**Лекция 3**

**Психогенные, психосоматические, соматоформные расстройства. Астенический, психоорганический синдром, синдром хронической усталости. Концепции психосоматических расстройств.**

**План.**

1. **История исследования психосоматических расстройтв.**
2. **Астенический, психоорганический синдром, синдром хронической усталости.**
3. **Концепции психосоматических расстройств.**

Предположение о существовании тесных связей между эмоциональными состояниями человека и нарушениями физического (соматического) здоровья имеет давнюю историю. Идеи смерти или развития тяжелых недугов по причине сильных эмоциональных потрясений встречаются во всех культурах, начиная с древнейших времен. Сократ (469-399 гг. до н. э.) — один из первых, по мнению Диогена Лаэрция, европейских мыслителей, поставивший вопрос о влиянии образа жизни на здоровье, — считал влияние души определяющим фактором телесного благополучия:

«... все — и хорошее и плохое — порождается в теле и во всем человеке душою, и именно из нее все проистекает... Потому-то и надо прежде всего и преимущественно лечить душу, если хочешь, чтобы и голова и все остальное тело хорошо себя чувствовали» /32/.

В античной медицине идея влияния души на физические процессы, протекающие в теле, была одной из центральных. Хрестоматийным примером античных представлений стала концепция истерии как следствия непроизвольного болезненного сокращения матки из-за неудовлетворенного сексуального желания женщины. Однако уже во II в. н. э. причинная роль души в возникновении соматических расстройств была поставлена под сомнение Клавдием Галеном (131-201), утверждавшим, что все болезни, в том числе и душевные, скорее всего, проистекают из дисгармоничного сочетания четырех жизненных соков: *крови* (sangvios), *слизи* (flegma), *желтой желчи* (hoyle) и *черной желчи* (melan hoyle). Т. е. могут иметь только *биологическую природу*.Очевидный факт связи между психологическими и телесными феноменами К. Галеном не оспаривался. Он только поставил вопрос о том, что *действительно лежит в основе* наблюдаемых фактов, т. е. каковы закономерности возникновения психосоматических отношений, их принципы и механизмы? С тех пор на протяжении вот уже двух тысячелетий спор идет не о наличии или отсутствии психосоматических отношений, а о том, что понимается под психосоматическими расстройствами и каковы причины их возникновения.

Сам спор основывается на том, что противоположные стороны по-разному понимают психику и, соответственно, по-разному решают один из основных методологических вопросов клинической психологии — о связи психики и мозга.

Учение о связи соматических заболеваний и психических процессов (состояний) возникло в Новое время — в период между XVII-XIX вв. — как самостоятельный раздел медицины, благодаря работам Т. Сиденама (Т. Sydenham). В 1818 г. немецкий врач С. А. Гейнрот (S. A. Heinroth) ввел в оборот термин *«психосоматика»*, которым он обозначил свою концепцию о внутреннем конфликте как ведущей причине психической болезни /69/. Четыре года спустя другой немецкий врач — Якоби — ввел альтернативное понятие *«соматопсихическое»*, подчеркнув, что психические болезни вызываются вполне материальными причинами, а не недоступными эмпирической проверке психологическими конфликтами.

Следовательно, историческое первое значение термина «психосоматика» связано с концепцией *психологического конфликта* как пускового фактора расстройства. Со временем, как отмечает В. Риф, это понятие все больше расширялось, и психосоматические отношения нередко рассматривались как особая «картина мира», определяющая специфику проявления любого заболевания /21/.

Идея психологического конфликта как основы психосоматических расстройств получила дальнейшее развитие в рамках *психодинамического направления* в психологии. Клинико-психологический анализ явлений гипноза и истерии, проводившийся во второй половине XIX в. с целью изучения механизмов соматических изменений под влиянием психологических воздействий, привел к предположению о возможности непосредственного отражения в клиническом синдроме психологического содержания неосознаваемого внутриличностного (эмоционального) конфликта, спровоцировавшего развитие заболевания. Тогда же возникло и два теоретических подхода, пытавшихся с разных методологических позиций объяснить наблюдаемую связь между формой болезни и содержанием конфликта: *психодинамический* и *кортиковисцеральный*.

