**Лекция №3: Психосоматика**

*План лекции:*

• этиопатогенез психосоматических расстройств

• классификация психосоматических нарушений

Еще Гиппократ говорил о том, что лечить нужно больного, а не болезнь. То есть, необходим целостный подход к обследованию и лечению больного. По словам Эрика Берна: «учение тесной взаимосвязи физического состояния с психическим самочувствием (тела и души) проходит красной нитью через всю историю медицины».

Одной из главных проблем клинической психологии считается проблема реакции личности на психологический стресс. С этой точки зрения можно выделить три основные группы заболеваний: психогенные, психосоматические и соматические заболевания:

1) *Психогенные заболевания* (неврозы и реактивные психозы) – причины и механизмы развития болезни носят преимущественно психологический характер (психическая травма и ее взаимодействие с личностью человека), а со стороны внутренних органов наблюдаются только функциональные изменения;

2) *Психосоматические заболевания* (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь, бронхиальная астма и ряд других заболеваний) – на начальных этапах болезни этиопатогенез в основном сходен с таковым в предыдущей группе болезней (велика роль психологических факторов), однако на более поздних этапах функциональные сдвиги со стороны внутренних органов переходят в органические, т.е. болезнь становится соматической с поражением органов;

3) *Соматические заболевания* (травмы, инфекции, интоксикации, нарушения обмена веществ и т.д.) – роль психологических факторов в патогенезе этой группы заболеваний отсутствует или минимальна.

Психосоматика – направление медицинской психологии, которое занимается изучением влияния психических факторов на возникновение и течение соматических заболеваний, учение о телесной взаимосвязи психических и соматических процессов в организме. Психосоматический подход основан на идее целостного понимания человеческого существа, в противовес традиционной медицине, которая полагала, что для каждого заболевания существует своя сугубо органическая причина (Сократ: «Неправильно лечить глаза без головы, голову без тела, так же как тело без души». М.Я.Мудров: «Зная взаимное друг на друга действие души и тела, долгом почитаю заметить, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело и почерпываются из науки мудрости, чаще из психологии»).

Понятие «психосоматический» было введено в 1818 г. Иоганном Августом Хейнрот (R.Heinroth), который применил этот термин в отношении бессонницы (как психогенно обусловленного расстройства). В 1822 г. Якоби (K.Jakobi) использовал понятие «соматопсихический» (как противоположное «психосоматическому» и дополняющее его). Однако современное психосоматическое направление укрепилось на столетие позже и оформилось как особая школа в США, в конце 20-х годов XX века.

Хотя термин «психосоматический» укоренился в медицине, нет однозначного представления о том, что именно следует относить к этому понятию. Таким образом, требуется более четкое определение терминов:

*Психосоматические расстройства* – это соматические заболевания функциональной или органической природы, в происхождении, проявлениях и течении которых существенную роль играют наряду с прочими психологические и психосоциальные факторы.

*Соматопсихические расстройства* – это психические синдромы различной выраженности (от невротических до психотических), обусловленные имеющимся у пациента соматическим заболеванием, тесно связанные с тяжестью и опасностью этого заболевания.

*Соматоформные расстройства* – это психические заболевания, сопровождающиеся функциональными изменениями в работе внутренних органов или имитирующие своими проявлениями какое-либо соматическое заболевание.

Врач любого профиля нередко сталкивается со всеми перечисленными расстройствами. В случае соматопсихических и соматоформных расстройств он должен направить пациента к психиатру, но пациента с психосоматическим заболеванием врач лечит самостоятельно (используя свои собственные знания и советы психологов и консультации психиатров),

Психосоматическое направление в медицине имеет очень длительную историю развития (классическая формула медицины – «в здоровом теле – здоровый дух»). Корни этого подхода уходят в глубокую древность. В первобытном обществе считалось, что болезнь вызывается духовными силами, и бороться с ней надо духовными средствами (злой дух, вызывающий болезнь, входит в человека, и необходимо его изгнать посредством заклинаний). Еще в древней Греции возникли две школы, два подхода к трактовке концепции болезни – гиппократическая школа Косса и школа первых анатомов Книда. Первая трактовала болезнь как расстройство отношений между субъектом и действительностью (динамическая, психосоматическая ориентация - «человек болен»); вторая рассматривала болезнь как поражение какой-то определенной материальной структуры организма (механистическая, органная ориентация - «у человека есть болезнь»).

Это противопоставление (патология органа, или патология отношения) проходит через всю историю медицины. Долгое время (особенно в XIX веке в связи с успехами в области анатомии, микробиологии, нейрофизиологии, утверждением принципа целлюлярной патологии Вирхова) преобладало второе направление. Процесс развития и дифференциации медицинской науки привел к появлению узких специалистов. Развитие химической промышленности позволило синтезировать много высокоэффективных лекарственных препаратов. В то же время пациент, как целостный организм, стал отодвигаться на второй план. Отсутствие целостной интегративной медицины, недостаточное внимание к психологическим аспектам заболеваний привело к возникновению многочисленных «целителей» (экстрасенсов, магов и колдунов).

