Министерство образования и науки Республики Казахстан

Казахский Национальный Педагогический Университет им. Абая

РЕФЕРАТ

«Патогенетическая психотерапия Мясищева, психосоматические расстройства и невроз»

Выполнил: Хелилов А. Н.

Проверил:

Алматы, 2012 г.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ МЯСИЩЕВА

На становление психотерапии в нашей стране существенное влияние оказала концепция патогенетической психотерапии. Основные положения ее как системы личностно-ориентированной психотерапии были сформулированы на основе "психологии отношений" В. Н. Мясищева (1893-1973) еще в 30-40-х гг. Одним из фундаментальных положений последней явилось понимание личности как системы отношений индивида с окружающей социальной средой. Начало исследования личности как системы отношений связано с именами основателей русской медицинской психологии В.М. Бехтерева и А.Ф. Лазурского. В дальнейшем эти исследования были продолжены и развиты их учеником В.Н. Мясищевым, которому и принадлежит более детальная разработка указанной концепции личности как в общепсихологическом плане, так и применительно к теории и практике медицины и в особенности - к учению о неврозах и психотерапии.

Подход к проблеме личности неразрывно связан с вопросом о соотношении биологического и социального в человеке. Задавая себе вопрос, является ли личность биосоциальным или социальным образованием, В. Н. Мясищев (1971) отвечает на него так: "Считая, что личность представляет собой высшее психическое образование, обусловленное общественным опытом человека, подчеркивая необходимость разграничения понятий "условия личности" и "сама личность", я полагал, что в понимании личности биологически-органическое неразрывно связано с социальным, но не является ни личностью, ни ее частью, а только условием личности".

Главная характеристика личности, по В. Н. Мясищеву (1960), - система ее отношений, прежде всего отношений с людьми, формирующихся в онтогенезе в определенных социально-исторических, экономических и бытовых условиях на базе физиологической деятельности мозга. Эти отношения представляют преимущественно сознательную, основанную на опыте избирательную психологическую связь человека с различными сторонами жизни, которая выражается в его действиях, реакциях и переживаниях. Отношения характеризуют степень интереса, интенсивность эмоций, желания и потребности, поэтому они и являются движущей силой личности. Выступающим в качестве важнейшего структурообразующего компонента во взаимосвязи с другими психическими явлениями - психическими процессами, свойствами и состояниями - отношениям личности присущи следующие особенности: уровень активности, соотношение рационального и иррационального, адекватного и неадекватного, сознательного и бессознательного, устойчивость или неустойчивость, широта или узость, рациональная или эмоциональная обусловленность и др. Личность проявляется в разных областях, и прежде всего в социальных отношениях и взаимоотношениях, отношениях в семье, на производстве, к труду и др. В структуре отношений особенно важным является отношение человека к самому себе. Значимость последнего определяется тем, что отношение к себе - один из компонентов самосознания (самосознание: самопонимание, самооценка, саморегуляция). Именно отношение к себе, будучи наиболее поздним и зависимым от всех остальных, завершает становление системы отношений личности и обеспечивает ее целостность. В условиях, когда отношения личности приобретают особую устойчивость, они становятся типичными для личности и в этом смысле превращаются в черты характера, оставаясь отношениями.

Особое значение категории отношения ("психологического отношения") для разработки проблемы личности в отечественной, в том числе в медицинской, психологии, отмечали Б. Г. Ананьев (1968), Б.Ф. Ломов (1984) и др.

Психология отношений, являясь специфической концепцией личности, имеет существенное значение при исследовании проблем нормального и патологического формирования личности, происхождения болезней и механизмов их развития, особенностей их клинических проявлений, лечения и предупреждения.

