

ПСИХОЛОГИЧНА ОЦЕНКА НА ВИДОВЕТЕ РИСК ПРИ ПСИХОСОМАТИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА

доц. д-р Красимир Иванов дпс
доц. д-р Павлина Петкова дм

Катедра „Психология“
Варненски свободен университет „Черноризец Храбър“

***Резюме:** Статията разглежда съвременните аспекти на понятието психосоматичен риск , разбирането за психосоматичната дисфункция и специфичните предиктори на риска , моделите на диагностика и терапевтичен алгоритъм за психолога консултант.*

***Ключови думи:** психосоматика, риск, интегративен консултативен подход*

PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF RISK TYPES IN PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Assoc. Prof. Dr. Krasimir Ivanov PhD
Assoc. Prof. Dr. Pavlina Petkova MD

Department of Psychology
Varna Free University Chernorizets Hrabar

***Summary:** The article examines the modern aspects of the concept psychosomatic risk, the understanding of psychosomatic dysfunction and specific predictors of risk, diagnostic models and therapeutic algorithm for the counseling psychologist*

***Key words:** psychosomatics, risk, integrative counseling approach*

Използването на термина *“психосоматика”* датира от ранните години на 19 Век. Той се среща в работите на германския психиатър Johann Christian Heinroth и британския психиатър John Charles Bucknill. Терминът *“психосоматична медицина”* се въвежда от Felix Deutsch през 1922 г. Helene Flander Dunbar представя този термин и дизайна на тази вече легитимна област на научните изследвания.

Психосоматичната медицина е област на научни изследвания, в която си взаимодействат факторите на психологичните знания и физиологичните феномени в общата практика и патогенезата на болестите. В съвременният етап на диагностика е важен въпросът за оценка на риска от психосоматични разстройства.

Ранните психосоматични теории са повлияни от концепцията Душа-Тяло, разбиране от древността, потвърждаващо вярването, че тялото се влияе от външните сили.

В праисторическите времена болестите често са били разбирани като различни дяволски сили или въздействия, а по-късно в страните от Юдейско-Християнската религия се е считало, че болестите са наказание за грях пред Бога. Преобръщане към интелектуално осветлените подходи в психосоматичната медицина са дали древните гърци. Взаимодействието Душа-Тяло е било подчертавано от Хипократ, Аристотел, Платон и Сократ. В свое изследване по-късно Theodore Brown е подчертавал, че доктрината на *“страстта”* е основен компонент на класическите и неокласическите теории, които осветляват взаимоотношенията между емоционалните състояния (гняв, страх,

радост, любов) и физическите състояния. В този период, Хипократ представя древната психосоматична концепция, основаваща се на хуморалната теория. Гален валидизира обстоятелството, че емоциите са важни за патогенезиса на болестите. Неокласическите идеи са представени в 17 и 18 век. и повлияни от медицинските теории на Friedrich Hoffman, Jerome Gaub, William Heberden, Thomas Wright, Thomas Fienus, Rober Burton.

С появата на аналитични теории психосоматичните концепции в модерната медицина и психиатрия, могат да бъдат отнесени към повечето виждания на Freud (1910), който полага ролята на психологичните фактори като причина и детерминираност на проявените като конверзионни реакции болести, напр. парализа, психогенна слепота. Freud описва четири стадия на индивидуално развитие: “ранно - детската сексуалност“; “фиксирането“ (проблемното преминаване) през тях оставя отпечатък върху “неефективното социално функциониране” и оттук - “предразположение към психосоматично разстройство”. Jung счита, че индивидите се различават един от друг по начина, по който те “хабитуално“ преживяват (възприемат) света, като описва четири основни начина - сетивен, интуитивен, чувствен и мисловен. Важен аспект на Юнговата личностова теория е разделението на несъзнаваното на индивидуално и колективно. Колективното несъзнавано съдържа историческата памет на една човешка раса в архетипове. Архетипът е една психосоматична идея, която като фундамент на душевността, през безсъзнателното се опитва пряко да

влиятелно върху душевния живот и да “определя” риска за психосоматични заболявания.

