

Е.В. Мельник

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:
ФАКТОРЫ РИСКА, ВЫЯВЛЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА**

Челябинск

2016

УДК 157 (021)

ББК 88.352я73

М 48

Мельник Е.В.

Психосоматические заболевания: факторы риска, выявление, профилактика [Текст]: учебное пособие / Е.В. Мельник. – Челябинск : Активист, 2016. – 123 с.

В учебном пособии представлены модели и концепции психосоматики, раскрыт патогенез психосоматических заболеваний, дана историческая справка о распространенности психосоматозов, изложены факторы риска возникновения психосоматических заболеваний. Значительная часть работы посвящена проблемам выявления и профилактики психосоматозов.

Учебное пособие адресовано студентам психологических факультетов вузов.

Рецензенты: Г.Г. Буторин, докт. психол. наук, профессор
О.А. Семиздралова, канд. психол. наук, доцент

© Е.В. Мельник, 2016

университета, 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	2
ГЛАВА 1. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ПАТОГЕНЕЗ.....	4
1.1. Определение термина, историческая справка и распространенность психосоматозов.....	4
1.2. Факторы риска возникновения психосоматических заболеваний (физиологические и психологические предпосылки психосоматических расстройств).....	6
1.3. Патогенез психосоматических заболеваний.....	50
1.4. Характерологически ориентированные направления и типологии личности.....	53
1.5. Модели и концепции психосоматики.....	55
1.6. Квалификация психосоматических заболеваний.....	65
ГЛАВА 2. ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	70
2.1. Диагностическая беседа.....	71
2.2. Психологическое тестирование.....	79
2.3. Профилактика психосоматических заболеваний.....	81
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	116
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	118
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	119

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность работ в области психосоматики не нуждается в дополнительных обоснованиях. К этой теме обращались многие известные ученые. Тем не менее приходится признать, что теоретически непротиворечивые и эмпирически плодотворные модели, раскрывающие механизм взаимодействия психологических и телесных процессов, не разработаны и по сей день. Подтверждением этому является тот факт, что лечение психосоматических расстройств все еще не является достаточно эффективным. Они отличаются хроническим течением и в некоторых случаях длятся десятилетиями. Пока остаются без ответа вопросы о специфичности и индивидуальной изменчивости в развитии психосоматических заболеваний: почему в результате воздействия психологических факторов у человека возникает именно этот психосоматический синдром («специфичность»), и почему он возникает не у всех людей, подвергающихся такому воздействию («индивидуальная изменчивость»)?

В условиях социальной и экономической нестабильности современное общество испытывает мощное отрицательное воздействие окружающей среды, и далеко не всегда способно приспособиться к возросшим психологическим нагрузкам. Все то, что сопровождает процесс труда или обучения, в том числе и условия, в которых он осуществляется, имеет прямое отношение к здоровью работников или обучающихся. Неблагоприятное влияние на здоровье человека больше оказывает не сама нагрузка, а неправильно организованный процесс труда или обучения (например - недостаток времени на удовлетворение личных потребностей, нарушение требований психогигиены, конфликтные отношения и т. д.

Технический прогресс, быстрое возрастание интенсивности труда и постоянное увеличение потока информации – это патологические факторы,

провоцирующие зарождение психосоматических заболеваний. Психосоматические болезни составляют ощутимую часть "болезней цивилизации" и уже на протяжении нескольких веков являются объектами пристального изучения благодаря их растущей доле в общей заболеваемости. Теперь главной задачей превентивной психологии является выявление групп с высоким риском формирования психосоматической патологии с целью разработки принципов адекватной и своевременной профилактики.

ГЛАВА I. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ

1.1. Определение термина, историческая справка и распространенность психосоматозов

Психосоматика - раздел в общей патологии, исследующий заболевания и расстройства, появляющиеся при непосредственном воздействии или же косвенном влиянии эмоционального напряжения (например, психических воздействий, которым подвергался человек). Психосоматику в современной медицинской науке представляют разнообразные исследования (клинические, лабораторные, эпидемиологические, психологические), рассматривающие влияние стресса на механизм зарождения и развития психогенных заболеваний, находящие взаимосвязь характерологических и поведенческих специфик человека со степенью его сопротивляемости к определенным видам соматических болезней, устанавливающие вариативность реагирования пациента на болезнь в зависимости от его личностных особенностей, выявляющие влияние определенных методик лечения (гемодиализ, хирургические операции и т.п.) на эмоциональное, психическое самочувствие больных (Елисеев Ю.Ю., 2008 год).

Первоначально к классу "психосоматические" относились только такие заболевания, в появлении и развитии которых главенствующая роль принадлежит травмирующим психику неблагоприятным факторам (например: бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца). Сейчас этот термин имеет два значения: первое значение связано с его использованием в медицине, а второе значение относится к болезням, в которых определяющее значение имеют психологические факторы. Под психосоматическим заболеванием понимают такое, в происхождении которого главная роль принадлежит психологическим факторам, таким, в частности, как не отыгранные эмоции.

Шестой семинар всемирной организации здравоохранения, прошедший в 1970 году в городе Базеле (вопросы номенклатуры, классификации, диагностики психических заболеваний), рекомендовал считать физиологические расстройства, появляющиеся при эмоциях, главным элементом психосоматических заболеваний. Механизм появления и развития психосоматических болезней в общих чертах описывается так: стрессовый фактор нагнетает эмоциональное напряжение, раздражающее нейроэндокринную, вегетативную нервную системы, далее наступают патологические изменения сосудистой системы и внутренних органов (Смулевич А.Б., 2000 год). На первом этапе эти изменения имеют функциональный характер, но, если патологический фактор продолжает воздействовать длительное время (или воздействие кратковременное, но часто повторяемое), изменения в организме могут стать органическими и необратимыми.

Впервые термин "психосоматика" был использован Иоганом Хайнротом (J. Heinroth) в начале девятнадцатого века. Через столетие в словарь врачей вошло понятие "психосоматическая медицина". К психосоматическим первоначально стали относить такие заболевания, как бронхиальная астма, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, псориаз и др., в развитии которых важное значение имеют негативные психические воздействия.

В число важных научных концепций, оказавших влияние на прогресс в области психосоматической медицины, входит теория нервизма И.М. Сеченова, психофизиологическое учение И.П. Павлова, психосоматическая теория Зигмунда Фрейда (S. Freud), а также теория стресса Г. Салье (H. Selye). К продвижению исследований на этом направлении также причастен F. Alexander (1932 г.), методично развивавший идеи о важности психических факторов в образовании и развитии соматических отклонений. Составителем одного из

первых руководств по психосоматической медицине является Ф. Х. Данбар (F. H. Dunbar). Также, одним родоначальников психофизического направления в медицине стал И. Вольф (I. Wolf) — автор работы "Стресс и болезнь".

Огромный вклад в изучение психосоматических соотношений при психосоматической патологии внесли такие ученые, как В.М. Бехтерев, предложивший концепцию соматофрении, и В.А. Гиляровский (1949 г.), далеко продвинувший представление о катестетических механизмах, участвующих в формировании психопатологических образований ипохондрического типа.

В работах К.А. Скворцова (1961 г., 1964 г.), касающихся соматогений, он уделил особое внимание анализу взаимоотношений между функциональным и органическим в структуре психических расстройств.

А.Р. Лурия (1935 г.) рассматривает комплекс переживаний, возникающих в связи с телесным заболеванием как бы на двух уровнях — сенситивном (совокупность ощущений, появляющихся в связи с болезнью) и интеллектуальном (представления больного, отражающие его реакцию на болезнь). Предложенная Лурия концепция внутренней картины болезни, которая расширяет понятие психосоматических соотношений, все еще остается актуальной.

1.2. Факторы риска возникновения психосоматических заболеваний (физиологические и психологические предпосылки психосоматических расстройств)

Причины психосоматических нарушений подразделяются на внешние по отношению к организму (экзогенные) и внутренние (эндогенные). К внешним патогенным агентам относят травмы мозга, инфекции, церебральные опухоли, психогении, соматогении (рис.1). Эндогенные, внутренние причины связаны с возрастными сдвигами, с наследственностью, особенностями конституции человека. Данное разделение широко используется в практической психиатрии; этиологический принцип является основным в создании классификации

психосоматических заболеваний. С точки зрения теории деление вредоносных агентов на внутренние и внешние не совсем правомерно. Все реакции организма человека выкристаллизовались в ходе многовековой эволюции человека, в ответ на многоплановые воздействия окружающей среды. Определенная часть этих реакций, полезная с точки зрения выживания человечества, закрепились в организме и стала наследственной особенностью. Следовательно, индивидуальный в прошлом ответ на определенные влияния среды оказался запрограммированным, как внутренняя реакция, для следующих поколений. Другими словами то, что является сейчас эндогенным для определенного субъекта, было когда-то экзогенным для его предков. На долгом и сложном эволюционном пути менялись не только приспособительные реакции организма, но и сама среда. Человек постоянно занимался и занимается изменением среды, меняя и приспособляя ее под себя. В свою очередь, эти преобразования меняли и самого человека. Встреча с вредным фактором совершенно не означает полной неотвратимости заболевания. Например, среди людей, контактирующих с инфекционными больными всегда имеются лица, нечувствительные или слабочувствительные к инфекции. Чтобы патологическое воздействие вызвало заболевание, организм должен для этого находиться в совершенно определенном состоянии (Малкина - Пых И. Г., 2005 год).

Получается, этиология (причина) болезненного явления не может быть приравнена к самому этому неблагоприятному фактору.

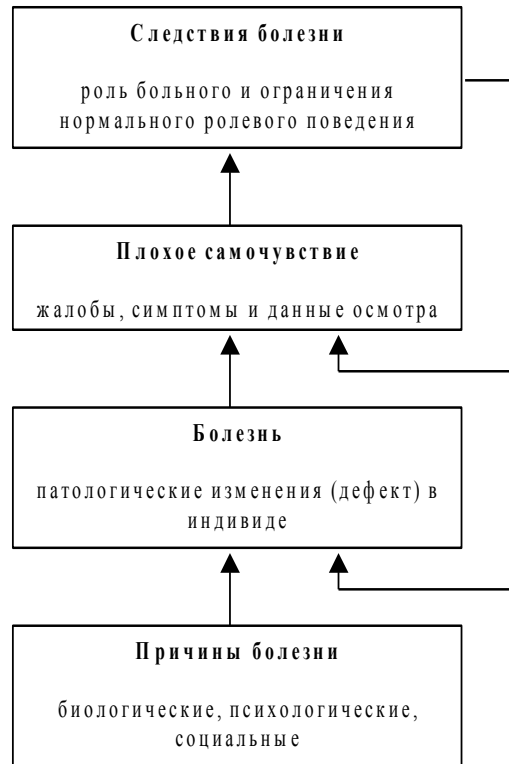


Рис.1. Общая модель болезни

Сложно оценить степень распространения психосоматических нарушений, так из-за многообразия их клинических проявлений заболевшие проходят лечение в различных медицинских учреждениях общесоматического, и психиатрического профиля, а также обращаются к представителям "нетрадиционной медицины", вообще не попадая в таком случае в поле внимания врачей. Поэтому имеющиеся в литературе статистические показатели болезненности надо оценивать, возможно, как немного заниженные по сравнению с общим числом больных. Однако, опубликованные данные статистики говорят о том, что процент психосоматических расстройств достаточно велик и составляет от 15 до 50 процентов от общего числа заболевших [Spaulding W., 1975; Schwab J. et al., 1978; Dilling H. et al., 1981; Halldin J., 1984; Schepank H. et al., 1984], среди пациентов первичной практики — от 30 до 57 процентов [Spaulding W., 1975; Wohnlich H., Stahli R., 1985; Lobo A. et al., 1989].

Например, дневная выборка среди контингента госпитализированных больных в одной из многопрофильных больниц психосоматические расстройства имелись в 53,5 процентах случаев (Смулевич А.Б., 2000).

С позиций методологии причина появления болезни - процесс взаимодействия болезнетворного фактора с организмом, предрасположенным принять это воздействие. Известно, близнецы имеют одинаковую наследственность, но даже у них психогенное заболевание первого из них совсем не означает стопроцентного риска заболеть для второго. Вот поэтому стоит говорить о наследовании не психогенного заболевания, а лишь о наследовании предрасположенности к нему. Перейдет ли это склонность в заболевание, или нет — это в большой степени зависит от среды, в которой живет и работает данный человек. Эпидемиологическими изысканиями за последние года обнаружено, что самопроизвольное начало болезни обнаруживается лишь в 30 процентов случаев, у большинства же больных начало болезни бывает вызвано психотравмирующей ситуацией, соматическими заболеваниями, алкогольным отравлением. Мало того, оказалось, что у пациентов, чувствительных к экзогенам, те же патогенные факторы способны вызвать рецидивы и повторные обострения. Исследование экзогенных воздействий, вызывающих зарождение заболевания, очень важно для психопрофилактических целей (Тухтарова И.В., 2005).

Доказано, что люди сильного типа высшей нервной системы, обычно устойчивые к стрессу, после определенного резкого изменения (например, длительного тяжелого заболевания) легко начинают болеть неврозами. Пол и возраст имеют большое значение среди факторов, благоприятствующих или препятствующих зарождению и развитию определенных психогенных заболеваний. Повышенная эмоциональность, выраженная цикличность и сдвиги в обмене веществ, связанные с особенностями детородной функции (менструальный цикл, беременность, роды, лактация, климакс), все это

объясняет повышенную распространенность психосоматических нарушений у женщин по сравнению с мужчинами. Разную распространенность психопатологий посреди мужского и женского населения можно также связать с отличиями в их социальных ролях и образе жизни у мужчин и у женщин.

Непосредственные факторы:

1) Возрастной фактор.

Большинство психосоматических заболеваний, так или иначе связаны с фактором возраста. Резкие возрастные сдвиги (например, пубертатный период, климакс) предрасполагают к началу многих психогенных патологий. Значение возрастного фактора при психопатологиях старческого возраста еще более велико.

2) Сезонный фактор.

Этот фактор имеет значение для периодических эндогенных психопатологий. У людей с сосудистой патологией, или с последствиями перенесенной черепно-мозговой травмы фактор метеочувствительности играет важную роль в развитии болезни.

3) Производственный фактор.

Этот фактор может являться и причиной психического расстройства (при профессиональных заболеваниях), и его условием. Вибрация, шум, эмоциональные перегрузки в производственных условиях могут усугубить сосудистое заболевание и тем благоприятствовать появлению психопатологических симптомов. Можно назвать и другие условия массового или индивидуального значения, способствующие началу заболевания. Важно отметить, что без существования объективной причины одних только предрасполагающих условий недостаточно, чтобы вызвать психогенное заболевание.

Итак, и причины болезней, и условия, провоцирующие их появление, могут

быть и внешними, и внутренними. На практике часто крайне сложно, порой невозможно отделить причины и условия возникновения болезни в каждом определенном случае. Это позволило в свое время объявить некоторые заболевания полиэтиологическими (Елисеев Ю. Ю., 2008 г.).

Физиологические предпосылки психосоматических расстройств

Нейрофизиологические предпосылки

Любой организм на протяжении всей своей жизни очень тесно взаимодействует с окружающей средой. Если проанализировать деятельность животного, можно убедиться, что она вся состоит из реагирования на внешние раздражители и на изменения, протекающие внутри самого организма. Каждый организм в процессе своей жизненной деятельности получает из внешнего мира различные сенсорные раздражения (осязательные, звуковые, световые, обонятельные, вкусовые). Он копит их, и реагирует при необходимости серией движений (криком или ползанием, хватанием или бегом), а также нарушением своего внутреннего состояния, что отражается в изменении обмена веществ, молекулярных химических модификациях в клетках, тканях и органах. Роль устройства, принимающего и анализирующего внешние раздражения и дающего ответную реакцию, у живых существ выполняет нервная система. Реакция организма на внешнее раздражение, выполняемая при помощи нервной системы, носит название рефлекса. Уместно будет сравнить нервную систему с компьютером, помня, однако, о том, что живой мозг совершеннее любой, даже самой мощной и современной вычислительной машины. Во-первых, число элементарных единиц, в данном случае ганглиозных клеток, в головном мозге во много раз больше, чем в самых мощных компьютерах (их свыше 15 млрд.), а во-вторых,

нервная система, и весь организм человека как биосистема обладает большими приспособительными, компенсаторными, управленческими возможностями с многочисленными механизмами саморегуляции и активной деятельности. Целями деятельности каждого компьютера являются переработка, передача, и хранение различной информации с последующим ее воспроизведением (Парцерняк С. А., 2002 г.). Передача информации выполняется в закодированном виде. Именно анализаторы раздражения нервной системы являются теми устройствами, на рецепторную часть которых поступает информация (световая — на палочки и колбочки сетчатки глаза, звуковая — на кортиева орган уха, вкусовая — на сосочки языка, болевая, температурная и прочие — на рецепторы кожи) и в переработанном виде по проводниковой части, как по проводам, поступает в подкорковый и корковый отделы анализатора, где трансформируется, преобразуясь в соответствующее ощущение — восприятие.

Такое декодирование информации постоянно выполняется, например, в коре головного мозга, что позволило Ивану Петровичу Павлову образно сравнить кору с сигнальным табло, на котором постоянно то там, то здесь загораются и гаснут электрические сигнальные лампочки. Разнозначность отдельных отделов коры мозга, наличие там большого количества анализаторов дают право для функционального подразделения коры на отдельные участки, где структура определяет собой в определенной мере выполняемую ей функцию. Такие карты коры составлены учеными-неврологами; в настоящий момент достаточно хорошо понятно, в каких участках коры происходит анализирование и синтез тех или иных сигналов с преобразованием их в ощущения. Кортиковые отделы анализаторов были отнесены Павловым в первую сигнальную систему.

Такие функции мозга, как суждение, мышление, планирование, были отнесены им ко второй сигнальной системе.

Функции в коре мозга представлены не пропорционально объему и силе мышечного действия, а по степени условно-рефлекторных связей, то есть по принципу дифференцированности, степени выученности. Так, например, в двигательном анализаторе поле, анализирующее действия области лица и языка, или пальцев рук, намного больше, чем поле, связанное с действием таких больших мышц, как мышцы ноги или туловища. Кроме того, каждая отдельная функция обеспечена набором динамически связанных структур, находящихся на разных уровнях нервной системы. К примеру, рассмотрим функцию дыхания. Спинной мозг обеспечивает управление сокращением мышц, расширяющих грудную клетку, без чего невозможен вдох; в продолговатом мозге размещается центр дыхательной активности; посредством среднего мозга контролируются ритм и глубина дыхательных движений; на уровне подкорки происходит то же самое, но уже с участием эмоций; на уровне коры дыхание связывается со всей остальной деятельностью.

Повреждение любого из отделов ведет к более или менее резким расстройствам дыхания вплоть до внезапной смерти от паралича (при поражении стволовых звеньев системы). Этот же принцип соблюдается в отношении любых других функций. Регуляция всех функций происходит по принципу самостоятельно обслуживающихся механизмов, рефлексов. Так как в настоящее время возможно при помощи микроэлектродов раздражать отдельный нейрон, отдельную клетку ганглии, правомерно говорить о саморегуляции даже на уровне отдельных нейронов. Так, когда на нервную клетку поступает излишний поток раздражений, невыгодных для выполнения данного действия, или из самой клетки посылаются слишком много информации, излишний поток раздражений поступает на так называемые вставочные нейроны, тормозящие, сдерживающие поток раздражений. На этом примере видно, что процесс торможения — не менее активный процесс,

чем возбуждение. Примером саморегулирующегося механизма является взаимоотношение коры мозга со стволовой частью, и со спинным мозгом, то есть с сегментарно-рефлекторным аппаратом (Менделевич В.Д., 2001 год).

Сегментарно-рефлекторный аппарат

Сегментарно-рефлекторный аппарат спинного мозга и ствола это более или менее простая часть ЦНС. Он напрямую взаимодействует с внешним миром, в отличие от коры и подкорковых ядер, контактирующими с внешними раздражителями через посредника - сегментарно-рефлекторный аппарат (Тухтарова И.В., 2005).

Таким аппаратом спинного мозга является серое вещество с его передними и задними корешками, из которых каждый связан с отдельными областями мышечной системы (передний корешок), и с определенным участком кожи (задний корешок). Отсюда и появилось его название: "сегментарный аппарат". Сегментарный аппарат - это и отдел переключения безусловных рефлексов, примером чего может служить хотя бы коленный рефлекс. Этим, собственно, и определяется термин "рефлекторный аппарат".

Помимо сегментарно-рефлекторной части, в спинном мозге еще имеются проводники, такие же, как и на других этажах нервной системы, потому что все отделы спинного и головного мозга взаимосвязаны друг с другом. Любой спинномозговой рефлекс реализуется не единственным, а несколькими сегментами спинного мозга, однако один из сегментов всегда имеет приоритет.

Взаимосвязи между сегментами обеспечивают согласованную деятельность сегментарного аппарата спинного мозга. Спинальные рефлекторные дуги контролируют постоянное напряжение скелетных мышц, обеспечивая так называемый тонус мышц. Мышечный тонус, показывающий

степень деятельного состояния периферического двигательного нейрона, зовется проприоцептивным, контрактильным рефлекторным тонусом. И контрактильный мышечный тонус, и активные сокращения мышц выполняются только при строгой согласованности в деятельности всего сегментарного аппарата (Парцерняк С.А., 2002).

Она выражается в наличии реципрокной (обоюдной, взаимной) иннервации мышц, обеспечивающих движение, и сопряженного сокращения мышц для фиксации сустава. Так, например, при сгибательном движении одновременно с напряжением сгибателей происходит реципрокное расслабление тонуса антагонистов-разгибателей и, наоборот, при разгибании — реципрокное расслабление сгибателей. При выполнении мелких движений кистью одновременно сама собой фиксируется рука в локтевом и плечевом суставах путем сопряженного сокращения соответствующих мышц. Можно привести множество подобных примеров, ибо в каждом нашем движении этот механизм присутствует.

Каждому двигательному акту, в том числе и произвольному, предшествуют позиционное возбуждение и установка мышц, дающие возможность совершить движение четко и без ущерба для организма человека. Подниманию, например, левой ноги предшествует напряжение мышц правой ноги и туловища для удержания равновесия. Это все срабатывается автоматически, без участия сознания, однако лишь до тех пор гладко и безупречно, пока сохранены все нервные связи, двигательные и чувствительные нейроны.

По современным представлениям, клетки передних рогов неоднородны: наряду с двигательными нейронами, имеющими более толстые аксоны (альфа-нейроны), имеются клетки с более толстым аксоном (гамма-нейроны). Оказывается, что мышечный тонус обеспечивается не только сокращением мышц по известным спинальным рефлекторным дугам, но он регулируется

также системой гамма-нейронов, аксоны которых заканчиваются в проприоцепторных приборах мышечных волоконцев, в так называемых мышечных веретенах. Сокращение последних вызывает проприоцептивные импульсы, которые поступают через задний корешок к клеткам переднего рога, образуя тем самым рефлекторный круг, или рефлекторное кольцо, регулирующее мышечный тонус и мышечную готовность к строгому соответствию сокращения мышц текущим потребностям (так называемые серворефлексы).