Патогенной основой различных форм неврозов, согласно представлениям В. Н. Мясищева, являются противоречия в тенденциях и возможностях личности, с одной стороны, в требованиях и возможностях, которые ей предъявляет действительность, - с другой. Невротические расстройства могут возникать в тех случаях, когда жизненные обстоятельства затрагивают обобщенные, особо значимые, эмоционально насыщенные отношения личности, занимающие центральное место в системе ее отношений к действительности. Индивидуальные особенности таких отношений обусловливают ее невыносливость в той или иной ситуации. В. Н. Мясищевым и его сотрудниками (Яковлева Е. К., 1958; Зачепицкий Р. А., 1959; Страумит А. Я., 1969; Карвасарский Б. Д., 1967; Тупицин Ю. Я., 1970; Котяева Т. В., 1973; Либих С. С., 1974; Карандашева Э. А., 1975; Малкова Л. Д., 1978; Мягер В. К., 1976, и др.) были уточнены типичные черты личности, предрасполагающие к различным формам неврозов: почвой для истерии служит столкновение стремлений эгоцентрической личности с требованиями действительности; неврастения развивается при непосильных требованиях личности к себе, не противоречащих общественным нормам; невроз навязчивых состояний возникает у личности, не способной разрешить свои внутренние противоречия, обычно в ситуации, требующей выбора в вопросах этики. В каждом конкретном случае патогенное противоречие имеет индивидуальное, конкретное содержание, выявление которого очень важно для психотерапии.

В соответствии с концепцией неврозов В. Н. Мясищева была разработана их патогенетическая психотерапия. Основной задачей системы П. п. М. является выяснение жизненных отношений, сыгравших патогенную роль, лишивших данную личность способности адекватно переработать сложившуюся ситуацию и вызвавших перенапряжение и дезорганизацию нервной деятельности.

Важнейшее значение для успеха П. п. М. имеют взаимоотношения врача и больного, но не в смысле фрейдовского переноса. Основную положительную роль играют авторитет врача, его социальная направленность, широта кругозора, знание жизни, такт, умение слушать пациента (Шерешевский А. М., 1977), сочувственно-благожелательное к нему отношение, не исключающее в необходимых случаях противодействия социально-неприемлемым тенденциям больного. Роль врача в психотерапевтическом процессе не пассивная. Психотерапия - эмоционально насыщенное воздействие психотерапевта, в котором участвуют, наряду с его словом, и выразительность его мимики, и манера обращения с больным, и влияние всего режима лечебного учреждения.

Хотя в общении с врачом находит известное отражение система жизненных отношений больного, но далеко не полное. Их выяснение происходит в процессе умело проводимых психотерапевтических бесед. П. п. М. предполагает уточнение особенностей жизненного опыта больного в различные возрастные периоды, отношения его к себе и окружающим, его тягостных и радостных переживаний, интересов, системы оценок, мотивации своего поведения, понимания жизни и мира в целом и своего места в нем, его мечтаний и ожиданий, симпатий и антипатий - всего того, что образует внутренний мир человека, - и сопоставление этих данных с реальными условиями его жизни в настоящем и прошлом. Внимание пациента привлекается не только к его субъективным тенденциям и тем внешним обстоятельствам, с которыми они пришли в противоречие. Основная задача заключается в том, чтобы в процессе психотерапии сам больной неврозом уловил взаимосвязи между историей его жизни, сформированными ею отношениями, вытекающими из них неадекватными реакциями на сложившуюся ситуацию и проявлениями болезни - все те взаимосвязи, которые он до того не осознавал. Уяснение их является переломным моментом в терапии, но достигается оно не сразу. При успешном продвижении в этом направлении больной становится менее напряженным, более откровенным, постепенно начинает критически переосмысливать свои прежние жизненные позиции, иначе оценивать свою ситуацию. Решающим моментом служит завершающая процесс психотерапии перестройка нарушенных отношений больного. При этом речь идет не просто об изменении отношения к данному травмирующему обстоятельству, что само по себе не всегда возможно. Излечение наступает, если удается изменить систему отношений больного в целом, если изменятся в широком плане его жизненные позиции и установки.

