

ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ КАК ФАКТОРА РИСКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ. ЧАСТЬ I

А.В. Штрахова, Е.В. Куликова

Представлены результаты анализа научной литературы по проблеме исследования личности как одного из факторов риска формирования психосоматического нарушения; обосновано положение об актуальности применения психодинамического подхода в исследовании особенностей личностных факторов, описаны некоторые особенности понимания соотношения и взаимосвязи психического, соматического и личности в развитии психосоматических расстройств. В качестве психодинамических характеристик особенностей личности как факторов риска психосоматических расстройств рассмотрены особенности прегенитального развития, структуры личности и особенности «Я» с позиции нарциссизма в психоанализе, сочетанность доминирующих психологических защит, личностных особенностей и вариантов психосоматических расстройств. Описаны особенности представлений о факторах риска в основных психоаналитических моделях психосоматических расстройств. Анонсированы результаты выполненного клинико-психологического исследования.

Ключевые слова: психосоматика, психосоматическая личность, факторы риска, психоаналитические теории психосоматических расстройств, психодинамическая концепция Г. Амона.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) до 38–42 % всех больных, обращающихся к терапевтам за медицинской помощью, являются фактически пациентами с психосоматическими нарушениями, которые в период обращения ошибочно расцениваются врачами как исключительно соматические заболевания, возникшие без связи с психическими нарушениями [1]. На этом фоне сохраняет свою актуальность приписываемое Гиппократу высказывание: «Важнее знать, какого рода человек имеет заболевание, чем какого рода заболевание имеет человек», справедливо процитированное З. Фрейдом в качестве одного из оснований клинического психоанализа [17].

Известная со времен зарождения медицинской науки проблема соотношения телесного и психического проявляется в последние десятилетия, прежде всего, стремлением изучить причинно-следственные соотношения между соматическими и психическими факторами этиопатогенеза многих соматических по своей клинической картине расстройств, а также связать их с личностью больного, что, собственно говоря, и составляет предмет психосоматического подхода в современной медицине [14–16].

О проблеме соотношения и взаимосвязи психического, соматического и личности в развитии психосоматических расстройств. Вопрос об оценке влияния особенностей личности больного на вероятность возникновения, развития и прогрессирования психосоматического заболевания чаще всего рассматривается в контексте концепций психоэмоционального стресса и психической травматизации личности и ее психической адаптации в целом [2]. В контексте вышеизложенного отметим, что одним из классических положений психосоматики считается положение, что интенсивная негативная эмоциональная реакция, являющаяся связующим звеном в деятельности психологической и соматической сфер, в большинстве случаев блокируется деятельностью психологических защит личности, в том числе и путем соматизации [17, 19]. В связи с этим представляется актуальным исследование не только особенностей личностного реагирования на психотравмирующие обстоятельства в качестве личностных факторов риска формирования психосоматического нарушения, но и особенностей структуры личности и системы ее объектных отношений. При этом традиционная психодинамическая концепция в психосоматике

тическом подходе в ее современном понимании и развитии продолжает рассматриваться в качестве одного из важнейших теоретических оснований подобного рода исследований [1, 6, 8, 10, 11].

Психофизиологические аспекты психологических механизмов патогенеза психосоматических нарушений можно представить в следующем виде. Эти психологические механизмы «запускаются» психотравмирующей ситуацией, в которой сверхактуальное переживание фиксируется, образуя установочную доминанту, являющуюся функциональным очагом психической патологической импульсации. Такое состояние субъективно проявляется чувством физического дискомфорта и, при определенных воздействиях, – болезненными ощущениями и фиксированием на них. Такая необычная импульсация, поступающая из внутренних органов в центральную нервную систему (ЦНС), усиливает и хронизирует эти ощущения, что, в конечном счете, приводит к формированию патологического состояния. Негативные эмоции висцерального происхождения, таким образом, как бы подкрепляются личностными реакциями этих больных на тот или иной симптом или состояние организма в целом. Повторение психотравмирующих воздействий астенизирует нервную систему, делает ее чувствительной к внешним воздействиям и интероцептивным сигналам. В силу этого появление соматических ощущений может быть вызвано не только психогенным влиянием как таковым, но и любой незначительной соматической вредностью или даже обычной деятельностью внутренних органов. Как следствие, сформировавшийся очаг патологической импульсации обрастает системными циклическими нейрогуморальными связями с теми или иными системами организма [4, 15].