Психосоматическая медицина и возникла (точнее, возродилась) как реакция на узкий локалистический подход к болезни, как протест против «технизации» медицины. В то же время постепенно стало ясно, что разделение болезней на «органические» и «функциональные» условно и весьма спорно, а также болезни чаще всего возникают на почве множественных этиологических факторов.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра нет отдельного раздела «психосоматические заболевания», так как авторы считали, что ко всем болезням необходимо осуществлять психосоматический подход. Общепризнанной в настоящее время является «биопсихосоциальная» модель (или парадигма) заболевания, предложенная Дж. Энджелем в 1967 г., которая утверждает необходимость целостного изучения организма и личности больного в единстве его биологических, психических и социальных составляющих. Соответственно, в МКБ-10 психосоматические заболевания «разбросаны» в разделах F4 («невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»), в том числе F45 («соматоформные расстройства»), F45.0 («соматизированные расстройства»), F45.3 («соматоформная вегетативная дисфункция») и F45.2 («ипохондрическое расстройство»).

Истинную распространенность психосоматических расстройств установить сложно из-за отсутствия точных диагностических критериев. По данным зарубежных авторов, частота психосоматических расстройств среди населения колеблется от 15 до 50%, а среди пациентов амбулаторной практики - 30-60%.

**Этиопатогенез психосоматических расстройств**

Единой концепции психосоматических нарушений не существует, в XX веке было предложено огромное количество моделей и гипотез, но ни одна не стала основополагающей, так как в каждой обнаруживался какой-то недостаток. По-видимому, этиопатогенез психосоматических расстройств действительно очень сложен и многообразен.

Кратко об основных теориях, которые можно условно разделить на ряд групп:

1) *Психологические теории*:

Еще Эрнст Кречмер проводил параллель между морфологическим типом строения тела, личностными качествами человека и заболеваниями.

В 1921 году он написал книгу «Строение тела и характер», где выделял:

• циклотимический тип – общительные, любознательные, реалистичные, веселые, энергичные - пикнического телосложения – предрасположены к маниакально-депрессивному психозу и

• шизотимический тип – сдержанные, необщительные, прямолинейные, чудаковатые, мало эмоциональные, холодные и властные - астенического телосложения – предрасположены к шизофрении. Потом был выделен

• эпилептический тип – раздражительные, злобные, вязкие, мелочные – атлетического телосложения – предрасположены к эпилепсии.

А) Выделение современной психосоматической медицины в отдельную отрасль связано с развитием психоаналитического направления. Зигмунд Фрейд (S.Freud) в 1895 г. создал «*конверсионную модель*» психосоматических расстройств на примере симптомов истерии (истерическая слепота, глухота, паралич). Под конверсией понимается символическое выражение психологического конфликта через различные соматические симптомы, то есть физический недуг рассматривается как способ избавления от тревоги и стресса («бегство в болезнь»). Конверсионная модель приписывает телесным нарушениям функцию символического выражения подавленных интрапсихических конфликтов, то есть эмоция, которая не может быть выражена, превращается в физический симптом (последователь психоаналитического направления Адлер разработал концепцию символического языка органов – он рассматривал рвоту как символ неприемлемости психической ситуации, диарею – символ невозможности переварить конфликтную ситуацию, мышечные боли – символ торможения агрессивных импульсов и т.п.). Такой способ реагирования свойственен инфантильным, незрелым, зависимым людям с невысоким уровнем образования, он позволяет больному манипулировать своим социальным окружением, в какой-то степени снижать остроту конфликтной ситуации.

Позднее Георг Гроддек (G.Groddek) в 1929 году распространил применение конверсионного механизма для понимания болезней внутренних органов. Например, истерическая афазия интерпретировалась как результат подавления гнева; язва желудка как аутоагрессия (неосознанное желание переварить интроецированный плохой объект); заболевания дыхательной системы как выражение стремления вернуться во внутриутробное состояние (когда собственная дыхательная система не функционировала).

Б) В дальнейшем большое влияние на психосоматику оказала психоаналитическая «*теория специфичности интрапсихического конфликта*», сформулированная Францем Александером (F.Alexander) в 1934 году. Он предложил термин «вегетативный невроз», симптомы которого являются не попыткой символического выражения подавленного чувства, а следствием физиологического сопровождения определенных эмоциональных состояний. Он считал, что каждому психосоматическому заболеванию соответствует определенный тип внутриличностного конфликта со своим определенным эмоциональным переживанием, то есть нозология заболевания зависит от вида интрапсихического конфликта (например, сдержанный гнев, подавленная враждебность, заблокированная агрессия приводят к расстройствам сердечно-сосудистой системы, гипертонической болезни, мигрени. Нереализованное стремление к признанию, неудовлетворенные сексуальные потребности способствуют развитию бронхиальной астмы, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Больной нейродермитом подавляет желание физической близости). Таким образом, невозможность удовлетворения потребности в тесных отношениях при посредстве парасимпатической нервной системы может привести к развитию язвенной болезни, язвенного колита, бронхиальной астмы, а при блокировке агрессии - к артриту, эссенциальной гипертонии, тиреотоксикозу и т.д.