Психотерапевт осуществляет "дело перестройки личности и отношений больного", опираясь на такие капитальные ее свойства, как сознательность (способность человека давать отчет о событиях не только настоящего, но и прошедшего и будущего), социальность (способность подчинять собственные интересы общим), самостоятельность (способность управлять своим поведением согласно общественно-социальным требованиям). "Эти сугубо личностные черты, недостатки их развития, - пишет В. Н. Мясищев (1973), - в той или иной из многочисленных комбинаций являются причинами невроза в трудных, вызывающих перенапряжение социальных условиях". И далее: "Именно в этом смысле и применительно к такому пониманию неврозов и их лечения может быть с правом применено понятие психотерапии отношений, использовавшееся ранее преимущественно по отношению к детям и в плане психоаналитического их лечения".

В психотерапевтических беседах применяются различные подходы и приемы: ободрение, убеждение, переубеждение, отвлечение, разъяснение сущности невроза и его симптомов. В дополнение к беседам, в зависимости от симптоматики невроза и его течения, оказываются полезными и другие психотерапевтические методы: внушение наяву и в гипнотическом состоянии, наркогипнотерапия, аутогенная тренировка и др. Эти методы могут выдвигаться на первый план при легких невротических расстройствах или при острых, относительно изолированных невротических моносимптомах. Психотерапия может сочетаться с применением медикаментозных средств и физиотерапии, способствующих нормализации нервных процессов и создающих фон, облегчающий контакт врача с больным. Однако эти средства имеют вспомогательное значение. В систему психотерапии входит и возможное содействие врача в нормализации, где это требуется, производственной или семейно-бытовой ситуации.

Патогенетическая психотерапия Мясищева создавалась в трудные для нашей страны 30-50-е гг. В работах самого В. Н. Мясищева и его учеников, посвященных патогенетическому пониманию неврозов и их психотерапии, не могло не отразиться общественное сознание того времени с подчеркнутой идеологизацией психотерапии. Отсюда чрезмерно частые в этих работах ссылки на марксистско-ленинскую методологию и учение о высшей нервной деятельности и критика психоанализа.

На последней странице рукописи, подготовленной В. Н. Мясищевым для 2-го издания монографии "Личность и неврозы", не вышедшего в свет по чисто техническим причинам, автор будущее социальное здоровье нашего общества рассматривал в качестве основного условия эффективной психотерапии неврозов и их профилактики: "Тогда свершится программа формирования совершенной личности в совершенном обществе". Он не знал, сколь длителен, труден, а порой и трагичен будет путь достижения этой цели нашим народом.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И НЕВРОЗ

Термин «невроз» был предложен Кулленом более 200 лет назад – в 1776 г. Несмотря на значительное число исследований, посвященных изучению неврозов, клинические критерии диагностики этих заболеваний, их границы остаются достаточно неопределенными.

Е.А. Попов писал, что трудно выделить какую-то черту, свойственную именно неврозу. Критерии отграничения невроза от других заболеваний могут быть достаточно обоснованными лишь применительно к психогенным расстройствам, с одной стороны, либо к неврозоподобным нарушениям, – с другой.

Согласно современным представлениям невроз – это психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека.

Основными особенностями неврозов являются:

* психогенный характер возникновения;
* особенности личности (акцентуации характера, личностный радикал);
* отсутствие органических изменений головного мозга;
* вегетативные, соматические, эмоционально-аффективные проявления;
* наличие критики к своему состоянию и стремление к преодолению ситуации и возникшей болезненной симптоматики.

В литературе ранее обычно описывали четыре клинические формы неврозов: неврастению, истерический невроз, невроз навязчивых состояний и депрессивный невроз. В связи с переходом на МКБ-10 классификация невротических расстройств претерпела существенные изменения. Тем не менее, термин «невротические» все еще сохраняется и используется в названии большого раздела расстройств F40 – F48 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»:

F40 Тревожно-фобические расстройства

F41 Другие тревожные расстройства

F42 Обсессивно-компульсивное расстройство

F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации

F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства

F45 Соматоформные расстройства

F48 Другие невротические расстройства

Понятие «психосоматика» включает в себя целый ряд содержательных феноменов, которые невозможно объяснить какой-то одной формулировкой. Здесь следует выделить два аспекта:

* психосоматическая медицина
* психосоматические заболевания.