При этом аффект является важнейшим связующим звеном между психологической и соматической сферой при психотравматизации. Такой аффект проявляется, главным образом, переживанием реакций типа тревоги-страха и невротической депрессии, наличием нейровегетативно-эндокринно подкрепленной моторной реакции и специфическим изменением поведения и соматического реагирования (включая многочисленные проявления дисфункций деятельности различных систем организма, определяемые в Международной классификации болезней как соматические корреляты психовегетативной и аффективной

составляющих тревоги). В результате наблюдается удержание и хронизация аффективного и психовегетативного напряжения, оказывающего патогенное действие на соматическую сферу путем переключения поступающих из ЦНС стимулов и импульсов через вегетативную нервную систему к соматическим структурам, что в итоге приводит к патологическим изменениям в различных системах органов [13–15]. При наличии патопластического переживания, которое вследствие «включения» процессов соматизации (в их психодинамическом понимании) поражает соответствующую ему соматическую систему, функциональный этап поражения перерастает в деструктивно-морфологические изменения в соматической системе, происходит генерализация психосоматического заболевания. Психический фактор, таким образом, выступает как повреждающий.

Взаимосвязь психической травмы, личностных реакций на нее и характера развивающейся впоследствии впоследствии психогенной патологии исследовал еще К. Ясперс, считавший, что патологические реакции психики в ответ на психическую травму имеют психологически понятную связь и характеризуются единством причины и клинической динамики болезни (так называемая «реактивная триада») [21]. Исследование проблемы психогений Э. Кречмером позволило выделить важный фактор их этиопатогенеза – психогенное заболевание возникает в ответ не на любую психическую травму, а только на ту, которая затрагивает особо значимые стороны отношений больного, зависящие от особенностей его характера. Как следствие, в этиопатогенезе заболевания роль психической травматизации и предрасположенности к ней человека представляются одинаково важными, что подчеркивает необходимость соблюдения соотношения между характером психотравмы и конституционно-личностными особенностями [11, 12, 16, 19].

Изучение патогенеза психосоматических нарушений проводится, в том числе путем определения психологических механизмов хронизации запущенной установочной доминантой патологической импульсации, особенностей формирования патологических «порочных кругов», интегрирующих соматические, психовегетативные, эмоциональные и собственно индивидуально-личностные феномены в структуре того или иного варианта психосоматического реагирования.

При этом очевидно, что личность, интегрируясь в этиопатогенетические цепи формирования психосоматических нарушений либо дистанционируясь от них или даже компенсируя их негативное действие, может выполнять как патопластическую, так и патопротекторную роль. Отметим, что в психосоматике исследованию роли личности всегда уделялось большое внимание, начиная с исследований У. Ослера и Ф. Данбар, установивших связь сердечных приступов с типом личности, характеризующимся наличием агрессивных, напористых, ориентированных на работу аттитюдов [17].

Следует еще дополнительно подчеркнуть, что к истинным (классическим) психосоматическим заболеваниям относят такие нарушения здоровья, в этиопатогенезе которых достоверно наблюдается различные варианты истинной соматизации переживаний, т. е. соматизация формируется вне связи с деятельностью психологических защит («соматика повреждается, защищая психику»). В отличие от этого, например, истерическая конверсия – это лишь соматическая демонстрация переживания, своеобразная «хитрость» тела. В этом случае наблюдается невроз как психогенное заболевание, но нет соматической болезни как деструкции органа, нет генерализации патологии [4].

Психодинамическая характеристика особенностей личности как факторов риска психосоматических расстройств. Большинство представителей «классического» направления психосоматики исходят из предположения о существовании так называемого пре-психосоматического личностного радикала – совокупности преморбидных личностных особенностей, которые приводят к заболеванию вследствие их «включенности» в очаг психосоматической импульсации, в фиксированное патопластическое переживание. Такой радикал формируется в раннем возрасте, чаще у лиц холерического и флегматического темпераментов, вследствие ущемления фундаментальных притязаний личности, особенно чувства достоинства, вытекающего из доминирующего инстинкта.

