозреть – и сам по себе, в ходе жизни и самовоспитания, и пойдя по пути психотерапии. Если запаздывание эмоционального развития вызвано психотравмой, нужна ее проработка, после которой человек начнет воспринимать свое тело и чувства как нечто принадлежащее ему, над чем он имеет власть и за что несет ответственность.

Названные в этой главе личностные особенности часто обнаруживаются у людей с хроническими заболеваниями. В моей личной выборке пациентов с язвой желудка или гипертонией больше людей с высокими показателями алекситимии, тревожности, ригидности и т. д., чем в такого же размера выборке здоровых людей. Нет никаких соответствий каждой из этих черт конкретным заболеваниям – только общее повышение рисков для тех, кто этими качествами обладает. Многое здесь биологически детерминировано: тревожность, отчасти ригидность и алекситимичность – карты, которые каждому выдали при рождении. Другие карты человек поневоле получает в детстве: например, склонность к перфекционизму или психотравмы, мешающие эмоциональному созреванию. Сыграть этими картами можно по-разному. Стоит попытаться хоть немного улучшить свои исходные позиции.

## Глава 23

### Роль врача: ятрогения

До этой главы на нашей психосоматической сцене главным героем выступал пациент, а врач играл лишь «в эпизодах». А ведь на самом деле роль медицины как в лечении, так и в формировании психосоматических заболеваний очень велика. Кое о чём мы, впрочем, уже успели поговорить:

- о том, что психосоматический диагноз может быть поставлен только после тщательного обследования, но не всегда понятно, достаточно ли тщательно обследован пациент, и исключена ли возможность, что мы пропустили что-то важное;
- о том, что люди с психосоматическим диагнозом могут бесконечно бегать по врачам, сдавать анализы и проходить обследования, тогда как в реальности им нужен психотерапевт или психиатр – и это вносит свой вклад в выгорание врачей в государственных клиниках и создает соблазнительные возможности по выкачиванию денег из пациента в клиниках частных;
- о том, что многие «соматические» врачи не любят пациентов с психосоматическими заболеваниями, считают их мнительными, трусами или симулянтами, что не прибавляет больным ни бодрости, ни надежды на излечение;
- о том, что даже самому добросовестному врачу порой очень трудно понять: что первично – депрессия или хроническая боль; связано ли психическое расстройство с другим хроническим заболеванием или возникло независимо от него;
- о том, что недобросовестные врачи до сих пор ставят несуществующие диагнозы вроде остеохондроза и вегетососудистой дистонии;
- и о том, что врач, незнакомый с медицинской этикой, может внести вклад в фобию заболевания или сформировать у ребенка страх перед медицинскими процедурами.

Ну а в этой и двух последующих главах мы поговорим о том, как взаимодействие пациента и врача может ухудшить или улучшить состояние здоровья.

Первый феномен, которого мы коснемся, – ятрогения.

*Ятрогения* – это ухудшение состояния человека, ненамеренно спровоцированное медицинским работником. В 1920-х годах, когда термин только появился, имелось в виду лишь психическое состояние – то есть те случаи, когда врач мог неосторожными словами вызвать у больного тревогу, уныние, фобию и т. д. Далее ятрогения стала толковаться шире. В наше время ее часто понимают как любые (физические и психические) нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств.

Вопрос о ятрогении очень сложный. Есть ситуации (опасные для жизни травмы, онкологические заболевания), при которых уместно сравнение с войной. В таких случаях многие врачи относятся к лечению в духе «всё для фронта, всё для победы», «мы за ценой не постоим» и считают, что спасение жизни оправдывает почти все. Однако даже в этом случае следует внимательно разобраться, не приносит ли лечение, кроме пользы, неоправданный вред, не осложняет ли оно положение больного.

Вот другой вариант развития событий. К педиатру приходит мама с ребенком. Врач подозревает, что у ребенка начинает развиваться опасное заболевание, и назначает обследования. Диагноз не подтверждается, но у мамы в результате этих подозрений возникает тревожный невроз, а ребенок начинает бояться врачей (так как у него несколько раз подряд брали кровь, пришлось лежать в аппарате МРТ). Безусловно, это ятрогения, но было также очень не пропустить возможное тяжелое заболевание. Можно ли было обойтись без этих обследований и ограничиться наблюдением? В каждом из таких случаев врач берет на себя нелегкое бремя ответственности.

Несомненные случаи ятрогении – те, когда врач без тени сомнений выкатывает легко больному пациенту список бесполезных или необязательных лекарств или процедур. Такой специалист не соблюдает принципа «не навреди». Чрезмерно рьяный подход к лечению может вызвать у пациента ощущение, что он болен сильнее, чем предполагал, или что ему следует корректировать даже незначительные отклонения в состоянии здоровья. Не говоря уж о том, что, если больной действительно послушается врача, побочные эффекты из бесконечного списка затмят своим дискомфортом и саму болезнь. Некоторые врачи охотно подыгрывают пациентам-перфекционистам, стремящимся пройти «на всякий случай» все мыслимые обследования. Для многих тревожных людей характерна ятрофилия – стремление лечиться, даже когда это не нужно. Хуже, если ятрофилия реализуется в отношении детей, о чем я написала в предыдущих главах. Одна из возможных причин чрезмерного вмешательства – в том соблазне медицинской власти, который открывается перед современным врачом, в преувеличении собственной роли в жизни пациента. Только распространение доказательной медицины и строгое следование ее предписаниям может избавить от этого искушения.

**Несомненные случаи ятрогении – те, когда врач без тени сомнений выкатывает легко больному пациенту список бесполезных или необязательных лекарств или процедур.**

Частным случаем ятрогении можно считать и гипердиагностику, когда врач ставит более тяжелый или не имеющий места в данном случае диагноз.

Мужчина 70 лет пришел к именитому неврологу после падения в обморок с последующей рвотой. Специалист обследовал его и вынес вердикт: «Состояние после ОНМК» (то есть после острого нарушения мозгового кровообращения – инсульта). Пациент был в шоке: оказывается, он перенес инсульт, и бог весть, какие у этого могут быть последствия, не говоря уж о возможном повторении ситуации! К счастью, он справился с собой и догадался спросить у невролога, на чем основывается диагноз. Врач ответил, что у мужчины плохо работает правая рука – гораздо хуже, чем левая. Пациент рассмеялся нервным смехом и сообщил, что правая рука у него еще в молодости была сломана в шести местах, стоят спицы и болты, сильно снижена подвижность суставов. Невролог, сосредоточивший внимание на движениях пациента, не удосужился заметить его шрамы.

Гипердиагностика чрезвычайно распространена в психиатрии. А так как многие психиатрические лекарства, даже нового поколения, обладают целым рядом существенных побочных эффектов, то их необоснованное назначение может серьезно навредить здоровью. Об этом мы поговорим ниже, в главах о побочных эффектах и сотрудничестве пациента с врачом.

К ятрогении относится неэтичная привычка некоторых врачей комментировать симптомы больного, укоряя его в неправильном образе жизни или давая советы вне медицинских компетенций («тебе просто надо родить, и все будет хорошо», «половой жизнью живешь?»). После таких расспросов и советов люди и начинают избегать профилактических осмотров.

В понимании некоторых философов (например, мексиканско-американского философа Ивана Иллича) ятрогенные заболевания возникают тем чаще, чем сильнее медикализируется наша повседневная жизнь. В своей книге «Медицинская немезида: экспроприация здоровья» (1974) Иллич писал, что медицина и фармация как два бизнеса заинтересованы в том, чтобы люди имели как можно больше потребностей в лечении и тратили на него как можно больше денег. Тем самым пациентам наносится физический, психологический и социальный ущерб. В результате избыточного лечения человек может получить дополнительные заболевания, стать более тревожным и депрессивным, начать воспринимать свое тело как объект постоянного лечения, тратить слишком много средств в ущерб другим потребностям.

Кроме того, медикализация жизни приводит к тому, что люди перестают считать старение и смерть естественной, осмысленной частью жизни. Они воспринимаются как отклонение, которое надо лечить. Так как это по-прежнему невозможно, люди попадают в ситуацию хронического стресса, что усиливает их страдание. По Илличу, ятрогения – это не только злоупотребление лечением, но и формирование зависимости от медицины в тех случаях, когда она не нужна или бессильна.

**Медикализация жизни приводит к тому, что люди перестают считать старение и смерть естественной частью жизни. Они воспринимаются как отклонение, которое надо лечить.**

Многие психосоматические заболевания являются отчасти ятрогенными – или приобретают дополнительную ятрогенную компоненту за то время, пока пациент пытается найти хорошего врача и проходит обследования. Мне бы хотелось, чтобы моя книга хотя бы отчасти помогла читателям этого избежать. Биopsихосоциальная модель помогает взвесить и оценить все стороны страдания пациента, и только часть этого страдания (в разных случаях – разная по весу) является объектом медицинских вмешательств. Проще говоря, лечить нужно не все.

## Глава 24

### Побочные эффекты лечения

В первой части книги мы много говорили о том, как взаимодействуют телесные симптомы и психологическое состояние человека. Важно восприятие не только болезни, но и лечения, в том числе его побочных эффектов. От этого зависит, насколько полно и охотно пациент будет следовать рекомендациям врача.