Были идентифицированы бессознательные интрапсихические конфликты для 7 заболеваний. Например:

• язвенная болезнь объяснялась как блокада потребности в опеке и заботе. Потребность в любви превращается в желание быть накормленным и выделение желудочного сока приводит к язве (больной, как птенец, ожидающий корма, страдает от выделяющихся пищеварительных соков). Имеется конфликт между потребностью в зависимости и стремлением к автономности;

• гипертоническая болезнь считалась последствием активного преодоления внутренней агрессии. Человек, как вулкан, готовый к извержению, наполняется внутренней энергией, для которой нет выхода вовне. Конфликт связан с противоречиями между выражением агрессии и страхом наказания;

• артрит считался следствием подавления стремления к нападению и расправе. Повреждается опорно-двигательный аппарат, готовый к атаке, но не используемый для нее;

• бронхиальная астма объяснялась неудовлетворенным стремлением к общению и задушевному разговору. Больной хватает ртом воздух, но не может высказать того, что у него на душе, «сдерживает плач»;

• нейродермит и другие кожные заболевания связывались с блокированием стремления к телесным ласкам, прикосновениям, поглаживаниям. Пациент подавляет желание физической близости;

• тиреотоксикоз рассматривали как чрезмерное стремление поскорее достичь зрелости.

Эта теория не давала ответа на некоторые вопросы, например, почему та или иная болезнь возникает не у всех людей, имеющих соответствующие конфликты. Она представляет сегодня лишь исторический интерес, однако идея о том, что интрапсихический конфликт может стать "спусковым крючком" (триггером) для цикла эмоциональных, физиологических, биохимических процессов, которые способны привести к серьезному органическому заболеванию, оказалась чрезвычайно продуктивной и оказала большое влияние на психосоматическую медицину.

В) Более интересной была «*теория профилей личности*» Флендерс Данбар (F.Dunbar), которая в 1943 году установила связь между определенными чертами личности и некоторыми психосоматическими заболеваниями. Она обнаружила, что люди, страдающие одной и той же болезнью, похожи друг на друга по своим личностным особенностям, то есть каждому психосоматическому расстройству соответствует определенная структура личности (например, ИБС болеют амбициозные люди, готовые пожертвовать радостями, чтобы достичь цели. Заболевания ЖКТ отмечаются у неуверенных в себе, тревожных людей. Импульсивные, любящие приключения, живущие настоящим моментом люди подвержены несчастным случаям. Бронхиальная астма бывает у людей эгоцентричных, изворотливых, расчетливых. Сексуально незрелые личности болеют нейродермитом). Были описаны профили личности для 8 болезней и даны названия: «коронарная личность», «язвенная личность», «артритическая личность» и др. Например:

• ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда - активный, порывистый, стремящийся к соперничеству, конкуренции, много времени уделяет работе, стремится завоевать авторитет, нетерпелив, постоянно находится в цейтноте, настойчивый в достижении целей;

• гипертоническая болезнь - сдержанность и упорядоченность, внутреннее чувство раздражения умело скрывается и никак не проявляется ни на словах, ни в мимике, стремление избежать любых конфликтов и выяснения отношений;

• бронхиальная астма – мягкость, потребность в опеке, материнской ласке, зависимость от лидера, капризность в сочетании с боязнью показаться слабым и зависимым;

• язвенная болезнь желудка – внутреннее напряжение, раздражение по поводу несоответствия ситуации собственному идеалу, неспособность получать удовольствие от жизни, завистливость и обидчивость;

• язвенный колит – опрятность, стремление к порядку, пунктуальность, застенчивость, склонность к навязчивостям;

• хронический полиартрит – терпимость, невзыскательность, старательность, добросовестность, забота об окружающих, нежелание беспокоить людей;

• мигрень – педантичность, высокий контроль над эмоциями, честолюбие, стремление к доминированию;

• кожные заболевания – потребность в физической ласке и опеке, чувство одиночества, мазохистские наклонности.

Данная концепция оказала огромное влияние на дальнейшее развитие психосоматики.

В частности, в 1960 году Фридман и Розенман (M.Friedman и R.Rosenman) сформулировали понятия *поведения типа А и В*, причем тип А достоверно связан с развитием коронарной патологии (вероятность развития сердечного приступа в 2-3 раза выше, чем у типа В). Эти люди отличаются активностью, стремлением к карьерному росту, они ориентированы на работу, на соперничество, часто спешат, бывают нетерпеливы, раздражительны, лишены гибкости, чрезвычайно ответственны, часто жертвуют радостями жизни для достижения своей отдаленной цели. Для них также характерно повышенное содержание холестерина, триглицеридов и липопротеидов высокой плотности, что способствует развитию коронарной патологии. Личности типа B, напротив, характеризуются спокойствием, дружелюбием, нежеланием что-то делать в спешке. Они отличаются высокой устойчивостью к стрессу и большей продолжительностью жизни.

Однако в дальнейшем ряд авторов стали утверждать, что все психосоматические больные имеют одинаковые черты, составляющие «психосоматическую личность». Это эгоцентризм, прагматизм, отсутствие умения фантазировать, рациональное отношение к миру, инфантильность, неспособность конструктивно выражать отрицательные чувства.

