

ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ И ПСИХОСОМАТИКА

Красимир Иванов
ВСУ “Черноризец Храбър”

Историята на разгадаването на тайната за взаимоотношението между психиката и тялото е хилядолетна. Раждат се различни религии, философски и мистични доктрини, много научни теории, но нито една не успява да отговори изчерпателно, или поне удовлетворяващо, на въпроса, какво всъщност представлява тази толкова тайнствена човешка душа.

Навярно затова човечеството тръгва по видимата пътека – да търси неясното по това, което е видимо – чрез хиромантия, физиогномика, френология, астрология. Така са търсели и обяснявали връзката между външно и вътрешно, между телесно и психично.

По силата на религиозни предпоставки, в продължение на векове, в контекста на западната културна парадигма, телесното и психичното начало не само се разделят и противопоставят, но са обречени на непримирим антагонизъм. Единици са учените – философи, лекари, с холистични възгледи.

В същото време културата на Изтока – Индия и Китай, културите на майите, келтите, са предавали в наследство истински „технологии” за осъзнаването от човека на психосоматичната му цялост.

На единството душа–тяло се базира цялата източна медицина, според която болест въобще и сама по себе си не съществува. Лекува се болният, а не болестта чрез органите и техните симптоми. Тяхната философия, разбирането за единство и цялост са сигнали до твърдения като: „гневът разрушава черния дроб и зрението, а страхът бърбреците и зъбите”.

Но ако няма предубеждение и шокиране от странностите на примитивните суеверия, може да се признае, че езическият шаман, който гони духа на болестта с помощта на звуците на барабана, е първият лечител използвал психосоматичен подход при тези заболявания. За западната култура произходът на първите писмени източници, допускащи взаимодействие между психично и соматично, е от Древен Египет – папирусът от Кахун (ок. 1900 г. пр.н.е.), както и най-забележителният документ на египетската медицина – папирусът на Еберс (ок. 1700 г. пр.н.е.). В папируса от Кахун се съдържа откъс от трактат за болест на матката, в който са описани болезнените състояния и емоционално неуравновесеното поведение на жени, като причината се приписва на промененото положение на матката.

Използването на магията и свръхестествените сили е елемент, характерен за по-късен период на Древен Египет, а в момента на създаване на споменатите папируси в медицината господствал рационализъм. Именно от рационалната египетска медицина черпят знания древногръцките лекари.

Така египтяните дават точното описание на разстройството, а Хипократ –наименованието му „хистерия” (от гр. матка), което остава през вековете едно от най-често привличащите вниманието на лекарите, заболяване.

През IV в. пр.н.е. Хипократ освобождава медицината от храмово-жреческото влияние и отхвърля демонологичното обяснение за психичните болести, убеден в естествените причини и значимостта на физиологичните процеси. Той е първият учен, разграничил психологичните от физиологичните причини.

Според Хипократ разделянето на психиката и тялото е не само недопустимо, но дори само опитът за това нанася непоправима вреда на

практическата медицина. Смятал, че всички болести в известна степен зависят от влиянието на външни фактори – среда, климат, но също и от вътрешни – свързани с неправилното смесване на течностите в организма.

Използваните от просветените гръцки лекари рационални методи често били слабо ефективни, при определени психически разстройства, затова болните търсели помощ от боговете и очаквали изцеление в храмовете на Асклепий, където участвали в мистически и ритуални процедури. Там получавали помощ, основаваща се главно на внушението, хора с хистерична слепота, афония, хистерична парализа.

Приемайки, че телесните функции могат да предизвикват силни страсти, безпокойство, угнетеност, Платон лекувал страстите с правилна диета, физически упражнения и систематично разясняване и обучение за постигане на равновесие едновременно в тялото и душата, с което, според Овсянников, се представя като истински психосоматик.

Според Гален (129–199 г.) хистерията е следствие не на промяна на мястото на „блуждаещата матка“, а на конкретни соматични изменения в матката. В тази област заслуга на Гален е твърдението му, че хистерия се среща и при мъжете.

Радикална промяна в разбиранията настъпва под влияние на произведенията на св. Августин (354–430 г.), които за векове напред определят демонологичната концепция за соматичните заболявания и психичните разстройства, тъй като той смята, че всички болести на човека са израз на злото, присъщо на човешката природа.

През Средновековието църквата използва техниката на екзорсизма, за да освободи душата от злия дух и да я върне в тялото. Страхът и тревожността в християнството са свързани с вината – вина да се живее съобразно високите нравствени идеали, а осъзнаването на тази вина

формира основата на ранно християнската концепция за греха, както и за страха от него.

Следователно с основание може да се допусне, че страхът и тревожността, в определена степен, са в основата на „обсебените от дявола” и лова на вещици от Инквизицията.

През 16. век медицинският възглед за болестите започва да се завръща. В етиологията на истерията Парацелз, освен сексуалния компонент, подчертава ролята на въображението, фантазиите и убежденията, които „изключват разума”.

До 19. век психологически фактори, като смъртта на близък или разочарование в любовта, се приемали за значими при възникването на болест, но появата на микроскопските методи на немския патолог Вирхов водят голяма част от учените до убеждението, че всички болести носят единствено органичен характер.

Започва периодът на големия спор между „психици” и „соматици”. Според школата на „психиците”, чийто най-виден представител е Хайнрот, при психичните болести страда самата „душа” – идеалистично схващане под влияние на философията от този период.

Хайнрот (1818) въвежда понятието „психосоматика”, а Якоби (1828) – „соматопсихика” – две понятия, отразяващи противоположните гледни точки за етиологията на заболяванията, но неразкриващи същността на връзката психика–тяло.

Понятията „психосоматична медицина” и „психосоматични разстройства” започват да се изпълват със съдържание, когато учени като Ф. Дойч, фон Вайцекер, Ф. Данбар, Ф. Александър предприемат опит да потвърдят мисълта на Сократ, че „Неправилно е да се лекуват очите без главата, главата без тялото, също така, както тялото без душата”.

Но доколкото психологията трябва да се съобразява с естествено-научното ниво на 20. век, метафизичното понятие „душа“ се заменя с „психика“.

Историята на съвременната психосоматика започва с психоаналитичната теория на Фройд, който, заедно с Бройер, доказва, че потиснатите емоции и психическата травма, чрез конверсия, могат да се проявят в соматични симптоми. Фройд твърди, че за това е необходима „соматична готовност“, която е физическият фактор, имащ значение за избора на органа, който заболява.

Гродек, когото Ф. Александър причислява към „пионерите на психосоматичната медицина“, още преди да се запознае с трудовете на Фройд, през 1913 г., по емпирично-интуитивен път стига до убеждението, че „трябва да се лекуват не органите, а хората, не болестите, а болните“.

