**Основы психосоматики**

Литература:

1. Клиническая психология: / Под ред. Б.Д. Карвасарского.
2. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М.: Изд-во МГУ, 1986.
4. Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. - Л., 1966.

# Здоровьем является состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Болезнь – это состояние организма, выраженное в нарушении его нормальной жизнедеятельности, продолжительности жизни и его способности поддерживать свой гомеостаз

Лурия А.Р. называл внутренней картиной болезни всё то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, всё то, что связано для больного с его приходом к врачу, - весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм. Со временем в медицину был введён целый ряд терминов, определяющих субъективное отражение болезни в психике человека: "аутопластическая картина болезни"; "переживание болезни"; "чувство болезни"; "сознание болезни", отношение к болезни; "реакция на болезнь"; "реакция адаптации"; "позиция к болезни"; "концепция болезни", "масштаб переживанияболезни" и др.

Внутренняя картина болезни (ВКБ) как «продукт» собственной внутренней творческой активности субъекта формируется при любом соматическом и психическом страдании.

**Типы психологического реагирования на тяжелое соматическое заболевание**

Типология реагирования на заболевание А.Е.Личко и Н.Я. Иванова («Медико-психологическое обследование соматических больных») включает в себя 13 типов психологического реагирования на заболевание, выделенных на основе оценки влияния трех факторов: природы самого соматического заболевания, типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера и отношения к данному заболеванию в референтной (значимой) для больного группе.

В первом блоке находятся те типы отношения к болезни, при которых не происходит существенного нарушения адаптации:

* ***Гармоничный***: для этого типа реагирования характерна трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе происходит сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, своего дела.
* ***Эргопатический***: характерен "уход от болезни в работу". Даже при тяжести болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало работу продолжать. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться исследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы.
* ***Анозогнозический***: характерно активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, отрицание очевидного в проявлении болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения, желание обойтись своими средствами.

Во второй блок входят типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации:

* ***Тревожный***: для этого типа реагирования непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагополучного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнений, методах лечения, непрерывный поиск "авторитетов". В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результат анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение прежде всего тревожное, угнетенность – вследствие этой тревоги).
* ***Ипохондрический***: характерно сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур).
* ***Неврастенический***: характерно поведение по типу "раздражительной слабости". Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем – раскаяние за беспокойство и несдержанность.
* ***Меланхолический***: характерна удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг, неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.
* ***Эйфорический***: характерно необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что "само все обойдется". Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушения режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни.
* ***Апатический***: характерно полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны, утрата интереса ко всему, что ранее волновало.
* ***Обсессивно-фобический***: характерна тревожная мнительность прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.
* ***Сенситивный***: характерна чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое может произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательность отношения с их стороны в связи с этим.
* ***Эгоцентрический***: характерен "Уход в болезнь", выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы – все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся "на себя". В других, также требующих внимания и заботы, видят только "конкурентов" и относятся к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.
* ***Паранойяльный***: характерна уверенность, что болезнь – результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения и побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.
* ***Дисфорический*** (характерно тоскливо-озлобленное настроение).

Взаимодействие с некоторыми из таких пациентов может приносить врачу выраженный психологический дискомфорт. Но знание психологических оснований этого типа поведения пациента поможет врачу лучше понимать его потребности, ожидания, страхи и эмоциональные реакции, оптимально организовывать процесс взаимодействия с ним, использовать определенные инструменты влияния. Важно понимать, что, даже демонстрируя полное безразличие к исходу лечения, пациент больше всего хочет услышать слова надежды и нуждается в укреплении его веры в лучшее. Пациенты, непрерывно тревожащиеся о своем состоянии, нуждаются в спокойном, оптимистичном и внимательном разговоре с врачом, а пациенты, демонстрирующие реакции агрессии к окружающим и врачу – авторитетной уверенной позиции врача, которая поможет справиться со скрываемым в душе сильнейшим страхом за свою жизнь.