Базовые теоретические положения **психодинамической концепции** психосоматических расстройств были сформулированы З. Фрейдом (1856-1939). Однако нужно помнить, что сама психосоматическая проблема никогда не была в центре внимания основателя метода психоанализа и его ближайших последователей. Главной целью психологических изысканий З. Фрейда был поиск эффективного метода, с помощью которого пациент мог лучше понять свое состояние и увидеть связь психического расстройства со своей личностью. И сама трактовка психосоматических отношений, встречаемая в ранних работах австрийского невропатолога, ограничена узкой сферой истерических расстройств.

С точки зрения З. Фрейда, психопатологические симптомы поддерживаются динамикой бессознательных сил — *энергии* (либидо) и *аффекта* (катексиса), ограниченных в своем внешнем проявлении социальными нормами. Увидеть эти энергетические процессы в психике естественнонаучными методами, применяемыми в эмпирической клинической психологии, невозможно: они приобретают вещественную форму только в виде *символических знаков*.Когда под воздействием жестких социальных норм-запретов прямое выражение аффективных побуждений становится невозможным, динамическое напряжение бессознательных сил реализуется в виде символов, спроецированных на проблемную область жизни пациента.

Истерия как психопатологический синдром вызывается, по мнению З. Фрейда, неразрешенным эмоциональным конфликтом (психической травмой), осознание которого не поощряется социальными нормами. Другими словами, вместо того чтобы быть отреагированными в спонтанном выражении, испытываемые человеком отрицательные эмоции, возникающие при травмирующем событии, подавляются. Однако вызываемое аффектом энергетическое напряжение никуда не девается и обращается в болезненный симптом. Отсюда возникает представление о конверсионном (*conversion* — обращение, переход из одного состояния в другое) механизме истерических расстройств, когда болезненный симптом выступает символическим выражением эмоционального конфликта. Нарушение телесной функции есть соматизированное выражение несовместимых с осознаваемым «Я» идей.

Неотреагированный вытесняемый эмоциональный (внутриличностный) конфликт становится энергетическим резервуаром, подпитывающим болезнь. Следовательно, для прекращения истерического расстройства необходимо осознание этого конфликта, добиться чего можно за счет актуализации личностных ресурсов самого пациента. Дальнейшее развитие этой идеи пошло по пути поиска и совершенствования метода актуализации личностных ресурсов. Поэтому психосоматические нарушения в психоанализе долгое время отождествлялись только с*конверсионным психическим расстройством*.

*Под конверсионным психическим расстройством сегодня понимаются нарушения телесных функций (двигательных или сенсорных) психогенного происхождения, имеющие тесную по времени связь с травматическими событиями, или неразрешимыми, невыносимыми проблемами, или нарушенными взаимоотношениями со значимыми людьми.*

Истинно конверсионным считается расстройство, которое возникает вследствие неспособности человека самостоятельно разрешить возникшие проблемы и конфликты, вызывающие у него очень неприятные чувства.

Типичный пример детей с истинно конверсионным расстройством — это лица с судорожными конвульсиями, параличом (полным или частичным, когда движения слабы и замедленны), снижением остроты зрения («неясность» зрения или сужение поля зрительного восприятия), потерей кожной чувствительности. При этом симптомы являются конверсионными, если они возникают в ответ на эмоционально значимые или травмирующие события и отсутствуют данные об органическом поражении двигательного и нервного аппарата.