Неофройдистите преработват и екстраполират неговите основни идеи. Sander Ferenczi (1910), който полага концепцията за феномените на конверзия, за да обясни болестта уцерозен колит. Психоаналитичните идеи имат своята кулминация в работите на Franz Alexander (1934). Той диференцира хистеричната конверзионна реакция от така наречените органични неврози, чиито причини са несъзнавани конфликти между агресивните желания или зависимостта и противопоставянето на Егото и Суперегогото за контрол над хроничния емоционален дистрес. Александър прилага теорията си към седем болести: есенциална хипертония, ревматоиден артрит, тиреотоксикозата, язва на дванадесетопръстника, улцеративен колит, бронхиалната астма и невродермита. Но Александер винаги е постулирал и мултифакторният подход към болестната уязвимост, като взаимодействие между фактори на средата, генетични и психосоциалните фактори. Той счита, че специфичния конфликт води до болест само при личности, които имат това предразположение. Alexander (1934) и Dunbar (1936) развиват психоаналитичната идея в самостоятелно психосоматично направление. Те правят много изследвания на болни, анализират личностите им особености и търсят връзката с преживените от тях конфликти.

Двамата описват личностите профили на няколко основни психосоматични разстройства: язва, хипертиреозидизъм, ревматоиден артрит, есенциална хипертония, невродермит, колит и бронхиална астма. За разлика от Freud те считат, че специфичните заболявания са свързани

със специфичен конфликт. Така напр. Alexander определя личностовият профил на болните с язвен колит като ексцесивна нужда от зависимост и любов. Репресираниите емоции засилват секрецията на киселини в стомаха, което може да премине в язвен колит. Alexander и Dunbar подчертават ролята на агресивността като рисков фактор за психосоматичните заболявания. Като психичен феномен агресивността може да се проявява в емоция, мисъл и като действие, но винаги в нея присъства интенцията за увреждане на друг индивид или обкръжението. Според Alexander засилената, но неудовлетворена потребност от агресия довежда до симпатиковата възбуда, повишение на артериалното налягане, докато потиснати, пасивно регресивни желания за обгрижване и защита довеждат до парасимпатиковата възбуда с последствие язвен колит, бронхиална астма, язвена болест. В сравнителни проучвания на болни с хипертония, язвена болест и здрави лица от българската популация се установява, че най-изразени качества на личностовата структура на психосоматично болните са агресивността като личностова готовност и едновременно с това формираната склонност към подчиненост (Цонев, Петкова, 1996).

Helene Deutsch (1939), Phillis Greenacre (1949), Angel Garma (1950) – те вярват, че родовата травма, травмите през раннодетското и детско развитие предразполагат към психосоматични болести в зряла възраст.

Peter Sifneos и John Nemiah (1970) изработват концепцията за “алекситимията”, където се блокира капацитета и способността за експресирание на релативните на конфликта емоции, което се проявява във формиране на психосоматични симптоми. По-късно Friedman и

Rosenman (1982) определят основен “личностов тип А”, който има предразположение към сърдечно-съдовите психосоматични заболявания и “личностов тип В”, който няма специфично предразположение. Тези личностови типове са определени от диапазона и интензитета на емоционалните преживявания, начините на афективно отреагиране, базови нагласи и умения за комуникация и поведенчески модели.

Психофизиологичната школа в лицето на Walter Cannon (1927) – неговата концепция се базира на Павловския експеримент. Той показва физиологичната взаимовръзка между някои емоции и тяхната значима роля в нервната система. Той представя изследователска парадигма за психоимунологията, психокардиологията и психо-невро-ендокринологията. Hans Selye (1945) прави епохално за психосоматичната концепция откритие и демонстрира как под влияние на стрес са разгръща генерализиран адаптационен синдром, където адрено кортикалните хормони са отговорни за физиологичната реакция.

John Mason (1968) подчертава ролята на индивидуалния емоционален отговор, като доминантен фактор в детерминиране на магнитуда на стрес-съответната физиологична реакция и ролята на интервенираните психологични фактори за регулиране реакцията на стрес. В продължение на неговата теория, Richard Lazarus (1984) подчертава личностовата когнитивна оценка на стресовия стимул, като основен фактор, детерминиращ стресовата реакция.

Mayer Friedman (1959) доразвива теорията за личностовия тип “А”, като личностов фактор за кардиоваскуларните разстройства и през 1959 г. тезата на американските кардиолози, че някои хора реагират

особено интензивно на стреса и поради това са предразположени към сърдечни заболявания става водеща в психосоматичната парадигма. Учените определят пациентите основно в двата типа тип А – живеят в постоянен цайтнот, вечно напрегнати и нетърпеливи, амбициозни и агресивни. Наблюдението на Фридман и Розенман установява, че по-голямата част от пациентите под 60-годишна възраст, които постъпват в болници с остра сърдечна недостатъчност, били хора от типа А. Спокойните и неагресивни личности, определени като тип Б, далеч по-рядко имат нужда от хоспитализиране поради сърдечни инциденти.