Психосоматическая медицина представляет собой современную, хотя и не новую концепцию, общую ориентировку на охрану здоровья в целом. Она учитывает комплексные сомато-психо-социальные взаимодействия при возникновении, течении и, в особенности, при терапии заболеваний.

При психосоматических расстройствах различают три группы симптомов: мясищев патогенный невроз психосоматика

* конверсионные симптомы;
* функциональные синдромы (органные неврозы);
* психосоматические расстройства в более узком смысле (психосоматозы).

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

Функциональные синдромы. В этой группе находится преобладающая часть пациентов, которые приходят на прием с пестрой картиной часто неопределенных жалоб, которые могут затрагивать сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, опорно-двигательный аппарат, органы дыхания или мочеполовую систему.

Важнейшие проявления, сопровождающие функциональные синдромы

|  |  |
| --- | --- |
| Соматические | Психические |
| Ком в горле | Внутреннее истощение |
| Парестезии (рот, язык, конечности) | Снижение сосредоточения, истощаемость |
| Затруднение дыхания | Депрессивные проявления |
| Ощущения в области сердца | Симптомы страха |
| Отрыжка | Нарушения сна |

Беспомощность врача относительно этой симптоматики отражается среди прочего в многообразии понятий, которыми обозначаются эти жалобы. Речь идет о функциональном нарушении отдельных органов или органных систем, причем какие-либо тканевые изменения, как правило, не обнаруживаются. В отличие от конверсионных симптомов, отдельный симптом не имеет специфического значения, будучи неспецифическим следствием нарушенной телесной функции. F.Alexander [12] описал эти телесные проявления как сопровождающие признаки аффекта без характера выражения и обозначил их органными неврозами.

Психосоматические расстройства в более узком смысле (психосоматозы). В основе психосоматических расстройств – лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа. Исторически к этой группе относятся классические картины следующих психосоматических расстройства:

* бронхиальная астма
* язвенный колит
* эссенциальная гипертония
* нейродермит
* ревматоидный артрит
* язва двенадцатиперстной кишки.

Наряду с традиционными психотерапевтическими техниками при лечении больных неврозами и психосоматическими расстройствами в последние годы более активное распространение получил метод биологической обратной связи (БОС).

Метод БОС (метод адаптивного биоуправления, биореабилитация, метод оперантного обуславливания и др.) – это современный метод реабилитации, направленный на активизацию внутренних резервов организма с целью восстановления или совершенствования физиологических навыков.

В психотерапевтической практике метод БОС можно использовать двумя в принципе различными способами: либо в качестве средства для приобретения навыков физической саморегуляции, чтобы предотвратить появление психосоматических или невротических расстройств, либо, в случае, если пациент страдает неврозом или психосоматическим заболеванием, в качестве средства для лечения функциональных нарушений в соответствующей системе физиологических реакций.

Эффективность тренировки методом БОС выше всего у пациентов, которые действительно не могут расслабиться, даже если они этого осознанно хотят. Такие лица зачастую вообще не замечают, насколько они постоянно напряжены. С помощью биологической обратной связи можно довести это перенапряжение до их сознания и эта объективная информация позволит сформировать навык произвольной релаксации.

Как и любая терапия, лечение с использованием биологической обратной связи начинается с подробного анамнеза, дополняемого разъяснениями сущности и принципа действия тренировки БОС (первый сеанс). При этом необходимо в особенности подчеркнуть, что речь идет о приобретении навыков самоконтроля, при котором тело известным образом обучается тому, как помогать себе самостоятельно. Если подчеркнуть активную роль, приходящуюся на долю пациента, то это также повышает мотивацию для регулярного выполнения предписанной домашней тренировки.

