**1.Психосоматика: определение понятия.**

 ***Психосоматика***(греч. *psyche* — душа, *soma* — тело) — направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний. Согласно основному постулату этой науки, в основе психосоматического заболевания лежит реакция на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы.

Любое психосоматическое заболевание является свойством человеческого организма как системы. Оно не выводится по отдельности ни из психических, ни из физиологических (включая наследственные) свойств индивида, его невозможно объяснить путем исследования свойств какой-то одной подсистемы — психической или соматической. Только взаимодействие между этими подсистемами и окружающей средой может привести к новому состоянию организма, определяемому как психосоматическое заболевание. И только понимание этих связей может дать возможность эффективно воздействовать на возникшее заболевание, в том числе и методами психотерапии.

Внутренние конфликты, невротические типы реакций или психореактивные связи обусловливают картину органического страдания, его длительность, течение и, возможно, резистентность к терапии.

По мере развития человеческой истории менялись нагрузки, от которых нет программ генетической защиты, и теперь приспособление к среде зависит от психических возможностей человека во много раз больше, чем от силы его мышц, крепости костей и сухожилий и скорости бега. Опасным стало не оружие врага, а слово. Эмоции человека, изначально призванные мобилизовать организм на защиту, теперь чаще подавляются, встраиваются в социальный контекст, а со временем извращаются, перестают признаваться их хозяином и могут стать причиной разрушительных процессов в организме

По современным представлениям, к психосоматическим заболеваниям и расстройствам относят:

**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 и парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены.

**Функциональные синдромы.** В этой группе находится преобладающая часть «проблемных пациентов», которые приходят на прием с пестрой картиной часто неопределенных жалоб, которые могут затрагивать сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания или мочеполовую систему. Беспомощность врача относительно этой симптоматики объясняется среди прочего многообразием понятий, которыми обозначаются эти жалобы. Часто у таких больных имеются только функциональные нарушения отдельных органов или систем; какие-либо органические изменения, как правило, не обнаруживаются. В отличие от конверсионных симптомов, отдельный симптом не имеет специфического значения, будучи неспецифическим следствием нарушенной телесной функции. Александер описал эти телесные проявления как сопровождающие признаки эмоционального напряжения без характерных черт и обозначил их органными неврозами .

**Психосоматозы** — психосоматические болезни в более узком смысле. В основе их — первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа. Заболевания, связанные с органическими изменениями, принято называть истинными психосоматическими болезнями, или психосоматозами. Первоначально выделяли 7 психосоматозов : бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз.

Позже этот список расширился — к психосоматическим расстройствам относят рак, инфекционные и другие заболевания.

Патогенез психосоматических расстройств чрезвычайно сложен и определяется:

1. неспецифической наследственной и врожденной отяго-щенностью соматическими нарушениями и дефектами;

2. наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам;

3. нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности ЦНС);

4. личностными особенностями;

5. психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;

6. фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;

7. особенностями психотравмирующих событий.

Перечисленные факторы не только участвуют в происхождении психосоматических расстройств, но и делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических нарушений.

Эмоциональная реакция, выражающаяся в форме тоски и постоянной тревоги, нейро-вегетативно-эндокринных изменений и характерном ощущении страха, является связующим звеном между психологической и соматической сферами. Полное развитие чувства страха предотвращено защитными физиологическими механизмами, но обычно они лишь уменьшают, а не устраняют полностью эти физиологические явления и их патогенное действие. Этот процесс можно рассматривать как торможение, то есть состояние, когда психомоторные и словесные выражения тревоги или враждебных чувств блокируются таким образом, что стимулы, поступающие из ЦНС, отводятся к соматическим структурам через вегетативную нерв-

ную систему и, таким образом, приводят к патологическим изменениям в различных системах органов.

При наличии эмоционального переживания, которое не блокируется психологической защитой, а, соматизируясь, поражает соответствующую ему систему органов, функциональный этап поражения перерастает в деструктивно-морфологические изменения в соматической системе, происходит генерализация психосоматического заболевания. Таким образом, психический фактор выступает как повреждающий.

К психосоматическим заболеваниям относят те нарушения здоровья, этиопатогенез которых — истинная соматизация переживаний, то есть соматизация без психологической защиты, когда, защищая душевное равновесие, повреждается телесное здоровье.

Сверхактуальное переживание фиксируется, образуя установочную доминанту, являющуюся функциональным очагом психической патологической импульсации. Свойственное больным смутное чувство физического дискомфорта обусловливает при определенных воздействиях реализацию болезненных ощущений и их фиксацию.

Первостепенным фактором, обусловливающим преимущественную локализацию психосоматических расстройств, становится страх смерти, испытанный хотя бы раз в жизни в связи с каким-либо заболеванием.

Центром тяжести психосоматического страдания оказывается всегда орган, наиболее уязвимый и важный для жизнедеятельности организма в представлении индивида. «Выбор органа» свидетельствует о преимущественной направленности защитно-приспособительных механизмов, вызывающих повреждающий эффект по мере нарастания дезинтеграции в стрессовых ситуациях.

Инициатива в выборе органа принадлежит всегда корковым связям, влияющим на эмоциональные подкорковые аппараты и программирующим степень вовлечения тех или иных органов в стрессовую ситуацию. Какой именно эффекторный путь окажется предпочтительнее для выхода на периферию эмоционального возбуждения, зависит, в конечном счете, от особенностей данной эмоции, от особенностей нервной конституции человека и от всей истории его жизни.

**2.Психосоматические теории и модели.**

 Существует достаточно большое количество теорий и моделей возникновения психосоматических заболеваний и способов их классификации.Коротко перечислю основные из них.

 **Характерологически ориентированные направления и типологии личности. В** древности Гиппократ, а затем Гален описали людей с разными видами темпераментов — сангвиников, холериков, меланхоликов и флегматиков. Это положение нашло дальнейшее развитие в психологических теориях конституции Эрнста Кречмера и Уильяма Шелдона .

Классические психосоматические работы этого характерологического направления принадлежат американскому врачу Флендерс Данбар, которая на основе клинических наблюдений определила характерный личностный профиль ,который она назвала « личность,склонная к несчастьям».Это импульсивные,ведущие неупорядоченный образ жизни ,любящие приключения люди,которые которые живут одним моментом,не думая о будущем ,не контролируют свою агрессивность в отношении других людей.При этом они проявляют тенденции к самонаказанию,исходящую из неосознанного чувства вины.В современной медицине применение этого подхода приобрело большое значение в исследовании определенной типологии «личностей риска», как это, например, предлагается в работах для выявления лиц с угрозой развития инфаркта миокарда. При этом,по мнению Данбар,лицам,страдающим психосоматическими заболеваниями,свойственны общие черты,такие как склонность к отстранению от реальности и недостаточная вовлечённость в текущую ситуацию наряду с недостаточной способностью к словесному описанию своих эмоциональных переживаний.

 **Психоаналитические концепции.** Научная основа, на которой в дальнейшем развивались психосоматические исследования, была заложена 3. Фрейдом, создавшем конверсионную модель, согласно которой ущемленные эмоции порождают конверсионные симптомы. Вытесненные из сознания социально неприемлемые инстинкты (агрессивные, сексуальные) , принимая ту или иную символическую форму,порождают психосоматические симптомы.К теориям данного направления относятся также: теория де- и ресоматизации Шура , модель отказа от веры в будущее Энгеля и Шмале , концепция потери объекта Фрайбергера , концепция двухфазной защиты, или двухфазного вытеснения Митчерлиха .

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

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

К данным моделям относятся: интегративная модель здоровья, болезни и болезненного состояния по Вайнеру , биопсихосоциальная модель Икскюля и Везиака , медицинская антропология В. Вайцзеккера .

Кроме перечисленных выше психосоматических концепций и моделей необходимо упомянуть следующие:

 **Концепция алекситимии** — неспособности к эмоциональному резонансу и «оперативного мышления» (конкретное мышление, свобода от сновидений), невозможности выразить собственные переживания, эмоции и ощущения, неспособности человека быть в контакте с собственным внутренним миром. Человек как бы отделен от всего того в себе самом, что не поддается строго логическому упорядоченному анализу. Все нюансы собственных душевных движений остаются для него скрытыми .Алекситимия рассматривается как некая совокупность признаков, характеризующих психический склад индивидов, предрасполагающий их к психосоматическим заболеваниям. Ее рассматривают как фактор риска развития многих заболеваний.

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

 **Психоэндокринное и психоиммунное направление.**

Поиск «специфического нейрогормонального обеспечения» эмоционального реагирования показал, что высокий уровень личностной и ситуативной тревожности связан с разнонаправленными нейрогормональными сдвигами.

 **Концепция враждебности.** Согласно этой гипотезе, гнев и враждебность могут играть существенную роль в этиологии различных тяжелых соматических заболеваний .

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

**3.Болезни органов дыхания.**

 Простое возбуждение как элементарная и еще недифференцированная форма таких состояний, как страх, гнев, ярость и т. д., приводит к учащению дыхания. Длительно сохраняющееся, не находящее разрядки возбуждение (например, сексуальное) может проявляться «характерным» типом дыхания, гипервентиляцией. Уравновешенное, приятное настроение приводит к спокойному и гармоничному ритму вдоха и выдоха, как это бывает во сне. В состоянии ужаса, внезапного потрясения может наступить кратковременная остановка дыхания.Дыхание — это не только физиологическая функция, которая осуществляется и регулируется потребностями человека. Оно является фундаментальным свойством состояния собственного Я, это способ обмена и установления равновесия между индивидуумом и средой.

 **Бронхиальная астма.**

***Картина личности***

 Бронхиальная астма (БА) является классическим примером многофакторно обусловленной болезни, при которой взаимодействуют многочисленные компоненты, в основном психосоматические, инфекционные и аллергические. Эмоциональные факторы вряд ли сами по себе могут создать достаточные условия для развития болезни, но у биологически предрасположенного к ней человека они могут привести в действие астматический процесс.

По данным ряда исследований личность больных БА характеризуется рядом специфических особенностей.

Если внимания и заботы родителей не хватает, то первая система, которая подвержена риску сбиться и потерять правильный ритм, — это дыхание. Впрочем, бывает и другая причина — забота родителей так велика, что ни один вдох или выдох просто невозможно сделать самостоятельно, все время кто-то помогает их сделать за тебя. Недостаток заботы и ее избыток в равной мере лишают способности быть нестесненным, «дышать свободно».

Дети бессознательно ищут выхода, срабатывает жизненный инстинкт, и более тяжелые проявления болезни у них появляются для того, чтобы менялась «тактика спасения».

 Взрослые пациенты с бронхиальной астмой забывают свою детскую историю, но обострение их заболевания происходит, как правило, когда надо проявить смелость, ответственность, независимость или суметь пережить печаль, одиночество.

Попытки выявить «ответственные» за возникновение БА психические конфликты, поиск предрасполагающих к их возникновению личностных особенностей привели к гипотезе о существовании специфического для заболевания «профиля личности», предрасполагающего к его манифестации . Основные характеристики такого «профиля личности» у больных БА определяются как склонность «подавлять депрессию и агрессию» , «сдерживать реакции на фрустрирующее воздействие» ,преобладание «нементализируемых переживаний» , «повышенная нервность, чрезмерная возбудимость либо вялость, повышенная истощаемость», «высокая тревожность».В поведении и чертах личности больных часто обнаруживаются реакции с защитой эмоциональных, прежде всего агрессивных, побуждений, а также скрытое желание нежности и близости. За псевдоиндифферентным или даже агрессивным поведением может скрываться сильная потребность в любви и поддержке .

Общепринятым считается значение агрессии ,ее выразить, он не может «выпустить свой гнев на воздух». Это проявляется в приступах удушья. Астматики очень сильно переживают.

Физиологический конфликт при БА имеет свое продолжение в психологическом конфликте, в эмоциональной жизни многих астматиков. Так же, как адекватное снабжение кислородом необходимо для нормального физиологического роста и развития, так и постоянное и адекватное получение любви необходимо для нормального роста и развития пациентов. Известно, что материнское отвержение играет центральную роль в возникновении нервно-психического механизма патогенеза БА. Установлено, что в ряде случаев материнское отвержение предшествовало не только заболеванию ребенка, но и его рождению. Причины отвержения проистекают из собственной эмоциональной незрелости матери, неразрешенных проблем, имевших место в ее детстве. Астматики выражают и переживают больше негативных эмоций по сравнению со здоровыми.

Можно выделить личностные черты, предрасполагающие к развитию и фиксации дыхательных нарушений по нервно-психическому механизму. Это низкий уровень фрустрационной толерантности (недостаточная устойчивость к стрессам), инфантилизм, склонность к блокированию эмоциональных переживаний, хрупкость и незрелость психологической защиты, неадекватное представление о себе, увеличение коммуникативной значимости «языка тела» (соматические ответы), низкий уровень сознавания — замечания актуально переживаемых эмоций, желаний, потребностей — вследствие нарушения способности к словесному выражению чувств. Личностные особенности и невротические нарушения, а также неадекватные личностные реакции на заболевание (тревожно-депрессивные, фобические, анозогностические, псевдоанозогностические, истерические, ипохондрические) предопределяют деструктивные формы поведения больных, которые затем трансформируются в поведенческие стереотипы, облегчающие развитие астматических симптомов по нервно-психическому механизму.

