Составители: Киреева Д.С., Дереча Г.И., Габбасова Э.Р.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

**МОДУЛЬ 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОСОМАТИКИ И ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

**Тема 1. Психосоматические расстройства (ПСР) и «психосоматическая медицина»**

***Содержание:***

1. Психосоматика, определение. Психосоматический подход в медицине.

2. Проблема психосоматических и соматопсихических соотношений.

3. Психогении и соматогении.

4. Многофакторный подход к пониманию генеза ПСР.

5. Основные концепции психосоматических расстройств.

6. Происхождение психосоматических симптомов с позиций классического психоанализа Зигмунда Фрейда.

7. Теория специфического психодинамического конфликта Ф. Александера.

8. Концепции личностных черт и «профилей личности», предрасполагающих к развитию психосоматической патологии:

* теория личностных профилей Ф. Данбар;
* концепция алекситимии П. Сифнеоса;
* теория типов поведенческой активности М. Фридмана и Р. Розенмана.

9. Психосоматические расстройства и теории научения:

* условно-рефлекторная теория И.П. Павлова;
* кортико-висцеральная теория К.М. Быкова и И.Т. Курцина;
* модель выученной беспомощности М. Селигмана.

10. Психосоматические расстройства как «болезни адаптации»: теория стресса Г. Селье и теория релаксации Г. Бенсона.

**Вопрос 1. Психосоматика, определение. Психосоматический подход в медицине.**

В 1818 г. немецкий врач из Лейпцига Хайнрот ввел термин «психосоматический». В 1822 г. немецкий психиатр Якоби ввел понятие «соматопсихическое» как противоположное и в то же время дополняющее по отношению к «психосоматическому». В общепринятый врачебный лексикон термин «психосоматика» вошел лишь столетие спустя, во многом благодаря психоаналитикам (Франц Александер, Фландерс Данбар, Феликс Дойч и др.) [5].

На сегодняшний день существует множество определений понятия **«психосоматика».** В самом общем виде *психосоматика* определяется как *раздел клинической психологии, изучающий проблемы души и тела, психики и соматики* [2].Более детализированное определение звучит следующим образом: *психосоматика – это научное направление, которое устанавливает взаимоотношения между психикой и телесными функциями, исследует то, как психологические переживания влияют на функции организма, как переживания могут вызывать те или иные болезни.* Также термин «психосоматика» используют для обозначения *ряда феноменов, связанных с взаимовлиянием психического и телесного, в том числе ряда патологических нарушений* (т. е. *психосоматических расстройств;* в качестве иллюстрации можно привести диалог: «Меня тошнит каждый раз, когда я сильно волнуюсь» – «Должно быть, это психосоматика», где слово «психосоматика» использовано как аналог слова «психосоматическое расстройство»). И наконец, под психосоматикой понимают *направление медицины, ставящее своей целью лечение психосоматических нарушений* («психосоматическая медицина») [5].

***Психосоматическая медицина (психосоматический подход в медицине)*** – *это концептуальный подход к здоровью и болезни, рассматривающий эти состояния как результат взаимодействия психологических, социальных и биологических факторов.* Данный подход, нашедший применение в различных областях медицины, принципиально отличается от традиционной биомедицинской модели болезни как строго физической аномалии, вызванной физико-химическими факторами. Вопреки распространенному заблуждению, психосоматическая медицина – не отдельная медицинская специальность. *Каждый врач, который старается в ходе медицинского обследования получить информацию о нынешней и прошлой жизни больного, особенностях его личности, чувствах, установках, отношениях с другими людьми и использует эти данные для лучшего понимания физических симптомов и патофизиологических процессов, практикует психосоматический подход.* *Психосоматический подход к лечению* предполагает учет, наряду с биологическими, психологических и социальных факторов, поэтому *включает не только проведение биомедицинского лечения, но и использование методов психотерапии* [9].

Еще с древности, со времен Гиппократа и Аристотеля было известно, что состояние психики влияет на физическое здоровье. Древнегреческий философ Сократ (4 век до н. э.) говорил, что «…нельзя лечить тело, не леча душу». Врач Древней Индии Бхаскаре Бхатте (1 тысячелетие н. э.) считал, что такие психические состояния как тоска, гнев, печаль, испуг являются «первыми ступенями на лестнице любой болезни». Поэтому не случайно то, что индийское учение йога столь плотно впитало в себя идеи психической связи между мозгом и телом. Однако развитие медицины в научный период, т. е. начиная с 17 века, шло таким образом, что исследование психики и сомы происходили в отрыве друг от друга.

Современная психосоматическая медицина стала формироваться в начале 20 века, в работах Зигмунда Фрейда и Йозефа Брейера о конверсии (т. е. трансформации) психической травмы в соматические симптомы. Еще одним из основоположников психосоматической медицины считается Франц Александер – американский психоаналитик венгерского происхождения, который внес значительный вклад в понимание роли психологических и социальных факторов в развитии соматической патологии и выделил группу «классических» психосоматических заболеваний, известную также как «Святая семерка» («Holy seven») или «Чикагская семерка». Развитию психосоматической медицины способствовали и другие известные психоаналитики – Фландерс Данбар, Феликс Дойч, Альфред Адлер и Леопольд Сонди.

В России в исследованиях учеников академика И.П. Павлова (Быков К.М., Курцин И.М.) было экспериментально исследовано возникновение патологических изменений в органах при перенапряжении нервных процессов, тем самым доказано значение церебральных механизмов в формировании психосоматической патологии [2].

**Вопрос 2. Проблема психосоматических и соматопсихических соотношений.**

Отношения между телом и психикой носят двусторонний характер, в соответствии с этим принято выделять два вектора отношений между психической и соматической сферами – **(1)** **вектор психосоматических соотношений** (включает нормальные и патологические явления, возникшие в результате влияния психологических переживаний на функции организма) и **(2)** **вектор соматопсихических соотношений** (включает нормальные и патологические явления, возникшие в результате влияния соматических факторов на психическое состояние и психическое здоровье человека) [1].

**1. Вектор психосоматических соотношений.**

В рамках данного вектора рассматриваются психосоматические реакции и психосоматические расстройства.

***Психосоматические реакции*** – это кратковременные изменения со стороны различных органов и систем организма (повышение артериального давления, покраснение или бледность кожных покровов, внезапная мышечная слабость, кратковременные нарушения стула или мочеиспускания), которые возникают в напряженных жизненных ситуациях. Психосоматические реакции наблюдаются у здоровых людей, они еще не являются патологией в полном значении этого слова, а встречаются как ответы (единичные) организма на те или иные стрессовые воздействия. При определенных условиях такие единичные психосоматические реакции могут стать началом психосоматического расстройства.

***Психосоматические расстройства*** *– это расстройства органов и систем организма функциональной или органической природы, возникающие в связи с воздействием психотравмирующих факторов при определенном отношении к ним [т. е. к психотравмирующим факторам] личности.*

Важную роль в развитии психосоматических расстройств играют ***отрицательные эмоции*** (тоска, тревога, гнев, отчаяние, ревность, зависть и др.). Эмоции оказывают влияние на: *1) иммунную систему* (исследования, проводимые с 1980-х годов, показали, что психологические факторы могут влиять на иммунные процессы; выраженное ослабление иммунной защиты наблюдается, в частности, при депрессии); *2) гормональное состояние;* *3) периферическую физиологическую активацию* (например, частоту сердцебиений и артериальное давление) [2, 4, 9]. Еще в 40-60 гг. 20 века Франц Александер пришел к выводу, что часть психосоматических расстройств вызвана *хроническим вегетативным сопровождением длительно сохраняющихся негативных эмоций, не находящих разрядки* (Александер называл эти расстройства «вегетативными неврозами», в современных классификациях используется термин «соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы»). При этом он подчеркивал, что к развитию психосоматической патологии приводят как негативные эмоции сами по себе, так и *особенно* процесс их подавления. В настоящее время эти утверждения Александера по-прежнему актуальны. Различными учеными были подробно изучены изменения в организме, обусловленные эмоциями и доказано, что *разные отрицательные эмоции сопровождаются довольно однотипными регуляторными сдвигами* – повышается возбудимость симпатоадреналовой системы, возрастает секреция катехоламинов, что вызывает тахикардию, спазмирование сосудов с повышением АД и усиление прилива крови к мышцам. Патогенное воздействие сильных отрицательных эмоций на организм связано с работой *лимбической системы,* которая не только отвечает за формирование эмоций, но и регулирует деятельность вегетативной нервной системы (работу внутренних органов) и эндокринных желез (выработку гормонов), обусловливает нейровегетативное и нейроэндокринное обеспечение эмоциональных реакций, влияние эмоций на тело и иммунитет [2].

Двумя основными группами психосоматических расстройств являются:

***(1)*** Так называемые «большие» психосоматические заболевания или ***психосоматозы*** (ишемическая болезнь сердца, эссенциальная гипертония, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма и др.) – *соматические заболевания, в возникновении и течении которых существенную роль играют психологические факторы.* ***(2)*** «Малые» психосоматические расстройства или ***соматоформные расстройства*** (ранее называемые «органными неврозами», «системными неврозами», «вегетативными неврозами» и др.) *– группа психогенных расстройств, характеризующиеся наличием соматических симптомов, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическим заболеванием и которые не являются вторичными последствиями другой психической патологии (например, депрессии или панических расстройств).* При соматоформных расстройствах имеет место с одной стороны – *соматизация переживаний,* а с другой стороны – *предшествовавшая слабость некоторых органов и систем* (locus minoris resistentia, т.е. место наименьшего сопротивления), за счет чего именно этот орган страдает во время интенсивных переживаний (рвется там, где тонко). Соматоформные расстройства не имеют под собой физической (органической) основы, они носят функциональный обратимый характер. Однако при длительном существовании соматоформное расстройство может привести к реальным морфологическим изменениям в органах – психосоматическим заболеваниям [2, 4].