В рамках психоаналитического подхода психосоматическая личность (и личность, обладающая препсихосоматическим радикалом, и личность страдающего психосоматическим расстройством пациента) рассматривается с системных позиций – прежде всего, как имеющая определенную структуру система

отношений «Я», развитие которой происходит путем динамического взаимодействия ее элементов, направленного на преодоление возникающих в этой системе противоречий (психодинамических конфликтов).

Попытки систематики психодинамических конфигураций связаны с некоторыми основными психодинамическими представлениями о возникновении и развитии психосоматических нарушений.

Формирование прегенитальных расстройств созревания. Прегенитальные расстройства созревания традиционно рассматриваются в контексте взаимосвязи конфликтных диадных отношений типа «зависимость/независимость», «близость/дистанцирование» с предшествующей началу заболевания утратой Объекта, с нарциссической обиженностью (нарциссическим конфликтом) и защитной агрессией (агрессивный конфликт), а также депрессией. Вследствие дефицита возможности психической переработки (ограниченная способность к интроспекции) пациенты представляют лишение объекта как центральную угрозу, которая приводит к первичному или рецидивному симптомообразованию. Заболевание понимается также как первичная или вторичная поломка психических регулирующих механизмов или как защита от полной психической декомпенсации [2].

Прегенитальные расстройства созревания выражаются в двух базисных конфликтах, которые у психосоматических пациентов, согласно данным зарубежных исследований, носят комбинированный характер [1, 6, 8, 20].

Конфликт зависимости/независимости у психосоматических личностей проявляется в наличии инфантильных желаний зависимости, интерферирующих с интенсивными желаниями независимости, порождая у взрослых трудности при разрешении реальных ситуаций.

Конфликт близости/дистанцирования имеет характер конфликта амбивалентности, отражающегося в одновременно существующих разнополярных желаниях инфантильной зависимости (близости) и межличностного дистанцирования. Как следствие, возникают повышенные требования эмоциональных перемен, которые невозможно полностью реализовать, поскольку они сопровождаются страхом, порожденным препятствующим этому желанием дистанцирования. Таким образом, пациент с амбивалентностью отношения к тому или иному объекту, который его привлекает и одновременно отталкивает, должен уста-

навливать соответствующий баланс желаний, позволяющий переносить как реальную близость, так и реальную дистанцию.

Эти основные базисные конфликты определяют существование четырех психодинамических факторов, которые одновременно определяют и развитие психосоматических расстройств.

Эмоциональная недостаточность вытекает из затруднений, вызванных стремлением психосоматических пациентов охранять свои истинные желания, чувства и конфликты, объясняя их окружающим наличием весьма вероятных и актуальных трудностей. Такие пациенты достаточно рано обучаются тому, что они «сами себя недостаточно воспринимают», поэтому им тяжело рефлексировать и понимать самих себя, что свидетельствует о частичной «душевной пустоте», иногда приводящей к эмоциональной отгороженности. Дефектность эмоциональной сферы усиливается в случае страха пациента перед возможным высвобождением тайных и защищенных трагедий (например, инфантильной регрессии орально-нарциссических желаний, подавленной агрессии, перенесение реакций на другой объект, реактивных состояний, проекций и т.п.) [2, 18, 19].

Эта недостаточность тесно связана с *душевно-энергетическим базис-дефектом*, вследствие которого уменьшается психическая энергия, необходимая для распределения эмоциональных связей с объектами. В связи с этим психосоматические личности обнаруживают в своей зрелой духовности слабую либидинозную готовность, что проявляется в сокращении эмоциональных контактов с окружающими.