Второй сеанс предназначен для изучения психофизиологического рисунка реакций, проявляемых данным пациентом в связи с подлежащим лечению проблемным поведением. Для снятия рисунка психофизиологических реакций пациент оснащается различными измерительными датчиками, регистрирующими необходимые физиологические функции. Затем в течение 5 мин пациента просят спокойно посидеть с закрытыми глазами. Этот период времени служит для записи исходных значений.

После этого пациент должен примерно в течение 5-10 мин пытаться расслабиться. Это требование вызывает, как правило, противоположное действие, пациент начинает напрягаться, что соответствующим образом изменяет измеряемые значения. Спокойно сидеть, не делая ничего конкретного – это, в особенности для страдающих симптомами стресса лиц, уже является серьезной психологической нагрузкой. После периода расслабления проводят собственно тест на стресс для того, чтобы измерить возбудимость и последующее успокоение пациента. Создать стресс в искусственной ситуации не совсем просто, поэтому в большинстве случаев производят различные вмешательства, создающие известное физиологическое возбуждение. Например, подходят к пациенту и внезапно хлопают в ладони над его ухом. Можно также внезапно выйти из комнаты, ничего не говоря, дать пациенту подождать примерно минуту и затем снова войти. В качестве умственной нагрузки можно предложить задачу на счет. Например, начиная от 1000 непрерывно вычитать число 19. Затем периодически говорят «стоп» и пациент должен назвать промежуточный результат. В качестве других стрессовых ситуаций пригодны также ассоциативный эксперимент по Юнгу, или просто предъявление слов-раздражителей, или выработка представлений, имеющих определенное отношение к являющемуся объектом лечения проблемному поведению.

Диагностическое значение имеют, прежде всего, интенсивность реакций и ход последующего отдыха. Скорость реакций в первую очередь зависит от личности, т.е. от конституции, в целом определяющей быстрое или медленное реагирование. Испытывающие хронический стресс лица зачастую проявляют сравнительно быструю реакцию, но медленный отдых. Минимальная реакция или вообще отсутствие таковой на сенсорные или психические раздражители встречаются у эмоционально сильно заторможенных, замкнутых и с трудом вступающих в контакт пациентов. Очень пугливые люди проявляют, напротив, в большинстве случаев сильные колебания измеряемых значений, возникающие также независимо от предъявления стрессовых раздражений. Собственно терапия начинается на третьем сеансе. Целью тренинга БОС является осознание подлежащего контролю события, для чего необходима осмысленная информационная обратная связь. Как и вообще психотерапия, уже эта первая фаза тренинга очень часто приводит к определенному улучшению. Поглощение внимания приемом новой информации может отвлекать и, тем самым, нарушать стереотипно протекающие рисунки поведения.

В качестве следующего шага необходимо попытаться посредством соответствующей тренировки произвольно контролировать те функции организма, на которые должно быть оказано влияние (ДАС-БОС, ЭМГ-БОС, ЭЭГ-БОС).

ДАС-БОС – обучение пациента навыку диафрагмально-релаксационного дыхания с помощью оригинальной методики биоуправления по дыхательной аритмии сердца с целью нормализации деятельности кардиореспираторной системы и установления баланса симпатической и парасимпатической ветвей вегетативной нервной системы.

ЭМГ-БОС – обучение пациента произвольному снижению повышенного мышечного тонуса.

ЭЭГ-БОС – биоуправление потенциалами головного мозга, направленное на увеличение интенсивности альфа-ритма ЭЭГ и/или снижение бета-ритма.

Общая продолжительность курса лечения в среднем составляет 15 сеансов длительностью 30-40 мин каждый.

