Оглавление

[Раздел I. Психосоматика как область междисциплинарных исследований: в поисках предмета психологического изучения 3](#_Toc467510287)

[Клинико-психологический аспект психосоматической проблемы: традиционный подход и необходимость поиска новых теоретических интерпретаций 3](#_Toc467510288)

[Психосоматическая проблема в истории человечества 5](#_Toc467510289)

[Психосоматическая феноменология 5](#_Toc467510290)

[Классификации психосоматических расстройств 6](#_Toc467510291)

[Классификация по МКБ-10. F40-F48 Невротические связанные со стрессом и соматоформные расстройства 9](#_Toc467510292)

[Раздел II. Психосоматика в истории науки 13](#_Toc467510293)

[Психосоматические идеи в истории философии 13](#_Toc467510294)

[Психосоматические идеи в мифологии 13](#_Toc467510295)

[Представления о душе в досократической философии 14](#_Toc467510296)

[Демокрит и Платон 16](#_Toc467510297)

[Темные века. Средневековье до 16 века н.э. 19](#_Toc467510298)

[Бритва Оккама 20](#_Toc467510299)

[Критерий отличия психических процессов от непсихических и постановка психофизической проблемы 23](#_Toc467510300)

[Психофизиологическая проблема. Попытка непротиворечивого определения предмета психологии 25](#_Toc467510301)

[Решение психофизической проблемы в духе взаимодействия 25](#_Toc467510302)

[Решение психофизической проблемы в духе параллелизма 26](#_Toc467510303)

[Третья точка зрения на психофизическую проблему. Решение психофизической проблемы как антиномии-проблемы 27](#_Toc467510304)

[Психосоматические идеи в истории медицины 34](#_Toc467510305)

[Теория клеточной патологии 35](#_Toc467510306)

[Холистический подход 36](#_Toc467510307)

[Неспецифический подход в психосоматике 38](#_Toc467510308)

[Кортико-висцеральная теория 38](#_Toc467510309)

[Теория стресса Ганса Селье 41](#_Toc467510310)

[История развития концепции стресса 43](#_Toc467510311)

[Психоаналитическое направление в психосоматике. Специфическое направление в психосоматике 49](#_Toc467510312)

[Первый этап становления специфического направления в психосоматике. Зигмунд Фрейд (и Йозеф Брейер) 49](#_Toc467510313)

[Второй этап становления специфического направления в психосоматике 58](#_Toc467510314)

[Модель двуэшелонной линии обороны Митчерлиха 62](#_Toc467510315)

[Теория десоматизации-ресоматизации Макса Шура 62](#_Toc467510316)

[Концепция профилей личности в психосоматике. Проблема типологических особенностей личности в  психосоматике 63](#_Toc467510317)

[Психосоматика на пути поиска новых теоретических ориентаций 65](#_Toc467510318)

[3 этап в становлении специфического направления 72](#_Toc467510319)

[Алекситимия 72](#_Toc467510320)

[Поведение типа А 74](#_Toc467510321)

[Отрицательные эмоции и здоровье. Мифы и факты 78](#_Toc467510322)

[Концепция поисковой активности 81](#_Toc467510323)

[Концепция выученной беспомощности М. Селигмана (70-е гг. XX века) 89](#_Toc467510324)

[Раздел III. Основные направления и проблемы в современной психосоматике 92](#_Toc467510325)

[Психология телесности как альтернатива традиционной психосоматике 92](#_Toc467510326)

[Психосоматический синдром 94](#_Toc467510327)

[Психосоматическое развитие ребенка 95](#_Toc467510328)

[Синдромный анализ 97](#_Toc467510329)

[Внутренняя картина болезни как сложный психосоматический феномен 99](#_Toc467510330)

[Особенности становления ВКБ в детском возрасте 101](#_Toc467510331)

[ВКБ при неврозах в процессе их психотерапии (Ташлыков) 103](#_Toc467510332)

[Личностные феномены в психосоматике 106](#_Toc467510333)

[Кризис развития в условиях хронического соматического заболевания 108](#_Toc467510334)

[Психологическая саморегуляция как путь преодоления кризиса 111](#_Toc467510335)

# Раздел I. Психосоматика как область междисциплинарных исследований: в поисках предмета психологического изучения

Психосоматическая проблема, т.е. проблема соотношения сомы и психики, относится к числу фундаментальных проблем науки. По степени сложности эта проблема может быть поставлена в один ряд с такими проблемами как возникновение вселенной, смысл человеческой жизни и т.д.

Проблемы такой степени сложности не может быть объектом исследований только одной области. И, действительно, среди тех наук, которые занимаются психосоматической проблемой – много разных наук. К ним относятся как гуманитарные науки (философия, культурология и др.), так и естественнонаучные (физиология, медицина и т.п.).

*Психосоматика в современном варианте возникла в первые десятилетия начала XX века. Однако сам термин «психосоматика» был применен впервые в 1818 году немецким патологом Хайнротом. Несколькими годами позже 1828 Якоби (тоже немец) применил термин «соматопсихика».*

Каков клинико-психологический аспект при изучении этой проблематики? Задача выделить собственно психологический аспект, адекватный для психологического изучения, очертить специфику предмета.