**4.Сердечно-сосудистые заболевания.**

 В последние годы кардиологи все большее значение придают психосоциальным факторам риска и их связи с соматическими факторами. Образ жизни, установки личности и положение человека в его профессиональном и семейном окружении важны для кровообращения и его физиологической регуляции. Издавна известны такие соматические факторы риска, как неправильное питание, ожирение, курение и злоупотребление алкоголем, в которых отражаются особенности личности.

Психосоматический компонент в первую очередь характерен для следующих заболеваний сердечно-сосудистой системы:

• эссенциальная артериальная гипертония;

• ишемическая болезнь сердца;

• нарушения сердечного ритма;

• сердечный невроз страха.

Сердце и сосуды участвуют во всех формах жизнедеятельности, хотя в норме человек этого не осознает. При физических и психических нагрузках работа сердца начинает восприниматься в виде усиленного сердцебиения или тахикардии.Несмотря на то что изменения работы сердца в равной степени проявляются и при положительных, и при отрицательных чувствах, патологические нарушения в сердечно-сосудистой системе связаны со страхом, гневом, яростью, тоской и другими отрицательными эмоциями, которые приводят к тому что, например, при страхе одиночества, при опасности нападения возникает ощущение, будто сердце начинает стучать в горле и в области головы. Происходящий при этом выброс адреналина вызывает сужение сосудов, учащение пульса и усиление сокращения миокарда, что, в свою очередь, приводит к состоянию беспокойства и страха.

Главную роль в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний играют подавляемая враждебность .

 **Эссенциальная гипертония.**

***Картина личности***

 Поскольку в большинстве случаев четко датировать начало заболевания не представляется возможным, трудно говорить и о вызывающей ее ситуации. Однако в качестве причинных ситуаций описаны определенные внутренние конфликты .Артериальная гипертония часто начинается тогда, когда человек пребывает в ситуации хронического напряженного ожидания. Провоцирующими ситуациями часто бывают длительные состояния страха, нехватка времени и нарастающее напряжение. Общепринято мнение, что у гипертоников существует связанная со страхом хронически подавляемая агрессия.

Для больных гипертонией описывают типичную невротическую личностную структуру с преобладанием навязчивых состояний, в результате чего часто возникают внутренние и внешние конфликты, что затрудняет эмоциональную разрядку .

 По данным Александера , центральным пунктом психодинамики пациента с эссенциальной гипертонией является постоянная борьба с нарастающим враждебно-агрессивным чувством. В то же время существуют трудности самоутверждения. Пациенты боятся потерять благосклонность других людей и поэтому контролируют проявления своей враждебности. В детстве они обычно склонны к приступам ярости и агрессии. Бывший прежде агрессивным ребенком, взрослый человек становится подчеркнуто уступчивым, не может за себя постоять. Понимание возможности потерять из-за своей агрессивности расположение родных и близких заставляет ребенка контролировать свою враждебность и скрывать ее. Больные артериальной гипертонией постоянно проявляют раздражительность, если сталкиваются с непреодолимым сопротивлением. Их жизнь навязывает им роль «ломовой лошади». Они застревают на многие годы на одной работе и редко меняют фирму, даже если им недоплачивают. Если они добиваются начальственного положения, им трудно стать авторитетом для других. Они выполняют работу за других, вместо того чтобы наладить дисциплину. Из этого сверхсовестливого и доводящего до крайностей поведения с излишним чувством ответственности рождаются усиленные чувства гнева, неприязни и агрессивности, со временем требующие все больших усилий для их сдерживания. Так развивается порочный круг, который приводит к хроническому состоянию напряжения.

 Единой личностной структуры для всех больных артериальной гипертонией не установлено. Впрочем, при широком распространении и большом разнообразии форм болезни этого и не следует ожидать.

И все же среди психосоматически обследованных предварительно отобранных пациентов постоянно повторяются определенные личностные черты. Гипертоники описываются как люди трудолюбивые, приверженные долгу, общительные, с большим чувством ответственности. В связи с этим у них возникают внутренние и внешние конфликты, от которых они не могут эмоционально отстраниться. В своей специфической установке на скромность они отказываются от своих потребностей в пользу других, желая получить от них одобрение и не провоцировать агрессию или неприязнь. Именно эти признаки, описываемые независимо друг от друга разными исследователями как готовность помочь, стеснительность, хронически подавляемая агрессивность, и составляют манифестные свойства личности, которые имеют большое значение для формирования характерных реакций подавления потребностей, воспринимаемых как опасные. Манифестные особенности восприятия окружающего и поведения у многих гипертоников представляет собой форму защиты от собственных агрессивных побуждений.

У большинства пациентов с эссенциальной гипертонией обычно нет должного осознания своей болезни. С психоаналитических позиций внешне неправильное невротическое поведение идеологически оправдывается стремлением к активности и помощи людям.Манифестные черты личности больного с артериальной гипертонией, его трудолюбие и упорядоченное поведение, контактность, аккуратность и добросовестность импонируют, делают его, казалось бы, приятным, уступчивым пациентом. Однако следует помнить, что гипертоник в большинстве случаев не вербализует свою агрессивность, честолюбие и стремление к соперничеству, которые часто остаются латентными.

 **Ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда.**

***Картина личности***

Психические факторы в целом действуют только совместно с известными соматическими факторами риска ( артериальная гипертензия, курение, сахарный диабет, избыточная масса тела).

Коронарные больные придают мало значения предвестникам инфаркта миокарда. Эти больные вытесняют свои неприятные ощущения и до поры до времени склонны считать их пустяками. Коронарные больные отличаются толерантностью к симптомам своей болезни и даже безразличием к ним. Традиционно считалось, что враждебно настроенные люди чаще болеют ишемической болезнью сердца (ИБС). Еще в начале XX века психоаналитики определяли гнев, враждебность и связанные с этим интрапсихические конфликты как потенциальные причины гипертонии и патологии, определяемой сейчас как ИБС. Наконец, попытки обнаружить ключевые элементы внутри поведения привели к необходимости рассмотрения враждебности в качестве его основного элемента .

Пусковые социальные ситуации, которые в соединении с психической предрасположенностью могут вызвать инфаркт, часто означают переживание потери объекта.

Межличностные разочарования с выраженным характером расставания и профессиональными неуспехами с отчетливым эмоциональным компонентом потери представляют для потенциального больного инфарктом в особенности большую угрозу, поскольку у пациента одновременно имеется нарциссическое нарушение.

Нарциссическое нарушение представляет собой важное условие для неудовлетворительной переработки потери объекта. Такой пациент переживает ее как грубую нарциссическую обиду. Появляется неустойчивость таких душевных качеств, как внутренняя уверенность и чувство благополучия, обозначаемая также как «лабильное самовосприятие» и имеющая отчетливо депрессивную окраску. Лабильное чувство самовосприятия, воспринимаемое в том числе как чувство неполноценности, представляет существенный внутренний мотив для стремления к социальному успеху, т. к. тем самым пациенту удается выстроить более или менее стабильное компенсаторное псевдосамовосприятие .

Различают два фактора, которые определяют риск инфаркта: с одной стороны, атеросклероз и, с другой, стресс. На усиление этих факторов оказывают воздействие также образ жизни пациента, связанный с питанием, алкоголизацией, курением, гиподинамией, а также состояния страха, напряжения, агрессивности и измотанности, которые в свою очередь могут иметь следствием поведение повышенного риска. Речь здесь никогда не идет об объективно значимых факторах, а лишь об их субъективном переживании больным .

Описан личностный профиль коронарных заболеваний с позиций глубинной психологии: упорное желание работать, стремление достичь вершин в своей профессии, значимого социального положения, готовность приспосабливаться к социальным нормам со склонностью к перенапряжению. К факторам риска относятся напряженный жизненный ритм, стремление к успеху и социальной значимости, беспокойно-напряженная деятельность.

Спешка, нетерпение, беспокойство, постоянно напряженная лицевая мускулатура, чувство цейтнота и ответственности характерны для будущих больных инфарктами. Частой причиной перенапряжения является недостаточная для выполняемой деятельности квалификация, так что риск инфаркта у новичка выше, чем у опытного работника . Конфликты, связанные с перегрузкой, они пытаются разрешить так же, как все конфликты: призывами к себе самим больше торопиться, быть сильными и совершенными. Страх в конце концов потерпеть неудачу им малодоступен и тщательно скрывается за фасадом кажущейся компетентности. Больные ИБС несопоставимы с типичными невротиками в узком смысле этого слова. У них нет заторможенности, эмоциональной лабильности, неуверенности в себе; едва ли можно пробудить у них осознание конфликтов с последующим их переживанием и соответствующим поведением. Вместе с тем у таких больных психическая уравновешенность все же не сохраняется. В современном мире, в котором особенно ценятся работа и успех, их поведение можно оценить как сверхприспособительное, сверхнормальное. Они больше других следуют принципам современного индустриального общества, в котором преобладают активная деятельность, конкуренция, соперничество. У многих из них отмечаются целеустремленность в работе, тенденция к активности, безусловное стремление руководить и доминировать, быть у всех на виду, не оставаться в тени. Возможно, что эта экстраверсия является характерной невротической защитой от лежащего глубже орального желания зависимости, а активность в стремлении помогать людям, как это бывает у гипертоников, видоизмененной и защитной формой желания «орально» обеспечить и удовлетворить себя. Они не способны пассивно и доверительно «предлагать» себя окружающим людям, они должны своей активной деятельностью доказывать свое превосходство и свою ценность.

Развитие ИБС характеризуется с психосоматических позиций как последовательное чередование определенных стадий — синдромов гиперактивности, сверхкомпенсации и крушения .

**Нарушения сердечного ритма**.

***Картина личности***

 Чаще всего приступы бывают спровоцированы ситуационными факторами и конфликтами. У 25% пациентов со здоровым сердцем отмечается тесная связь между появлением приступа и жизненными коллизиями. Приступы часто возникают в периоды внутреннего напряжения и при кумуляции эмоций. Соматическое возбуждение и усиление сердцебиения, беспокойство, нарушения ритма занимают место конфликта самоотвержения и могут толковаться как фрагменты подавленной психофизической реакции.

В личностном плане чаще встречаются пациенты, склонные контролировать свои чувства, подавлять их, рассматривать их проявление как слабость: «Я не показываю, что со мной творится».

Пациенты склонны к тому, чтобы упорно защищать свой эмоциональный мир. В то же время они избегают противостояния, борьбы, споров и склонны к рационализированию. Провоцирующими приступ ситуациями для них являются ситуации искушения, которые близки к «эмоциональной самоотдаче» или к скрытой агрессии, которая при угрожающем крушении защиты разряжается в виде приступа.

**5.Болезни эндокринной системы.**

**Сахарный диабет.**

***Картина личности***

 Современные исследования подтверждают, что у людей, страдающих сахарным диабетом, часто бывает ряд психологических проблем и психических расстройств. Они не только причиняют страдания сами по себе, но также влияют на лечение и исход соматического заболевания .Диабетик точно знает, что деятельность по меньше мере одной системы его организма нарушена. Из этого возникает чувство неуверенности. Хронический дефект может негативно влиять на жизненную стратегию диабетика: часто он организует всю свою жизнь вокруг своего страдания («диабет как образ жизни»).

Bleuler описывает различие между взрослыми (тип II) и больными юношеским диабетом (тип I). У взрослых тенденции к скрытой депрессии несомненны. Их скорее открытая, эго-синтонная личность склонна к депрессивным реакциям при нагрузках. Личностные черты, достигающие шизоидности, скорее характерны для больных юношеским диабетом, при нагрузках здесь характерны отрицание и селективное восприятие проблем.

Rudolf следующим образом обобщил литературные данные о психосоматических концепциях в возникновении диабета.

1. Конфликты и неоральные потребности удовлетворяются с помощью еды. Может возникнуть обжорство и ожирение, вслед за чем наступает длительная гипергликемия и далее истощение инсулярного аппарата.

2. Вследствие приравнивания еды и любви друг к другу при отнятии любви возникает эмоциональное переживание состояния голода и тем самым, независимо от поступления пищи, соответствующий диабетическому голодный обмен веществ.

3. Сохраняющийся в течение всей жизни страх ведет к постоянной готовности к борьбе или бегству с соответствующей гипергликемией без сброса психофизического напряжения. На почве хронической гипергликемии может развиваться диабет.

 Александер описывает сильные рецептивные желания заботы о себе и активный поиск зависимости от других. Пациенты демонстрируют большую чувствительность к отказам в удовлетворении этих оральных желаний. Это соответствует описанию Reindell et al. , которые установили у диабетиков «амбивалентные тенденции тревоги, беспокойства, страха с одной стороны и стремления к покою и защищенности — с другой».