Robert Ader (1964) – чрез изследователски експерименти той очертава полето на психо-невро-имунологията, с което се дава началото на интегративната диагностика на психосоматичните феномени.

Съвременното развитие на психосоматичната медицина е свързано с невропсихологията и психоневроимунологията. Взаимовръзката на соматичното /телесното/ и социалното, подчертават изследователите, е двупосочна и нейн неотменен трансмитер е психиката.

Социално → Психично → Соматично
Соматично → Психично → Социално

Социалните конфликти по пътя на преживяванията /стрес, тревога, фрустрация/, посредством вегетативната нервна система /и свързаните с нея функционални и биохимични промени/ довеждат до възникване на функционални и органични разстройства. Независимо от

теоретичната интерпретация на породените отделни соматични симптоми по време на криза и дезадаптиция или вече формирани като психосоматична болест, в диагностиката е важна оценката за риска.

Това отваря ново изследователско поле в което медицинската диагностика е необходимо да бъде допълнена от психологична .

Става ясно че познаването на личностовите особености на пациента са от значение за възникването, протичането и изхода от заболяването.

Започва да се изследва предиспозицията и риска на отделният индивид за възникване психосоматично заболяване .

Този риск предлагаме да бъде определен в две основни групи на проявление на соматичното разстройство и четири групи на степенна изява на риска.

Видове Риск от психосоматични разстройства:

1. Риск от дезадаптивно поведение с отделни соматични симптоми
2. Риск от психосоматично заболяване

Степени на риск от психосоматични разстройства:

1. Остър, непосредствен
2. Висок
3. Среден
4. Слаб, отложен във времето

От огромна важност е определянето на личностовия профил на пациента включващ следните сфери на диагностична оценка.

Интелектуална компетентност

- Натрупани знания и опит, умения да се използват

- Екзекутивни процеси ниво на мисловни и логични анализи; психопатологични симптоми; наблюдателност, съобразителност, комбинативност при използване на наличния житейски опит и знания за решаване на актуалния житейски проблем; рефлексивност за използване на личния позитивен и негативен опит;

Емоционална компетентност

- Широчина и интензитет на афекта
- Умения за самоконтрол; вина след провал и готовност за промяна
- Разстройства на привързаността
- Емоционален резонанс към преживяванията на другите и събитията
- Защитни механизми от групата на незрели и невротични

Социална компетентност

- Умения за комуникация с равни, авторитети, подчинени
- Копинг стратегии:

ефективни (анализ на проблемите спрямо своите ценности и възможности; изграждане на алтернативни решения; умения да действа и управлява изпълнението; да прогнозира негативните последици и коригира стратегиите; провала го мобилизира и насочва към промяна на стратегията за действие)

неефективни (фиксация върху проблема или негативните преживявания; справяне през защитно поведение; деструктивно емоционално, вербално, поведенческо действие); неумения за отчитане

на негативните последици при изграждане на копинг стратегии за решаване на проблемите;

- Опит и стабилизирани стил за справяне с травматични ситуации, провали, и загуби

Мета ниво на личностова компетентност.

Тези анализи дават възможност за оценка на мета равнището на риска, доколко личността има прозрение за собственото равнище на риск

- Инсайт (прозрение за своите възможности и поставяни цели; тества реалността и спрямо нея оценява целите си; постига прозрение за ползите от провала, загубата и травмите; учи се от провала и травмите)
- Фиксация (застоев, стереотипно повтаря преживявания, оценки и действия към психотравмите; блокиран процес на учене от провал и травми; функциониране в регрес);
- Насоченост на личността: развитие (активни поведенчески действия свързани с целите; позитивни оценки и очаквания към Света, Другите и Аза; позитивна прогноза за бъдещето и собствената реализация) или деструкция (блокирани или деструктивни действия,)

Оценката на риска винаги се извършва на две нива:

Потенциал-Дисфункция

Оценката винаги се извършва само за целите на психологичното консултиране за определяне на стратегията и конкретни техники в консултиране при всеки пациент или клиент.

Стратегическото консултиране има своя парадигма, активира и се опира на потенциала на личността. През потенциала се преработва дисфункцията, преформулират се дисфункционалните вярвания и се изграждат ефективни умения за комуникация и копинг стратегии за решаване на житейски проблеми.