# Психосоматические и соматопсихические

# Психогении

Отрицательные эмоции не без основания считаются патогенными факторами возникновения различных заболеваний. Угнетенное состояние, тоска, страх, депрессия, горе, тревога и другие отрицательные эмоциональные проявления негативно влияют и на возникновение атеросклероза, гормональную и иммунную системы, что влечет повышение риска заболеваний сердечно-сосудистой системы (стенокардии, инфаркт миокарда, инсульты), злокачественных новообразований, рост простудных и инфекционных болезней.

**Психогении**- это нарушения, возникающие в организма и в психике под влиянием различных, обычно тяжелых для личности, психологических травм, психоэмоциональных стрессов. Под влиянием психогенных факторов могут происходить следующие нарушения в соматической сфере:  
1) со стороны желудочно-кишечного тракта — тошнота, рвота, поносы, запоры, анорексия (утрата аппетита);  
2) со стороны органов дыхания - одышка, удушье, кашель (пароксизмальной формы), икота;  
3) со стороны сердечно-сосудистой системы - повышение АД, тахикардия или брадикардия, боли в сердце, нарушение сердечного ритма, потеря сознания, психогенные обмороки, инфаркты, инсульты;  
4) в мочеполовой сфере - задержка и недержание мочи, фригидность у женщин и импотенция у мужчин;  
5) сдвиги в гормональной сфере: нарушение менструального цикла у женщин, отсутствие молока у кормящих материй и т.д.

Среди **психогений**выделяют неврозы и психогенные (реактивные) психозы.

Реактивные психозы развиваются обычно при внезапных острых психических травмах, чаще у лиц с неустойчивой психикой или физически ослабленных, у больных с различными психическими расстройствами, у психосоматических личностей.

В зависимости от клинической картины выделяют психогенную депрессию, реактивный параноид, истерические реактивные психозы.

Психогенная депрессия характеризуется подавленностью настроения, слезливостью, нередко отчетливой тоской, тревогой и страхом, двигательной заторможенностью или возбуждением. В сознании больных доминируют мысли, относящиеся к происшедшему несчастью.

Продолжительность психогенной депрессии от 1 до 3 месяцев, а у лиц старше 40 лет - до 4-6 месяцев и более. В начальном периоде нередко наблюдаются суицидальные мысли и попытки.

Реактивный параноид обычно проявляется в форме острого чувственного бреда, сопровождаемого тревогой и двигательным возбуждением. Чаще реактивный бред развивается у подследственных в условиях одиночного заключения. В этих случаях кроме бреда нередко появляются слуховые галлюцинации обвиняющего, угрожающего или защищающего содержания.

Продолжительность - от нескольких недель до нескольких месяцев.

Истерические реактивные психозы проявляются такими формами, как Ганзеровский синдром, псевдодеменция (ложное слабоумие), психогенный ступор.

Ганзеровский синдром характеризуется сумеречным помрачением сознания, при котором больные как бы нарочито дают неправильные ответы на простые вопросы, не понимают значения обыденных предметов.

При псевдодеменции внешний вид больного имеет характерные особенности: глуповатое выражение лица, Широко раскрытые глаза, нередко мелкое дрожание конечностей или всего тела. Часто их настроение подавленное. Наряду с неверными ответами на простые вопросы, больные могут давать правильные ответы на сложные вопросы.

При психогенном ступоре больные обездвижены, с обедненной мимикой, отказываются от еды, отрешены от действительности.

# Соматогении

Давно известно о влиянии соматических заболеваний на психику. Соматогенное влияние осуществляется посредством интоксикационного воздействия на ценртальную нервную систему, а психогенное влияние предполагает острую реакцию личности на заболевание и его последствия. Например, клиницисты отмечают, что у людей, склонных к чувству страха, внутренне напряженных, чаще наблюдаются болезни сердца, у склонных к гневу - болезни печени; у лиц со сниженным настроением, апатичных - болезни желудка и кишечника.