Примером чрезмерно выраженной дезадаптации к сахарному диабету является «лабильный сахарный диабет». Он характеризуется значительными колебаниями содержания глюкозы в крови, часто с многократными случаями неотложной госпитализации. В настоящее время широко принята точка зрения, что лабильный сахарный диабет — это поведенческая, а не патофизиологическая проблема. В авторитетном в этой области медицины труде Tattersal, Walford пришли к выводу, что «такие больные ни «безумные», ни «плохие», но позволяют себе потенциально опасное поведение, частично потому, что пренебрегают его последствиями, но чаще потому, что оно «окупается» в смысле удовлетворения других потребностей, независимо от того, любовь ли это или кров, благоприятное мнение или бегство от какого-либо иного неразрешимого конфликта».

**6.Кожные заболевания.**

**Крапивница.**

 Речь идет об остро возникающем поражении кожи с четко отграниченными волдырями. Основные симптомы — сильный зуд и наличие красных волдырей разного размера.

Даже при аллергически обусловленных формах крапивницы для ее манифестации или в качестве одного из причинных факторов имеет значение психическая перегрузка. Для психосоматических форм хронической крапивницы характерны готовность к переживаниям и определенная структура личности.

Grace, Graham установили, что крапивница возникает у тех, кто испытывал на себе жестокое обращение. Эта жестокость имела нередко такие формы, что о ней трудно было рассказать и что-то с ней сделать. При этом отмечается, что страдающая сторона не в состоянии найти выход из положения и представить себе возможное решение проблемы. Типичные трактовки этой ситуации были такими: «они мне много дали, и я не могу ничего поделать»; «я выдерживаю удары»; «моя мать колотила меня»; «мой жених не хочет меня, он пренебрегает мной, но что я могу поделать?».

Характерны отношения зависимости от других, более сильных личностей с мазохистской обвинительной установкой. Обычно в отношениях с партнером повторяется мазохистская зависимость из ситуации детства.

В общем, можно сказать, что аллергики в детстве травмируются матерями, проявляющими гиперопеку или холодность. Налицо зависимость от этого объекта влечения, агрессивная реакция невозможна, и агрессия направляется на себя. Мазохистское отношение к объекту, который в то же время позволяет сохранять эмоциональную связь благодаря направленности агрессии на собственную личность, признается сторонниками психоанализа.

Musaph сообщает о следующих отличительных чертах личности больных:

• сильная склонность к пассивной позиции в межличностных контактах;

• высокая готовность к страху в сочетании с низкой толерантностью страха;

• сильная ранимость в любовных отношениях;

• высокий уровень неуверенности в поведении.

Matthes выделяет также в качестве аспекта отношений больных их поиск «объектных отношений цепляющегося, зависимого стиля». Такой человек имеет тенденцию избегать риска в поисках безопасности.

**Кожный зуд.**

 У чувствительных и предрасположенных к этому людей негативные эмоции могут вызывать кожный зуд или усиливать его. Часто можно наблюдать, что больные в состоянии раздражительности и психического напряжения, страха или возбуждения значительно чаще жалуются на ощущение кожного зуда или жжения, чем эмоционально уравновешенные больные. Кроме того, часто можно установить, что у одного и того же человека неизменные кожные заболевания в периоды более сильного нервного напряжения, фрустрации, разочарований, в сложных, тяжелых жизненных ситуациях более часто сопровождаются зудом. Сексуальное беспокойство, чувство вины, гнев и страх могут вызывать зуд . Наблюдалось, что пациенты с психогенным кожным зудом склонны к невротической любви к порядку и блокированы в своем выражении агрессии. Гнев подавляется, вследствие чего может возникать приступ зуда .

**Атопический нейродермит (эндогенная экзема).**

 **Экзема грудного возраста.** Это кожное заболевание в психосоматическом плане рассматривается как выражение нарушений отношения с матерью. Spitz пишет, что в рамках его исследований были обнаружены два значимых для возникновения болезни фактора. Дети имели матерей с инфантильной структурой личности, проявлявших к ним враждебность, замаскированную под боязливость, матерей, которые неохотно дотрагивались до них, неохотно ухаживали за ними и систематически воздерживались от кожного контакта с ними. Ребенок со своей стороны демонстрирует врожденную предрасположенность к повышенным кожным реакциям, которые ведут к усилению кожного представительства воспринимаемых психологических конфликтов, что в психоаналитической терминологии обозначается как «либидинозная загрузка поверхности кожи». Особенное значение имеет двусмысленное поведение матери: то, что от нее исходит, не соответствует ни ее внутренней установке, ни ее действиям в отношении ребенка.

Автор иллюстрирует патогенную эмоциональную среду, воздействию которой подвергается ребенок, следующим примером: мать избегает соприкосновения с ребенком, ссылаясь на то, что не хочет причинить вреда столь нежному, хрупкому созданию; таким образом под маской заботы скрывается отвергание и враждебность.

Во многих случаях болезнь спонтанно прекращается на первой половине второго года жизни. Автор предполагает связь с развивающейся активностью ребенка, которая высвобождает его от тотальной зависимости от матери, делая возможным вступление в контакт с выбираемыми им объектами.

Следует ожидать, что эпизод экземы на первом году жизни оставит стойкие следы в психическом развитии ребенка, о которых, однако, можно лишь строить предположения.

 **Подростковый и взрослый контингенты.** Эндогенная экзема в группе экзем представляет заболевание, в особенности руководимое автономными центральными нервными процессами, и тем самым тесно связанное с личностью больного. Оно может выступать в связи с другими аллергическими заболеваниями.

Пациенты часто характеризуются выраженной пассивностью. Им трудно дается самоутверждение. Появление заболевания часто сопровождают конфликтные партнерские отношения. При этом по сфере распространения экземы следует различать две группы больных:

• при лишь внешне интактных диадных отношениях экзема распространяется в области суставов, лица и головы;

• при зримо напряженных диадных отношениях наблюдается распространение в области грудной клетки, бедер и плеч.

С медицинской точки зрения аллергические реакции кожи (нейродермит) представляет собой атипичную иммунную реакцию организма на внешнее воздействие. Однако данные о связи этого заболеваний с враждебностью противоречивы. Так, Elizur рассматривает нейродермит как косвенный показатель повышенной враждебности. В то же время по данным Cleveland, Fisher , уровень враждебности у больных нейродермитом снижен по сравнению с пациентами, страдающими заболеваниями кожи, не относящимися к группе психосоматических расстройств. Из этого авторы делают вывод, что враждебность при такой патологии, как нейродермит, может трансформироваться в соматические проявления.

Приступы нейродермита часто возникают при проблемах в партнерских отношениях, разлуке или появлении лиц, которые имеют большую эмоциональную притягательность для больных. Нередко обнаруживаются переживания и проявления сильных чувств, ожиданий, желания близости, сексуальности и ее фрустрации вследствие собственной амбивалентности или отказа партнера. При этих конфликтах, связанных с ситуацией сближения, во многих описаниях подчеркивается роль собственной телесности, желания и удовлетворения, возможности показать и представить себя в телесном облике. Эти описания обычно определяют понятием «эксгибиционизм».

**Псориаз.**

 Усиление расстройства наблюдается на фоне неспецифических, психически отягощающих ситуаций, как переживания потери объекта и угрозы безопасности и здоровью больных.

По-разному меняется самооценка больных. Они демонстрируют такие симптомы, как страх, подавленность с одной стороны и выраженное поведенческое реагирование — с другой. Больные псориазом склонны также к демонстративности . Психические факторы активны в особенности тогда, когда симптомы подвержены выраженным колебаниям и когда появляются острые рецидивы и затяжной зуд.

Психические аспекты далеко не всегда являются главным патогенетическим звеном, поскольку доказана значительная роль наследственной предрасположенности к заболеванию. Зуд не всегда обусловлен психически, он скорее зависит от остроты проявлений псориаза. Больные с давними хроническими формами мало страдают от зуда.

***Картина личности при кожных заболеваниях*.**

 Целенаправленный опрос позволяет выявить прямые корреляции между выраженностью псевдоаллергической реакции и остротой конфликтной или психотравмирующей ситуации, а также степенью эмоциональных нарушений (эмоциональной напряженности, тревоги, депрессии и страха, принимающего подчас характер фобий). Переход на другую работу или переезд в новую квартиру, болезнь и смерть близких или развод, страх перед экзаменом или боязнь нежелательной беременности ложатся в основу подобной симптоматики, развивающейся впервые или, чаще, рецидивирующей после более или менее длительной (порой многолетней) ремиссии. Общеизвестна чисто рефлекторная крапивница (на фоне значительной астенизации организма) у студентов во время экзаменационной сессии, у крайне впечатлительных женщин, вынужденных однажды воспользоваться общественным туалетом, или у эмоционально нестабильных людей, страдающих, как правило, синдромом раздраженного желудка или раздраженной толстой кишки, при одной лишь мысли о пищевых продуктах, вызвавших некогда острые диспепсические расстройства. Возможны даже фиксированные псевдоаллергические реакции на определенные психотравмирующие факторы или одно воспоминание и представление о них.Наслоение психосоматических симптомов эмоционального стресса на самые несерьезные, казалось бы, кожные изменения (юношеские угри, себорея) резко меняет, интенсифицирует и хронифицирует всю клиническую картину. Гиперболизированное чувство физической и социальной неполноценности, свойственное больным с кожными болезнями, и обостренная восприимчивость к реакциям окружающих (с их подчас унижающей жалостью или пренебрежением, нескрываемой брезгливостью и боязнью заражения) усугубляют эмоциональную напряженность этих пациентов, их подозрительность и настороженность, толкают их на путь негативизма и социальной изоляции. Не случайно большинство таких больных предпочитают прогулки в одиночестве или коллекционирование марок всем контактам с внешним миром.

**7.Болезни опорно-двигательного аппарата.**

 Термином «ревматические заболевания» объединяются патологические картины, общей характеристикой и ведущим симптомом которых являются боли в опорно-двигательном аппарате.

Это симптоматическое понятие включает этиологически, патологически и клинико-нозологически различные синдромы. Следует различать как минимум три главные группы ревматических заболеваний: воспалительные процессы суставов и позвоночника, дегенеративные заболевания суставов и позвоночника и ревматические поражения мягких тканей.

 **Ревматические поражения мягких тканей**.

***Картина личности***

 **В** психическом состоянии отчетливо выражены переживания страха и депрессии. Больные мало склонны к гипер-компенсированному поведению. Их латентные или явные желания, заботы и тенденции к зависимости ярко выражены, отчетливо определяется склонность к самопожертвованию и зависимости.

За симптомами может стоять ларвированная депрессия, если больные одновременно жалуются на нарушения побуждений и подавленность. Этот диагноз становится более вероятным при присоединении нарушений сна, сердцебиений, тахикардии и симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта.

Бросается в глаза застывшая и преувеличенная жизненная позиция больного. Они часто демонстрируют повышенный самоконтроль и стремление к перфекционизму. Они не могут позволить себе здоровых агрессивных импульсов, разочарование и обиду они пытаются компенсировать «внутренней стойкостью». Характерной для них является тенденция к самопожертвованию и преувеличенной готовности помочь, которая проявляется не спонтанно, а по внутреннему принуждению. Типично агрессивная окраска помощи, предлагаемой этими больными, получила удачное обозначение как «злобное смирение» и «любящая тирания».

Блокированные агрессивные импульсы больных выражаются в повышенном мышечном напряжении и, наконец, в локализированных или генерализованных болях. Данные о локализации боли могут меняться от обследования к обследованию. Бросается в глаза, что боли очень быстро снижаются при уменьшении психической нагрузки больного.

Bweck описывает такого пациента как человека, который после манифестации заболевания склонен к зависимости и развивает сильные потребности к отдаче под чью-то опеку и желание заботы со стороны. Относительно часто развивается манифестная невротическая симптоматика, в особенности состояния страха, депрессии и психосоматические симптомы в форме функциональных кардиальных, желудочных расстройств, головных болей, астенических картин.

Среди особенностей личности этих больных отмечаются тенденция к вторичной выгоде, потребность в щажении, более или менее открытое желание нетрудоспособности. Нередко наблюдается разрыв между объективными данными и субъективными желаниями. Во всяком случае, совместное влияние невротически-тенденциозных мотивов выражено значительно больше, чем при хроническом суставном ревматизме.

В психодинамическом плане отмечаются амбивалентный конфликт между посторонним господствованием и самогосподствованием и в то же время услужливое и жертвенное поведение. Из этой амбивалентности и хронически заторможенной агрессивности и происходит повышение мышечного тонуса в типичных местах, чаще всего в области шейных и поясничных позвонков.

**Симптомы остеохондроза.**

***Картина личности***

Психический конфликт может быть недоступен больным, он представлен теперь языком органов.

Weintraub пытался дать собственное определение значения каждого отдела позвоночного столба.