*В современной клинической психологии вместо термина «конверсионное» также используется более широкое понятие* ***«диссоциативное расстройство»****. В**этом термине подчеркивается характерная особенность конверсионных расстройств, которая заключается в**частичном или полном вытеснении из памяти психотравмирующего события, неразрешимой проблемы или конфликта, что проявляется в отрицании ребенком очевидной для окружающих временной и причинной связи между неразрешимой проблемой и появившимся расстройством.*

Дальнейшее развитие психодинамической концепции психосоматических расстройств происходило в нескольких направлениях: теория *личностных профилей*,теория *психосоматической специфичности*,теория *психосоматического Эго*.

Теория ***личностных профилей*** связана с именем Ф. X. Данбар (F. H. Dunbar). В 1935 г. ею были опубликованы результаты исследования о связи соматических расстройств с определенными типами эмоциональных реакций, к которым предпочитают прибегать люди с теми или иными характерологическими чертами. Она обратила внимание на укорененную в личности предрасположенность к реагированию на психологический конфликт конкретным соматическим расстройством. В 1948 г. Ф. Данбар закончила разработку концепции личностных профилей, в которой эта исследовательница утверждала, что эмоциональные реакции на проблемные жизненные ситуации являются производными от структуры личности больного. Из этого тезиса вытекало предположение, что каждое соматическое заболевание, развившееся вследствие непроработанного психологического конфликта, связано с вполне определенным набором характерологических черт и паттернов межличностного взаимодействия. Ею были выделены коронарный, гипертонический, аллергический и склонный к повреждениям типы личности.

Для *коронарного типа* личности (людей, которые склонны к развитию у них сердечно-сосудистой патологии) характерна повышенная агрессивность, жестокость, раздражительность, стремление всегда быть лидером и победителем, состязательность, нетерпение, гневливость и враждебность по отношению к другим. Ведущей причиной сердечных расстройств у «коронарной» личности Ф. Данбар считала подавление в силу социального или эмоционального запрета эмоции гнева. В 1974 г. американские кардиологи Роузенманн и Фридман назвали поведение коронарной личности *«поведением типа А»* (М. Айзенк и соавт., 2002).

Для *гипертонического типа* личности свойственны повышенная гневливость, чувство вины за собственные враждебные импульсы, выраженная потребность в одобрении со стороны окружающих, особенно — авторитетных или руководящих лиц.

В структуре *аллергического типа* личности часто встречаются такие черты, как повышенная тревожность, неудовлетворенная потребность в любви и защите, конфликтное сочетание стремления к зависимости и независимости, повышенная сексуальность (зуд как символическая форма мастурбации).

В социальном психоанализе Франкфуртской школы концепция Ф. Данбар была модифицирована в теорию «больного общества» (Э. Фромм, Дж. Холлидей). Дж. Холлидей (J. Halliday) выделяет два вида причин психосоматического расстройства: *структура личности* и ее *социальное окружение* /60/.Он считает, что психосоматические расстройства в подростковом и взрослом возрасте происходят от *фрустрации* ребенка на самых ранних стадиях жизненного цикла и *неадаптивной психологической защиты*,возникающей в ответ на эту фрустрацию. Пусковым фактором болезни Дж. Холлидей считает «слом» какого-либо одного или нескольких базовых паттернов социального взаимодействия: семейного, игрового, гендерного, религиозного, экономического, профессионального, политического. Поэтому согласно теории «больного общества» необходимо проводить комплексное исследование не только профиля личности, но и контекста социального взаимодействия больного ребенка.

В исследованиях Ф. Данбар была продемонстрирована роль психологических факторов развития психосоматических расстройств, однако ее теория не давала ответа на основной вопрос: каким образом бессознательный внутриличностный конфликт запускает или поддерживает заболевание? Ответ на этот вопрос попытался дать Ф. Александер.