**Соматогении** - это психические нарушения, вызванные соматическими заболеваниями (особенно инфекции, интоксикации, болезни внутренних органов и т.д.). Например:

1) при заболеваниях сердца может наблюдаться состояние страха, тревоги, беспокойства;

2) при тиреотоксикозе — страх, вспыльчивость, тревога, плаксивость;

3) при раковых заболеваниях - чувство подавленности, угнетенности, безнадежности, беспомощности;

4) при инфекционных и аутоиммунных заболеваниях могут быть тяжелые психические расстройства от депрессии до агрессивности, с маниакальными, галлюциногенными и другими синдромами.

Проблема психосоматических соотношений - одна из наибо­лее сложных проблем современной медицины, несмотря на то, что тесная взаимосвязь психического и соматического замечена и изучается в течение нескольких веков, со времен Гиппократа и Аристотеля. В 1818 году немецкий врач из Лейпцига Я. Хайнрот ввел термин «психосоматический». Ему принадлежали слова: «Причины бессонницы обычно психически-соматические, одна­ко каждая жизненная сфера может сама по себе быть достаточ­ным ей основанием». В общепринятый врачебный лексикон термин «психосоматика» вошел лишь спустя столетие.

**Психосоматическое расстройство -**нарушение функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых по большей части связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической психологической травмы, специфическими особенностями эмоционального реагирования личности.

В наиболее распространенной трактовке для психосоматических расстройств характерным является знание значимости психологических факторов как в возникновении, так и в обусловливании ими усиления или ослабления соматического (физического) страдания. Таким образом, критерием отнесения имеющегося физического заболевания к психосоматическим является наличие психологически значимых раздражителей из окружающей среды, которые во времени связаны с возникновением или обострением данного физического нарушения. Такое понимание психосоматических расстройств считается широким, так как к ним относят все нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых тесно связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической психологической травмы или со специфическими особенностями личностно-эмоционального реагирования человека на окружающее.

Строго говоря, психосоматическое направление не является самостоятельной медицинской дисциплиной - это подход, учитывающий многообразие причин, приведших к болез­ни. Отсюда многообразие методов и техник, позволяющих рабо­тать с человеком целостно. Именно разобщенность врачебных специальностей и взглядов на человека и привела к потере идеи о целостности в работе врача. У этой проблемы есть свои причины, прежде всего - преобладание анализа как метода в медицинской науке. В настоящее время в медицине описано 10 тысяч симпто­мов и нозологических форм, а для того чтобы успешно справлять­ся с болезнями человека, существует более трехсот медицинских специальностей.

В процессе эволюции человека постепенно нарушался уни­версальный механизм приспособления его психики к окружаю­щей среде. Вместе с изменением психологии человека и среды его обитания проявлялись новые и численно увеличивались имею­щиеся психологические симптомы и синдромы. В ходе эволюции человек приобрел присущие ему как биологическому виду силу, гибкость, подвижность, способность к терморегуляции, опреде­ленные характеристики органов чувств. Древние инстинктивные программы поведения человека помогали противостоять голоду, холоду, нападению врагов и хищников.

По мере развития человеческой истории менялись нагрузки от которых нет программ генетической защиты, итеперь приспо­собление к среде зависит от психических возможностей человека во много раз больше, чем от силы его мышц, крепости костей и сухожилий и скорости бега. Опасным стало не оружие врага, а слово. Эмоции человека, изначально призванные мобилизовать организм на защиту, теперь чаще подавляются, встраиваются в социальный контекст, а со временем извращаются, перестают признаваться их хозяином и могут стать причиной разрушитель­ных процессов в организме (Радченко, 2002).

Психосоматический подход начинается тогда, когда пациент перестает быть только носителем больного органа и рассматрива­ется целостно. Тогда психосоматическое направление можно рас­сматривать и как возможность «исцеления» от деперсонализиро­ванной медицины.

По современным представлениям, к психосоматическим за­болеваниям и расстройствам относят следующие расстройства.

**1. Конверсионные симптомы.**Невротический конфликт получает вторичный соматический ответ и переработку. Симптом имеет сим­волический характер, демонстрация симптомов может пониматься как попытка решения конфликта. Конверсионные проявления за­трагивают в большей части произвольную моторику и органы чувств. Примерами являются истерические параличи и парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены.