О сложности обеспечения мышечного тонуса, этого важного фактора нашего движения, можно судить по упрощенной схеме регуляции его на уровне спинального сегмента. Наличие вставочных тормозных и активирующих импульсов из подкорковых образований, поступающих на альфа-нейрон, вставочные клетки и пресинаптическое торможение — это все тонкие механизмы саморегулирующегося прибора. Патологическое повышение тонуса мешает активным и пассивным движениям, а резкое повышение его вызывает длительное пребывание суставов в однажды приданном положении (Малкина-Пых И.Г., 2005).

В регулировании мышечного тонуса очень важное значение принадлежит нервным импульсам, поступающим по кортико-спинальному (пирамидному) пути на сегментарно-рефлекторный аппарат, именно на двигательные его отделы (на клетки передних рогов), что обеспечивает произвольные движения. Эти импульсы, постоянно поступающие на двигательные нейроны (ответ на массу раздражений, идущих в кору из собственных тканей тела и из внешнего мира), притормаживают, регулируют нервные импульсы, идущие по рефлекторным дугам (кольцам) и обеспечивающие, как показано выше, мышечный тонус в выгодных для организма человека пределах (Лурия А.Р., 1977).

Когда импульсы по пирамидному пути не поступают на сегментарно-

рефлекторный аппарат, несдерживаемый поток раздражений по спинальным рефлекторным кольцам поступает в мышцы, тем самым вызывая избыточное (невыгодное) повышение мышечного тонуса. Тот же принцип сегментарно-рефлекторного построения лежит в основе функции ствола мозга, где роль корешков играют черепные нервы, а аналогами передних рогов являются двигательные ядра этих нервов. Черепные нервы участвуют в образовании рефлекторных дуг множества безусловных рефлексов, например глоточного, небного.

Богатые связи между сегментами обеспечивают механизмы сочетанных движений разной степени сложности, к которым относятся акт глотания, рвотный рефлекс, жевание, чиханье, мигание, голосообразование, дыхание, сердечная деятельность, слезотечение и слюноотделение. Координация функций различных систем, участвующих в перечисленных автоматических актах, происходит за счет сетевидного образования продолговатого мозга, которое связывает ядра черепных нервов не только между собой, но и с клетками верхних отделов спинного мозга.

Корково-ядерные, или кортико-нуклеарные, связи обеспечивают регуляцию мышечных сокращений и напряжений в соответствующих отделах. Еще более сложной частью сегментарно - рефлекторного аппарата является средний мозг (то есть ножки мозга и четверохолмие) с двумя парами ядер черепных нервов — III и IV. Четверохолмие является отделом, обеспечивающим быструю ориентировку и установку головы и тела человека при световых и звуковых раздражениях, а красные ядра имеют большое значение в регуляции мышечного тонуса. Красные ядра получают чувствительные импульсы из полушарий мозжечка, от коры головного мозга, зрительного бугра и полосатого тела (Малкина-Пых И.Г., 2005).

Двигательные импульсы идут как в кору головного мозга, так и в спинной мозг. В эксперименте на животных доказано, что при рассечении

ствола мозга между верхним и нижним четверохолмием позади красных ядер и, значит, при отделении ствола от полушарий мозга, особенно при одновременном повреждении красных ядер, наступает децеребрационная ригидность, то есть резкое усиление проприоцептивного рефлекторного тонуса с преобладанием его в разгибательной группе мышц. Децеребрированное животное стоит, но стояние его неустойчивое, пассивное. Сохранение связей красного ядра с нижележащими отделами нервной системы является непременным условием нормального распределения мышечного тонуса (Кулаков, С.А., 2003).

Память

Память - это хранение в мозге информации о раздражителе, даже после того как он перестал действовать (фиксация), и выдача этой информации при необходимости (воспроизведение). Память является удивительным, и пока еще окончательно не расшифрованным свойством нашей нервной системы. Это сложная психическая функция, находящаяся в тесной взаимной связи с другими функциями, такими, как внимание, восприятие, суждение, и особенно с эмоционально - мотивационными процессами. Память, следовательно, является функцией всего головного мозга.

Многочисленные опыты показали, что следы памяти для сложных навыков, связанных со зрительными и другими видами различения, находятся именно в тех областях коры, которые принимают непосредственное участие в выработке соответствующих навыков, то есть в зрительных, слуховых, сенсомоторных областях коры. Клинический опыт также подтверждает, что память может своеобразно нарушаться при повреждении разных отдельных отделов коры мозга (Лурия А.Р., 1977).

Далеко не все запомненное человеком хранится достаточно долгое

время. Определенная часть запоминаемого сохраняется только на секунды, часы, дни, а потом бесследно исчезает. Это дает право говорить о кратковременной и долговременной памяти и о процессе фиксации и консолидации следа, процессе, который именно и содействует переводу следов из кратковременной в долговременную память. Но как при выполнении любой объединительной церебральной функции определенные отделы несут особую ответственность, так и в процессе запоминания, хранения и воспроизведения поступающей информации важное значение имеют особые отделы в височных долях мозга — глубокие его структуры (лимбическая система мозга). Данные экспериментов и клинические наблюдения связывают процессы организации запоминания и фиксации информации с гиппокампоталамической системой. С точки зрения биохимии эти процессы связаны с рибонуклеиновой кислотой.

Повреждения одного из звеньев анатомической системы, появляющиеся при патологических процессах, приводят к тяжелым расстройствам памяти, проявляющимся в нарушении запоминания текущих событий. Следы памяти пропадают через пару минут; только что увиденное, прочитанное, услышанное сразу забывается. Но события из более далекого прошлого, запомненные, когда пациент еще был здоров, легко воспроизводятся. В тех случаях, когда повреждается и долговременная память, обычно имеются диффузные поражения мозга (Лурия А.Р., 1977).

Инстинкты и условные рефлексы

Фиксация информационных следов — необходимая база для формирования сложных безусловных и условных рефлексов. Безусловные рефлексы, или инстинкты, проверены веками, и закреплены наследственно. В их основе лежат борьба за жизнь, продолжение рода, достижение цели. Кроме этого, каждому живому существу, в особенности человеку, нужно еще

многому научиться в процессе жизнедеятельности, получить воспитание. Такие вещи, как ходьба, разговорная речь, умение пользоваться столовыми приборами, профессиональные навыки, выучены нами. Все это — условные рефлексы, которые могут угасать со временем, как временная но иногда надолго остающаяся и подкрепляемая связь. Это угасание, без сомнения, является биологически целесообразным, так как, если бы все появляющиеся связи оставались навсегда в мозгу, человек не мог бы в любой момент быть готовым к установлению новых соединений. Эта способность нервной системы сходна со свойством нашей памяти запоминать надолго далеко не все поступившие сведения. Долговременная память подчиняется строгому цензурированию, оставляющему только самое важное. Однако нужно сказать, что порой малозначительные, казалось бы, события и сведения остаются надолго, если они сопровождаются глубокими переживаниями. Получается, эмоции имеют большое значение в фиксации следа.

Условные рефлексы формируются не только в мозговой коре, но и в отделах подкорки. Любое наше действие регулируется и может быть управляемо, потому что составными частями действия являются разнообразные обратные связи, сообщающие об эффекте от произведенного действия и позволяющие, учитывая эту информацию, на ходу осуществлять коррекцию и вносить поправки в действие при нарушении его четкости. Систему коррекции ошибок можно проиллюстрировать на примере любого произвольного движения. Например, при исполнении задания попасть кончиком пальца в точку на стене, от мышц, выполняющих это действие, непрерывно поступают обратные сигналы в мозжечок, спинной и головной мозг, сообщающие, в каком состоянии находятся мышцы и будет ли в этом случае достигнута желаемая цель.

Если направление движения руки неправильное, или сокращение мышц недостаточное, либо чрезмерное, тут же рефлекторно и неосознанно

производится коррекция этих ошибок. Постоянный контроль того, совпадает ли результат действия с ожидаемым, является главнейшим условием нервной деятельности, формируя как бы четвертое звено рефлекторного акта. С этой точки зрения понятие "рефлекторная дуга" может быть расширено представлением о рефлекторном кольце или рефлекторном круге. И в самом деле, в любом рефлекторном акте механизм обратной связи имеет решающее значение, информируя о выполнении конечной цели. Рефлекторные кольца, в общем и составляют основу авторегулирующихся механизмов. Распространяя положение об обратных связях на соотношение и соподчиненность различных отделов головного мозга, и расширяя его, можно говорить об успехе или неудаче запрограммированных сложных действий, что ведет в первом случае к прекращению действия, а во втором — к продолжению активного возбуждения. В конечном итоге происходит сравнение того, как выполнено задание, согласовано ли оно с намеченной целью, с той моделью будущего, задуманной мозгом и являющейся основой наших действий. Головной мозг устроен, как сложноорганизованная система управления, которая может не только получать, хранить и использовать полученную информацию, но и позволяет прогнозировать, формировать план действий, управлять этими действиями для решения поставленных задач (Фурдуй Ф.И., 1990).

Эмоции и мотивации

Значимость эмоций (например, хорошего или плохого настроения) в повседневном поведении человека, давно понятна. Академик Павлов считал нарушение динамического коркового стереотипа (он понимал под ним фиксированный условно-рефлекторный механизм, выдающий в примерно одинаковых условиях одинаковую реакцию), одной из причин плохого настроения. Динамический стереотип обычно получается достаточно

устойчивым. В нашей жизни мы постоянно встречаемся с этой интересной особенностью деятельности головной коры. Ведь сложившаяся годами привычка, полученные навыки, ставшие автоматическими, — это и есть динамический корковый стереотип. Данные стереотипы могут относиться не только к маловажным привычкам, но и устоявшемуся жизненному укладу человека, к системе его убеждений, взглядов, верований. Все это сложно переделывается, с огромным трудом перестраивается. Нарушение подобных стереотипов формирует у человека чувство неудовлетворения, вызывает плохое настроение, переходящее в отчаяние. Подобные неблагоприятные переживания появляются и тогда, когда разработанный человеком план не совпадает с реальной действительностью, или этот план оказывается по определенным причинам невыполнимым. Совсем другое дело, если жизненный план, привычка или идея совпадают с реальностью. Тогда положительные эмоции гарантированы (Менделевич В.Д., 2001).

Взаимодействие коры и подкорки

Данный механизм генерации положительных и отрицательных эмоций не является единственным. Важное значение имеет гипоталамическая область, функционально соединенная с другими глубоко расположенными формациями мозга, объединенными под общим названием "лимбико-ретикулярный комплекс", который в немалой степени обеспечивает организму состояние гомеостаза. В комплекс входят лимбическая система, и ретикулярная формация, которая тянется от передних отделов зрительного бугра до нижних областей продолговатого мозга (Лурия А.Р., 1977).

Все нервные маршруты, поставляющие в мозг особые сигнальные импульсы от сенсоров зрения, слуха, осязания, обязательно имеют сторонние ответвления в ретикулярную формацию, состоящую из нервных волокон и

ганглионарных клеток. Формация под воздействием этих импульсов раздражается и влияет на уровень возбуждения различных областей нервной системы, включая кору больших полушарий. Это тоже в какой-то степени авторегулирующийся аппарат. По хорошо известным нервным маршрутам в корковые анализаторы поступают импульсы информации от сенсоров. А посредством ретикулярной формации настраивается степень их возбудимости, выполняется регулировка уровня активности.

Кору мозга, образно говоря, можно в чем-то сравнить с экраном телевизора. Используя эту аналогию, считаем, что по восходящим нервным связям на кору поступают сигналы звука и изображения, а вот волокна ретикулярной формации служат цепью регулировки четкости и яркости картинки, насыщенности цвета, громкости. Но, для функционирования данного механизма саморегуляции кора мозга отправляет необходимую информацию в ретикулярную формацию. Получается некая кольцевая связь, имеющаяся в организме на самом деле. Ретикулярная формация несет главную нагрузку в механизме концентрации внимания, в организации чередования сна и бодрствования (Лурия А.Р., 1977). Иными словами, она является, в определенной степени, некой "ближайшей подкоркой", дающей энергетический заряд коре мозга. Стимуляция отдельных областей лимбической системы посредством внедренных в нее миниатюрных электродов вызывает улучшение настроения, эйфорическое состояние, сопряженное с чрезмерной оценкой собственных возможностей и равнодушием к имеющимся физическим проблемам. Повреждение лимбической системы часто приводит к изменениям в эмоциональном фоне, обычно негативного свойства: чувство страха, напряжения, гнева и тоски. У пациента образуется склонность к депрессии, ипохондрии. Нарушения также могут вылиться в эмоциональную нестабильность с параллельным проявлением полярных эмоций, например, радости и горя, гнева и

равнодушия.

Эксперименты, произведенные на лабораторных крысах, которым в глубокие структуры мозга вживили микроминиатюрные электроды, выявили связь этих участков мозга с эмоциями. Крысы, обучившись нажимать на педали, провода от которых тянулись к внедренным в их мозг микроэлектродам, могли стимулировать разные области своей лимбической системы. Оказалось, что подопытные, при стимуляции одних участков мозга, после пары проб прекратили нажимать рычаг, тогда как при стимуляции других отделов стали непрерывно, до пяти тысяч раз в течении часа, осуществлять нажатия на эту педаль. Скорее всего, стимуляция отдельных участков мозга через электроды вызывала у крыс состояния "удовольствия" и "неудовольствия". Возможно, в одном случае раздражались элементы оборонительного рефлекса, а в другом— полового или пищевого рефлекса.

Поэтому мы должны связать эмоции не только с корой, но и с более глубинными структурами, а также, ретикулярной формацией, транслирующей импульсы возбуждения в кору. Более того, из рассмотренных ранее примеров можно однозначно сделать выводы о наличии взаимосвязи глубинных структур мозга с мотивацией действий (мотивами поведения). Выполнение запланированного действия может с определенной степенью успешности производиться как под воздействием положительных, так и отрицательных, негативных эмоций. Повреждения у лимбико-ретикулярной системы нередко сопровождаются потерей мотивированного, адекватного окружающей действительности поведения, с потерей плана действия, и появлением произвольных действий и движений.

Это дает возможность выявить связь наших целенаправленных действий с лимбической системой. Так как похожие расстройства имеются при повреждении лобных долей. Это только лишний раз доказывает, что каждая функция локализована на нескольких уровнях мозга. Возможно также

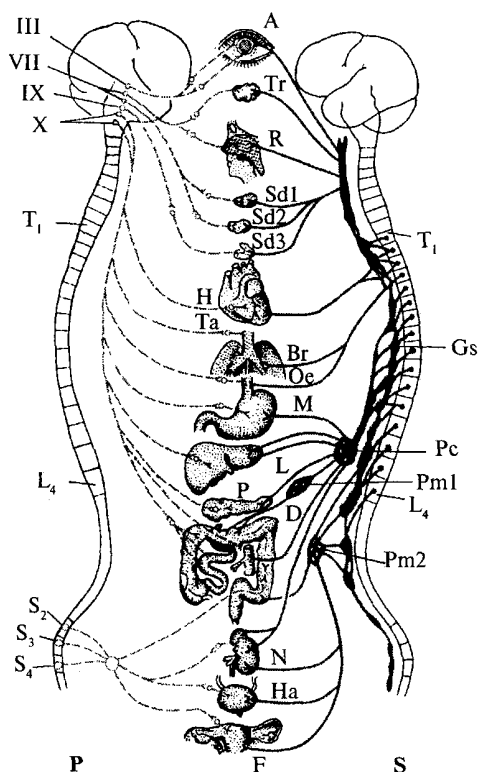
считать, что в планировании деятельности принимает непосредственное участие именно лимбическая система, вызывая в последующем активацию различных саморегулирующихся механизмов гомеостаза.

Кора мозга и вегетативная нервная система

Вегетативная нервная система, обслуживающая все внутреннее устройство организма, тесно взаимодействует с центральной нервной системой, и ее частью - корой головного мозга. Это взаимодействие внутренних органов с корой двунаправленное: один поток импульсов идет от коры к органам, другой - от рецепторов внутренних органов к коре (рис.2). Не имеется такого внутреннего органа, взаимосвязь которого с корой невозможно было бы описать с помощью условных рефлексов. Можно считать, что реализация этих взаимосвязей с корой производится через внутренние глубинные структуры, ядра подкорки и ретикулярную формацию. Исследования в данной области имеют огромное практическое значение, давая возможность активного терапевтического воздействия на органы путем перенастройки условных рефлексов. Основой работы вегетативной нервной системы служит рефлекс. Рефлексов имеется огромное множество, и в целом это автоматически регулирующие устройства. Механизм отдельных рефлексов может быть достаточно простым и расширяющим имеющиеся представления о рефлекторной дуге. Это квазирефлексы, работающие в пределах одного аксона без участия других нервных клеток. Узловой характер вегетативной нервной системы обеспечивает замыкание рефлекторных дуг в узлах пограничного симпатического ствола, а, возможно, и в других периферических ганглиях. Важным свойством вегетативной системы является ее способность реагировать не только на исключительно нервные, но и на гуморальные и

химические раздражители.

Периферическая вегетативная нервная система человека



P — парасимпатическая система; S — симпатическая система.
III — глазодвигательный нерв; VII — лицевой нерв; IX — языкоглоточный нерв; X — блуждающий нерв; S₂–S₄ — крестцовые сегменты; T₁ — грудной сегмент; L₄ — поясничный сегмент; Gs — пограничный ствол симпатической нервной системы; Pc — чревное сплетение; Pm1 — брыжеечное сплетение; Pm2 — нижнее брыжеечное сплетение; A — глаз; Tr — слезная железа; R — зев; Sd1 — подчелюстная слюнная железа; Sd2 — подъязычная слюнная железа; Sd3 — околоушная слюнная железа; H — сердце; Ta — трахея; Br — бронхи, легкие; Oe — пищевод; M — желудок; L — печень; P — поджелудочная железа; D — кишечник; N — почка; Ha — мочевого пузыря; F — органы размножения.

Рис.2. Схема вегетативной иннервации

Например, химическое раздражение с помощью адреналина вызывает в организме физиологический эффект, подобный эффекту, появляющемуся при стимулировании симпатического нерва. Применение пилокарпина возбуждает у парасимпатических нервов периферические окончания, а атропин парализует их. Морфин инициирует процессы торможения в

гипоталамических центрах. Применение кокаина активизирует периферические рецепторы симпатических нервов, аналогичный эффект получается при использовании эфедрина и фенамина.

Вышеперечисленные факты были объяснены теорией о медиаторах, то есть химических веществах-посредниках, с непосредственным участием которых происходит передача возбуждения от нервного волокна на рабочий аппарат. В парасимпатической нервной системе таким медиатором является ацетилхолин (широко распространенный в организме), а в симпатической нервной системе медиатором служит адреналин.

В симпатической нервной системе имеется огромное количество связей а ее периартериальная сеть, разветвленная по всем кровеносным сосудам, вызывает распределение и распространенность вегетативных реакций. Из-за этого поражение, возникшее в определенной части тела, иногда приводит к вегетативным расстройствам в другой его части, которая никак непосредственно не связана с областью поражения. Данное явление получило название отражения (реперкуссии), и оно занимает важное место в болезнетворных процессах в организме человека (Смулевич А.Б., 2000).

Взаимосвязь гипоталамуса с корой и подкорковыми структурами

Гипоталамус является ведущим вегетативным центром, ядра которого находятся в стенках третьего желудочка и в основании мозга. На гипоталамус влияют многие отделы головного мозга: кора, ретикулярная формация и ядра лимбической системы. Гипоталамус, в свою очередь, посылает ответные сигналы в кору, вегетативные центры ствола и спинного мозга и другие образования лимбико-ретикулярного комплекса. Гипоталамус также является одним из узлов, принимающих участие в процессах регуляции дыхания, кровообращения, водно-солевого баланса, поддержания температуры тела,

процессах жирового обмена и половой деятельности. Значительным является влияние гипоталамуса на секрецию гормонов гипофиза. Гипофиз - тоже саморегулирующийся прибор. Крупные нейроны ядер гипоталамуса являются клетками, вырабатывающими вещества, поступающие в заднюю долю гипофиза по аксонам. Сосуды вокруг ядра гипоталамуса объединяются в сеть, спускающуюся к передней доле гипофиза и снабжающую ее клетки. Из долей гипофиза тропные гормоны (тропины) по сосудам поступают в эндокринные железы, гормоны которых, в свою очередь, помимо воздействия на периферические ткани, оказывают влияние также на гипоталамус и переднюю долю гипофиза. Тем самым, видимо, регулируется потребность в секреции в необходимом количестве различных тропинов.

При реагировании на стресс все силы организма мобилизуются, чтобы отразить нападение, или чтобы выйти из тяжелой ситуации, тогда самую большую активность проявляют области гипоталамуса и гипофиза, а через них и кора надпочечников. В этих случаях стрессовый раздражитель, влияя через ЦНС на гипоталамус, активизирует его, а он, в свою очередь, возбуждает через сосудистую сеть переднюю долю гипофиза, которая выделяет аденокортикотропный гормон (АКТГ), увеличивающий выделение надпочечниками кортикостероидов. Кортикостероиды же оказывают активирующее влияние на весь организм. Надо помнить, что при любом напряжении организма активизируется симпатическая нервная система, и в кровь выделяется адреналин, стимулирующий механизмы ретикулярной формации. А она возбуждает кору мозга, гипоталамус и ведет к выделению из гипофиза АКТГ. То-есть, система работает как сложный регуляторный прибор (рис.3).

Процессы торможения в коре головного мозга

Обычная работа коры мозга происходит на фоне неперенного, не прерывающегося взаимодействия двух процессов: возбуждения и торможения. Первый ведет к формированию и реализации условных рефлексов, а второй процесс- к их подавлению. Есть две основных формы коркового торможения: безусловное, или врожденное, и приобретенное, или условное.

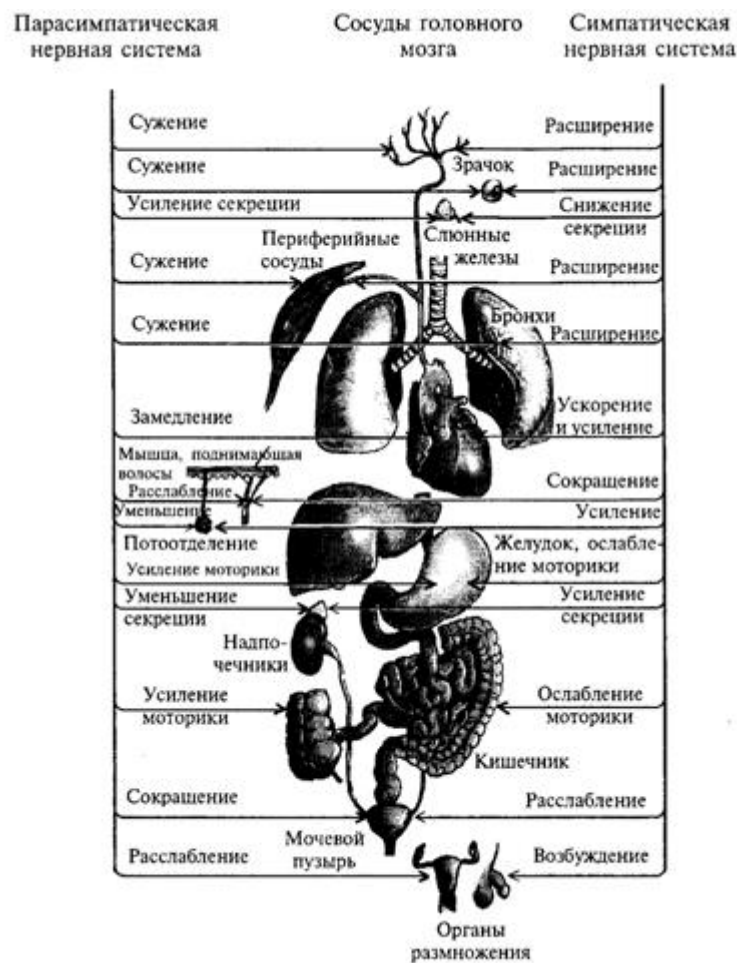


Рис.3. Влияние симпатической и парасимпатической нервной системы на функции внутренних органов

Внешнее торможение условных рефлексов появляется в момент, когда во время действия условного раздражителя на организм поступает раздражение, вызывающее какой-нибудь другой рефлекс. Другими словами, торможение вызывается появлением другого очага возбуждения, когда в коре

уже имеется очаг активного условного рефлекса. Известно, что сильные рефлексы тормозятся труднее, чем слабые.

