**ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России**  
**Кафедра наркологии, психотерапии и правоведения**

**Лекция №6**

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Историческая справка. Определение понятия. Эмоции, стресс, фрустрация и их роль в развитии психосоматических расстройств.Механизм развития психосоматических заболеваний. Классификация психосоматических нарушений. Психосоматические расстройства в детском возрасте.**

**25.04.2020**

**Разработчик д.м.н., профессор Великанова Л.П ,**

Попытки разгадать тайны взаимоотношений мозга и тела уходят в глубину веков. Уже в первобытном врачевании использовались заговоры и заклинания, приемы задабривания духов в качестве примитивных приемов лечения. Врач Древней Индии Бхаскаре Бхатте (1000г.н.э.) считал, что тоска, гнев, печаль, испуг -"первые ступени на лестнице любой болезни".

На знании тесных взаимоотношений тела и мозга основывается индийское учение йога. Знаменитый древнегреческий врач Гиппократ (460-377гг. до н.э.), исходя из умозрительных представлений о жидкостях тела, утверждал, что гораздо "важнее знать какой человек болен, чем знать, какой болезнью болен человек". Именем Галена, римского врача, заканчивается период поступательного движения научной мысли о двуединстве мозга и тела. В период Средневековья душа и тело никоим образом не связывались. Но в ходе научных и эмпирических исследований накапливались все новые данные, менялось содержание понятий.

В Х1Х столетии психологические методы и приемы исследования психической деятельности широко проникают в медицину, особенно в психиатрию. И более всего, тенденция изучать психические процессы и их расстройства была выражена в России. Экспериментальное исследование психической деятельности в клинике предпринял В.М.Бехтерев, организовавший в 1885 г. специальную лабораторию при психиатрической клинике Казанского университета. Такие же лаборатории были организованы в Москве С.С.Корсаковым, в Юрьеве В.Ф.Чижем, в Киеве И.А.Сикорским. Исследование психической деятельности значительно продвинулось после введения И.П. Павловым метода условных рефлексов, который позволил на основании изменений деятельности тех или иных органов судить о процессах и основных закономерностях работы головного мозга.

С появлением психоанализа появилась возможность исследовать и объяснять существующими способами подсознательные явления психики. Применение психоанализа давало поразительные результаты, привлекая внимание исследователей к психологическому конфликту осознанных и неосознаваемых желаний человека как причине многих заболеваний не только мозга, но и тела и роли подсознательных процессов в развитии этого конфликта.

В стремлении вернуться к гиппократовскому представлению о болезни, как проявлению нарушений единства души и тела, зарубежные клиницисты выдвинули понятие "психосоматика". Термин принадлежит немецкому психиатру С.Хейнроту (1818г.), который объяснял последствиями внутреннего психологического конфликта как проявление психического заболевыания, так и патологии внутренних органов.

Термин "психосоматическая медицина" родился, в 1939 г., когда американский психоаналитик Ф. Дунбар организовала издание журнала "Психосоматическая медицина". Основные условия появления и особенности психосоматической медицины - это усложнение понятия психики, в частности, выделение в ней сознательных и бессознательных компонентов, стремление объяснить психологический конфликт их несоответствием. Психологический конфликт способствовал развитию на его основе эмоционального стресса и приводил в последующем к патологическим изменениям мозга и тела. Возникал закономерный вопрос, почему в условиях психологического конфликта у одних людей развиавается гипертоническая болезнь, а у других - язва желудка, у третьих - инфаркт миокарда. В 1943 г. Дунбар выделила "профили личности" - особенности психологии человека, при которых имеется склонность к развитию определенных форм соматических заболеваний. Эта идея находит подтверждение и в современных исследованиях (учение о преморбидных особенностях. о типе поведенческой активности).

***Психосоматика - направление медицинской психологии и практической медицины, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение соматическиих заболеваний.***

В то время как значение инфекционных заболеваний идет на убыль (Тополянский В.Д., Стру- ковская М.В.,1986г.), число психосоматических страданий, вызываемых систематическими эмоциональными перегрузками, продолжает расти. Именно эти состояния приобретают все большее значение в широкой врачебной практике. Нарастание социальных изменений происходит исключительно быстро, тогда как биологические процессы изменяются крайне медленно. В этом несоответствии заключается первая причина "болезней цивилизации". Свое конкретное выражение они находят прежде всего в так называемом неврозе ***неотреагированных эмоций.***

**Отрицательные** эмоции у человека и животных сопровождаются выделением в кровь большого количества адреналина. Он выбрасывается также при психическом напряжении, гневе, страхе, то есть тогда, когда необходима мобилизация всех сил организма. У животных и предков человека после отрицательных эмоций всегда следовала интенсивная физическая нагрузка - бег или борьба и все выделившиеся катехоламины тут же реализовывались во время физического напряжения. У современного человека за отрицательным эмоциональным возбуждением далеко не всегда следуют физические нагрузки и нереализованные катехоламины начинают оказывать гистотоксическое действие. Прежде всего, они влияют на сердечную мышцу и гладкую мускулатуру сосудистой стенки, вызывая развитие микронекрозов в миокарде и нарушения сердечного ритма. Этот меха- низм лежит в основе так называемых психосоматических болезней.