**Шейный** отдел несет голову человека. Положение человеческой головы филогенетически установилось с его прямохождением. Мы говорим, что человек утверждает себя, если он «не склоняет головы» перед трудностям и препятствиям. Это самоутверждение не ведет к цервикальному синдрому до тех пор, пока осуществляется в границах психологической нормы. К этому синдрому могут вести такие факторы, как неадекватные установки, при которых самоутверждение перестает быть эгосинтонным и/или требует постоянного дополнительного волевого напряжения с упрямыми попытками достичь однажды поставленной цели.

**Грудной** отдел. Совсем иным является психосоматическое значение среднего отдела позвоночника, который без анатомически точного отграничения можно соотнести с грудным отделом. Этот отдел сильнейшим и наиболее зримым образом отражает настроение человека. Печаль, отчаяние, утрата мужества заставляют человека согнуться, они характеризуются его согнутой спиной. Возникающие при этом болезненные мышечные напряжения неправомерно часто истолковываются как локальные процессы неясного генеза, как «ревматические», если упускают из виду возможности их психосоматического понимания.

Сутулость подростков во многих случаях представляет собой результат внутренней установки, возникшей в силу того, что они не в состоянии отвечать внешним и внутренним требованиям, предъявляемым жизнью к духовно не созревшему телу. «Эти юноши не доросли до своей взрослости» .

**Поясничный отдел.** Прострел (люмбаго) — острый эпизод. Он может быть вызван резким движением или поднятием тяжести, но часто возникает и без видимых причин. Он часто, но не обязательно, случается вследствие таких изменений в позвоночнике, как дископатия или смещение позвонка.

Хронические боли в поясничном отделе часто являются выражением психического отягощения. Мы встречаемся с ними прежде всего у женщин, которые компенсируют неуверенность в себе, в своем соответствии семейным или профессиональным требованиям преувеличенно прямой осанкой, но также и у женщин, оставивших свое сопротивление и подавленных грузом повседневных забот.

Хронические боли в поясничном отделе могут также быть выражением фрустрации. Они связаны прежде всего с нереализованными ожиданиями, обращенными к межличностным отношениям, и с вытекающим из этого состоянием неудовлетворенности. У мужчин они нередко представляют собой неосознанную демонстрацию неудачи — будь то в профессии или в реализации своих мужских функций.

 **Ревматоидный артрит.**

***Картина личности***

 У больных на отдаленных этапах состояния бросается в глаза их терпимость и невзыскательность . Их терпеливая непритязательность находится в противоречии с объективными данными о заболевании.

В преморбиде пациенты характеризуются как тихие, малозаметные люди. Их отличает старательность и добросовестность. Часто заметно их альтруистичное поведение, что, в сочетании с энергией и жаждой деятельности, делает их непревзойденными матерями и неутомимыми сиделками. Будущие пациенты уделяют крайне мало внимания своей телесности, отличаясь бедным самовосприятием и редуцированным самопознанием. Их терпеливость, вероятно, соответствует внутреннему запрету на открытое выражение остаточных агрессивных побуждений .

Подобно больным эссенциальной гипертензией, больные ревматоидным артритом испытывают большие трудности в подавлении своих враждебно-агрессивных импульсов. Однако попытка разрешить эти импульсы протекает у них иначе и представляет собой комбинацию самоконтроля и «благотворительной» тирании над другими. Матери, страдающие ревматоидным артритом, склонны строго контролировать почти все двигательные проявления у своих детей. Многие из них испытали в детстве сходные материнские влияния, имея таких же властных матерей.

Можно говорить о неудачном уравновешивании полюсов мягкости и жесткости. Обычно тенденция к мягкости подавляется усилением моторной напряженности, мышечными действиями, у женщин — «мужским протестом». Путем напряжения и жертвенности приобретается право смешивать стремление к господству и мазохистское самопожертвование. Отмечены предпочтение занятий на свежем воздухе и силовых видов спорта, тенденция к подавлению спонтанного выражения чувств, к их сдерживанию. Эта характеристика применима в первую очередь к женщинам, которые в психосоматических наблюдениях по изучению ревматизма чаще всего обнаруживают контрастные или противоречивые показатели.

У всех больных ревматоидным артритом с достаточным постоянством встречаются три черты характера:

1. Стойкие проявления сверхсовестливости, обязательности и внешней уступчивости, сочетающиеся со склонностью к подавлению всех агрессивных и враждебных импульсов, таких, как злоба или ярость.

2. Мазохистски-депрессивные проявления с сильной потребностью к самопожертвованию и чрезмерным стремлением к оказанию помощи, сочетающиеся со сверхнравственным поведением и склонностью к депрессивным расстройствам настроения.

3. Выраженная потребность в физической активности до развития заболевания (профессиональный спорт, интенсивная работа по дому, в саду и т. д.).

Эти три особенности характера представляются при ревматоидном артрите как нечто застывшее и преувеличенное; они негибки и не приспособлены к требованиям среды. С психодинамических позиций это характерологически-невротическая переработка конфликта в сфере агрессивности и честолюбия.

Вышеупомянутые черты характера являются, кроме того,гиперкомпенсаторными защитными мерами против основополагающего конфликта. Сверхсовестливость, отказ от выражения своих чувств и жертвенность создают защитный барьер для возможного прорыва агрессивных импульсов и позволяют избавиться от враждебных чувств. Часто описываются своеобразная терпимость, смирение с судьбой, оживленность, несмотря на ограниченную подвижность и боль, что по психоаналитическим воззрениям имеет двойственное толкование. Cremerius говорит о «злой покорности» или «любвеобильной тирании», которые исходят от больного. Психологические тесты подтверждают многие психодинамические предпосылки и личностные данные. В тесте Кеттелла обнаруживается выраженная скромность, покорность, уступчивость, признаки сильного «сверх-Я», т. е. больные совестливы, выдержанны, ответственны. Обширные исследования о внутрисемейном влиянии на хронический полиартрит показали следующее: у пациенток часто имелась холодная, претенциозная и авторитарная мать и слабый, подавляемый матерью отец. С детства у пациенток отмечается чувство страха перед матерью и зависимости от нее, сопровождаемое сильно подавляемым стремлением к бунту. Привыкшая с ранней юности владеть своими чувствами, пациентка склонна к тому, чтобы тиранить окружающих, начиная с супруга, которого она, как и мать, выискивает среди слабых и услужливых мужчин, кончая детьми, по отношению к которым она ведет себя чрезвычайно строго. Семейный анамнез мужских пациентов дает те же данные с соответствующей сменой половых ролей.

**Желудочно-кишечные заболевания.**

 Поглощение и выделение — основные функции желудочно-кишечного тракта. Но они в своих проявлениях находятся в определенных отношениях с окружающим человека миром, связаны с его эмоциональным состоянием, с отношениями с другими людьми и с внешним жизненным пространством. Моторные, вегетативные, гуморальные и центральные процессы в этой соматической сфере нельзя изолировать от душевного состояния человека. Поэтому неудивительно, что такие действия человека, как процесс принятие пищи, жевание, глотание, переваривание и выделение остатков прочно входят в более тонкие уровни взаимодействия человека — с окружающими его другими людьми. Эта внутренняя связь между психическим состоянием человека и процессом поглощения-выделения приводит к тому, что эмоциональное состояние человека при принятии пищи оказывает влияние на дальнейший процесс ее переваривания. Такие переживания, как агрессия, опасение, страх, депрессия, тормозят функции желудка и кишечника, нарушают моторику и как следствие приводят сначала к функциональным, а при прогрессировании процесса — к органическим изменениям структуры желудочно-кишечного тракта.

Человек не только способен есть в состоянии подавленности, агрессии или страха, но и прибегает к поглощению большого количества пищи как к средству «успокоить нервы». В результате пища попадает в спазмированный, зажатый от стресса пищевод, желудок, кишечник. Следствием этого является широчайший спектр желудочно-кишечных расстройств, начиная от гастрита и заканчивая прободными язвами.

Чувство подавленности, беспомощности, бессилия связано не только со страхом, но и с усилением деятельности кишечника (это хорошо знают солдаты перед лицом врага, артисты перед выступлением и студенты перед экзаменом). При эмоциональной диарее (частых поносах, не обусловленных патологическими процессами в толстом кишечнике) ведущей причиной являются более или менее осознанно пережитые ситуации страха и повышенного требования со стороны окружающих.

Болезни желудочно-кишечного тракта по своим регрессивным признакам сходны с получающими в последние годы все большее распространение депрессивными и наркологическими заболеваниями. В отличие от них, болезни желудочно-кишечного тракта более маскируют, чем выявляют душевные переживания. Страх, внутренняя нужда и неуверенность часто вытесняются желудочно-кишечными заболеваниями. Видимым в таких случаях остается лишь телесный синдром. Если, наконец, задетый орган или симптом выключается медикаментозным или хирургическим путем (язва желудка, язвенный колит), часто появляются психические симптомы — страх, депрессия, наркотические тенденции.

Психосоматическая медицина пытается понимать язык органов как выражение эмоциональных феноменов и отграничивать от факторов конституции и предрасположенности. Телесные феномены, относящиеся к пищевому поведению и пищеварению, соотносятся с определенными эмоциональными процессами :

• трудности овладения (стоматит, симптомы слизистой рта);

• неспособность что-то проглотить (нарушения питания, глотания);

• быть отвергаемым, презираемым (потеря аппетита, изжога, рвота, похудение);

• безуспешные хронические усилия что-либо переварить, усвоить (боли в желудке, чрезмерная перистальтика, пилороспазм, язва);

• хроническая невозможность что-либо переработать (боли, энтероколит, раздражимость толстого кишечника);

• невозможность отдать что-либо (хронические запоры);

• желание выбросить что-либо (хронический понос).

 **Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.**

***Картина личности***

 В типологии язвенных больных, не ориентированной исключительно на модель психологии неврозов, предлагается следующее разделение:

1. *Психически «здоровый» язвенный больной.* Личности с хорошей функцией Я и стабильными объектными отношениями, которые при массивной неспецифической или специфической (идущей из сферы оральных переживаний) нагрузке при сильной регрессии Я, ресоматизации и определенной предрасположенности желудка заболевают язвой в качестве единой психосоматической реакции.

2. *Язвенный больной с неврозом характера,* формированием псевдонезависимых реакций или обсессивно-депрессивными чертами с оральными конфликтами, заметными окружающим (например, руководящий работник, распространяющий вокруг себя агрессивное напряжение). Конфликт декомпенсируется при хроническом течении вследствие особых переживаний обиды, неудачи, любовной потери после двухфазного вытеснения.

3. *Социопатический язвенный больной.* Пассивно-зависимые больные со слабым Я, чрезмерной зависимостью от объектов, склонные к прорыву инстинктов или параноидно-кверулятивным типам поведения, внешне проявляющие свои оральные конфликты как «асоциальные больные» (например, больные язвой алкоголики, рентные невротики), заболевают уже при мелких внешних отказах в любви и обращении к себе. Их расстройство желудочно-кишечного тракта становится понятным как соответствующие их психическим потребностям органный модус или физиологические корреляты.

4. *«Психосоматический» язвенный больной.* Невыразительные личности с бедной фантазией, представляющиеся своеобразно ригидными и механическими в образе жизни и объектных отношениях, производящие при исследовании чувство полной пустоты отношений. Они в состоянии видеть в окружающих лишь самих себя и при специфических нагрузках и кризисах (часто — в связи с потерей объекта) привычно психосоматически реагируют. Часто наряду с язвенной болезнью наблюдаются и другие психосоматические нарушения, такие как лихорадка, сердечные симптомы, ревматизм и т. д. Кроме того, у таких пациентов констатируют учащение несчастных случаев и оперативных вмешательств.

5. *«Нормопатический» язвенный больной,* чрезмерно ориентированный на нормальность поведения, чрезмерно адаптивный, с отчетливыми ограничениями Я на основе выраженной тенденции отрицания (например, реальности собственного состояния истощения и физического самочувствия). Как рабочие или мелкие служащие, часто работающие дополнительно по совместительству, они находятся в состоянии хронической саморазрушающей стрессовой перегрузки, на фоне которой часто молниеносно появляется язвенная симптоматика.

В отношении манифестного поведения в литературе различают *пассивный* и *гиперактивный* тип язвенного больного.

Пассивный язвенный тип склонен к субдепрессивному фону настроения и прямо выражает свои потребности в зависимости. Он считается манифестно-зависимым. Язвенный приступ наступает, «когда бессознательные или сознательные желания зависимости встречают отказ» . При пассивном типе бессознательный страх быть покинутым стоит на первом плане и ведет к постоянному напряжению. Эти индивидуумы ищут обстоятельства и людей, которые их «не могут покинуть». Это люди, которые «не могут поверить», что жена их больше не любит. В результате каждое сомнение, отсутствие любящего взгляда может вызвать паническую реакцию. К таким напряжениям может вести и страх перед авторитарной отцовской фигурой. Шаги к самостоятельности и независимости не предпринимаются. Больной наслаждается преимуществами зависимости и отказа от всякого риска. Жизненная стратегия заключается в том, чтобы быть защищенным.