Первое, что влияет на эмоциональное восприятие лечения, – степень опасности болезни для человека или величина его страдания. Это естественно: люди готовы пойти на трудное лечение лишь ради избавления от большего зла. Но так бывает не всегда, и страдания имеют разный вес для разных людей. Некоторые пациенты, особенно пожилые, отказываются от химиотерапии при раке или от другого серьезного лечения. Они предпочитают лишиться шанса продлить свою жизнь, рассуждая, что, во-первых, это всего лишь шанс, а во-вторых, качество этой жизни будет слишком низким из-за мучительных побочных эффектов. Никто не может точно знать, прав такой пациент или нет и что такое в данном случае правота. Возможно, иногда перед нами просто человек, впавший в отчаяние, а на самом деле у него высокие шансы на длительную жизнь и на хорошее качество этой жизни. Врач может попытаться убедить его в этом. В любом случае резоны пациента заслуживают уважения.

Второй важный фактор – объективная тяжесть побочных эффектов: то, насколько серьезно они меняют жизнь или ухудшают здоровье. Мы уже сказали, что сильные «побочки» могут заставить некоторых отказаться даже от лечения рака; еще чаще люди бросают пить таблетки или снижают дозу, если считают, что без лекарства им будет легче. Лечебный эффект может быть накопительным или профилактическим, а побочные эффекты проявляются уже сейчас и очень расстраивают пациента, который набирает вес, замечает снижение либидо, запоры и т. д. Такое сплошь и рядом происходит в сфере психиатрии, так как антипсихотические лекарства обладают рядом сильных побочных эффектов, а их прямое влияние способны оценить не все пациенты. Очень часто перестают пить лекарства или нерегулярно их принимают люди с гипертонией: «Сейчас давление нормальное, приму половинку или вообще сделаю перерыв».

И тут мы плавно переходим к третьему фактору, который трудно отграничить от второго: субъективное восприятие побочных эффектов пациентом. Человек не только ощущает побочные эффекты и страдает от них физически: он их опасается, расстраивается по поводу их появления, злится на врача, стыдится каких-то проявлений (например, снижения потенции) и т. д. Эти чувства субъективны, но так же реальны, как объективная частота побочных эффектов, зафиксированная при исследованиях препарата.

Здесь важно, насколько объективная информация о побочных эффектах есть у пациента. Некоторые классы препаратов воспринимаются людьми в среднем как более «тяжелые» (обоснованно или нет), другие – как более легкие (и это тоже может быть верно или не совсем). Например, родители детей с аллергией, астмой и даже ювенильным ревматоидным артритом боятся «сажать ребенка на гормоны», потому что имеют неверную, устаревшую информацию о гормональных препаратах и их применении. Когда-то действительно эти медикаменты неизбежно меняли метаболизм, замедляли рост и т. д., но сейчас это уже не так. Кроме того, родители могут одновременно недооценивать опасность инвалидизации ребенка или его страдания от существующей болезни.

Проводилось много исследований по восприятию побочных эффектов различных препаратов. Часто выяснялось, что выраженность побочного эффекта сильнейшим образом зависит от того, как человек воспринимает болезнь и лечение. Если пациент боится побочного эффекта

или уверен в его неизбежности, может возникнуть *эффект ноцебо* – по аналогии с эффектом плацебо: только плацебо благодаря внушению «лечит», а ноцебо – «вредит».

Так, люди, принимающие статины, часто жалуются на побочный эффект – боль в мышцах. Однако плацебо-контролируемые исследования этого не подтвердили: люди также часто (в 15 % случаев) жаловались на мышечную боль, когда думали, что принимали препарат, хотя на самом деле это было плацебо. Ожидания («известно, что статины вызывают боль в мышцах») порождали более частые сообщения об этом побочном эффекте<sup>31</sup>.

В книге Юрия Нуллера и Ирины Михаленко «Аффективные психозы»<sup>32</sup> приводится несколько исследований начала 1980-х годов о восприятии лечения литием. Этот препарат широко используется и в наши дни, он позволяет эффективно предотвращать маниакальные и депрессивные фазы биполярного расстройства, но вызывает ряд существенных побочных эффектов. Исследования Нуллера и Михаленко показывают, что восприятие некоторых из этих побочных эффектов отчасти субъективно. В группе страдающих биполярным расстройством «творческих работников» (художников, инженеров и т. п.) та часть пациентов, которая жаловалась на снижение когнитивных и творческих способностей в результате лечения литием, в прошлом имела продуктивные маниакальные фазы. Эти люди могли работать без устали и вдохновенно, а литий сделал их более «нормальными и приземленными». А те пациенты, у которых маниакальные фазы проходили *непродуктивно* – с тяжелыми психозами, бредом, галлюцинациями, – заявляли, что на литии им легче творить, чем раньше. Их мышление стало более организованным, исчез страх перед безумием, и появилось вдохновение не как симптом, а как продукт нормально работающего мозга.

Иногда побочный эффект кажется пациенту доказательством того, что препарат качественный. Было проведено исследование: люди получали два разных «лекарства против гипертонии» (на деле в обоих случаях это было плацебо), о которых им было сказано, что одно – дешевое, а другое – дорогое<sup>33</sup>. Побочные эффекты «дорогого препарата» оказались сильнее: люди воспринимали лекарство как «крутое», «зaborистое». А ведь в препарате, который давали им исследователи, не было вообще никакого действующего вещества. Когда оно есть, самовнушение работает еще лучше: прочитав инструкцию к препарату, пациент может ощущать побочные эффекты или преувеличивать их.

**Побочные эффекты «дорогого препарата» оказались сильнее:  
люди воспринимали лекарство как «крутое», «зaborистое».**

Итак, восприятие побочных эффектов лечения – это также психосоматический феномен, который имеет объективную и субъективную стороны. Обе одинаково важны. Не стоит говорить пациенту с эпилепсией, который страдает от ухудшения памяти и внимания на антиконвульсантах: «Зато у вас нет припадков». Но можно и нужно взаимодействовать с ним так, чтобы его восприятие своих когнитивных функций не приводило к раздражению, отчаянию или желанию бросить лечение. Иногда непросто встраивать в жизнь прием препаратов, но работать над этим можно и нужно. Об этом и поговорим в следующей главе.

---

<sup>31</sup> Wood F. A., Howard J. P., Finegold J. A., Nowbar A. N., Thompson D. M., Arnold A. D., Rajkumar C. A., Connolly S., Cegla J., Stride C., Sever P., Norton C., Thom S. A. M., Shun-Shin M. J., Francis D. P. N-of-1 Trial of a Statin, Placebo, or No Treatment to Assess Side Effects // *N Engl J Med.* 2020. № 383 (22). P. 2182–2184.

<sup>32</sup> Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. Аффективные психозы. – Л.: Медицина, 1988.

<sup>33</sup> Gupta A. Adverse events associated with unblinded, but not with blinded, statin therapy in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial – Lipid-Lowering Arm (ASCOT-LLA): a randomised double-blind placebo-controlled trial and its non-randomised non-blind extension phase // *The Lancet.* 2017. № 389 (10088). P. 2473–2481.

## Глава 25

### Комплаенс: сотрудничество пациента с врачом

Моя знакомая обследовала свою 90-летнюю бабушку, больную диабетом, у эндокринолога. Выяснилось, что схема приема инсулина неэффективна и должна быть изменена. Кроме того, потребовалось несколько дополнительных обследований. Однако бабушка неожиданно воспротивилась и тому и другому. «Я привыкла колоть так, как сейчас. Новый порядок мне не запомнить, – заявила она. – А зависеть от вас в этом важном деле я не хочу. Ну а обследования – зачем они мне? Это одна суeta. Все равно в моем возрасте на крепкое здоровье рассчитывать уже не приходится».

Цели врача и пациента здесь не совпадают: доктор хочет правильно лечить пациента, а бабушка стремится прожить остаток жизни «без суety». Ее меньше заботит продолжительность жизни, чем ее качество. Кроме того, мозг человека в 90 лет не обладает высокой нейропластичностью. Бабушке трудно менять привычки, а передавать контроль над своим здоровьем другим она не хочет и говорит об этом прямо. Оба резона достойны уважения!

*Комплаенс*<sup>34</sup>, степень готовности пациента следовать рекомендациям врача, – понятие комплексное. На комплаентность пациента в каждом конкретном случае могут влиять разнообразные психосоциальные нюансы.

1. Важность лечения для человека. Если больной считает свое заболевание недостаточно значимым, или, наоборот, не верит, что может вылечиться, или по каким-то причинам не хочет лечиться, – он не будет готов терпеть дискомфорт от лечения.

2. Качество взаимоотношений пациента и врача. Комплаенс требует правильного выстраивания взаимоотношений между сторонами, где обе имеют право голоса. Директивная модель, при которой врач приказывает, а пациент подчиняется, работает хуже, чем совместное обсуждение стратегий. Врач принимает в расчет не только абстрактную медицинскую необходимость «излечения», но и (а иногда – главным образом) потребности пациента. В некоторых случаях, как с бабушкой моей подруги, это разные вещи.

3. Тяжесть побочных эффектов, а также их восприятие. Этот фактор, в свою очередь, зависит от ожиданий пациента, его требований к лекарству и собственному уровню функционирования, от его настроя. Хороший врач поможет пациенту принять побочные эффекты, не оставит его с ними наедине. «Хороший пациент» знает, какими будут побочные эффекты, и терпеливо их переносит. Но это – в идеале; на деле разговор о побочных эффектах может и помогать, и мешать комплаенсу – зависит от пациента. Сильнее всего снижают комплаенс побочные эффекты, предшествующие основному. То есть лекарство еще не помогло, но уже успело навредить: чтобы продолжать его принимать, нужны стойкость и вера врачу – а их не всегда хватает.