Г) В последние годы признание получила концепция *алекситимии*. Было установлено, что психосоматические больные отличаются неспособностью к выражению своих чувств. В 1967 году Сифнеос (P.E.Sifneos) ввел термин алекситимия, дословно означающий «отсутствие или недостаток слов для выражения эмоций». Это врожденная неспособность вербализовать свои эмоции. Лица с алекситимией затрудняются в описании своих внутренних проблем, чувств, переживаний и ощущений, часто не находят слов для самовыражения и используют жесты вместо слов. Мышление таких людей носит конкретно-бытовой характер, для них свойственно отсутствие фантазий, бедность воображения, неспособность вспоминать сновидения. Они могут говорить только о конкретных фактах или предметах (так называемое «операторское мышление»), поэтому не осознают своих эмоциональных конфликтов. Они не могут передать словами то, что их тревожит, радует или пугает. Им трудно отделить чувства от ощущений. В результате все это приводит к накоплению эмоционального раздражения (эмоции перерабатываются на уровне вегетативного компонента), перенапряжению и возникновению психосоматических расстройств.

Психосоматические больные отличаются от больных неврозами, которые готовы «выговориться» о своих проблемах. Носерат Пезешкиан (N.Peseschkian) трактовал психосоматические симптомы как “способность говорить языком органов о том, что в настоящий момент нет других средств справиться с конфликтом”.

Есть точка зрения, что подобная структура личности может быть результатом современного индустриального общества. Алекситимия является фактором риска развития психосоматических заболеваний. Созданы специальные опросники для измерения выраженности алекситимического радикала (торонтская алекситимическая шкала).

2) *Психофизиологические теории*

Если психосоматические исследования, проведенные в русле психоанализа, исходят из гипотезы о специфичности (специфический конфликт, специфические личностные черты), то альтернативная гипотеза предполагает, что психические факторы играют неспецифическую роль в многофакторным переплетении причин заболевания.

В середине XX века исследователи постепенно отказались от идей чистого психогенеза соматических заболеваний и вслед за психоаналитическими и характерологическими теориями появились психофизиологические теории.

А) Основоположником изучения психофизиологических отношений можно считать И.П.Павлова, который показал, что посредством выработки условного рефлекса можно влиять на соматические функции (приступы астмы могут быть провоцированы условным раздражителем, например, звуковым сигналом). В своей «*теории экспериментального невроза*» он рассматривал возможность возникновения соматического заболевания в результате либо сверхсильной, либо длительной стимуляции нервной системы.

Б) Продолжением этих работ была «*кортико-висцеральная теория*» происхождения психосоматических заболеваний К.М.Быкова и И.Т.Курцина (1947), которая утверждала, что кора больших полушарий может влиять на работу и функции висцеральных систем, вплоть до обмена веществ (были экспериментально созданы модели невроза сердца, коронарной недостаточности, язвы желудка. Однако это были эксперименты на животных, которые нельзя автоматически переносить на человека, поскольку они не учитывали роль личности).

Хотя внутренние органы работают автоматически, имеют механизмы саморегуляции, но рефлексы, сформировавшиеся в коре головного мозга, могут повлиять на автоматическую саморегуляцию внутренних органов и вызывать болезни. Кроме того, сигналы от внутренних органов и систем (интероцептивные сигналы) поступают по афферентным путям не только в подкорковые ядра, но и в кору головного мозга. В этом случае возникает замкнутый «порочный круг» в развитии психосоматических патологических изменений, который трудно разорвать.

Человек может сознательно или подсознательно подавлять свои эмоции, аффекты. Причем, чем выше культура человека, чем больше он себя сдерживает, тем более высока вероятность психосоматических нарушений. Необходимо адекватно разряжать свои эмоции (Г.Ф.Ланг: «Печаль, не выплаканная слезами, заставляет плакать другие органы»).

Причем, наши интерпретации тех или иных событий могут вызвать противоположные эмоции. Разные люди реагируют на одинаковые события неодинаково (развод для одного – это горе, переживания, для другого – обретение вновь свободы). (Альфред Адлер: «На нас влияют не факты, а интерпретации этих фактов». Гамлет: «Нет ничего ни хорошего, ни плохого: это размышление делает все таковым»). Следовательно, одинаковые события могут быть для одних людей стрессовыми, для других – нет, и это зависит от личностных качеств человека.

3) *Физиологические теории*

А) В 1936 году Ганс Селье (H.Selye) ввел понятие стресса, разработал общую теорию стресса и общего адаптационного синдрома. Он доказал, что существуют универсальные, неспецифические, не зависящие от стрессорного фактора механизмы приспособления к перегрузкам. При воздействии на человека какого-то раздражителя в организме возникает нейрогуморальный процесс, нарушается гомеостаз и повышается общее напряжение организма. В этом процессе принимает участие лимбическая система (место возникновения эмоций), ретикулярная формация и другие отделы мозга. Из гипоталамуса и гипофиза высвобождается адренокортикотропный гормон – АКТГ, из коры надпочечников выделяются кортизол, глюкокортикоиды, адреналин и норадреналин. Повышается активность иммунной системы. Активизируется вегетативная нервная система.

Вначале в нейрогуморальный процесс включается симпатическая нервная система, которая обеспечивает приток крови к мышцам, повышает артериальное давление, расширяет коронарные сосуды, учащает сердцебиение, увеличивает легочную вентиляцию, расширяет зрачки, подавляет перистальтику ЖКТ и секрецию пищеварительных соков.