Если посторонний раздражитель, применение которого обуславливало внешнее торможение условных рефлексов, вызывает лишь ориентировочный рефлекс (например, звонок), то при многократном применении данного постороннего раздражителя ориентировочный рефлекс на него все более уменьшается и исчезает; тогда посторонний агент не вызывает внешнего торможения. Это слабеющее тормозящее действие раздражителей обозначается как гаснущий тормоз.

Если посторонний раздражитель, вызывающий внешнее торможение, связан лишь с ориентировочным рефлексом (например, звонком), то при многократном повторении воздействия данного постороннего раздражителя отклик на него все сильнее уменьшается, и, наконец, пропадает. Далее посторонний сигнал уже не вызывает внешнего торможения. Эффект ослабления тормозящего действия раздражителей называют гаснущим тормозом.

Однако есть раздражители, воздействие которых не слабеет, с какой бы частотой их ни применяли. К примеру, пищевой рефлекс всегда тормозится при возбуждении центра мочеиспускания.

Кто из рефлексов победит при столкновении в коре мозга разных процессов возбуждения, определяется силой и ролью появляющихся при их действии возбуждений. Слабое возбуждение, возникшее в определенном участке коры, распространяясь по ней, зачастую не тормозит, а наоборот, усиливает рефлексы. Сильное же встречное возбуждение однозначно тормозит условный рефлекс. Очень важно также биологическое значение безусловного рефлекса, на котором базируется условный, подвергаемый воздействию стороннего фактора. Внешнее торможение условных рефлексов по механизму торможения сходно с механизмом торможения, наблюдаемым в

работе других отделов ЦНС. Оно возникает при любых условиях действия тормозящего раздражения (Кулаков, С.А., 2003).

Если интенсивность воздействия раздражителя превысит определенный предел, произойдет не усиление, а уменьшение или даже полное торможение рефлекса. Аналогично, одновременное применение нескольких сильных условных раздражителей приведет к уменьшению условного рефлекса. В подобных случаях уменьшение рефлекторного ответа из-за усиления раздражителя вызывается возникающим в коре мозга торможением. Это торможение появляется в коре в ответ на действие сильных по уровню, или длительных и частых воздействий и называется запредельным торможением. Запредельное торможение может еще проявляться в виде патологического истощения процесса возбуждения. При этом процесс возбуждения, начавшись обычно, очень быстро прерывается, сменяясь торможением. Здесь имеется тот же переход возбуждения в торможение, но, в данном случае он происходит очень быстро.

Внутреннее (условное) торможение, оно характерно для высшего отдела нервной системы, наступает, когда условный раздражитель не подкреплён безусловным рефлексом. Следовательно, внутреннее торможение возникает при отсутствии совпадения по времени двух очагов возбуждения, появляющихся в коре, при одновременном действии условного и подкрепляющего его безусловного раздражителей. Любой условный раздражитель может быть легко превращен в тормозной, если он применяется без соответствующего подкрепления. Не подкрепляемый ничем условный раздражитель активизирует процесс торможения в тех же самых отделах коры больших полушарий, в которых он до этого вызывал процесс возбуждения.

Отсюда следует, что вместе с положительными существуют и отрицательные, или тормозные условные рефлексы. Они проявляются

угнетением, прекращением или недопущением возбуждений в те органы тела, функционирование которых вызывалась этим положительным условным раздражителем до его перехода в тормозной. От того, как осуществляется не подкрепление условного раздражителя безусловным, различают четыре группы типов внутреннего торможения: угасание, дифференцировка, запаздывание и условный тормоз (Лурия А.Р., 1977).

Нормальный сон как процесс торможения

В результате многочисленных опытов определили, что сон наступает, когда стимулы, которые стали тормозными, отправляются в кору мозга без противопоставления им положительных условных раздражителей. Например, если часто применять одинаковый условный раздражитель, клетки коры, принимающие это раздражение, переходят в состояние торможения, и оно распространяется по всей коре, тогда организм засыпает.

Следовательно, в основе сонного состояния находится широкое распространение по коре мозга тормозящего процесса, который может распространиться и на ближайшие подкорковые области. Причинами, вызывающими или ускоряющими наступление сна, являются все факторы, связанные с условиями, в которых сон наступает при обычном режиме жизни. Сюда относятся определенное время суток, связанное с ежедневным периодом сна, соответствующая поза и внешняя обстановка.

Более того, для наступления сна существенно важно отключение положительных условных и безусловных раздражителей, воздействующих на кору головного мозга. Сюда относятся ослабление внешних раздражителей (тишина, темнота) и расслабление скелетной мускулатуры, ведущее к значительному уменьшению потока импульсов от ее рецепторов. О значении последнего фактора говорят исследования, показавшие, что у человека в момент засыпания обычно уменьшается тонус скелетной мускулатуры. При

нормальном сне деятельность органов, получающих импульсы по волокнам вегетативной нервной системы, изменяется. Сердце сокращается реже, кровяное давление несколько падает, обмен веществ снижается, дыхание урежается, содержание углекислоты в крови возрастает, температура слегка снижается (Тухтарова И.В., 2005). Эти сдвиги, несомненно, связаны с изменением возбуждения в ядрах гипоталамической области, но причиной этих изменений является более или менее полное выключение деятельности коры головного мозга, охваченной иррадиирующим по ней торможением.

На сегодняшний день считается, что запредельное торможение является своего рода защитным механизмом. Оно оберегает нервные клетки от истощения, которое наступило бы, если бы возбуждение усилилось сверх определенного предела или удерживалось бы без перерыва сверх определенного срока. Наступающее тогда торможение, не будучи само утомлением, выступает в роли охранителя клетки, предупреждающего дальнейшее чрезмерное раздражение, чреватое разрушением этой клетки. За время тормозного периода, оставаясь свободной от работы, клетка восстанавливает свой нормальный состав. Поэтому запредельное торможение, охраняющее корковые клетки от истощения, может быть названо и охранительным торможением. Охранительное значение свойственно не только запредельному торможению, но и сонному (Смулевич А.Б., 2000).

По условиям своего возникновения запредельное торможение сходно с торможением, возникающим в ответ на сильное раздражение рецепторов или периферических нервных волокон в низших отделах центральной нервной системы. Однако в коре мозга запредельное торможение постоянно возникает в ответ на действие условных раздражителей, причем его возникновение может зависеть не только от физической, но и от физиологической силы раздражения, определяемой биологической ролью рефлекса. Развитие

запредельного торможения зависит вместе с тем от функционального состояния корковых клеток; последнее, в свою очередь, зависит от роли временных связей, в которые эти клетки включены, от влияний со стороны других корковых очагов, от кровоснабжения мозга, от степени накопления в его клетках энергетических ресурсов.

Каждое проявление торможения в коре мозга вряд ли можно рассматривать как запредельное торможение, так как в противном случае пришлось бы считать, что каждый подавляемый или дифференцируемый раздражитель становится вследствие не подкрепления превышающим предел силы (запредельным). Вряд ли можно отнести к запредельному торможению и те случаи безусловного (внешнего) коркового торможения, которое возникает в результате действия слабых необычных раздражителей, вызывающих лишь слабую ориентировочную реакцию, но легко приводящих к развитию сна. Это, однако, отнюдь не означает, что различные случаи торможения являются совершенно особым состоянием. Вероятнее, что различные случаи торможения имеют в своей природе один и тот же процесс, отличаясь друг от друга по скорости течения этого процесса, по его интенсивности и условиям возникновения. Запредельное торможение, первично возникая в тех образованиях мозговой коры, в которые адресуется действие сильных (или частых и длительных) раздражений, может распространяться по коре, приводя ко сну. Сон может наступать, сменяя первоначальное возбуждение, как при действии сильных раздражений, так и при длительном или часто повторяющемся действии слабых агентов.

Теория охранительного значения торможения привела к предположению, что сон, предохраняя корковые клетки от истощения, должен способствовать восстановлению нормальных функций мозговой коры, если они нарушены в результате тех или иных патологических процессов. Ряд фактов полностью подтверждает эту мысль. Было показано,

что после введения различных ядовитых веществ сон, умышленно вызываемый введением снотворных, способствует более быстрой ликвидации патологических расстройств, которые без этого подчас бывали даже необратимы. Значительные результаты дало лечение сном в психиатрической клинике, особенно при лечении шизофрении и других заболеваний. Благоприятное влияние терапии сном отмечено в эксперименте и в клинике после тяжелых контузионных травм черепа, при борьбе с шоком. Отмечен также благоприятный результат так называемой сонной терапии при некоторых болезнях, то есть искусственное удлинение сна.

Аналитическая и синтетическая деятельность коры головного мозга

Деятельность коры больших полушарий обеспечивает постоянный анализ и синтез раздражений, падающих на организм из внешней среды и возникающих в нем самом. Будучи внешне противоположными, как внешне противоположны лежащие в их основе явления торможения и возбуждения, анализ и синтез неразрывно друг с другом связаны и друг без друга невозможны (Лурия А.Р., 1977).

Нервный синтез — это объединение друг с другом различных раздражителей в их действии на организм, их связывание механизмом рефлекса с теми или иными функциями организма человека. Все явления замыкания нервной связи между различными агентами, раздражающими рецепторы, и ответной деятельностью организма человека являются проявлением синтетической деятельности нервной системы. Постоянное замыкание, обеспечивающее наличие безусловных, врожденных рефлексов, ведущих к возникновению всегда одной и той же реакции на раздражение рецепторного поля каждого такого рефлекса, относится к простым проявлениям синтетической деятельности. Переменное замыкание,

обеспечивающее выработку временных связей, благодаря которым деятельность организма человека определяется условиями действия каждого раздражителя, его сигнальным значением, является высшей формой синтеза, корковым синтезом, деятельностью коры головного мозга.

На организм посредством раздражения огромной массы его разнообразных рецепторов всегда одновременно действует ряд различных агентов как внешней, так и внутренней среды. Равновесие организма человека с разнообразными условиями существования достигается только благодаря различному реагированию на многочисленные изменения в окружающей среде и в нем самом. Различное реагирование организма человека на различные агенты возможно лишь тогда, когда каждый из них действует иначе, чем другие, когда каждый из них ограничен в своем действии от других. Анализ и заключается в разложении огромной массы раздражений, производимых всеми действующими на организм агентами на различные анализаторы, функционирующие в динамической связи.

Под анализаторами принято понимать совокупность всех нервных образований, отвечающую за восприятие какого-либо вида информации и включающую в себя периферический отдел — рецепторы. В центральную часть каждого анализатора, образуя его низшие отделы, входят: образования спинного и продолговатого мозга, центры, расположенные между продолговатым мозгом и корой, сама кора головного мозга.

Вся аналитическая деятельность основана на процессе торможения, так как лишь этот процесс обеспечивает ограничение иррадиации возбуждения по центральной нервной системе. Выделяемые аналитической деятельностью раздражения являются тем более дробными, чем ограниченнее распространение по центрам нервного возбуждения, возникающего в них при стимуляции каждого рецепторного образования. Деятельность низших центров обеспечивает лишь такую форму анализа, в результате которой

раздражение каждой группы рецепторов вызывает различный, но для рецепторного поля каждого рефлекса всегда относительно постоянный рефлекторный ответ. Данный анализ не только груб, но и статичен. Распределение торможения и возбуждения зависит прежде всего от того, с каких рецепторов и с какой частотой и силой импульсы поступают в низшие центры, а не от тех условий, в которых организму ранее наносились раздражения.

Кора головного мозга обеспечивает осуществление высшего анализа, основанного на условном торможении, на торможении, которое формируется в коре мозга в зависимости от условий действия раздражителей, в зависимости от их подкрепления или неподкрепления. Благодаря процессу внутреннего, условного торможения из массы раздражений, постоянно и непрерывно доходящих до коры, во временные связи с теми или иными функциями вступают только те агенты и комплексы агентов, действие которых подкрепляется безусловным раздражителем.

Типы нервной системы

Как житейский опыт, так и научные данные показывают, что отдельные особи, образующие какой-либо вид живых существ, наряду с общими признаками, характерными для всех индивидуумов этого вида, обладают рядом черт, свойственных именно данным особям. Этот вывод целиком относится и к функциям больших полушарий, причем именно различные индивидуальные особенности деятельности больших полушарий более всего определяют индивидуальные особенности всех функций организма человека. В настоящее время физиология больших полушарий располагает точными приемами, позволившими установить основные функциональные характеристики свойств коры головного мозга и создать на этой основе

учение об основных типах нервной системы (Менделевич В.Д., 2001).

Функциональные особенности коры головного мозга

Функциональные свойства коры мозга характеризуются, во-первых, по признаку, который назван силой нервных процессов. Понятие силы вытекает из понятия о работоспособности и относится как к процессам возбуждения, так и к тормозным процессам. Как уже известно, сильный раздражитель дает сильный эффект лишь в том случае, если интенсивность раздражителя не переходит за известный предел. Когда этот предел превышен, процесс возбуждения сменяется тормозным процессом, в результате чего величина рефлекторного ответа на такой сверхсильный раздражитель падает (запредельное торможение).

Таким образом, имеется возможность измерить предел работоспособности корковых нервных клеток в отношении развития ими процесса возбуждения. Опыт показывает, что существуют сильные типы нервной системы, характеризуемые высоким пределом работоспособности, и типы слабые, с низким пределом работоспособности нервной системы.

Уравновешенность нервных процессов

Также, деятельность больших полушарий характеризует признак уравновешенности. Под этим термином понимают соотношение, баланс между силой раздражительного и силой тормозного процессов. Оба эти процесса могут быть развиты одинаково, и тогда говорят об уравновешенной нервной системе. Но иногда один процесс выражен больше, чем другой, и тогда говорят о неуравновешенном типе.

Подвижность нервных процессов

Третьей важной чертой, характеризующей работу больших полушарий, является подвижность корковых процессов. Так как и в обычной жизненной обстановке, и в экспериментальных условиях нередки случаи, когда требуется быстрая смена одного процесса, идущего в каком-либо функциональном корковом очаге, на другой процесс (например, смена раздражительного процесса на тормозной или наоборот), то очень важно, чтобы основные корковые процессы были достаточно подвижны, когда один нервный процесс легко и быстро сменяется другим, ему противоположным. По этому признаку типы нервной системы можно разделить на подвижные и малоподвижные, застойные, у которых эта смена протекает медленно и с трудом (Елисеев Ю.Ю., 2008).

Классификация типов нервной системы в зависимости от качества реакций

В результате изучения огромного количества отдельных фактов на основе применения специальных методик удалось установить наличие следующих четырех основных типов нервной системы.

1. Тип сангвиника, или живой тип. Это, так сказать, идеальный тип, стоящий в центре классификации. Отличается он хорошим развитием всех основных функциональных признаков корковых клеток: сильным процессом возбуждения и сильным тормозным процессом, приблизительно одинаковой силой обоих процессов, то есть уравновешенностью, а также хорошей подвижностью, то есть быстротой и легкостью смены одного нервного процесса на другой.
2. Тип меланхолика, или слабый тип. Характернейшей чертой людей этого

типа является малая работоспособность корковых элементов, что обуславливает у них частое наличие запредельного торможения (безусловного). У этого типа слаб как процесс возбуждения, так и тормозной процесс, но преобладают в корковой динамике все же процессы торможения. Принадлежащие к этому типу люди в своем поведении обнаруживают черты робости и трусости, имеется множество вариаций этого типа.

3. Тип холерика, или безудержный тип. Люди этого типа обладают большой силой обоих нервных процессов, но процесс возбуждения у них резко преобладает над относительно более слабым тормозным.
4. Тип флегматика, или спокойный тип. Характерной чертой этого типа является малая подвижность, то есть застойность корковых процессов. Обладая иногда большой силой и уравновешенностью нервной системы, люди этого типа с трудом и медленно сменяют один процесс другим.

Надо иметь в виду, что вышеприведенная классификация является, как всякая классификация, лишь удобной схемой. В действительности, кроме вышеперечисленных типов, встречается много индивидуумов, принадлежащих к различным промежуточным типам (Менделевич В.Д., 2001).

Причисление данного человека к тому или иному типу затрудняется еще и следующим обстоятельством. Дело в том, что особенности нервной системы каждого человека представляют собой результат сложного взаимодействия черт как унаследованных, так и приобретенных в результате разнообразных, происходящих в течение индивидуального развития взаимодействий с окружающей средой.

Опыт показывает, что черты, передавшиеся по наследству, могут подвергнуться значительному изменению благодаря тому, что большие

полушария обладают большой пластичностью. Причина такого расхождения заключается в условиях воспитания, полученного в ранний период жизни. Мощное влияние на характерные особенности нервной системы обнаруживается и в условиях длительно существующей окружающей обстановки. Путем осторожной тренировки, основанной на знании законов корковой деятельности, можно значительно улучшить слабый тип нервной системы человека, сделав его более сильным. Получается, что черты, переданные по наследству, не являются чем-то роковым и неизбежным — они могут быть изменены (Менделевич В.Д., 2001).

Понятие типа нервной системы не ограничивается теми физиологическими свойствами, которые непосредственно характеризуют функции коры больших полушарий. Типовые особенности отражаются и на других системах организма человека. Таким образом, с физиологической точки зрения тип — это определенная вариация всего организма человека в целом. Установлено, что у представителей разных типов нервной системы изменения и нарушения деятельности внутренних органов, возникновение патологических процессов происходят с неодинаковой легкостью и отличаются известными особенностями.

Фармакологические и эндокринные воздействия на большие полушария

ЦНС очень чувствительна к изменениям в химическом составе крови, ее омывающей. Различные лекарства, вводимые в организм, так называемые фармакологические вещества, оказывают значительное влияние на нервную систему. Например, кофеин действует на большие полушария мозга, увеличивая процесс возбуждения. Под воздействием кофеина возбудимость у клеток коры увеличивается, и человек обычно реагирует более энергично и стремительно. Фактический эффект определяется типом нервной системы,

используемой дозой кофеина, и функциональным состоянием больших полушарий. Чем слабее нервная система, тем меньше кофеина потребуется для достижения желаемого эффекта (Лурия А.Р., 1977).

Давно известно о влиянии эндокринных нарушений на высшую нервную деятельность человека. Гормоны оказывают огромное влияние на такой тонкий орган, как большие полушария мозга. Поэтому незначительные изменения степени содержания в крови определенных веществ приводит к значительным изменениям в условных рефлексах. Патологическое состояние центральной нервной системы обычно возникает в результате перенапряжения основных процессов коры головного мозга — возбуждения или торможения. Например, невроз может развиваться при перегрузке процесса возбуждения при действии излишне мощных раздражителей или в результате перегрузки тормозных процессов. В механизме возникновения невроза наблюдают так называемый срыв, который может характеризоваться преобладанием или раздражительного, или тормозного процесса. Если процесс возбуждения берет верх, дифференцировки пропадают, появляется двигательное беспокойство, рушатся нормальные соотношения между уровнем раздражителя и выраженностью условного рефлекса. При преобладании торможения сокращаются и исчезают положительные условные рефлексы, появляется сонливость.

Разные проявления срыва возникают также при перенапряжении подвижности нервных процессов, при резком переходе процесса возбуждения в тормозной и обратно. Наиболее общая характеристика невроза состоит в том, что при нем наблюдается хаотичность и неадекватность поведения (Александр Ф, 2000). Невротические состояния, как об этом уже говорилось, могут возникать и как результат вмешательства в нормальную деятельность желез внутренней секреции. Явления срыва и развитие функциональных неврозов особенно часто возникают у представителей крайних типов нервной

системы, то есть у людей неуравновешенного, безудержного типа (холериков), и особенно у людей со слабым тормозным типом нервной системы (меланхоликов). У холериков срыв, по большей части, наблюдается в виде преобладания возбуждения, а для меланхоликов обычно характерно нарушение и без того слабого раздражительного процесса, срывы в сторону еще большего преобладания торможения.

Следовательно, главные "поставщики" неврозов — это крайние типы, хотя, конечно, специальными мерами можно добиться срыва нормальной высшей нервной деятельности и у сильных типов — сангвника и флегматика. Как правило, невроз сказывается не тотчас после действия патогенного агента, а через один или даже несколько дней. Патологический процесс, лежащий в основе хаотичности и неадекватности поведения, характеризуется тем, что корковые нервные клетки слабеют, то есть понижается предел их работоспособности; наступает инертность нервных процессов (чаще всего процесса возбуждения) или, наоборот, чрезмерная, патологическая подвижность корковых процессов. Патологическая подвижность выражается в форме чересчур стремительно наступающей в момент начала раздражения реакции, которая еще во время раздражения сменяется торможением (картина так называемой взрывчатости, раздражительной слабости). Значительная часть неврозов, вызывая патологические отклонения в сфере высшей нервной деятельности, ведет часто к весьма значительным расстройствам функций внутренних органов.

Психологические предпосылки психосоматозов

Эмоции — это физиологические состояния, охватывающие самые разнообразные чувствования и переживания человека. Эмоции имеют ярко выраженную субъективную окраску; это индивидуальное отношение

человека к повседневным событиям, явлениям, ощущениям, к разнообразным сигналам из внешнего мира и внутренней среды самого организма человека, падающим на кору больших полушарий головного мозга. Эмоции — постоянный спутник жизни человека. Многочисленные сигналы из внутренней среды организма человека, такие, как боль, сердцебиение, мышечное напряжение, шум в ушах, воспринимаются с беспокойством, как ощущения неприятные.

Вкусное блюдо, съеденное с аппетитом, хороший сон, воспринимаются с удовлетворением, сопровождаются чувством удовольствия, успокоения. С такими же субъективными оценками воспринимаются сигналы из внешнего мира: звуки, речь, зрительные образы и краски, явления природной и социальной среды. Похвала, радостное известие, удача, награждение, подарки в праздники всегда в радость (Менделевич В.Д., 2001).

Эмоции имеют непосредственное отношение к эстетике. Одно и то же явление, событие, один и тот же предмет, произведение искусства у одних вызывают удовольствие, положительные эмоции, другим безразличны, на третьих действуют отрицательно, раздражают. Одним нравится классическая музыка, другим — современные ритмы. Одни, наблюдая футбольные матчи, бокс, выражают свое удовольствие выкриками, свистом; другими поведение болельщиков воспринимается болезненно, вызывает раздражение, возмущение.