4. Доступность и удобство лечения. Это цена препарата, возможность его достать, необходимые условия его приема, форма введения, сложность комбинирования препаратов, необходимость контроля показателей крови или повторных визитов к врачу и т. д. Иногда комплаентность зависит даже от таких мелочей, как разделение суточной дозы препарата на два или три приема. Например, пожилому человеку может быть сложно делить мелкую таблетку, и он будет принимать немного меньше лекарства, чем нужно. Но и тут все индивидуально: например, одному проще приходить раз в месяц на укол в стационар для введения препарата с пролонгированным действием, а другой лучше будет принимать таблетки каждый день, но самостоятельно.

---

<sup>34</sup> В английском языке часто используется словосочетание «приверженность терапии» – adherence to therapy.

5. Психологические и характерологические особенности пациента. Тревожный человек может хотеть лечиться и одновременно бояться лечения, нетревожный может отрицать свою болезнь, подозрительный – не верить врачу и т. д. Многие психические заболевания сами по себе серьезно снижают комплаентность. Когнитивные нарушения ведут к тому, что пациент забывает принимать лекарства или не понимает, зачем это делать, а аффективные – к нерегулярности приема и меняющемуся отношению к своей болезни и лечению. От характера и состояния человека зависит и его восприятие первых трех пунктов нашего списка (важности лечения, тяжести побочных эффектов и взаимоотношений с врачом).

Хороший комплаенс встречается не так уж и часто. Исследования показывают: при разных видах соматических заболеваний сотрудничают с врачом лишь 30–60 % пациентов<sup>35</sup>. (Такой большой разброс объясняется не только различиями заболеваний, но и разными определениями комплаенса в исследованиях: в некоторых измеряется «полное сотрудничество без отступлений от рекомендаций врача», в некоторых – только сотрудничество в самых важных пунктах, например по части приема лекарств.) Для психических заболеваний доля комплаентных пациентов еще ниже – 20–30 %<sup>36</sup>. Люди отказываются от препаратов, принимают их в меньших дозах, эпизодически и т. д. Лишь 7 % людей с диабетом принимают все рекомендованные им меры по управлению болезнью<sup>37</sup>. Не удивительно ли это, учитывая успехи современной медицины? Мы располагаем поистине чудесными возможностями изменять биологические факторы здоровья и болезни – и при этом так легко готовы ими пренебречь! Почему?

Причина – в психологическом факторе. Некоторые исследователи комплаенса различают ранние и поздние отказы от лечения. Ранние обычно связаны с побочными эффектами и ухудшением качества жизни в результате лечения, причем чем более сложной деятельностью занят пациент, тем больше вероятность, что он негативно отнесется к такому ухудшению. Что касается поздних отказов, то они объясняются усталостью от лечения, изменением взглядов пациента на болезнь («все равно у меня не получится вылечиться»). В обоих случаях есть общая черта – несоответствие реальности ожиданиям от лечения. Эффективность современной медицины сыграла с ней самой злую шутку. Мы ждем от врача возвращения былого уровня функционирования, на меньшее мы уже не согласны. Нам кажется: если доктор не способен вылечить нас полностью (при нынешних-то успехах медицины!), значит, либо он плох, либо мы сами настолько безнадежны, что нас ничто не поставит на ноги. При этом частичный успех мы можем относить на счет современных методов и воспринимать его как должный, а в негативных моментах винить врача. И не верить ему, хотя он, возможно, добился в нашем лечении значительных результатов, сделал лучшее из возможного.

**Комлаенс выше там, где врач не ведет себя как безличный проводник приказов и рекомендаций, а относится к пациенту с уважением, обсуждает с ним опасения и надежды.**

Выход из положения – в фигуре врача и регламенте лечения. Комлаенс выше там, где врач не ведет себя как безличный проводник приказов и рекомендаций, не пытается стать для пациента авторитарным руководителем, а относится к нему с уважением, обсуждает опасения и надежды. Такой врач понимает, что жизнь пациента не ограничивается лечением «профильного» заболевания, что у человека, который сидит (или лежит) перед ним, есть свои цели, и

---

<sup>35</sup> Nelson A. M., Wood S. D., Brown S., et al. Improving patient satisfaction now: how to earn patient and payer loyalty. – Gaithersburg, MD: Aspen Publishers Inc., 1997.

<sup>36</sup> Magura S., Laudet A. B., Mahmood D., et al. Adherence to medication regimens and participation in dual-focus self-help groups // *Psychiatr. Serv.* 2002. Vol. 53. № 3. P. 310–316.

<sup>37</sup> Cerkoney K. A., Hart L. K. The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus // *Diabetes Care.* 1980. Vol. 3. № 5. P. 594–598.

их обязательно следует согласовывать с процессом лечения. Разумеется, у специалиста должно быть достаточно опыта, времени и сил на такой подход.

## Глава 26

### Вторичная выгода

Еще одним психологическим фактором, влияющим на здоровье пациента и течение болезни, является *вторичная выгода* от заболевания. Так называют психологические и социальные преимущества, которые человек бессознательно приобретает в результате болезни: пособия, льготы, избавление от неприятных обязанностей, внимание, участие и восхищение окружающих, подъем самооценки и т. д.

Использовать этот термин стоит с максимальной осторожностью. Даже если мы не имеем этого в виду, слова о вторичной выгоде могут звучать как обвинение: «Хочет получить внимание, поэтому развивает себе ревматоидный артрит и лежит беспомощный». Нет, как и в случае с конверсионным расстройством, это работает не так. Вторичная выгода – это неосознанное удовлетворение потребности, которая развивается уже на фоне заболевания. Корректно было бы переформулировать так: «Болеющий человек бессознательно ощущает, что болезнь помогает ему получить внимание и поддержку». Не то чтобы пациенту нравится болеть. Наша психика противоречива: человек может одновременно и ненавидеть свою болезнь, и удовлетворять с ее помощью бессознательные потребности. В этом есть момент компенсации: заболевание многое отнимает, но может и давать хоть что-то.

#### **Наша психика противоречива: человек может одновременно и ненавидеть свою болезнь, и удовлетворять с ее помощью бессознательные потребности.**

Наличие вторичной выгода ухудшает течение заболевания – и, принимая во внимание все, что мы уже знаем, никакой мистики в том нет. Просто человек бессознательно будет меньше стремиться вылечиться и меньше делать для этого, а возможно, и делать что-то, что задержит его выздоровление. Неосознанность поведения тут играет ключевую роль. Именно невозможность вывести вторичную выгоду в сознательный план позволяет человеку избегать встречи со своими переживаниями. Симптоматика вторичной выгода должна рассматриваться именно в этом контексте.

Ко мне как к сексологу пришла на консультацию семейная пара. Мужчина жаловался, что у его жены непрекращающийся и сильный кандидоз (молочница), и во время секса эти густые творожистые выделения снижают его желание. Женщину кандидоз беспокоил меньше, зуд во влагалище был вполне переносимым, но так как муж предъявлял жалобы, она старательно пыталась вылечиться: ходила к врачам, ставила свечи, пила таблетки. После долгого лечения одна из гинекологов предположила, что молочница во многих случаях может возникать и проходить самостоятельно, а дальнейшие попытки «бомбардировать» ее всеми новыми препаратами приводят только к лекарственной устойчивости. Услышав о том, что молочница беспокоит прежде всего ее партнера, гинеколог порекомендовала обратиться ко мне. После нескольких разговоров мы вышли на то, что секс для женщины не всегда приятен – ей не хватает смазки, а о возможности использования лубрикантов она не слышала. Говорить с мужем и пытаться решить проблему она не хотела, потому что не знала, как он отреагирует, и боялась дополнительных трудностей. Все это было сложно и страшно. Молочница и ее симптомы, которые не нравились мужу, позволяли ей избегать неприятной «процедуры». Женщина вспомнила, что часто забывала использовать свечи против кандидоза, не доводила их прием до конца, тем самым не долечивалась

и корила себя за это. Кандидоз встроился в бессознательный механизм ее поведения по избеганию секса, и полное избавление от проблемы означало бы необходимость заниматься им чаще.

Вторичные выгоды никогда не возникают от хорошей жизни. Это всегда приспособительный, адаптационный механизм. У человека нет выбора: можно болеть, а можно и нет. Он уже болеет, а вторичные выгоды помогают ему адаптироваться к ситуации болезни. Другое дело, что такая адаптация, делая положение субъективно более комфортным, может задерживать выздоровление. Но вины больного в этом нет. В некоторых случаях вторичная выгода не такая уж плохая штука – прежде всего, когда мы не в состоянии ускорить выздоровление своими активными действиями, но можем использовать разные способы субъективно почувствовать себя лучше.

**В некоторых случаях вторичная выгода не такая уж плохая штука – прежде всего, когда мы не в состоянии ускорить выздоровление своими активными действиями.**

Никого не следует винить в том, что он получает вторичную выгоду. Человеку от этого становится только хуже. Есть исследование влияния подобных утверждений на пациентов с хронической болью<sup>38</sup>, в котором доказывается, что упоминание о вторичной выгодае воспринимается всеми ими (независимо от степени чувствительности) как обесценивание и вызывает стыд. Психотерапевт, который пытается уменьшить приверженность пациента вторичным выгодам, работает не в лоб, а «в обход»:

- со страхом пациента, его стыдом и другими негативными чувствами, от которых он защищается вторичными выгодами;
- с выученной беспомощностью, восприятием болезни как непобедимой и не зависящей от его действий (если на самом деле это не так);
- с отсутствием информации, средств и других ресурсов (часто вторичная выгода – следствие бедности, когда, например, инвалидность поневоле становится источником дохода).

Если мы не можем изменить условия, в которых находится заболевший человек, или перенастроить его внутренние механизмы, указания на вторичную выгоду могут только навредить.

