

## ЛИЧНОСТНЫЕ ФЕНОМЕНЫ В ПСИХОСОМАТИКЕ

**Концепция профиля личности.** Для проблемы специфичности психосоматических расстройств обычна постановка следующих вопросов: предрасположены ли лица, обладающие определенной личностной структурой, к определенному психосоматическому заболеванию; приводят ли определенные конфликтная и общая жизненная ситуации к определенному психосоматическому заболеванию; существует ли взаимосвязь между поведенческими особенностями человека и риском заболевания определенным психосоматическим заболеванием. Наибольшее число работ, выполненных как клиническим, так и экспериментально-психологическими методами, посвящено поискам "профиля личности", специфичного для того или иного психосоматического расстройства. Точка зрения, утверждающая наличие подобных профилей личности, имеющих диагностическую, прогностическую и терапевтическую значимость, обычно связывается с исследованиями Данбар, представленными в получивших широкую известность монографиях "Эмоции и соматические изменения", "Психосоматический диагноз". В англо-американской литературе разных лет описывались характерные личностные профили для больных грудной жабой (I20), гипертонической болезнью (I10), бронхиальной астмой (F54), язвенной болезнью желудка (K25), спастическим колитом (F45.3), ревматоидным артритом (M05), мигренью (G43) и др.

Общим итогом этих исследований явилось, скорее, отрицание личностных структур, характерных для отдельных заболеваний. Многие авторы склонны отказаться от поиска профилей личности, заменить этот аспект исследований описанием особенностей личности психосоматического больного вообще, рассматривая в качестве базисной характеристики наличие инфантильной личностной структуры, невротической жизненной позиции, поскольку соматическое выражение эмоциональных переживаний является инфантильной формой их выражения.

Что же касается специфических конфликтных и жизненных ситуаций, то поиски их также не увенчались успехом. В конечном счете, подчеркивает Стоквис, совсем не важно, что переживает человек, гораздо важнее, как он перерабатывает пережитое, поэтому не сами конфликты, а лишь тип и характер их переработки могут обнаружить сходство и только в этом отношении и можно было бы говорить об их специфике. К этому вопросу, одному из наиболее актуальных для дальнейшего развития проблемы психогенетического анализа, и основывающейся на нем психотерапии неоднократно обращались авторы, придерживающиеся самых различных взглядов на природу психогенных расстройств у человека. Комплексу патологических симптомов, обычно используемому в диагностически-терапевтическом плане, противопоставляются более значимые

эмоционально-мотивационные нарушения перцептивного познания мира и установок по отношению к людям и событиям. В этом случае, отмечает Фортуна, именно специфический характер переработки конфликтных переживаний явился бы основанием для классификации и терапии (например, "невроз с механизмом подавления эмоций и рационализацией", "невроз с конфликтом соперничества, компенсированным механизмом стремления к самоутверждению" и т. д.). Одной из попыток решения этих сложнейших вопросов с позиций психологии отношений явились работы Мясищева, в которых он рассматривал основные клинические формы неврозов (F40-F48) как зафиксированные особенности отдельных механизмов болезненного восприятия и переработки жизненных трудностей, переживаемых человеком.