Эмоциональная сдержанность совместно с ограничением интроспекции и рефлексии тесно связана с *нарциссическими нарушениями*, а также с нарушением самооценок, которые близки к чувству пониженной самооценки и внутренней неуверенности, что объединяется общим понятием «нарциссические обиды». Нарциссическая обиженность («нарциссическая хрупкость») является источником психосоматических расстройств благодаря инфантильным желаниям зависимости и связанной с ними эмоциональной хрупкостью в ситуациях, когда для таких личностей возникают фактические или потенциально угрожающие события или только представления о возможной утрате объекта (ключевой фигу-

ры, неизбежно и необходимо удовлетворяющей их потребности).

Таких пациентов предпочтительно называть «лишенными Объекта». К ситуациям лишения относят, прежде всего, утрату важной фигуры или ситуации (сферы деятельности, идеологии), которая может нарушить даже соматические функции. *Утрата (лишение) Объекта* является дополнительным и продолжительным фактором психической переработки, отягощающим нормальную реакцию [2]. Лишение Объекта, связанное с нарушением самооценки, приводит к фрустрационной агрессии, и, следовательно, злобе, раздражению и ненависти, масштабы которых достигают враждебности по отношению к утраченному Объекту. Психосоматические пациенты вследствие переживаний, связанных с утратой, стремятся найти замену утраченному Объекту. В случае если это не удается, пациент в качестве замены выбирает собственную персону или собственный орган (обладание аутонарциссическим либидинозным Объектом). Отсюда исходит, прежде всего, ипохондрическое самообеспечение, способствующее ограничению и вытеснению страха. Вносит свой вклад и склонность пациентов «опредмечивать» свои интересы путем их манифестации в соматической сфере или в каком-либо отдельном органе [17, 18].

У психосоматических пациентов отмечается связь фрустрационной агрессии, вызванной непреодоленными переживаниями утраты Объекта, с ясно выраженным переходом к депрессии, выражающейся либо в форме депрессивного страха (*страха отторжения*, проявляющегося как во внутренней неустойчивости и чувстве отгороженности), так и в депрессивном чувстве беспомощности («*астеническая обескураженность, астенический упадок духа*») или безнадежности («*апатически-угрюмая покорность*»).

Структура личности и особенности «Я» с позиции нарциссизма в психоанализе. Психоаналитическая теория нарциссизма тематически объединяет развитие внутренней картины личности (саморепрезентативность), самопереживание, самооценку и отграничение самости от объекта, связывая инстинктивный и нарциссический варианты развития. В силу особой, по нашему мнению, важности представлений психоанализа о нарциссизме и его роли в формировании психосоматических расстройств представляется целесообразным описать их некоторые основные положения в

контексте рассматриваемой проблемы психосоматического пациента.

В психоанализе нарциссизм рассматривается как безоценочное понятие, введенное З. Фрейдом для обозначения распределения энергии либидо между Объектом и Субъектом [17]. Позднее в психоанализе были определены многочисленные условия для нормального развития нарциссизма и вероятные факторы нарушения этого развития на этапе формирования детско-родительских отношений. Решающими при этом являются:

1) радостное установление самости и жизнедеятельности ребенка через мать (*«нарциссическое зеркало, в которое смотрит ребенок, глядя на блеск глаз своей матери»*);

2) возможность идеализировать и интериоризировать образ одного из родителей (прежде всего отца) для превращения внешнего образа в «Я-идеал».

Интериоризация «симпатичного» ребенку отражения матери, формирование внутренней картины «Я» и самоидентификация с необходимым разграничением от внешнего мира служит цели создания внутренней нарциссической регуляции переживания самости и самооценки у ребенка по мере его взросления и является необходимым условием его развития. Недостаток этих условий, приводящий к уменьшению эмпатии к матери (чувства взаимосвязи, ощущение идентификации с нею), в конечном счете, вызывает разочарование в идеальном образе родителей и частично приводит ребенка к фантазиям относительно собственного величия, неуязвимости и самодостаточности, которые могут явиться источником (патологического) самоотражения.

В этом оправдывающем себя «самовозвеличивании» отражается конфронтация с действительностью (уход от конкретной или испытываемой ситуации), возникающая в той социальной среде, которая делает очевидной для ребенка его собственную несостоятельность. Люди с подобной грандиозной самопрезентацией вынуждены ограничивать себя в межличностных отношениях, поскольку они стремятся найти не реальных, а идеализированных партнеров (соответствующих проекции собственного «Я»). При этом отказ от выставленных ими требований часто вызывает экстремальную «нарциссическую ярость» [19].