Характер и степень чувствований, эмоциональное восприятие явлений, событий зависят как от типа высшей нервной деятельности, так и от образования и воспитания, влияния семьи, общества и традиций. Эмоции — не только повседневный спутник обычных житейских, служебных, культурных восприятий; без них не обходятся сложные процессы, научный поиск и творческая деятельность. Эмоции оказывают значительное влияние на здоровье человека, как отрицательное, так и положительное.

Положительные эмоции не ведут к срыву высшей нервной деятельности, а, наоборот, способствуют укреплению здоровья, преодолению заболеваний.

Сильные эмоциональные разряды, аффекты могут непосредственно вызывать невротические состояния. Но чаще всего, по-видимому, причинно-следственная связь при этом бывает более сложной. Вероятно, связь невротического состояния непосредственно с бурной эмоцией, с аффектом является последним звеном в цепи предшествовавших, менее сильных, менее заметных, подавляемых отрицательных эмоций, не прошедших бесследно. Следы отрицательных эмоций, повторных и длительных, накапливаясь и суммируясь в клетках головного мозга, достигают таких степеней, когда количественные изменения переходят в качественные, возникает срыв, невротическое состояние (Парцерняк С.А., 2002).

Бесспорным является тот факт, что любые эмоциональные состояния, особенно длительные, затяжные отрицательные эмоции сопровождаются изменениями функциональных систем организма человека, в первую очередь сердечно-сосудистой системы, и неотделимы от них. Физиологические системы организма человека включаются автоматически, помимо воли человека. Это включение осуществляется как безусловный рефлекс, выработавшийся еще в доисторический период жизни человека. Он сходен с безусловными рефлексами животных (Тухтарова И.В., 2005).

Наиболее понятны происхождение и эволюция реакций сердечно-сосудистой и дыхательной систем на отрицательные эмоции. В начале пути своего развития и в первые тысячелетия истории человек был бессилен перед непонятными для него грозными явлениями природы, а также перед дикими животными, превосходящими его по силе, перед лучше вооруженным камнем или дубиной человеком, перед враждебно настроенной группой людей, перед всем тем, что представляло угрозу его здоровью и жизни. В такой ситуации единственный способ избежать опасности — спастись

бегством. Бежать, чтобы не догнали, не настигли, укрыться в пещере, на дереве, в воде. Бег является тяжелой мышечной работой, требующей, как хорошо известно, большого расхода кислорода, следовательно, повышенного кровоснабжения. Потребность в доставке большого количества кислорода к мышцам удовлетворяется усиленной функцией систем кровообращения и дыхания. Усиленная деятельность этих двух функциональных систем сопровождается учащением и углублением дыхания, сердцебиением, учащением сердечных сокращений. В результате многократного повторения сочетания эмоций страха с усилением функции систем кровообращения и дыхания выработался условный рефлекс, впоследствии превратившийся в безусловный: одышка, учащение сердечных сокращений, сердцебиение как реакция на страх и ряд других отрицательных эмоций.

Эмоция страха сопровождается реакциями других функциональных систем: "медвежья болезнь", позывы к мочеиспусканию, иногда непроизвольное мочеиспускание и многое другое. В процессе эволюции, исторического пути человека окружающая повседневная жизнь редко ставила перед нами такие условия, которые вынуждали нас спастись бегством. Человек только в исключительных случаях, подвергаясь нападению дикого зверя, был вынужден бежать от опасности, чаще он защищался. Но рефлекс, который вырабатывался тысячелетиями, стал безусловным: при всякой опасности, при угрозе истинной или мнимой, при страхе перед неизвестным или ожидаемым автоматически включаются функциональные системы организма человека.

Реакция сердечно-сосудистой системы при эмоциях наиболее заметна, поэтому в легендах, песнях, пословицах мы находим ее отражение в образных сравнениях, определениях: "тоска сердце гложет", "к сердцу подкатывает", "сердце-вещун". А что это означает для сердечно-сосудистой системы, показывает следующее. Сердце взрослого человека в спокойном

состоянии работает со скоростью (в среднем) 70 сокращений в минуту. Иначе говоря, сердце 70 раз в минуту сокращается и столько же раз расслабляется (систола-диастола), следовательно, под воздействием поступающей в кровеносные сосуды крови артерии расширяются и сокращаются 70 раз в минуту, чтобы протолкнуть кровь по кровеносному руслу. В час это составляет 4200 сокращений сердца и артерий, в сутки — 100 800, в год — около 37 миллионов, за шестьдесят лет жизни — более двух миллиардов сокращений. При мышечной работе, при повышенной температуре число сокращений увеличивается. Многие эмоции, иногда положительные, чаще же отрицательные, сопровождаются усилением, учащением сердечных и сосудистых сокращений до 100—120 и более в минуту.

Чем больше эмоций, чем они чаще и продолжительнее, тем больше изнашивается сердечно-сосудистая система, тем больше создается условий для развития атеросклероза, особенно если эмоции сопровождаются повышением кровяного давления в артериях. Сердечно-сосудистая система — наиболее чувствительный прибор, своего рода сейсмограф, отражающий через подкорку, ее нервно-вегетативные узлы и вегетативную нервную систему наши чувствования и переживания. Ученые уже несколько десятков лет признают, что травматизация и эмоциональное перенапряжение сферы высшей нервной деятельности — главные причины гипертонической болезни (Елисеев Ю.Ю., 2008).

Другие физиологические системы организма человека также не безучастны: они так или иначе, в большей или меньшей степени реагируют, отражают эмоции теми или иными функциональными расстройствами, кратковременными или долговременными. А повторные реакции в зависимости от их силы и продолжительности могут привести сначала к стойким функциональным нарушениям, а затем и к органическим изменениям в системе дыхания, пищеварения, мочевыделения, желез

внутренней секреции.

Различают управляемые и неуправляемые вегетативные проявления эмоций. К управляемым относятся поведение человека, речь, мимика, дыхание, слезоотделение, к неуправляемым — деятельность сердечно-сосудистой системы, пищеварительных органов, мочевыделение, потоотделение. Следовательно, одними проявлениями мы можем управлять, а над другими проявлениями мы не властны, например сердцебиением, поносом или мочевыделением при волнении и испуге. Впрочем, как показали исследования последних лет, путем самотренировки, самовнушения можно управлять и деятельностью сердца.

Источники отрицательных эмоций многочисленны и разнообразны. Одни из них неизбежны и неотвратимы, например смерть близких родственников, друзей; другие трудно предотвратить, а иногда и предвидеть: народные бедствия, несчастные случаи, болезнь, неприятности семейные и служебные. Но существует много отрицательных эмоций, источником которых являются сами люди, их поведение и их поступки. Часто производственные и бытовые шумы, служащие источниками отрицательных эмоций, производятся по вине людей. В повседневной жизни, в общении людей обиды, неприятности, горечь чаще всего вызываются словом, которое ранит.

Народная мудрость отразила в пословицах и поговорках великую силу слова. Известно, что обидеть человека можно не только словом, но и пренебрежительным молчанием. Часто именно те, кто должен создавать хорошее настроение людям, наносят душевные травмы и обиды своим поведением. Часто грубость, нетактичность, повышенный тон в разговоре, или даже ругань оправдывают необходимостью их применения в интересах общего дела. Или объясняют их тяжелым характером работы, или нервозностью ("нервы шалят"). Проблема отношений между людьми отличается большой

сложностью. Ее решение, то есть профилактика эмоциональных расстройств, — дело нравственного и эстетического воспитания. Воспитанием занимаются все: родители, соседи, общество, окружающие люди. Проблема, однако, заключена в том, что большинство воспитателей не знакомо с основами психологии и педагогики. Следовательно, профилактика негативных эмоций, являющихся во многих случаях предвестниками неврозов, а затем органических заболеваний сердечно-сосудистой и других систем организма человека, является всеобщей задачей и требует общих усилий (Менделевич В.Д., 2001).

Необходимо учитывать, что организм человека, клетки больших полушарий головного мозга при определенных условиях способны выдержать большие перегрузки без особых последствий. На сегодняшний день убедительно доказано, что правильная организация труда, чередование процессов возбуждения и торможения, правильный психофизиологический режим обеспечивают нормальное функционирование центральной нервной и других систем организма человека.

К срывам, к болезненному состоянию ведут беспорядочная работа, не соответствующая физиологическим темпам и ритмам организма человека, неправильное, беспорядочное чередование труда и отдыха, перегрузка, перенапряжение без необходимого отдыха. Профилактика невротических состояний как последствий отрицательных эмоций заключается в воспитании дисциплины труда и отдыха, в установлении рационального образа жизни. Лицам, склонным к бурным реакциям, резким эмоциональным проявлениям (плачу, ругани, рукоприкладству, повышенному тону в разговоре), необходима самодисциплина, переключение на другие виды мышечной или психической деятельности. Переключаться можно на мышечную работу, музыку, чтение или что-либо другое. Повторные затяжные отрицательные эмоции опасны, они могут вызвать патологические состояния — неврозы, психопатии, заболевания внутренних органов, поэтому с ними нужно бороться (Елисеев Ю.Ю., 2008).

1.3. Патогенез психосоматических заболеваний

Патогенез - это система формирования заболевания. Патогенетические механизмы predetermined наследственно и сформировались вследствие продолжительного безусловно-многозначительного формирования человека. Запрограммированный наследственностью патологический процесс включает в себя биохимические, физиологические (в том числе рефлекторные), электрофизиологические, психические реакции и изменения структуры тканей и органов, то есть патогенез разворачивается не только во времени, но и в определенном пространстве, имеет соответствующую локализацию.

Морфологические модификации подчинены конкретным

закономерностям, они иллюстрируют отдельные стадии процесса, обычно циклического и стереотипного, придают всему процессу относительную устойчивость. По этой причине патогенез предполагает территориальность процесса. Эта территориальность отражается в клинической истории болезни. Благодаря патогенезу действие причин опосредуется реакциями организма человека. На многообразии различных болезнетворных воздействий организм отвечает лишь ограниченным набором ответов (реакций). Выбор реакции, ее сила, направленность, качество — все это зависит от возможностей самого организма человека. Если этих возможностей нет, или они достаточно слабы, ответной реакции не будет либо она окажется бедной и не выраженной.

Современная общая теория патологии говорит, что патогенетический процесс подчиняется законам саморазвития. Причина заболевания может воздействовать короткое время, но она запускает огромное количество компенсирующих и приспособительных ответов, включающихся последовательно, как цепная реакция. Конкретная причина может пробуждать разные программы, а какую именно будет зависеть от других условий. Так, чрезмерное употребление алкоголя является предпосылкой многочисленных болезней. Однако разные причины могут включать одну и ту же программу, то есть будут иметь одинаковый патогенез.

Итак, патогенез устанавливает клинику болезни, его симптоматику, нацеленность синдрообразования, конфигурацию направления патологического процесса, его результат. Однако и причина, и патогенез, принятые в отдельности, никак не характеризуют собою создания нозологической формы. В нозологической форме этиология и патогенез выступают в согласии, к одной и той же нозологической форме принадлежат только эпизоды с одними и теми же этиологией и патогенезом.

Теоретическая модель психосоматического заболевания — понятие

обобщенное. В реальной жизни заболевание поражает конкретного реального человека и наделено свойственными лишь ему индивидуальными особенностями реагирования. Эти характерные черты находятся в связи с исходным состоянием организма человека, типа высшей нервной деятельности и характерологических качеств, пола, возраста, наследственности, иммунологических реакций, жизненного опыта, перенесенных заболеваний и других моментов. Индивидуальные особенности видоизменяют реагирование, способствуют отклонению клиники заболевания от его усредненного профиля. Каждый человек - неповторимое явление природы, поэтому нетипичное в заболевании более вероятно, чем типичное. Нозологические заключения лишь в общем виде приближены к реальности. Они похожи на правду, но не выражают полной глубины события. Все без исключения этиологические факторы только сравнительно болезнетворны, ну а появляющиеся болезнетворные процессы принципиально неоднородны, потому как персональны (Тухтарова И.В., 2005).

Знание вопросов патогенеза способствует разработке рациональной, так называемой патогенетической терапии. Подобное лечение сфокусировано на то, чтобы прервать цепные реакции, служащие основой для клинического выражения болезни.

Если вредоносный фактор действует быстро и мощно, психосоматические заболевания имеют острое начало. В прочих случаях граница между здоровьем и болезнью бывает настолько нечетко выражена, что возможны ошибки размером в годы при оценке длительности и времени зарождения психосоматического заболевания.

Постепенное, неприметное начало свойственно хронически протекающим патологиям. Однако, нередко бывает, когда болезнь, стартовавшая в острой форме потом переходит в хронический вид, и

продлевается на долгие годы. Или, наоборот, плавное, растянутое во времени начало заболевания внезапно прерывается резким переходом в острую форму, а затем переходит в устойчивое выздоровление с возвращением пациента к нормальному образу жизни. Кроме того, то, что принимается за острое начало, при внимательном изучении иногда оказывается уже манифестацией психопатологии, не распознанной на раннем этапе постепенного накопления болезненных изменений (Тухтарова И.В., 2005).

У психосоматического заболевания можно выделить такие его основные этапы: продромальный - этап проявления самых ранних симптомов, манифестный - этап полного проявления болезни, и этап ремиссии и затухания симптомов, редукции заболевания.

Итак, этиология и патогенез психосоматических отклонений задается набором воздействующих факторов, структура этого набора сходна с многоуровневой структурой организации организма человека, в которой разделяют социальный, социально-психологический, психологический, психофизиологический и биологический уровни.

Дифференцированный подход к оценке психологических аспектов заболевания позволяет определять в каждом конкретном случае силу и направленность мероприятий по коррекции. Обычно, для внутренних болезней имеется в виду преимущественно психологическое консультирование, психологическая коррекция, симптоматическая психотерапия.

1.4. Характерологически ориентированные направления и типологии личности

За разными типами личности издавна признавалась предрасположенность к определённым болезням. Гиппократ, а за ним Гален описали людей с различными вариантами темперамента: сангвиников, меланхоликов, холериков, и флегматиков. Каждый вид темперамента имеет

расположенность к определённым болезням. Сангвиники, например, предрасположены к заболеваниям системы кровообращения, а флегматики и холерики - к болезням жёлчепроводящих путей и т.п.

Далее это предположение было развито в психологической теории конституции Э. Кречмера. Как изложено в этой теории, у лептосомов имеется предрасположенность к туберкулёзу и гастритам, у атлетиков - к эпилептическим припадкам и головным болям, у пикников - к атеросклерозу, хроническому ревматизму и жёлчнокаменной болезни. Подобным способом У. Шелдон обнаружил у церебротоников, эндоморфов и мезоморфов соответствия с определёнными свойствами личности. К примеру, статистика по инфарктам миокарда выявила не только тот факт, что среди заболевших преобладают мезоморфы, но и обнаружила наличие у этих больных психических экстраверсии, характерной для соматотоников (Александр Ф, 2000)..

Классические работы по психосоматике этого направления выполнены американским врачом Фл. Данбар. Она обнаружила (в результате прямых наблюдений в клинике) у восьмидесяти процентов людей, с которыми неоднократно произошли несчастные случаи, особый профиль личности, названный ею “личность, подверженная несчастиям”. Обычно это импульсивные люди, ведущие беспорядочный образ жизни, они живут текущим моментом, обожают авантюры и приключения, подвластны внезапным порывам, с трудом сдерживают свою агрессивность. Из-за подспудного чувства вины они имеют склонность к самонаказанию.

Этому профилю характера противоположен другой тип личности, склонной к инфаркту миокарда и колющим, ноющим, сдавливающим болям в области сердца (ангинозным жалобам). Люди с данным типом личности описываются как выдержанные, способные к упорной трудовой деятельности, проявляющие большое самообладание, они могут, для

достижения далекой цели, отказаться от прямого и быстрого удовлетворения потребностей.

Получается, люди разного физического склада обладают разными характерами и подвержены разным заболеваниям. Другими словами, есть специфические люди, которые заболевают специфическим образом.

Благодаря типологиям личности, ориентированным на особенности характера, для определённых заболеваний был описан личностный психотип, соединивший в себе соматическое и психическое. Недостаток таких типологий заключен, в первую очередь, в статичности описываемых признаков, которые никак не связаны с историей жизни человека, и его развитием в социуме. Другим минусом является тот факт, что увязывание определенного качества личности с конкретным заболеванием мало что сообщает о его значении в механизме зарождения и развития болезни. Недопустимо выводить из этих зависимостей этиологические связи. При хронических заболеваниях ясное понимание форм болезненного поведения с их специфической "стратегией преодоления" заставляет, проводя изыскания, проявлять особенную осмотрительность в оценке ретроспективно обнаруживаемых индивидуальных типологий (Кулаков, С.А., 2003).

1.5. Модели и концепции психосоматики

Болезнь как конфликт - психоаналитическая концепция психосоматики

Исследуя влияния разных жизненных ситуаций, могущих спровоцировать конфликты и появление комплексов психосоматических симптомов, возможно выделить две линии, которые происходят из различных уровней опыта, даже если они потом частично пересекаются. С одной стороны, речь идет о психоанализе, а с другой — о возникшем в терапии направлении психосоматически мыслящих интернистов.

Благодаря З. Фрейду был создан новый подход, давший возможность лечить болезненные состояния, опираясь на психосоматический аспект. Была установлена важность преморбидного, особенно раннего детского, развития для душевного и телесного созревания и здоровья, значение психических конфликтов в патогенезе и влияние эмоциональных факторов (привязанностей и разлуки, сексуальных и агрессивных конфликтов). Так же был подготовлен набор понятий, позволяющий врачу укрепить знание значения психической сферы для физического, телесного проявления болезни. Психоанализ создает иерархию психических структур (топическая и структурная точки зрения). При этом определяются более и менее дифференцированные, близкие к физическим или отдалённые от них инстанции переживаний и поведения: первичный процесс - вторичный процесс; бессознательное - предсознательное - сознательное; "Оно" - "Я" - "сверх-Я".

В различных случаях - при удачах и катастрофах, во времена спокойствия и кризисов, - в одних случаях преобладают более дифференцированные, а в других - элементарные структуры переживаний и поведения. В благоприятных условиях получается продвижение вперед и успешное разрешение конфликта на основе дифференцированного приспособления. В противном случае наступает регрессия, часто сопряженная с соматическими последствиями.

В последнее время психоаналитики стали уделять повышенное внимание влиянию стимулирующих и/или сдерживающих моментов в ранних детских и текущих отношениях. Поэтому единичное можно понимать уже не только в связи с личностным развитием - генетическим, психологическим или индивидуально-биографическим. Субъект будет восприниматься как изначально привязанный к объекту, зависящий от связей и активно определяющий свои отношения как социальное существо. Отсюда прямой

путь к пониманию заболевания, когда значению межличностных конфликтов уделяется должное внимание (на фоне индивидуально-биографических показателей) (Фрейд З., 2006).

Конверсионная модель

Первой психосоматической моделью в психоанализе стало понятие конверсии. З. Фрейд описал её как истерический комплекс симптомов. Классические примеры конверсии: психогенные параличи руки, истерические припадки, истерическая дисбазия (нарушение ходьбы), психогенная анестезия (нарушение чувствительности). Прототипом психоаналитического понятия конверсии является произвольное движение: возникающая первоначально в представлении идеаторная схема движения реализуется затем в моторном исполнении, как, например, показывание, объяснение, хватание руками или удар кулаком. В понимании З. Фрейда конверсия переводит неприятное представление в безвредное, потому, что его "сумма возбуждения" переходит в соматическую область. Симптом связывает психическую энергию и делает непереносимое представление неосознанным, однако требует дополнительного внимания и вторично приводит к усилению замещения в либидо и, поэтому, имеет характер как поощрения, так и наказания (Александр Ф, 2000).

Теория де- и ресоматизации М. Шура

Мысль о вертикальном расчленении и функциональном создании и разрушении соматической, душевной и духовной деятельности присутствует во многих натурфилософских, физиологических и психологических моделях. Психоанализ описывает в физической и психической деятельности

топическую и генетическую прогрессию и регрессию. Таким образом, имеют место создание и распад, которые осуществляются между бессознательными телесными, наиболее элементарными уровнями и сознательными дифференцированными восприятиями и представлениями. Кроме того, психоанализ описывает прогрессию и регрессию во времени, фазово-специфическое развитие и возвращение к более ранним формам, например к ранним детским переживаниям. Исходя из этого, М. Шур (1955) описал психосоматическое симптомообразование как топическую и временную регрессию, причем соматические заболевания описываются в рамках модели развития физической и психической деятельности.

Самые ранние детские реакции удовольствия и неудовольствия понимаются как диффузные защитные феномены, которые проявляются в нескоординированной мышечной деятельности. Ребёнок отвечает на ситуацию страха двигательной бурей, эта тенденция может проявляться и позже. В процессе развития и созревания боль и страх в переживаниях осознаются и перерабатываются в ощущениях, представлениях, мыслях и в конечном счёте в речи. Вместо диффузного реагирования возникает целенаправленная, соответствующая реальности переработка. М. Шур (1955) описывает преодоление диффузных соматических феноменов реагирования как процесс развития в смысле десоматизации (Малкина-Пых И.Г., 2005). С этим связаны психоаналитическое разделение перехода первичных процессов (прямая реализация неосознанных потребностей, возможная замена объекта, лёгкое уплотнение и сдвиг в рамках либидинозной реакции) и развитие вторичных процессов (энергия сильнее связывается с определённым объектом, удовлетворение может отсрочиться, мышление и речь становятся соответствующими реальным возможностям).

В процессе раннего детского развития в рамках десоматизации наступает нейтрализация сексуального либидо и агрессивности, которые

употребляются в действиях, соответствующих установкам "Я" и реальности. И наоборот, в случаях регрессивного развития может вновь возникать прорыв либидо и агрессии, который при ограниченности функции "Я" (слабость "Я") может вновь приводить в процессе ресоматизации к появлению психосоматической картины симптомов. Это чаще происходит у людей, переживших в раннем детстве много травм и обнаруживающих ограничение функции "Я", причём "выбор органа" определяется как ранними детскими травмами, так и наследственной предрасположенностью.

Психосоматическая концепция А. Мичерлиха

А. Мичерлих (1953, 1954) описал концепцию двухфазного вытеснения - динамического изменения неврозов и соматических заболеваний. Он исходит из наблюдения, что при тяжёлых кризах соматического заболевания невроз может видоизменяться или даже исчезать. Тяжёлые невротические состояния отступают при соматических заболеваниях в их осознании пациентом и в его поведении. Это путь, который при психотерапии подобных состояний и соответствующих обстоятельствах может возобновиться во время лечения и привести к актуализации невротического конфликта. При хронических психосоматических развитиях происходит следующий процесс: "При неотвратимо хронизирующемся кризе в первой фазе происходит ещё недостаточная борьба с невротическим комплексом путём его вытеснения, во второй фазе осуществляется сдвиг в динамике соматических защитных процессов. Поэтому мы говорим о двухфазном вытеснении" (Малкина-Пых И.Г., 2005). Психосоматическое заболевание вызывает якобы реальная или вымышленная утрата объекта, что приводит к обеднению "Я".