Наряду с психосоматозами и соматоформными расстройствами к патологическим нарушениям в контексте вектора психосоматических соотношений относятся также (1) конверсионные симптомы (симптомы изменения или утраты какой либо функции организма, не имеющие реальной телесной патологической основы и являющиеся выражением психологического конфликта или психологической потребности), которые чаще всего наблюдаются при диссоциативных неврозах (устаревшее название – истерический невроз), (2) соматизированная депрессия (атипично протекающая депрессия, при которой собственно симптомы депрессии скрыты за маской стойких соматических и вегетативных жалоб) и расстройства пищевого поведения (нервная анорексия, нервная булимия).

**2. Вектор соматопсихических соотношений.**

К этому вектору относятся ***соматопсихические расстройства*** *– психические расстройства вследствие влияния соматической патологии на психику.* Выделяют две группы соматопсихических расстройств – ***нозогенные психические расстройства (нозогении)*** и ***соматогенные психические расстройства (соматогении).***

***Нозогенные психические расстройства (нозогении)*** *– психогенные расстройства, обусловленные влиянием психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием; психические расстройства (тревожно-фобические, депрессивные и др.), возникающие в связи с реакцией личности на свое соматическое заболевание (соматическое заболевание выступает как психотравмирующий фактор).* [1, 2].

***Соматогенные психические расстройства (соматогении)*** – *психические расстройства, обусловленные воздействием на ЦНС тяжелого соматического заболевания (сосудистого, эндокринного, инфекционного), вызывающего повреждение и гибель нейронов головного мозга (соматическое заболевание выступает как органический фактор)* [1, 8]. Более подробно – см. «вопрос 3. Психогении и соматогении».

Стоит отметить, что к примерам взаимоотношений и взаимовлияния психической и соматической сфер относятся не только перечисленные выше формы патологии, но и многочисленные феномены нормы, которые являются предметом изучения более широкой по отношению к психосоматике области знаний – ***психологии телесности*** [2].

**Вопрос 3. Психогении и соматогении.**

Все расстройства, наблюдаемые в психосоматической клинике делятся на две группы – ***психогенные (психогении)*** и ***соматогенные (соматогении),*** в зависимости от того, по каким механизмам – психологическим или биологическим – они развиваются.

**Психогенные расстройства (психогении)** *– группа психических расстройств, возникновение и течение которых обусловлено психической травмой; болезненные нарушения, возникающие под влиянием психологических факторов.*

Наиболее частыми формами психогений являются ***неврозы*** и ***психосоматические расстройства.*** Также психогенную природу могут иметь психотические состояния (психозы), такие как ***психогенная депрессия, психогенные бредовые расстройства*** (при условии, что эти расстройства возникли в качестве *реакции* на какое-либо психотравмирующее событие; отсюда другое название этих расстройств – *«реактивные расстройства»*) [6]. К психогенным расстройствам можно отнести большую часть нарушений, рассмотренных в предыдущем разделе – *психосоматозы, соматоформные расстройства, конверсионные расстройства, соматизированная депрессия* (при условии, что депрессия возникла как реакция на психотравмирующие обстоятельства и не имеет эндогенной природы), *расстройства пищевого поведения* (анорексия, булимия), *нозогении.*

Не всякое расстройство, возникающее на фоне стрессовых событий, является психогенным. Известно, что травмирующее событие часто играет роль лишь триггерного фактора, а истинной причиной болезни является патологическая наследственность. Так, в практике психиатра нередко встречаются приступы шизофрении, спровоцированные психической травмой, что, однако, не отменяет того, что шизофрения является эндогенным заболеванием.

В отечественной психиатрии диагностика психогенных расстройств традиционно основывается на констатации тесной связи между психотравмирующим событием, с одной стороны, и течением и клиническими проявлениями расстройства, с другой стороны. Наиболее четко эта связь сформулирована в ***триаде К. Ясперса*** (1910):

***(1)*** психогенное расстройство развивается непосредственно после воздействия психотравмы;

***(2)*** проявления расстройства непосредственно вытекают из содержания психотравмы, между ними имеются психологически понятные связи;

***(3)*** течение расстройства тесно связано с выраженностью и актуальностью психотравмы; разрешение психотравмы приводит к прекращению или значительному ослаблению проявления расстройства.

Наиболее четко связь между психотравмирующим событием и психическим расстройством прослеживается при реактивных психозах. При мягких непсихотических расстройствах (неврозах) психотравма, как правило, существует продолжительно, что не позволяет точно соотнести во времени болезнь и существующую патогенную ситуацию. Сам больной не всегда способен осознать связь имеющихся расстройств с психотравмой, поскольку при неврозах обычно активно используются механизмы психологической защиты, которые предполагают непроизвольное вытеснение из сознания человека эмоционально неприятной информации для сохранения психического равновесия. Использование защитных механизмов приводит также к тому, что утрачиваются психологически понятные связи между психотравмой и проявлениями болезни.

Обращает на себя внимание тот факт, что в одинаковой ситуации психогенные заболевания развиваются далеко не у всех людей. Это свидетельствует о существенной роли индивидуальных личностных особенностей, черт врожденной психофизиологической конституции (темперамента) в развитии психогений [3, 7].

**Соматогенные психические расстройства (соматогении)** *– психические расстройства, обусловленные воздействием на ЦНС тяжелого соматического заболевания (сосудистого, эндокринного, инфекционного), вызывающего повреждение и гибель нейронов головного мозга.* Соматогенные психические расстройства проявляются преимущественно в виде *неврозоподобной симптоматики* (особенно частыми являются неврастеноподобные состояния – повышенная утомляемость при умственной и физической нагрузке, раздражительность, повышенная чувствительность к внешним раздражителям, нарушения сна, разнообразные симптомы вегетодистонии), однако в ряде случаев на фоне тяжелой органической патологии возможно развитие *психотических состояний,* а также существенных *нарушений высших психических функций* вплоть до *деменции.*

В МКБ-10 указываются следующие общие критерии соматогенных (в том числе органических) расстройств:

***(1)*** Объективные данные (результаты физического и неврологического обследований и лабораторных тестов) и (или) анамнестические сведения о поражениях ЦНС или заболевании, которое может вызывать церебральную дисфункцию, включая гормональные нарушения (не связанные с алкоголем или другими психоактивными веществами) и эффекты непсихоактивных препаратов.

***(2)*** Временная зависимость между развитием (обострением) заболевания и началом психического расстройства.

***(3)*** Выздоровление или значительное улучшение психического состояния после устранения или ослабления действия предположительно соматогенных (органических) факторов.

***(4)*** Отсутствие других вероятных объяснений психического расстройства (например, высокой наследственной отягощенности клинически сходными или родственными расстройствами).

При соответствии клинической картины заболевания критериям 1, 2 и 4 оправдан временный диагноз, а при соответствии всем критериям диагноз соматогенного (органического, симптоматического) психического расстройства может считаться определенным.

В МКБ-10 соматогенные расстройства представлены преимущественно в разделе F00-F09 Органические, включая симптоматические психические расстройства [1, 8].

**Литература:**

1. Березанцев А.Ю. Соматопсихические и психосоматические расстройства: вопросы систематики и синдромологии (клинико-психологический аспект). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 1. URL: http:// medpsy.ru (дата обращения: 27.09.2016).
2. Дереча В.А. Основы психосоматики: учебное пособие / В.А. Дереча, Г.И. Дереча. – ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава РФ, 2013. – 90 с.
3. Иванец Н.Н. Психиатрия и наркология: учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина. – ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832 с.
4. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. – СПб.: Питер, 2004. – 960 с.
5. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.
6. Мясищев В. Н. и др. "Основы общей и медицинской психологии". – Изд-во "Медицина", Л., 1968 г.
7. Психогенные заболевания. Общие критерии диагностики. Систематика психогенных расстройств [Электронный ресурс] // Медицинская учебная литература. - URL.: https://auno.kz/uchebnik-po-psixiatrii/152-psixogennye-zabolevaniya-obshhie-kriterii.html. (Дата обращения - 13.10.2017 г.)
8. Телия К.К. Психические расстройства при соматических заболеваниях [Электронный ресурс] // Сайт кафедры психиатрии и наркологии 1СПбГМУ им. И.П. Павлова. – URL: <http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnik-po-psihiatrii/tema-no18-psihiceskie-rasstrojstva-pri-somaticeskih-zabolevaniah-/psihiceskie-rasstrojstva-pri-somaticeskih-zabolevaniah>. (Дата обращения 24.10.2016 г.)
9. Энциклопедия Кольера. — Открытое общество. 2000. URL.:http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc\_colier/4264/%D0%9F%D0%A1%D0%98%D0%A5%D0%9E%D0%A1%D0%9E%D0%9C%D0%90%D0%A2%D0%98%D0%A7%D0%95%D0%A1%D0%9A%D0%90%D0%AF (Дата обращения: 08.12.2014 г.).

**4. Многофакторный подход к пониманию генеза ПСР.**

*Этиология психосоматических расстройств чрезвычайно сложна и определяется следующими факторами:*

**1. Неспецифическая наследственная и врожденная отягощенность соматическими нарушениями и дефектами** (хромосомные мутации, которые в основном приводят к поражению лимбической системы).

**2. Наследственная предрасположенность к психосоматическим расстройствам** существует при: артериальной гипертензии (22-62 %), бронхиальной астме (65-85 %), нейродермите (66 %), язвенной болезни, ревматоидном артрите, тиреотоксикозе.

**3. Нарушения в центральной нервной системе, приводящие к нейродинамическим сдвигам.**

**4. Личностные особенности** (замкнутость, сдержанность, недоверчивость, тревожность, сенситивность (чувствительность), склонность к легкому возникновению фрустраций (разочарований), преобладание отрицательных эмоций над положительными, невысокий уровень интеллектуального функционирования в сочетании с выраженной нормативностью и установкой на достижение высоких результатов).

**5. Психическое и физическое состояние во время психотравмирующих событий.** Возникновение в момент переживания житейских трудностей чувства безысходности, неверия в свои силы, отчужденности, отсутствие активности и предприимчивости приводит к заболеванию, тогда как энергичная позиция в отношении происходящего, способность принимать на себя ответственность, уверенность в возможности управлять событиями отмечается у тех, кто остается здоровым.