## Клинико-психологический аспект психосоматической проблемы: традиционный подход и необходимость поиска новых теоретических интерпретаций

В развитии отечественной клинической психологии XX века прослеживаются две основные тенденции:

* постепенное и последовательное ее отделение от медицины с выделением и уточнением собственного предмета и самостоятельной сферы практической деятельности;
* дифференциация отдельных областей внутри клинической психологии за счет расширения круга проблем с привлечением новых клинических феноменов.

В соответствии с этими общими тенденциями развивается и новая отрасль клинической психологии – психология телесности. По своему предметному содержанию как самостоятельное направление психологических исследований и практики психология телесности **не совпадает с традиционным наполнением термина «психосоматика»**, утвердившегося в медицине.

Развитие в недрах медицины определило, прежде всего, соответствующий **круг рассматриваемых клинических феноменов**: расстройств и заболеваний, в генезисе и динамике которых существенную роль играют психологические факторы. В настоящее время термин «психосоматика» оказался целиком и полностью отнесенным к области патологии, а само обращение к этому понятию стало рассматриваться как однозначное указание на наличие патологических явлений в соматической сфере человека, связанных с воздействием патогенных психологических факторов. При таком подходе **за рамками научного анализа оказалась обширная область психосоматических проявлений в норме.**

Культурно-исторический подход к развитию психики открывает возможность качественного изменения общего представления о **телесном развитии человека**, позволяет **рассматривать его как процесс, сопряженный с общим ходом психического развития и вследствие этого не ограниченный только ростом организма.** **Тело человека может рассматриваться как культурно преобразованное**, вписанное в определенную исторически и культурно-детерминированную перспективу.

Итак, в **задачи собственно психологического исследования** входит **поиск психологических механизмов возникновения, развития и функционирования психосоматических явлений как в патологии, так и в норме**.

**Задачи психологии** **при изучении психосоматической проблематики**

1. Становление психосоматической связи в онтогенезе человека (ее зарождение, укрепление и т.д.)
2. Изучение факторов, которые влияют на ход этого онтогенеза (в котором закрепляется онтогенетическая связь) – ближайшее окружение, мать, семья и т.п.
3. Изучение психологических механизмов симптомообразования (у детей, и у взрослых).
4. Изучение личностных факторов в симптомогенезе (порождение, осмысление и т.д.)
5. Психологическая помощь.

**Предметом психологии** психосоматики является изучение генезиса, структуры и функций психосоматических явлений, как в ходе онтогенеза человека (нормальном), так и при различных формах патологии.

Несводимость психологического предмета психосоматики к психологии болезни тела становится не просто аксиомой, а точкой отсчета для целого цикла теоретико-эмпирических работ. Общей целью является создание нового способа обсуждения психосоматических явлений с включением самых современных научных достижений и идей философии, психологии, медицины. В рамках отечественной школы психологии Лурия-Выготского-Леонтьева, её современные представители (главным образом, Николаева Валентина Васильевна, Тхостов Александр Шамилевич, Арина Галина Александровна) впервые вводят новое представление о предмете психосоматики как особой области психологических исследований, за последние годы ставших неотъемлемой частью обширного поля междисциплинарного изучения феноменологии телесности.

**Телесность человека предстает как сложная многоуровневая и многофункциональная система, имеющая закономерную логику развития и социокультурную детерминацию. Телесность встроена в целостный процесс социализации человека и приобретает вследствие этого особую форму организации – знаково-символическую.**

## Психосоматическая проблема в истории человечества

Задолго до изучения этой проблемы научно, человечество установило сам факт взаимосвязи телесного и психического. Этот факт активно использовался при взаимодействии между людьми, а также с целью воздействия одного человека на другого. В основном, в **трех областях практики: религии, педагогике и медицине**.

В разных религиозных верованиях активно используются для взаимодействия и воздействия факт этой связи. В христианской религии – **пост**. С одной стороны, это средство, позволяющее достичь определенного телесного состояния. Но не только! Воздействие на тело используется как средство достижения определенного духовного настроя. Средство телесное – эффект духовный. **Молитва** – психологический акт. Но, накоплено много фактов, свидетельствующих о том, что искренняя молитва не только позволяет определенным образом его психический настрой, но при некоторых формах телесной патологии может привести к оздоровительному эффекту. Активность - психическая, эффект – может быть и телесным. **Ритуальный танец** – телесное взаимодействие, но с помощью этого танца достигаются эффекты гипнотического воздействия, изменяется состояние сознания.

Педагогика **стоиков – закаливание, совершенствование тела**, физическая гармония – одно из средств формирования характера, психологических свойств.

Восточные единоборства – предполагают закаливание тела для совершенствования человека, для формирования мировоззрения человека бесстрашного.

В начале XX века начало такого направления, как физическая культура – как средство формирования гармоничного человека вообще.

## Психосоматическая феноменология

Гипноз может вызвать различные соматические расстройства и наоборот, способствовать излечению. Внушенный ожог. Леон Шерток, «Непознанное в психике человека». Заключает, что убедительных гипотез относительно механизмов, которые лежат за этим феноменом, нет. Если бы мы поняли природу этого ожога, проблема была бы решена.

 Эффект «плацебо» действенен примерно для одной трети больных, независимо от их социального статуса, культурного уровня, вероисповедания или национальности.