Для того чтобы в организме человека восстановился гомеостаз, нейрогуморальный процесс должен завершиться мышечной или речевой реакцией. Она бывает двух видов:

• «борьба» – если у человека выделяется больше норадреналина, усиливается агрессивность (тип льва);

• «бегство» – если у человека выделяется больше адреналина, усиливается тревожность (тип кролика).

После сокращения поперечно-полосатой мускулатуры в лимбическую систему по принципу обратной связи поступают интероцептивные сигналы, и включается парасимпатическая нервная система. Поджелудочная железа вырабатывает больше инсулина, чтобы расщепить глюкозу в крови, снижается частота сердечных сокращений, гормоны нейтрализуются в печени, пищеварительный тракт возобновляет свою работу, молочная кислота нейтрализуется в мышцах. Таким образом, гомеостаз восстановлен.

Стресса не следует избегать, он тренирует приспособляемость организма в окружающей среде (Г.Селье: «Стресс – аромат и вкус жизни»).

Однако при стрессе может возникнуть и промежуточная стадия:

• «терпение», когда продуцируется большое количество гормона кортизона.

У каждого человека эта фаза имеет собственную длительность, которая зависит и от наследственных факторов, и от приобретенных. Но рано или поздно организм устает выдерживать повышенное напряжение. При нарушении соотношения силы раздражителя и возможности организма разрядить напряжение возникает дистресс (то есть патологическое состояние, которое проявляется в виде психосоматических расстройств).

При этом длительный спазм сосудов приводит к гипертонической болезни, к понижению кровотока и отложению атероматозных бляшек с холестерином на сосудистой стенке, в результате чего развивается атеросклероз. Усиленное выделение соляной кислоты приводит к гастритам и язвам. Повышенное выделение гормонов щитовидной железы – к гипертиреозу и нарушению обмена веществ. Длительная задержка дыхания – к астме. Чрезмерная выработка глюкозы может стать причиной ожирения или сахарного диабета. Длительное расширение зрачков – к снижению зрения. И так далее…

Таким образом, многократно возникающий и не получающий разрядки стресс приводит к перенапряжению, к изменению реактивности организма, к снижению его резистентности в отношении патогенных воздействий (температуры, микробов, химических веществ). Селье также выявил роль эмоциональных факторов в генезе психосоматических заболеваний. Психологические нарушения создают фон, на котором инфекции, онкологические и другие заболевания легко поражают организм.

Однако, хотя соматические проявления стресса однотипны, имеются клинически несхожие заболевания, обусловленные стрессом. Альфред Адлер предположил, что при воздействии стресса повреждается тот орган, который является точкой наименьшего сопротивления (locus minoris resistentiae). Такая связь между эмоциональным стрессовым фактором и локализацией поражения может зависеть от многих причин:

• наследственной предрасположенности;

• перенесенными ранее заболеваниями (травмами, инфекциями);

• функциональная активность определенного органа в момент стрессового воздействия;

• символическое значение органа для индивида и т.д.

 Стресс стал не только научным, но и популярным житейским понятием. В быту этот термин стал означать сильное, неблагоприятное, отрицательное воздействие на организм или сильную психологическую реакцию человека на какую-то ситуацию.

 Велика вероятность дистресса при кратковременном, но очень сильном стрессоре (пожар, наводнение, смерть близкого человека), который может вызвать так называемое «посттравматическое стрессовое расстройство».

 При слабом, но хроническом стрессоре (алкоголизм партнера, хроническая нехватка денег, семейные неурядицы и т.д.) могут развиваться психосоматические нарушения.

Б) Холмсом и Рейхом (T.H.Holmes и R.H.Rahe) была создана *теория жизненных событий*. В 1967 году они разработали шкалу социальной адаптации для определения уровня стресса и, соответственно, вероятности развития психосоматического заболевания. Каждому событию, способному вызвать стресс, соответствует определенное количество баллов. Уровень стресса рассчитывается по сумме баллов событий, случившихся у пациентов в течение предшествующего года. В среднем за год у человека набирается таких стрессовых событий на 150 баллов. Если их число возрастает вдвое (до 300 баллов), то вероятность заболевания для человека составляет 80%. Если от 200 до 300 баллов, то риск болезни 50%, если от 150 до 200 баллов – риск болезни 30%.

Конечно, рейтинг жизненных событий по силе их воздействия является спорным, когда не учитывается индивидуальная личностная реакция на это событие, не учитывается реакция социального окружения, близких людей, которые могут помочь человеку справиться с трудной ситуацией…

4) *Психосоциальные теории*

В дальнейшем изучение психосоматических расстройств постепенно сдвигается к обстоятельствам межличностных отношений. Появились теории, связывающие происхождение психосоматических заболеваний с нарушением микросоциального окружения, межличностных отношений в семье. В рамках такого подхода больного и болезнь рассматривают не изолированно, а в конкретном семейном контексте. Много внимания уделяется самым ранним контактам ребенка, когда формируется стремление к самостоятельности ребенка, а мать (особенно авторитарная, тревожная, навязчивая при пассивном отце), чрезмерно препятствуя этому, создает предрасположенность к болезням. При этом больной ребенок, слабый и зависимый, соответствует бессознательным желаниям матери и это создает дополнительное подкрепление болезни, а соматический симптом в контексте этих отношений является как одновременное символическое подчинение матери и восстание против нее.