**6. Фон неблагоприятных семейных и других социальных факторов.** Если число событий, приводящим к серьезным изменениям в жизни индивида возрастает более чем в 2 раза по сравнению со средним числом, то вероятность заболевания составит 80 %. Все изменения семейных взаимоотношений, препятствующие развитию индивидуальности ребенка, не позволяющие ему открыто проявлять свои эмоции, делают его ранимым в отношении эмоциональных стрессов. В то же время, наличие прочной социальной поддержки благоприятно сказывается на сопротивляемости к заболеваниям. Нарушенные внутрисемейные контакты в раннем возрасте, особенно между матерью и ребенком, в дальнейшем увеличивают риск развития психосоматических заболеваний.

**7. Особенности психотравмирующих событий.** Степень тяжести психотравмирующего события зависит от многих факторов, среди которых выделяют наличие или отсутствие угрозы для жизни, тяжесть потерь, внезапность события и т. д. Чем выше степень тяжести психотравмирующего события, тем выше вероятность развития психосоматических нарушений.

Перечисленные факторы не только участвуют в генезе психосоматических расстройств, но каждый отдельно или в разных комбинациях делают человека уязвимым к стрессорам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических расстройств.

*(Карташова К.С. Основы психосоматики: учебно-методическое пособие. 2012)*

**5. Основные концепции психосоматических расстройств.**

Существует достаточно большое количество теорий и моделей возникновения психосоматических заболеваний и способов их классификации. Мы коротко перечислим основные из них.

**Характерологически ориентированные направления и типологии личности.** Вдревности Гиппократ, а затем Гален описали людей с разными видами темпераментов — сангвиников, холериков, меланхоликов и флегматиков. Это положение нашло дальнейшее развитие в психологических теориях конституции Эрнста Кречмера (Кречмер, 2000) и Уильяма Шелдона (Sheldon, Stevens, 1942).

Классические психосоматические работы этого характерологического направления принадлежат американскому врачу Флендерс Данбар (Dunbar, 1947).

В современной медицине применение этого подхода приобрело большое значение в исследовании определенной типологии «личностей риска», как это, например, предлагает рабочая группа Rosenman и Friedman (1959, 1978) в разработке для лиц с угрозой развития инфаркта миокарда (так называемого поведения типа А). Такие описания встречаются во многих исследованиях личности (Irvine et al., 1991; Siegman, Smith, 1994; Williams, 1994).

**Психоаналитические концепции.** Научная основа, на которой в дальнейшем развивались психосоматические исследования, была заложена 3. Фрейдом, создавшем конверсионную модель, согласно которой ущемленные эмоции порождают конверсионные симптомы. Вытесненные из сознания социально неприемлемые инстинкты (агрессивные, сексуальные) прорываются, принимая ту или иную символическую форму (Бройтигам и др., 1999).

К теориям данного направления относятся также: теория де- и ресоматизации Шура (Schur, 1974), модель отказа от веры в будущее Энгеля и Шмале (Engel, Schmale, 1967), концепция потери объекта Фрайбергера (Freyberger, 1976), концепция двухфазной защиты, или двухфазного вытеснения, Митчерлиха (Mitscherlich, 1956).

**Теория специфического психодинамического конфликта Александера.** Основателем современной психосоматики считается Франц Александер. Упомянутые выше психосоматические теории исходили из дифференцированных психологических конструкций, причем соматическое лечилось исключительно на психологическом уровне (конверсия, регрессия, ресоматизация и т. д.). Александер впервые в 1950 г. предложил теорию, согласно которой симптомы вегетативного невроза являются не попыткой выражения подавленного чувства, а физиологическим сопровождением определенных эмоциональных состояний. Александер говорит о вегетативном неврозе в случае постоянного физиологического сопровождения эмоциональных состояний напряжения при отсутствии действия, направленного вовне и сбрасывающего напряжение. На втором этапе обратимые функциональные симптомы ведут к необратимым изменениям в органах (Александер, 2002).

**Интегративные модели.** Изначально по-другому ориентированная самостоятельная линия развития психосоматической теории происходит из изучения большого контингента больных с так называемыми функциональными нарушениями без патологической органической основы.

К данным моделям относятся: интегративная модель здоровья, болезни и болезненного состояния по Вайнеру (Weinеr, 1977), биопсихосоциальная модель Икскюля и Везиака (Uexkull, 1963, Uexkull, Wesiak, 1990), медицинская антропология В. Вайцзеккера (Weizsacker, 1949).

Кроме перечисленных выше психосоматических концепций и моделей необходимо упомянуть следующие:

**Концепция алекситимии** — неспособности к эмоциональному резонансу и «оперативного мышления» (конкретное мышление, свобода от сновидений), невозможности выразить собственные переживания, эмоции и ощущения, неспособности человека быть в контакте с собственным внутренним миром. Человек как бы отделен от всего того в себе самом, что не поддается строго логическому упорядоченному анализу. Все нюансы собственных душевных движений остаются для него скрытыми (Nemiah, Sifneos, 1970, Sifheos, 1973). Алекситимия рассматривается как некая совокупность признаков, характеризующих психический склад индивидов, предрасполагающий их к психосоматическим заболеваниям. Ее рассматривают как фактор риска развития многих заболеваний (Abramson et al., 1991; Dirks et al., 1981; Finn et al., 1987; Freyberger et al., 1985; Fukunishi etal., 1997; Greenberg, Dattore, 1983; Kauhanen et al., 1993; Numata et al., 1998).

**Теория стресса** (Cannon, 1975, Селье, 1982, 1991) — экспериментально-психологические, клинико-физиологические, биохимические и цитологические исследования последствий эмоционального стресса, устанавливающие влияние экстремальных и хронических стрессовых ситуаций на восприимчивость и особенности патогенеза, течения и терапии психосоматических заболеваний. В данное направление входит большое число отдельных направлений изучения психосоматической патологии (например, стресс й адаптационные реакции, стресс и стрессорные повреждения, стресс-факторы и картина их субъективного переживания и т. д.).

**Нейрофизиологическое направление** (Анохин, 1975; Губачев, 1994; Судаков, 1987; Курцин, 1973), в основе которого лежит стремление установить взаимосвязи между отдельными психофизиологическими характеристиками (например, некоторые неокортикально-лимбические характеристики или симпатико-парасимпатикотрофные проявления) и динамикой висцеральных проявлений (активацией органных функций). Принципиальной основой концепции является наличие функциональных систем. Данное направление изучает нейрофизиологическое обеспечение стойких патологических состояний и объясняет возникновение психосоматических расстройств нарушенными кортико-висцеральными взаимоотношениями. Суть этой теории заключается в том, что нарушения кортикальных функций рассматриваются как причина развития висцеральной патологии. При этом учитывается, что все внутренние органы имеют свое представительство в коре головного мозга. Влияние коры больших полушарий на внутренние органы осуществляется лимбико-ретикулярной, вегетативной и эндокринной системами.

**Психоэндокринное и психоиммунное направление** исследований, изучающее широкий спектр нейроэндокринных и нейрогуморальных феноменов у больных психосоматическими заболеваниями (психоэндокринное тестирование особенностей и уровня синтеза катехоламинов, гипофизарных и тиреоидных гормонов, специфика иммунограмм). Поиск «специфического нейрогормонального обеспечения» эмоционального реагирования показал, что высокий уровень личностной и ситуативной тревожности связан с разнонаправленными нейрогормональными сдвигами.

**Теория нарушения функциональной асимметрии мозга** как причина психосоматической патологии (Косенков, 1997, 2000).

**Концепция враждебности.** Согласно этой гипотезе, гнев и враждебность могут играть существенную роль в этиологии различных тяжелых соматических заболеваний (Graves, Thomas, 1981; Smith, 1998).

Представленные основные концепции психосоматической патологии показывают, что невозможно вычленить изолированно специфические психические или физиологические констелляции, которые бы охватывали весь спектр проявлений при данном виде заболеваний. Однако все гипотезы сходятся в одном: социальная дезадаптация — это основная причина возникновения психосоматической патологии.

В качестве обзорных работ, освещающих различные теории патогенеза психосоматических заболеваний, можно порекомендовать следующие: Бройтигам и др., 1999; Любан-Плоцца и др., 2000; Исаев, 2000.

*(Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.)*

**6. Происхождение психосоматических симптомов с позиций классического психоанализа Зигмунда Фрейда.**

Еще на заре психоанализа ***3. Фрейд*** описал психосоматический механизм развития телесных заболеваний: по его мнению, при неврозах сильное эмоциональное возбуждение (психотравма) приводит к соматическим нарушениям. В дальнейшем сложилась психоаналитическая трактовка подобных заболеваний, согласно которой *психосоматические нарушения формируются вследствие сочетанного действия двух механизмов.* Со стороны сознания это механизм ***вытеснения,*** являющегося преградой на пути доступа в сферу сознания *неприемлемых подсознательных мыслей и влечений* (по крайней мере, в их изначальной форме – неприкрытой, «голой правды», не отретушированной сознанием). Со стороны же подсознания действует механизм ***конверсии,*** благодаря которому *«подсознательный материал» [т. е. неприемлемые подсознательные мысли и влечения] прорывается на поверхность в трансформированной форме, в виде символов,* обходящих цензуру сознания, но в то же время недвусмысленно указывающих на внутренний конфликт.

|  |
| --- |
| **Конверсия** – трансформация эмоциональных нарушений в двигательные,  сенсорные и вегетативные эквиваленты, превращение неприемлемых мыслей, тревоги в соматический симптом.  *Манойлов А.Е. Соматоформные расстройства и основы психосоматики. 2004* |

Поэтому ***те или иные болезненные психосоматические проявления являются ответами на неприемлемую жизненную ситуацию в символической форме.*** […]

Так, например, с этой точки зрения ***приступ бронхиальной астмы*** - не что иное, как ***заторможенный «приступ плача»*** или ***призыв материнской помощи.*** Распространенным заболеванием с отчетливым психосоматическим компонентом и сходным внутренним психологическим конфликтом является ***вазомоторный ринит (риносинуит)*** – своего рода ***невыплаканные, «невидимые миру слезы».***