Ф. Александер (F. Alexander) в 1950 г. предложил ***теорию психосоматической специфичности***.Гипотеза о специфичности как основном механизме психосоматического расстройства возникла из клинического опыта. В 1934 г. Ф. Александер опубликовал исследование о влиянии психологических факторов на развитие болезней желудочно-кишечного тракта /67/. К тому времени многие уже отмечали тот факт, что пищеварительная система наиболее «предпочитается» психическим аппаратом для облегчения разного рода эмоционального напряжения. Ф. Александер обратил внимание на высказанную в 1926 г. Ф. Дойчем (F. Deutsch) мысль о том, что органические повреждения могут быть следствием длительного функционального расстройства.[[1]](#footnote-0) Как отмечает Дж. Поллок, эта идея резко контрастировала с доминировавшей тогда в европейской науке вирховской парадигмой клеточной патологии. Для объяснения самой возможности подобного феномена Ф. Дойч заявил о символическом значении органической патологии для личности больного, приведя в пример полученные от пациента во время аналитической сессии ассоциации между легочным кровотечением и фантазией о розах. Ф. Александер расширил эту идею, предположив, что не только отдельный симптом, но и весь патологический процесс может быть вызван специфическим психологическим стимулом. В своей статье он утверждал, что психологический фактор не столько вызывает само поражение желудочно-кишечного тракта, сколько запускает процесс гипо- или гиперсекреции желудочного сока, а также изменяет двигательную активность и давление крови в кишечнике.

**Гипотеза о специфичности, выдвинутая Ф. Александером, опиралась на три базовых положения.**

*1. Психологический конфликт сочетается с физиологическими и биохимическими факторами, предрасполагающими к заболеванию.*

*2. Бессознательный конфликт активизируется под влиянием особо значимых жизненных событий.*

*3. Сопровождающие внутриличностный конфликт негативные эмоции выражаются на физиологическом уровне, что и приводит в конечном итоге к развитию болезни.*

Таким образом, теория Ф. Александера непротиворечиво объединила три основные достижения психологии первой четверти XX в.: фрейдовскую концепцию о бессознательном внутриличностном конфликте, исследования кортиковисцеральных процессов в школе И. П. Павлова и теорию эмоций У. Кэннона, согласно которой эмоции выступают информационным посредником между организмом и средой, запускающим процессы кортиковисцерального взаимодействия для восстановления привычного эндокринного баланса, нарушенного под воздействием стрессовых жизненных событий. Мысль о специфичности психосоматических реакций возникла у Ф. Александера под влиянием работы Ч. Дарвина «Выражение эмоций у человека и животных». Как известно, Ч. Дарвин постулировал, что каждая эмоция выполняет функцию выражения определенного физиологического состояния организма. Соответственно, в рамках концепции эмоций У. Кэннона, получается, что какова эмоция, возникающая на стрессовое событие, такова и ответная физиологическая реакция: каждая эмоция может вызвать только определенное, специфичное только ей, физиологическое состояние организма.

Еще Гиппократ говорил о том, что лечить нужно больного, а не болезнь. То есть необходим целостный подход к обследованию и лечению больного.

****Психосоматика****(греч. psyche - душа, soma - тело) - направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний.

Согласно основному постулату этой науки, в основе психосоматического заболевания лежит реакция на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы. Любое психосоматическое заболевание является свойством человеческого организма как системы. Оно не выводится по отдельности ни из психических, ни из физиологических (включая наследственные) свойств индивида, его невозможно объяснить путем исследования свойств какой-то одной подсистемы - психической или соматической. Только взаимодействие между этими подсистемами и окружающей средой может привести к новому состоянию организма, определяемому как психосоматическое заболевание. И только понимание этих связей может дать возможность эффективно воздействовать на возникшее заболевание, в том числе и методами психотерапии.

****Психосоматическими заболеваниями****называют физические заболевания или нарушения, причиной возникновения которых является аффективное напряжение (конфликты, недовольство, душевные страдания и др.). Психосоматические реакции могут возникать не только в ответ на психические эмоциональные воздействия, но и на прямое действие раздражителей. Представления, воображение также могут оказывать влияние на соматическое состояние человека.