Психоанализ понимает эти нарушения как несостоятельность, вытекающую из характерного для раннего детского этапа перехода от двуперсональной взаимосвязи «мать – дитя» к

трехперсональной взаимосвязи «мать – отец – ребенок». Двусторонний уровень контактов является важной первостепенью к последующему обучению многосторонним межличностным контактам.

Результаты исследования каждого этапа развития ребенка, приводящего к относительно стабильной и стойкой уверенности в себе, свидетельствует о том, что только тот ребенок, который в самом начале жизни получает необходимое подтверждение и поддержку своей самостоятельности, в итоге научается и в дальнейшем получать необходимое подтверждение и поддержку у своего окружения. Его поведение в перспективе становится независимым, у него развивается внутренняя духовная уверенность и самоуважение (*нарциссизм*). В том случае, если ребенок, способен находить в самом себе подтверждение и поддержку своей самостоятельности (*нарциссическую поддержку*), он остается более устойчивым и при любых внешних влияниях.

В контексте вышеизложенного отметим, что в психоаналитической литературе имеется много описаний психосоматических больных, родители которых постоянно препятствовали развитию их самостоятельности, в результате чего баланс взаимосвязи между удерживанием ребенка и предоставлением ему свободы нарушался. Такие дети при отторжении их от родителей испытывают депрессивные расстройства и страх, связанные с нарушением их нарциссизма [19].

Основатель немецкой школы психодинамической психиатрии Г. Аммон считал нарциссизм одной из центральных гуманных функций в «смысле исходного потенциала развития ребенка». К числу других центральных личностных функций он относил агрессию, тревогу/страх, внешнее и внутреннее Я-отграничения и сексуальность. Он считал, что нарциссизм является своеобразным продуктом взаимодействия ребенка и его первичной референтной диадной или триадной группы (*«Нарциссизм может образоваться только в живой группе, не обладающей гибкими границами»* и *«невозможен без отношения к группе»*). Выделяя патологические формы нарциссизма, он связывал их образование с несознательным отвержением ребенка и недостаточной нарциссической поддержкой со стороны первичной группы во время симбиотической фазы развития ребенка. При таком понимании нарциссизм выступает в роли регулятора остальных гуманных функций, обладая характе-

ристиками конструктивности, деструктивности либо дефицитности. Конструктивный нарциссизм может проявляться в виде «неприватистской формы любви самого себя», включающей в себя автономию «Я» и чувство собственного достоинства, одобрение как собственного тела и эротики, так и собственной духовности. Деструктивный и дефицитный нарциссизм как патологическое искажение образуется в случае включения ребенка в первичные группы, которые неспособны к новым восприятиям и неспособны предоставить ему адекватную защиту и заимствовать за него границы «Я». Такая группа предоставляет ребенку искаженное или противоречивое восприятие реальности. При этом деструктивный нарциссизм внешне (вовне) проявляется аутистическими формами приватизма, изолированностью, неспособностью к контакту и к отношениям, а внутри – бредовыми идеями, галлюцинациями или психосоматическими реакциями. Дефицитный нарциссизм представляет собой составляющую в целом дефицитной личности со скромной самооценкой, самоотвержением и внутренней чистотой. Обе эти патологические формы нарциссизма обуславливают постоянную зависимость человека от нарциссической поддержки извне и препятствуют получению социальной энергии в связи с наличием контактных повреждений и аутизма [1].