---

<sup>38</sup> Lang A. C., Igler E. C., Defenderfer E. K., Uihlein J., Brimeyer C. T., Davies W. H. Evaluating Differential Effects of Specific Pain Dismissal Interactions With Physicians // *Clin J Pain*. 2018. № 34(7). P. 664–669.

## Глава 27

### Воля, когнитивные стратегии и экзистенциальное принятие смерти

Мы добрались до фактора, который многие активные люди считают самым главным и даже единственно важным для поддержания и восстановления здоровья. Это фактор под кодовым названием «надо постараться, и все получится». Он действительно очень важный. Наша воля, информированность, умение ставить цели, мыслить логически, собирать информацию и претворять стратегию в каждодневные действия – чудесный инструмент, способный на многое. Например:

- избегать вредных привычек, двигаться достаточно, питаться полноценно;
- делать прививки, проходить профилактические осмотры, знать об индивидуальных рисках и мониторить их;
- вовремя обращать внимание на признаки заболевания, знать, что делать в том или ином случае;
- находить хороших врачей, проверять сомнительные назначения, требовать соблюдения своих прав при их нарушении, добиваться второго мнения;
- при необходимости – усердно работать над выздоровлением, не бросать лечение, должным образом изменять образ жизни и диету, выполнять упражнения лечебной физкультуры;
- полностью проживать эмоции, чтобы стресс не становился хроническим, обращать внимание на свое психическое здоровье, вовремя лечить депрессию,правляться с тревогой, если нужно – искать и находить психотерапевта (в наше время существуют площадки, на которых можно получить консультацию специалиста из любой точки мира; многие психотерапевты бронируют какое-то количество бесплатных или дешевых часов для клиентов, которые не могут заплатить полную сумму).

Но есть нюансы.

Ко мне пришла женщина по имени Валентина в состоянии серьезной депрессии. У нее был рецидив рака, что само по себе может ввести в депрессивное состояние. Однако пациентка переживала не только из-за болезни, но и из-за того, что «недоработала». Валентина непрерывно перечисляет, что она сделала неправильно в лечении, где нужно было поступить иначе, отреагировать быстрее, проявить еще больше настойчивости. Человек всю жизнь жил по принципу «сделай сам», «бери больше – бросай дальше», и эта стратегия работала: Валентина много зарабатывает, она успешна, да и здоровье до рака никогда не подводило. Но вмешались факторы, которые от нее не зависят: наследственность, редкая форма опухоли, которую «не видят» ни УЗИ, ни рентген. Она очень старалась, ходила по врачам, но диагноз был поставлен поздно. Затем – перебои с поставками химиопрепарата, из-за чего было сделано меньше курсов химиотерапии, чем нужно. Печальная история становится еще печальнее из-за того, что Валентина считает себя виноватой перед семьей, что заболела и не может вылечиться. В психотерапии мы обсуждаем, как сильная воля и стремление к контролю над своей жизнью не только помогают Валентине лечиться, но и мешают адаптироваться к ситуации. Ей сложно принять, что есть вещи, которые от нее не зависят, в которых она не виновата, и депрессия из-за этого может стать еще сильнее.

Есть и другие оборотные стороны сильной воли и стремления к здоровью. Иногда оно становится сверхценностью. Человек может стремиться к здоровью в ущерб другим сторонам жизни и в результате получать от нее меньше удовольствия, упускать возможности в других сферах. Он тратит на поддержание идеального состояния организма много времени, ставит себе сверхвысокие цели, считает желанным только абсолютное здоровье (непревзойденную физическую форму). Но счастливым нас делает не только здоровье. «Хорошо» – это не максимум, а баланс. В наше время ЗОЖ может стать навязчивой идеей, которая поддерживает бессознательные механизмы избегания проблем, например в отношениях или самореализации.

Предельным выражением подхода, связанного с абсолютизацией воли и попыткой всестороннего сознательного контроля над телом, стал биохакинг. Как идеология биохакинга придерживается открытого подхода к информации, считая, что инновации в области биологии должны быть доступны для всех. Но мы сейчас говорим не об этом принципе, а о тех практиках, которые исповедуют известные биохакеры. Они стремятся узнать и минимизировать все персональные риски, а также усовершенствовать здоровье, «выжать» из него максимум возможностей и по максимуму же себя обезопасить.

Так, Станислав Скакун, основатель компании Biodata, предоставляющей услуги по обработке и хранению медицинских данных, определяет смысл идеологии так: «Биохакинг – такой путь, в котором важна только конечная цель – стать лучшей версией себя»<sup>39</sup>. Он потратил 1600 часов на поиск данных, которые легли в основу его экспериментов на себе. Станислав мониторит панель из 780 показателей, связанных со здоровьем, перепробовал около 120 и применяет около 30 препаратов (тщательно отслеживая их взаимодействие, дозировку и возможное влияние на организм). И, конечно, он соблюдает особую диету и остается физически активным – ведь ЗОЖ тоже является частью апгрейда себя. Скакун гордится, что большую часть времени его биологический возраст (который он также рассчитывает по своей системе) не превышает 25 лет, хотя мужчине уже 38. Биохакер постоянно мониторит медицинскую информацию и улучшает знания о том, что происходит с его организмом. Другой знаменитый биохакер, Сергей Фаге<sup>40</sup>, принимал в малых дозах антидепрессант эсциталопрам, а также литий – стабилизатор настроения, который выписывают при биполярном расстройстве; колол себе гормон роста, блокировщик эстрогенов и пил множество других препаратов и БАДов. Он полностью отказался не только от алкоголя, но также от соли и сахара, держал кетогенную диету (с высоким содержанием жиров, умеренным – белков и низким – углеводов). А биохакер Дэйв Эспри, по его собственным словам, потратил на апгрейд собственной физиологии не менее \$1 млн.

**ЗОЖ может стать навязчивой идеей, которая поддерживает бессознательные механизмы избегания проблем, например, в отношениях или самореализации.**

Поскольку биохакеры считают себя исследователями, многие их вмешательства в собственные жизненные процессы не имеют доказательной базы. Да и в целом исследование с таким дизайном (как сочетание множества интервенций повлияет на здоровье и продолжительность жизни) организовать невозможно. Однако меня как психолога интересует не столько реалистичность подхода, сколько то, как биохакеры расставляют акценты и на что обращают внимание. Ведь этими людьми движет не только научное любопытство и страсть к инновациям, но и личное стремление к максимально долгой и активной жизни. Получается, что «бессмертие» (а в пределе это именно оно) достигается тотальным контролем над собственным организмом. Его автономность является источником тревоги, а контроль и умножение знания становятся психической защитой от неизбежности старения и смерти.

---

<sup>39</sup> Эксперимент: Как я стал биохакером, чтобы «взломать» свой организм // [Sobaka.ru](http://Sobaka.ru), 2018. 09. 11.

<sup>40</sup> В августе 2021 года Сергей Фаге был задержан на границе за ввоз в Россию наркотика амфетамина.

«Быть человеком – значит быть тревожным», – сказал известный психолог Ролло Мэй. Он сформулировал принципы терапии принятия и ответственности (АСТ): тревогу нельзя взять и заглушить, ее необходимо прожить, исследовать и принять. Бесконечный апгрейд биохакеров, как и энтузиазм фанатов ЗОЖ, не перерабатывает тревогу, а пытается ее заглушить: «Я делаю для тела все, что могу, и даже больше». Сам по себе здоровый образ жизни необходим и естественен, да и любопытство биохакеров заслуживает уважения; «заглушкой» тревоги эти стратегии становятся тогда, когда начинают доминировать, определять смысл происходящего с человеком. В этом случае они нарушают естественные механизмы переработки чувств, которые происходят в нас с течением жизни.

Когда у маленького ребенка появляется страх смерти, он чаще всего успокаивается на мысли о том, что «все умрут, а я нет», или на том, что «изобретут таблетки для бессмертия». Затем мысль о смерти, уже более зрелая и серьезная, всплывает у подростка. Он начинает исследовать границы собственных возможностей, может практиковать рискованное поведение или ночи напролет решать «проклятые вопросы» о смысле жизни. Повзрослев, человек принимает мысль о собственной смертности. Затем с течением жизни формируется более или менее четко формулируемая концепция жизни, в которой смерть учтена, например: «Жить надо максимально полно и вовлеченно, тогда жизнь пройдет не зря», «Жить надо так, чтобы приносить пользу людям, обществу», «Наша жизнь – подготовка к иной, вечной жизни», – и т. д., в зависимости от личных склонностей, устремлений, характера. Знание о собственной конечности постепенно встраивается в программу действий человека и помогает ему на его жизненном пути, делая его ценности более четкими и твердыми. Мы постоянно живем в незримом присутствии будущей смерти, хотя и не осознаем ее ежечасно. Страх смерти никогда не исчезает совсем, он присутствует, чтобы продуктивно ориентировать нас. Зрелое переживание можно сформулировать так: «Смерть должна стать не отравой, а приправой», – как сказал основатель экзистенциально-гуманистической терапии Ирвин Ялом.

**Психологическая подоплека, стоящая за всеми totally контролирующими здоровье идеологиями, – «я смогу обмануть смерть, я стану исключением». Это не про принятие смерти, а про попытку сыграть с ней в отрицание.**

При этом каждый возраст, каждый жизненный этап ставит перед человеком определенные задачи развития. Если они не были реализованы, следующий возраст не может в полной мере справиться со свойственными ему задачами. Психологическая подоплека, стоящая за всеми totally контролирующими здоровье идеологиями, – «я смогу обмануть смерть, я стану исключением». Это не про принятие смерти, а про попытку сыграть с ней в отрицание.