Според него всички болести са едновременно психогенни и физиогенни. „И тъй като животът – от древни времена, та досега – е загадъчно съвместно съществуване на това, което се нарича тяло, и онова, което се нарича душа, и се схваща и трябва да се схваща като единство от тяло и душа, следва, че няма нито телесни, нито духовни, нито физични, нито психични заболявания, а че винаги и при всички обстоятелства двете заболяват съвместно“ – твърди д-р Гродек през 1926 г.

Самият Гродек не говори за психосоматика, но Виктор фон Вайцекер, основателят на Хайделбергската психосоматична школа, пише, че „Гродек много рано и самостоятелно от психоанализата пое пътя към психосоматична медицина във време, когато тази стъпка можеше да бъде направена само в периферията и изглеждаше съмнителна за мнозинството“.

Психоанализата бележи втория етап от живота му, и макар да я практикува и да поддържа многогодишна кореспонденция с Фройд, той никога не се превръща в ортодоксален психоаналитик.

Според Гродек физическите симптоми символно отразяват влеченията, които се съдържат в несъзнателното. Той е очарован от модела на конверсията и през 1921 г. пише: „Несъзнаваното използва органични страдания... за представяне на изтласканото също тъй, както използва за това хистеричните гърчове или някакъв друг невротичен симптом”.

Джеймс Браун смята, че несъзнаваното при Гродек е обединено от То на Фройд и колективното безсъзнателно на Юнг, но, според Александър, Фройд е заимствал „Ид” от „То” на Гродек .

Ако психоанализата на Фройд е в основата, приема се, че началото на съвременната научна психосоматична медицина поставя Ф. Александър. Той търси отговори на въпросите, поставени от емпирично-интуитивната практика на Гродек – каква е същността на несъзнателното и по какъв начин то въздейства.

По мнението на Карвасарски Александър е най-забележителната фигура в психоаналитичната трактовка на психосоматичната проблематика. Александър формулира *хипотеза за специфичността на емоционалните фактори*, предполагаща психодинамично обединение на различни фактори – тревога, потиснати враждебни еротични импулси, фрустрация, подчинени желаниа, чувство на вина и непълноценност. Смята, че осъзнаваните психични процеси играят второстепенна (подчинена) роля във възникването на соматичните симптоми, тъй като могат да бъдат свободно изразени с думи, а потиснатите, изтласкани в несъзнателното, имат тенденция за проява в хронични дисфункции на вътрешните органи. Той твърди, че ако емоциите не получат съответстващо изразяване, хроничното напрежение прераства в съпътстващи вегетативни промени, които водят до различни психосоматични заболявания.

Според Александър свободните асоциации на Фройд са подготвили пътя за адекватно изучаване както на осъзнаваните, така и на несъзнателните емоционални реакции, които могат да влияят на органичните заболявания. За съжаление, по идеологически причини, години наред у нас е била „неприемлива позицията на психосоматиците, основана на фройдисткото разбиране на безсъзнателното, при която соматичните болести се разглеждат като проявление на конверсията, регресията, стеснението, а симптомите – като своеобразна символика на органите”.

Владимир Иванов пише, че макар със значително закъснение, през 80-те и особено през 90-те години, у нас психосоматичната медицина има системно и организирано разпространение и се опитва да преодолее пропуснатото в холистичния подход, като етиопатогенезата дотолкова се разширява, че и сред нашите учени вече се говори за еко-био-психосоциална причинност на психосоматичните заболявания.

„Психосоматичните разстройства са група болестни състояния, възникващи на основата на взаимодействие между психични и соматични фактори, проявяващи се в соматизация на психични нарушения, психични разстройства, отразяващи реакция на соматични заболявания, или развитие на соматична патология, под влияние на психогенни фактори” – с това Смулевич се опитва да даде възможната дефиниция, която по-нататък в книгата си детайлно разглежда, и да очертае приблизителни граници.

По мнение на Вл. Иванов „Многобройните клинични наблюдения показват, че фактически няма симптом на органично телесно заболяване, който да не може да бъде предизвикан или наподобен по психогенен път”.

Полиморфизмът на психосоматичните разстройства намира отражение в тяхното разположение в съвременните класификации на психичните заболявания. В МКБ-10 те се намират в различни раздели от F04

до F53, но в тяхното многообразие ги обединява един общ признак – съчетаване на разстройства в психическата и соматичната сфера.

Терминът „психосоматика” не се използва като категория в МКБ-10, тъй като съществуват различия в значението при различните езици и психиатрични школи, а също така защото използването на този термин само при някои болести може да позволи допускането, че психологическият фактор не играе никаква роля във възникването, протичането и изхода на други болести, за които този термин не е използван.

Малкина-Пих представя съвременната позиция за психосоматиката като *интердисциплинарна* област, която:

- има отношение към лечение на заболявания, следователно е в рамките на *медицината*;
- изследвайки отношението емоции–физиологически процеси, тя е предмет на изследване от *физиологията*;
- като направление в *психологията* тя изследва поведенческите реакции, свързани със заболяванията, психологическите механизми, въздействащи на физиологическите функции, изследва как преживяванията могат да предизвикат една или друга болест;
- във връзка с *психотерапията* тя търси способности за изменения на деструктивните за организма начини на емоционално реагиране и поведение;
- като *социална* насоченост тя изследва разпространеността на психосоматичните разстройства, тяхната връзка с културните традиции и условията на живот.

Характеристиката на психосоматиката като многофакторен открит модел предполага изключително сложна *патогенеза*, която се определя от:

- неспецифична наследственост и вродена обремененост от соматични нарушения и дефицити;
- наследствена предразположеност към психосоматични разстройства;
- нарушения на дейността на ЦНС;
- личностни особености;
- психическо и физическо състояние по време на психотравмиращи събития;
- фон на неблагоприятна семейна среда и други социални фактори;
- особености на психотравмиращите събития ;

Всички тези фактори не само участват като потенциални причини в произхода на психосоматичните разстройства, но всеки от тях прави човека уязвим от емоционален стрес, затруднява психологичната и физическата защита, прави възможно възникването и усложнява протичането на соматичните заболявания.

И макар конкретните механизми на влияние и обвързаност между биологичните и психични фактори, според Лакосина, да не са проучени достатъчно, известно е, че анатомичното съседство на центрите на емоционално и вегетативно регулиране (намиращи се в хипоталамичната област), и физиологичните механизми на нервнo-медиаторната и хормоналната регулация, осигуряват прехвърлянето на емоционалното влияние върху соматичната сфера.

Фиксирано, свръхзначимото преживяване става доминиращо за нагласите на личността и се превръща в огнище на психически патологичен импулс. От този импулс започва характерно смъртно чувство за физически дискомфорт, а по-късно се реализира като болезнени усещания, които се фиксират, а последвалите негативни емоции, с висцерален произход, като че ли подкрепят усещанията и затварят кръга.