Случай Клюмбиса (он немецкий врач). К нему обратилась больная с жалобами на сердце. Было проведено тщательное исследование и этот известный врач-кардиолог сказал, что он не находит никакой патологии и что она раньше него не умрет (ятрогения – последствия неосторожно сказанного слова врача).Он умирает, потом умирает и она.

Рассказ врача-литератора Сомерсета Моэма «Луиза». Описывает женщину, которая всячески выражала желание, что бы все ей помогали, если встречала сопротивление – она заболевала. Когда дочь сказала, что выходит замуж за нежелательного для матери человека, она сказала, что умрет – и умерла.

Онкологический стационар. Больная в последней стадии, по профессии рентгенолог. В ее руки попадает собственная история болезни. Врач боялся ее суицида. Но она не увидела на своей рентгенограмме опухоли. Больная ушла из жизни с надеждой и без болевого синдрома.

Таким образом, феномены психосоматической связи разнотипны и разнородны.

Можно выделить:

1. Психосоматические феномены нормы (феномены мобилизации и саморегуляции, и т.п.);
2. Психосоматические феномены патологического круга:
3. Конверсионные, функциональные (то есть не имеющие под собой органической основы), истероформные;
4. Соматоформные, вегето-неврозы - телесные, возникающие как реакция на эмоциогенную ситуацию
5. Болезни, т.е. болезни тела, существенную роль играют психосоматические факторы. – бронхиальная астма, гипертония, язва и т.п. !!!Не всегда, только в ряде случаев.
6. Вторичные психосоматические расстройства, возникающие у соматически больных хроников вследствие эмоциональной реакции выраженной на существующие у них заболевание.

Конверсионные расстройства и вегето-неврозы, соматоформные расстройства вошли в МКБ-10 под названием F40-F48, «Невротические связанные со стрессом и соматоформные расстройства».

## Классификации психосоматических расстройств

Различные классификации психосоматических расстройств (МКБ-10, ДСМ-5, классификация Любан-Плоцца по органам).

Первоначально под психосоматическими расстройствами в клинической практике понимали нарушения функций органов и систем организма, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию неблагоприятных психотравмирующих факторов: стрессу, разного рода конфликтам, кризисным состояниям, катастрофам и т. д. Современное толкование термина «психосоматические расстройства» значительно расширилось и вышло за рамки «классических психосоматозов».

Если ранее к психосоматическим заболеваниям относили семь нозологических единиц:

1. эссенциальную гипертонию,
2. тиреотоксикоз,
3. нейродерматит,
4. бронхиальную астму,
5. некоторые формы ревматоидного артрита,
6. язвенный неспецифический колит
7. язвенную болезнь,

то в настоящее время регистр психосоматического реагирования значительно расширился за счёт включения в него заболеваний сердечно-сосудистой системы, большого числа кожных и урогенитальных заболеваний, мигрени и др. К числу типичных психосоматических заболеваний в странах Северной Америки и Европы в настоящее время относят нервную анорексию и булимию, некоторые формы психогенного ожирения, сахарный диабет, кардиоспазм, нервную рвоту, синдром раздражённого кишечника, импотенцию, запоры, рак и др.

Различные теоретические и научно-практические подходы к классификации психосоматических расстройств создают путаницу и способствуют ошибкам в их диагностике в общетерапевтической практике. Некоторые исследователи достаточно широко раздвигают рамки «психосоматических расстройств», включая в них симптоматические психозы и все психические реакции, связанные с соматическим страданием. Так, А. Б. Смулевич выделяет четыре группы психосоматических расстройств:

1. Психосоматические заболевания в традиционном их понимании. Это соматическая патология, манифестация или обострение которой связанна с лабильностью организма по отношению к воздействию психотравмирующих социально-стрессовых факторов. Этим понятием объединяются ИБС, эссенциальная гипертония, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, псориаз, некоторые эндокринные и аллергические заболевания.
2. Соматоформные расстройства и соматизированные психические реакции, формирующиеся при невротических или конституциональных патологиях (неврозы, невропатии). Органные неврозы — это психогенные заболевания, структура которых отличается функциональными расстройствами внутренних органов (систем) при возможном участии пограничной и субклинической соматической патологии. Сюда относятся кардионевроз, синдром гипервентиляции, синдром раздражённой толстой кишки и др.
3. Нозогении — психогенные реакции, возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний. Эти расстройства связаны с субъективно тяжёлыми проявлениями соматического страдания, представлениями больных об опасности диагноза, ограничениями, налагаемыми болезнью на бытовую и профессиональную деятельность. Клинически эти психогенные реакции могут проявляться невротическими, аффективными, патохарактерологическими и даже бредовыми расстройствами. Возможность манифестации нозогений и их психопатологические особенности во многом определяются клиническими проявлениями соматической патологии (ИБС, артериальная гипертония, злокачественные образования, оперативные вмешательства и др.).
4. Соматогении (реакции экзогенного типа или симптоматические психозы). Эти расстройства относятся к категории экзогенных психических нарушений и возникают вследствие воздействия на психическую сферу массивной соматической вредности (инфекции, интоксикации, неинфекционные соматические заболевания, СПИДа и др.) или являются осложнениями некоторых методов лечения (например, депрессия и мнестические расстройства после операции аортокоронарного шунтирования, аффективные и астенические состояния у больных, получающих гемодиализ и др.). В числе их клинических проявлений находится широкий спектр синдромов — от астенических и депрессивных состояний до галлюцинаторно-бредового и психоорганического синдромов.