Вот почему воля и когнитивные стратегии без экзистенциального принятия процесса жизни, собственного тела и его несовершенства, износа, болезни, смерти могут принести своему обладателю не меньше страданий, чем бонусов. Не стоит думать, что здоровье и хорошее настроение можно гарантировать. Намного лучше стремиться к тому, чтобы мудро распоряжаться своей психикой и телом, любить и поддерживать обе эти составляющие и при этом не забывать радоваться жизни.

## Заключение

Моя книга подходит к концу.

Мы рассмотрели все способы взаимодействия тела и психики и обрисовали разные факторы, действующие на наше психосоматическое здоровье. Поговорили о врачах и болезнях, лекарствах и побочных эффектах, о том, какие наши особенности закладываются в детстве и какова роль наших собственных привычек и волевых усилий.

Надеюсь, вам удалось извлечь из книги полезные знания и лучше понять, что такое психосоматика. На этом пути мы неизменно придерживались научной парадигмы, в которой важная роль отводится эксперименту и доказательствам. Пока науке известно далеко не все о человеческом здоровье. Много открытий и объяснений процессов еще впереди. Имея дело с собственным здоровьем и здоровьем близких, важно отличать факты от предположений, гипотезы от домыслов, а практические выводы (иногда не имеющие пока внятных теоретических обоснований) – от шарлатанства. Желаю, чтобы у вас было меньше поводов думать о болезнях, а беречь и укреплять здоровье вам было легко, и чтобы для этого не приходилось прилагать сверхусилий.

В приложении я даю несколько полезных инструментов для самостоятельной работы. Во-первых, это стратегии совладания со стрессом. Во-вторых, краткий гайд по немедикаментозным приемам снижения хронической боли. И в-третьих, методы релаксации, позволяющие снизить тревогу и гармонизировать самочувствие как здоровому человеку, так и страдающему каким-либо заболеванием. Сочетание этих инструментов дает тот самый синтез когнитивных и телесных стратегий, который реально улучшает психосоматическое состояние. Ну а что касается эмоций, то с ними лучше всего работать в кабинете психотерапевта. Надеюсь, после прочтения моей книги многие яснее увидят, что именно им стоит сделать для своего здоровья.

Отличного вам самочувствия и хорошего настроения, дорогой читатель!

## Приложение: инструменты

### Стратегии совладания со стрессом: проверьте, насколько вы адаптивны

В этой книге я много пишу о стрессе и о том, как хорошо вовремя с ним справляться. В нескольких главах я упоминаю копинг-стратегии, или стратегии совладания. Именно от них зависит наша способность перерабатывать переживания, чтобы острый стресс не накапливался и не переходил в хронический. Проще говоря, это наша способность справляться с жизненными трудностями и психологическими проблемами так, чтобы они не портили нам здоровье. Сюда входят и серьезные проблемы, для решения которых у нас как будто нет ресурсов, – но при этом мы можем их вытерпеть, переосмыслить или уменьшить их влияние на нас.

При адаптации к стрессу мы можем использовать различные стратегии, которые зависят от нашего характера и конкретной ситуации. Одна и та же стратегия в разных условиях может приносить и пользу, и вред. При этом, очевидно, одни люди лучше преодолевают стресс, а другие хуже. Это зависит от нескольких «постоянных величин», касающихся и характера, и внешней среды. Преодолевать стресс лучше удается людям оптимистичным, уважающим себя, имеющим внутренний локус контроля (они берут ответственность на себя, а не считают, что в их бедах виноват внешний мир). У таких людей есть друзья, которые могут поддержать в трудной ситуации.

Для измерения нашей адаптивности к стрессу используется опросник измерения копинга, разработанный в 1988 году Р. Лазарусом и С. Фолкман. Я привожу его в более поздней адаптированной российской редакции 2004 года (Т. Л. Крюковой, Е. В. Куфтяк, М. С. Замышляевой).

Прочтите 50 утверждений о поведении в трудной жизненной ситуации. Оцените, как часто вы выбираете названные варианты поведения.

Оказавшись в трудной ситуации, я...		Никогда	Редко	Иногда	Часто
<b>1</b>	сосредоточивался на том, что мне нужно было делать дальше — на следующем шаге	0	1	2	3
<b>2</b>	начинал что-то делать, зная, что это все равно не будет работать, главное — делать хоть что-нибудь	0	1	2	3
<b>3</b>	пытался склонить вышестоящих к тому, чтобы они изменили свое мнение	0	1	2	3
<b>4</b>	говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации	0	1	2	3
<b>5</b>	критиковал и укорял себя	0	1	2	3
<b>6</b>	пытался не сжигать за собой мосты, оставляя все, как оно есть	0	1	2	3
<b>7</b>	надеялся на чудо	0	1	2	3

Оказавшись в трудной ситуации, я...		Никогда	Редко	Иногда	Часто
<b>8</b>	смирялся с судьбой: бывает, что мне не везет	0	1	2	3
<b>9</b>	вел себя, как будто ничего не произошло	0	1	2	3
<b>10</b>	старался не показывать своих чувств	0	1	2	3
<b>11</b>	пытался увидеть в ситуации что-то положительное	0	1	2	3
<b>12</b>	спал больше обычного	0	1	2	3
<b>13</b>	срывал свою досаду на тех, кто навлек на меня проблемы	0	1	2	3
<b>14</b>	искзал сочувствия и пони- мания у кого-нибудь	0	1	2	3
<b>15</b>	во мне возникала потреб- ность выразить себя твор- чески	0	1	2	3
<b>16</b>	пытался забыть все это	0	1	2	3
<b>17</b>	обращался за помощью к специалистам	0	1	2	3
<b>18</b>	менялся или рос как личность	0	1	2	3
<b>19</b>	извинялся или старался все загладить	0	1	2	3
<b>20</b>	составлял план действий	0	1	2	3
<b>21</b>	старался дать какой-то выход своим чувствам	0	1	2	3
<b>22</b>	понимал, что сам вызвал эту проблему	0	1	2	3
<b>23</b>	набирался опыта в этой ситуации	0	1	2	3

Оказавшись в трудной ситуации, я...		Никогда	Редко	Иногда	Часто
<b>24</b>	говорил с кем-либо, кто мог конкретно помочь в этой ситуации	0	1	2	3
<b>25</b>	пытался улучшить свое самочувствие едой, выпивкой, курением или лекарствами	0	1	2	3
<b>26</b>	рисковал напропалую	0	1	2	3
<b>27</b>	старался действовать не слишком поспешно, не доверяясь первому порыву	0	1	2	3
<b>28</b>	находил новую веру во что-то	0	1	2	3
<b>29</b>	вновь открывал для себя что-то важное	0	1	2	3
<b>30</b>	что-то менял так, что все улаживалось	0	1	2	3
<b>31</b>	в целом избегал общения с людьми	0	1	2	3
<b>32</b>	старался не волноваться и не задумываться лишний раз о проблемах	0	1	2	3
<b>33</b>	спрашивал совета у родственника или друга, которых уважал	0	1	2	3
<b>34</b>	старался, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят дела	0	1	2	3
<b>35</b>	отказывался воспринимать ситуацию слишком серьезно	0	1	2	3

Оказавшись в трудной ситуации, я...		Никогда	Редко	Иногда	Часто
<b>36</b>	говорил о том, что чувствую	0	1	2	3
<b>37</b>	стоял на своем и боролся за то, чего хотел	0	1	2	3
<b>38</b>	вымешивал тревогу и/или злость на других людях	0	1	2	3
<b>39</b>	пользовался прошлым опытом — мне приходи- лось уже попадать в такие ситуации	0	1	2	3
<b>40</b>	знал, что надо делать, и удваивал свои усилия, чтобы все наладить	0	1	2	3
<b>41</b>	отказывался верить, что это действительно произошло	0	1	2	3
<b>42</b>	давал обещание, что в следующий раз все будет по-другому	0	1	2	3
<b>43</b>	находил пару других спосо- бов решения проблемы	0	1	2	3
<b>44</b>	старался, чтобы мои эмоции не слишком мешали мне в других делах	0	1	2	3
<b>45</b>	что-то менял в себе	0	1	2	3
<b>46</b>	хотел, чтобы все это скорее как-то образовалось или закончилось	0	1	2	3
<b>47</b>	представлял себе, фантази- ровал, как все это могло бы обернуться	0	1	2	3
<b>48</b>	молился	0	1	2	3

Оказавшись в трудной ситуации, я...		Никогда	Редко	Иногда	Часто
49	прокручивал в уме, что мне сказать или сделать	0	1	2	3
50	думал о том, как бы в данной ситуации действовал человек, которым я восхищаюсь, и старался подражать ему	0	1	2	3

Подсчитайте баллы по восьми шкалам. Например, по шкале «К» суммируйте баллы, которые вы поставили напротив пунктов 2, 3, 13, 21, 26 и 37.

$$К = 2 + 3 + 13 + 21 + 26 + 37 = \dots$$

$$Д = 8 + 9 + 11 + 16 + 32 + 35 = \dots$$

$$С = 6 + 10 + 27 + 34 + 44 + 49 + 50 = \dots$$

$$П = 4 + 14 + 17 + 24 + 33 + 36 = \dots$$

$$О = 5 + 19 + 22 + 42 = \dots$$

$$Б = 7 + 12 + 25 + 31 + 38 + 41 + 46 + 47 = \dots$$

$$Р = 1 + 20 + 30 + 39 + 40 + 43 = \dots$$

$$ПП = 15 + 18 + 23 + 28 + 29 + 45 + 48 = \dots$$

## Результаты

### *К – Конфронтация*

Это стратегия совладания со стрессом, основанная на активных целенаправленных действиях. Их задача – либо изменить ситуацию, либо выплеснуть эмоции. Иногда стратегия конфронтации приводит к импульсивным действиям наугад: «Делать что угодно, лишь бы не сидеть сложа руки».