Психоаналитическая интерпретация ***расстройств* *пищеварения*** – это ***неспособность «переварить жизненные обстоятельства».*** Символическая трактовка ***язвенной болезни желудка*** (а отчасти и ***панкреатита***) – ***соматизированные самообвинения,*** следствие испытываемого человеком ***чувства вины и самонаказания,*** как бы ***«переваривание» им самого себя*** (в русском языке к этой ситуации хорошо подходит образное выражение ***«самоедство»***). […]

***Заболевания опорно-двигательного аппарата*** (позвоночник, суставы) – отражение ***«пассивной раздраженности» жизненной ситуацией,*** которую человек, с одной стороны, не приемлет (что и служит причиной его раздражения), а с другой – не считает для себя возможным разрешить с помощью активных собственных действий. К этому обычно добавляется ***переживание отсутствия внешней поддержки и опоры*** либо ***ощущение буквально физического «давления» жизненных обстоятельств.***

[…]

По механизму ***вытеснения («не вижу - потому что не хочу видеть», «не чувствую - потому что не хочу чувствовать»)*** или ***самонаказания*** развиваются и ***истерические (конверсионные) нарушения движений, чувствительности, зрения, речи.***

*(Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. 2005)*

Впервые идею **конверсии** Фрейд изложил в работах «Психоневрозы защиты» и «Исследования истерии». *Под* ***конверсией*** *он понимает* ***смещение психического конфликта и попытку разрешить его через различные симптомы в области тела*** *— соматические, моторные (например, различного рода параличи) или чувственные (например, утрата чувствительности или локализованные боли).* Происходит как бы «прыжок» из психической в соматическую иннервацию. Либидо отделяется от бессознательных, вытесненных представлений и эта энергия преобразуется в соматическую сферу. Благодаря такому «переносу» либидонозного заполнения из области психического в область телесного патогенный конфликт удаляется из сознания. На соматическом симптоме символически представлено то, что должно было содержаться в бессознательной фантазии.

Конверсионная модель особенно хорошо объясняет***нарушения произвольной моторики*** (невротически обусловленные параличи и речевые нарушения). Она может быть также полезна для понимания ***психогенных расстройств чувствительности, нарушений походки, ощущения кома в пищеводе при истерии*** (globushystericus), ***определенных болевых состояний, мнимой беременности.***

При этом важно, что ***телесный симптом символизирует бессознательный конфликт пациента*** […]

Эмоция, которая не могла быть выражена, оказывалась превращенной в физический симптом, представлявший собой ***компромисс между неосознаваемым желанием выразить мысль или чувство и страхом возможных последствий.*** Симптомы, как выяснилось, позволяли не только маскировать нежелательные эмоции, но и представляли собой своеобразное налагаемое на себя индивидуумом ***наказание за запрещенное желание*** или ***удаление себя из устрашающей ситуации.*** Эти же симптомы обуславливали и ***получение вторичных выгод*** от принятия роли больного.

«Соматический язык» симптомов может также использоваться как ***средство коммуникации,*** когда последняя затруднена бессознательными, сознательными или социокультурными факторами. Такой способ общения в особенности свойствен *инфантильным, незрелым, зависимым личностям с невысоким уровнем образования и интеллекта.* Коммуникативный эффект симптома проявляется в том, что, трансформируя конфликт в разных сферах отношений личности в физическое заболевание, ***он позволяет больному манипулировать социальным окружением, в какой-то мере снижая болезненность конфликтной ситуации.***

Устранение блокады на пути эмоции и следующая затем эмоциональная разгрузка ***(катарсис)*** приводит к ***исчезновению физического симптома.***

Одновременно с моделью конверсии, при рассмотрении так называемого невроза тревоги Фрейд сформулировал**вторую концепцию психосоматического возникновения симптомов, радикально отличающуюся от конверсии.** Он обнаружил, что такие органические симптомы, как *расстройства сердечной деятельности, дыхания, внезапные потливость, дрожь, голод, понос, головокружение, сужение сосудов и парестезия,* ***сопровождают тревогу в качестве «эквивалентов приступа тревоги»*** *(психосоматический симптом как эквивалент приступа) и* ***часто полностью заменяют его.***

Позже Фрейд отнёс соматический эквивалент тревоги — к более примитивному защитному механизму проекции. Общим для обеих концепций является то, что органическая симптоматика рассматривается не как простое нарушение физиологических функциональных связей, а как следствие переживаний и поведения.

[…]

**УЧЕБНЫЙ ПРИМЕР**

Андрей Ю., 40 лет. Неоднократно был госпитализирован в неврологическую клини­ку по поводу затяжного радикулита с выраженным болевым син­дромом и нарушением чувствительности. При случайном посещении психотерапевтической группы родителей подростков во время психодраматической постановки его сна удалось выяснить, что он служил в Афганистане, долгие годы медленно продвигал­ся по карьерной лестнице, терпел самодурство начальника и в течение многих лет не позволял себе проявлять страх и гнев. Столкнувшись с тревожащей его ситуацией во время психодра­мы, он не хотел вставать после завершения проигрывания своего сна (возник функциональный паралич) и издавал стон. Применив прием вербального отражения и усиления его звуков, удалось вызвать у мужчины крик: эмоцию страха он долгие годы «прес­совал» в бессознательном. После проведения психотерапии в течение двух последующих лет неврологической симптоматики не наблюдалось.

*(Кулаков С. А. Основы психосоматики. — СПб. : Речь , 2003. — 288 с, илл.)*

|  |
| --- |
| ***Учебный пример:***  *Больная 42 года поступила в неврологическое отделение с жалобами на внезапную потерю чувствительности в нижних конечностях возникшую сразу после скандала с мужем. Считает себя тяжело больной и нуждающейся в постороннем уходе. В течение полугода муж настаивает на разводе и встречается с другой, более молодой женщиной. Находится в ясном сознании, объективное неврологическое исследование не выявило органических нарушений нервной системы. Назначенное лечение получает аккуратно, довольна, что муж два раза в день навещает ее и озабочен состоянием ее здоровья. После консультации заведующего неврологическим отделением принято решение о переводе больной в отделение неврозов.*  Расстройство в данном примере имеет все признаки конверсионного – оно *проявляется в виде утраты чувствительности* (конверсионные нарушения чаще всего затрагивают органы чувств и произвольную моторику), *не имеет под собой реальной телесной патологической основы* (медицинское обследование не выявило какого-либо неврологического заболевания), *возникло в связи с психотравмирующей ситуацией* (сразу после скандала с мужем, который уже давно настаивает на разводе) и *приносит пациентке выгоду* (позволяет вернуть внимание мужа). |

Впервые о выгоде болезни говорил З. Фрейд, Ему принадлежат понятия «первичная выгода» и «вторичная выгода» [1].

**Первичная выгода** относится к мотивам, ведущим к образованию и первому проявлению симптомов. Состоит: ***внутренний компонент*** - выгоды от симптома как компромиссного образования между конфликтующими инстинктивными влечениями и силами вытеснения (Сверх-Я). ***Внешний компонент*** первичной выгоды относится к использованию симптома для смягчения межличностных конфликтов или иных внешних угроз, служащих пусковым механизмом внутреннего конфликта.

**Вторичная выгода** представляет собой преимущество, которое пациент получает от уже сформированных симптомов, то есть преимущество, которое он не предполагал или не намеревался (бессознательно) получить в начальный период симптомообразования. Вторичная выгода также может иметь внутренний и внешний элементы (Katz, 1963, с. 48). ***Внутренний элемент*** относится к возможностям использовать болезнь для регрессивного, нарциссического удовлетворения, а ***внешний*** – к преимуществам, получаемым в межлич­ностных отношениях и жизненных ситуациях.

*(Источник: Палкина Л. А., Баева Ю. М. Определение вторичных выгод в психологическом консультировании тяжелобольных [Электронный ресурс] // Сайт b17.ru. – 15.03.2015 г. – URL:* [*http://www.b17.ru/article/httpwwwb17ruarticle\_wtorichnaya\_w/*](http://www.b17.ru/article/httpwwwb17ruarticle_wtorichnaya_w/)*. (Дата обращения: 26.09.17 г.)*

**7. Теория специфического психодинамического конфликта Ф. Александера.**

Александером была обнаружена определенная **психосоматическая специфичность тех или иных эмоций:** вызываемые ими телесные нарушения проявляются именно в тех системах организма, с которыми данные эмоции имеют «сродство». Так, например, ***подавляемое чувство гнева приводит к развитию сердечно-сосудистых заболеваний, чувство зависимости - к язвенной болезни желудка, а вытесняемые сексуальные желания - к бронхиальной астме.*** […]

Что же касается механизма повреждающего воздействия вытесняемых эмоций, того ущерба, который они причиняют здоровью человека, то эти негативные аспекты связаны с **«вегетативным сопровождением» эмоций.** Для объяснения физиологических механизмов подобных расстройств были использованы разработанные У. Кэнноном, Э. Гелльгорном и др. представления о регуляторных функциях автономной нервной системы, контролирующей деятельность внутренних органов - в частности, о нарушении ее тонуса, раздельно для симпатического либо парасимпатического отдела (симпатикотония или ваготония). По мнению Александера, эмоционально-опосредованное одностороннее ***повышение симпатического тонуса (симпатикотония)*** *[при переживаниях гнева, злости или раздражения]* лежит в основе ***гипертонической болезни, заболеваний эндокринных органов (сахарный диабет, повышенная функция щитовидной железы)*** и ***заболеваний суставов.*** Эту точку зрения на болезни суставов разделял также и В. Райх, который связывал с симпатикотонией еще и ***заболевания кишечника.*** ***Повышение же парасимпатического тонуса*** *[при переживаниях обиды, вины или актуализации потребности в принятии и защищенности],* по Александеру, является причиной таких заболеваний, как ***язвенная болезнь желудка*** и ***бронхиальная астма.***