При емоционално преживяване, което се соматизира, функционалният етап прераства в деструктивно-морфологични изменения, генерализира психосоматичното заболяване, и така психичният фактор влиза в ролята на първопричина за увреждането.

Затова към психосоматичните разстройства се отнасят всички нарушения на здравето, етиопатогенезата, на които е истинска соматизация на преживяванията – когато психиката, защитавайки душевното равновесие, уврежда тялото.

Смята се, че в този процес ключово значение има дълговременната памет, по-точно – нейната семантична същност с емоционално-оценъчни характеристики, отразяващи субективното личностно отношение към ситуацията.

Дълговременната памет е емоционална памет. С колкото по-силни емоции е свързано едно преживяване, толкова преживяното стресово състояние устойчиво се закрепя в дълговременната памет и толкова е по-голяма вероятността да се активира паметова следа по-късно.

След постепенното затихване на възбудата преживяното емоционално наситено събитие – паника, страх или ужас, се съхранява във вид на енграми – „паметови следи”. Именно те имат особено значение за възникването на психосоматичните разстройства, а причина за рецидив може да бъде всяка асоциация, оживяваща „паметовите следи”.

Огнището на психическия импулс винаги избира най-уязвимия, но и най-важния орган в представите на болния, и тези симптоми не са преднамерено фалшиви. Те не са симулативни (изкуствени), а това, според Д. Холмс, „съответства на нивото на медицинската грамотност на болния: пациент със слаби медицински познания може да представи неправдоподобни и дори физиологично невъзможни оплаквания – например

анестезия на китката на ръката. При това са възможни непреднамерени „грешки заради удобство” – когато парализираната ръка в един момент се използва, а после отново става неподвижна”. От това съвсем логично може да се допусне, че най-трудни за точно диагностициране в психосоматичния подход биха били тези, които имат медицинско образование.

Предполага се съществуване на препсихосоматичен радикал, т.е. личностни особености, които са предпоставка за заболяване, формиращи се през детството и юношеството.

Според Кр. Иванов съществуващата предиспозиция може да се „измери” и да се забави развитието на психосоматичното разстройство. Първи стъпки в тази посока е разработеният скрининг за психосоматична личностова предиспозиция.

Но освен предразположеност (генетически обусловена или придобита готовност) съществуват и отключващи и задържащи фактори.

Много са житейските примери, които доказват, че човек може да понася екстремални физически и психически натоварвания, без да се разболе. Но в ежедневието се срещат лични проблеми, трудни житейски ситуации, предизвикващи непоносимо емоционално бреме, което може да даде тласък за възникване на психосоматично заболяване.

Разбирането на ситуационния аспект за произхода е от особено значение за взаимовръзката личност – болест.

Честотата на някои соматични и психични разстройства варира във времето, в зависимост от обществото, а също и в различните слоеве в едно общество. Заболяванията, които Кенън нарича „болести на цивилизацията”, не се срещат в доиндустриалните общества, но с настъпване на социални промени се появяват стомашно-чревни, сърдечносъдови и други психогенни заболявания.

За *разпространението* на психосоматичните разстройства е трудно да се посочат точни данни, тъй като показателите обикновено са занижени, защото тези болни много често се обръщат за помощ към представители на „нетрадиционната медицина” – знахари, екстрасенси или други народни лечители. Има обаче още една съществена причина – в много случаи те в продължение на години обикалят кабинетите на лекари с различни специалности, защото причината да потърсят помощ е някакво физическо страдание, а и разделянето на „прилични” (органични) и „срамни, неприлични” (психични) болести е все още широко разпространено.

По приблизителни данни, според Смулевич, честотата на психосоматичните разстройства е значителна и се колебае в границите между 30 и 57 %, но тези данни са различни за различните страни.

Разпространеността на психогенните соматични разстройства в детската и подрастваща възраст е не само висока, но показва тенденция постоянно да се увеличава. Сред обръщащите се за помощ деца между 40 и 68 % страдат именно от психосоматични разстройства. Техническият прогрес, влошените условия на обкръжаващата среда, затруднените социални отношения водят до „болестите на цивилизацията”, които са болести на адаптацията и всъщност са психосоматични разстройства. А детската възраст е продължителен и емоционално наситен процес на адаптация.

По данни на СЗО от 38 до 42 % от всички пациенти, посещаващи кабинетите на соматичните лекари, се отнасят към групата на психосоматичните болни. При тези изнесени приблизителни стойности, зад публикуваното в световната преса екзотично съобщение, че сред изписваните от лекарите в Израел лекарствени препарати около 60 % са плацебо, е възможно да се крие 60 % психосоматика.

Първоначално са установени само 7 психосоматози – „свещената седморка” – бронхиална астма, язвен колит, есенциална хипертония, невродермит, ревматоиден артрит, язва на дванайсетопръстника, хипертиреоза, но по-късно списъкът се разширява и днес към психосоматичните болести се отнасят исхемичната болест на сърцето, язвената болест на стомаха, диабетът, алергиите, ракът, инфекциозните и други заболявания.

Задължително условие при тези болестни състояния е присъствието на психотравмиращи, емоционалнозначими събития (загуба на близък човек заради смърт или развод, семейни или служебни конфликти, рязка промяна на жизнения стереотип). Неблагоприятно външно въздействие могат да имат не само остри стресорни фактори, но и някои продължителни конфликти или травмиращи преживявания, разтеглени във времето.

Х. С. Съливан пише: „Както на мен ми се струва, сферата на психиатрията като наука се пресича с областта, изследвана от социалната психология, доколкото в предмета на теоретичната психиатрия следва да се разглеждат интерперсоналните взаимоотношения”.

Написаното от Ротенберг е още по-категорично: „...психосоматиката е не само и може би дори не толкова медицински, колкото социалнопсихологически проблем”. Мнението, че взаимоотношенията и социалните условия, като цяло, се явяват причини за индивидуалните психически разстройства, изказва представители и на семейната терапия. Деформациите се търсят в социалната система, най-често в семейството – в комуникациите и отношенията между членовете на системата.

В съвременната наука са извършени многочислени изследвания за изучаване на ролята и влиянието на острия и хроничен стрес за възникване на соматични заболявания; на връзката между особеностите на характера и

поведението на индивида с прага на чувствителност и устойчивост към развитие на определени соматични патологични реакции; на психичните реакции на болка и болест („поведение в болестта“) в зависимост от типологията на личността; на влиянието на някои методи на лечение върху психичното състояние (депресия и разстройство на паметта след аорто-коронарна оперативна интервенция, афективно-тревожни и астенически състояния сред болните на хемодиализа).