Согласно модели «*психосоматической семьи*», для нее характерным является:

1) «Сверхвключенность» родителей в жизнь и проблемы ребенка, что мешает развитию его самостоятельности, автономии;

2) Сверхчувствительность каждого члена семьи к дистрессу других членов семьи;

3) Ригидность, низкая способность менять правила взаимодействия при меняющихся обстоятельствах;

4) Избегание выражения несогласия и открытого обсуждения конфликтов;

5) Ребенок (и его болезнь) играет роль стабилизатора, буфера в скрытом семейном или супружеском конфликте (пошатнувшийся брак родителей скрепляется необходимостью заботы о больном ребенке).

Согласно этой теории, описывается «психосоматическая мать», как авторитарная, доминирующая, открыто тревожная и латентно враждебная, требовательная, навязчивая. Отец в такой семье находится на периферии, не способен противостоять доминирующей матери. Любые попытки со стороны ребенка отделиться отвергаются. Предполагается, что такие семейные взаимоотношения делают ребенка особенно уязвимым к воздействию жизненных стрессов.

Причинами стресса могут являться не только внутриличностные конфликты, но и социальные отношения, межличностные конфликты. Они происходят в течение всей жизни человека и могут являться либо катализаторами личностного роста, либо причинами психосоматических заболеваний.

В годы нестабильности люди испытывают большие стрессы из-за ухудшения материального положения, угрозы потери работы, снижения самооценки и т.д. В таких условиях некоторые люди подсознательно выбирают наиболее социально приемлемый для них способ защиты – соматизацию, «уход в болезнь».

Для них лучше заболеть, чем признать перед окружающими и перед самим собой свою социальную несостоятельность, неудачливость, некомпетентность. Болезнь – наиболее безопасная форма запроса о помощи, знакомая с детства, когда заболевший ребенок привлекает к себе внимание родителей. В случае, когда соматизация становится ведущим способом сохранения самооценки личности, полное излечение практически невозможно. Именно в этих случаях у больного появляются множественные жалобы и боли, не соответствующие объективным данным клинического обследования и состояния пациента. В таких случаях необходима работа с психотерапевтом по поиску ресурсов личности и позитивных сторон жизни пациента.

Психосоматическая болезнь – это попытка найти выход из безвыходной ситуации, последний шанс разрешить неразрешимую проблему. Человек иногда болеет для того, чтобы получить те или иные преимущества, которые он не может получить иным путем.

Больной уверяет врача, что был бы рад освободиться от своего недуга, но на самом деле он цепко держится за свою болезнь, поскольку она есть его единственный, пусть неудачный, мучительный способ справиться с иначе не разрешимой ситуацией. Парадоксальным образом человек всеми силами бессознательно сопротивляется лечению. Несмотря на назначение множества медицинских средств, выздоровления не наступает, так как не решены какие-то психологические проблемы в жизни человека.

Психосоматическая болезнь – это «будильник», сигнал к тому, что конфликт требует разрешения. Многие пациенты признавали, что благодаря болезни они смогли обратить внимание на свои истинные потребности. Заболевание дало им возможность переступить определенные запреты, ограничения, социальные нормы, в которых они воспитывались, и начать развиваться и расти как личность.

**Преимущества, которые дает людям болезнь** (К. и С.Саймонтон):

• болезнь дает разрешение уйти от неприятной ситуации или от решения сложных проблем;

• она предоставляет возможность получить заботу, любовь, внимание окружающих;

• отпадает необходимость соответствовать тем высоким требованиям, которые предъявляют нам окружающие или мы сами, но которые на данный момент являются непосильными;

• появляются условия для того, чтобы пересмотреть свое понимание ситуации, переоценить себя, изменить привычные стереотипы поведения.

Таким образом, болезнь может принести и реальную пользу. Человек может научиться распознавать свои истинные потребности и удовлетворять их. Но, предоставляя человеку временную передышку, болезнь может оказаться и ловушкой, если с ее помощью больной решает проблемы, которые можно было бы разрешить, изменив свои мысли и поведение.

Итак, в происхождении психосоматических заболеваний играют роль психологические, психосоциальные, психофизиологические, нейрогуморальные механизмы и имеет место переплетение всех этих факторов.

**Классификация психосоматических расстройств**

Общепринятой классификации психосоматических расстройств не существует. Традиционно выделяют три большие группы психосоматических расстройств: конверсионные симптомы, функциональные синдромы и психосоматозы. Иногда эти клинические формы протекают как стадии одного и того же процесса изменений в организме (особенно часто это происходит при длительном дистрессе, когда развивается хроническое психоэмоциональное напряжение). А после сильного острого дистресса развивается посттравматическое стрессовое расстройство и за короткое время сразу может появиться психосоматическое заболевание.