В практике врачей общего профиля разные специалисты называют ПСР «психосоматическими», «соматопсихическими», «соматизированными», «соматоформными психическими расстройствами». Врачи общей практики, прежде всего сталкивающиеся с психосоматическими расстройствами, считают их клинико-функциональными отклонениями, которые не укладываются в классические рамки хронических заболеваний внутренних органов, плохо поддаются медикаментозному лечению и имеют тенденцию к хронификации. Поэтому часто врачи-интернисты дают подобным больным характерные названия: «знакомые лица», «больные, у которых ничего нет», «проблемные больные», «хронические ходаки по врачам» и т. п.

Отражением многообразия психосоматических расстройств является тот факт, что в современной классификации психических заболеваний (МКБ-10) для этих расстройств не предусмотрено специального раздела. Так, во введении к МКБ-10 указано, что ПСР могут быть обнаружены в F45 («соматоформные расстройства»), F50 («расстройства приёма пищи»), F52 («сексуальная дисфункция») и F54 («психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, квалифицированными в других разделах»). Наименее изученной группой являются соматоформные расстройства.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) термин «психосоматические» не используется «ввиду различий в его использовании на разных языках и при различных психиатрических традициях, а также для того, чтобы не подразумевалось, будто при других заболеваниях психологические факторы не имеют значения в их возникновении».

В отечественной медицине самым распространённым аналогом соматоформных расстройств является диагноз вегетососудистой дистонии, которым часто злоупотребляют врачи общей практики.

Ряд исследователей разграничивают психосоматические и соматоформные расстройства по принципу субъективности и объективности выявленных соматических ощущений. Так, субъективные соматические ощущения пациента, не имеющие реальной соматической основы, являются соматоформными расстройствами, а объективно выявляемые сдвиги в сфере витальных функций организма и вегетативной регуляции определяются как «психосоматические нарушения».

Родственность соматоформных и аффективных расстройств (депрессивных, тревожных и др.) является причиной сложностей при дифференциальной диагностике указанных состояний. Широкое распространение среди отечественных психиатров получила концепция соматизированной депрессии, основанная на точке зрения, что психосоматические расстройства есть разновидность маскированной депрессии (депрессивный «эквивалент»).  Однако такая позиция ведёт порой к гипердиагностике депрессий при недооценке соматоформных расстройств.

Необходимо признать, что многие проблемные вопросы психосоматической медицины в настоящий момент, как и в начале XIX века, когда R. Heinroth впервые ввёл понятие «психосоматический», не имеют однозначных ответов. Прежде всего, требуют пересмотра и уточнения границы и критерии дифференциальной диагностики ПСР. Ряд отечественных исследователей (в т.ч. Смулевич) в соответствии со значительным расширением их классификационной рубрификации в МКБ-10 раздвигают рамки ПСР столь широко, что за их пределами остаются разве что эндогенные и органические заболевания.

### Классификация по МКБ-10. F40-F48 Невротические связанные со стрессом и соматоформные расстройства

#### F40 Тревожно-фобические расстройства

##### F40.0 Агорафобия

A. Отчетливый и постоянно появляющийся страх, по меньшей мере, в двух из следующих ситуаций, или их избегание: толпы; публичных мест; путешествия в одиночку; передвижения вне дома.

Б. С начала заболевания хотя бы в одном случае должны быть представлены одновременно **не менее 2 симптомов тревоги** в пугающих ситуациях, причем один из них должен относиться к группе **вегетативных**.

**вегетативные симптомы**: дрожание или тремор, сильное или учащенное сердцебиение, потливость, сухость во рту.

**группа симптомов со стороны груди и живота**: затруднения дыхания, чувство удушья, дискомфорт или боли в грудной клетке, тошнота или неприятное ощущение в животе (например жжение в желудке).

**общие симптомы**: приливы жара или чувство озноба, онемение или чувство покалывания.

**Симптомы, относящиеся к психическому состоянию**: чувство головокружения, неустойчивости, обморочности; чувство, что предметы нереальны (дереализация), или что собственное Я отдалилось или "по настоящему находится не здесь" (деперсонализация); страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти; страх умереть.

##### F40.1 Социальные фобии

А. Должен присутствовать один из следующих признаков:

1. выраженный страх оказаться в центре внимания или страх повести себя так, что это вызовет смущение или унижение;

2. выраженное избегание пребывания в центре внимания или ситуаций, связанных со страхом повести себя так, что это вызовет смущение или унижение.

Эти страхи проявляются в социальных ситуациях, таких как прием пищи или общение в общественных местах, случайная встреча знакомых лиц на публике, пребывание в небольших группах (например, на вечеринках, собраниях, в классной комнате).

Б. Те же симптомы и условия, что и в F 40.0. Плюс к этому один из следующих симптомов:

1. покраснение или «дрожь»;

2. страх рвоты;

3. позывы или страх мочеиспускания или дефекации.

В. Выраженное эмоциональное беспокойство из-за симптомов или стремления избегнуть ситуаций и осознание, что беспокойство чрезмерное или необоснованное.

Г. Появление симптомов тревоги только или по преимуществу в ситуациях, вызывающих страх, или при мыслях о них.