Днес съществуват две основни теоретични парадигми с претенции, че обясняват патогенезата на психосоматичните разстройства, но през последните години най-популярна е хипотезата за мултифакторния генезис, която се основава на базата на редица постулати от най-известните теоретични концепции.

Едната от тях е **концепцията за стреса**.

Древната гностическа мисъл „Енергията следва мисълта“, се трансформира във „Всичко е от грях“, по-късно – „Всичко е от нерви“, за да достигне, след две хилядолетия, до „Всичко е от стрес“.

Емоционалният стрес в своя произход, по правило, е обусловен от социалните отношения и е феномен на осъзнаването на несъответствие между изискванията, предявени към личността, и способността да се справи с тях.

Голяма част от психосоматичните заболявания се приемат като реакция на претоварване, на повишени изисквания и нарушено вътрешно равновесие. В светлината на неврохуморалните теории психосоматичните разстройства се разбират като отговор на прекалено силните физически и психични въздействия. Общият адаптационен синдром се явява комплекс от физиологични процеси – неврохуморални, хормонални и др., протичащи в организма при неговата реакция на определено въздействие. Основавайки се

на физиологичните механизми, изследователите се опитват да обяснят възникването на така наречените „болести на адаптацията” (есенциална хипертония, пептична язва). Обострянето на туберкулозата, възникването на вирусни инфекции, имунопатиите също се свързват с изменения в имунната система под тежестта на стреса.

Според Ханс Селие „Стресът е неспецифичен отговор на тялото на всяко поставено пред него изискване... няма значение дали агентът или ситуацията, с която се срещаме, е приятна или неприятна. От значение е само интензивността на изискването за преустройство или приспособяване”. Селие специално подчертава, че стресът не е просто нервно напрежение и нещо, което на всяка цена трябва да се избягва, защото пълната липса на стрес означава смърт.

Дейностите, свързани със стреса, могат да предизвикат приятна или неприятна емоционална възбуда – да бъдат приятни или неприятни, но дистресът е винаги неприятен. Селие смята, че вредни и неблагоприятни са само тези фактори, които водят до дистрес, и по тази логика Харис (1956) прави класификация на потенциалните стресори, систематизирайки само отрицателни събития, диференцирани по вид и продължителност в седем категории.

Тази гледна точка не се споделя от всички. Според мнението на Томас Холмс и Р. Рае (1967), публикувано в специализирано списание за психосоматични изследвания, в спонтанния живот стресът обикновено се свързва с негативни и неприятни преживявания, но по-правилно би било да се приеме, че болестотворен стрес може да бъде всяка емоция в нейната крайна форма. Стресори могат да бъдат както гневът, страхът, тъгата, така и голямата радост, дори щастието.

Според авторите при всяко външно изменение, изискващо значителна вътрешна психическа адаптация, възниква тенденция за повишаване на вероятността от заболяване. Тези изменения, които могат да бъдат положителни и отрицателни, те наричат *жизнени стресове*. На базата на клиничния си опит съставят списък от 43 жизнени събития (от „смърт на съпруг/съпруга” до „малки нарушения на закона”), след които хората обикновено изпадат в стресово състояние. Чрез метода на експертна оценка, приписвайки определен среден бал – *единици жизнени изменения* – на всяко събитие, те създават *Оценъчна скала на затрудненията в приспособяване към социалните изменения*.

В края на 60-те години на 20. век скалата се използва като метричен инструмент за определяне на връзката между стреса и болестите в много изследвания, тъй като тя позволява да се предсказва болестта на основата на сумарния показател от единиците жизнени изменения.

Според Боряна Пирьова при състояние на стрес в организма настъпват функционални промени. Те имат организиращ характер за повишаване функционалната дееспособност. Стресът представлява състояние на обща активация в организма, която обхваща:

- Дейността на нервната система – висшите интегративни функции и вегетативната нервна система;
- Дейността на ендокринната система;
- Дейността на имунната система.

Промените във висшите функции на нервната система се изразяват в следното:

- Обостря се съзнанието;

- Ускорява се преработката на сетивна информация, като се степенува по важност от степен “спешна” до такава с “незначителен приоритет”;

- Намалява се болковата чувствителност.

Във функционалните промени водещо значение има симпатиковата активация, в резултат на която настъпват следните промени във функциите на вътрешните органи:

- Учестяване на сърдечната дейност;
- Повишаване на артериалното налягане;
- Вазоконстрикция в областта на коремните органи, кожата и бъбречното кръвообращение;
- Вазодилатация в областта на скелетните мускули;
- Метаболитно предизвикана вазодилатация в коронарния кръвоток поради увеличена консумация на кислород при увеличена съкратимост на сърдечния мускул;
- Намалена двигателна активност на храносмилателния тракт;
- Увеличена проходимост на дихателните пътища;
- Увеличение на кръвното захарно ниво.

Промените в дейността на ендокринната система се характеризират със следното:

- Увеличена секреция на адреналин. Плазменото ниво на адреналин представлява един обективен показател за силата на стреса;
- Увеличена секреция на надбъбречните глюкокортикоиди (кортизол);
- Потискане на репродуктивната функция – кортизолът намалява чувствителността на семенниците и яйчниците към фоликулостимулиращия хормон на предната хипофиза;

- Намалена секреция на соматотропния хормон и забавяне на растежа.

Специално внимание заслужават ефектите на кортизола, защото той е главният организатор на състоянието на напрежение и едновременно с това обяснява някои от психосоматичните заболявания, настъпващи след продължителен стрес най-често от психосоциален характер. Функциите на кортизола при стрес са следните:

- Метаболизмът се преустройва за условия „на гладно”. Увеличава се разграждането на белтъчните структури, което дава възможност за бърза синтеза на нови регулаторни белтъци. Мобилизират се масите като богат енергиен източник. Поради голямата нужда от енергия глюкоза се образува и от невъгледридатни източници (неоглюкогенеза).

- Увеличава се чувствителността на кръвоносните съдове към симпатиковите вазоконстрикторни въздействия – фактор в повишаването на артериалното налягане.

- Ускорява се синаптичното предаване.
- Предизвиква еуфория.
- Потиска имунните реакции.

Изследванията за установяване на промените в плазменото ниво на хормоните се извършват само с имплантиран, трайно поставен във вената, катетър. Стресов отговор настъпва само при очакване на появата на биологични стимули (поради нивата на хормонална секреция не може достоверно да се определи при инжекционно вземане на кръв).

Имунната защита отслабва. Известни са множество примери на тежки заболявания, включително развитие на раково заболяване, в резултат на отслабване на защитните сили на организма след силно стресови изживявания.