Быстрое распространение и развитие психосоматическая медицина получила в начале XX века с появлением психоанализа Зигмунда Фрейда и его последователей. В это время зарегистрированы миллионы случаев "функциональных" пациентов, соматические жалобы которых не подтверждались объективными исследованиями, а лечение ортодоксальными медикаментозными средствами было неэффективно. Необходима была коррекция аффективных состояний, нарушенных межличностных отношений больных, то есть психотерапия, психологическое консультирование.

До сих пор отношение к психосоматическим заболеваниям, их происхождению и лечению неоднозначно.

Многие исследователи настаивают на комплексном подходе к происхождению и лечению этих заболеваний: групповая и индивидуальная психотерапия, трудотерапия, а также фармакологическое лечение.

****Нарушения, возникающие в организме под влиянием психических факторов, называют психогенными****.

Психогенные факторы могут вызывать следующие физиологические нарушения в разных органах и системах организма:

* ****в сердечно-сосудистой системе****– учащение сердцебиения, изменение кровяного давления;
* ****в системе дыхания -**** его задержку, замедление или учащение;
* ****в пищеварительном тракте**** - рвоту, поносы, запоры, повышенное слюноотделение, сухость во рту;
* ****в сексуальной сфере****- усиленную эрекцию, слабость эрекции, набухание клитора и секрецию генитальной области;
* ****в мышцах****- реакции непроизвольного характера: мышечное напряжение, дрожание;
* ****в вегетативной системе****- потливость, гиперемию и т.д.

****Существуют психические психогенные заболевания:****

* реактивные психозы;
* неврозы;
* патохарактерологические формирования личности;
* психосоматические заболевания.

К психосоматическим заболеваниям относится нервная анорексия. Психогенный компонент играет большую роль во многих органических заболеваниях: гипертонической болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, при инфаркте миокарда, мигрени, бронхиальной астме, язвенном колите, нейродермите и т.д.

****Психосоматические болезни****

Психосоматические расстройства составляют значительную часть «болезней цивилизации» и на протяжении последнего века являлись объектом исследований.

****Психосоматические расстройства делят на две основные группы:****

1. **«Большие» психосоматические заболевания, к ним относят:**

* ишемическую болезнь сердца;
* гипертоническую болезнь;
* язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
* бронхиальную астму.

**2. «Малые» психосоматические расстройства** - невротические нарушения внутренних органов, или так называемые «органные неврозы».

             Появление термина «психосоматический», согласно литературе, относится к 1818 г. (Хайнрот), а термина «соматопсихический» — к 1822 г. (Якоби), но сами вопросы соотношения соматического (телесного) и психического (духовного) являются одними из древнейших в философии, психологии, медицине.

****По современным представлениям, к психосоматическим заболеваниям и расстройствам относят:****

****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 произвольную моторику и органы чувств. Примерами являются истерические параличи и парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены.

****2. Функциональные синдромы.**** В этой группе находятся пациенты,  имеющие неопределенные жалобы, которые затрагивают сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания или мочеполовую систему. У таких больных имеются только функциональные нарушения отдельных органов или систем;  органические изменения, как правило, не обнаруживаются. Александер   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****:

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.

****Патогенез психосоматических расстройств 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 участвуют в происхождении психосоматических расстройств, и делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических нарушений.

**Распространенность психосоматических расстройств**

Психосоматические расстройства имеют высокую распространенность среди населения и, особенно, в высокоразвитых странах. Частота психосоматических расстройств колеблется от 15 до 60% среди населения, а среди пациентов первичной практики - от 30 до 57%. Статистика показывает, что 1/3 больных, получающих медицинскую помощь, первично страдают от эмоциональных расстройств. Среди контингента многопрофильных больниц психосоматические расстройства были выявлены в 53,6% случаев. За последние 25-30 лет отмечается резкое увеличение численности больных с психосоматической патологией. Это касается, прежде всего, заболеваний желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, хронических неспецифических болезней и эндокринных расстройств.