##### F40.2 Специфические (изолированные) фобии

Все то же: страх или избегание, но уже конкретных предметов или ситуаций. Не менее 2 симптомов тревоги, один из которых должен относиться к вегетативным.

При желании специфические фобии могут быть подразделены следующим образом:

— животных (например страх насекомых, собак) — естественных природных сил (например, страх ураганов, воды);

— крови, инъекций, травм;

— ситуаций (например, страх лифтов, туннелей) — другой тип фобий.

#### F41 Другие тревожные расстройства

##### F41.0 Панические расстройства

A. Рекуррентные панические атаки, не связанные со специфическими ситуациями или предметами, а часто случающиеся спонтанно (эти эпизоды непредсказуемы). Панические атаки не связаны с заметным напряжением или с проявлением опасности или угрозы жизни.

Б. Паническая атака характеризуется всеми следующими признаками:

1) это дискретный эпизод интенсивного страха или дискомфорта;

2) она начинается внезапно;

3) она достигает максимума в течение нескольких минут и длится по меньшей мере несколько минут.

Наблюдаются все те же самые симптомы, что и в F40. Разница лишь в отсутствии триггера, типичной ситуации возникновения. Должно присутствовать минимум 4 симптома, 1 из которых – вегетативный.

##### F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

Период по меньшей мере шесть месяцев с выраженной напряженностью, беспокойством и чувством предстоящих неприятностей в повседневных событиях и проблемах.

Должно присутствовать не менее **4 (!) симптомов тревоги**, один из них – вегетативный.

Здесь все те же симптомы, что и в двух вышеперечисленных, но также появляются и две других группы симптомов – симптомы напряжения и другие неспецифические симптомы.

**Симптомы напряжения**: мышечное напряжение или боли; беспокойство и неспособность к релаксации; чувство нервозности, "на взводе" или психического напряжения; ощущение комка в горле или затруднения при глотании.

**Другие неспецифические симптомы:** усиленное реагирование на небольшие сюрпризы или на испуг; затруднения в сосредоточении внимания или "пустота в голове" из-за тревоги или беспокойства; постоянная раздражительность; затруднение при засыпании из-за беспокойства.

#### F43 Реакция на тяжелый стресс и расстройство адаптации

Делится на легкую (только 1), умеренную (1 +2) и тяжелую (1+4).

А. Воздействие исключительно медицинского или физического стрессора.

Б. Симптомы возникают немедленно вслед за подверженностью стрессору (в течение 1 часа).

В. Выделяются две группы симптомов:

1. Симптомы генерализованного тревожного расстройства

2.

а) Уход от предстоящих социальных взаимодействий.

б) Сужение внимания.

в) Проявления дезориентации.

г) Гнев или словесная агрессия.

д) Отчаяние или безнадежность.

е) Неадекватная или бесцельная гиперактивность.

ж) Неконтролируемое и чрезмерное переживание горя (рассматриваемое в соответствии с местными культуральными стандартами).

#### F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства

G1. Отсутствие физического расстройства, которое могло бы объяснить симптомы, характеризующие данное расстройство (но могут быть физические расстройства, которые дают развитие другим симптомам).

G2. Имеется убедительная связь во времени между появлением симптоматики расстройства и стрессовыми событиями, проблемами или потребностями.

##### F44.2 Диссоциативный ступор

Резкое уменьшение или отсутствие произвольных движений и речи, а также нормального реагирования на свет, шум и прикосновения.

Поддерживание нормального мышечного тонуса, статической позы и дыхания (и часто ограниченные координированные движения глаз).

##### F44.4 Диссоциативные двигательные расстройства

Любое из двух:

1. Полная или частичная утрата способности к произвольным движениям, которые в норме находятся под волевым контролем (включая речь);

2. Различные или различающиеся по степени нарушения координации или атаксия или неспособность стоять без посторонней помощи.

##### F44.5 Диссоциативные судороги

Внезапные и неожиданные спастические движения, напоминающие любые варианты эпилептических судорог, но без последующей потери сознания.

Симптомы в предыдущем критерии не сопровождается прикусом языка, серьезными ушибами или повреждениями вследствие падения или непроизвольным мочеиспусканием.

##### F44.6 Диссоциативная анестезия и потеря чувствительности

Любое из двух:

1. частичная или полная потеря некоторых или всех видов кожной чувствительности участка или всего тела (прикосновения, укол булавкой, вибрация, холод-жар);

2. частичная или полная потеря зрения, слуха или обоняния

#### F45 Соматоформные расстройства

##### F45.0 Соматизированное расстройство

А. В прошлом, в течение, по крайней мере, двух лет — жалобы на множественные и различные физические симптомы, которые не могут быть объяснены любыми выявляемыми физическими расстройствами (разные физические болезни, наличие которых известно, не могут объяснить тяжесть, обширность, вариабильность и упорство физических жалоб или сопутствующей социальной несостоятельности). Если имеются некоторые симптомы, отчетливо обусловленные возбуждением вегетативной нервной системы, то они не являются главной особенностью расстройства и не особенно стойки или тяжелы для больного.

Б. Озабоченность этими симптомами вызывает постоянное беспокойство и вынуждает больного искать повторных консультаций (три или более) или различных исследований у врачей первичной помощи или у специалистов. При отсутствии медицинской помощи по финансовым или физическим причинам, наблюдается постоянное самолечение или множественные консультации у местных "целителей".