Подобные ***расстройства, вызванные хроническим вегетативным сопровождением длительно сохраняющихся негативных эмоций, не находящих разрядки,*** были им названы **«вегетативным неврозом».** Александер отличал их от *«болезни выражения»* или описанной выше *фрейдовской конверсии,* когда психосоматические симптомы служат средством символического выражения внутренних конфликтов пациента.

|  |
| --- |
| Теперь мы можем определить различие между конверсионным симптомом и вегетативным неврозом. Конверсионный симптом — это символическое выражение эмоционально заряженного психологического содержания: попытка разрядить эмоциональное напряжение. Он возникает в нервно-мышечной или сенсорно-перцептивной системах, чьей изначальной функцией является снятие эмоционального напряжения. Вегетативный невроз — это не только попытка выразить эмоцию, но еще и физиологическая реакция внутренних органов на постоянные или периодически возникающие эмоциональные состояния. К примеру, повышенное кровяное давление под влиянием гнева не только не ослабляет гнев, но является собственно физиологической составляющей феномена гнева вообще. Как будет показано далее, таким образом проявляется адаптация тела к состоянию организма в критической ситуации. Точно так же рост уровня желудочной секреции под воздействием эмоционального желания пищи не является снятием эмоционального напряжения; оно является адаптивной подготовкой желудка к принятию пищи.  (*из книги Ф. Александера «Психосоматическая медицина»*) |

Возникновение психосоматических расстройств, по Александеру, объясняется взаимодействием трех факторов - **психологических, физиологических** и **социальных.** В качестве ***психологических факторов*** выступают специфические личностные, «психодинамические» особенности, неразрешенные внутренние конфликты, определяющие тот набор привычных негативных эмоций, которые человек испытывает в эмоциогенных ситуациях. ***Физиологический фактор,*** определяющий то слабое звено в организме, на которое приходится основной удар негативных эмоций, - это конституциональная неполноценность (повышенная уязвимость) тех или иных органов. И наконец, ***социальный фактор,*** играющий роль пускового момента - неблагоприятные воздействия жизненной среды. Как указывал сам Александер, «специфичность следует искать в конфликтной ситуации» (имея в виду совпадение конфликта внешнего и внутреннего, подходящих друг к другу, как ключ к замку). В настоящее время подобную точку зрения можно считать общепринятой; в качестве примера сошлемся на высказывание Айзенка (EysenckH., 1978) о том, что невроз всегда проистекает из двух источников и представляет собой результат сочетания стрессового воздействия и индивидуальной предрасположенности.

*(Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. 2005)*

Критике подверглось также и важное положение концепции Александера о том, что «каждое эмоциональное состояние создаёт свой собственный физиологический синдром» [F.Alexander, 1951].В свете эмпирических данных гипотеза о том, что каждая эмоциональная констелляция имеет собственный физиологический образец, **не подтвердилась** [S.Schachter и J. Singer, 1962]. Шаблонные вегетативные реакции имеют ограниченный характер; они однообразны, малопластичны и при разных раздражителях протекают довольно монотонно.

Формулировки, данные Александером специфическим психологическим конфликтам, вызвали много возражений, из-за которых были забыты другие его высказывания. В действительности его восприятие этих болезней имело три аспекта:

1. Специфический конфликт предрасполагает пациентов к определённым заболеваниям только тогда, когда к этому имеются другие (в то время ещё не известные) генетические, биохимические и физиологические «Х-факторы».

2. Определённые жизненные ситуации, в отношении которых пациент сенсибилизирован в силу своих ключевых конфликтов, реактивируют и усиливают эти конфликты.

3. Сильные эмоции сопровождают этот активированный конфликт и на основе автономных гормональных и нервномышечных механизмов действуют таким образом, что в организме возникают изменения в телесной структуре и функциях.

*(Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. 1999)*

**8. Концепции личностных черт и «профилей личности», предрасполагающих к развитию психосоматической патологии:**

* **теория личностных профилей Ф. Данбар;**
* **концепция алекситимии П. Сифнеоса;**
* **теория типов поведенческой активности М. Фридмана и Р. Розенмана.**

**Концепция "личностных профилей" Фландерс Данбар.**F. Dunbar (1943), как и Александер, также подвергла сомнению сим­волическое значение психосоматической дисфункции, считая после­днюю сопутствующей эмоции, аффекту. ***Если эмоция не получила соответствующего выражения, то хроническое напряжение вылива­ется в хронические сопутствующие вегетативные сдвиги.*** Однако, в отличие от Александера, она пыталась найти ***корреляцию между со­матическими типами реакций и постоянными личностными пара­метрами.*** Она изучила большое количество больных сразличными соматическими заболеваниями и заметила ***значительное сходство в особенностях личности больных одной нозологии.*** Данбар описывает ***язвенную личность, коронарную личность, артрическую личность*** и т.д., полагая, что личностные профили имеют важное диагностическое, прогностическое и терапевтическое значение. Таким образом, уже не просто содержание аффективного конфликта оказывалось специфичным для определенной болезни, а на первый план выдвигалось взаимодействие определенных особенностей личности с психологическими факторами внешней среды. Данбар описывает и ***общие особенности, присущие всем больным с психосоматическими расстройствами.*** Эти особенности выражались в *инфантильности, сильной способности к фантазированию, в недостаточной включенности в ситуацию, больные часто не способны к словесному описанию тонких нюансов своих чувств и переживаний.*

*(Сидоров П.И., Парников А.В. Введение в клиническую психологию: Т. II. 2000)*

Длительный клинический опыт работы в общей соматической больнице позволил F. Dunbar (1943) сформулировать теорию профилей личности. Из нее следует, например, что личности импульсивные, беспорядочно живущие, любящие приключения, склонны ***к частым несчастным случаям.*** Они живут настоящим моментом, поддаются инстинктивным порывам, не могут контролировать свою агрессивность, особенно к авторитетным личностям. С другой стороны, ***люди, подверженные ишемической болезни сердца и инфаркту миокарда,*** терпеливы, целеустремлены, последовательны, имеют самообладание, способны жертвовать непосредственными радостями жизни для достижения отдаленной цели.

Недостаток характерологически ориентированных теорий заключается, прежде всего, в утверждении фатальной предопределенности возникновения тех или иных заболеваний в связи с качествами личности, не имеющими никакой связи с ее развитием. Другой недостаток — в том, что соотнесение определенных качеств личности с заболеванием еще ничего не говорит об их значимости для патогенеза последнего. Эти качества могут оказаться проявлением самого заболевания или следствием положения больного, изолированного, бездеятельного, лишенного обычных радостей жизни.

*(Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. 2005)*

Еще одна модель развития психосоматических заболеваний предложена **П. Сифнеосом** (Sifneos P.E., 1996; 1973) и носит название **«алекситимия».** *Человек, имеющий подобную особенность личности, плохо ориентируется в собственных эмоциях и не способен словесно описать свое эмоциональное состояние* - своего рода «эмоциональная глухонемота». Более того, ему трудно охарактеризовать свои переживания и так же трудно, а порой просто невозможно связать их с телесными ощущениями, - а это уже «эмоциональная слепота». Вспомним пословицу: «Чужая душа - потемки». Можно сказать, что для человека, страдающего алекситимией, «потемки» - его же собственная душа. Он живет, «не зная себя» - не замечая того, что происходит в собственном внутреннем мире; все внимание при этом сосредоточено на событиях внешних. Еще одна характеристика алекситимической личности - «слепота фантазии», иными словами - скудость воображения, стереотипность мышления с дефицитом мышления образного, с недостаточной способностью к символизации.

Очевидно, что неспособность человека, страдающего алекситимией, осознавать свои эмоции приводит к тому, что они вытесняются. Накопление телесных проявлений неотреагированных, не получивших разрядки эмоций и приводит в конечном счете к развитию психосоматических заболеваний. Действует как бы своеобразный «закон сохранения» в отношении эмоций: когда человек не может выразить свои чувства словами, он выражает их телом. Тем самым алекситимия на психологическом уровне становится аналогом соматизации, которая проявляется на уровне физиологическом. Отсюда естественно, что современные медико-психологические исследования алекситимии выявляют все большую роль, которую она играет в развитии многих психосоматических заболеваний (Семенова Н.Д., 1995; Коростелева И.С, Ротенберг B.C., 1993).

*(Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. 2005)*

... калифорнийские врачи **Мейер Фридман** и **Рей Розенман** заметили, что *некоторые люди отличаются особенной предрасположенностью к развитию хронических заболеваний сердца из-за их эмоциональных реакций на внешние стрессовые факторы.* На основании обширного клинического опыта медики пришли к выводу, что значительное число людей, страдавших серьезными заболеваниями сердца, отличались некоторыми личными качествами, которые и могли привести к возникновению болезни. Им были свойственны ***соперничество*** и ***нетерпеливость.*** Ими двигало ***стремление закончить свое дело (и победить) как можно скорее;*** однако в то же время они были излишне ***тревожными*** и всегда слишком охотно брались и за другие дела, как будто хотели ***взвалить на себя одновременно максимальное количество забот.*** Учитывая все эти характеристики личности **А-типа,** Фридман и Розенман решили определить, будет ли вероятность заболеваний сердца у этих людей выше, чем у тех, кто обладает ***противоположными качествами,***— этот тип ученые обозначили как личность **Б-типа.**

Начав свой труд в 1960 году, Фридман, Розенман и их помощники обследовали более 3000 рабочих среднего возраста из 11 различных корпораций с целью определить те факторы риска (такие, как курение, уровень холестерина в крови, характеристики личности), которые могли бы обусловить возникновение сердечно-сосудистых, заболеваний.

Ожидания врачей подтвердились: ***люди, классифицированные как личности А-типа*** (на основании первоначальных интервью исследователей с ними), ***в два раза чаще страдали от того или иного заболевания сердца восемь лет спустя.***

Многие другие исследователи впоследствии также стремились исследовать связь между типом личности и тромбозом коронарных сосудов. Хотя выявлены и некоторые исключения, общий характер результатов (подтвержденный и параллельными работами) подкрепляет базовый тезис Фридмана—Розенмана: существует умеренное, но не незначительное взаимоотношение между личностью типа А и тромбозом коронарных сосудов сердца. Более того, согласно имеющимся теперь данным, эта ***взаимосвязь между типом личности и болезнями сердца наблюдается в одинаковой степени как у мужчин, так и у женщин*** (Friedman & Roseninan, 1974; Booth-Kewley & Friedman, 1987).