Стресовият отговор е каскада от събития, които имат различна времева характеристика. Някои от явленията на активация настъпват в **интервал от милисекунди** след появата на биологично значими стимули. Такава е например позитивната вълна P300 в ЕЕГ, явяваща се 300 msec след стимула. В същия интервал от време настъпват промени в регионалния мозъчен кръвоток, в учестяването на сърдечната дейност, повишаването на мускулния тонус, изпотяването. **В интервал от секунди** настъпва секреция на хипоталамични освобождаващи фактори, секреция на адреналин и симпатиковото активиране на структури в ЦНС. **В интервал от минути** се освобождават хипофизни хормони (АКТХ, ТТХ), кортикални, надбъбречни и други хормони и настъпва адаптиране на дишането и на функциите на сърдечносъдовата система към условията на повишени изисквания. Промените в имунния отговор са най-бавни и настъпват в **интервал от дни или седмици**.

Thomas D. Yarnell счита, че прекомерният стрес понижава имунната система и ни прави по-податливи на различни видове заболявания. Той предлага долупосочения списък със симптоми, близки до стреса:

- Необичайно сърцебиене (бързо, аритмично)
- Необичайно вдишване (бързо, повърхностно)
- Чувство на нервност, безпокойство (сякаш не можете да си намерите мястото)
- „Обливат ви” топли и студени вълни
- Потене повече от нормално
- Пресъхване на устата
- Напрежение в мускулите
- Нервен стомах
- Киселини в стомаха

- Уриниране по-често от нормалното
- Преумора
- Главоболие
- Панически пристъпи
- Чести настинки
- Често се разболявате от грип
- Загуба на апетит
- Усилен апетит
- Гадене, повръщане
- Безсъние
- Загуба на памет
- Чувство на неловкост, стеснителност
- Потиснатост, унилоост
- Пристъпи на плач
- Сексуални затруднения (от всякакъв тип)
- Раздразнителност, избухливост
- Плахост
- Безпокойство, тревожност
- Гняв, яд
- Чувство за нещастие без причина за това
- Срамежливост
- Прекалено сериозен
- Неудовлетвореност от живота.

Последиците от силен стрес или продължително повтарящи се стресови ситуации (например дребни всекидневни кавги) могат да

предизвикат по-сериозни нарушения на здравето като главоболие, високо кръвно налягане, язва и други сериозни болести, дори смърт.

Всеки път, когато в живота на човек се случи някакво стресогенно събитие, то изисква от него адаптиране или усилие за справяне (coping). Лазарус (1966) определя механизмите за справяне като стратегии за действия, предприемани от човека в ситуация на психологическа заплаха, а при необходимост за приспособяване към болест (в зависимост от вида и тежестта) – като тотална заплаха за физическото, личното и социалното благополучие.

В теорията за копинг стратегии на Лазарус и Фолкман (1984,1987) се определят *базисни копинг стратегии* – проблем ориентирани, „търсене на социална подкрепа и бягство, определя се и *базисният копинг ресурс*: Аз-концепцията, локус контрол, емпатия и афиляция. Успехът на копинг стратегиите се определя и от когнитивни ресурси.

Джеролд Гринберг, чийто модел на стреса представлява верижна реакция от пет стъпки, смята, че готов отговор на въпроса за справянето със стреса няма, но съществува система за управление на стреса, която позволява комплексен контрол на всяка фаза.

Модел на стреса по Дж. Гринберг

Разглеждайки стреса и неговата връзка с болестта, той вижда борбата с него като „вмешателство” и поставяне на бариери за преодоляване на негативните последствия – дискомфорт, безпокойство, страх или болест, в рамките на модела. Гринберг твърди, че ежедневните проблеми и неуредици, т.е. хроничният стрес, е по-опасен за здравето, отколкото сериозните промени.

В рамките на тази теория, като продължение и разширяване на работтата на Кенън и Селие, е предложената от В. Ротенберг *хипотеза за*

търсещата активност. Ротенберг твърди, че решаващ фактор за опазване на здравето в условия на стрес се явява търсещата активност (в противовес на пасивно-отбранителното поведение) – активност, насочена към промяна на ситуацията на неопределеност и непредвидимост.

По мнението на Ротенберг отказът от търсеща активност се превръща в неспецифичен фактор, предразполагащ към възникване на различни болести вследствие на прехода от стрес към дистрес и смяна на фазата на повишена съпротива с фаза на изтощение. Като аргумент, потвърждаващ теорията му, авторът се позовава на известната закономерност, че въпреки постоянния стрес по време на война не се наблюдава ръст на неврозите и психосоматичните разстройства. Обратно, тяхната разпространеност се увеличава в условията на прекратяване на борбата за оцеляване.

Впрочем във връзка с този аргумент, някои американски и немски психолози споделят противоположна позиция. В бойна обстановка, съпроводена с неминуем стрес, конверсионните симптоми възникват относително често, например парализа на крака позволява да се избегне участие в бойна ситуация без опасност от обвинение за страхливост или последствия от военен съд.

Но кога и къде може да се постави граница между полезния, необходим за адаптиране стрес (еустрес), и вредния и опасен за психическото здраве дистрес? На този въпрос все още няма отговор.

Критици на теорията задават още един въпрос. „Трябва ли да съществуват възражения против пренасянето върху човека на теория, за чийто модел са послужили лабораторни изследвания върху животни?“. По мнението на Бройтигам и Кристиан (1986) директен пренос, без отчитане на особеностите на личността, е възможен само след много уговорки. Много теории твърдят, че човекът има уникални, свойствени само за вида си

характеристики. Значимост, праг на чувствителност са строго индивидуални и силно субективни за личността. Оказва се, че психосоматично болните могат да реагират остро на незначителни ситуационни затруднения – лек словесен натиск или негативно отношение, ако това за тях има субективно ключово значение, тъй като в преморбидния (предшестващ болестта) период тези ситуации са били особено значими за тях.

Втората теория, претендираща, че отговаря на въпроса за патогенезата на психосоматичните разстройства, е *психодинамичната концепция за интрапсихичния мотивационен конфликт*.

Откриването на клиничното значение на несъзнаваното става крайъгълен камък на психоаналитичната теория. Според нея изтласканите от съзнанието социално неприемливи инстинкти (агресивни, сексуални) се проявяват под една или друга символична форма чрез тялото.

Емоциите, които в началото на човешката история са мобилизирали организма за защита, днес често са потиснати, заглушени, изтласкани от социалните претенции, но във времето могат да си отмъщават и да станат причина за разрушителни процеси в организма.

Още в края на 30-те години Александър обръща внимание върху корелацията на постоянното емоционално напрежение и соматични нарушения като язва на стомаха, колит, хипертония, астма, тиреотоксикоза и ревматоиден артрит, и предлага теория, свързваща специфичните емоционални фактори с определени органически нарушения.