В. Упорные отказы принять медицинские заверения в том, что нет адекватной физической причины соматических симптомов. (Если больной на короткое время успокоится, т. е. на несколько недель сразу после проведенных обследований, то это не исключает диагноза).

Г. Шесть или более симптомов следующего списка, с симптомами, относящимися, по крайней мере, к двум отдельным группам:

**Желудочно-кишечные симптомы:** боли в животе, тошнота, чувство распирания или переполненности газами, плохой вкус во рту или обложенный язык, рвота или отрыгивание пищи, жалобы на частые движения кишечника (перистальтику) или на отхождение газов.

**Сердечно-сосудистые симптомы:** одышка без нагрузки, боли в груди.

**Моче-половые симптомы:** дизурия или жалобы на частое мочеиспускание (миктурия), неприятные ощущения в половых органах или около них, жалобы на необычные или обильные выделения из влагалища.

**Кожные и болевые симптомы:** жалобы на пятнистость или депигментацию кожи, боли в конечностях или суставах, неприятное онемение или чувство покалывания.

##### F45.2 Ипохондрическое расстройство

А. Любое из двух:

1) упорное убеждение как минимум шестимесячной длительности, в наличии не более, чем двух серьезных физических болезней (из которых, по крайней мере, одна должна быть названа пациентом);

2) постоянная охваченность предполагаемым уродством или деформацией (дисморфофобическое расстройство).

Б. Озабоченность убеждением в болезни и симптомами вызывает постоянные страдания или социальную дезадаптацию в повседневной жизни и заставляет пациента искать медицинского лечения или обследования (или эквивалентной помощи местных "целителей").

В. Упорные отказы принять медицинские заверения в отсутствии физических причин соматических симптомов или физических аномалий. (Если больной на короткое время успокоится, т. е. на несколько недель сразу после медицинского обследования, то это не исключает данного диагноза).

##### F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция

Симптомы вегетативного возбуждения, которые пациент приписывает к физическому расстройству, в одной или более из следующих систем или органов:

сердце и сердечно-сосудистая система, верхний желудочно-кишечный тракт (пищевод и желудок), нижний отдел кишечника, дыхательная система, урогенитальная система.

**Два или более из следующих вегетативных симптомов:** сердцебиение, потливость (холодный или горячий пот), сухость во рту, покраснение, дискомфорт в эпигастрии или жжение.

В. Один или более из следующих симптомов: боли в груди или дискомфорт в перикардиальной области, одышка или гипервентиляция, сильная утомляемость на легкую нагрузку, отрыжка воздухом или кашель, или ощущение жжения в груди или эпигастрии, частая перистальтика, повышение частоты мочеиспусканий или дизурия, чувство того, что обрюзг, раздулся, стал тяжелым.

Г. Отсутствие признаков расстройства структуры и функций органов или систем, которыми озабочен больной.

##### F45.4 Состояние упорной соматоформной боли

А. Упорная (в большинстве дней не менее, чем шестимесячного периода), тяжелая и мучительная боль в разных частях тела, которая не может быть объяснена адекватно наличием физиологического процесса или физического расстройства, и на которой постоянно сфокусировано внимание пациента.

#### F48 Другие невротические расстройства

##### F48.0 Неврастения

А. Любое из двух:

1. упорные и беспокоящие жалобы на чувство усталости после небольшой умственной нагрузки (например, после выполнения или попытки выполнения ежедневных задач, которые не требуют необычных психических усилий);

2. Упорные и беспокоящие жалобы на чувство усталости и физической слабости после легких физических нагрузок.

Б. Как минимум один из следующих симптомов: чувство мышечной тупой или острой боли, головокружение, головная боль напряжения, расстройства сна, неспособность расслабиться, раздражительность.

В. Невозможность избавиться от симптомов из критерия А посредством отдыха, расслабления или развлечения.

Г. Продолжительность расстройства не менее 3 месяцев.

# Раздел II. Психосоматика в истории науки

## Психосоматические идеи в истории философии

### Психосоматические идеи в мифологии

Первые представления о психической деятельности человека и животных появляются еще в рамках донаучного знания – в рамках мифологического мировоззрения.

Эдуард Бернетт Тайлор, «Первобытная культура». Что побудило древних людей ввести понятие души?

«По-видимому...занимали две группы...вопросов. ...во-первых, что составляет разницу между живущим и мертвым телом?...во-вторых, что такое человеческие образы, появляющиеся в снах и видениях?...заключение, что у каждого человека есть жизнь и есть призрак. То и другое, видимо, находится в тесной связи с телом: жизнь дает ему возможность чувствовать, мыслить и действовать, а призрак составляет его образ или второе «Я». И то, и другое...отделимо от тела: жизнь может уйти из него..., а призрак показывается людям вдали от него (тела).

...Дело заключалось просто в том, чтобы соединить жизнь и призрак. Если то и другое присуще телу, почему бы им не быть присущими друг другу, почему бы им не быть проявлениями одной и той же души? Следовательно, их можно рассматривать как связанные между собой. В результате и появляется общеизвестное понятие, которое может быть названо призрачной душой.»