Важнее всего в контексте данной дискуссии то, что позднейшие исследования в этой области в какой-то мере уточняют оригинальный анализ Фридмана и Розенмана. Заболеваниям сердца подвержены вовсе не трудоголики, увлеченные своим делом и находящиеся под давлением постоянной необходимости закончить работу. Скорее это ***люди, в которых крайне силен дух соперничества, склонные к гневу, враждебности и агрессивности*** (см.: Booth-Kewley & Friedman, 1987; Baker, Dearborn, Hastings & Hamberger, 1984; Dembroski & Costa, 1987; Chesney & Rosenman, 1985). Люди этого типа, по-видимому, особенно сильно реагируют на стресс. Когда они сталкиваются с вызовом или стрессом, реакция их симпатической нервной системы слишком сильна. Показатели систолического кровяного давления могут быть необычайно велики, так же как показатели нейрогормональной секреции. У этих людей наблюдается повышенный уровень низкоплотного липопротеидного холестерина (см,: Chesncy & Rosenman, 1985; Weidner, Sexton, McLerrarn & Connor, 1987).

Чтобы отчетливее представить то, что подразумевается этими данными, вообразим следующую ситуацию: вы ведете машину и вот-вот опоздаете на важную встречу. Другая машина обгоняет вас, затем замедляет ход, так что вам приходится затормозить, когда на светофоре загорается красный свет. Водители позади вас раздраженно сигналят. Когда вы думаете об этой ситуации, вполне вероятно, что ваше сердцебиение участится и, если вы представляете собой личность А-типа, оно будет сильнее, чем у типа Б. Однако тип вашей личности не имеет значения, когда вы воображаете обыкновенную, не связанную со стрессом ситуацию из жизни (Baker, Hastings & Hart, 1984).

*Источник: Личность А-типа – реактивно-агрессивная. Из книги Л. Берковица «Агрессия: причины, последствия и контроль [Электронный ресурс]. // ПСИХОЛОГОС - ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ. - URL.: http://www.psychologos.ru/articles/view/lichnost\_a-tipa\_\_reaktivno-agressivnaya\_\_berkovic. (Дата обращения: 26.06.2016 г.)*

**9. Психосоматические расстройства и теории научения:**

* **условно-рефлекторная теория И.П. Павлова;**
* **кортико-висцеральная теория К.М. Быкова и И.Т. Курцина;**
* **модель выученной беспомощности М. Селигмана.**

Экспериментальные исследования И.П. Павлова и его учеников и учение об условных рефлексах приложимы и к формированию психосоматической теории. Условный рефлекс – это элементарная форма индивидуально выработанной реакции. Условный рефлекс, определяемый также как условная реакция, возникает тогда, когда вместе с безусловным раздражителем, который рефлекторно вызывает безусловную реакцию, появляется нейтральный для неё раздражитель. Первоначально чисто рефлекторная реакция через некоторое время при одновременном повторении обоих раздражителей (безусловного и нейтрального) также вызывается первоначально нейтральным (условным) раздражителем и обозначается как условная реакция. Таким образом, новый (условный) раздражитель независимо от волевых процессов регуляции приобретает возможность контроля за определённым поведением. Если условный и безусловный раздражители больше не появляются совместно, то наступает ослабление, а затем и исчезновение условного рефлекса (погашение или затормаживание).

Для приложения учения об условных рефлексах к психосоматике представляют интерес так называемые ***экспериментальные неврозы:*** если вырабатываются два условных рефлекса на противоречащие друг другу раздражители, а затем они совпадают во времени с действием безусловного раздражителя, в опытах на животных возникают нарушения поведения, вегетативные расстройства (выпадение шерсти, сосудистая лабильность) вплоть до однозначных соматических повреждений (необратимая артериальная гипертензия, коронарные нарушения, инфаркт миокарда).

*(Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. 1999)*

|  |
| --- |
| **ПРИМЕР**. В лаборатории *И.П. Павлова*в 1921 г. его сотрудница *Н.Р. Шангер-Крестовникова* получала **«экспериментальный невроз»** у собак. Вначале у собаки вырабатывался положительный рефлекс на изображение окружности и отрицательный - на изображение эллипса. После закрепления рефлексов, круг начинали постепенно поворачивать так, что он в поле зрения собаки постепенно превращался в эллипс... Подопытная собака начинала беспокоиться, а затем срывалась в истерику: лаяла, визжала, срывала капсулу для регистрации слюны, грызла резиновые трубки и т.п.  Основные принципы получения «экспериментальных неврозов»:   * неожиданная «сшибка» двух нервных процессов возбуждения и торможения по одному поводу (см. пример выше); * очень сильным возбуждением (для подопытных собак, например, такими сильными раздражителями были: удары грома, вспышка пороха, звук и вид салюта. Термин «сильный раздражитель» подразумевает не какую-то определенную его физическую силу, а лишь то обстоятельство, что эта сила превышает возможности нервных клеток реагировать на нее соответствующим максимальным возбуждением. Если клетки центральной нервной системы ослаблены - утомлением, болезнью и т.п. - тогда даже обычный раздражитель умеренной силы может оказаться “сильным”)/   Близким, но более слабый по своим проявлениям эффектом является [*эффект когнитивного диссонанса*](http://msk.treko.ru/show_dict_314)*.*  Источник: Экспериментальный невроз [Электронный ресурс] / TreKo.RU — портал TРEнеров и Консультантов. URL: <http://msk.treko.ru/show_dict_295> (Дата обращения - 24.01.2017 г.). |

В 20-30-е годы XX в. И.П. Павловым и его учениками была создана физиологическая модель внутреннего психологического конфликта. В опытах с животными было обнаружено, что к развитию соматических нарушений приводит «сшибка» рефлекторных процессов, иначе говоря, одновременная активизация с помощью одного и того же условного стимула противоречащих друг другу безусловных рефлексов - например, пищевого и оборонительного.

Таким образом, согласно этой модели, в основе психосоматических расстройств человека также лежит **«сшибка»** условных рефлексов, имитирующая ситуацию неопределенности, содержащую логически неразрешимые противоречия. Еще один физиологический механизм психологических срывов - образование **«патологических» условных рефлексов.** Например, бронхоспазм у больного бронхиальной астмой, возникающий не при вдыхании аллергена, а лишь при виде изображения предмета, играющего его роль (например, растения с сильным запахом).

*(Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. 2005)*

|  |
| --- |
| В частности, экспериментально показано, что приступы бронхиальной астмы на введение антигена удается у животных условно-рефлекторно связать с акустическим сигналом уже через несколько подкреплений.  А если выработать два условных рефлекса с противоположными реакциями и далее дать соответствующие раздражители одновременно (моделирование т.н. экспериментального невроза), то подопытные животные демонстрируют поведенческие и вегетативные нарушения вплоть до необратимых органических поражений (гипертония, инфаркт миокарда).  *Сидоров П.И., Парников А.В. Введение в клиническую психологию: Т. II. 2000* |

Теория научения играет ведущую роль в интерпретациях и поведенческой терапии определённых видов страхов, фобий, навязчивостей, в лечении заикания, тиков, а также истерических реакций. Как ***классическому,*** так и ***оперантному обусловливанию*** приписывается определённая роль при развитии этих заболеваний, но всё же правильнее видеть в них фактор, обусловливающий обострение, ухудшение клинической картины уже имеющейся болезни, а не вызывающий её. На примере бронхиальной астмы объяснено и эмпирически проверено применение обучающейся модели для понимания и лечения специфических психосоматических реакций [J. Turnbull, 1962]. Астматоидные реакции могут вначале развиваться как безусловные ответы на аллерген. Позже они могут появляться на основе ***классического обусловливания*** как ответ на нейтральный раздражитель, который появляется в паре с аллергеном. Приступы астмы могут рассматриваться как ***оперантные реакции,*** которые приводят к вознаграждению (например, внимание окружающих, возможность избежать неприятной деятельности). Но подобными рассуждениями нельзя охватить все проблемы психосоматических нарушений, поскольку они не объясняют причин первоначального появления болезни. Парадигмы, относящиеся как к классическому, так и к оперантному кондиционированию, предполагают, что соматические симптомы уже имеются.

*(Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. 1999)*

Приложением павловской условно-рефлекторной теории к клинике явилась **кортико-висцеральная теория К.М. Быкова и И.Т. Курцина** (1950-е гг.), объясняющая происхождение внутренних (на самом деле психосоматических) болезней следующим образом: кора головного мозга может непосредственно влиять на состояние внутренних органов (по механизму условных рефлексов) и соответственно **непосредственной причиной психосоматических заболеваний является нарушение динамики физиологических процессов (баланса возбуждения и торможения) на уровне коры головного мозга.** Исходя из этих представлений был предложен неспецифический метод лечения внутренних болезней с помощью охранительного торможения (длительного искусственного сна).

*(Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. 2005)*

***Кортико-висцеральная теория К.М. Быкова и И.Т. Курцина.*** Согласно этой теории, возникновение и развитие ряда заболеваний внутренних органов связаны с первичным нарушением высшей нервной деятельности, которое может произойти в результате нарушения экстеро- и интерорецептивной сигнализации. В основе этого нарушения лежит функциональное ослабление корковых клеток из-за перенапряжения силы и подвижности нервных процессов, особенно процесса внутреннего торможения. Вследствие этого происходит расстройство функциональных взаимоотношений между корой больших полушарий и подкорковыми образованиями, что вовлекает в сферу патологического процесса весь комплекс вегетативных и соматических функций.