Этот манифестно-зависимый, пассивный язвенный тип часто происходит из семьи, в которой он был избалован очень заботливой матерью. Больному не удается достичь прерывания «психологической пуповины», стать независимым от матери. Он остается с желанием защиты и помощи, сильно привязанным к материнской фигуре, в то время как отец может занять лишь второстепенное положение, когда его «признают». Loch описывает неспособность некоторых больных учиться «выстоять в конкуренции с отцом», найти «признание и подтверждение себя как мужчины». Больные и при выборе партнера руководствуются своей потребностью в защищающей заботе. Мужчины этого типа часто выбирают в жены тип своих матерей.

При *гиперактивном* язвенном типе желания зависимости очень сильны, однако отвергаются больными. Они отказываются от своих желаний, происходящих из оральной сферы переживаний, и тем самым фрустрируют сами себя. Гиперактивный тип лишен покоя. Он агрессивно преследует свою цель, компенсаторно стремится к независимости и постоянно стремится доказать свою силу. Пациент нуждается в таком подтверждении, поскольку не в состоянии обеспечить себе чувство защищенности иным способом, кроме достижения успеха. Этот тип ищет успеха, но в целом неуспешен, поскольку предметом его стремлений являются признание себя и престиж. Это — дон Жуаны достижений и успеха, они одновременно активны и неуверенны в себе.

**Запоры.**

***Картина личности***

Пациенты, страдающие запорами, часто обнаруживают так называемую анальную триаду Фрейда: упрямство — любовь к порядку — бережливость. Эти признаки и их крайности — нетерпимость, педантизм и скупость — обнаруживаются прежде всего в рамках обсессивной структуры личности. Вероятно, исходная личность и воспитание любви к чистоте рано приводят к ригидному «сверх-Я», к интроекции (усвоению) родительских масштабов в качестве собственного мира ценностей.

Как причинная семейная ситуация обычно описывается детство со строгой матерью, которая очень требовательна к детям в отношении дарения и получения подарков. Все, что они сами получают в подарок, они должны в соответствии с требованиями родителей тут же разделить с другими. Эти дети и сами становятся чрезмерно требовательными в отношении дарения и получения подарков. С представлением о самоотдаче связываются фантазии о собственных обязанностях, что приводит к устойчивым защитным формам поведения, поскольку такие люди часто орально заторможены, т. е. не могут ничего себе позволить, и для них страх утраты становится тем более угрожающим. Матери часто не способствуют переживанию полноты, изобилия, поэтому оральные фрустрации и анальные страхи утраты объединяются и отдача может связываться с негативными эмоциями . Пока не ясно, достаточно ли этих общепризнанных внешних условий для развития заболевания.

Хронические запоры наблюдаются по большей части у анксиозных и депрессивных, внешне спокойных, но внутренне напряженных, малообщительных и неуверенных в себе пациентов. Александер следующим образом обозначил их установку: «Я ничего не могу ожидать от других и поэтому могу им ничего не давать, я должен удержать то, что у меня есть».

Иногда запор развивается как компенсация чрезмерного наслаждения тратами. Здесь речь идет о добродушных людях, которые склонны раздавать на все стороны. Это, может быть, объясняет большую склонность к запорам у женщин, чем у мужчин: в женской социализации готовность к жертвам имеет, как и прежде, большое значение. Часто больные чрезмерно следят за деятельностью своего кишечника.

Schwidder наблюдал следующие связи переживаний при хронических запорах:

1. Телесный радикал протестной реакции.

2. Попытка удержать, чтобы овладеть, выстоять.

3. Отступление в страхе.

4. Страх и защита от слишком большой отдачи.

5. Связь дефекации с «грязными» побуждениями, воспринимаемыми с чувством вины или как опасные, и поэтому отвергаемыми.

Хронический запор в детстве следует понимать как протестную реакцию, в т.ч. как протест против чрезмерно педантичного обучения опрятности.

**Эмоциональная диарея.**

***Картина личности***

 Личность характеризуют страх перед авторитарными фигурами и чувство беспомощной зависимости. Чувства бессилия, изнуренности компенсируются чрезмерным желанием признания себя и социального успеха.

В сфере личности доминирует желание признания собственной значимости и возможностей в сочетании с латентным сознанием чрезмерности требований и своей слабости. Имеется беспомощная зависимость от сильных объектов с рецептивными и оральными агрессивными желаниями.

Александер писал о хронической диарее: «Относящийся к симптому вытесненный психологический фактор — это сильная потребность дарить и делать добро. Больной может вступать в отношения зависимости от других, но при этом он чувствует, что он должен что-то сделать, чтобы компенсировать все, что он получил. Но вместо реального действия он успокаивает свою совесть этой инфантильной формой подарка содержимым своего кишечника».

Несамостоятельное поведение больных с поносами, их склонность все отдать являются выражением страха, но это можно интерпретировать также как подчиненность перед более сильным, обычно перед авторитетом отца. Целью терапии является осознание больным своего конфликта и его влияния на психосоматические симптомы. Благодаря анализу своей жизненной ситуации пациенты в состоянии преодолеть внутренний конфликт между огромными ожиданиями, чрезмерными запросами и преувеличенным страхом перед авторитетами.

**Язвенный колит и болезнь Крона.**

***Картина личности***

Уж при первом описании Крон и другие врачи обнаружили «психические побочные явления» у больных и поставили вопрос, не приводит ли к заболеванию или его осложнениям особая личная ранимость и насколько имеющиеся у больных психические изменения являются вторичными, возникающими как следствие тяжелого хронического заболевания.

Нельзя найти специфическую для всех больных структуру личности и конфликтов, однако в целом обращает на себя внимание тот факт, что очень немногие из этих больных могут добиваться признания и раскрываться. Это соответствует признакам депрессивной структуры личности. Связь с родительским домом, с матерью и отцом, ранимость вследствие разрыва с семьей — это основополагающие черты человеческого развития, и они находят отражение в ситуациях заболевания и структуре личности при многих невротических и психосоматических нарушениях, равно как и в рамках нормального развития.

Исследования показали, что семьи больных язвенным колитом или болезнью Крона отличаются особенной сплоченностью. Однако при этом семья очень сильно отграничивается от окружающего мира. Больные чаще происходят из семей с симбиотической структурой отношений, в которых мало говорят о чувствах. Выдвигают гипотезу о том, что пациенты с болезнью Крона феноменологически отличаются от больных язвенным колитом. В то время как больные с язвенным колитом поздно расстаются с родительским домом и сохраняют симбиотическую структуру отношений, отделение от родительского дома в случаях болезни Крона происходит раньше и выраженность симбиотических отношений гораздо менее сильна. Больные язвенным колитом демонстрируют низкую тенденцию к индивидуации, а признаком пациентов с болезнью Крона является их выраженная способность к интроспекции. Сходство между двумя группами больных описывается относительно избегания агрессивных выяснений отношений и неспособности позволить себе расчувствоваться.

У больных колитами часто уже в самом начале заболевания обнаруживаются типичные особенности личности, которые, по-видимому, являются почвой для развивающегося в дальнейшем заболевания. У них низкая самооценка, они чрезмерно чувствительны к собственным неудачам и характеризуются сильным стремлением к зависимости и опеке. В соответствии с этим они предпочитают межличностные отношения, которые дают им опору (ключевые фигуры). Потеря отношений с ключевой фигурой бессознательно переживается больным как угроза собственному существованию. В социальных стрессовых ситуациях потери отношений патогенными могут оказаться смена привычного окружения или изменения на работе, после чего происходит манифестация язвенного колита. Заболевание может, таким образом, рассматриваться как эквивалент реакции печали. Freybergeer считает характерными для больных колитом инфантильность, готовность к депрессивным реакциям, нарциссизм и блокированную агрессию. Больным недостает сознательного переживания агрессии и соответствующего поведения. Они часто также стремятся к успеху при сниженных физических возможностях. Согласно данным многих авторов, этим больным присущи так называемые анальные черты характера типа точности, аккуратности, пунктуальности, чувства долга. Fain и Jores писали об эмоциональной бедности больных колитом: они не способны воспринимать и вербализовать эмоции и конфликты. Так как больные отвергают свои эмоциональные переживания, они неспособны к переработке потерь или расставаний.

Язвенный колит относится к заболеваниям, при которых уже на ранних этапах обнаруживается ситуация, обусловливающая их с психосоматических позиций. У 60% всех вновь заболевших или повторных больных колитом телесным проявлениям предшествуют депрессивно окрашенные жизненные ситуации с переживанием действительной или воображаемой потери объекта. По Weizsacker , манифестация и обострения страдания коррелируют с «катастрофами переживания» .У большинства больных непосредственно перед началом заболевания обнаруживаются тяжелые переживания в связи с такими обстоятельствами, как смерть близкого человека, утрата сексуального партнера или разлука с близкими людьми, а также с такими ситуациями, как смена привычного жилья, переезд на другое место жительства, хирургические операции. Наблюдается связь этих переживаний с болезненной реакцией в виде печали, т. е. прежде всего с недостатком изживания печали, а также особенно сильную тенденцию к привязанности. В отдельных случаях можно четко проследить, как переживания разрыва и утраты отрицаются из-за их психической значимости. К истинному изживанию печали относятся интенсивная эмоциональная реакция и психическая переработка утраты, которая охватывает как прошлые, так и текущие переживания. Примечательно, что и нормальные реакции печали участвуют в формировании психосоматических нарушений с желудочно-кишечными симптомами.

**9.Психосоматика пищевого поведения.**

**С**тиль питания есть отражение эмоциональных потребностей и душевного состояния человека. В первое время нашего существования прием пищи — основная жизненная функция. Удовлетворение голода вызывает ощущение защищенности и хорошего самочувствия. Во время кормления ребенок ощущает утешение телесного неблагополучия. Кожный контакт с теплым, мягким материнским телом при питании дарит младенцу ощущение того, что он любим. Кроме этого, он губами и языком ощущает сосание материнской груди как нечто приятное. Сосанием большого пальца руки ребенок пытается позднее повторить этот приятный опыт. Таким образом, в переживании младенца остаются нераздельными чувства сытости, защищенности и любви.

Существует опасность, что у грудных детей остаются нарушения развития, если они слишком рано оказываются непонятным для них образом фрустрированы в их витальных потребностях. Если такой ребенок в конце концов получает питание, он часто глотает поспешно, не испытывая насыщения. Этот тип поведения является ответом младенца на незащищенные, нарушенные отношения с матерью. Предполагается, что таким образом закладывается основа для позднейшего развития тенденций к захвату, зависти и ревности.

Еще более решающей, чем метод кормления, является установка матери к своему ребенку. На это указывал уже 3. Фрейд. Если мать не обращается с любовью к ребенку, если она при кормлении в мыслях далека от него или спешит, это может иметь следствием развитие у ребенка агрессивности по отношению к ней. Эти агрессивные побуждения ребенок часто не может ни отреагировать, ни преодолеть, он может их лишь вытеснить. Это ведет к амбивалентной установке к матери. Взаимно противоположные движения чувств обусловливают различные вегетативные реакции. С одной стороны, организм готов для приема пищи. Если же ребенок бессознательно от- вергает мать, это ведет к обратной нервной реакции, к спазмам, рвоте. Это может быть первым психосоматическим проявлением более позднего невротического развития.

Таким образом, прием пищи находится не только в тесной связи с потребностью в любовной заботе, он является также коммуникативным процессом. Это находит свое выражение уже в том, что прием пищи предполагает регулярную работу других людей. Большинство людей предпочитает есть в обществе. Психотерапевт должен учитывать это, когда он требует от больного пожертвовать определенной частью своих гастрономических привычек: они относятся, как составная часть его жизни, к его радостям, быть может, к немногим радостям. Тот, кто должен ограничивать себя в еде или придерживаться определенной диеты, часто чувствует себя неполноценным человеком, отлученным от пиршественного стола полной жизни. Поэтому необходимо постоянно разъяснять больным, почему мы должны требовать от него подобной жертвы. Лучше всего вызвать у больного воодушевление к достижению этой цели. Советы должны быть точными и ясными. Лучше всего давать указания в письменном виде и не в стандартной форме, а с фамилией пациента и составленными специально для него замечаниями.

В остальном рекомендуется всегда расспрашивать больных, приходящих на прием с жалобами на нарушения питания или заболевания желудочно-кишечного тракта, об их пищевых привычках. Они могут дать ценную информацию о том, почему в животе ощущается тяжесть, пропал аппетит или мучит жгучий голод.

Клиническое нарушение восприятия своего тела сопровождается явно выраженной депрессивной симптоматикой или социальной фобией. На фоне клинического нарушения восприятия своего тела развиваются тяжелые психосоматические нарушения питания, такие как булимия и нервная анорексия.

Удовлетворенность своим телом зависит прежде всего от стабильного чувства уверенности в себе. Кто хорошо ощущает свое тело, настроен оптимистически, уверен в себе, тот не станет легкой добычей рекламы и того стандартного образа, который диктуется установившимися в обществе нормами и предписаниями. Такие люди знают, что их внутреннее самочувствие зависит не только от того, как они выглядят внешне .