0–6 баллов: для вас не характерна эта стратегия совладания.

7–12 баллов: скорее всего, вы энергичны и предпримчивы, хорошо сопротивляетесь трудностям, умеете отстаивать свои интересы.

13–18 баллов: возможно, вы не только упорны, но и упрямые, часто ссоритесь и вступаете в конфликты, действуете импульсивно, вам трудно планировать и прогнозировать результаты ваших действий.

### *Д – Дистанцирование*

Эта стратегия предполагает снижение значимости и ценности проблемы в собственных глазах. При этом могут использоваться обесценивание, юмор, ирония, поиск рациональных объяснений, отстранение от проблемы и другие приемы. Таким образом человек снижает накал собственных страстей по поводу проблемной ситуации, но может оставаться слишком пассивным, не бороться с проблемой.

0–6 баллов: эта стратегия совладания для вас не является основной.

7–12 баллов: вы гибко используете эту стратегию, с помощью здорового юмора и рационализации дистанцируясь от проблем, решение которых не в вашей власти. Это позволяет не переживать слишком сильно.

13–18 баллов: вы часто отстраняетесь от проблем, опасаясь сильных эмоций по их поводу, при этом вы избегаете их активного решения.

### ***C – Самоконтроль***

Человек, использующий эту стратегию, справляется с трудностями путем подавления эмоций. Он хочет, чтобы чувства как можно меньше влияли на его выбор, решения, поступки и чтобы эмоции не были заметны другим. Такой человек предъявляет к себе высокие требования и жестко себя контролирует. Он не склонен делиться переживаниями, да и не стремится их осознавать.

0–6 баллов: вы редко используете стратегию самоконтроля.

7–12 баллов: вы умеете отложить эмоции в сторону и действовать рационально, избегать импульсивных решений.

от 13 и выше баллов: возможно, вы слишком сильно контролируете себя. В сложной ситуации вы отказываетесь от выражения собственных желаний, не сообщаете близким о чувствах и намерениях.

### ***П – Поиск социальной поддержки***

Эта стратегия подразумевает задействование любых сторонних ресурсов в решении проблемы. Человек ищет прямой помощи, информации или сочувствия, и обращается за этим к близким, специалистам или экспертам. Он стремится, чтобы ему уделили внимание, хочет разделить переживания с другими людьми.

0–6 баллов: для вас нехарактерно искать эмоциональной или информационной поддержки, пытаться задействовать внешние ресурсы, просить помощи.

7–12 баллов: вы умеете находить внешние ресурсы и оперировать ими. Если нужно, найдете, у кого спросить совета или где взять информацию. Вы можете делиться переживаниями с близкими людьми.

13–18 баллов: возможно, вы часто полагаетесь на окружающих в решении своих проблем, легко попадаете в зависимость от ресурсов, которыми обладают другие.

### ***О – Принятие ответственности***

Эта стратегия означает, что человек признает личную ответственность за свои проблемы и их решение. Он видит причинно-следственную связь между своими действиями и их последствиями, размышляет, что он мог сделать не так, какие совершил ошибки, что можно улучшить, чтобы такое не повторялось.

0–6 баллов: возможно, вы не всегда признаете личную ответственность за то, что с вами происходит.

7–9 баллов: вы стремитесь видеть и понимать свои ошибки и слабые места, берете на себя ответственность за то, что у вас не получается.

Больше 10 баллов: вы часто обвиняете себя в случившемся, бываете слишком сильно недовольны собой, даже если ответственность не всецело лежит на вас.

### ***Б – Бегство-избегание***

Эта стратегия включает в себя все способы уклонения от решения проблемы: отвлечение, отрицание или игнорирование, погружение в фантазии или мечты, полная пассивность, «заедание» или «запивание» стресса и т. д. Как правило, считается неадаптивной, однако на краткосрочной дистанции она помогает быстро снять стресс.

0–6 баллов: вы не склонны избегать решения проблем.

7–12 баллов: вы способны снять напряжение и отвлечься от ваших проблем. Вероятно, иногда это приводит к тому, что трудности накапливаются и их становится сложнее не замечать.

от 13 и выше баллов: вы предпочитаете не смотреть проблемам в глаза, а игнорировать их.

### ***P – Планирование решения проблемы***

Эта стратегия предполагает рациональный анализ происходящего и выработку четкого плана действий. При этом человек трезво оценивает свои силы и возможности, действует целенаправленно. Как правило, эта стратегия считается адаптивной, так как способствует выходу из трудной ситуации.

0–6 баллов: вы далеко не всегда можете выработать план действий по выходу из трудной ситуации.

7–12 баллов: как правило, вы стремитесь преодолевать ваши проблемы с помощью планирования и выработки стратегии.

13–18 баллов: вы отлично планируете шаги по выходу из трудной ситуации, обладаете высокой целеустремленностью и рациональностью. Возможно, иногда вам не хватает спонтанности и умения задействовать интуицию.

### ***III – Положительная переоценка***

Человек как бы встает над проблемной ситуацией и философски переосмысливает свой опыт в положительном ключе: что она мне дает, какие качества во мне развивает. Таким образом проблема рассматривается как возможность для личностного роста.

0–6 баллов: для вас не характерно подобное отношение к трудностям.

7–12 баллов: иногда вы можете положительно переосмыслить ваши проблемы.

от 13 и выше баллов: вы часто рассматриваете ваши жизненные трудности как поводы для личностного роста. Возможно, при этом вы упускаете некоторые возможности для их разрешения.

Благодаря этому тесту вы можете увидеть, какие стратегии совладания со стрессом для вас характерны, а какие вы используете недостаточно. Есть стратегии сами по себе более или менее адаптивные (например, планировать выход из трудной ситуации в целом лучше, чем избегать решения), но каждый может вспомнить моменты, когда от нас ничего не зависит, – и тогда более адаптивной стратегией будет качественно отвлечься, снизить тревогу и подождать, пока проблема не разрешится. Иногда стоит полагаться в основном на себя, иногда – искать поддержки. Не очень красиво перекладывать на других всю ответственность и бесконечно жаловаться, но и совсем не делиться переживаниями – вредно, так как это увеличивает напряжение и мешает справиться со стрессом. Одним словом, нужно индивидуальное сочетание стратегий, гибкое их чередование: это и будет наиболее адаптивным поведением.

## **Хроническая боль и психотерапия**

Хроническая боль существенно ухудшает качество жизни. Она заставляет человека снижать уровень активности, выбирать «защитное» поведение (например, пытаться «не переохладиться», «поменьше двигаться»), меняет его характер и жизненные стратегии. У людей, страдающих от хронической боли, чаще возникает депрессия, выше уровень тревоги. Вот почему так ценные любые способы, которые могут надежно снизить интенсивность боли, помочь забыть о ней, сделать так, чтобы она не управляла жизнью.

В интенсивность хронической боли немалый вклад вносит фактор стресса. А потому психотерапевтические методики показывают хорошую эффективность в ее снижении. Был проведен эксперимент: группу мужчин с синдромом хронической тазовой боли (абактериальным простатитом) обучили техникам снижения стресса. 85 % участников сообщили об уменьшении урологических симптомов. В связи с этим автор исследования даже предложил термин «стресс-индуцированный простатит»<sup>41</sup>. Существует множество видов боли – головной, мышечной, тазовой, – для которых сказанное также верно. Например, когнитивно-поведенческая терапия в сочетании с профилактическим лекарственным лечением бета-блокаторами более эффективна для пациентов с мигренью, чем только лекарственное лечение<sup>42</sup>.

Вот что может предложить психотерапия при работе с хронической болью.

### **1. Методики биологической обратной связи (БОС)**

Это аппаратные методики, с помощью которых пациент обучается сам регулировать свои телесные функции. Например, ставится задача – научиться сужать и расширять зрачки. Даётся обратная связь: чем зрачок меньше, тем громче звуковой сигнал, и наоборот. Так же можно научиться замедлять и ускорять сердцебиение, расслаблять мышцы и даже уменьшать боль. При лечении хронической боли обычно применяется электромиографическая БОС, которая обучает пациентов снижать напряжение мышц. При мигрени используется тепловая БОС, позволяющая уменьшить интенсивность головной боли. Обычно методики БОС используются в комбинации с другими психотерапевтическими методами. Пройти БОС-терапию можно в крупных научных, медицинских и психологических центрах.

### **2. Обучение техникам релаксации**

Я предлагаю несколько техник релаксации, которые помогут снизить мышечное напряжение и качественно отдохнуть. Психотерапевт телесного направления может работать с пациентом, обучая его индивидуализированным приемам релаксации, которые помогут снять приступ боли, уменьшить его интенсивность, а порой – даже предотвратить.

### **3. Обучение стратегиям совладания со стрессом и болью**

Мы обсудили, что существуют адаптивные и неадаптивные стратегии совладания. Причем стратегия может быть адаптивной или неадаптивной не только сама по себе, но и в зависимости от того, насколько гибко она применяется. Психотерапия помогает смягчить неадаптивные стратегии, усилить адаптивные и научить их варьировать.