По мнению Быкова и Курицина, при кортико-висцеральной патологии возникает циклический процесс: с одной стороны, к органу от мозговых центров направляются импульсы, изменяющие его функцию, трофику, кровоснабжение, а с другой - в мозговые центры идут импульсы, усиливающие их патологическую активность. Такое нарушение работы организма может закрепляться и поддерживаться при помощи механизмов условного рефлекса. В рамках концепции кортико-висцеральной патологии нарушения работы организма рассматриваются как имеющие психотропный характер, т. е. складываются новые представления о висцеральном патогенезе. Если ранее считалось, что агрессивные средовые агенты всегда непосредственно воздействуют на орган и приводят к его разрушению, то теперь представители павловской школы предложили идею, что патогенное воздействие среды может быть опосредовано корой, т. е. непосредственной причиной болезни является нарушенная активность мозга. Однако сама корковая активность традиционно представляется как обусловленная внешней средой и зависящая от той обстановки, в которой живет человек [4].

*(https://knowledge.allbest.ru/medicine/2c0b65625a3ad79a4d53b88521216c27\_0.html)*

**ВЫУЧЕННАЯ БЕСПОМОЩНОСТЬ (М. СЕЛИГМАН)** Модель выученной беспомощности (SeligmanM., 1975) возникла в результате опытов на животных, обучающих избегать наказания (болезненного удара током). В классических опытах по изучению оборонительного поведения создавались условия, в которых подопытное животное могло избавляться от болезненного воздействия (например, при пропускании электрического тока через металлический пол клетки оставлялся своеобразный «островок безопасности», на котором животное оказывается изолированным от прохождения тока). При этом вначале животное находило безопасное положение в результате случайного поиска, в дальнейшем же наблюдалась выработка соответствующих условных рефлексов избегания болезненных стимулов.

В опытах М. Селигмана на первом этапе создавались условия, в которых у животного не было никакого пути спасения от регулярно повторяющихся ударов тока, в результате чего создавалась реакция капитуляции, отказа от безуспешных попыток избежать болезненного наказания. Более того, на втором этапе опыта, при помещении обученного подобным образом животного в новую обстановку, в которой имелся «островок спасения», оно не делало никаких попыток избавиться от наказания - срабатывал выработанный ранее стереотип пассивного реагирования. Подобное «беспомощное» поведение подопытных животных сохранялось даже при помещении в новую клетку одновременно с ними других животных, у которых были ранее выработаны «нормальные» условно-рефлекторные реакции активного избегания наказания и которые должны были служить первым моделями для обучения адаптивному поведению. Тем самым в опыте было обнаружено «негативное», дезадаптивное обучение - своего рода условно-рефлекторный механизм отказа от поисковой активности, названный исследователем обучением беспомощности.

При переносе этой физиологической модели на уровень психологии человека уместнее говорить об обучении его пессимизму, фатализму и пассивности. Если предыдущий опыт убеждает в невозможности изменить ситуацию собственными усилиями, в бесплодности и тщетности попыток что-либо сделать, формируется, во-первых, пессимистический прогноз безысходности и неотвратимости несчастий («выхода нет»), девальвация способности совладания с ситуацией («все усилия напрасны»). Во-вторых, вместо стратегии «победителя» - активного противостояния жизненным трудностям (мотивация успеха) и предусмотрительного ухода от возможных проблем (мотивация избегания неудачи) усваивается пораженческая стратегия их пассивного принятия, смиренной покорности ударам судьбы. К этому нередко добавляется позиция «страуса», когда человек пытается скрыть от самого себя существование проблемы - как страус, который согласно традиционным поверьям в минуту опасности зарывает голову в песок. Подобная выученная беспомощность не только чревата социальной неуспешностью, но еще и служит источником тревоги и, что самое главное, также предшествует формированию депрессии. Здесь представления данной концепции смыкаются с «тревожными» моделями невротических и психосоматических расстройств, описанными выше.

Выученная беспомощность тесно переплетается с тревогой и депрессией. Схема их взаимосвязи при стрессе представляется следующим образом (Коростелева И.С., РотенбергB.C., 1993): вначале формируется продуктивная тревога, направленная на разрешение неприемлемой ситуации, которая затем сменяется непродуктивной, невротической после осознания несопряженности результата и действий. Вслед за ней уже формируется депрессия, характеризующая состояние выученной беспомощности.

(Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. 2005)

В качестве доказательства существенной значимости психологического состояния для формирования соматической болезни обратимся к хорошо известном экспериментам М.Селигмана по изучению состояний **«обученной беспомощности».** Две группы молодых крысят подвергались воздействию болезненных ударов электрическим током. В первой группе создавались условия, при которых крысята могли избежать наказания, если проявляли достаточное упорство в поиске способов спасения. Во второй же группе никакое поведение и никакие усилия не могли предотвратить ощутимых ударов током. Таким образом, происходило обучение крысят второй группы беспомощности, в то время как крысята первой группы приобретали опыт успешного противодействия стрессу. После того, как крысята подрастали, каждую из двух групп разбивали еще на две подгруппы. Одну из таких подгрупп вновь ставили в условия неустранимых болевых воздействий, а для другой создавали условия, при которых активный поиск спасения мог привести к предотвращению наказания. Таким образом, были сформированы четыре группы: 1) взрослые крысы, пережившие в раннем возрасте опыт беспомощности и опять попадавшие в безвыходную ситуацию; 2) взрослые крысы, пережившие в раннем возрасте опыт беспомощности и оказавшиеся в ситуации, которую в принципе можно преодолеть; 3) взрослые крысы, получившие в прошлом опыт преодоления неприятной ситуации и поставленные в условия, в которых объективно нет путей для спасения; 4) взрослые крысы, которые после опыта преодоления стрессорной ситуации вновь оказывались в такой же ситуации, т.е. могли справиться с ней при проявлении достаточной активности. Крысам всех четырех групп приживляли злокачественную опухоль. Оказалось, что и течение опухоли, и характер поведения во взрослом состоянии во многом определялся опытом раннего детства. Крысы с обученной ранее беспомощностью не предпринимали серьезных усилий для спасения даже в тех случаях, когда спасение объективно было возможно, они вели себя пассивно, и приживленные опухоли росли у них быстро. Напротив, крысы, получившие в прошлом опыт успешного сопротивления, активно искали выход, даже в безнадежной ситуации, и хотя они постоянно получали отрицательное подкрепление, т.е. свидетельства бесполезности своей активности, они в большинстве своем сохраняли активность, и опухоли у них отторгались.

Этот эксперимент указывает на роль особенностей поведения на развитие заболеваний, и его можно рассматривать как типичный для, психосоматических взаимовлияний не только у животных.

(*Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. — М.: МЕДпресс, 2001. — 592 с.*)

Селигман решил самостоятельно проверить своё предположение [3] и в 1967 году вновь использовал схему Павлова для экспериментального изучения природы беспомощности. Вместе с коллегой Стивеном Майером он разработал похожую схему эксперимента с ударом током, но уже с участием трёх групп собак.

Первой группе предоставлялась возможность избежать болевого воздействия: нажав носом на специальную панель, собака этой группы могла отключить питание системы, вызывающей удар. Таким образом, она была в состоянии контролировать ситуацию, её реакция имела значение. У второй группы отключение шокового устройства зависело от действий первой группы. Эти собаки получали тот же удар, что и собаки первой группы, но их собственная реакция не влияла на результат. Болевое воздействие на собаку второй группы прекращалось только тогда, когда на отключающую панель нажимала связанная с ней собака первой группы. Третья группа собак (контрольная) удара вообще не получала.

В течение некоторого времени две экспериментальные группы собак подвергались действию электрошока равной интенсивности в равной степени, и в течение одинакового времени. Единственное различие состояло в том, что одни из них могли легко прекратить неприятное воздействие, а другие успевали убедиться в том, что не могут повлиять на неприятности.

После этого все три группы собак были помещены в ящик с перегородкой, через которую любая из них могла легко перепрыгнуть, и таким образом избавиться от электрошока.

Именно так и поступали собаки из группы, имевшей возможность контролировать удар. Легко перепрыгивали барьер собаки контрольной группы. Однако собаки с опытом неконтролируемости неприятностей метались по ящику, а затем ложились на дно и, поскуливая, переносили удары током все большей и большей силы.

Селигман и Майер сделали вывод о том, что беспомощность вызывают не сами по себе неприятные события, а опыт неконтролируемости этих событий. Живое существо становится беспомощным, если оно привыкает к тому, что от его активных действий ничего не зависит, неприятности происходят сами по себе и на их возникновение влиять никак нельзя. Первые эксперименты Мартина Селигмана получили широкую известность, были опубликованы солидными психологическими журналами[2].

В 1976 году Селигман получил за свою теорию выученной беспомощности премию Американской психологической ассоциации.

*Источник: Выученная беспомощность // Википедия. [2017—2017]. Дата обновления: 15.09.2017. URL: http://ru.wikipedia.org/?oldid=87657208 (дата обращения: 15.09.2017).*

**10. Психосоматические расстройства как «болезни адаптации»: теория стресса Г. Селье и теория релаксации Г. Бенсона.**

Как известно, реакция стресса, или универсальный адаптационный синдром, описанный физиологом Гансом Селье, в буквальном переводе означает реакцию напряжения. Имеется в виду в первую очередь напряжение адаптационных физиологических механизмов. В рамках данной модели психосоматические расстройства рассматриваются как «болезни адаптации». Впрочем, для психокоррекционных целей мы считаем целесообразным совместить представления моделей Г. Селье и У. Кеннона, распространив на описание стрессовой реакции напряжение еще и в прямом смысле - напряжение мышечное. Таким образом, описанная выше реакция «борьбы или бегства» входит в реакцию напряжения как ее составная часть.

Менее описана в литературе «обратная сторона медали» - противоположная по направленности совокупность закономерных регуляторных сдвигов, призванных нейтрализовать, уравновесить изменения в организме, вызванные острым стрессом. Эта физиологическая реакция, являющаяся «противоядием» от стресса, была описана под названием реакции релаксации кардиологом Гербертом Бенсоном в конце 1960-х гг. Основой для ее выделения в качестве самостоятельного адаптационного процесса послужило изучение функционального состояния людей во время медитации. Приведем краткое сравнение двух взаимно противоположных реакций.