Основные психоаналитические модели психосоматических расстройств. В современной психосоматической медицине используются восемь глубинно-психологических моделей психосоматических заболеваний, которые вскрывают лежащие за поверхностью наблюдаемой симптоматики внутренние психологические конфликты, проблемы и фиксации, идущие, как правило, из раннего детства пациента. Наиболее информативными в плане клинической адекватности (соответствия психодинамических интерпретаций особенностям клинической симптоматики психосоматозов) являются:

– *конверсионная модель З. Фрейда*, основанная на понимании конверсии как смещения психического конфликта и попытки разрешить его через различные симптомы в области тела – соматические, моторные либо чувственные путем своеобразного «прыжка» из психической в соматическую иннервацию, с символическим отражением в соматическом симптоме содержания бессознательной фан-

тазии и бессознательного конфликта пациента [17, 18];

– *модель вегетативного невроза Ф. Александра*, рассматривающая специфический бессознательный конфликт, не имеющий выхода в каком-либо внешнем проявлении, в качестве причины эмоционального напряжения, сопровождаемого устойчивыми изменениями в вегетативной нервной системе, приводящими к изменениям ткани и даже необратимым поражениям строго определенных органов [6];

– *модель борьбы за свое тело П. Куттера*, основанная на оценке нарушений коммуникации психосоматического больного со своим телом, вызванных «недостаточным уровнем любви своего тела» (дефицитом либидонозного заполнения или катексиса тела со стороны собственного «Я» пациента) [7, 20].

Механизмы психологической защиты и индивидуально-личностные особенности. В современной психосоматике получили распространение взгляды, связывающие особенности психологических проявлений защиты Эго имеющихся психологических конфликтов (механизмов психологической защиты, МПЗ) определенными личностными особенностями с тем или иным вариантом психосоматического расстройства [9, 16, 18, 19].

Так, считается, что доминирование в защитно-приспособительном поведении МПЗ «отрицание», сочетающееся с проявлением в личностной структуре черт эгоцентризма, внушаемости, общительности, оптимизма, наиболее часто вызывает появление конверсионно-истерических реакций, параличей, гиперкинезов, нарушения функций анализаторов, эндокринные нарушения.

В случае преобладания МПЗ по типу «вытеснения» с личностными паттернами, выражающимися в стремлении избегать вызывающих страх проблемные ситуации и неспособности отстоять свою позицию в споре, часто наблюдаются имеющие психосоматическую природу обмороки, изжога, потеря аппетита, язва 12-перстной кишки.

Активизация МПЗ «регрессия», сопряженная с проявлениями слабохарактерности личности, отсутствием у нее глубоких интересов, податливостью влиянию окружающих, внушаемостью, неумением доводить до конца начатое дело, непереносимостью одиночества, часто ассоциируется с кардиологическими расстройствами.

Проявления онтогенетически самого позднего и когнитивно более сложного защитного механизма «компенсация» (включающего в свой кластер МПЗ «сверхкомпенсация», «идентификация», «фантазия») сочетаются с личностными паттернами, характеризующими наличие установок на серьезную и методическую работу над собой, поиска и исправления своих недостатков, преодоление трудностей, наблюдаемые на фоне развития психосоматических вариантов нервной анорексии, нарушений сна, головных болей, атеросклероза.

При МПЗ «проекция», предполагающем приписывание окружающим различных негативных качеств в качестве рациональной основы для их неприятия и принятия на этом фоне себя, среди личностных черт у пациентов отмечаются гордость, самолюбие, уязвимость, упрямство, несговорчивость, что сопровождается развитием классических психосоматических заболеваний – гипертонической болезни, артрита, мигрени, диабета и гипертиреоза.

При доминировании МПЗ «замещение» личности свойственно снимать напряжение, обращая гнев и агрессию на более слабый одушевленный или неодушевленный объект или на себя, с развитием у личности черт импульсивности, требовательности к окружающим, грубости, реакции протеста в ответ на критику, развитием также классических психосоматозов, а также язвы желудка.

Преобладание в структуре защитных механизмов «интеллектуализации» и ее кластерных образований («аннулирования», «сублимации» и «рационализации») наблюдается на фоне доминирования соответствующих этому паттерну личностных черт – ответственности, самоконтроля, склонности

к анализу и самоанализу и клинически выраженных болевых ощущений в области сердца, вегетативных расстройств, спазмов пищевода, полиурии.

В случае доминирования МПЗ «реактивное образование», предполагающем выработку и декларирование в поведении прямо противоположной установки наблюдаются, в частности, неприятие всего, связанного с функционированием организма и отношениями полов; сильные переживания по поводу нарушений «личностного пространства»; подчеркнутое стремление соответствовать общепринятым стандартам поведения, часто отмечаются бронхиальная астма, язвенная болезнь, язвенный колит.