Психология долгое время не была самостоятельно наукой. Знания о психике добывались, прежде всего, философами, но также и медиками, педагогами, богословами. Часто все эти специалисты соединялись в одном лице – древнегреческом философе.

Современная психология (европейская и американская традиции) берет свое начало именно в античной философии. В ее рамках были впервые сформулированы представления о предмете психологии – психология тогда была наукой о душе.

Мифология и философия – это два разных типа мировоззрения. Мифологию многие философы характеризуют как социоантропоморфическое мировоззрение, то есть **результат «****стихийного перенесения на все мироздание свойств человека и его рода».**

Философия – это мировоззренческое мышление. Авторитет разума занимает место авторитета традиции. Главное отличие философии от мифологии: философия стремится обосновать выдвигаемые положения, тогда как мифологемы принимаются на веру.

Выделение философии из мифологии шло медленно, и вначале можно говорить лишь о «протофилософии». Она использует ту же терминологию, что и мифология, но содержание термина «душа» становится иным.

Античной протофилософией была **ионийская** философия, куда входили Милетская школа и Гераклит из Эфеса. Это примерно 6 век до н.э.

Затем следует **италийская** философия, куда включают Пифагорейский союз и школу элеатов, а также философию Эмпедокла (объединял ионийскую и италийскую традиции). В рамках **италийской** философии протофилософия становится собственно философией.

### Представления о душе в досократической философии

**Ионийская традиция**. Милетская школа (Милет – город в Малой Азии). Первый философ – Фалес. Считал воду началом всех вещей, а бога – тем умом, который все создал из воды. Полагал **душу двигательным началом,** поскольку говорил, что магнит имеет душу, так как движет железо. Он наделял душой даже неодушевленное, заявляя о всеобщей одушевленности. Космос полагал одушевленным и полным божественных сил. Стихийный материализм сосуществует с элементами идеализма.

Ученик Фалеса, Анаксимандр. Материалистический характер учения.

Изменил воззрение на природу вещей. Не из одной вещи, но **из своих собственных начал рождается всякая вещь.** Эти начала единичных вещей бесконечны и порождают бесчисленные миры вместе со всем, что только в них возникает... Анаксимандр догадался о том, что жизнь впервые зародилась в воде, а затем животные, образовавшиеся от первых живых существ, вышли на сушу.

Анаксимен, ученик Анаксимандра.

**Все причины вещей видел в бесконечном воздухе**. Не боги сотворили воздух, а сами возникли из него. «Как **душа наша, сущая воздухом, скрепляет нас воедино,** так дыхание и воздух объемлют весь космос».

В этих высказываниях о душе у милетцев привлекают **первые попытки научного, то есть объективного и детерминистского подхода к объяснению души, свободного от мифологических наслоений, где всегда предполагаются сверхъестественные причины тех или иных явлений.**

Гераклит.

Началом всего полагал огонь. «Этот космос, один и тот же для всех, не создал никто из богов, никто из людей, но он всегда был, есть и будет вечно живой огонь, мерно возгорающийся, мерно угасающий». Вселенная не сотворена и вечна, она не нечто безжизненное, куда движение нужно привнести извне, она несет в себе свое движение, свой «логос».

**У Гераклита материя и движение неотделимы друг от друга. Эта неотделимость вещественного и разумного аспектов мироздания переносится и на человеческую душу.**

**Душа в вещественном плане представляет собой огненное начало, к которому может примешиваться «влажное начало». Источник движения и изменения души – в ней самой.** Значительную роль у Гераклита играет учение о борьбе противоположностей как источнике движения. Переживание того или иного чувства усиливает затем восприятие противоположного ему.

#### Италийская традиция

Это уже ближе к 5 веку до н.э. Туда включают Пифагорейский союз и школу элеатов, а также философию Эмпедокла (объединял ионийскую и италийскую традиции).

**Пифагор** говорил, что в основе всего лежит число и что **душа есть гармония, то есть то же числовое соотношение.**

**Алкмеон**, известный врач древности, состоявший в Пифагорейском союзе, едва ли не впервые в истории сказал, что орган души – головной мозг, и открыл зрительные нервы.

**Эмпедокл.** Считал, что д**уша локализована не в голове или грудной клетке, а в крови**. Не видит различия между душой и умом, и у растений, и у животных тоже имеется ум и душа. Много внимания уделяет изучению механизмов чувственного восприятия, основной принцип – подобное познается подобным. Обо всех ощущениях полагает одинаково, ощущение происходит благодаря «подогнанности» объектов ощущения к порам каждого органа чувств. Считается, что он открыл ушной лабиринт.

Вслед за Пифагором говорит о метемпсихозе. Тело Эмпедокл называет землей, в которую облачен человек, то есть своего рода темницей.

**Анаксагор**. Склонен искать естественные причины явлений, а Ум у него как причина появляется тогда, когда эта естественная причина неизвестна.

Ум – движущее начало всей Вселенной, **душа – принцип движения живых существ.** Эту идею высоко оценил Аристотель.

Разум человека у Анаксагора не имеет никакого отношения к Уму вселенной. Наличие разума у человека и элементов разума у животных объясняется им естественными причинами. Человек потому мудрейшее существо, потому что ему достались руки, животные же имеют «деятельный разум».