Теория специфического для болезни психодинамического конфликта

Ф. Александера

В то время как упомянутые выше психосоматические теории исходили из дифференцированных психологических конструкций, причём соматическое лечилось на психологическом уровне (конверсия, регрессия, ресоматизация и т.д.), Ф. Александер впервые в 1950 г. предложил теорию, в которой дифференцированные психологические гипотезы связывались с физиологическими и патологическими соматическими процессами. В 1895 г. З. Фрейд параллельно со своей конверсионной концепцией описал такие соматические симптомы, как потливость, головокружение и поносы, как эквиваленты припадка страха и чётко отграничил их от конверсионных симптомов.

Их главной характеристикой является то, что соматический симптом возникает не на основе душевного конфликта путём психической деятельности по его вытеснению (т.е. деятельности "Я"), а вследствие того, что при этом не осуществляется психическая переработка и вместо неё предлагаемое соматическое возбуждение вызывает непосредственно соматические симптомы.

Примечательно, что психосоматические пациенты очень приспособлены к товарищеским отношениям, что даже определяется как "гипернормальность". Их связи с конкретным партнёром характеризуются своеобразной "пустотой отношений". Поскольку они не в состоянии разбираться в психологических структурах, то остаются на уровне конкретного "предметного" использования объектов. Из-за задержки на симбиотическом уровне и связанного с этим недостатка дифференцировки субъект-объект вытекает неспособность к истинным отношениям с объектом и к процессу переноса. Происходит тотальное идентифицирование с

объектом; психосоматический больной существует, так сказать, с помощью и благодаря наличию другого человека (его "ключевой фигуры"). Отсюда становится понятным, почему потеря (вымышленная или реальная) этой "ключевой фигуры" ("потеря объекта") так часто обнаруживается как провоцирующая ситуация в начале (или при ухудшении) болезни (Александр Ф, 2000).

Учение И.П. Павлова об условных рефлексах и психосоматическая медицина в свете теории научения

То, что в результате действия эмоций могут возникать также физиологические изменения функций, является общепризнанным. Однако остаётся открытым вопрос, как происходит "загадочный скачок от психической к соматической инерции". При рассмотрении этого вопроса И.П. Павлов пошел иным путём, используя экспериментальный естественнонаучный метод, который пригрел большое значение в рамках теории обучения. И.П. Павлов смог экспериментально доказать, что нагрузки и условные рефлексы могут надолго изменить соматические функции, т.е. что физиологические функции могут вызываться условными сигналами (Малкина-Пых И.Г., 2005).

Эти исследования указывали только на корреляцию, а не на причинные связи между нагрузкой и изменениями соматических функций, но тем самым был сделан первый шаг к эмпирической оценке этих связей, которые позже получили широкое развитие в исследованиях стресса. 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 (кондиционированная) реакция, возникает тогда, когда вместе с безусловным (некондиционированным) раздражителем, который рефлекторно вызывает безусловную реакцию, вместе с этой некондиционированной реакцией появляется повторно нейтральный для неё раздражитель. Первоначально чисто рефлекторная реакция через некоторое время при одновременном повторении обоих раздражителей также вызывается первоначально нейтральным (условным) раздражителем и обозначается как условная (кондиционированная) реакция.

Итак, 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 затормаживай ее). И.П. Павлов и представители его школы описали условные рефлексы практически при всех телесных функциях, в том числе при сердечной деятельности, сосудистых реакциях, деятельности желудочно-кишечного тракта, терморегуляции, обмену веществ, функции почек и т.д.

Психосоматические процессы рассматриваются как проторённые пути, как сложные структурированные "рефлексы", соответствующие основной схеме условного рефлекса с его афферентной частью центральной переработки и эфферентной частью дуги рефлекса. Важными являются закономерности формирования условных рефлексов и их ослабления (угасания).

Для приложения учения об условных рефлексах к психосоматике особый интерес представляют 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) доходящие до однозначных соматических повреждений (необратимая артериальная гипертензия, коронарные нарушения, инфаркт миокарда). Считается, что процессы научения важны для возникновения и сохранения психических расстройств. При этом не отрицается влияние наследственно обусловленной предрасположенности и индивидуального развития, но теоретики подчёркивают важность научения и пытаются объяснить психические нарушения неверно приспособленными заученными формами поведения.

Ещё совсем недавно считали, что описанная И.П. Павловым так называемая классическая обусловленность (респондирующее обучение) представляет собой единственную модель обучения автономным физиологическим процессам. Между тем неоднократно указывалось на то, что и непосредственный (оперантный) процесс обучения имеет важное значение в регуляции автономных процессов. Если при классическом кондиционировании критическое условие для обучения заключается в отношениях между раздражителями, предшествующими появлению реакции, то при непосредственном кондиционировании (инструментальное обучение) устанавливается связь между раздражителями, следующими по времени за поступком, т.е. являющимися следствием этого поступка.

При этом различают положительные и отрицательные следствия (позитивное подкрепление-награда, негативное подкрепление-окончание неприятного раздражения), которые повышают возможность появления именно указанного поведения. Если наступает нежелательное следствие, то вероятность соответствующего поведения уменьшается; в этом случае речь идёт о наказании.

При оперантном кондиционировании под угнетением (угасанием) понимается такое же исключение усиливающихся раздражителей, как и при

классическом кондиционировании. Теория научения имеет важное значение в интерпретациях и поведенческой терапии определённых видов страхов, фобий, навязчивостей, в лечении заикания, тиков, а также истерических реакций. Как классическому, так и оперантному кондиционированию приписывается определённое значение при развитии этих заболеваний, но всё же правильнее видеть в них фактор, обуславливающий эскалации уже имеющейся боязни, а не вызывающий её.

На примере бронхиальной астмы объяснено и эмпирически проверено применение обучающейся модели для понимания и лечения специфических психосоматических реакций. Астматоидные реакции могут вначале развиваться как некондиционированные ответы на аллерген. Позже они могут появляться на основе классического кондиционирования 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) (Малкина-Пых И.Г., 2005). Но подобными рассуждениями нельзя охватить все проблемы психосоматических нарушений, поскольку они не уясняют причин первоначального появления болезни. Парадигмы, относящиеся как к классическому, так и к оперантному кондиционированию, предполагают, что соматические симптомы уже имеются.

Психосоматический подход

Психосоматический подход сложился в связи с распространением представлений о том, что многие болезни возникают на почве множественных этиологических факторов и предполагает выявление роли и учет психологических феноменов, сопутствующих в той или иной степени формированию любого расстройства. Он представляет собой определенную

концепцию, своеобразную научно-практическую парадигму, общую ориентировку здравоохранения в целом, когда учитываются комплексные соматопсихосоциальные взаимодействия при возникновении, течении и терапии заболеваний.

Современные представления о биопсихосоциальной концепции болезни, сменившей в 70-е годы биомедицинскую модель, соответствуют положениям, высказанным еще в 40-х годах Р.А. Лурия, который писал о том, что "по существу вся медицина является психосоматической", имея в виду тот факт, что психологические, психосоциальные факторы в большей или меньшей степени включены в этиопатогенез любого заболевания, соматического или нервно-психического, влияя в той или иной мере на ход течения и исход болезни. Нет только психических и только соматических болезней, отмечает автор, а есть лишь живой процесс в живом организме; его жизненность и состоит в том, что он объединяет в себе и психическую, и соматическую сторону болезни. "Психосоматический подход как принцип врачебной деятельности заключается в как можно более тщательном изучении влияния психосоциальных факторов на возникновение и течение любых соматических болезней и психотерапевтическом лечении больных с учетом этих факторов" (Елисеев Ю.Ю., 2008).

1.6. Квалификация психосоматических заболеваний

Диагностические критерии для психологических факторов, оказывающих влияние на физическое состояние (т.е. для психосоматических расстройств), - это те психологически значимые раздражители из окружающей среды, которые достоверно, хотя и частично, и временно обуславливают ослабление или усиление физического заболевания. При таком состоянии имеется либо отчетливая органическая патология, например ревматоидный артрит, либо

какой-то известный патофизиологический процесс, например головная боль в виде мигрени.

Психологически значимые раздражители из окружающей среды во временном отношении связаны с началом или обострением специфического физического заболевания или расстройства; Физическое состояние включает либо подтвержденное органическое заболевание (например, ревматоидный артрит), либо известное патофизиологическое расстройство (например, головную боль, мигрень).

Современные классификации болезней (МКБ-10) не относят к психосоматическим расстройствам психические нарушения, при которых соматические жалобы являются составной частью заболевания, но при этом не обнаруживаются никаких органических проявлений, которые можно было бы отнести к известной в медицине болезни (соматоформные расстройства).

Например, расстройство в виде конверсии, при котором соматические жалобы вызваны психологическим конфликтом; ипохондрия, при которой отмечается обостренное внимание к своему здоровью и воображаемое ощущение тяжелой болезни. Нет оснований относить к психосоматическим заболеваниям и соматизированные депрессии, при которых этиологическая роль в возникновении жалоб, имитирующих соматическое страдание, отводится не психологическим факторам внешней среды, а нарушениям функционирования эмоциогенных мозговых структур, вызванным основным заболеванием.

Более широкое, по сравнению с традиционным, понимание психосоматических расстройств, которое принимается и разделяется в настоящее время далеко не всеми авторами, кроме различных кратковременных "психосоматических" реакций, появляющихся в напряженных жизненных ситуациях (например, сердцебиение у влюбленного или потеря аппетита при печали), выделить еще четыре большие группы расстройств иного качества

(Тухтарова И.В., 2005).

- 1.** Конверсионные симптомы - символическое выражение невротического (психологического) конфликта. Их примерами являются истерические параличи, психогенная слепота или глухота, рвота, болевые ощущения. Все они - первичные психические феномены без тканевого участия организма человека. Тело здесь служит как бы сценой символического выражения противоречивых чувств больного, которые подавлены и вытеснены в бессознательное.
- 2.** Психосоматические" функциональные синдромы - возникают чаще также при неврозах. Такие "соматизированные" формы неврозов иногда называют "неврозами органов", системными неврозами или вегетоневрозами. В отличие от психогенной конверсии, отдельные симптомы здесь не имеют специфического символического значения, а являются неспецифическим следствием телесного (физиологического) сопровождения эмоций или сравнимых с ними психических состояний. В частности, некоторые варианты эндогенных депрессий часто имитируют какое-либо соматическое заболевание, "маскируются" под него. Такие депрессии принято называть "маскированными", ларвированными или соматизированными депрессиями. К группе функциональных психосоматических синдромов часто также относят и некоторые психофизиологические заболевания - мигрень и ряд других подобных болезней.
- 3.** Органические психосоматические болезни (психосоматозы) - в их основе лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми патологическими изменениями в органах. Соответствующая наследственная предрасположенность может влиять при этом на выбор органа. Первые проявления психосоматозов возникают в любом возрасте, но чаще они

начинают фиксироваться уже в ранней юности у лиц с отчетливыми и постоянными определенными личностными характеристиками. После манифестации заболевание обычно приобретает хроническое или рецидивирующее течение, и основным провоцирующим фактором возникновения очередных обострений является для больного психический стресс. Иными словами, этиопатогенез собственно психосоматических расстройств в значительной мере, особенно на ранних стадиях заболевания, связан с психологически значимыми для личности раздражителями из окружающей среды. Однако параллельно возникающие функциональные сдвиги со стороны внутренних органов на более поздних этапах болезни приводят к их деструкции, т.е. органическим изменениям, и заболевание приобретает все черты типично соматического, физического страдания. Исторически к этой группе относятся семь классических психосоматических заболеваний: эссенциальная гипертония, бронхиальная астма, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, неспецифический язвенный колит, нейродермит, ревматоидный артрит и гипертиреозидный синдром (так называемая чикагская семерка по Alexander, 1968). В настоящее время к психосоматической патологии относят также и такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца, нейроциркуляторная дистония, сахарный диабет, ожирение. Наиболее распространенными считаются психосоматические заболевания сердечно-сосудистой системы и болезни желудочно-кишечного тракта. Психосоматические заболевания имеют некоторые общие отличительные клинические особенности, к которым, в частности, относятся: наличие клинической предстадии, рецидивирующе-ремиттирующее течение, полипатогенность, склонность к выходу в длительную ремиссию.

4. "Психосоматические" расстройства, связанные с особенностями

эмоционально-личностного реагирования и поведения,- склонность к травмам и другим видам саморазрушающего поведения (алкоголизм, наркомания, табакокурение, переедание с ожирением и др.). Эти расстройства обусловлены определенным отношением, вытекающим из особенностей личности и ее переживаний, что приводит к поведению, результатом которого является нарушение здоровья. Например, существует точка зрения, в соответствии с которой склонность к травмам характерна для личностей со свойствами, которые противоположны точности, тщательности, аккуратности.

ГЛАВА 2. ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

При постановке психосоматического диагноза в распоряжении психотерапевта имеются два основных метода: диагностическая беседа и психологическое тестирование.

Диагностическая беседа дает возможность собрать психосоматический анамнез, чтобы привести не осмысленные пациентом соматические симптомы в понятную смысловую связь с внешней и внутренней историей его жизни.

Первоочередная цель заключается в нахождении связей во времени между началом соматических проявлений и анамнестически достоверными жизненно важными изменениями или же в констатации их отсутствия. Если такие связи устанавливаются, то дальнейшая беседа должна прояснить, понимает ли сам пациент значимость для развития заболевания тех неприятностей, которые возникли у него в связи с конфликтами и кризисами. Это предполагает знание личности пациента, условий его развития в детстве, конфликтов в процессе социализации, фиксации на них до последнего времени и уязвимости в отношении них с учетом ослабления актуальности прошлых переживаний.

При выборе комплекса тестовых методик для исследования психосоматических пациентов должны быть учтены следующие принципы (Малкина-Пых И.Г., 2005).

1. Относительная простота применяемых методик.
2. Быстрота их проведения.
3. Полнота изучения исследуемого явления.
4. Взаимная дополняемость применяемых методик.
5. Высокая суммарная валидность.
6. Достаточная чувствительность к изменению наблюдаемого явления у

здоровых и больных, а также к изменению показателей в течение лечения.

2.1. Диагностическая беседа

При соматическом недуге пациента психотерапевту нужно направить диагностическую беседу, в основном, на выяснение текущего внешнего и внутреннего состояния заболевшего. Необходимо выяснить, что знает человек о своем заболевании, какое место оно занимает в его жизни? Считает ли, что в возникновении болезни, виноват он сам, его близкие, знакомые, психотерапевты, или кто-нибудь еще? Пересекается ли его собственное знание о болезни с оценкой терапевта?

Чтобы составить план дальнейших действий, нужно сперва разобраться в личностных особенностях пациента, предыстории, предшествовавшей болезни. Есть ли у пациента неблагоприятная наследственность, были ли у него ранее другие длительные заболевания? Если да, то как он боролся с ними, и как борется с нынешней болезнью? Узнайте его точку зрения на эти и похожие с ними трудности, его мнение об обстоятельствах, отдаливших его от семьи и друзей. Узнайте, может ли он делиться с другими людьми своими мыслями, страхами, чувствами, надеждой, отчаянием, или он всегда остается с ними один на один? Если беседа проходит легко и неформально, это повышает шансы пациента раскрыться перед психотерапевтом, дает диагносту возможность идентифицировать "сценический" тип поведения больного. Стал ли пациент жертвой трений в межличностных взаимоотношениях, из которых и родился конфликт и связанные с ним патологии? Какое поведение обычно свойственно для пациента в трудных для него ситуациях, экспансивное, или наоборот, сдержанное? Продуктивна ли будет в этих условиях встреча с психотерапевтом? Какова осанка у пациента, манера разговора? Нужно узнать его отношение к психотерапевту и к

вмешательству в сугубо личную жизнь пациента.

В первой же беседе следует узнать, что именно утаивается от психотерапевта, несмотря на большой объем выдаваемой пациентом другой информации. Психотерапевт получает возможность оценить явные и неявные психосоматические связи, отметить обнаруженные им наборы симптомов. Терапевт должен оставить открытым вопрос о пока невыясненных обстоятельствах, позволивших обсудить с пациентом вопросы прогнозирования заболевания и перспектив его лечения.

Для удачного построения отношений между пациентом и психотерапевтом их первая беседа играет значительную роль. Полезно уже на первой встрече настойчиво сделать установку на применение подопечным своих психических реакций в диагностических и психотерапевтических целях. Пациент нередко применяет при общении с психотерапевтом свою обычную схему защиты и переноса, и этим дает диагносту полезные указания на свою проблему (Любан - Плоцца и др., 2000 г.).

В первые минуты беседы пациенты обычно успокаиваются и расслабляются. Они удивленно замечают, что об их проблемах можно поговорить с терапевтом. При этом даже можно, нисколько не смущаясь, поднимать достаточно интимные вопросы.

Разговор терапевта с пациентом должен быть с самого первого слова нацелен на цели терапии. Пациент обязан это сразу почувствовать, так как он, наверняка желал бы, чтобы лечение началось с того момента, когда он зашел в кабинет терапевта. Терапевту желательно использовать даже с трудом определяемое структурирование процессов в качестве метода исследования, дающего возможность оценивать как нужды, так и свободу пациента, они в его представлении вступают в противоречие, но дают психотерапевту возможность обрисовать общую картину заболевания.

1. Сперва следует задать вопрос о жалобах, давших пациенту повод

для прихода к психотерапевту: "Что именно привело Вас сюда?" Зачастую, отвечая на данный вопрос подопечный называет совершенно определенные симптомы болезни или же сообщает уже имеющийся у него диагноз: "гипертония", "гастрит", "артрит". Эти жалобы обязывают психотерапевта расспросить пациента о сути его предыдущих переживаний. Следует осторожно подвести пациента к рассказу о своем состоянии (он обязательно должен делать это только своими словами). При этом терапевт должен внимательно отмечать все обороты речи, используемые им при описании жалоб, и построении картины своей болезни.

2. Следующий вопрос позволит точно узнать момент обнаружения им болезненных переживаний: "Когда Вы впервые почувствовали это?" Определяются и временные периоды, когда были ухудшения и улучшения состояния. Терапевт должен мягко и настойчиво узнавать у пациента точные моменты начала болезненных переживаний, желательно, с точностью до часа.

3. Главным для уяснения природы внутренних конфликтов личности, и внешних психо-социальных связей является вопрос о жизненной ситуации ко времени начала заболевания: "Что нового появилось в вашей жизни в тот период, какие новые люди появились в вашем окружении и кто покинул вас?" Это вопрос о неудачах в жизни, о ситуациях искушений и провалов, об изменениях в трудовой деятельности, в жилищных условиях. Воспоминания должны собираться у пациента по методу свободных ассоциаций. Так как важные драматические кризисы могут быть описаны пациентом как незначительные перемены, случайно всплывшие в памяти, и кажущиеся неважными, то на такие моменты стоит направить особое внимание. В случаях, когда совершенно невозможно выявить любую связь между жизненными переломами и началом болезни (даже после нескольких повторных бесед), следует усомниться в психосоматической природе болезни.

Жизненные ситуации, ведущие к болезни, могут найтись в детстве, юности или в более старшем возрасте. "Пожалуйста, расскажите еще что-нибудь о себе, возможно, какие-то детские воспоминания", "Расскажите пару слов о своих родителях" или "Расскажите, каким Вы были ребенком?", "Какие из событий жизни стали для Вас самыми важными?". При сборе информации беседа ведется о детстве пациента, об его отношениях с родителями, трудовой карьере, о сексуальном развитии (Малкина-Пых И.Г., 2005).

5. В конце концов создается общая картина личности пациента. Если знать его душевные переживания и поведение, можно оценить значение имеющихся симптомов, ситуации заболевания и анамнеза. "Что это означает для Вас? Как вы это пережили?" — такие вопросы вплотную подводят пациента к пониманию своих способов реагирования. Конечно, этот метод обязательно нужно использовать гибко. В качестве основной линии беседы полезно целевое направление от симптома к ситуации, анамнезу жизни и личности.

Диагностическая беседа в какой-то мере носит характер определенной провокации. Психотерапевт использует подбадривание и направление пациента провоцирующими вопросами, наталкивающими пациента на ответ, но не фиксирующих на них внимание. Он лишь дает определенные направления для рассуждения: "Пожалуйста, расскажите мне обо всем этом подробнее. Как это переживалось Вами в тот момент? Мы пока еще не говорили о сексуальном аспекте. Вы пока еще ничего не сообщили о своем браке". При этом следует абстрагироваться от той мысли, что пациент знает о себе почти все. Беседа должна во многом вести к созданию новых представлений даже из противоречивых сообщений. Пациент в разговоре с терапевтом должен быть открытым, и критично подходить к своим воспоминаниям, новым ассоциациям и взглядам. Самыми значимыми часто

становятся именно те моменты разговора, когда пациент вдруг замолкает, как бы повстречавшись с некой внутренней преградой. Паузы в беседе — это те "ворота", в которые прорываются вытесненные воспоминания, неумные фантазии. Это моменты для возможного наступающего озарения. Следует обязательно помнить, что излишне жестко поставленная тема, чрезмерное число вопросов, излишнее структурирование, ограничивают свободу пациента. Будет ошибкой также оценивать молчание пациента "психоаналитически" и путать первую беседу с психоаналитическим сеансом.

Множественно указывалось, что психосоматические пациенты пытаются с помощью болезни удержаться в своего рода лабильном и болезненном равновесии. Соматический симптом служит им для того, чтобы снять груз неосознаваемых конфликтов за счет переноса части своей психической энергии в физическую сферу.

Требование разработать в ходе психотерапии другие и, как кажется, лучшие пути разрешения конфликтов мобилизует страх и усиливает защиту, которая нередко в форме рационализации используется расхожей концепцией соматической медицины, когда, например, пациент с язвой говорит: "Доктор, у меня не в порядке желудок, а не голова".

Пациента, который уже долгое время привязан к своим симптомам, трудно сразу убедить, что они могут быть связаны с трудностями эмоциональной природы. Гораздо чаще он хочет быть убежденным в том, что его страдание имеет органическую причину.

Подобного рода сопротивление в особенности характерно для пациентов с функциональными болевыми синдромами. Их внутренняя неуверенность и лабильность, которая была удачно обозначена как "существование между" (Stachelin, 1963), заставляет их искать психотерапевта, который подтвердил бы наличие у них органического заболевания и освободил бы их от него. При этом они часто меняют

психотерапевта.

Неспособность многих психосоматических больных осознавать эмоциональные проблемы и соответствующая этому склонность к переоценке соматических проявлений часто являются выражением страха перед стигматизацией, ибо разделение на "приличные" (органические) и "неприличные" (психические) заболевания широко распространено не только среди пациентов. И психотерапевты иногда опасаются ясно обозначить в диагнозе психическую патологию.

К тому же эти клинические картины часто трудно распознать при психогенных заболеваниях. В отличие от неврозов, где симптомы четко фиксированы в психической сфере, при психосоматических нарушениях, первично связанных с органами функциями, их связь с психическими процессами часто не вполне отчетлива для психотерапевта и пациента.

Субъективное отношение пациента к своей болезни есть существенный фактор начала, течения и исхода заболевания. Bleuler (1961) указал на то, что искаженное понимание болезни и неверная трактовка понятий могут иметь серьезнейшие последствия для здоровья.