Социальные условия, информационные и интеллектуальные перегрузки вызывают у современного человека психическое напряжение, психическую усталость и эмоциональные стрессы. Г.Селье в 1974 году писал, что стресс - это "неспецифическая реакция организма на любое требование извне". Эмоциональный стресс развивается в условиях, когда не удается достигнуть результата, жизненно важного для удовлетворения биологических и социальных потребностей и сопровождается комплексом соматовегетативных реакций, а активация симпатоадреналовой системы мобилизует организм на борьбу.

Стрессовая реакция обеспечивает мобилизацию жизненно важных систем организма при экстремальных воздействиях и является необходимым условием для борьбы со стресс-фактором. Г.Селье выделил *конструктивный* - положительный стресс - *эустресс-* и деструктивный- отрицательный - дистресс.

На первой стадии- *стадии тревоги*- преобладают неспецифические реакции со стороны большей части внутренних органов и структур мозга.

В *стадии резистентности* преобладают гомеостатические адаптивные реакции, а в стадии истощения - неспецифические функциональные нарушения. Таким образом, стресс обеспечивает, с одной стороны, поддержание гомеостазща, а с другой - развитие адаптации к неблагоприятным факторам. В случае чрезмерно интенсивного и затянувшегося во времени стресс-воздействия является основой патогенеза многих болезней.

В отличие от стресса (эустресса, который обладает положительным влиянием на организм повышающим его адаптивные возможности), фрустрация - это всегда негативное состояние с отрицательными последствиями для личности.

Фрустрация может быть обусловлена как внешними отрицательными воздействиями на личность, так и качествами самой личности или "профилями личности" (в терминологии Дунбар), степенью психологической адаптированности (или дезадаптированности) личности к влияниям не только внешней, но и внутренней среды. Понятие *фрустрационная толерантность* характеризует способность личности к адекватной оценке ситуации, вызвавшей фрустрацию и способов выхода из нее.

Психосоматические заболевания возникают:

1) как следствие стресса при длительных и неразрешимых психических травмах;

2) как результат внутреннего конфликта между разнонаправ ленными мотивами. Например, гипертоническая болезнь - конфликт между высоким социальным контролем поведения и нереализованными потребностями индивида во власти; язвенная болезнь 12- перстной кишки - конфликт между потребностью в защите и покровительстве.

Первым барьером, *функциональным* являются невротические нарушения: невротические реакции и невротические состояния или неврозы. Разрушение этого барьера приводит к переходу на органический, органный уровень реагирования.

***Механизм развития психосоматических заболеваний в общем виде можно представить следующим образом: психический стрессор вызывает аффективное (эмоциональное) напряжение, которое активизирует нейроэндокринную систему и вегетативную нервную систему в результате чего регистрируются функциональные изменения, приводящие при длительном существовании стрессора, при невозможности разрешить ситуацию(конфликт) к изменениям на органическом (органном) уровне***.

С учетом вышеизложенного выделяют 3 группы психосоматических расстройств:

1) функциональные - *общие и системные неврозы* или неврозы органов. При *общих* неврозах ведущее место в клинической картине занимают психические нарушения и несколько второстепенное-соматовегетативные расстройства. При общих неврозах психопатологические расстройства представлены хорошо очерченными синдромами: страха, депрессивным, ипохондрическим, астеническим, аноректическим, по названию которых назван каждый из неврозов. А вегетативные и соматические расстройства ограничиваются вегетативными дисфункциями: изменением частоты пульса, потливостью, одышкой, расстройствами работы желудка и ки шечника.

При *системных*  неврозах превалируют вегетативные и сома соматические расстройства: гипертензия, астмоидные состояния, симптомы, напоминающие язвенную болезнь, стенокардию, а также заикание, тики, расстройства сна, нервная анорексия. Выраженность собственно пси хических нарушений при этом незначительна.

2) органические - собственно психосоматические заболевания:язвенная болезнь 12-перстной кишки, язвенный неспецифический колит, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, стенокардия, бронхиальная астма, остеохондроз, экзема, псориаз, опоясывающий лишай.

3)проявляющиеся саморазрушающим (самодеструктивным) поведением: алкоголизм, склонность к травматизму, подверженность несчастным случаям.