Съгласно тази теория симптомите на вегетативната невроза не са опит за изразяване на потиснатите чувства, а физиологично съпровождане на определени емоционални състояния. Хроничното емоционално напрежение, постоянната физиологична активност, при липса на действия, отхвърлящи напрежението, могат да доведат обратимите функционални симптоми до необратими органични изменения.

Александър определя три вектора на конфликтни импулси при различните конфликтни модели, характерни за определени болести, проявяващи се в различните типове личности:

- желание за обединяване, получаване, приемане;
- желание за изключване, отделяне, отдаване, изразходване на енергия за нападение или за нанасяне на вреда;
- желание за съхраняване, натрупване.

Той смята, че „в мултикаузалната обусловеност първа цигулка свири” типът на психоемоционалния изходен конфликт, който може да се намира назад във времето, отдалечен от периода на симптомообразуването.

Александър разграничава истеричните конверсионни реакции от адаптивните изменения във вегетативните функции, предизвикани от емоционално напрежение, твърдейки, че би било грешка, ако теорията за конверсионната истерия се пренесе изцяло върху всички психосоматични реакции.

Уникалната архитектура на психиката – съзнателно–несъзнателно, Аз-а с неговите подсистеми, Свръх Аз-а с неговите претенции, превръщат личността в динамична система от отношения, оценки, качества, свойства, състояния. Динамична система, която филтрира реалността и според призмата на емоциите, води до еуфория или дисфория, скука или депресия, екстаз или умиротворение – състояния, които често не могат да бъдат предадени с думи. Състояния, зад които съществуват факти, но без оценка и отношение те нямат никаква стойност.

Човешкото същество със своето бинарно и оценъчно съзнание е пристрастно, и когато на везната натежат страх, тревожност, дискомфорт, негативните емоции създават проблемна ситуация. Афектът в най-широкото му разбиране е свързващо звено между психичната и соматичната сфери.

Особено значение имат неотреагираните отрицателни емоции, а склонност за задържане на експресията е характерна за психосоматично болните.

Дори скуката, при отсъствие на видими причини, означава, че това е маска, скриваща дълбоки емоционални преживявания, на които не е позволено да се проявят. Почти с увереност може да се допусне, че това са негативни емоции, като гняв или фрустрация. Такива чувства не изчезват безследно – те са само потиснати, изтласкани – скрити дори от самата личност.

3. Фройд за първи път описва феномена на психологическа защита, а А. Фройд диференцира 10 варианта, като в съвременната литература се споменават вече няколко десетки. Според А. Фройд *защитните механизми са „начините и средствата, чрез които Егото се пази от неудоволствието и тревожността, и упражнява контрол върху импулсивното поведение, афектите и инстинктивните импулси”*.

„Описани са повече от двайсет способа за психологическа защита, предпазващи личността от самодискредитация, а нашето съзнание – от нежелателни знания”, лаконично определя тяхната същност и необходимост Ротенберг.

Защитните механизми са насочени към запазване на цялостност и баланс на осъзнаваното поведение, затова мотив, който противоречи на социално обусловеното поведение, не трябва да се осъзнава. Такъв мотив трябва или да бъде интегриран, (след частична деформация или пренареждане на йерархията на социални нагласи), или да бъде изтласкан от съзнанието, за да се избегне дезинтеграцията и да се запази стабилността на вътрешното непротиворечиво възприемане на света.

„Пример за неприемлив за личността мотив може да бъде деструктивна агресивност, породена от завист. Чувството на завист е унизяващо и девалвира Аз-образа, затова то често не се осъзнава, което означава, че чувството на враждебност породена от завистта, също не може да се осъзнае. Но ако враждебността се свързва не със завист, а се обяснява като адекватна обратна реакция на заплашващото поведение на съперника или на някакви други негови отрицателни и социално неодобряеми черти, то такава враждебност ще бъде осъзната и проявена в поведението без угризения на съвестта. Така защитните механизми помагат да се трансформира и реализира в поведението неприемливия мотив”, обяснява Ротенберг.

Ако интеграцията не успее да осъществи този процес, то мотивът се отделя от съзнанието с помощта на механизма на изтласкването и неудовлетвореният, изтласкан мотив става източник на невротична тревожност или психосоматично заболяване.

Трябва да се подчертае, че различните варианти на защитни механизми са присъщи както на болните, така и на здравите – те опазват човека от прекомерно психическо напрежение.

Истински психосоматични разстройства възникват в лица с лошо функциониращи защитни механизми. В случай на значим конфликт емоционалният стрес при тях най-често поразява тялото. При недостатъчно силна психологична защита може да възникне невротично разстройство, например при хистерична конверсия съществува невроза като психогенно заболяване, но няма болест като деструкция на орган, няма патологична генерализация.

Симптомите на конверсионното разстройство днес не се приемат като трансформирани интрапсихични сексуални конфликти. Днес те имат по-

очевидна функция, свързана с осигуряване на благовидно оправдание, позволяващо да се отстранят или избегнат труднопоносими емоционално-стресови ситуации, да се изрази наказващо отношение, без за това да се носи отговорност.

Бягството от тежките житейски конфликти, когато разрешаването надхвърля силите за справяне, несъмнено носи, макар и скъпо струваща, изгода от болестта. Приемайки болестта като най-добрия изход (от всички възможни) в определена ситуация, проблемите се пренасят на нивото на физиологичната регулация и болестните симптоми. Така „бягството в болестта” се превръща в опит чрез физиологически способ да се решат психологически и социални проблеми.

Независимо от механизма на възникване на заболяването, то може да получи подкрепа от т.нар. „вторична изгода” – косвените преимущества на болестното поведение – вниманието на близките, грижите, някаква материална компенсация, т.е. всичко, подкрепящо запазването на статуса „болен”.

„Вторичната изгода” съдържа негативна конотация, която е свързана с активната манипулативна сила на демонстрираните симптоми, а техният диапазон е толкова широк, колкото биха могли да бъдат соматичните нарушения. Всички демонстрирани симптоми могат да бъдат изключително „функционални”, удобно обслужващи страдащия. Удобно „бягство в болестта”, без това да има осъзнат характер или преднамереност.

Важен въпрос при психосоматичните заболявания са стабилизираните в индивидуалното развитие “модели на боледуване”. Всеки индивид има различен стил на поведение при болест, който в голяма степен се определя от културовите вярвания за болестите и тяхното преодоляване, от нагласите към здравните заведения и тяхната ефективност, от личния

опит на индивида с проблеми, свързани със здравето. Социокултуралните фактори в най-голяма степен са свързани с моделите на здравните убеждения в една общност – дали определени оплаквания се приемат като болест и дали нейното лечение се свързва с медицинските служби. Много автори показват в свои изследвания, че етническите малцинства и културите с нисък социално-икономически статус имат здравни убеждения, които пренебрегват в по-голяма степен оплакванията на индивида. Само в екстремни за здравето ситуации те търсят помощ в медицинска служба. Културовите вярвания повлияват и самите практикуващи в голяма степен, напр. дали определен стомашен дискомфорт лекарите ще са склонни да диагностицират като физическо разстройство или като емоционално.