**2. Функциональные синдромы.**Вэтой группе находится преоб­ладающая часть «проблемных пациентов», которые приходят на прием с пестрой картиной часто неопределенных жалоб, которые могут затрагивать сердечно-сосудистую систему, желудочно-ки­шечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания или моче­половую систему. Беспомощность врача относительно этой симп­томатики объясняется среди прочего многообразием понятий, которыми обозначаются эти жалобы. Часто у таких больных имеются только функциональные нарушения отдельных органов или систем; какие-либо органические изменения, как правило, не об­наруживаются. В отличие от конверсионных симптомов, отдель­ный симптом не имеет специфического значения, будучи неспеци­фическим следствием нарушенной телесной функции. Александер описал эти телесные проявления как сопровождающие признаки эмоционального напряжения без характерных черт и обозначил их органными неврозами.

**3. Психосоматозы**- психосоматические болезни в более уз­ком смысле. В основе их - первично телесная реакция на конф­ликтное переживание, связанная с морфологически устанавлива­емыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа. Заболевания, связанные с органическими изменениями, принято называть истинными психосоматическими болезнями или психосоматозами. Первоначально выделяли семь психосоматозов («holy seven»): бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз.

Позже этот список расширился - к психосоматическим расстройствам относят рак, инфекционные и другие заболевания.

**4. Психосоматические расстройства, связанные с особенностями эмоциональ­но-личностного реагирования и поведения**- склонность к травмам и другим видам саморазрушающего поведения (алкоголизм, наркомании, табакокурение, переедание с ожирением и др.). Эти расстройства обусловлены определенным отношением, вытекающим из особенностей личности и ее переживаний, что приводит к поведению, результатом которого является нарушение здоровья. Например, наклонность к травмам характерна для личностей со свойствами, которые противоположны точности, тщательности. Повышенное потребление пищи может пониматься как индикатор престижа, социальной позиции или заменой, компенсацией недовольства.

Влияние психики допустимо и возможно при любых заболеваниях человека, поэтому психосоматическая медицина никогда не ограничивалась изучением только психосоматозов. Психосоматический подход как принцип врачебной деятельности заключаетсяв как можно более тщательном изучении влияния психосоциальных факторов на возникновение и течение любых соматических болезней и психотерапевтическом лечении больных с учетом этих факторов. Однако современное понимание психосоматическогонаправления в медицине состоит в изучении психологических механизмов и фактороввозникновения и течения болезней, поиске связей между характером психическогострессового фактора и поражением определенных органов и систем.

Несмотря на то, что слово «психосоматика» употребляется очень часто как в обиходе, так и в научной литературе, на сегод­няшний день не существует единого определения этого термина. В целом его значение вытекает из слов, которые в него входят (ду­ша и тело). С одной стороны, этот термин подразумевает научное направление, которое устанавливает взаимоотношения между пси­хикой и телесными функциями, исследует, как психологические переживания влияют на функции организма, как переживания мо­гут вызывать те или иные болезни. С другой стороны, под терми­ном «психосоматика» подразумевается ряд феноменов, связанных с взаимовлиянием психического и телесного, в том числе целый ряд патологических нарушений. В-третьих, под психосоматикой понимают направление медицины, ставящее своей целью лечение психосоматических нарушений («психосоматическая медицина»). В настоящее время психосоматика является междисципли­нарным научным направлением:

* она служит лечению заболеваний, и, следовательно, нахо­дится в рамках медицины;
* исследуя влияние эмоций на физиологические процессы, она является предметом исследования физиологии;
* как отрасль психологии она исследует поведенческие реак­ции, связанные с заболеваниями, психологические меха­низмы, воздействующие на физиологические функции;
* как раздел психотерапии она ищет способы изменения де­структивных для организма способов эмоционального реа­гирования и поведения;
* как социальная наука она исследует распространенность психосоматических расстройств, их связь с культурными традициями и условиями жизни.