 **Ожирение.**

***Картина личности***

Ожирение может быть вызвано родителями, когда они систематически на любое внешнее выражение ребенком потребности отвечают предложением пищи и ставят свое проявление любви к ребенку в зависимость от того, ест ли он. Эти структуры отношений ведут к недостатку силы Я, в результате чего фрустрации не могут переноситься и прорабатываться и должны лишь стираться за счет «подкрепления» . У больных с ожирением часто наблюдается очень тесная привязанность к матери, доминирование матери в семье, в которой отец играет лишь подчиненную роль. Мать своей чрезмерной заботой задерживает двигательное развитие и готовность к социальному контакту и фиксирует ребенка в пассивно-рецептивной позиции.

Психодинамически повышенное поступление калорий объясняется как защита от негативных, в особенности от депрессивно окрашенных эмоций и страха.

Какой-то единый тип больных описать не удается. У больных проявляются черты внутренней задерганности, апатически-мрачного отчаяния и признаки бегства в одиночество. Процесс еды сдвигает — хотя и временно — негативные эмоции в свободную от депрессии фазу.

Больные чувствуют себя несовершенными, ранимыми, несостоятельными. Снижение активности и, как результат этого, избыточный вес дают известную защиту от глубокого чувства недостаточности: став массивным и внушительным, человек с ожирением кажется себе более сильным и защищенным. В отдельных случаях имеется отчетливая временная связь появления и усиления тяги к еде с какой-то фрустрацией.

За счет регрессивного приравнивания значений любви и питания человек с избыточным весом утешает себя едой за отсутствие любви к себе.

Сфера межличностного взаимодействия представляется наиболее проблемной для больных с ожирением. Они обнаруживают повышенную сенситивность в отношении межличностных конфликтов.

У больных с ожирением обнаружено заметное повышение устойчивой личностной тревожности, которая рассматривается как базальное психическое свойство, предрасполагающее к повышенной сенситивности к стрессовым воздействиям. Ситуативная (реактивная) тревога достигает по степени выраженности невротического уровня.

Отличительной особенностью психологической защиты у таких больных является преобладание механизма психологической защиты по типу реактивных образований. Содержательная характеристика этого варианта психологической защиты предполагает, что личность предотвращает осознание неприятных или неприемлемых для нее мыслей, чувств, поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Происходит как бы трансформация внутренних импульсов в их субъективно понимаемую противоположность. Для больных также типичны незрелые механизмы психологической защиты, один из которых сопряжен с агрессией, перенесением на окружающих собственных негативных представлений (проекция), а другой — с переходом к инфантильным формам реагирования, ограничению возможностей альтернативного поведения (регрессия).

Следует исходить из того, что факторы, которые приводят к ожирению у одного человека, не обязательно действуют на другого. В психологическом отношении также обнаруживаются разные констелляции. Чаще других называют следующие причины ожирения:

• Фрустрация при утрате объекта любви. Например, к ожирению могут приводить, чаще у женщин, смерть супруга, разлука с сексуальным партнером или даже уход из родительского дома («пансионное ожирение»). Общепризнанным является тот факт, что утрата близкого человека может сопровождаться подавленностью и одновременно повышением аппетита («закусить горькую пилюлю»). Дети часто реагируют повышенным аппетитом при рождении младшего ребенка в семье.

• Общая подавленность, гнев, страх перед одиночеством и чувство пустоты могут стать поводом к импульсивной еде.

 Ситуации, требующие усиленной деятельности и повышенного напряжения (например, подготовка к экзаменам, профессиональные перегрузки), пробуждают у многих людей повышенные оральные потребности, которые приводят к усиленной еде или курению.

Во всех этих «выявляющих ситуациях» еда имеет значение замещающего удовлетворения. Она служит для укрепления связей, безопасности, ослабляет боль, чувство утраты, разочарования, как у ребенка, который с детства запомнил, что при боли, болезни или потерях ему давали сладости для утешения. Многие страдающие ожирением в детстве имели подобный опыт, который привел их к неосознанным формам психосоматических реакций.

У многих больных с ожирением наблюдаются сильная зависимость от матери и боязнь разлуки с ней. Поскольку 80% родителей больных ожирением также имеют избыточную массу тела, то можно думать о факторе предрасположенности, а также об особенно интенсивных связях в семье и о соблюдении традиций, о стиле отношений, когда отвергаются прямые проявления любви, а их место занимают оральные привычки и связи.

**Нервная анорексия.**

***Картина личности***

 Термином «анорексия» определяется возникающее в пубертатном периоде (почти исключительно у девочек) болезненное состояние, связанное с желанием похудеть, стать изящной и оставаться такой.

При хроническом течении имеется локальный страх, который можно назвать фобическим, перед нормальной едой, увеличением массы тела и достижением средних показателей, необходимых для сохранения здоровья. Первичных соматических или гормональных нарушений обычно не обнаруживается. В основе этого нарушения лежит подростковый конфликт развития без осознания последнего и без реалистической установки в отношении собственного соматического состояния.

По личностной структуре и внутреннему созреванию женщины с анорексией оказываются не готовыми к своей зрелости. Больше, чем другие девушки, они переживают физическое созревание, прежде всего менструации и рост молочных желез, как свою подготовку к исполнению женской роли, считая ее чуждой и чрезмерной для себя. Нередко это приводит к амбивалентности в отношении своего полового созревания у женщин (реже у мужчин), проявляющейся в характерном для пубертатного периода стремлении вести аскетический образ жизни, причем молодые люди внутренне и внешне дистанцируются от половых ролей и от эндогенно возникающих потребностей и интенсивно ищут другие занятия.

Личностная предрасположенность манифестирует при анорексии особой дифференцированностью в интеллектуальной сфере и ранимостью — в эмоциональной. Примечательны также прослеживаемые в анамнезе сенситивность и недостаточная контактность, хотя девочки ничем не привлекают к себе внимания. На языке теории неврозов, у больных анорек-сией женщин чаще наблюдаются черты шизоидной личности. Во многих случаях еще до начала болезни обнаруживаются аутистические установки и социальная изоляция. В процессе развития болезни преобладают все более тяжело воспринимаемые, сходные с бредом шизоидные аутистические признаки.

Больные часто являются единственными дочерьми, имеют братьев и сообщают о чувстве неполноценности относительно их . Часто они производят впечатление внешне социально компенсированных, добросовестных и послушных вплоть до полной подчиняемости. При этом они, как правило, обладают высоким интеллектом и являются блестящими учениками. Их интересы духовны, идеалы аскетичны, трудоспособность и активность в деятельности высоки.

Провоцирующей ситуацией для нарушенного пищевого поведения нередко является первый эротический опыт, который больные не могут переработать и переживают в качестве угрожающего; сообщается также о сильном соперничестве с сибсами и страхах расставания, которые могут активироваться вследствие смерти бабушек/дедушек, разводов или ухода сибсов из родительского гнезда.

Психодинамический процесс существенно «определяется амбивалентным конфликтом близости/дистанции с матерью, к чьей близости они стремятся, одновременно опасаясь ее . С одной стороны, пациенты направляют против себя самоуничтожающую агрессию, которой они наказывают себя за импульсы расстаться с матерью, воспринимаемые как «предательство». С другой стороны, отказ от пищи является попыткой достижения любовной заботы или, если это не удается, средством по меньшей мере разозлить других членов семьи, в т. ч. мать, и с помощью пищевого поведения установить над ними контроль. И на самом деле, во многих семьях подобных больных пищевое поведение пациентов является всепоглощающей темой, вызывающей преимущественно негативные реакции. В лечении больные пытаются перенести на клинический персонал эту схему отношений.

Сходная двузначность выступает, когда в отказе от пищи видят оральный протест. Он направлен в первую очередь на в действительности отдаленную, но в то же время не предоставляющую ребенку свободу мать. Соответственно амбивалентна и цель протеста: с одной стороны, он служит тому, чтобы понудить к любовной заботе, с другой — пища отвергается на основании стремления к автаркии. Именно последовательно проводимое стремление к автаркии приводит, как это ни парадоксально, к самоуничтожению.

При нервной анорексии оральная агрессивность не только подавляется. Речь идет скорее об отрицании всех оральных потребностей, и Я пытается утвердиться и поднять свою ценность путем отвергания всех оральных побуждений.

При нервной анорексии представление «я должна похудеть» становится неотъемлемым компонентом личности. Эта особенность обнаруживается, однако, лишь при симптомах, вызванных психотическими процессами. При тяжелых формах нервной анорексии Я не борется с подавляющими его представлениями. Это объясняет отсутствие сознания болезни и отклонение всякой помощи.

Можно говорить о моносимптоматическом психозе, который ограничивается тотально доминирующим представлением о том, что собственное тело должно быть уничтожено путем отвергания всех оральных устремлений . Нервную анорексию называют хронической формой самоубийства.Психодинамически отказ от пищи можно понимать также как защиту от всего инстинктивно-телесного, при этом манифестная защита сдвинута на оральный уровень. Навязчивое похудание часто интерпретируется как бегство от женственности, и в действительности отказ от пищи воспринимается как телесный успех, когда он оказывается препятствием развитию женских форм. Отказ от пищи служит также защитой от страхов беременности, что выражается в том, что многие пациентки обосновывают свое пищевое поведение тем, что «ни в коем случае не хотят иметь толстый живот».

Нервная анорексия является, однако, не только борьбой против созревания женской сексуальности. Это также попытка защиты от взросления в целом на основе чувства бессилия перед лицом нарастающих ожиданий мира взрослых.

В дополнение к индивидуальной психодинамике большое значение для диагностики и терапии имеет поле отношений в семьях больных. Семейные отношения часто определяются атмосферой перфекционизма, тщеславия и ориентировки на социальный успех. Для них характерен семейный идеал самопожертвования с соответственным соревнованием членов семьи.

Процесс взаимодействия резко определяется контролирующими, гармонирующими и гиперопекающими импульсами. Эмоциональные конфликты отрицаются, адекватные способы решения конфликтов не вырабатываются. Атмосфера в семье представляется вследствие этого постоянно напряженной, однако вовне демонстрируется закрытая картина согласия и гармонии.

Для семей с больными анорексией описаны такие поведенческие характеристики, как вязкость, чрезмерная заботливость, избегание конфликтов, ригидность и вовлеченность детей в родительские конфликты. Симптоматика анорексии понимается как борьба за власть дочерей с их родителями в рамках чрезмерно связанных отношений, причем собственное тело представляет для больной последнюю сферу, в которой она может отграничиться от требований родителей и удержать сколько-то автономии .В такой семье каждый стремится навязать другому собственное определение отношений, другой же в свою очередь отвергает навязываемое себе отношение. Никто в семье не готов открыто перенять руководство и принимать решения от собственного имени. Открытые союзы между двумя членами семьи немыслимы. Перекрывающие поколения коалиции отрицаются на вербальном уровне, даже если их можно установить на невербальном. За фасадом супружеского согласия и гармонии находится глубокое обоюдное разочарование, которое, однако, никогда не признается открыто .

В целом в семьях заметно часто доминирует женский авторитет, будь это мать или бабушка. Отцы находятся по большей части вне эмоционального поля, так как скрыто или явно подавляются матерями. Это снижает их ценность, воспринимаемую семьей, на что они реагируют дальнейшим уходом, что дает матерям простор для дальнейшего развертывания их доминирующих позиций.

**Булимия.**

***Картина личности***

 Булимия (бычий голод) обозначается как навязчивая еда/ рвота или еда/дефекация .

Как и нервная анорексия, булимия проявляется преимущественно у женщин. Ведущая симптоматика заболевания состоит в:

• частом появлении очерченных во времени приступов переедания;

• активном контроле веса путем частых рвот или использования слабительных.

Структура личности пациенток с булимией так же неоднозначна, как и при анорексии. В целом булимию можно объяснить социальными противоречиями, в которых вырастают современные западные женщины. Исследуя исторические условия появления булимии, Habermas характеризует ее как «этническое расстройство» и в дифференцированном исследовании прослеживает корни этого заболевания. Он описывает типичный и нормативный конфликт среднего и позднего подросткового возраста, который имеет общие черты у всех женщин с булимией. Это, во-первых, уход из родительской семьи и задача развития своей самостоятельности; во-вторых, проблема развития в связи с неприятием своего сексуально созревшего тела и конфликт в связи с сексуальной идентификацией.

По первому впечатлению больные часто представляются сильными, независимыми, целеустремленными, честолюбивыми и выдержанными. Это, однако, значительно отличается от их самооценки, отмеченной чувством внутренней пустоты,бессмысленности и пессимистически депрессивного фона как следствия шаблонов мышления и поведения, ведущих в чувство беспомощности, стыда, вины и неэффективности .Восприятие себя и «Я-идеал» резко расходятся, больные вкладывают это расщепление во внешне хорошую и плохо скрываемую картину.

Часто они происходят из семей, в которых коммуникация импульсивна и имеется значительный потенциал насилия. Структура отношений в семьях отмечена высокой конфликтностью и импульсивностью, слабыми связями между собой, высоким уровнем жизненного стресса и малоуспешным проблемно-решающим поведением при высоком уровне ожиданий социального успеха.