В заключение в ходе генерализации приобретенный контроль должен быть перенесен с тренировочной ситуации в лаборатории на нормальную жизненную ситуацию. Этому процессу можно способствовать присоединением «домашних заданий» – использованием навыка диафрагмально-релаксационного дыхания (например, перед сном), упражнениями на расслабление типа аутогенной тренировки, а также посредством сбора и регистрации изменений в течение длительного времени. Регистрация долгосрочных изменений отражает успехи и, в свою очередь, действует в качестве обратной связи. Отмечено, что аутогенная тренировка в сочетании с условно-рефлекторными методами, в том числе с методом БОС, дает прекрасные результаты. Предварительное обучение аутотренингу и использование его в сеансах биологической обратной связи наиболее показано при неврастении (общеневротическая симптоматика; нейровегетативные и нейросоматические синдромы при более высокой эффективности в случае преобладания симпатического тонуса; нарушения сна, особенно засыпания, состояния тревоги и страха, сексуальные нарушения), а также для стабилизации ремиссий и предупреждения рецидивов неврозов.

При невротических и психосоматических расстройствах не существует специфических изменений электроэнцефалограммы, поэтому нейрофизиологическая интерпретация изменений ЭЭГ в результате длительно текущего психоэмоционального напряжения, приводящих не к деструкции мозговой ткани, а к дезинтеграции функций, снижению адаптивных возможностей и, как следствие этого, – к дезадаптационным расстройствам, представляют определенную трудность.

В основе дезадаптационных расстройств лежат нарушения корково-подкорковых взаимоотношений. При патологии эти взаимоотношения нарушаются, что приводит к дестабилизации нейродинамических процессов. Чем больше степень этой дестабилизации, тем меньше выраженность альфа-составляющей, тем больше выраженность бета- , тета- и дельта-составляющих. В связи с этим наиболее широкое применение в терапии дезадаптационных расстройств с использованием метода биологической обратной связи по ЭЭГ получил альфа-стимулирующий тренинг. Эффективность данного подхода хорошо отражена в литературных данных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Б. Д. Карвасарский. Психотерапевтическая энциклопедия. 2-е издание, 2000 г.
2. Айвазян Т.А. Релаксационная терапия с использованием биологической обратной связи в лечении больных гипертонической болезнью // Биоуправление-1. – Новосибирск: Наука, 1988. – С. 133-142.
3. Верещагина А.А., Кайданова Е.А. Значение обратной связи при адаптивном регулировании патологической биоэлектрической активностью мозга // Физиол. человека. – 1981. – № 4. – С. 579-585.
4. Ивановский Ю.В., Сметанкин А.А. Принципы использования метода биологической обратной связи в системе медицинской реабилитации // Биол. обратная связь. – 2000. – № 3. – С. 2-9.
5. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 752 с.
6. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности. – М.: Медицина, 1994. – 192 с.
7. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Педерах-Хофман К. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. – СПб., 2000. – 287 с.
8. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств: Исследовательские диагностические критерии. – Женева: Всемирная организация здравоохранения., 1998. – 208 с.
9. Попов Е.А. О некоторых неясных и спорных сторонах в проблеме неврозов // Журн. невропатол. и психиатр. – 1954. – № 5. – С. 380-388.
10. Святогор И.А. Некоторые аспекты нейрофизиологических механизмов биоуправления потенциалами мозга при неврозах // Биоуправление-1. – Новосибирск: Наука, 1988. – С. 108-119.
11. Святогор И.А., Моховикова И.А. К вопросу о корково-подкорковых взаимоотношениях при лечении больных с дезадаптационными расстройствами методом биологической обратной связи по электроэнцефалограмме // Биол. обратная связь. – 2000. – № 4. – С. 15-19.
12. Святогор И.А., Моховикова И.А., Никитина С.Б. Особенности взаимодействия нейрофизиологических и нейропсихологических факторов в процессе биоуправления потенциалами мозга у больных с психосоматическими расстройствами // Журн. экол. чел. – 1994. – № 1. – С. 37-40.
13. Alexander F. Psychosomatische Medizin. – Berlin: De Cruiter, 1951.