Психотерапевт должен учитывать вербальные и невербальные выражения пациента, он должен видеть и слышать. Уже в начале беседы информативными могут быть следующие факты и особенности: отношение пациента к договоренности о консультации, ранний приход или опоздание на прием, сообщение избыточной информации персоналу, вступительные комментарии, приход в сопровождении членов семьи или без них, одежда, прическа, выражение лица, мимика, жестикуляция, характер рукопожатия, где и как усаживается пациент, звук его голоса и выбор слов, разговорчив ли пациент, молчалив, вздыхает, раздражителен, враждебен, бунтарствует или доступен.

Люди, которые приходят к психотерапевту, чаще всего беспокойны и

напряжены, поскольку должны говорить о том, о чем вообще никогда раньше не говорили или рассказывали очень редко. Их ожидания различны. Отчасти они рассматривают психотерапевта как "мозгового хирурга", отчасти видят в нем мага и волшебника или заумного ученого. Во всех случаях пациентом предъявляются ожидания мудрости и компетентности психотерапевта.

Инициатива разговора должна быть предоставлена пациенту. При этом применима, например, техника "ассоциативного анамнеза", позволяющая пациенту постоянные колебания между обоими полюсами психической и соматической сфер. Сначала пациент дает информацию лишь о своих органических нарушениях, далее чаще замолкает в ожидании вопросов. Надо быть внимательным, чтобы не упустить момент, в который в дискуссию можно подбросить ключевое слово. Если повторить в этот момент одну из последних фраз пациента в форме вопроса, он, как правило, дает дополнительные сведения, значимые как для его эмоциональной жизни, так и относительно органического статуса. Так, он часто сам связывает свои соматические симптомы с эмоциями, окружением и межличностными отношениями. Во время пауз в разговоре, обозначаемых как эмоциональные узловые моменты, происходит исследование психотерапевта пациентом. Является ли психотерапевт человеком, который не только слушает, но и может хранить тайну? Взаимный анализ ситуации происходит еще до начала собственно разговора.

Пациент должен рассматриваться как "субъект", а не как "объект". Чем сильнее проявляется эмоциональность пациента в процессе заболевания, тем выше, как правило, и эмоциональная вовлеченность психотерапевта, обнаруживает ли он у себя повышенное сострадание или, наоборот, злится на пациента и находит его "несимпатичным". Он должен распознавать эти личные побуждения и контролировать их повышенным самовосприятием. Он должен всегда знать, что происходит между ним и пациентом. Он должен

свободно думать, но действовать обязан осторожно.

Психотерапевт позволяет пациенту не только распространяться о своих симптомах, но и высказываться о своем отношении к миру, своих близких знакомых, своей скрытой агрессии и тайных желаниях.

Пациент должен чувствовать, что он может говорить, не боясь чьих-то суждений или осуждения. Возможно, он впервые узнает о своих глубочайших ощущениях, если почувствует интерес психотерапевта и догадается о его цели — понять симптом как осмысленную, с точки зрения пациента, составную часть его жизни.

Чрезвычайно важным является способ формулирования вопроса психотерапевтом. Менее определенный вопрос дает больший простор для ассоциаций и поэтому является более предпочтительным. Слишком точный вопрос ограничивает возможности ответа и угрожает спонтанности разговора. Он может, однако, помочь пациенту, когда он споткнется о свою проблему, не отважится затронуть ее. Следовательно, можно иногда получить ответ, который даст интересную информацию о неосознаваемых ассоциациях интервьюируемого. В особенности ценно, когда в ходе разговора происходит неожиданный для пациента поворот.

Часто пациенты страдают от психосоциальных конфликтов, которые могут быть решены не психотерапевтом, а лишь самим пациентом. Психотерапевт может, впрочем, предложить ценную помощь, выступая в роли понимающего партнера. В ходе терапевтической беседы часто чувствуется, как проблемы и конфликты теряют свою интенсивность и без прямых советов или рационального понимания, часто уже потому, что пациент их принимает.

2.2. Психологическое тестирование

Психологические тесты — это формализованные методы психодиагностики, назначение которых - качественная и количественная оценка уникальных свойств личности в ее поведении и переживаниях. Эту информацию, в принципе, можно получить в диагностической беседе с пациентом. Однако, преимущество психологических тестов состоит в том, что они подготовлены и составлены так, что позволяют получить объективную оценку психологического состояния пациента, оценку, которая не зависит от субъективного мнения исследователя. Этот эффект получается за счет полной стандартизации в проведении и оценке теста. Почти все психологические методы тестирования появились на базе теории личности или обогащены ею.

Есть много тестов, в основе которых находится самоотчетность пациентов, также надо упомянуть проективные тесты, где в качестве стимульного применяют различный материал (например, тесты Люшера, Розенцвейга, Роршаха и т. д.). Интерпретация результатов психодиагностических тестов порой бывает сложной и дает много вариантов трактовки. Качество интерпретации результатов целиком определяется квалификацией специалиста-диагноста.

Ответы на тесты с большим количеством вопросов рекомендуется вносить в стандартизованный бланк, а результаты обрабатывать с помощью накладных масок с отверстиями, которые соответствуют ответам, относящимся к определенной группе. Также удобно использовать компьютерные программы-опросники с автоматической обработкой результатов.

Большинство личностных тестов имеет характер опросника: таковы тест-опросник Г. Айзенка (EPI) и методика многофакторного исследования

личности Р. Кеттела (16PF). Наибольшее распространение получил тест ММРІ — миннесотский многомерный личностный перечень, который содержит 566 вопросов и пытается охватить клинически определяемые черты личности (ипохондрические, истерические, психопатические свойства, тенденции маскулинизации-феминизации, параноидные, психастенические, шизоидные и маниакальные черты), а также его сокращенный вариант — опросник Мини-мульти, содержащий 71 вопрос (Райгородский, 1999; Столяренко, 2000).

Для изучения оценки пациентами своего самочувствия, активности и настроения используют тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН), построенный на принципах полярных профилей; для определения уровня тревожности как свойства психики и состояния пациентов — шкалу личностной и реактивной тревожности Спилбергера Ч.Д., адаптированную Ю.Л. Ханиным; для определения уровня нейротизма, а также показателей экстра- и интроверсии — личностный опросник Г. Айзенка (Райгородский, 1999; Столяренко, 2000).

Для определения особенностей реагирования пациентов на заболевание рекомендуется личностный опросник Бехтеревского института — ЛОБИ (Личко, Иванов, 1980; Вассерман и др., 1990) в сочетании с опросником для изучения самооценки социальной значимости болезни (Михайлов и др., 2002).

Особое положение среди психологических тестов занимают проективные диагностические методы, например, тест Роршаха, цель которого состоит в определении личностных конфликтов посредством свободных реакций пациентов на слабо структурируемый тестовый материал.

Особое положение в клинко-психологической, а тем самым и в психосоматической диагностике занимают опросники, которые построены скорее в прагматическом стиле, без непосредственного отношения к теории.

Примером этого является Гиссенская анкета жалоб, которая состоит из вопросов, касающихся жалоб на общее самочувствие, боль, нарушение эмоциональности, а также истероформных жалоб, которые распространены в амбулаторной психотерапевтической практике. Все эти тесты стандартизованы на репрезентативной выборке населения, так что с их помощью можно оценивать ответы отдельных пациентов.

Психологические тесты могут дополнить, но никак не заменить общую диагностику. В индивидуальной клинической диагностике они имеют вспомогательное значение. Значимость тестов в психосоматических исследованиях возрастает, если они проводятся среди большого числа пациентов, т. к. здесь используются систематические и сопоставимые для всех пациентов данные.

2.3. Профилактика психосоматических заболеваний

Профилактика психосоматозов требует серьезного внимания, так как предупредить заболевание всегда легче, чем его лечить. Приобретя психосоматическое заболевание, человек попадает в определенный порочный круг, выход из которого требует больших усилий как со стороны пациента, так и врачей. Продолжительность преневротических расстройств до появления клинических симптомов часто исчисляется годами. Лишь спустя несколько лет может быть поставлен диагноз психосоматического заболевания.

Для большинства клиницистов очевидно, что многие заболевания, с которыми человек сталкивается в течение своей жизни, запускаются в раннем детстве. Довольно часто жалобы ребенка, на которые родители не обращают внимания, могут впоследствии трансформироваться в тяжелое заболевание.

У взрослых людей наличие психосоматических симптомов может негативно сказаться в процессе работы в условиях профессиональных вредностей: здесь отчетливо выявляется все, что было запущено. Большое значение имеет профилактика повышенных нагрузок и нарушений норм безопасности при интеллектуальном труде (перерывы, проветривание помещений, гигиенические нормы компьютерной техники).

К профилактике психосоматических болезней также нужно отнести качественную медицинскую помощь, предупреждение ятрогений (психологических и соматических отклонений в результате неосторожного высказывания врача).

Методы профилактики психосоматозов

К методам неспецифической профилактики психосоматозов относят фитотерапию, физиотерапию, рефлексотерапию, гидро-бальнеотерапию и курортотерапию.

Фитотерапия

К сожалению, этот метод профилактики применяется нечасто. Даже признанные официальной научной медициной препараты нередко игнорируются. На современном этапе развития психосоматологии и фитотерапии отечественные и зарубежные специалисты считают эффективными следующие лекарственные травы:

- валериана, эвкалипт, пустырник, пион, ландыш, пассифлора (растения с седативным действием);
- женьшень, элеутерококк, родиола, левзея, заманиха, стеркулия, лимонник, аралия (растения с тонизирующим действием);

- боярышник, пассифлора, препараты белладонны, спорыньи и раувольфии (растения с вегетотропным действием);

зверобой, лимонник китайский (растения с антидепрессантным действием). Главным достоинством фитотерапии является то, что лечение растениями почти не вызывает привыкания, чего нельзя сказать о лечении психотропными средствами. Кроме того, фитотерапия редко дает побочные эффекты, а случаи передозировки фитопрепаратами практически отсутствуют.

Физиотерапия

Физиотерапия — область медицины, использующая естественные (природные) и искусственно созданные факторы с лечебной целью. Физиотерапия улучшает функции органов и систем организма человека, оказывает рефлекторное, местное противовоспалительное действие, улучшает обмен веществ и микроциркуляцию, а также используется для введения в организм лекарственных веществ (обезболивающих, успокаивающих, тонизирующих и т.д.).

Общими правилами для проведения физиотерапии являются:

- создание определенных санитарно-гигиенических условий (освещение, температура, доступ свежего воздуха, обработка оборудования антисептическими растворами);

- физиопроцедуры необходимо проводить не раньше, чем через один час после еды и не позже, чем за полчаса до еды.

Противопоказаний к применению физиотерапии немного: к ним относятся тяжелые, сопутствующие психосоматозам заболевания: гипотрофия III степени, онкологические заболевания, эпилепсия, активный туберкулез легких, сердечно-сосудистые заболевания в стадии

декомпенсации, болезни крови.

Физиотерапия у детей имеет свои особенности.

1. Ребенка нужно эмоционально подготовить к физиотерапевтической процедуре (присутствие матери, ласковое обращение, наличие игрушек).

2. Дети разного возраста имеют свои анатомо-физиологические особенности, поэтому физиотерапия осуществляется в меньших дозировках, чем у взрослых.

3. Желательно не проводить процедуры, вызывающие болевые ощущения, также нужно иметь в виду, что у любого пациента возможна индивидуальная непереносимость процедуры (особенно электротерапии).

4. При проведении процедуры нужно наблюдать за мимикой и поведением ребенка.

1. После процедуры ребенку нужно отдохнуть, не лишней будет похвала ребенка.

Рефлексотерапия

Рефлексотерапия — способ лечения организма посредством различного воздействия на точки тела, являющиеся биологически активными (точки акупунктуры).

В результате такого воздействия формируется особый нервный импульс, транслируемый в соответствующие нервные узлы, а они направляют сигнал непосредственно в заболевший орган. Тем самым активизируется механизм самостоятельного восстановления организма: срабатывают физиологические защитные механизмы центральной и вегетативной нервных систем, приводящие в норму состояние органов и систем, купируются болевые ощущения. Метод рефлексотерапии изначально появился в Древнем Китае, его впервые стали использовать в пятом веке до

нашей эры. В 17 веке данный метод распространился и в странах Европы .

Есть несколько вариантов лечебного воздействия на биологически активные точки:

- иглами — он называется иглорефлексотерапией;
- точечный массаж - влияние на активные точки акупунктуры давящими и массирующими движениями пальцев;
- магнитопунктура – воздействие на точки акупунктуры магнитным полем (с лечебно-профилактическими и реабилитационными целями), вследствие чего развивается необходимый лечебный (обезболивающий, гипотензивный, противо-отечный, и противо-воспалительный) эффект.

Гидро- и бальнеотерапия

Гидротерапия – это лечение пресной водой, температура которой может быть различной.

Бальнеотерапия – это лечение с помощью минеральной воды, которая может применяться для питья, внутрисполостных процедур, а также наружно в виде ванн.

Лечение водой известно с древнейших времен. В зависимости от температуры, вода оказывает на организм различные эффекты. Холодная вода производит тонизирующее и стимулирующее воздействие; теплая обладает эффектом нормализации обмена веществ и противовоспалительным действием. Горячая вода — повышает обмен веществ и оказывает потогонное действие. Вода температуры человеческого тела (35—37 градусов) обладает успокаивающим свойством.

Формы водолечения разнообразны: применение душа и ванны, обливания и обтирания, купания в водоеме и лечебной гимнастики в воде (гидрокинезотерапия), а также подводного душа-массажа.

Душ оказывает механическое (удары воды, стекание струй и капель) и термическое воздействие на кожу и слизистые оболочки. Положительный эффект дают гидроаэроионы, которые образуются в процессе водных процедур. Душ также обладает тонизирующим действием на ЦНС, улучшает регенеративные и трофические процессы. Душ наиболее эффективен при лечении людей с функциональными расстройствами.

Ванна как лечебная процедура оказывает механический, температурный, химический и гидростатический эффекты. Наиболее часто применяются следующие виды ванн:

- сероводородные - положительно влияют на центральную нервную систему и повышают иммунитет;
- радоновые и азотные - обладают анальгезирующим и седативным действием;
- углекислые - применяются при заболеваниях органов дыхания, благотворно влияют на кровообращение и обмен веществ;
- солевые - обладают анальгезирующим и седативным действием.

Курортотерапия

Курортотерапия — это комплексное лечебное воздействие на организм природных факторов курорта, к которым относятся горный и морской воздух, теплый климат, лечебные грязи, минеральные воды и т.п.

Специалисты разделяют курорты на три вида, в зависимости от характера лечебных факторов, которыми располагает та или иная местность.

1. Климатические - лечебным действием обладают воздушные и солнечные ванны, купание в водоеме благодаря географическому положению местности, рельефу, высоте над уровнем моря и растительности.

2. Бальнеологические - лечебным действием обладают минеральные

воды, которые применяются для питья, ингаляций, принятия ванны, душа, купания и т.п.

3. Грязевые - лечебным действием обладают иловые грязи (донные отложения соленых водоемов), сапропелевые грязи (донные отложения пресных водоемов), торфяные грязи (торфянистые образования болот). Грязи используются в виде аппликаций и тампонов.

Курортотерапия имеет общеоздоровительный эффект, способна сокращать восстановительный период после перенесенных заболеваний, травм, операций, она решает задачи профилактики и реабилитации.

Противопоказаниями к лечению посредством пребывания на курорте являются: любые заболевания в фазе обострения, патологические состояния, требующие хирургического вмешательства, а также инфекции и опухоли.

Психотерапия как метод профилактики и лечения психосоматозов

Эффективным методом профилактики и лечения психосоматических заболеваний является психотерапия (дословно переводится как "лечение души"), которая включает элементы психокоррекции. Данный метод может проводиться самостоятельно или совместно с физиотерапией, фитотерапией и другими перечисленными выше методами. Психотерапия помогает повысить уверенность пациента в собственных силах, понизить уровень тревожности, отвлечь от фрустрирующих мыслей, осознать себя активным субъектом собственной жизни, способным изменить ее к лучшему. Лечебному воздействию подлежит личность пациента, а не изолированная система или орган. Современная психотерапия имеет в своем арсенале огромное множество методов и методик, применение которых дает хорошие, стойкие результаты при условии активного желания пациента изменить то, что ему мешает в жизни, лишает внутренней гармонии.

В процессе психотерапии значительную роль играет эмоциональное воздействие на пациента, которое складывается из речи психотерапевта, ее информационной составляющей, внешнего облика психотерапевта и его личности в целом. Психотерапия может быть как индивидуальной (лечебное воздействие направлено на одного пациента), так и групповой (лечебное воздействие направлено на группу пациентов). Еще одной эффективной формой психотерапии является семейная (лечебное воздействие направлено на двух или нескольких членов семьи).

Как уже говорилось, в современной психотерапии существует немало количество различных направлений, методов и методик (технических приемов). На сегодняшний день часто применяется эклектический подход к лечению пациента, который заключается в использовании разных методов психотерапии для разрешения одной проблемной ситуации. Большинство направлений и методов психотерапии, несмотря на противоречивые позиции, ориентированы на личностный рост, повышение уровня социальной адаптации, раскрытие ресурсов и возможностей пациента. Если отклонения в функционировании внутренних органов связано с расстройством нервной деятельности, вызванным действием психотравмирующих факторов, то в первую очередь необходимо их устранить. Если же это невозможно, то следует попытаться с помощью убеждения или внушения изменить отношение пациента к фрустрирующей ситуации и таким образом устранить возникший конфликт.

Однако часто бывает очень трудно выявить источник внутриличностного или межличностного конфликта пациента, в силу того, что его сознание защищается от "неприятной правды" с помощью механизмов психологической защиты. В таких случаях желательно применить проективные психодиагностические методики, такие как цветовой тест М. Люшера, тематический апперцептивный тест Г. Мюррея, тест Г.

Роршаха, рисунок несуществующего животного и т.п.). Хорошие результаты дает методика управляемого воображения (В. Стюарт), которая также обладает большим диагностическим и терапевтическим потенциалом. Благодаря применению подобных методик у некоторых пациентов обнаруживаются рентные установки — человек, страдая от психотравмирующей ситуации, в глубине души не хочет с ней расставаться, так как после разрешения проблемной ситуации к нему станут по-другому относиться окружающие.

Нередко психотравмирующая ситуация и связанное с ней психосоматическое заболевание несет условную выгоду для пациента. Например, в результате излечения от мигрени пациент может совершенно по-другому начать смотреть на свои проблемы, которые раньше не позволяла увидеть и адекватно оценить головная боль. Такое новое видение собственных проблем заставит пациента их решать. При нарушении функций внутренних органов важно выявить не только в целом отношения между супругами, но и особенности сексуальных отношений и, в случае наличия дисгармонии, посоветовать способы ее устранения. При наличии проблемы, которая идет из семьи, следует применять методы семейной психотерапии. Выбор метода психотерапии во многом зависит от склада личности пациента и его отношения к определенным методикам, особенно в случае успешного их применения ранее. Какой бы метод лечебного воздействия не применялся психотерапевтом, самое главное, чтобы он имел положительный результат.

Основные методы психотерапии

Наиболее известными методами в мировой психотерапевтической практике являются: психоанализ, транзактный анализ, психосинтез, телесно-

ориентированная психотерапия, аутогенная тренировка, гипноз, рациональная психотерапия, психодрама, арттерапия и многие другие. Рассмотрим некоторые методы психотерапии более подробно.

Рациональная психотерапия

Рациональная психотерапия (от лат. «ratio» - разум) впервые была описана швейцарским невропатологом П. Дюбуа в работе «Психоневрозы и их психическое лечение». Данный термин объединяет как минимум три похожих своими теоретическими предпосылками, но отличающихся содержанием, показаниями, техническими приемами и т.д. метода психотерапии: собственно рациональную психотерапию Поля Дюбуа, когнитивную психотерапию Аарона Бэка и рационально-эмоциональную психотерапию Альберта Эллиса.

Рациональная психотерапия — это лечение убеждением, то есть информацией, которая вступает во взаимодействие с мировоззренческими установками пациента и подвергается логической переработке. В результате такой переработки появляется новое видение пациентом жизненных ситуаций и проблем, новая оценка психотравмирующих событий, более оптимистичный взгляд на будущее. Рациональная психотерапия позволяет разрушить стереотипы, мешающие пациенту конструктивно мыслить и действовать, а также выработать или укрепить полезные для психологического здоровья пациента новые представления.

В процессе рациональной психотерапии врач пытается изменить отношение пациента к фрустрирующей ситуации, а также повлиять на качества его личности или укоренившиеся взгляды, которые делают его чрезмерно чувствительным в отношении фрустрирующей ситуации. Такой подход играет большую роль не только для успешного лечения, но и для оздоровления личности в целом.

В основе процедуры лечения лежит беседа с пациентом, в процессе которой психотерапевт объясняет ему источник проблемы и обратимый характер имеющихся у него нарушений, убеждает пациента изменить свое отношение к психотравмирующей ситуации, стараться не заикливаться на имеющихся у него неприятных симптомах. Аргументы можно найти самые различные, например, использование данных научной литературы и житейской мудрости, приведение примеров, статистических данных и т. п. Психотерапевтический эффект наступает быстрее, если то, в чем убеждают пациента, не противоречит его убеждениям.

Арттерапия

Данный термин происходит от англ. «art» - искусство, следовательно, арттерапия — лечение посредством искусства. Впервые это понятие было введено художником Адрианом Хиллом в 1938 году, когда он работал в санатории с пациентами, страдающими туберкулезом. Позже метод арттерапии был применен в США в психотерапевтической работе с детьми, пострадавшими в фашистских лагерях во время Второй мировой войны. Главным достоинством метода является то, что он практически не имеет противопоказаний и может использоваться у пациентов любого возраста: начиная с раннего детства и заканчивая старческим.

В настоящее время существует большое разнообразие видов арттерапии:

5. психотерапия изобразительным искусством;
6. музыкальная психотерапия;
7. библиотерапия (в том числе сказкотерапия);
8. куклотерапия;
9. драматерапия;
10. танцевальная психотерапия;

II. песочная психотерапия и др.

Рассмотрим более подробно один из наиболее распространенных видов арттерапии — музыкальную психотерапию — эффективный метод воздействия на настроение и активность личности, который с древних времен применялся для лечения разных заболеваний, особенно нервных и психических.

Музыкальная терапия может выступать:

2. в качестве ведущего лечебного фактора (например, прослушивание музыкальных произведений определенного эмоционального содержания, игра на музыкальных инструментах: индивидуальная или коллективная);

3. в качестве дополнения музыкальным сопровождением других психотерапевтических методов и приемов с целью повышения их взаимного эффекта.

Музыкотерапия может применяться не только для профилактики и лечения психосоматозов, но и нервно-психических расстройств: неврозов, эмоциональных отклонений, фобий, двигательных и речевых нарушений, отклонений поведения, нарушений коммуникабельности.

Нам представляется целесообразным рассмотреть следующие аспекты психотерапевтического применения музыки.