От индивидуално определените фактори за стила на поведението при боледуване е важно да се подчертаят следните:

Способности от разпознаване и интерпретиране на симптомите като болестни.

Хората имат различна субстанционална нагласа и сензитивност към собствените усещания, включително и болестен дискомфорт на своето тяло. Има хора, които имат нисък праг на чувствителност към болката, а други – висок. От друга страна, във възприемането едни хора се фокусират към околната среда и промените в нея, други се фокусират върху себе си и по-специално върху своето тяло или емоции. Трети се фокусират към поведението или мисловната си продукция. Pennebaker (1983) определя в своите изследвания, че хора, които се фокусират повече върху себе си, отколкото върху околната среда, по-бързо разпознават симптомите. От друга страна, пише той, хората, които хладно преживяват своята работа, но живеят изолирано в своя дом, по-често дават оплаквания като физически симптоми, спрямо тези които се вълнуват от работата си, живеят активно в социалната

среда и работят въвн от дома си с други хора. Ситуативните фактори имат изключително голямо значение как индивидът ще разпознае симптомите. Индивидуалният опит с боледуване в детската възраст оставя траен и силен отпечатък върху разпознаването на болестните симптоми и в по-късна възраст. От една страна, индивидите с продължителна история на боледуване може да станат по-толерантни към поредица симптомни промени. Но ранният им опит дава възможност за по-бързото разпознаване, включително и отчитане на възможната увреда. Тук голяма стойност има убеждението дали засегнатият орган е важен за тялото и живота, или е от второстепенно значение. Заседналият начин на живот прави хората по-внимателни и разпознаващи симптоматичните промени, докато тези с активно физическо натоварване по-слабо ги разпознават. От друга страна, когато хората са продължително време под системен стрес, те започват да вярват, че са по-уязвими към заболявания и вниманието им е отправено повече към здравето.

Познаването на личността на болния и културовия дискурс на социалната среда, в която живее, са от съществено значение за профилактиката и терапията на психосоматичните болести. Изграждането на терапевтичната съгласуваност лекар –пациент умело трябва да се основава върху динамиката на взаимоотношенията и личностовите им особености. Една от специфичните личностови промени е алекситимията.

Алекситимия буквално означава „без дума за чувство” или в приблизителен превод „без дума за име на чувство”. Терминът е въведен от Сифнеос през 1973 г. С него той описва наблюдавани особености в пациенти с психосоматични разстройства. Концепцията за алекситимия е предшествана от по-ранни наблюдения, които установяват, че много страдащи от класически психосоматични болести проявяват трудност във вербализиране и символично изразяване на емоциите си.

Това е концепция, опитваща се да обясни причините и произхода на психосоматичните заболявания с невъзможност да се осъзнават собствените преживявания, емоции и усещания; неспособност на експресивно предаване – неспособност човек да бъде в контакт със собствения си вътрешен свят. Човек като че ли е отделен от всичко емоционално в самия себе си, всички нюанси на собствените душевни трепети остават за него скрити.

Алекситимията се характеризира с някои когнитивно-афективни особености :

- трудност в идентификацията и описването на собствените чувства;
- трудност в различаването на чувства и телесни усещания;
- минимални способности за символизация, за което свидетелства бедност на фантазията и въображението;
- фокусиране повече върху външни събития, отколкото на вътрешни преживявания.

Издигната е хипотеза, съгласно която ограниченията в осъзнаването на емоциите и затруднената когнитивна преработка на афектите водят към фокусиране върху соматичния компонент на емоционалната възбуда и, усилвайки физиологичните реакции, провокират възникване на психосоматични заболявания.

Съществуват два модела за обясняване на синдрома на алекситимия: „отрицание” и „дефицит”.

Първият модел предполага глобално затормозяване на афектите. И ако отрицанието се разглежда като психологическа защита, то теоретически може да се очаква обратимост на защитния процес. В този случай може да се говори за „вторична алекситимия”, възникнала след тежка психическа травма. Но клиничният опит показва, че у много психосоматично болни

алекситимичните прояви са необратими, което прави по-приемлив модела на „дефицит”, на отсъствие на функции. Предполага се, че алекситимията в по-голяма степен е присъща на болните с психосоматични заболявания, отколкото на болните с неврози. Алекситимията се разглежда като съвкупност от признаци, които характеризират психичния строеж на личността и предразполагат към психосоматични разстройства.

Приема се като рисков фактор за развитието на много заболявания. Имайки предвид, че алекситимия може да се срещне и в здрави хора, както и в болни с различни заболявания, трябва да се подчертае, че това не е „мотивирано забравяне”, което може да се обясни с изтласкване или отрицание и което може да се открие и разпознае в проекция. Тя трябва да се диференцира от психическата нечувствителност, която може да се появи като активно мотивиран процес след тежка психическа травма. Трябва да се различава от проблемната познавателна дейност и експресиите, които характеризират други психиатрични синдроми, да се отличава от типа операционално мислене, характерно за по-примитивните, емоционално неграмотни и когнитивно неразвити. Както уточнява Карвасарски, „това, което се квалифицира като алекситимия, в някои случаи може да бъде културна или субкултурна характеристика”.

Съществува и *концепция за агресивността*, съгласно която гневът и агресивността могат да играят съществена роля в етиологията на различни тежки соматични заболявания (Граве, Томас, 1981; Смит, 1998).

В случаите на деструктивно поведение, според Менингер, се проявява принципът на бумеранга – първоначалният стремеж да се причини болка и страдание на другите се обръща към агресора и дори успешно осъществени деструктивни намерения, в крайна сметка, се трансформират в тенденция към самоунищожение, провокирайки наказание. Менингер пише,

че в клиничните случаи „агресивността се превръща в двустър меч, който реже както самия агресор, така и неговата жертва”.

Според мнението на Менингер автоагресията може да бъде хроническа – под формата на алкохолна, наркотична и лекарствена зависимости, аскетизма в неговите болезнени форми. По негово мнение автоагресията стои имплицитно и зад такива отклонения като импотентност и фригидност, стремежа към полихирургични интервенции, дори при преднамерените „нешастни” инциденти.