С учетом описанных закономерностей становятся понятными механизмы развития многочисленных психосоматических расстройств, как «неотреагированных» сердечно-сосудистых, эндокринных, мышечно-тонических и других сдвигов, связанных с физиологическим обеспечением реакции напряжения. Так, повышение артериального давления и частоты сердечных сокращений при стрессе лежат в основе развития гипертонической болезни (последний фактор провоцирует также возникновение аритмий сердца). Изначальное же приспособительное значение этих физиологических изменений, как отмечалось ранее, направлено на усиление кровотока скелетных мышц (компонент реакции борьбы или бегства). Общая тенденция к централизации кровотока - максимум крови, максимум энергии к скелетным мышцам и сердцу за счет «экономии» на кровоснабжении внутренних органов - негативно сказывается на состоянии последних.

К этому добавляются локальные сосудистые реакции, также связанные с перераспределением кровотока, со спазмом периферических сосудов в дистальных отделах конечностей - не случайно при стрессе «ледяные руки» и «зябкие ноги» (точнее, холодные кисти и стопы - синдром «перчаток» и «носков»). Первоначальное, эволюционно-приспособительное значение этих физиологических реакций - уменьшение риска кровопотери при травмах, так как при физическом противоборстве первобытного человека (с хищным зверем или с себе подобным) повреждение именно этих частей тела было наиболее вероятным. При нынешнем образе жизни человека это не только потеряло целесообразность, но и может являться предрасполагающим фактором развития таких опасных сосудистых заболеваний, как облитерирующий эндартериит и синдром Рейно. Как отмечает Э. Уэйл (1999), «всегда холодные руки» не только являются следствием вызванного стрессом повышения активности симпатического отдела вегетативной нервной системы и отражают состояние внутренней напряженности, но и, как правило, сочетаются со стрессовыми расстройствами пищеварения и других систем организма.

Учащенное дыхание - гипервентиляционный синдром - крайне неприятен сам по себе, а также может неблагоприятно сказываться на состоянии здоровья людей, страдающих хроническими заболеваниями бронхо-легочной системы (в частности, провоцировать приступы удушья у больных бронхиальной астмой).

Такие биохимические сдвиги, как повышение в крови уровня глюкозы (адаптивная цель которого - обеспечить мышцы источником энергии) и холестерина (строительного материала для «стрессовых» стероидных гормонов, вырабатываемых корой надпочечников) - предпосылка развития соответственно сахарного диабета и атеросклероза с такими грозными осложнениями, как инфаркты миокарда и инсульты. В сочетании же с повышением свертываемости крови (еше один адаптивный механизм предотвращения кровопотери при травмах) риск этих осложнений и других сосудистых тромбозов еще больше возрастает.

Итак, изначально приспособительная реакция напряжения при определенных условиях может становиться антиадаптивной, особенно если ей на смену вовремя не приходит противоположная по физиологической направленности реакция релаксации. Как же сочетаются реакция стресса и реакция релаксации в норме? В здоровом организме, как это и было изначально предусмотрено природой, они циклически чередуются, сменяя друг друга естественным образом. Как только стрессовая ситуация закончилась - и при этом связанные с ней физиологические сдвиги были должным образом использованы организмом либо истощились необходимые для реализации стрессовой реакции энергетические ресурсы, - автоматически включается реакция релаксации, призванная эти ресурсы восполнить и нормализовать физиологическое состояние. В противном же случае, если физиологическая подготовка к борьбе или бегству осталась не востребованной организмом, этого не происходит. А отсюда недалеко и до психосоматических болезней, особенно если подобное состояние повторяется раз за разом и вызванные им телесные реакции накапливаются, становясь все более выраженными, постепенно переходя ту пограничную черту, за которой заканчиваются допустимые для здорового организма пределы физиологических изменений.

Для понимания естественного, физиологического соотношения реакции напряжения и релаксации необходимо вспомнить схему протекания стресса по Г. Селье. Первоначальную стадию стрессовой реакции составляет фаза тревоги. Это экстренная и в то же время краткосрочная адаптация, во время которой происходит «запуск» описанной реакции напряжения. Она обеспечивается, по представлениям Селье, за счет «поверхностной», легко доступной (как бы «по первому требованию») адаптационной энергии. На эндокринном уровне основными «действующими лицами» этой физиологической перестройки выступают в первую очередь гормоны мозгового вещества надпочечников - адреналин и норадреналин.

Далее в результате мобилизации ресурсов организма наступает фаза резистентности. Это стадия средне- и долгосрочной адаптации, на протяжении которой сохраняются и утилизируются рассмотренные физиологические сдвиги, способствующие повышенной сопротивляемости организма (реакция напряжения). На эндокринном уровне это обеспечивается повышением выработки гормонов коры надпочечников. По Селье, на обеспечение подобного состояния затрачивается «глубокая» адаптационная энергия, истощение запасов которой может быть необратимым. Соответственно, если состояние повышенной сопротивляемости сохраняется длительное время, превышающее приспособительные возможности организма, исчерпывающее его ресурсы, наступает фаза истощения (Г. Селье), или срыв адаптации.

Если же реакция напряжения циклически сменяется реакцией релаксации, то, как показали отечественные ученые Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина и М.А. Уколова (1990), адаптивные возможности организма длительное время сохраняются на прежнем уровне (реакция тренировки) либо даже возрастают (реакция активации), что приводит к повышению стрессоустойчивости.

Естественное «включение» реакции релаксации после перенесенного острого стресса человек в течение жизни неоднократно переживает на собственном опыте. Каждому знакомы такие интроспективные описания переживания внезапной, спонтанной релаксации на телесном уровне, как «будто тяжесть с плеч свалилась» (снятие внутренней напряженности) или «внезапно навалилась усталость, как будто тяжелое покрывало» (непосредственно мышечное расслабление). На психоэмоциональном уровне этому соответствуют такие переживания, как «не хочется думать, не хочется вспоминать о том, что случилось, и многие моменты выпадают из памяти», «кажется, что все это происходило не со мной», «мысли становятся как будто бы замедленными и тяжеловесными». По-видимому, когда бурная реакция активации при стрессе сменяется защитным торможением в центральной нервной системе, развивающимся как компонент реакции релаксации, этот процесс, во-первых, способствует «стиранию» памяти о психотравмирующих событиях (точнее, препятствует доступу к соответствующей информации в долговременной памяти, блокирует воспроизведение соответствующих энграмм). Во-вторых, тормозится проявление отрицательных эмоций, связанных как с тревогой/страхом, так и с агрессией.

Почему же порой целительная реакция релаксации не включается своевременно? Происходит это потому, что сигнал для центральной нервной системы о завершении экстремальной, стрессовой ситуации не поступает. А это, в свою очередь, связано с тем, что человек - иногда сознательно, а чаще подсознательно - продолжает мысленно воспроизводить эту самую ситуацию, «зацикливается» на ней. Таково в целом свойство нашего мозга, связанное с механизмами негативных мыслей и отрицательных эмоций (навязчивостью, эпилептогенной «раскачкой»). Отсюда важнейшее значение в «запуске» реакции релаксации имеет разрыв порочного круга навязчивых негативных мыслей. И поэтому, чтобы избежать повреждающего влияния негативных эмоций на состояние здоровья или хотя бы ослабить его, человеку настоятельно необходимо научиться запускать универсальную реакцию релаксации произвольным образом - с помощью стандартных техник саморегуляции (мышечное расслабление и брюшное дыхание, активирующее парасимпатический отдел вегетативной нервной системы).

Последнее тем более важно, что если на уровне вегетативной нервной системы, отчасти доступном сознательному контролю, реакция напряжения в целом связана с активацией ее симпатического (эрготропного) отдела, то реакция релаксации представляет собой переход к парасимпатическому (трофотропному) преобладанию. То же справедливо и для психоэмоциональной составляющей реакции релаксации. Как указывали Э. Гелльгорн и Дж. Луфборроу (1966), «снижение мышечного тонуса и тенденция к засыпанию [в опытах на животных - прим. наше] позволяют считать, что ощущение благополучия связано с торможением эрготропной системы и повышением тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы».

Практическая значимость подобного подхода несомненна: тем самым можно добиваться нормализации психоэмоционального состояния в целом и функционального состояния внутренних органов в частности. Очевидно, что регулярное целенаправленное использование реакции релаксации - именно то, что нужно человеку для поддержания душевного и телесного здоровья, для обеспечения долгой, здоровой (и более счастливой) жизни. Это подтверждают не только современные медицинские исследования, но и многовековой опыт применения человечеством оздоровительных дыхательно-релаксационных практик - таких, как йога и ци-гун, а также современный опыт использования телесных методов психокоррекции.

Таким образом, реакция релаксации представляется универсальным механизмом снятия психической напряженности (и решения множества психологических проблем). Именно с этим связана широкая популярность релаксационных процедур в самых разных методах психокоррекции, и в первую очередь, конечно, телесно-ориентированных. Активация парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, лежащая в основе реакции релаксации, полезна в борьбе не только с психосоматическими, но и собственно душевными заболеваниями (в частности, она лежит в основе лечения депрессии с помощью метода стимуляции блуждающего нерва).

Учитывая, что основным видом стресса для современного человека является стресс психоэмоциональный (Бодров В.А., 1995), психосоматические расстройства можно с полным правом назвать «болезнями неотреагированных эмоций». В современной трактовке они описываются как аффективно обусловленные или аффективно-соматические нарушения (Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., 2000). Способствуют формированию эмоционально-стрессовых расстройств особенности эмоционального реагирования человека, тесно связанные с типологическими особенностями его личности. В этом плане более всего предрасположен к возникновению психосоматических нарушений так называемый Д-тип личности (Потешных Е., 2000), главная черта которого - хроническое подавление негативных эмоций, сочетающее склонность к негативным эмоциям и к подавлению эмоционального самовыражения. Настоятельной задачей психокоррекции в этом случае является личностная реконструкция, перестройка психологического типа (см. «Личностно-типологическая основа телесной психокоррекции» в разделе, посвященном описанию метода Ретри).

*(Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. 2005)*