Ее непосредственное лечебное воздействие на эмоциональный фон пациентов при активном или пассивном использовании. В детском возрасте успокаивающий или бодрящий эффект музыки достигается при проведении традиционных музыкальных занятий, воспитательных мероприятий и игр. Эффект катарсиса (очищения от негативных эмоций) имеют обычные занятия детей в дошкольном учреждении в сопровождении выразительной музыки: рисование, лепка, физкультурные занятия, пластическое самовыражение в свободном танце. В более старшем возрасте лечение и развитие моторики осуществляется в процессе лечебной физкультуры, спортивных упражнений под музыку, занятий аэробикой и пантомимой. При этом задаваемая терапевтом

ритмическая и темповая модель музыкального сопровождения сочетается с эмоционально насыщенной мотивацией многократного повторения двигательных и дыхательных упражнений, что важно при работе с людьми, у которых установка на активное и настойчивое усвоение лечебных приемов нередко отсутствует или недостаточна.

Влияние групповой музыкотерапии (хоровое пение, участие в ансамблях, исполнение народных песен, частушек, танцев) на коммуникативные навыки личности. Эмоциональная насыщенность таких занятий настолько высока, что позволяет привлечь к ним даже аутичных пациентов, которые включаются вначале пассивно, а затем все более самостоятельно. У подростков этот аспект музыкотерапии в форме коллективного обсуждения прослушанных произведений, музыкальных викторин, концертов «по заявкам», а также участия в вокальных и инструментальных самодеятельных ансамблях, сочинения рассказов, навеянных музыкой, приближается к традиционным вариантам групповой психотерапии.

Музыка как вариант терапии занятостью и «творческим самовыражением». Этот аспект музыкотерапии использует занятие музыкой в качестве социально положительного хобби у подростков с трудностями поведения. Увлечение музыкой, участие в музыкальных ансамблях, коллекционирование записей, изучение истории музыки и ее современных течений, участие в монтаже музыкального сопровождения психотерапевтических сеансов, создание слайдов, подготовка и проведение дискотек, техническое обслуживание радиоаппаратуры и светомузыкальной установки способствуют удовлетворению потребности личности в самоактуализации, облегчают коррекцию асоциальных форм поведения, патохарактерологических реакций, воспитание эстетических потребностей, изживание негативного социального опыта. В ряде случаев увлечение музыкой определяет профессиональную ориентацию подростков.

Таким образом, арттерапия вообще и музыкальная психотерапия в частности с успехом используются для профилактики и лечения самых разных заболеваний и расстройств: как соматических, так и нервно-психических. Большинство людей всех возрастов слушают музыку просто для поднятия настроения, поэтому данный метод называют «лечением радостью», его с уверенностью можно отнести к наиболее приятному методу психотерапии и наиболее соответствующему принципу «не навреди».

Аутогенная тренировка

Данный метод психотерапии, психогигиены и психопрофилактики более известен как «аутотренинг». Его основателем был Иоганнес Шульц, предложивший аутогенную тренировку для лечения невротических расстройств в 1932 году, а в России его стали использовать в 1950-х годах. Лечебное действие аутогенной тренировки заключается в том, что психотерапевт обучает пациентов расслабляться посредством самовнушения, в результате чего происходит восстановление динамического равновесия системы саморегулирующих механизмов организма. Организм человека и животных — саморегулирующаяся система, способная исцелять саму себя от многих болезней и расстройств, однако в результате стрессовых факторов механизмы саморегуляции нарушаются. Метод аутогенной тренировки помогает не только восстановить нарушенное равновесие, но и сформировать антистрессовые тенденции, понизить уровень тревожности.

В современной психотерапевтической практике существует большое количество методик аутотренинга. В изначальном варианте (у И. Шульца) аутогенная тренировка включала в себя две стадии: низшую и высшую. Низшая стадия направлена на обучение релаксации с помощью упражнений,

вызывающих ощущения тяжести, тепла, нормализующих ритм дыхания и сердечных сокращений. Данная стадия состоит из шести стандартных упражнений, которые можно выполнять лежа, полулежа или в «позе кучера» с закрытыми глазами. Каждое упражнение сопровождается мысленным повторением за психотерапевтом (по 5-6 раз) так называемых формул самовнушения (таких как «я совершенно спокоен», «руки и ноги совершенно тяжелые», «руки и ноги совершенно теплые», «я дышу совершенно спокойно», «сердце бьется сильно и ровно», «мой лоб приятно прохладен», «мое солнечное сплетение излучает тепло» и т.п.

1. вызывание ощущения тяжести в руках и ногах;
2. вызывание ощущения тепла в руках и ногах;
3. регуляция ритма сердечных сокращений;
4. регуляция дыхания;
5. вызывание ощущения тепла в области брюшной полости;
6. вызывание ощущения прохлады в области лба.

На проработку каждого упражнения уходит в среднем две недели, а весь курс низшей стадии занимает около трех месяцев. Эти упражнения воздействуют преимущественно на вегетативную нервную систему и являются подготовительным этапом к высшей стадии.

Высшая стадия (аутогенная медитация) заключается в обучении тренирующихся вызывать у себя сложные переживания, приводящие к излечению посредством «аутогенной нейтрализации» и «самоочищения» (катарсиса).

Основными показаниями к аутогенной тренировке являются психосоматические заболевания, невротические расстройства (нарушения сна и речи, фобии и т.п.). В качестве психопрофилактического метода аутотренинг применяется при подготовке женщин к родам, спортсменов — к соревнованиям, а также лиц, работающих в экстремальных условиях и в условиях повышенной

эмоциональной напряженности.

Противопоказаниями к применению данного метода являются состояния неясного сознания, бред, острые соматические приступы, выраженная гипотония.

Трансактный анализ Э. Берна

Создателем трансактного анализа является американский психиатр Эрик Берн. Согласно его концепции, человек запрограммирован «ранними решениями» в отношении жизненной позиции. Он проживает свою жизнь по «сценарию», написанному при самом активном участии его близких, прежде всего родителей, принимает решения в настоящем, основанные на стереотипах, которые когда-то были необходимы для его психологического выживания, но теперь чаще всего бесполезны. Основная цель психотерапевтического процесса — реконструкция личности на основе пересмотра жизненных позиций, осознания непродуктивных стереотипов поведения, мешающих принятию адекватных настоящему моменту решений, формирование новой системы ценностей исходя из собственных потребностей и возможностей.

Трансактный анализ включает в себя:

- 1) структурный анализ — анализ структуры личности;
- 2) анализ трансакций — вербальных и невербальных взаимодействий между людьми;
- 3) анализ психологических игр — скрытых трансакций, приводящих к желаемому исходу (выигрышу);
- 4) анализ сценария (скрипт-анализ) — индивидуального жизненного сценария, которому человек невольно следует.

Структура личности характеризуется наличием трех состояний «Я»:

Родитель (Экстеропсихе), Ребенок (Археопсихе), Взрослый (Неопсихе). Подчеркивается, что Я-состояния — это не роли, исполняемые людьми, а феноменологические реальности, поведенческие стереотипы, провоцируемые актуальной ситуацией. Родитель — это информация, полученная в детстве от родителей и других авторитетных лиц, это наставления, поучения, правила поведения, социальные нормы, запреты — информация из категории, как нужно и как нельзя вести себя в той или иной ситуации. С одной стороны, это набор полезных, проверенных временем правил, с другой —местилище предрассудков и предубеждений. Родитель может выступать в виде Контролирующего Родителя (запреты, санкции) и Заботящегося Родителя (советы, поддержка, опека). Диагностировать состояние Родителя можно по таким высказываниям, как «я должен», «мне нельзя». К другим вербальным характеристикам относятся поучающие, оценивающие, поддерживающие или критические замечания типа «всегда», «никогда», «прекрати это», «ни за что на свете», «итак, запомни», «сколько раз я тебе говорил», «я бы на твоём месте», «милый мой», «бедняжка», «какой вздор». Физическим признаком Родителя является нахмуренный лоб, поджатые губы, качание головой, «грозный вид», «указующий перст» руки, постукивание ногой, руки на бедрах, руки, скрещенные на груди, вздохи, поглаживания другого по голове и т. п.

Ребенок — это эмотивное начало в человеке, которое может проявляться в двух видах. Естественный Ребенок включает в себя все импульсы, присущие ребенку: доверчивость, нежность, непосредственность, любопытство, творческую увлеченность, изобретательность. Благодаря этим чертам Естественный Ребенок приобретает большую ценность, независимо от возраста человека: он придает человеку обаяние и теплоту. Однако Естественный Ребенок не только обаятелен, но и капризен, обидчив, легкомыслен, снисходителен к себе, эгоцентричен, упрям и агрессивен.

Адаптированный Ребенок — это та часть личности, которая, желая быть принятой родителями и боясь отвержения, не позволяет себе поведения, не соответствующего их ожиданиям и требованиям. Для Адаптированного Ребенка характерна повышенная конформность, неуверенность, особенно при общении со значимыми лицами, робость, стыдливость. Разновидностью Адаптированного Ребенка является Бунтующий (против Родителя) Ребенок, иррационально отрицающий авторитеты, нормы, нарушающий дисциплину.

Ребенок диагностируется в трансактном анализе на основании высказываний, выражающих чувства, желания, опасения: «я хочу», «я не хочу», «я боюсь», «меня злит», «я ненавижу», «мне все равно», «какое мне дело». К невербальным характеристикам относятся дрожащие губы, слезы, «надутый вид», потупленный взор, хныкающий голос, пожимание плечами, размахивание руками, выражение восторга.

Взрослое Я-состояние — это способность индивида объективно оценивать действительность по информации, полученной в результате собственного опыта, и на основе этого принимать независимые, адекватные ситуации решения. Если Родитель — это преподанная концепция жизни, а Ребенок — концепция жизни через чувства, то Взрослый — это концепция жизни через мышление, основанная на сборе и обработке информации. В теории *Фрейда*. Взрослому соответствует «Я». Подобно тому как «Я» у Фрейда является ареной, на которой происходят баталии между вытесненными чувствами Оно и социальными запретами Сверх-Я, Взрослый у Берна играет роль арбитра между Родителем и Ребенком. Роль Взрослого сводится не к подавлению того и другого и возвышению над ними, а к изучению информации, записанной в Родителе и Ребенке. Анализируя эту информацию, Взрослый решает, какое поведение наиболее соответствует данным обстоятельствам, от каких стереотипов необходимо отказаться, а какие желательно включить. Так, на вечеринке уместно поведение, диктуемое

Детским Я-состоянием, а неуместно морализирование Родителя на тему аскетического образа жизни. Именно в этом ключе необходимо понимать девиз транзактного анализа: «Будь всегда Взрослым». К Взрослому пациенту обращается психотерапевт в процессе работы с ним.

При взаимодействиях (транзакциях) людей могут включаться различные Я-состояния. Различают дополнительные, перекрестные и скрытые транзакции. Дополнительными называются транзакции, соответствующие ожиданиям контактирующих людей и отвечающие здоровым человеческим отношениям. Такие взаимодействия не конфликтногенны и могут продолжаться неограниченное время. Стимул и ответная реакция при таком взаимодействии изображаются параллельными линиями. Примером транзакции «Взрослый—Взрослый» может служить беспристрастный разговор с целью получить информацию: «Вы не слышали, какая погода ожидается завтра?» — «Обещают дождь». Типичный разговор между двумя Родителями, обремененными предрассудками, звучит примерно так: «Нынешняя молодежь думает только о развлечениях». — «Еще бы! Ведь они живут на всем готовом!». Взаимодействие «Родитель—Ребенок» может быть проиллюстрировано следующим диалогом между супругами: «Что-то мне нездоровится сегодня. Кажется, у меня температура». — «Тогда ложись в постель, я приготовлю тебе чай с лимоном и дам аспирин».

Конфликтногенной способностью обладают перекрестные транзакции. В этих случаях на стимул дается неожиданная реакция, активизируется неподходящее состояние «Я». Классическим является пример Берна «Запонки». Муж не может найти запонки и спрашивает у жены: «Ты не знаешь, где мои запонки?». Это вопрос Взрослого, ждущего информации, и параллельный дополнительный ответ был бы таким: «Посмотри в верхнем ящике гардероба». Однако если у жены тяжелый день, то она может сказать: «Куда положил, там и возьми». Стимул исходит от Взрослого, но жена

вернула ответ от Родителя. Стимул и реакция пересеклись. Коммуникация прекращается: муж и жена больше не могут говорить о запонках, сначала они должны выяснить, почему он никогда не кладет вещи на свои места. Если бы ответ жены исходил от Ребенка («Вечно я у тебя во всем виновата!»), образовался бы тот же тупик. Такие перекрестные трансакции начинаются взаимными упреками, колкими репликами и заканчиваются хлопаньем дверью и громким выкриком: «Это все из-за тебя!» (название одной из психологических игр, описанных Берном).

Скрытые трансакции отличаются от предыдущих тем, что включают более двух состояний «Я», так как сообщение в них маскируется под социально приемлемым стимулом, но ответная реакция ожидается со стороны эффекта скрытого сообщения, что и составляет суть психологических игр. Когда продавец машин, улыбаясь, говорит своему клиенту: «Это наша самая великолепная спортивная модель, но она, наверное, слишком дорога для вас», то его слова могут быть восприняты как Взрослым, так и Ребенком клиента. Когда их слышит Взрослый, ответ может быть таким: «Да, вы правы, учитывая то, сколько я получаю». В то же время Ребенок может ответить: «Я беру ее — это как раз то, что я хочу». Наиболее тонкие обманные ходы строятся с учетом человеческой потребности в признании.

Психологическая игра представляет собой серию следующих друг за другом дополнительных скрытых трансакций с четко определенным и предсказуемым исходом. Это набор трансакций со скрытой мотивацией, серия ходов, содержащих ловушку, подвох. В качестве выигрыша выступает какое-либо определенное эмоциональное состояние, к которому игрок бессознательно стремится. Это далеко не всегда позитивное чувство, удовольствие или радость, чаще это неприятные ощущения, которые для игрока являются «любимыми» и которые он «коллекционирует». Например, в

игре «Ударь меня» один из участников пытается вызвать у своего партнера неуважительную к себе реакцию. В книге Берна «Игры, в которые играют люди» (1964) описываются десятки игр. Их исполняют из Родительского состояния «Я», когда повторяют игру родителей; из Взрослого Я-состояния, когда они сознательно рассчитаны; из Детского Я-состояния, когда они основаны на ранних переживаниях, решениях и психологических позициях, которые ребенок занял в отношении себя и других в детстве.

Понятие психологической позиции является одним из основных в Т. а. Известным пропагандистом транзактного анализа стал психиатр Харрис (Harris T. A.) благодаря своей книге «Я о'кей — ты о'кей». Название книги выражает позицию, которой человек должен добиться в процессе транзактного анализа. Харрис различает 4, а Инглиш (English F.) — 5 основных позиций.

Первая позиция: «я о'кей — ты о'кей». Эта позиция полного довольства и принятия других может быть определена как гармоничная, или симбиотическая, и соответствует положению эмбриона в чреве матери, который находит себя и свое окружение благополучным (о'кей). Позиция может поддерживаться между младенцем и матерью, однако если ребенок застревает на ней, полагая, что он всю жизнь будет оставаться самой важной персоной, то со временем возникнут разочарования и отрицательные переживания.

Вторая позиция: «я не о'кей — ты не о'кей». Если ребенок в начале своей жизни окружен вниманием, теплом и заботой, а затем, в силу каких-то жизненных обстоятельств, отношение к нему радикально меняется, то он начинает ощущать себя неблагополучным (не о'кей). Жизнь утрачивает позитивные аспекты. Сохранение такого положения может подействовать деструктивно и привести к убеждению: «Жизнь ничего не стоит».

Третья позиция: «я не о'кей — ты о'кей». Очень скоро ребенок начинает

переживать, что он маленький, беспомощный, зависит от взрослых; он ощущает себя менее ценным, чем окружающие его взрослые. Это может измениться только в том случае, если самооценка ребенка будет повышаться. Если же этого не происходит, то такое состояние фиксируется, что в конце концов приводит к осуществлению сценария, в котором главную роль играют депрессия, резигнация и чувство неполноценности: «Моя жизнь ничего не стоит».

Четвертая позиция: «я о'кей — ты не о'кей». Если ребенка «не поглаживают», плохо с ним обращаются, то он приходит к заключению: «Только я один могу защитить себя, только я один хороший, а другие — плохие». Осуществление жизненного сценария на основе этой позиции может привести к криминальной ситуации: «Ваша жизнь немного стоит».

Пятая позиция: «я о'кей — ты о'кей». Это реалистическая позиция. Она не основывается на ранних детских решениях, а выбирается осознанно. К ней человек приходит через жизненный опыт, посредством переоценки ценностей, через мораль и философию. В этой позиции никто не проигрывает, а каждый по-своему приходит к своей победе: «Жизнь стоит того, чтобы жить».

Психологические позиции возникают не только в отношении себя и других, но и в отношении другого пола. Приняв психологическую позицию, личность старается укрепить ее, чтобы стабилизировать самооценку и сохранить свое восприятие окружающего мира. Психологическая позиция становится жизненной позицией, исходя из которой играют в игры и осуществляют жизненный сценарий. Например, женщина, которую в детстве третировал отец-алкоголик, принимает 2 позиции: «Я ничего не стою» (я не о'кей) и «Мужчины — это животные, которые будут обижать меня» (мужчины не о'кей). Исходя из этого, она выбирает людей, которые играют определенные роли, соответствующие ее жизненному сценарию. Так, она

выходит замуж за «животное», к тому же алкоголика. В дополнение к этому на людях она играет в игру «Насильник»: привлекая мужчину беседой, пытается его соблазнить; если же он не поддается на это, она с возмущением отвергает его, еще раз убеждаясь, что «мужчины — это животные, которые хотят обидеть» ее (коллекционирование «любимых чувств»).

Сценарий — это жизненный план, напоминающий спектакль, который личность вынуждена играть. Он зависит от позиций, принятых в детстве, и записывается в детское Я-состояние через транзакции, происходящие между родителями и ребенком. Игры, в которые играют люди, являются частью сценария. Осознав свои позиции и игры, личность может понять свой жизненный сценарий. Анализ его является основной целью транзактного анализа. По Берну, почти вся человеческая деятельность запрограммирована жизненным сценарием, начинающимся в раннем детстве. Первоначально сценарий пишется невербально (позиции, принимаемые в детстве — «я о'кей», «я не о'кей», — записываются невербально), затем дети получают от родителей вербальные сценарные сообщения, которые могут относиться к общему жизненному плану («ты станешь знаменитым», «ты неудачник, ты никогда ничего не достигнешь»), а могут касаться различных сторон жизни человека: ребенку предписывается профессиональный сценарий («ты настоящий артист»), сценарий относительно своего пола и женитьбы-замужества («ты такой хилый, ты никогда не станешь настоящим мужчиной», «не рассчитывай со своими данными выйти замуж»), относительно образования, религии, спорта, увлечений и т. п. При этом родительские сценарные сообщения могут быть конструктивными, деструктивными (в крайних случаях — ведущими к самоубийству) и непродуктивными. По Берну, в каждом ребенке скрывается «принц» или «принцесса», но уже в самом начале жизни некоторые дети получают от значимых для них людей сообщения, содержащие в той или иной форме пренебрежение, что и

вынуждает детей действовать ниже своих реальных способностей. Они становятся «лягушками», вместо того чтобы быть «принцами», которыми рождены («принц» и «лягушка» — аналогии, взятые Берном из сказки о «Царевне-лягушке»).

Трансактный анализ — это интеракционная психотерапия, которая проводится в групповой форме. Пациентов обучают основным понятиям трансактного анализа, пониманию механизмов поведения и их расстройств. Психотерапевт и пациенты пользуются при этом доской и мелом. Целью работы является осознание членами группы того, в пределах какого Я-состояния они обычно функционируют (структурный анализ). Развивая это осознание, пациенты исследуют раннее программирование, послания (сообщения), которые они получали от родителей, и свои ранние решения в отношении собственного достоинства («я о'кей», «я не о'кей») и жизненной позиции. Главная цель трансактного анализа, по Р. Гулдинг (Goulding R. L.) и М. Гулдинг (Goulding M.), состоит в пересмотре ранних решений. Авторы отвергают представление Берна о том, что мы пассивно следуем сценарию и являемся жертвами раннего обусловливания, и полагают, что решения принимаются нами в ответ на реальные и воображаемые родительские послания и таким образом мы сами изначально создаем свой сценарий. Если было принято раннее решение, то с помощью различных психотерапевтических приемов члены группы могут заново пережить сцены раннего детства, оживить ситуации, в которых они приняли определенное пораженческое решение относительно себя и своей жизни, и в конце концов могут принять новое решение на интеллектуальном и эмоциональном уровне. Авторами развит модифицированный вариант трансактного анализа, сочетающий свои принципы и приемы с гештальт-терапией, психодрамой и модификацией поведения. Несмотря на то, что трансактная группа является интеракционной и работа в ней должна приводить к интеллектуальному и

эмоциональному инсайту, большой акцент делается на рациональном подходе. Руководитель группы выступает в большей степени как учитель, часто использует дидактические подходы, чтобы помочь пациентам испытать инсайт и установить контроль над своей жизнью. Конечной целью трансактового анализа является достижение автономии личности, что помогает определить свою собственную судьбу, принять ответственность за свои поступки и чувства.

В основе практики трансактового анализа лежит контракт, в котором оговариваются условия лечения. Психотерапевтический контракт включает цели, поставленные пациентом перед собой, и пути, по которым эти цели будут достигаться; сюда вносятся предложения психотерапевта по лечению и список требований к пациенту, которые он обязуется выполнять. Пациент решает, какие убеждения, эмоции и стереотипы поведения он должен изменить в себе, чтобы достигнуть намеченных целей. После пересмотра ранних решений пациенты начинают думать, вести себя и чувствовать по-другому, стремясь приобрести автономию.

Трансактивный анализ может использоваться при лечении неврозов в широком возрастном диапазоне. Менее эффективно его применение для лечения психотических больных, а также больных с тяжелыми хроническими формами неврозов. Сильной стороной трансактового анализа является установление общего языка с пациентом, что облегчает формирование психотерапевтического контакта.

Гештальт-терапия Ф. Перлса

Метод, разработанный американским психотерапевтом и психологом Фрицем Перлсом. Он возник под влиянием идей гештальт-психологии, экзистенциализма, психоанализа, в частности, теории В. Райха о

физиологических проявлениях вытесненного психологического материала. Гештальт-терапия зародилась в границах феноменологического подхода, который подчеркивает нужность осознания пациентом настоящего и важность его непосредственного эмоционального переживания. Информацию, необходимую для терапевтического изменения, черпают из наблюдений за текущим поведением пациента. Феноменологический подход отличается от традиционного каузального подхода, при котором поиски причин проблем у пациента производятся в его прошлом.

Ф. Перлс отобразил закономерности формирования фигуры, заданные гештальт-психологией в области восприятия, в сферу мотивации человеческого поведения. Появление и удовлетворение потребностей он рассматривал как процессы формирования и завершения гештальтов. Работа мотивационной сферы происходит по принципу саморегуляции организма. В норме человек находится в гармонии и с собой, и с окружающим миром. Чтобы эта гармония сохранялась, нужно следовать подсказкам тела, и, прислушиваясь к нуждам организма, способствовать их реализации. Реализовать свое "Я", быть самим собою, удовлетворить свои потребности, наклонности и способности — вот путь гармоничной и здоровой личности.