*Истинные психосоматические* заболевания - их возникновение определяется психологическими факторами и лечится с помощью психотерапии и психофармакологии.

*Условно* *психосоматические* заболевания возникают в тех случаях, когда психологические и поведенческие факторы меняют неспецифические реакции организма: - инфекционные, эндокринные, опухолевый рост.

Внутренняя речь эмоций по определению Е.К.Краснушкина (1934) - это функция органов; каждое психическое возбуждение получает то или иное отражение в телесных ощущениях или процессах как в норме, так и в патологии.

Истинно научное понимание психосоматических симптомов и успешное их устранение диктуют необходимость "переводить всю психогению на физиологический язык" (И.П.Павлов,1934).

Эмоции - один из наиболее демонстративных примеров соматовегетативной интеграции, четко согласованного течения центральных и периферических процессов. Чем сильнее и продолжительнее воздействие отрицательных эмоций, тем более значительны и стойки висцеровегетативные нарушения, тем больше оснований для хронификации психосоматических расстройств.

Современный цивилизованный человек приучается управлять внешними проявлениями эмоций. Подавление осознанного чувства тревоги ни в коем случае не устраняет ее вегетативный, соматический компонент. Физиологически закономерным результатом задержанных эмоций становится различная висцеральная патология - плата современного человека за умение властвовать собой.

**Особенности клиники психических расстройств в детском возрасте** определяются этапом развития психики в онтогенезе. По мнению многих психиатров (Ковалев В. В., Ушаков Г.К. и др.) исходя из биогенетической теории этапности индиивидуального развития, патогенетическую основу преимущественных для разных периодов детского и подросткового возраста проявлений психических (психосоматических) расстройств составляет сменность качественно различных уровней патологического нервно-психического реагирования на те или иные вредности

Схематически выделены 4 основных возрастных уровня преимущественного нервно-психического реагирования у детей и подростков:

1)" соматовегетативный (0—3 года);

2) психомоторный (4—7 лет),

3) аффективный (5—10 лет),

4) эмоционально-идеаторный (11 —17 лет).

Онтогенетически наиболее ранним является с о м а т о -в е г е т а т и в н ы й уровень, которому свойственны различные варианты невропатического синдрома (повышенная общая и вегетативная возбудимость, склонность к расстройствам пищеварения, нарушениям питания, расстройствам сна, нарушениям навыков опрятности и т. п.). Проявления этого уровня возможны у детей раннего и отчасти преддошкольного возраста в клинике невротических реакций, резидуально-органических нервно-психических расстройств и других заболеваний.

Следующий возрастной уровень патологического реагирования — п с и х о м о т о р н ы й , к которому относятсясиндром гиперактивности, системные невротические и неврозоподобные двигательные расстройства: тики, заикание, мутизм и некоторые другие.

Хронологически близким к предыдущему, но все же несколько сдвинутым к более старшему возрасту уровнем патологического реагирования является а ф ф е к т и в н ы й у р о в е н ь : синдромы страхов, повышенной аффективной возбудимости, уходов и бродяжничества, которые чаще встречаются в младшем школьном и препубертатном возрасте.

Наиболее поздно, а именно в препубертатном и главным образом в пубертатном возрасте, проявляется преимущественно э м о ц и о н а л ь н о - и д е а т о р н ы й уовень реагирования. К психопатологическим проявлениям этого уровня относится патологические реакции пубертатного возраста, психогенные ситуационные реакции (протеста, эмансипации и др.), сверхценный ипохондрический синдром, синдромы дисморфофобии, нервной или психической анорексии, синдромы сверхценных увлечений и интересов.

Симптоматика, свойственная каждому уровню нервно психического реагирования, не исключает проявлений пред шествующих уровней, однако отодвигает их на второй план и так или иначе видоизменяет.

Клинико-динамические особенности психосоматических расстройств у детей, представляют собой ряд от функциональных, функционально-органических до органических на основе чего их можно разделить следующим образом.

*Психосоматическим реакциям* свойственна незначительная степень выраженности вегетососудистых проявлений в пределах одного органа или системы, продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов с критическим возникновением и возвращением к норме, без подтверждения параклиническими методами изменений со стороны «пораженных» органов и систем. Редко психосоматические реакции характеризуются резкой выраженностью аффекта с органическим повреждением какого-либо органа, имеющего определенную «слабость».

*Психосоматическим состояниям,* присуща бòльшая, выраженность вегетативно-сосудистых нарушений, охватывающих одну систему, или меньшая, если вовлечены две-три системы, длительностью от нескольких дней до месяцев. Могут обнаруживаться и некоторые параклинические данные, не соответствующей степени выраженности клинических (болевых) проявлений.