В этой ситуации больные рано принимают ответственные задания и родительские функции. Собственные опасения не справиться и оказаться во власти произвола и ненадежности родителей контролируются и компенсируются заботливым поведением; слабые и зависимые аспекты собственной личности сдерживаются и, в конце концов, отреагируются в приступах переедания и избавления от еды.

Эмоциональная нестабильность, импульсивность со страхом потери контроля, низкая фрустрационная толерантность и высокий потенциал внутренней потребности в злоупотреблении определяют психодинамику нарушения. Больной часто не удается дифференцированно воспринять свое внутреннее состояние и осознать его, что приводит к диффузному чувству внутренней угрозы, полностью овладевающей больным.

Сам по себе приступ переедания имеет функцию снижения напряжения, интеграции, утешающего самоудовлетворения, которое, однако, действует кратковременно. Это воспринимается больным как потеря контроля, подвергающая радикальному сомнению ее автономию и способность справиться с жизнью. Рвота вызывается, чтобы поддерживать постоянство веса тела, что для больной является мерой и индикатором того, что самоконтроль и самоопределение вновь возвращены. Чувства стыда и вины в связи с этим часто являются причиной социального и эмоционального регресса, а также расщепления на внешне подаваемую благополучную и скрываемую плохую самооценку. Расхождение между восприятием и подачей себя может вызвать чувство внутренней пустоты и напряжения, которое активируется в нагрузочных пусковых ситуациях и вновь запускает реле болезни.

Булимики обычно:

• перфекционисты (стремятся все делать на «отлично»);

• склонны к унынию, депрессии, навязчивым мыслям или действиям;

• импульсивны, хаотичны, готовы рисковать;

• имеют низкую и неустойчивую самооценку;

• не удовлетворены собственным телом;

• ставят себе нереалистичные цели;

• впадают в отчаяние, когда не удается этих целей достичь;

• строят личные отношения также по «булимической» схеме: пылкое увлечение — резкий разрыв;

• имеют неприятные детские воспоминания, связанные с приемом пищи (еда как наказание, насильное кормление, скандалы и т. п.).

**10.Инфекционные болезни.**

 **Инфекционные болезни — результат взаимодействия** микроорганизмов с организмом человека. Выраженность и характер течения инфекционной болезни зависят от особенностей возбудителя болезни (вид возбудителя, выделение экзотоксинов, инвазивные факторы, механизмы размножения и т. п.), с одной стороны, и состояния защитных сил организма человека — с другой, т. е. обусловлены взаимодействием возбудителя и резистентности организма.

Многое из того, чего не хватает современной психосоматике в плане понимания инфекционных заболеваний, в патогенетическом плане может получить объяснение именно при изучении реакции иммунной системы на психические нагрузки .

**Простуды.**

От 25 до 40% больных обращаются к врачам общей практики по поводу заболевания дыхательных путей. К этой группе заболеваний относятся инфекции верхних дыхательных путей, вирусный грипп и простудные заболевания, протекающие с лихорадкой, но без осложнений. Это самые частые заболевания вообще; считается, что взрослые переносят простуду 2—3 раза в год, часто с кратковременным болезненным состоянием и освобождением от работы.

Психосоциальные факторы играют решающую роль в течении заболевания и его преодолении. Статистика и кривые заболеваемости показывают взаимосвязь между психическими факторами и развитием и клиникой инфекционных заболеваний. Невротики заболевают инфекциями верхних дыхательных путей в 2—3 раза чаще и болеют ими дольше, чем все население в среднем.

Восприимчивость человека к респираторным вирусам зависит от его эмоционального состояния. Структура личности определяет специфическую картину болезни и течение инфекционного заболевания. Labhardt считает, что кашель означает в переносном смысле освобождение от невыполнимых эмоций, напряжения и конфликтов, которые связаны с гневом, агрессией или страхом. Чтобы понять их значение, необходима позитивная эмоциональная диагностика.

**Простой герпес.**

 Простой герпес — рецидивирующее вирусное заболевание с кратковременным первичным инфицированием и эндогенной реинфекцией. Оно проявляется лихорадочными высыпаниями размером от булавочной головки до чечевицы, которые затем высыхают и отпадают без рубцевания. Локализуются высыпания чаще в области губ, носа и рта на местах перехода кожи в слизистые оболочки. Герпес (лабиальный или генитальный) принадлежит к наиболее частым, обычно неопасным заболеваниям. В то же время при достаточно тяжело протекающем генитальном герпесе больные наряду с соматической симптоматикой переживают довольно серьезное психическое отягощение.

Вирус простого герпеса обладает до сих пор не объясненной способностью переходить в латентное состояние и длительное время сохраняться в организме своего хозяина в неактивной форме. Если защитные силы организма снижаются под влиянием соматических или психологических факторов, то вирусы могут распространяться путем трансфера из клетки в клетку.Современные иммунологические исследования показали, что внутренние и внешние нагрузки (стрессы) легко нарушают это равновесие и тем самым могут быть ответственны за возникновение нового приступа болезни.

На примере простого герпеса можно особенно четко продемонстрировать, как переплетены между собой эти факторы, и на поставленный вопрос можно ответить утвердительно в обоих направлениях. В наше время находят очевидные связи между психопатологическими факторами (депрессия, страх, общий психосоматический синдром) и частотой и тяжестью жалоб (боли, зуд) — факторами риска, которые предсказывают возможность рецидива болезни надежнее, чем другие показатели. Однако остается спорным вопрос, насколько ответственны за возникновение болезни непосредственно предшествующие ей вредности или же бульшую роль играют изначальные глубинные невротические черты личности, или влияют оба эти фактора.Провоцирующие факторы многообразны и могут быть как экзогенными (солнечное или ультрафиолетовое облучение, сопутствующие инфекционные заболевания, экзаменационные нагрузки, одиночество), так и эндогенными (внутренние конфликты).

В типичной конфликтной ситуации часто отмечаются чувство вины, которое возникает из-за конфликта в сексуальной сфере, и страх загрязнения, но могут быть и конфликты иного рода. Люди, склонные к рецидивам простого герпеса, часто имеют и другие психосоматические или невротические синдромы.

**Ангина.**

Поскольку большинство возбудителей ангины, включая гемолитический стрептококк, обнаруживаются в глотке и у здоровых людей, считают, что только воздействие дополнительных вредных факторов вызывает ангину. Следует также учитывать изменения иммунитета, например, вследствие вирусных заболеваний, физических и психических стрессовых ситуаций и конфликтов. При стрептококковой ангине не вырабатывается иммунитет и даже отмечается повышенная восприимчивость в отношении провоцирующих факторов (вирусные заболевания, банальные инфекции, психические конфликты). Учитывая частоту ангин, можно было бы считать их совпадение с жизненными кризами случайным. Однако опытные инфекционисты называют среди провоцирующих факторов также и психогенные. Предпосылкой для того, чтобы правильно воспринимать такую взаимосвязь, является то, что семейный врач достаточно близок к своему пациенту и хорошо знает его историю жизни, социальные отношения и внутренние проблемы.

Миндалины как часть лимфатического глоточного кольца относятся к иммунной системе организма. В отношении миндалин особенно важно, что они как часть лимфатической системы, особенно развитой в детстве, в пубертатном периоде подвергаются обратному развитию. Таким образом, перемены и более или менее благополучный переход от детства и юности к зрелости происходят в соматической сфере.

Клинические наблюдения подтверждают склонность к учащению ангин в подростковом и юношеском возрасте, когда наступают кризы в перегруженной конфликтами сексуальной сфере.

**Туберкулез.**

Наряду с возбудителем в патогенезе заболевания играет роль ряд биологических факторов, в том числе общая резистентность, возраст, наследственность, психические факторы, так что либо вскоре происходит подавление первичной инфекции, либо инфицирование микобактериями туберкулеза приводит к развитию болезни.

Старые очаги первичного заболевания через много лет латентного состояния могут активизироваться, и после стадии раннего инфильтрата развивается хронический туберкулез. В развитии болезни играют роль гормональные (пубертат, беременность), психосоматические констелляции и возрастное снижение толерантности.

По мнению многих фтизиатров и психосоматиков, личность, социальные факторы и жизненная ситуация имеют значение как для развития первичного заболевания, так и для дальнейшего течения туберкулеза.

Почти каждый взрослый подвергался контакту с бациллами туберкулеза. Клинически заболевает лишь незначительная часть инфицированных патогенным возбудителем. Что касается сопротивляемости организма, то имеется тесная связь между параметрами личности и стрессом, с одной, и реакцией иммунной системы — с другой стороны.

При туберкулезе существует бросающееся в глаза несоответствие между инфекцией и манифестным заболеванием.

Уже в 1826 году французский интернист Laennec описал в качестве одной из причин легочной фтизы глубокое, настойчиво потрясающее страдание. Здесь в первую очередь существенными для патогенеза являются не внезапные удары судьбы и тяжелые душевные травмы, а хронические состояния, возникающие, например, когда на длительное время затягивается выбор профессии или супружеского партнера. Постоянно изнуряющие напряжения и конфликты, разочарования, длительный страх или постоянные раздоры могут повлиять на возникновение заболевания. Huebschmann указывает на истории болезни, из которых убедительно следует, что болезнь представляет эквивалент жизненно важного решения. Выздоровление наступает, когда ситуация разрешается извне, в силу чего внутреннее решение заболеть становится излишним.

Личность больного туберкулезом не соответствует какому-то единому типу, однако она имеет один общий признак: большую ранимость ко всякому отнятию любви, потребность остаться вблизи матери, в узкой зоне безопасности, в центре которой находится мать. Есть тип, который открыто проявляет свою потребность в любви; другие же хотят любой ценой избавиться от этой пассивной безопасности, в которой они в то же время имеют такую же боязливую потребность. Kissen, Le Shan описали в качестве бросающейся в глаза особенности личности туберкулезных больных «необычайную потребность в симпатии».

Воспринимаемая со страхом близость с половым партнером, амбивалентные связи, которые могут вызвать криз, встречаются в преморбидном периоде у многих молодых людей и обнаруживаются в анамнезе при первичном заболевании. Это, по существу, повседневные нагрузки, которые, однако, субъективно могут восприниматься как душевные катастрофы. Вопрос о том, в чем тот или иной человек наиболее раним, что приводит к нарушению равновесия, в чем его ахиллесова пята, может быть решен только исходя из анализа его переживаний. Однако такая или похожая ситуация может приводить к рецидивам.

Следующая область перегрузок и конфликтов, предшествующих легочному туберкулезу, относится к сфере профессиональных отношений. Собственно говоря, речь идет о банальных профессиональных перегрузках, (например, аттестация, попытка добиться самостоятельности или повышения по службе, переход на другую работу). Точно так же для восприимчивых людей патогенной может оказаться встреча со смертью, особенно при утрате близкого человека.

Клинический опыт свидетельствует о том, что имеются трудные ситуации, характерные для разных возрастных групп, которые предшествуют туберкулезу легких. Изучение жизни пациентов показывает связь сложных психосоциальных ситуаций с манифестацией туберкулеза .

Еще до начала эры антибиотиков была описана личность больного с повышенной чувствительностью в сфере межличностных отношений, лабильностью самооценки. Эти особенности описаны как шизоидная невротическая структура или как преэдипово нарциссическое расстройство.

При туберкулезе в большей мере, чем при многих других психосоматических заболеваниях, до начала эры антибиотиков встречались вторичные, связанные с болезнью влияния на личность больного. Эти влияния были обусловлены хроническим течением болезни, частым смертельным исходом. Болезнь приводила к профессиональным и жизненным трудностям, связанным с многомесячным или даже многолетним пребыванием в больнице. Описываемые ранее в художественной литературе образы туберкулезных больных в основном определялись именно этими личностными изменениями. Эйфория, повышенная любовь к жизни, гиперсексуальные фантазии — это были плоды такого развития, которые созревают именно в подобной исключительной ситуации.

**11.Онкологические заболевания.**

***Картина личности*.**

 **В**опрос о связи рака с психическими и психосоциальными факторами не нов: уже Гиппократ и Гален задавались им. В многочисленных психосоматических исследованиях онкологических больных показана взаимосвязь эмоций, центральной нервной и иммунной систем .У раковых больных особенно часто обнаруживаются:

• ранняя утрата важных лиц близкого окружения пациента;

• неспособность больного открыто выражать враждебные чувства;

• сохранение «пуповины» с кем-либо из родителей;

• сексуальные нарушения.

В качестве «психологических канцерогенов» описаны различные травмирующие жизненные события, трудности в связи с утратой объекта и обусловленные этим страхи, нарушение способности к выражению эмоций, трудности в преодолении конфликтов, длительно существующее состояние безнадежности, подавленности и отчаяния.

Многие авторы этиологически связывают личность риска с отягощающими переживаниями в детстве (например, с утратой одного из родителей) при раке молочной железы , с жестоким детским опытом холодного отношения со стороны близких при раке легкого .