Ролята на афекта и защитните механизми многократно е доказвана в психотерапевтичния опит. Влиянието на острия и хроничен стрес върху дейността на вътрешните органи, имунната система и обменните процеси е било обект на многочислени изследвания, но травмиращите преживявания са само един компонент в патогенезата. Според *типологичните теории* във формирането на психосоматичните разстройства особена роля играят личностните характеристики – темперамент, характер, които могат да бъдат предпоставки за едни или други соматични заболявания.

Днес тази позиция се защитава от поведенческият модел – тип А на М. Фридман и Р. Розенман.

Характерно за принадлежащите към тип А е хроничното преследване на цели и амбиции с изтощаващо напрежение, силен стремеж и готовност за съревнование във всяка ситуация, постоянно желание за успех и признание, постоянна ангажираност със задачи с „лимит на време”, постоянна готовност за „отскок”, за да се завърши работата, изключителна умствена и физическа готовност за действие.

Модел В е почти противоположен на модел А и се характеризира с относително отсъствие на напрежение, амбиции, чувство за недостатъчност на време, желание за съревнование и финансови затруднения. Човек с такъв

поведенчески модел като че ли е удовлетворен от съществуващото положение.

Според Лакосина поведението тип С се характеризира с подчиненост, скованост (психична ригидност), готовност за примиряване без съпротива с всеки завой на съдбата. Той е в постоянно очакване на поредните удари и неприятности.

Макар днес типологичните теории на Кречмер и Шелдън да не са особено актуални, може би съществува тенденция за диференциране на отделни личностни групи, предразположени към конкретно психосоматично заболяване. Още Ф. Данбър забелязва, че страдащите от едни и същи заболявания имат сходни личностни особености. На базата на този подход са определени някои личностни профили. Така носителят на профил А е определен като „коронарна личност”, а преобладаването на компулсивни свойства предполага склонност към язвена болест и определя „язвената личност”, за която са характерни педантизъм, детайлизиране, но и дребнавост, стремеж към ред, емоционална сдържаност, стеснителност и едновременно амбициозност.

Алтернативна позиция твърди, че предразположението има по-универсален и цялостен характер, че могат да бъдат диференцирани цялостни патохарактерологични комплекси, които обуславят склонността към психосоматичните разстройства. Сред тях са хроничната тревожност, склонността към фрустрация, хистерическите и нарцистични характеристики.

Структурата на патохарактерологичните и поведенчески прояви, в качеството им на предразполагащ фактор за едни или други соматични заболявания, остава предмет на дискусии.

Спецификата при психологическата терапия се състои в това, че се въздейства на нервно-психическите компоненти на заболяването в зависимост от принадлежността на психотерапевтичния подход към определена концепция.

Соматизацията често се приема като строго индивидуален и своеобразен опит да се съобщи, с помощта на физически симптоми, за психични конфликти. Затова основополагащ принцип трябва да бъде индивидуализацията – човек е уникален като индивид (организъм) и като индивидуалност (личност) и още повече като единство на индивидност и индивидуалност.

Индивидуализацията се проявява и при подхода към различните групи и форми на психосоматичните заболявания.

Въпреки липсата на единно становище относно развитието на заболяванията, които днес наричаме психосоматични, те остават загадка и предизвикателство за всеки специалист, занимаващ се с тази проблематика. Днес интерес биха предизвикали фактори, типични за 21. век, които могат да влияят върху тези заболявания. Безспорен е фактът, че хората с такива заболявания се увеличават и специалистите трябва да отговорят на тази тенденция.

Литература

1. **Фройд, А.** Егото и защитните механизми. С., ЛИК, 2000.
2. **Александер, Ф., Ш. Селесник.** Психосоматическият подход в медицина. Сб. Психосоматика: взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия, сост. К. Сельченко, Мн., Харвест, 1990.
3. **Браун, Д.** Психосоматическият подход. Сб. Психосоматика: взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия, сост. К. Сельченко, Мн., Харвест, 1990.
4. **Гродек, Г.** Болестта като символ. С., 2000.

5. **Гринберг, Дж.** Управление стрессом. СПб., Питер, 2004.
6. **Иванов, В.** Психо-соматичната зависимост. С., Медицина и физкултура, 1981.
7. **Иванов, В.** Философия и медицина. С., Акад. Изд."Проф.Марин Дринов", 2001.
8. **Исаев, Д. Н.** Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб., Речь, 2005.
9. **Каннабих, Ю. В.** История психиатрии. М., АСТ, 2002.
10. **Карвасарский, Б. Д.** Психотерапевтическая энциклопедия. СПб., Питер, 2000.
Карсон, Р., Дж. Батчер, С. Минска. Анормальная психология. СПб., 2004.
Киришбаум З. И., А. П. Еремеева. Психологическая защита. М., Смьгсл, 2005.
11. **Клиническая психология: Учебник/Под ред. Б. Д. Карвасарского.** СПб, Питер, 2004.
12. **Лакосина, Н. Д.** Клиническая психология: Учебн. для студ. мед. вузов. М. МЕДпресс-информ, 2003.
13. **Малкина-Пих, И.** Психосоматика. Справочник практического психолога, М., Эксмо, 2004.
14. **Меннингер, К.** Война с самим собой. М., Эксмо, 2000.
15. **МКБ-10 – Психични и поведенчески разстройства.** НЦОЗ / БПА, 2003.
16. **Овсянников, С. А.** История и эпистемология пограничной психиатрии.
17. **Психиатричен енциклопедичен справочник.** Под редакцията на проф. д-р Й. Стоименов. С., Акад. изд. „Марин Дринов”, 2004.
18. **Риф, В.** Соматоформные и диссоциативные (конверсионные) расстройства. Клиническая психология. Под редакцией М. Перре и У. Бауманна. СПб., Питер, 2003.
19. **Ротенберг В., С. Бондаренко.** Потребность в поиске и ее смысл. Мозг.
20. Обучение. Здоровье. М., 1989.
21. **Ротенберг, В.** Образ „Я” и поведение.
22. **Салливан, Г. С.** Интерперсональная теория в психиатрии. СПб., Питер, 1999.
23. **Смулевич, А. Б.** Психосоматические расстройства. М., МИА, 2000.
24. **Смулевич, А.Б.** Ипохондрия и соматоформные расстройства. М., Медицина, 1992.

25. **Ташев, Т.** Метаморфози на страха. С., 1989.
26. **Узунов, Н.** Стрес и психотравма. Механизми, болести, психотерапия (нов поглед). С., Знание, 2000.
27. **Хок, Роджер Р.** Секретны высшающихся експериментов. 40 исследований, которые потрясли психологию. СПб., прайм-ЕВРОЗНАК, 2003.
28. **Холмс, Д.** Анормальная психология. СПб., Питер, 2003.
29. **Якубик, А.** Истерия, М., 1982.
30. www.psihologia.ru