Психосоматические по происхождению и соматические по проявлениям заболевания имеют достаточно большой удельный вес среди патологических расстройств в поликлинической и стационарной сети. Страдающие психосоматозами длительное время, а иногда годами безуспешно лечатся у врачей разных специальностей, нередко переходя от одного к другому. В клинике внутренних болезней чаще остальных встречаются астенический, фобический и депрессивный синдромы. Последний может проявляться не прямо, а под видом соматических страданий: пациентов с признаками маскированной депрессии среди обращающихся к терапевтам - от 12 до 15%. Довольно часто при соматических заболеваниях отмечаются психогенные (невротические) реакции преимущественно неврастенической, истерической и обсессивно-фобической симптоматики.

Общее число собственно психосоматических заболеваний среди населения трудоспособного возраста колеблется в пределах от 50 до 70%. Так, распространенность артериальной гипертонии составляет -  30-40% населения, ишемической болезни сердца - 5-10%, язвенной болезни - 6-10%, сахарного диабета - 5-7%, бронхиальной астмы - 1-5% и ревматоидного артрита - 1%.

*Маша, 10 лет,* в течение года обследовалась в лучших педи- атрических клиниках по поводу периодически возникающих бо- лей в животе. Боли проходили летом, когда начинались канику- лы, возобновлялись во время пребывания у бабки в другом го- роде, а также при предъявлении девочке ответственности. Мать, будучи в разводе, испытывала трудности материального харак- тера и чувство вины, стараясь максимально удовлетворять по- требности ребенка. Бабка, наоборот, была привержена жесткому стилю воспитания и кормления ребенка. Девочка своим «боле- вым симптомом» символически избавлялась от «ножниц воспи- тания», а затем болевой синдром закрепился по механизму

«вторичной выгоды», позволяя избегать необходимых для ее возраста обязанностей. В этом случае проводилась семейная психотерапия с одной матерью.

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №3

Еще один пример обращения за консультацией Андрея Н.,18 лет, страдающего болями в области позвоночника в тече- ние 2 лет. Парень 2 года безуспешно лечился у остеопатов, анти- депрессантами. В анамнезе до появления болевого синдрома наблюдалась эмоциональная зависимость от девушки, которая отвергала его. Хотя он добился её расположения, теперь другой внешний фактор якобы поддерживал его симптом: он с нежела- нием учился в вузе, в который устроил его отец. При постановке

«семейного диагноза» оказалось, что кроме «идентифицирован- ного пациента» Андрея в семье было еще два «носителя симпто- ма»: мать 2 года принимала антидепрессанты по поводу своего

невроза, а отец ─ кодеин-содержащие анальгетики по поводу сильных головных болей. В ходе консультации было понятно, что юноша «проживал жизнь своего отца», и у него сохранялась сильная эмоциональная зависимость от девушки («зачем ходить к психотерапевту, ты же не псих?»); родители отказались от уча- стия в семейной психотерапии.

*Елена Б., 21 год,* учась на 5 курсе по специальности «банков- ское дело», пыталась найти работу, но не сумела это сделать. От- сутствие близких друзей, умения общаться, сильная зависимость от мнения матери «обострила» комплекс неполноценности у де- вушки, воспитанной в интеллигентной семье. Ориентируясь на внешние стандарты молодежи, она сделала пластическую операцию, ликвидировав «дефекты своего носа», полагая, что станет привлекательнее для молодых людей. Прошло несколько месяцев после удачно проведенной операции, но результатов улучшения в ее жизни не возникло. Обратилась к психотерапев- ту только в связи с появлением признаков депрессии.

Трехмесячный курс психотерапии послужил импульсом к выполнению задач развития этого возраста. Появившаяся внутренняя уверенность в себе, психологический отрыв от ма- тери, заменявшей ей подруг, способствовал и предложениям

на рынке труда — девушка реализовала свой креативный по- тенциал.

1. [↑](#footnote-ref-0)