1) *Конверсионные симптомы* – это обратимые невротические расстройства, которые проявляются в эмоционально-аффективной и сомато-вегетативной симптоматике. Это символическое выражение психологического конфликта внутренними органами (По словам известного терапевта Г.Ф.Ланга, «Печаль, не выплаканная слезами, заставляет плакать другие органы»). Ведущее значение в формировании психосоматической патологии имеют такие эмоциональные состояния, как тревога, безнадежность, депрессия с чувством вины, обида, подавленная агрессия и раздражение от неудовлетворенной сексуальной потребности.

Напряжение вызывается определенными ситуациями или объектами, которые человек пытается избежать, что проявляется комплексом вегетативных реакций. Происходит конверсия эмоций на «символический язык тела» (например, рвота, одышка, гипергидроз, общая гипертермия, головная боль, истерические параличи, психогенная слепота или глухота). Конверсионные симптомы полностью обратимы и возникают только в определенных конкретных ситуациях, значимых для человека. Они прекращаются при выходе из трудной ситуации, но могут повторяться при встрече человека с этим же стрессором. Пациенты редко обращаются к терапевту, так как обычно осознают связь между соматическими изменениями и психоэмоциональным напряжением, да и обратимость симптомов не вынуждает их идти к врачу.

А вот следующая клиническая форма встречается часто. По статистике, 64% пациентов от общего числа лиц, обратившихся за медицинской помощью в поликлинику, страдают функциональными психосоматическими синдромами.

2) *Функциональные синдромы* (органные неврозы) иногда называют системными неврозами, вегетоневрозами, «неврозами органов». Это психовегетативные дисфункции, которые приобрели условно-рефлекторную природу (то есть повторяющиеся конверсионные симптомы закрепились и начали проявляться в виде невроза того или иного органа или системы в ответ на любое перенапряжение организма). Эти функциональные синдромы напоминают соматическое заболевание, но органические изменения в тканях при этом отсутствуют.

Органные неврозы – это психосоматические расстройства, основным признаком которых является наличие множественных, повторно возникающих и часто видоизменяющихся соматических симптомов, которые обычно имеют место на протяжении ряда лет. Они хорошо известны врачам общей практики. Часто ставят такие диагнозы, как «невроз сердца», «психогенная одышка», «невротическая рвота» и т.п. Такие пациенты могут годами ходить от врача к врачу, от узких специалистов к экстрасенсам в поисках действенной помощи.

Функциональные синдромы необходимо дифференцировать от соматических заболеваний. Это можно сделать по следующим признакам:

• несоответствие жалоб пациента объективным данным соматического состояния пациента;

• необычные и несвойственные соматическим состояниям болезненные ощущения;

• наличие симптомов эмоционального расстройства: тревога, страх, обидчивость, раздражительность, плаксивость, вспыльчивость, апатия;

• жалобы на нарушенные отношения и конфликты с окружающими людьми;

• беспокойство пациента по поводу своего социального статуса;

• эффективность психотропной терапии.

Больных с функциональными синдромами недопустимо отталкивать, несмотря на нормальные результаты анализов и инструментального обследования. Необходимо назначить им лечение, которое состоит из психотропных медикаментов и средств симптоматической терапии, а также в обязательном порядке – психотерапия, физиотерапия, фитотерапия.

Наиболее часто встречаются «органные неврозы» в виде нейроциркуляторной дистонии (НЦД), начальной формы ИБС, пограничной артериальной гипертензии, функциональной экстрасистолии, гипервентиляционного синдрома, дискинезии желчевыводящих путей, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, функциональных расстройств желудка, хронического гастродуоденита, синдрома раздраженной толстой кишки, предменструального синдрома, психогенной и фантомной боли.

Если в нейрогуморальном процессе у человека преобладает активно-оборонительная реакция и закрепляется агрессивно-протестное поведение, то психосоматический процесс скорее развивается в сердечно-сосудистой системе. А если преобладает пассивно-оборонительная реакция и закрепляется капитулятивно-депрессивное поведение, то патологические изменения скорее касаются желудочно-кишечного тракта.

• Функциональные нарушения сердечного ритма (тахикардия, экстрасистолы), так называемый «невроз сердца» (учащение сердцебиения, короткие аритмии, одышку, разнообразные парестезии, страх удушья и развития инфаркта миокарда), гиперкинетический сердечный синдром, пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия, а также наиболее распространенный синдром вегето-сосудистой (или нейроциркуляторной) дистонии.

• Функциональные нарушения дыхательной системы: гипервентиляционный синдром (так называемый «невротический дыхательный синдром» или «дыхание вздохами», и кашель с «закашливанием»). Характерно ускорение и учащение дыхания, чувство нехватки воздуха, стеснения в груди. Невозможность вздохнуть «полной грудью», чувство скованности грудной клетки. Надрывный кашель, чувство неудовлетворения после откашливания, или «подкашливание».

• Желудочно-кишечные расстройства:

• функциональные нарушения: аэрофагия (заглатывание воздуха с чувством переполнения желудка, громкая отрыжка), метеоризм («бурление и урчание» в животе с чувством дискомфорта или боли), рвота, запоры и поносы, а также

• нарушения пищевого поведения: нервная анорексия (исчезновение аппетита в силу эмоциональных переживаний или психологических причин) и булимия (приступы голода и связанного с ним переедания, контроль веса путем вызывания рвоты или слабительных).