Таким образом, базовые положения психоанализа, рассмотренные выше применительно к задачам исследования особенностей личности как одного из факторов риска формирования психосоматического нарушения позволяют системно рассматривать причинно-следственные соотношения в этиопатогенезе психосоматического расстройства.

В наиболее обобщенном виде такие положения могут быть представлены следующей схемой (см. рисунок).

Описанные выше положения психоаналитических концепций и представлений о личностных аспектах формирования психосоматической патологии легли в основу развернутого клинического исследования пациентов с хроническими психосоматическими заболеваниями с целью выявления у них специфических особенностей личности, понимаемых в психодинамической парадигме и рассматриваемых как факторы, предопределяющие хронизацию и рецидивирование расстройства. Результаты такого исследования будут представлены в следующем сообщении.



Базовая схема формирования психосоматического нарушения с позиции психодинамических представлений

Литература

1. Амон, Г. Динамическая психиатрия / Г. Амон – СПб.: Изд. ПНИ им. В.М. Бехтерева, 1995. – 200 с.
2. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам; пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Брунека. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
3. Гарбузов, И. Концепция инстинктов и психосоматическая патология. (Наднормальная диагностика и терапия психосоматических заболеваний и неврозов.) / И. Гарбузова. – СПб.: СОТИС, 1999. – 320 с.
4. Губачев, Ю.М. Клинико-физиологические основы психосоматических состояний / Ю.М. Губачев, Е.М. Стабровский. – СПб.: 1981. – 212 с.
5. Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский. – СПб.: Дрозд, 2002. – 280 с.
6. Кискер, К.П. Психиатрия, психосоматика, психотерапия / К.П. Кискер, Г. Фрайбергер, Г.К. Розе. – М.: АЛТЕЙА, 1999. – 504 с.
7. Клиническая психология / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 960 с.
8. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Баумана. – СПб.: Питер, 2002. – 1312 с.
9. Кулаков, С.А. Основы психосоматики / С.А. Кулаков. – СПб.: Питер, 2003. – С. 173–185.
10. Любан-Плоцца, Б. Психосоматический больной на приеме у врача / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер. – СПб.: Питер, 1996. – 320 с.
11. Мясницев, В.Н. Основы общей и медицинской психологии / В.Н. Мясницев. – СПб.: Медицина, 1975. – 210 с.
12. Сарджвеладзе, Н.И. Личность и ее взаимоотношения с окружающей средой / Н.И. Сарджвеладзе. – Тбилиси: Гора, 1989. – 242 с.
13. Смулевич, А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) / А.Б. Смулевич. – М.: Мысль, 2000. – Т.2.
14. Смулевич, А.Б. Психокardiология / А.Б. Смулевич. – М.: Дрозд, 2005. – 120 с.
15. Смулевич, А.Б. Органнне неврозы как психосоматическая проблема / А.Б. Смулевич // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – № 100 (12). – С. 4–12.
16. Соколова, Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е.Т. Соколова, В.В. Николаева. – М.: Педагогика, 1995. – 215 с.
17. Фрейд, З. О клиническом психоанализе. Избранные сочинения / З. Фрейд. – М.: Медицина, 1991. – 80 с.
18. Фрейд, А. Психология «Я» и защитные механизмы / А. Фрейд. – М.: Педагогика-Пресс, 1993. – 216 с.
19. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени / К. Хорни. – М.: Наука, 1993. – 382 с.
20. Хьелл, Л. Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб.: Питер, 1999. – 360 с.
21. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс; пер. с нем. Л.О. Аюпяна. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.

Поступила в редакцию 15.08.2012 г.

Штрахова Анна Владимировна. Кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической психологии, Южно-Уральский государственный университет.

Shtrahova Anna V. Candidate of Medical Sciences, associate professor of clinical psychology, South Ural State University. South Ural State University.

Куликова Екатерина Вячеславовна. Магистр факультета психологии, Южно-Уральский государственный университет.

Ekaterina V. Kulikova. The master of Faculty of Psychology, South Ural State University.