В период создания психосоматической медицины как науки, стремившейся преодолеть разрыв между телесным и психиче­ским, была создана жесткая однолинейная модель психосомати­ческого заболевания. В последующем она была заменена пред­ставлением о возможности возникновения любого заболевания при взаимодействии как физических, так и психосоциальных факторов, что привело к многофакторной открытой модели бо­лезни. В силу этого обстоятельства на место проблемы узкого круга психосоматических расстройств пришел интегральный психосоматический подход.

Патогенез психосоматических расстройств чрезвычайно сло­жен и определяется:

1. неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и. дефектами;
2. наследственным предрасположением к психосоматиче­ским расстройствам;
3. нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятель­ности ЦНС);
4. личностными особенностями;
5. психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;
6. фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;
7. особенностями психотравмирующих событий.

Перечисленные факторы не только участвуют в происхождении психосоматических расстройств, но и делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют те­чение соматических нарушений.

Эмоциональная реакция, выражающаяся в форме тоски и по­стоянной тревоги, нейро-вегетативно-эндокринных изменений и характерном ощущении страха, является связующим звеном меж­ду психологической и соматической сферой. Полное развитие чувства страха предотвращено защитными физиологическими механизмами, но обычно они лишь уменьшают, а не устраняют полностью эти физиологические явления и их патогенное дейст­вие. Этот процесс можно рассматривать как торможение, то есть состояние, когда психомоторные и словесные выражения тревоги или враждебных чувств блокируются таким образом, что стиму­лы, поступающие из ЦНС, отводятся к соматическим структурам через вегетативную нервную систему и, таким образом, приводят к патологическим изменениям в различных системах органов.

При наличии эмоционального переживания, которое не бло­кируется психологической защитой, а, соматизируясь, поражает соответствующую ему систему органов, функциональный этап поражения перерастает в деструктивно-морфологические изме­нения в соматической системе, происходит генерализация психо­соматического заболевания. Таким образом, психический фактор выступает как повреждающий.

К психосоматическим заболеваниям относят те нарушения здоровья, этиопатогенез которых - истинная соматизация пере­живаний, то есть соматизация без психологической защиты, ког­да при защите душевного равновесия повреждается телесное здо­ровье.

В современной психосоматике различают

предрасположен­ность,

разрешающие и

задерживающие развитие болезни фак­торы.

Предрасположенность - это врожденная (например, генетически обусловленная), а при определенных условиях и приобретенная готовность, которая выливается в форму возмож­ного органического или невротического заболевания. Толчком к развитию такого заболевания являются трудные жизненные ситу­ации. Если манифестируют невротические или соматические за­болевания, то они развиваются по собственным закономерно­стям, которые, однако, тесно связаны с факторами окружающей среды. Значение способствующих развитию болезни факторов при хронических заболеваниях стало известно лишь в последнее время. В любом случае для диагностики как психосоматического, так и невротического заболевания необходимо понимание ситуа­ционного характера его происхождения. Констатация наличия психосоматических нарушений не приводит к отрицанию основ­ного диагноза. Если сегодня говорят о психосоматическом, био­психосоциальном заболевании, то это лишь указывает на связь предрасположенность - личность - ситуация.

Человек, находящийся в гармоничных отношениях со своей средой, может перенести экстремальные соматические и психи­ческие нагрузки, избегнув болезни. Однако в жизни встречаются личностные проблемы, которые вызывают настолько тягостную фиксацию и душевный разлад, что в определенных жизненных ситуациях приводят к негативным эмоциям и неуверенности в се­бе. Именно в сложных ситуациях психосоматически отягощен­ные пациенты, проявляющие эмоциональную подавленность, не могут правильно оценить и описать свое состояние.

Таким образом, в современном понимании патогенеза психо­соматических заболеваний признается многофакторность в объ­яснении их природы. Соотношение соматического и психическо­го, то есть влияние предрасположенности и среды, фактическое состояние окружающей среды и ее субъективная переработка, физиологические, психические и социальные воздействия в их совокупности и взаимодополнении - все это имеет значение в качестве взаимодействующих между собой факторов психосома­тических заболеваний.