• Дизурические нарушения (энурез).

• Функциональные неврологические расстройства (тики, заикание).

• Психогенные боли (головные, мышечные, кардиальные, а также фантомные боли, психогенный кожный зуд и пр.).

• Функциональные сексуальные дисфункции (психогенная импотенция, преждевременная эякуляция, аноргазмия, вагинизм, а также дисменорея, климактерический синдром).

Особенно велика роль психологических факторов в генезе сексуальных нарушений. Такие расстройства очень редко бывают вызваны органическими причинами. В большинстве случаев причиной проблемы являются такие психологические факторы, как несовпадение ожиданий партнеров, скрытая неприязнь, страх неудачи…

При климактерическом синдроме попытки исключительно гормональной коррекции обычно не дают положительного результата, поскольку в части случаев ухудшение самочувствия в этом возрасте бывает вызвано психологическими переживаниями, страхом перед старостью, боязнью потерять сексуальную привлекательность.

3) *Психосоматические заболевания* (психосоматозы)

К группе психосоматических заболеваний в узком смысле относятся органические соматические болезни, в происхождении и развитии которых существенную роль играют психологические факторы.

Исторически к этой группе относятся семь классических психосоматических заболеваний:

• гипертоническая болезнь,

• бронхиальная астма,

• язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки,

• неспецифический язвенный колит,

• ревматоидный артрит,

• нейродермит,

• гипертиреоз (так называемая «чикагская семерка» или «святая семерка» по Францу Александеру, 1950).

Эти заболевания, особенно первые три, часто называют еще и «болезнями цивилизации», «болезнями стресса», «болезнями достижения».

В более широком плане, перечислим те виды соматической патологии, при которых психосоматические соотношения являются ведущими:

• расстройства сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь, пароксизмальные гипотонические состояния, аритмии, вегето-сосудистые дистонии;

• расстройства желудочно-кишечного тракта: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, неспецифический язвенный колит, хронический гастрит;

• расстройства дыхательной системы: хроническая пневмония, бронхиальная астма, астматоидный бронхит;

• расстройства эндокринной системы: сахарный диабет, гипертиреоз, гипотиреоз;

• кожные расстройства: нейродермит, экзема, псориаз;

• расстройства костно-мышечной системы: ревматоидный артрит.

Хотя врачи хорошо знакомы с психосоматозами и при изучении терапии, эндокринологии, дерматологии постоянно подчеркивается значение и роль психологических факторов в возникновении этих заболеваний, однако при работе с пациентами врачи часто об этом забывают. Конечно, фармакотерапия является основным методом лечения этих заболеваний и лекарственные препараты нельзя заменить психотерапией. Однако, если обратить внимание на жизненную ситуацию пациента, попытаться перевести его соматические жалобы на «психологический язык», то во многих случаях можно понять, почему лечение не приводит к ожидаемому результату. Разговор с пациентом, направленный на выявление внутреннего конфликта, на поиск психологически приемлемого способа его разрешения, часто позволяет изменить отношение пациента к болезни, добиться или большей терпимости, или большей активности в борьбе с недугом. Дополнительное использование психотерапии и некоторых психотропных препаратов бывает очень полезным и для лечения, и для профилактики психосоматозов.

4) *Личностно обусловленные психосоматические расстройства* (связанные с особенностями эмоционально-личностного реагирования и поведения)

• склонность к травмам;

• ожирение (связанное с перееданием);

• злоупотребление лекарствами, алкоголизм, наркомания и другие виды саморазрушающего поведения.

Действительно, некоторые виды патологии особенно часто наблюдаются у лиц с определенными чертами личности.

Так, травмы гораздо чаще встречаются у людей с активным, взрывчатым характером, которые склонны к импульсивным поступкам, непредусмотрительны, неосторожны, склонны к авантюрам. Напротив, у тревожно-мнительных, пассивных, осторожных людей травмы – большая редкость.

В литературе много говорится о психологической природе ожирения. У некоторых людей ощущение сытости ассоциируется с чувством любви (то есть если человек накормлен, то он чувствует, что его любят). Высказывается также парадоксальная идея о том, что в некоторых случаях ожирение возникает как проявление подсознательного стремления оттолкнуть возможного партнера (то есть оно представляет собой своеобразную психологическую защиту, обусловленную страхом семейной жизни). В этом случае люди говорят о том, что они внешне крайне непривлекательны, что их никто не может полюбить, однако при этом они ничего не предпринимают для того, чтобы исправить ситуацию.

В основе злоупотребления психоактивными веществами в большинстве случаев также лежит особый склад характера. Выделяют два варианта личности пациентов, склонных к алкоголизму. Первый вариант – это тревожно-мнительные люди, которые пытаются компенсировать свою неуверенность приемом алкоголя и/или транквилизаторов. Второй вариант – это склонные к асоциальным поступкам возбудимые пациенты и люди с эмоциональной незрелостью и слабой волей, которые стремятся легким способом получить удовольствие. Причем, употребление запрещенных законом наркотических средств свойственно только лицам с чертами второго типа, поскольку тревожно-мнительные люди крайне неохотно идут на явное нарушение закона.