Часто рак свидетельствует о том, что где-то в жизни человека имелись нерешенные проблемы, которые усилились или осложнились из-за серии стрессовых ситуаций, произошедших в период от полугода до полутора лет до возникновения рака. Типичная реакция онкологического больного на эти проблемы и стрессы заключается в ощущении своей беспомощности, отказа от борьбы. Эта эмоциональная реакция приводит в действие ряд физиологических процессов, которые подавляют естественные защитные механизмы организма и создают условия для возникновения и развития опухоли.

Незадолго до начала развития болезни многие из больных раком утратили значимые для них эмоциональные связи. При этом чаще всего они относятся к психологическому типу, склонному связывать себя с каким-то одним объектом или ролью (с человеком, работой, домом), а не развивать собственную индивидуальность. Когда этим объекту или роли, с которыми человек себя связывает, начинает угрожать опасность или они просто исчезают, такие пациенты оказываются словно наедине с собой, но при этом у них отсутствуют навыки, позволяющие справляться с подобными ситуациями. На основе анализа психологических аспектов жизни более 500 больных LeShan выделяет в них четыре основных момента.

• Юность пациентов была отмечена чувством одиночества, покинутости, отчаяния. Слишком большая близость с другими людьми вызывала у них трудности и казалась опасной.

• В ранний период зрелости пациенты либо установили глубокие, очень значимые для них отношения с каким-то человеком, либо получали огромное удовлетворение от своей работы. В эти отношения или роль они вкладывали всю свою энергию, это стало смыслом их существования, вокруг этого строилась вся их жизнь.

• Затем эти отношения или роль исчезли из их жизни. Причины были самые разные — смерть любимого человека, переезд на новое место жительства, уход на пенсию, начало самостоятельной жизни их ребенка и т. п. В результате снова наступило отчаяние, как будто недавнее событие больно задело не зажившую с молодости рану.

• Одной из основных особенностей этих больных было то, что их отчаяние не имело выхода, они переживали его «в себе». Они были не способны излить свою боль, гнев или враждебность на других.

Все эти примеры помогают выявить то общее, что объединяет большинство конфликтов, с которыми сталкиваются пациенты за несколько месяцев до возникновения заболевания. Выделяют пять этапов развития психологического процесса, предшествующего возникновению рака .

1. Детские переживания, приводящие к формированию того или иного типа личности.

2. На человека обрушиваются драматические события, вызывающие у него стресс.

3. Возникшие стрессовые ситуации ставят перед человеком проблему, с которой он не может справиться.

4. Не видя возможности изменить правила своего поведения, человек чувствует свою беспомощность и неразрешимость создавшейся ситуации.

5. Человек отказывается от решения проблемы, теряет гибкость, способность изменяться и развиваться.

Именно потеря интереса к жизни играет решающую роль в воздействии на иммунную систему и может через изменения гормонального равновесия привести к повышенному производству атипичных клеток. Это состояние создает физические предпосылки для развития рака.

Человек, выбирающий позицию жертвы, *влияет* на свою жизнь тем, что придает повышенное значение таким событиям, которые подтверждают безнадежность его положения. Каждый из нас сам *выбирает,* хотя не всегда осознанно, как реагировать на то или иное событие. Величина стресса определяется, во-первых, значением, которое мы ему придаем, и, во-вторых, теми правилами, которые мы сами когда-то выработали и которые указывают на допустимые способы выхода из стрессовой ситуации.

В ряде работ отечественных психологов исследован «психологический профиль онкологического больного». Было выяснено, что у многих пациентов наблюдаются следующие черты: доминирующая детская позиция в коммуникации, тенденция к экстернализации локуса контроля, высокая нормативность в ценностной сфере, высокий порог восприятия негативных ситуаций, сложность понимания сущностных признаков в когнитивной сфере. При этом чаще всего в семье обнаруживалось присутствие доминантной матери.

Реакция на психосоциальные стрессоры зависит от структуры личности, т. е. от того, какое значение событию придается субъектом. К психосоциальным стрессорам Blohmke относит социальную неустроенность, изменения социального статуса, места жительства, недовольство работой, драматические жизненные события и жизненные кризисы, как потеря близких, скорбь, отчаяние, депрессия и безнадежность. Эти стрессоры могут стать пусковыми факторами в развитии онкологических заболеваний. Есть убедительные доказательства того, что стресс является фактором, способствующим возникновению болезней, в том числе и рака .

Многие онкологические больные с плохим прогнозом реагируют на заболевание такой сильной регрессией своих витальных побуждений, что это начинает напоминать психоз. Они жалуются на полную внутреннюю опустошенность и как бы выжженность.

**12.Функциональные сексуальные расстройства.**

 ***Картина личности.***

 Качество сексуальных переживаний, особенно у женщины, в большей степени зависит от психологических и социологических факторов, а не от гормонального фона .

По данным Thomas , сексуальное поведение нарушается только тогда, когда оно сопряжено со страхом. Он видит «исключительно тесные связи между психологическими барьерами в сексуальной области и их телесным выражением, например, эректильными дисфункциями».

Так, импотенция во многих случаях обусловлена страхом перед импотенцией. Как и прежде, большое значение имеют глубинно-психологические и психодинамические подходы, поскольку речь часто идет о вытесненных конфликтах, ведущих к комплексам, фиксирующимся в неосознаваемых сферах. Они ведут к тяжелым сексуальным нарушениям, механизмы которых больным не осознаются. Они могут быть вскрыты и обезврежены лишь в ходе психоаналитической терапии.

Представители психоаналитического направления считают, что в основе многих психологических и сексуальных проблем лежат впечатления и переживания раннего детства, вытесненные в подсознание. Поэтому психотерапия направлена на проникновение в психические процессы, происходящие на бессознательном уровне. По мнению психоаналитиков, осознание пациентом своих вытесненных инфантильных комплексов освобождает его от нервного напряжения, позволяет лучше разобраться в собственных потребностях и эмоциях и, таким образом, способствует выздоровлению.

**13.Психосоматические аспекты депрессии.**

 Депрессивные расстройства в своей симптоматике являются наиболее соматизированными психическими состояниями. Заторможенность и подавленность, господствующие в сознании, непосредственно действуют на соматические функции.

При депрессии страдают практически все сферы — эмоциональная, интеллектуальная, волевая и обязательно мотивационная, что проявляется как субъективно в жалобах пациента, так и объективно — в изменении поведения. Стойкое снижение настроения при депрессии сочетается с утратой интереса к тому, что раньше воспринималось больным как привлекательное, приносящее удовлетворение или радость — различные формы досуга, общение, чтение книг, хобби, профессиональная деятельность, половая жизнь и пр. Пропадет не только чувство удовлетворения в результате такой деятельности. У больного, страдающего депрессией, нет мотивации, не возникает желания приступить к этой деятельности, а интерес к самой деятельности сменяется равнодушием и раздражением. При всех типах депрессивного состояния страдают также и первичные биологические мотивации — нарушается сон, аппетит, сексуальная функция. Степень этих расстройств зависит, как правило, от тяжести депрессивного состояния.

Под маскированными депрессиями понимают депрессивные состояния, при которых психосоматические симптомы выражены таким образом, что становится трудно распознать собственно психопатологическую симптоматику.

Депрессивный синдром проявляется в различных функциональных сферах.

**Психические симптомы:** подавленность, неспособность к принятию решений, замедление мышления, апатия или внутреннее беспокойство, страх, тоскливые мысли, потеря чувств, внутренняя пустота.

**Психомоторные симптомы:** психомоторная заторможенность (скованность, гипо- и амимия, снижение выразительности эмоций) или психомоторная ажитированность (внешнее беспокойство, неусидчивость, компульсивная малопродуктивная деятельность).

**Психосоматические симптомы:** нарушения витальных чувств (физическая слабость, отсутствие бодрости).

**Вегетативные нарушения в узком смысле:** головокружения, нарушения сердечного ритма, сухость во рту, запоры, нарушения дыхания.

**Вегетативные нарушения в широком смысле:** нарушения сна, ощущения боли, сжатия, холода, снижение аппетита и веса, нарушения менструального цикла, импотенция.

Если описанные проявления касаются эндогенных депрессий, то речь идет однозначно о маскированных депрессиях. При неэндогенных психозах, например, при невротических депрессиях, дифференцировка с психосоматическими нарушениями и заболеваниями становится трудной. В целом можно сказать, что под маскированными депрессиями понимаются эндогенные депрессии, сопровождаемые выраженной психосоматической симптоматикой, в то время как психосоматические нарушения или заболевания представляют собой соматизированные неврозы, т. е. соматизированный страх.

Среди неэндогенных депрессий, сопровождающихся отчетливыми психосоматическими проявлениями, следует также упомянуть об описанной Kielholz депрессии истощения. Она наступает после длящегося в течение нескольких месяцев или лет затяжного стресса и проявляет себя сначала раздражительностью, повышенной чувствительностью и сниженной продуктивностью. Во второй стадии следуют психосоматические проявления, прежде всего вегетативной природы. Это соответствует старому диагностическому обозначению «неврастении», с отчетливой повышенной утомляемостью. Лишь после этой психосоматической стадии, в которой депрессия истощения трудно распознаваема как таковая, в последующем, при наличии дополнительной нагрузки или внезапного снятия психологического стресса, наступает собственно депрессивное состояние. Третья стадия представлена полной картиной депрессии. Депрессия истощения не является новым заболеванием, это лишь «прототип» психогенной депрессии.

При оценке реакции на стресс следует учитывать, идет ли речь об остром или хроническом стрессе, о личности с наследственной предрасположенностью к эндогенной депрессии или о нарушении развития в раннем детстве. Соответственно могут формироваться депрессия истощения или острая тревога при стрессовой реакции, может манифестировать эндогенная депрессия или невроз.

Соматические жалобы и функциональные симптомы как сопровождающие проявления или эквиваленты депрессивных расстройств могут так сильно выступать на первый план, что они господствуют во всей клинической картине. Соответственно эмоциональное нарушение может отходить на задний план и оставаться незамеченным. Это может происходить при депрессиях самого разного генеза: при фазно-эндогенных, невротических, при которых на первый план выступает личность, а также при реактивных депрессиях, которые понятным образом вытекают непосредственно из ситуации.

***Картина личности*.**

Типичными ситуациями заболевания при депрессиях являются утрата чувства безопасности, разлука, изоляция, возрастание ответственности. Из физических факторов имеют значение инволюционный период у женщин и мужчин, сопровождающийся кризами как в соматической сфере, так и в психике, а также необходимость переориентироваться в жизни, к чему многие люди оказываются не готовыми. Нельзя забывать о том, что и в рамках соматических заболеваний и нарушений могут развиться депрессивные расстройства настроения, которые, со своей стороны, могут привести к расширительному толкованию психосоматических отношений.

С психосоматических позиций депрессии зависят от реального существования обычно идеализируемого объекта. Это формирует и повышенную чувствительность к разлуке. В отношении объектов выступает определенная инфантильная зависимость, которая носит оральные черты. Обнаруживается желание симбиотического приобщения к доброй матери и ее авторитету, так же как к хорошему лечащему врачу, психотерапевту. Это перенесение имеет разные аспекты, больной нередко колеблется между сверхуступчивым пассивным поведением, не откликающимся на предложение помощи, и упорными активными тенденциями, отражающими поиски признания. Больной может угождать другим, он мог бы своими действиями обезопасить других, защитить их .Защита больного депрессией заключается в характерных формах реагирования типа навязчивой любви к порядку и щепетильности, когда больной хочет устранить все, что мешает, всякий беспорядок, всякую агрессивность, всякую грязь, все, что не находит признания. Больному требуется постоянно «делать добро», т. е. он старается своей деятельностью, своей близостью к другим людям, своим безупречным образом жизни отвергнуть таящиеся в нем агрессивные и деструктивные тенденции. Депрессия представляется как распад этой характерной защиты, как изоляция от полезного объекта, как подверженность самоупрекам. Особая тенденция к соматизации депрессивного расстройства психодинамически объясняется тем, что нарушенная симбиотическая зависимость от внешнего реального объекта смещается на зависимость от внутреннего объекта — одного из органов своего тела. Возможность реагирования депрессивными психическими или чисто соматическими симптомами предполагает наличие соответствующей предрасположенности, которая может быть наследственно обусловленной или приобретенной в раннем детстве под влиянием внешних факторов в процессе развития. При этом важную роль играют ситуационные социальные влияния.

Манифестная картина личности больных депрессией определяется уже упомянутыми формами реагирования. Между невротической и психотической формой депрессии имеются плавные переходы.

В преморбиде обычно не находят грубых невротических признаков. Чаще встречаются такие черты личности, как сверхприспособленность и трудолюбие. В раннем детстве иногда встречаются проявления страха, но без выраженных невротических признаков. Если внимательно рассматривать межличностные отношения, то можно обнаружить тенденцию к сим-биотическим отношениям с сильными привязанностями. Тенденция к социальной сверхприспособленности соответствует социальной пригодности больных депрессией, которые чаще встречаются в средних социальных слоях, в первую очередь среди служащих и чиновников.