*Психосоматические заболевания,* встречающиеся несколько реже, чем реакции, и гораздо реже, чем состояния, характеризуются выраженными и стойкими вегетативно-висцеральными проявлениями со стороны пораженного органа или системы, с подтверждением параклиническими исследованиями их органической измененности и длительным (годами) течением с частыми (сезонными) обострениями или декомпенсациями.

1. Психосоматические реакции более чем в половине случаев встречаются в младшем возрастном периоде — до 10 лет, психосоматические состояния в подавляющем большинстве — в школьном и подростковом возрастах, начиная с 7 лет, а психосоматические заболевания — больше в среднем и старшем подростковых периодах, то есть после 10-летнего возраста.  
   Концепция десоматизации-ресоматизации, предложенная личным врачом 3. Фрейда Максом Шуром, объясняет сущность психосоматических расстройств изначальным единством эмоциональных реакций и их соматовегетативных проявлений, представленных в раннем возрасте в качестве комплексного «психофизиологического переживания». Например, страх у ребенка неизменно сопровождается дрожью, потливостью, учащенным дыханием. По мере взросления, созревания психической и соматовегетативной сфер, развития произвольности и дифференци- рованности функционирования происходит десоматизация . Активные действия и соматические реакции все более заменяются речью и внутренними переживаниями. Однако при неблагоприятном развитии и фрустрации может происходить ресоматизация с регрессом (вторичным возвратом) с психологического к соматическому способу реагирования.

**Список рекомендуемой литературы**

1. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков (клиника, атогенез, систематика и дифференцированная терапия) / Ю.Ф. Антропов.-М., 1997.-198 с.
2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и привычные патологические действия у детей и подростков / Ю.Ф.Антропов, Ю.С.Шевченко.- М.: Изд-во Института Психотерапии, Изд-во НГМА, 2000.- 320 с., изд. 2-ое, исправ.
3. Антропов Ю.Ф. Лечение детей с психосоматическими расстройствами / Ю.Ф.Антро пов, Ю.С.Шевченко.- СПб.: Речь, 2002.- 560 с.
4. Березин Ф.Б. Психосоматические соотношения при бронхиальной астме / Ф.Б. Березин, Е.М.Кулакова, Н.Н.Шаталов, Н.А. Чарова // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова – 1998.- № 4.- С.35-38.
5. Боброва Н.А. Психосоматические расстройства у детей и подростков. Диагностика и лечение в условиях детской поликлинике (на модели гастроэнтерологической патологии) : дисс… канд. мед. наук. – М., 2001. – 161 с.
6. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей /Исаев Д.Н. // Сборн. научн. трудов «Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей» под. ред. проф. Д.Н.Исаева и проф. Б.Е.Микиртумова. Лен. педиатр. мед. ин-т.- 1990.- С. 15 – 21.
7. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста / Исаев Д.Н. - СПб.: Специальная Литература, 1996. - 454 с.
8. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. /Исаев Д.Н. - СПб.: Издательство «Питер», 2000. - 512 с..
9. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей и подростков и психосоматический подход. /Исаев Д.Н. // Конгресс по детской психиатрии. Москва, 2001а.– С. 222-224.
10. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. /Исаев Д.Н. - СПб.: «Речь», 2005. - 400 с..
11. Исаев Д.Н. Методы выявления детей, подверженных риску развития психосоматических расстройств /Исаев Д.Н., Ефимов Ю.А. // Сб.статей «Актуальные вопросы психогигиены и психопрофилактики».- Л., 1988.-С.21-22.
12. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста/Ковалев В.В..- М.: Медицина.-1979.-608с.
13. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / Ковалев В.В. - М., 1985.-288с.
14. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Новейший справочник. /Малкина-Пых И.Г. - М.:Изд-во Эксмо; СПб.: Сова, 2003.- 928 с.
15. Менделевич В.Д. Неврозология и психосоматическая медицина / Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. - М.:МЕДпресс-информ, 2002.-608 с.
16. Психосоматические расстройства. Тринадцатый доклад Комитета экспертов ВОЗ по психогигиене. – ВОЗ, Женева, 1965.-128 с.
17. Соловьева С.Л. Структура личности пациента с психосоматическим расстройством / Соловьева С.Л.// Матер. научно-практической конфер с международным участием «Психиатрические аспекты общемедицинской практики». - СПб:Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева, 2005.- С.225-227.
18. Тополянский В.Д. Психосоматические расстройства /Тополянский В.Д., Струковская М.В..- М.: Медицина, 1986.- 384 с.
19. Ушаков Г.К.Детская психиатрия. /Ушаков Г.К. - М.: Медицина, 1973.- 392с.