Некоторые из людей, страдающих хронической болью, вырабатывают зависимое от своей болезни поведение. Они делают боль центром жизни, стремятся «отдохнуть» от нее. Из-за этого резко сокращают активную жизнь: не ходят гулять, не занимаются спортом, не бывают на природе, не встречаются с друзьями, реже занимаются сексом. Такое поведение быстрее приводит к инвалидизации и, что хуже, к восприятию самого себя как человека с ограниченными возможностями. Когнитивные стратегии тоже меняются. Человек часто возвращается мыслями к боли: «вдруг заболит сильнее», «не надо было идти гулять», «надо сделать еще одно исследование» и т. д. Заметно ухудшается эмоциональный фон. Человек, страдающий хронической болью, чувствует, что он не контролирует важные аспекты, связанные с его телом. Он привык постоянно проверять, есть ли дискомфорт. Распространено самолечение. Психотерапия помогает вернуть человеку «себя без боли».

---

<sup>41</sup> Miller H. C. Stress prostatitis // *Urology*. 1988. № 32. P. 507–510.

<sup>42</sup> Martin P. R., Forsyth M. R., Reece J. Cognitive-behavioral therapy versus temporal pulse amplitude biofeedback training for recurrent headache // *Behav Ther*. 2007. № 38(4). P. 350–363.

Кроме того, работа с когнитивными и эмоциональными стратегиями помогает уменьшить и сам уровень боли за счет снижения гиперчувствительности (гипералгезии), страха боли, а также негативных мыслей по поводу нее («опять мне плохо»), ощущения угрожающей катастрофы, беспомощности.

В своей работе я часто видела, как боль – вызванная конкретным соматическим заболеванием или неизвестной, возможно, психосоматической причиной – заметно уменьшается или вообще исчезает после работы с привычными мыслями, поведением, чувствами и осознанием сигналов тела. Не пытаясь заменить обезболивающие лекарства, я предлагаю всем, кто страдает хронической болью, рассмотреть для себя и возможности психотерапевтического лечения.

## Методы телесной релаксации

Владение техникой релаксации – один из главных инструментов для снижения тревоги, борьбы с хроническим стрессом и его последствиями. Любая из них является своего рода психотерапевтической методикой, с помощью которой человек помогает сам себе отдохнуть, восстановливаться, устанавливать бережный контакт с телом. Недаром во многих культурах, в том числе в рамках различных религий, техникам расслабления и концентрации на телесных проявлениях уделяется большое внимание. В этой главе я расскажу о нескольких методах релаксации, которые будут полезны всем: и тем, кто страдает телесными или психосоматическими заболеваниями, и вполне здоровым людям.

### Аутогенная тренировка

Была предложена в 1932 году немецким врачом Иоганном Шульцем. Работая с пациентами методом гипноза, Шульц обнаружил, что некоторые из них не только создают с ним хороший раппорт (так называется «внушаемость», способность входить в гипнотический транс), но и могут засыпать сами, без его помощи. Шульцу пришло в голову создать методику самостоятельной работы на основе активного самовнушения и мышечного расслабления, которая не требовала бы присутствия терапевта. Аутогенная тренировка используется и адаптируется для самых разных целей. Иногда ее сочетают с методами БОС: в этом случае команды пациента самому себе вызывают определенные визуальные и слуховые сигналы. Исследования показывают, что аутогенная тренировка в сочетании с методами БОС уменьшает проявления мигрени<sup>43</sup> и так же, как самогипноз и прогрессивная мышечная релаксация, снижает уровень хронической боли<sup>44</sup>. У аутогенной тренировки мало противопоказаний, ею не рекомендуется заниматься только при острых инфекционных и онкологических заболеваниях, при обострениях шизофрении или биполярного расстройства, при эпилепсии с частыми приступами и не скорректированной лекарственной терапией, а также сразу после инсультов и инфарктов. Если вы имеете одно из этих заболеваний, но сейчас находитесь в ремиссии, заниматься можно.

Здесь я привожу классический вариант аутогенной тренировки, подходящей для максимально широкого круга задач.

### Правила выполнения упражнений

1. Первое, чему вы научитесь, практикуя аутогенную тренировку, – расслабление мышц, внушение себе ощущения тяжести и тепла в теле, регулирование дыхания и ритма сердца. Это

---

<sup>43</sup> Eun-Ho Kang, Joo-Eon Park, Chin-Sang Chung, Bum-Hee Yu. Effect of Biofeedback-assisted Autogenic Training on Headache Activity and Mood States in Korean Female Migraine Patients // *J Korean Med Sci.* 2009. № 24(5). P. 936–940.

<sup>44</sup> Kohlert A., Wick K., Rosendahl J. Autogenic Training for Reducing Chronic Pain: a Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials // *Int J Behav Med.* 2021. № 27. P. 1–12.

самое важное: прежде чем внушать себе что-либо еще, нужно прийти в состояние полного расслабления, транса. Не беспокойтесь: ваше сознание при этом будет оставаться ясным.

2. Примите удобную позу (обычно аутотренинг выполняют лежа, но можно и полусидя), закройте глаза. Дайте себе установку (проговорите про себя):

– Я успокаиваюсь и расслабляюсь.

Постарайтесь последовать своей установке. Дождитесь, когда вы действительно почувствуете, что успокоились. Теперь начинайте расслаблять мышцы по очереди.

– Расслабляются мышцы лба. Расслабляются мышцы затылка. Расслабляются мышцы шеи.

Если вы только начали практиковать аутогенные тренировки, не спеша проговаривайте про себя каждую фразу 2–3 раза, одновременно стараясь сконцентрировать внимание на соответствующих мышцах, полностью прочувствовать расслабление.

– Мое внимание переходит на руки. Расслабляются пальцы и кисти. Расслабляются предплечья. Расслабляются плечи. Мои руки расслаблены.

Можете найти свои формулы и фразы, которые вам больше по душе, например вместо «расслаблены» можно говорить «мягкие», «отдыхают», «в покое» и т. д.

– Мое внимание переходит на лицо. Мышцы лица полностью расслаблены.

– Мое внимание переходит на ноги. Расслабляются пальцы ног и стопы. Расслабляются икры. Расслабляются бедра. Мои ноги расслаблены.

Вы удивитесь, сколько неосознанных мышечных зажимов таит в себе наше тело – тело современного человека. Иногда я думаю, что в каждом из таких зажимов – частичка нашей тревоги. Когда мы вдумчиво учимся расслабляться, излишняя тревога покидает нас, давая возможность по-настоящему отдохнуть.

– Мое внимание переходит на туловище. Расслабляются мышцы груди. Дыхание спокойное и легкое. Мое сердце работает как часы.

– Расслабляются мышцы живота. Расслабляется поясница. Расслабляется плечевой пояс.

– Все мое тело размягчено и расслаблено. Я полностью расслабляюсь. Я расслаблен.

3. Следующая цель – достичь ощущения тяжести и тепла. Ставьте цели постепенно, не пытайтесь на первой же тренировке достичь всех. Когда у вас получается хорошо расслабляться, добавляйте второе упражнение и т. д. Постепенно, довольно скоро, у вас будет получаться серия из 5–7 упражнений (пятое и шестое являются дополнительными и выбираются вами по желанию, когда освоены первые четыре).

– Мои руки наполняет приятная тяжесть. Мои руки становятся теплыми. Мои руки наливаются теплом.

– Мое тело наливается теплом. Мое тело приятно тяжелеет.

– Мое тело налито теплом и тяжестью. Я полностью расслаблен.

Если у вас появляются собственные приятные ассоциации, вы можете называть их («мое тело как теплый тяжелый хлеб», «я наполняюсь теплым тяжелым светом»). Все, что помогает вам ощутить тепло и тяжесть, на пользу делу. Образно представляйте, что вы чувствуете, тогда тяжесть и тепло придут к вам в реальности.

4. Следующий шаг – создание тепла в животе.

– Мой живот согревается изнутри. Мое солнечное сплетение наполняется теплым светом. Мой живот излучает тепло.

5. Это упражнение хорошо помогает при головных болях напряжения, гипертонии, мигрени<sup>45</sup>.

---

<sup>45</sup> Аутогенная тренировка не должна быть заменой лекарственной терапии, это лишь дополнение к ней. Она может делать эффект от лекарств более устойчивым. При хронической боли аутогенная тренировка может помочь снизить дозу обезболивающих.

– *Мой лоб наполняется прохладой. Прохлада течет по моим вискам.*

6. Если у вас есть хроническая боль, представьте, как она утекает прямо из вашего тела вниз – капает каплями или льется струйкой. В состоянии расслабления, тепла и тяжести ваше представление будет очень живым.

– *Боль уходит, уходит, уходит.*

7. В конце тренировки следует обязательно выйти из состояния расслабления и транса. Резко открывать глаза и вставать нельзя, так как могут возникнуть неприятные ощущения – останется тяжесть в теле, слабость в ногах, может закружиться голова.

– *Мое тело становится легким.*

– *Мое тело отдохнуло.*

– *Каждая клеточка моего организма отдохнула.*

– *Мое тело наполняется бодростью с каждым вдохом.*

– *Я заряжен бодростью и энергией.*

В конце сделайте резкий выдох и одновременно откройте глаза. Тренировка окончена!

Иногда у начинающих возникают аутогенные разряды – странные ощущения или иллюзии восприятия. Вам может показаться, что вы падаете, вы можете видеть искры или яркие всполохи, слышать несуществующие звуки или ощущать запахи. Это не опасно и не является бредом или галлюцинацией, по мере дальнейших тренировок аутогенные разряды перестают возникать.

Если вы освоили все упражнения первой ступени аутогенной тренировки, можете переходить ко второй. Она заключается в том, чтобы выполнять более «персонализированные» упражнения, связанные с вашими актуальными целями. Вы можете научиться убирать боль и неприятные ощущения, на 10–20 минут погружаться в глубокий освежающий сон, повышать работоспособность и энергию, успокаиваться или улучшать настроение, по своему желанию вызывать нужные образы и картины, избавляться от непрошенных навязчивых мыслей и т. д. Как правило, вторую ступень аутогенной тренировки используют для регулирования психических процессов. Предлагаю вам несколько упражнений, с которых можно начать дальнейшие тренировки, когда освоена первая ступень.