Важен и съществен момент е изследване на ранния опит на пациента или клиента и свързаните с него първично формирани поведенчески модели.

От тази гледна точка консултантът трябва да има и умения за първична диагностика в психосоматичните феномени на детската възраст, които много често са маскирани през на пръв поглед „тривиални“ реакции или поведенчески модели. Доброто познаване на тези феномени е предпоставка за точна оценка на риска от психосоматична дисфункция още в зародиш и правилното прилагане на съвременен диагностично терапевтичен алгоритъм какъвто според Кръстева-Иванова М.(2020) се явява интегративният подход в консултативната диагностика, много често е ключът към разкриване на психосоматичната дисфункция при възрастни. Интегративната консултативна практика за оценка включва психологичните методики, които ще използва в своята работа психологът и те пряко зависят от неговите умения и набор от диагностични тестове.

Препоръчителни са специализирани методики за когнитивни процеси и интелект, а за оценка на личностовия потенциал и дефицити психологични въпросници и проективни тестове. Задължителни са диагностичното интервю и наблюдение по време на изследването, добрата световна практика показва, че правилното прилагане на основният диагностичен инструмент -първичното интервю за създаването на стабилна връзка между клиент и консултант определя прогностата на заболяването (Кръстева-Иванова М. 2020).

В зависимост от възрастовия диапазон на консултанта са нужни различни алгоритми съобразени с периода на развитие , в който попада клиента. Данните от всички методики се извършват спрямо стандартните оценки за всяка скала или се отнасят към класическата скала за процентна изразеност при всяка скала, предложени по-долу. При проективните тестове се извършва техническо превръщане на качествените параметри в количествени, но информацията събрана от комплексното психологично изследване дава възможност да се отмери изразеността на психосоматичен риск в следните степени.

- до 40% ниска изразеност;
- от 40 – 60% умерена изразеност;
- от 60 – 80% висока изразеност;
- над 80 екстремна степен на изразеност, патология

В заключение прилагането в практиката на оценка на вида и степента на риска от психосоматично разстройство, има предимно стойност в приложната област на психологичната консултиране и психотерапия. Ранната ориентация за възможният риск, насочва по-определено консултирането към предотвратяване, минимализиране на този риск във всички възрастови групи. Това дава повече оптимизъм както за пациента/клиент, така и за професионалиста психолог консултант, или психотерапевт.

Навременната диагностика на психосоматичните симптоми дори в ранна детска и юношеска възраст, са предпоставка за ранна консултативна интервенция и превенция на сериозна психосоматична патология което се явява важна крачка в запазване на здравето и психичното благополучие на съвременния човек.

Литература:

1. Alexander, Fr. Psychological Aspects of Medicine, Psychosomatic Medicine, Vol. 1, XXIV, No. 1, 1939.
2. Alexander, Fr. Psychosomatic Medicine: Somatization reactions, Psychosomatic
3. Alexander, Fr. The Development of Psychosomatic Medicine, Psychosomatic Medicine, Vol. XXIV, No. 1, 1962.
4. Medicine, Vol. 9, Mar. 1947.
5. Иванов, Вл. Духът-повелител, Изд. „Медицина и физкултура“, С., 1990.
6. Иванов, Вл. Философия и медицина, Изд. „Проф. Марин Дринов“, С., 2001.
7. Кръстева – Иванова М., Нашите „чужди“ деца мултимодален/интегративен/ модел за психологично консултиране на юноши с дезадаптивно поведение, ВСУ „Черноризец Храбър“, 2020, ISBN 978-954-715-704-0
8. Кръстева – Иванова М., Първичното интервю в индивидуалната практика, ВСУ „Черноризец Храбър“, 2020, ISBN 978-954-715-707-1
9. Медицинска психология, под ред. Хр. Христозов, С., Изд. „Медицина и физкултура“, 1989.
10. Практическа психосоматична медицина, под ред. Вл. Иванов, Изд. „Знание“, С., 1999.
11. Психиатрия, психология и психотерапия, под ред. Николкова Св., Маринов П., Университетско издателство медицина, С., 2002.
12. Франкъл, В. Теория и терапия на неврозите, Изд. „Лик“, С. 2001.

13. Фройд, З. Психоанализа и медицина, Изд. „Евразия-Абагар“, П.,1993.
14. Цонев, Ц., Петкова, П., Цонев Р. Психосоматичен подход при онкологично болните, Психосоматична медицина, Vol. XIII, 1, 2005.
15. Шишков, Ат. Психосоматична медицина, 2000.