Согласно положениям экзистенциально - гуманистической психологии, невротиком становится человек, постоянно мешающий удовлетворению своих собственных потребностей, отказывающийся от воплощения своего "Я", тратящий всю свою энергию на воплощение "Я"- концепции, генерируемой для него другими людьми — прежде всего его близкими. Эту концепцию он начинает, со временем, принимать за свое подлинное "Я". Отказ от своих глубинных потребностей и следование чужим навязанным ценностям, приводит к поломке процесса саморегуляции в организме.

Гештальт-теория называет пять механизмов поломки процесса саморегуляции: интроекция, проекция, ретрофлексия, дефлексия,

конфлуенция. При интроекции человек усваивает взгляды, убеждения, чувства, оценки, нормы и образцы поведения других людей, однако они, противоречат его собственному опыту и не ассимилируются его личностью. Этот не "переваренный" опыт (интроект) — становится чуждой для человека частью личности. Самые ранние интроекты - родительские поучения, усвоенные ребенком без их критического осмысления. С определенного момента невозможно отличить интроекты от своих собственных убеждений. Проекция — это антипод интроекции, между прочим, эти механизмы часто взаимодополняют друг друга. При проекции человек отвергает свойственные ему качества, как не соответствующие концепции его "Я". Появляющиеся в результате действия проекции пустые места заполняются интроекциями.

Ретрофлексия — "поворот на себя" — наблюдается тогда, когда какие-либо потребности не удовлетворяются из-за их блокировки социальной средой. Энергия, предназначенная для выполнения действий во внешней среде, направляется внутрь, на самого себя. Подобными незавершенными гештальтами (неудовлетворенными потребностями), зачастую бывают чувства агрессии. При этом ретрофлексия проявляется в мышечных зажимах. Конфликт между собственным "Я" и другими людьми превращается в конфликт внутри самой личности. Индикатором ретрофлексии может служить применение пациентом в повседневной речи возвратных местоимений и частиц. Например: "Я обязан заставить себя сделать это!". Дефлексия — механизм уклонения от реального контакта. Человек, которому свойственна дефлексия, старается избегать прямого контакта с людьми, проблемами, ситуациями. Дефлексия может проявляться у человека в форме болтливости, шутовства, или ритуальности и условности поведения, стремлении "сгладить" любую конфликтную ситуацию. Конфлуенция (или слияние), проявляется в стирании границ между внутренним "Я" и внешним окружением. Люди с конфлуенциями часто не могут отличить свои мысли,

чувства или желания от чужих мыслей, чувств и желаний. Конфлюенция легко выявляется на занятиях по групповой психотерапии. У пациентов с конфлюенциями, идентифицирующих себя с группой, принято при описании их поведения употреблять местоимение "мы" вместо "я".

Описанные выше варианты нарушений процесса саморегуляции являются, по сути, защитными механизмами, посредством которых человек отказывается от своего настоящего «Я». Результатом работы вышеперечисленных механизмов становится нарушение целостности личности, она становится фрагментированной, разбитой на отдельные куски. Обычно в качестве таких фрагментов выступают дихотомии: мужское — женское, активное — пассивное, зависимость — отчужденность, рациональность — эмоциональность, эгоистичность — бескорыстие. В гештальт-терапии большое значение придается описанному Перлсом конфликту между "нападающим" и "защищающимся". "Нападающий" — это интроект родительских наставлений и ожиданий, навязывающий человеку, как и что он должен делать (в терминологии транзактного анализа "Родитель"). А "Защищающийся" — это зависимая, слабая, неуверенная в себе часть личности, отделяющаяся от "Нападающего" путем различных хитростей, отговорок, типа "сделаю завтра", "постараюсь", "обещаю" ("Ребенок" в транзактном анализе). Главная цель терапии заключается в "склеивке" отдельных фрагментов личности в единое целое.

В процессе гештальт-терапии на пути к моменту раскрытия своей подлинной индивидуальности подопечный пациент должен пройти пять уровней, которые Перлс назвал "уровнями невроза".

Первый уровень — уровень фальшивых отношений, игр и ролей. Здесь невротическая личность отказывается от реализации своего "Я". Больной неврозом ведет себя именно так, как этого от него ждут другие люди. Цели и насущные потребности самого человека оказываются забытыми, он

испытывает разочарование и фрустрацию, понимает полную бессмысленность своего существования. Отказываясь от своей сущности, больной неврозом старается быть кем-то другим.

Второй уровень — уровень фобии, связан с осознанием фальшивости своего поведения и наличия манипуляций. Когда пациент воображает себе, какие последствия могут возникнуть, если он вдруг начнет вести себя искренно, ему становится страшно. Человек боится стать тем, кем на самом деле является, он боится, что общество подвергнет его осуждению.

Третий уровень — тупик. Характерен тем, что на этом этапе человек не знает, что делать и куда двигаться. Он переживает отсутствие внешней поддержки, но пока не готов или не может использовать свои внутренние резервы, обрести точку опоры. В результате человек старается сохранить все, как было, оставаясь в тупике.

Четвертый уровень — имплозия. Это состояние внутренних метаний, отчаяния, отвращения к самому себе, вызванное осознанием того, как человек ограничил и подавил себя. Находясь на этом уровне пациент может испытывать страх смерти. В столкновение борющихся внутри человека сил на этом этапе вовлечено большое количество энергии. Пациенту кажется, что возникающее вследствие этого давление грозит его уничтожить.

Пятый уровень — эксплозия (взрыв). Если пациент достиг данного уровня, это значит, что создана уникальная аутентичная личность, обретающая способности переживать и выражать свои эмоции. Эксплозия — это глубокое и очень сильное эмоциональное переживание. Перлс описал четыре варианта эксплозии: скорбь, гнев, радость, оргазм. Эксплозия скорби появляется у после работы над случаем, связанным с потерей или смертью близкого человека. Оргазм — это результат работы с людьми, заблокированными в сексуальном плане. Взрывы гнева и радости вызваны раскрытием личности и обретением настоящей индивидуальности.

Главным теоретическим базисом гештальт - терапии является убежденность, что способность человека к саморегуляции чрезвычайно важна и ее ничем другим не заменить. Именно поэтому особое внимание уделяют развитию у пациента способности принять решение и сделать выбор. Саморегуляция непрерывно осуществляется в каждый произвольный момент времени, гештальт также возникает в "данный момент". Поэтому работа по психотерапевтической коррекции производится в "режиме реального времени". Терапевт внимательно контролирует все текущие изменения в функционировании организма подопечного, подталкивает его к усилению осознания того, что сейчас происходит с ним, чтобы видеть, как пациент препятствует осуществлению процесса саморегуляции, какие защитные блоки при этом используются, чтобы избежать столкновения со своим настоящим. Язык вербального общения пациенты часто используют для рационализации, самооправдания и самоустранения от фактического решения проблем. Поэтому стоит уделить повышенное внимание языку невербального общения ("языку тела"), часто дающему терапевту больше полезной информации в этом случае. Психотерапевт должен пристально наблюдать за действиями пациента, замечая, что и как делается пациентом в данный момент. Например, совершает ли он различные стереотипные движения, сжимает\разжимает ли кулаки, отводит ли взгляд, задерживает ли дыхание. Иными словами, гештальт - терапия смещает акцент с вопроса "почему" на вопрос "что и как?". Фрагментированность личности зачастую можно обнаружить по степени несоответствия вербальных и невербальных проявлений.

Феноменологический подход определяет основные принципы и процедуры: и принципы и процедуры связаны с настоящим временем. Основными принципами гештальт - терапии являются следующие:

1. Принцип «сейчас». «Сейчас» — это функциональная концепция того,

что и как делает индивид в данный момент. К примеру, акт воспоминания об отдаленном прошлом является частью «сейчас», а то, что происходило даже всего несколько минут назад, не является «сейчас».

2. Принцип «я — ты». Этот принцип выражает стремление к открытому и прямому не опосредованному контакту между людьми. Зачастую члены психотерапевтической группы направляют свои высказывания не по конкретному адресу (конкретному участнику), а, как бы в сторону или в воздух, это поведение обнаруживает их опасения и нежелание говорить прямо и однозначно. Психотерапевт должен побуждать в таких случаях членов группы к непосредственному общению, и поэтому должен просить каждого адресовать свои высказывания конкретным лицам. Прямая конфронтация между членами группы мобилизует аффект и усиливает живость эмоционального переживания.

3. Принцип субъективизации высказываний. Психотерапевт предлагает своему подопечному заменять формы высказываний, направленные на объект (например: "что-то давит в груди") на формы, направленные на субъекта ("я подавляю себя"). Это даст возможность пациенту ощутить себя активной стороной, а не пассивным объектом, над которым выполняются различные вещи.

4. Континуум сознания. Данный принцип является обязательной частью всех производимых процедур, но также может быть использован и в качестве самостоятельного метода. Этот принцип подразумевает концентрацию на самопроизвольном потоке содержания переживаний, подразумевает подведение индивидуума к конкретному переживанию, и к отказу от вербализаций и интерпретаций. Континуум сознания - одно из центральных понятий в гештальт-терапии. Подопечный должен постоянно осознавать, что именно происходит с ним в данный момент, он должен фиксировать даже малейшие изменения в функционировании своего организма. Понимание

чувств, ощущений и наблюдение за "языком тела" способствуют ориентации человека в самом себе и в своих взаимосвязях с внешним миром.

В гештальт-терапии основные технические процедуры называются играми. Игры - это набор определенных действий, выполняемых подопечными по заданию психотерапевта. Эти действия направлены на достижение самого непосредственного столкновения со значимым и эмоциональными переживаниями. Игры дают возможность проведения экспериментов и над самим собой и над прочими участниками. В процессе игры «примеряются» разные роли, пациенты входят в различные образы, отождествляются с важными чувствами и переживаниями, а также с отчужденными фрагментами личности и интроектами. Цель игр — достижение полного эмоционального и интеллектуального прояснения, которое ведет к интеграции личности. Эмоциональное осознание («ага-переживание») — такой момент в постижении себя, когда человек восклицает: «Ага!». В этот момент с ним происходит что-то, похожее на защелкивание колесика в кодовом замке. Когда накопится достаточное количество фактов эмоционального прояснения, наступает момент для интеллектуального прояснения (открытие кодового замка). Набор игр, в которые можно играть, не ограничен, и любой терапевт, опираясь на базовые принципы гештальт-терапии, может создавать любое необходимое количество новых игр или может изменять ранее известные.

Самыми широко известными являются следующие игры:

1. Диалог между частями собственной личности. Если у подопечного имеется фрагментация личности, психотерапевт может предложить эксперимент: провести общение между двумя значимыми частями личности. Например — между агрессивным и пассивным, «нападающим» и «защищающимся». Это может быть диалог и с каким-то собственным

чувством (например, с тревогой, страхом), или с отдельными частями собственного тела, или даже с воображаемым, значимым для пациента человеком. Техника игры проста: напротив стула, который занимает пациент, ставят пустой стул, на который «сажают» воображаемого «собеседника». Пациент по-очереди меняет стулья, проигрывая диалог, отождествляя на каждом стуле себя с различными частями своей личности.

2. Совершение кругов. Подопечному предлагается пройти по кругу и обратиться к каждому участнику группы с вопросом, который важен для него. Например, можно выяснить, как его оценивают другие, что о нем думают, или можно выразить собственные чувства по отношению к каждому члену группы.

3. Незаконченное дело. Каждый незавершенный гештальт - это незаконченное дело. Строго говоря, вся гештальт-терапия сводится к завершению незаконченных дел. У многих людей есть определенное количество не улаженных вопросов, связанных с их родственниками, родителями и т. д. Скорее всего это не озвученные жалобы или претензии. Терапевт предлагает пациенту посредством приема "пустого стула" высказать все свои чувства воображаемому собеседнику, или обратиться именно к тому участнику группы, который имеет отношение к этому незаконченному делу. Гештальт-терапевтами давно замечено, что самое частое и важное не выраженное чувство — это обида. Поэтому именно с данным чувством имеют дело в игре, которая называется «Я обижен...» (с этих слов она и начинается).

4. Проективная игра. Когда подопечный заявляет, что другой человек имеет некое чувство или черту характера, его просят проверить, не является ли это его проекцией. Пациенту предлагается «разыграть проекцию», т. е. примерить на самого себя это чувство или черту. Так, пациента, который заявляет: «Я испытываю к тебе жалость», просят разыграть роль человека,

вызывающего жалость, подходя к каждому из участников группы и вступая с ним во взаимодействие. Постепенно входя в роль, человек раскрывает себя, при этом может произойти интеграция прежде отвергаемых сторон личности.

5. Реверсия (Выявление противоположного). Фактическое поведение подопечного часто является разновидностью защиты, маскирующей противоположные стремления. Чтобы пациент осознал свои скрытые желания и тенденции ему предлагается сыграть роль, прямо противоположную той, которую он демонстрирует в группе. К примеру, пациентке с мягкими манерами предлагается сыграть роль агрессивной, высокомерной, задевающей других женщины. Такой прием позволяет открыть те стороны своей личности, которые ранее были скрыты.

6. Упражнения на воображение. Эти упражнения иллюстрируют процесс проекции. Они помогают участникам группы идентифицироваться с отвергаемыми аспектами личности. Среди подобных упражнений наиболее известна игра «Старый магазин». Пациенту предлагают закрыть глаза и представить, что поздно ночью он идет по тихой темной улочке мимо старого, заброшенного магазина. У магазина грязные окна, но, если заглянуть, можно видеть какой-то предмет. Пациенту предлагается тщательно рассмотреть данный предмет, а затем отойти от магазина и описать его. Затем подопечному предлагается представить, что он и есть этот предмет. Говоря от первого лица, нужно описать свои чувства и ответить на вопрос, почему предмет оставлен в магазине, на что похоже его существование в витрине этого магазина. Идентифицируя себя с предметом, пациенты проецируют на них свои определенные личностные аспекты.

Повышенное внимание уделяется в гештальт - терапии работе со снами пациентов. Перефразируя З. Фрейда, Ф. Перлс говорил, о том, что «сон — это царская дорога к интеграции личности». В отличие от психоанализа, в гештальт-терапии сны не интерпретируются, они служат инструментом для

интеграции личности. Перлс считал, что разные части сна являются разными частями нашей личности. Чтобы достичь интеграции личности, нужно их совместить, затем снова признать своими эти спроецированные, отчужденные фрагменты нашей личности и признать своими все тайные тенденции, которые проявляются во сне. С помощью проигрывания объектов сна, отдельных его фрагментов может быть обнаружено скрытое содержание сновидения через его переживание, а не посредством его анализа.

Ф. Перлс сначала применял свой метод в виде индивидуальной психотерапии, но впоследствии полностью перешел на групповую форму, находя ее более эффективной и экономичной. Групповая психотерапия проводится как центрированная на пациенте, группа же при этом используется лишь инструментально по типу хора, который, подобно греческому, на заднем плане провозглашает свое мнение по поводу действия протагониста. Во время работы одного из участников группы, который занимает «горячий стул» рядом со стулом психотерапевта, другие члены группы идентифицируются с ним и проделывают большую молчаливую аутотерапию, осознавая фрагментированные части своего «Я» и завершая незаконченные ситуации.

В последние годы отмечается явная тенденция отхода от ортодоксальной модели гештальт-терапии с ее непримиримостью к каузальности, полному отказу от анализа и интерпретаций к использованию гештальт-экспериментов в сочетании с каузальными методами психотерапии, чаще с трансактным анализом. Гештальт-терапия наиболее эффективна при лечении неврозов. При работе с психотическими пациентами ее рекомендуют проводить достаточно длительно и осторожно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психосоматика – дисциплина, формирующаяся на границе медицины и психологии. С одной стороны, она изучает влияние эмоций на физиологические функции и служит лечению болезней тела, с другой – исследует психологические механизмы воздействия на физиологические процессы. Кроме того, наука психосоматика ищет способы сглаживания асоциального, противоправного поведения человека.

Психосоматическая предрасположенность есть у всех органов и у всех систем организма, без исключений. Поэтому этиологию психосоматозов невозможно свести только к какой-то одной причине. В наше время широко распространена теория многофакторного происхождения психосоматозных заболеваний. Кроме того, причины развития каждой патологии не специфичны. Этими факторами могут стать особенности конституции организма (нарушения деятельности центральной нервной системы, наследственная склонность), определенный психологический фактор (хронический стресс, особенности личности), психофизическое состояние в период действия травмирующих событий. Дальнейшему развитию уже возникшей патологии благоприятствуют непомерно возросший жизненный темп, неблагоприятные условия труда и отдыха, малоподвижный вид жизни, различные вредные привычки.

Тяжесть протекания и яркость проявления психосоматических заболеваний определяются текущим состоянием волевой и психоэмоциональной компонент личности, взаимодействующих с различными патологическими факторами. С увеличением степени волевой и эмоциональной недостаточности, человек слабее сопротивляется патогенным воздействиям. Соматические нарушения могут приводить к изменению психотипа и параметров личности.

Многолетние клинические и экспериментальные исследования подтвердили воздействие стрессов на функционирование органов человека, в том числе и на его иммунную систему. Большое значение в генезе психосоматозов принадлежит личностным особенностям, которые могут предрасполагать к возникновению определенного психосоматического заболевания.

Нивелирование отдельных факторов риска и психологическая коррекция имеющимися в наличии и общеизвестными методами текущих функциональных состояний (так называемая "вторичная профилактика") – главная задача психолога.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение [Текст] / Ф. Александер. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 352 с.
2. Елисеев, Ю.Ю. Психосоматические заболевания (справочник) [Текст] / Ю.Ю. Елисеев. – М.: АСТ, 2008. – 608 с.
3. Кулаков, С.А. Основы психосоматики [Текст] / С.А. Кулаков. – СПб.: Речь, 2003. – 288 с.
4. Лурия, А.Р. Внутренняя картина болезни и интрогенные заболевания [Текст] / А.Р. Лурия. – М.: Медицина, 1977. – 211с.
5. Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога [Текст] / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 992 с.
6. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство [Текст] / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс, 2001. – 592 с.
7. Парцерняк, С.А. Стресс. Вегетозы. Психосоматика [Текст] / С.А. Парцерняк. - СПб.: А.В.К., 2002. –382 с.
8. Смулевич, А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) [Текст] / А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т.2. – С.35–40.
9. Тухтарова, И.В. Соматопсихология: учебно-методическое пособие по курсу "Соматопсихология" [Текст] / И.В.Тухтарова, Т.З. Биктимиров – Ульяновск: УлГУ, 2005. – 716 с.
10. Фрейд, З. Введение в психоанализ. Лекции [Текст] / З. Фрейд. – М.: Азбука-классика, 2006. – 480 с.
11. Фурдуй, Ф.И. Стресс и здоровье [Текст] / Ф.И. Фурдуй. – Кишинёв: Штинница, 1990. – 240 с.

Вопросы для контроля усвоения материала

1. Психосоматика как область междисциплинарных исследований.
2. Объект, предмет и методы изучения психосоматики.
3. Идеи русской физиологической школы (И.М. Сеченов, И.П. Павлов и их ученики) и концепции нервизма.
4. Психосоматические расстройства в структуре различных заболеваний.
5. Психоаналитическое направление в психосоматике.
6. Профиль личности по Ф. Данбар.
7. Исследование личности онкологических больных.
8. Коррекция стиля воспитания в семьях детей, страдающих психосоматическими расстройствами.
9. Психологические тесты в психосоматике.
10. Влияние психосоматической болезни на эмоциональное состояние пациента в норме и патологии.
11. Факторы возникновения психосоматических расстройств у детей и подростков.
12. Классические психосоматические заболевания.
13. Концепция внутренней картины болезни (ВКБ).
14. Концепция внутренней картины здоровья (ВКЗ).
15. Понятие о психогигиене, психопрофилактике в психосоматике и психологической реабилитации психосоматических пациентов.
16. Основные направления психотерапии в психосоматике.
17. Алекситимический подход в психосоматике.
18. Классификация психосоматических расстройств.
19. Интегративный подход в психосоматике.
20. Типы личностной реакции на заболевание.

21. Общие принципы терапии психосоматических расстройств в различных направлениях психотерапии.
22. Влияние болезни на личность пациента.
23. Роль семьи в возникновении психосоматозов.
24. Основные проявления семейной дисгармонии в семьях психосоматиков.
25. Диагностика внутрисемейных отношений.

Анкета для выявления невротических расстройств

Цель — выявление невротических расстройств как профилактика психосоматических заболеваний.

Инструкция: внимательно прочитайте вопросы анкеты и выберите один из вариантов ответа, в зависимости от частоты возникновения указанного симптома. Варианты ответов:

- никогда или редко
- иногда
- часто или постоянно

Текст анкеты

1. Как часто у вас бывает плохой сон (трудное засыпание или пробуждение среди ночи)?
2. Как часто вам снятся кошмары?
3. Как часто вас беспокоят головные боли?
4. Как часто у вас бывает головокружение?
5. Как часто вас беспокоит шум в ушах?
6. Как часто у вас бывает рябь в глазах?
7. Как часто у вас бывают непроизвольные сокращения мышц лица?

8. Как часто у вас бывают мысли, что с вами может неожиданно что-нибудь случиться?
9. Как часто у вас появляется «комочек в горле»?
10. Как часто у вас бывает отсутствие аппетита во время или после периода беспокойства?
11. Как часто вас беспокоят тревожные мысли о ваших близких?
12. Как часто вы забываете, что собирались сделать только что?
13. Как часто вы совершаете лишние движения и действия: трясете ногой, неоднократно поправляете одежду, волосы и т. п.?
14. Как часто вы кажетесь себе менее счастливым, чем другие?
15. Как часто у вас бывают приступы переедания во время или после периода беспокойства?
16. Как часто у вас бывает боль в животе во время или после периода беспокойства?
17. Как часто вы встаете утром разбитым и не отдохнувшим?
18. Как часто вы боитесь заболеть инфекционным заболеванием?
19. Как часто вы боитесь заболеть неизлечимым заболеванием?
20. Как часто у вас бывает учащенное мочеиспускание во время периода беспокойства?
21. Как часто вы покрываетесь красными пятнами при волнении?
22. Как часто у вас бывает повышенное потоотделение при волнении?
23. Как часто у вас дрожат руки?
24. Как часто у вас бывает нарушение глотания?
25. Как часто у вас бывают периоды уныния и тоски?
26. Как часто вы не можете усидеть на месте при волнении?
27. Как часто вы плачете?
28. Как часто вы перепроверяете, закрыли ли дверь, выключили ли электропитание и т. п.?

29. Как часто у вас дрожит голос или вы заикаетесь, когда волнуетесь?

30. Как часто вы раздражаетесь из-за мелочей?

Интерпретация результатов: если на половину или более вопросов вы ответили «иногда» или «часто или постоянно», то это повод задуматься о вероятном начале формирования или уже сформировавшемся невротическом расстройстве. Вам необходимо принять меры: наладить режим дня, заняться физической культурой и спортом, овладеть методами саморегуляции, обратиться за помощью к психологу или психотерапевту.

Мельник Елена Викторовна

Психосоматические заболевания: факторы риска, выявление,
профилактика

Учебное пособие

Сдано в набор

Формат 60x84/16

Заказ №

Подписано к печати

Объем 7,75 п.л.

Тираж