1. Войдя в аутогенное состояние (выполнив первые два упражнения первой ступени – расслабление, тепло и тяжесть), попытайтесь с помощью внушений вызвать перед закрытыми глазами пятна красного, зеленого и других цветов. («Я вижу пятно красного цвета».) Когда это начнет легко удаваться, попытайтесь менять весь фон, который видите перед собой. Вы заметите, что фон разного цвета вызывает в вас «отблески», «отголоски» различных эмоций. Главная задача – выработать умение произвольно, по своему желанию сменять один цвет другим.

2. Войдя в аутогенное состояние, попытайтесь увидеть конкретные образы, предметы, картины. Постепенно вы заметите, что с различными картинами связаны разные эмоции и состояния. Произвольно меняйте картины перед собой. Для отработки этого упражнения требуется множество повторений. Вы как бы по своему желанию вынимаете книги из вашей «библиотеки настроения», немного пролистываете их и ставите обратно на полку.

3. Это упражнение имеет смысл выполнять, только если у вас получаются предыдущие два. Войдя в аутогенное состояние, попытайтесь задать себе вопросы: «Кто я?», «Чего я хочу?». Не пытайтесь ответить на них: перед вашими глазами должен возникнуть ряд образов, картин, возможно, не связанных «rationально» с вашим вопросом. В разные дни вы будете видеть разные образы, так как на подобные вопросы не существует раз и навсегда сформулированного ответа, он меняется в зависимости от ситуации, вашего состояния и других факторов. В

этом упражнении через телесный контакт с самим собой вы можете прийти к более глубокому общению со своей психикой.

4. Упражнение «Ключ». Если вы будете практиковать аутотренинг достаточно долго (хотя бы несколько месяцев), вы заметите, что вам требуется все меньше времени на то, чтобы выполнить упражнения первой ступени и войти в аутогенное состояние. В конце концов вы сможете входить в него без проговаривания формул самовнушения, вам достаточно будет просто сосредоточить внимание, «пройтись» по телу и расслабиться за 5–10 секунд. Вы научитесь как будто «стряхивать» с себя напряжение. В этот момент дайте себе установку: «Сосчитав до пяти, я войду в состояние глубокого отдыха. Мои веки станут тяжелыми. По моему телу разольется приятная тяжесть и тепло. Шум вокруг станет неразличимым гулом. Покой будет нарастать. Когда я сосчитаю от пяти до единицы, я проснусь и почувствую себя бодрым и отдохнувшим». Используйте собственные формулы – важно их содержание и ваши ощущения.

Со временем, практикуя это упражнение, вы научитесь «ставить себе будильник» и просыпаться спустя заданное время (10, 20, 30 минут). Вы сможете полностью, глубоко расслабляться даже в не самой удобной позе.

Помимо названных мной упражнений, на второй ступени аутогенных тренировок вы можете ставить себе любые личные цели и заниматься самовнушением в этом направлении.

Не спешите! Не ставьте задачу быстро продвинуться к «совершенству», не сравнивайте себя с кем бы то ни было. Практики телесного расслабления – процессные, главное в них не результат, а то, насколько вы вовлечены. Занимаясь аутогенной тренировкой каждый день хотя бы 15–20 минут, через полгода вы увидите хорошие результаты, которые будут индивидуальными для вас.

### **Прогрессивная мышечная релаксация**

Возможно, вы замечали, что расслабить мышцу легче после того, как она была напряжена. Этот феномен основан на качествах нашего внимания: ему нужно «зацепиться за что-то заметное». Нам проще зафиксировать напряжение мышцы, а уж потом, на этом фоне, мы можем заметить и отсутствие напряжения – расслабление. На этом эффекте основана методика прогрессивной мышечной релаксации, которую изобрел американский врач Эдмунд Джекобсон в 1920-х годах. В течение 5–10 секунд вы напрягаете конкретную мышцу, направляете на нее свое внимание, а затем резко расслабляете, не переставая на ней концентрироваться.

Упражнение выполняется для следующих частей тела по порядку:

- сильно сожмите правый кулак, согните кисть в любом направлении;
- сделайте то же левой рукой;
- согните правую руку в локте, сильно упираясь локтем в бок или любую поверхность;
- сделайте то же левой рукой;
- высоко поднимите брови и широко откройте рот;
- крепко зажмурьтесь, нахмурьтесь, наморщите нос;
- сильно сожмите челюсти и отведите уголки рта назад, к ушам;
- высоко поднимите плечи и наклоните подбородок к груди;
- глубоко вдохните и сведите предплечья перед собой, сожмите их;
- напрягите мышцы пресса;
- сведите лопатки, выгните спину;
- поднимите правое колено, напрягая мышцы правого бедра;
- потяните на себя правую ступню;
- вытяните голеностопный сустав правой ноги и сожмите пальцы ступни;
- повторите эти три упражнения для левой ноги.

### **Методики концентрации на дыхании**

Существует несколько простых упражнений, каждое из которых преследует двоякую цель: во-первых, помогает контакту со своим дыханием и телом, во-вторых – позволяет развить абдоминальное дыхание («дыхание животом»). При незамечаемом мышечном напряжении человек нередко дышит поверхностно, не до конца заполняя легкие воздухом. Верно и обратное: глубокое дыхание помогает расслабиться. Кроме того, в этом случае организм получает больше кислорода, возрастает объем легких. Абдоминальное дыхание называется так не потому, что воздух каким-то образом проникает в брюшную полость – он, конечно, остается в легких, но благодаря опусканию диафрагмы заполняет их нижнюю треть.

1. В среднем темпе вдохните через нос, стараясь опустить диафрагму и набрать воздух в нижнюю треть легких. Затем задержите дыхание, сосчитайте до четырех и медленно выдохните через рот. В легких не должно остаться воздуха. Повторите цикл 10 раз. Не нужно стремиться повторять цикл непрерывно, в промежутках вы можете сделать 2–3 обычных вдоха и выдоха.

2. Поднимите руки вверх и сложите в замок. Вдохните, опуская диафрагму и набирая как можно больше воздуха. Затем сделайте выпад вперед, резко согибаясь и опуская сложенные руки, как будто рубите дрова, и одновременно резко выдохните: «Ххаха!» Выдыхайте до тех пор, пока в легких не останется воздуха. Повторите упражнение со слогами «Ххооо!» и «Ххууу!».

Осторожно! Это упражнение нельзя выполнять людям, которые еще не восстановились после коронавирусной инфекции, перенесенной с воспалением легких. Легочная ткань может быть уязвимой для резких нагрузок.

3. На счет «один – два – три» сделайте вдох носом в три приема: сначала поверхностный вдох, затем более глубокий, затем «в живот». Сложите губы в трубочку и медленно-медленно выдыхайте. Попытайтесь продержаться как можно дольше! Это упражнение позволяет певцам и флейтистам выводить длинные пассажи, не переводя дыхание.

4. Дыхание тесно связано с мышцами груди, спины, плеч, живота. Эти мышцы мы особенно часто забываем расслабить и держим в постоянном напряжении, что вызывает хронические боли, усталость и дискомфорт. Попробуйте следующее упражнение: закройте глаза, делайте мертвые, медленные вдохи и выдохи через нос, и в их ритме – мертвые еле заметные движения плечами. Глаза вы закрываете, чтобы сосредоточиться на телесных ощущениях. Это упражнение, как и первое, можно выполнять когда и где угодно.

Трудно найти людей, которым бы не были полезны дыхательные техники. Но они особенно могут улучшить жизнь тех, кто страдает паническими атаками, замечает за собой сильную тревогу, находится в напряжении, имеет постоянные поводы для волнения, живет в ситуации стресса.

Что бы ни говорили философы, простые рецепты улучшения качества жизни все-таки существуют. Непросты они лишь в том, что их мало знать, – нужно по ним готовить, то есть постоянно их практиковать.

## **Благодарности**

Эта книга не появилась бы на свет, если бы у меня не было той огромной поддержки, которую я получала и продолжаю получать от окружающих людей.

Я благодарю издательство «Альпина Паблишер» за ваше мастерство и лично – Марину Красавину за ее участие в этом творческом процессе.

Огромное спасибо моей команде: без вашей слаженной работы я никогда бы не смогла найти время на написание этой книги.

Я благодарю моих дорогих друзей за ваш искренний интерес к тому, что я делаю, и вашу способность быть рядом.

Искренняя признательность всем моим прекрасным студентам за ваши вопросы и тягу к знаниям. Вы помогали мне находить более точные формулировки и правильно расставлять акценты.

От всего сердца я благодарю всех моих пациентов. Ваша сила и стойкость в противостоянии болезням восхищают меня каждый день. Эта книга появилась благодаря вашему доверию мне и готовности встречаться с самыми тяжелыми переживаниями.

И, конечно, моя безмерная благодарность моей огромной семье! Ваша неизменная поддержка и любовь каждый день дают мне силы. Мои дорогие родители, любимые сестры, кузены и кузины, тети и дяди, бабушки и дедушки, племянники и племянницы, я не смогу упомянуть вас всех по имени (для этого понадобилось бы написать отдельную книгу), но каждый из вас живет в моем сердце.

И отдельная благодарность моему любимому мужу, который уже много лет вдохновляет и поддерживает меня на каждом шагу моей жизни. Люблю тебя до Луны и обратно.