В противоположность Эмпедоклу говорил, что подобное не может познаваться подобным. Например, при одинаковой температуре тела и предмета мы не воспринимаем его как холодный или теплый.

### Демокрит и Платон

**Демокрит** родился в древнегреческом полисе Абдеры в богатой и знатной семье, являлся автором ряда медицинских произведений. Отцовское наследство он потратил на многочисленные путешествия, во время которых Демокрит познавал мудрость, нравы и обычаи других народов.

Демокрит был материалистом и атеистом. Он занимался анатомированием трупов животных. По свидетельству современников жил очень долго – более 100 лет. Семьей так и не обзавелся. В конце жизни решил сам распорядиться своей смертью, ежедневно уменьшая порции пищи.

**Сократ** был сыном каменотеса и повитухи. В молодости увлекался натурфилософией, но разочаровался в ней, поскольку она не могла дать ответы на мучающие его вопросы о причинах поведения человека. Сократ принципиально отвергал стремление к богатству и роскоши, вся его семья жила в крайней бедности.

Имена Платона и Сократа трудно отделить друг от друга. Платон – самый талантливый ученик Сократа (Платон был его учеником 8 или 9 лет). Платон основал знаменитую философскую школу – Академию, просуществовавшую почти тысячелетие.

#### Основные темы «диалогов» Демокрита и Платона

##### Бытие: атомы или идеи.

Положения о душе у Демокрита, представителя **материалистической тенденции** в древнегреческой философии сравним с ними же у Платона, представителя **идеалистической тенденции**.

Согласно Демокриту, мир есть движущаяся материя, бесчисленное множество движущихся в пустоте атомов, все вещи состоят из них. Ничто не возникает из ничего. Все во Вселенной подчиняется закону необходимости (бесчисленной цепи причинно-следственных отношений).

Позиция Платона противоположна. Для Платона истинным бытием обладают идеи. Идея – родовое понятие, принцип вещи, метод ее конструирования и познавания, смысловая модель ее бесконечных чувственных проявлений. Материя является функцией идеи. Например, прекрасные вещи прекрасны благодаря сопричастию особой сущности – идее прекрасного.

##### Душа: особое тело или часть мировой души

Демокрит, считая, что душе присуще движение, считал, что она – огонь вследствие ее подвижности. Огонь состоит из шарообразных атомов, ибо шар самое подвижное из всех тел. Так как душа приводит в движение, а приводящее в движение должно само более всего двигаться, то он утверждает, что и душа, и огонь состоят из самых подвижных атомов – из шарообразных.

У Платона душа – некая особая, не выводимая из материального сущность, часть невидимой мировой души, души космоса, сотворенного умом-демиургом. В понимании души Платоном очень много этических моментов: душа – нечто возвышенное, о чистоте души должно заботиться, иначе душе нелегко придется после смерти тела.

##### Смертна или бессмертна душа

Платон говорит о бессмертии индивидуальной души. Демокрит это бессмертие отрицает.

Демокрит: *Не из страха, но из чувства долга надо воздерживаться от проступков.*

Доказательства бессмертия души Платоном представляются неубедительными. Например, вот одно из них. Платон утверждает, что душа до вселения ее в конкретное тело уже находилась в заоблачной дали и созерцала там идеи, а при вселении в новое тело она их «забыла». Но можно заставить душу «вспомнить» эти идеи путем четко поставленных вопросов к ней. Платон описывает этот способ в диалоге «Менон», пытаясь доказать своему собеседнику Менону то, что знание есть припоминание, привлекая для этой цели мальчика-раба. Раб, до этого не знавший способа решения задачи, нашел его в ходе беседы с Сократом.

Сократ впервые в истории западной мысли выявил диалогическую природу человеческого мышления и показал роль диалога в решении мыслительных задач!

##### Проблема познания: чувственное предшествует рациональному или наоборот

Возникновение ощущений в органах чувств Демокрит объяснял истечением тонких пленок от предметов («образов»). Эти пленки-образы отпечатываются в воздухе между глазом и предметом, затем этот воздух, изменившийся по цвету, отражается во влажной части глаза благодаря особым встречным истечениям из глаза. Сновидения тогда – попадание в душу таких образов, когда человек спит.

Согласно Демокриту, есть два вида познания: одно посредством чувств, другое – посредством мысли.

Демокрит: *Есть два вида мысли: одна – законнорожденная, другая – незаконнорожденная. К незаконнорожденной относится все следующее: зрение, слух, обоняние, вкус, осязание. Другая же законнорожденная. К ней относится скрытое [от наших чувств]. Когда незаконнорожденная мысль уже не может больше ни видеть, ни слышать, ни обонять, ни чувствовать вкус, ни познавать осязанием, тогда приходит на помощь законнорожденная мысль.*

Демокрит не сводит мышление к ощущению, мышление – более «тонкое» познание невидимых для глаза вещей. Демокрит делает довольно примитивные попытки объяснить мышление с помощью распределения атомов: мышление имеет место, когда душа смешана в надлежащей пропорции. Эти рассуждения не могут объяснить существования в человеческом сознании общих категорий.

 Идеалистом Платоном была предпринята попытка объяснения именно общих категорий человеческого сознания. Идея по Платону – общее, которое представляет собой закон для соответствующего единичного. Наличие объективно существующих идей, сопричастных индивидуальным вещам, приводит к тому, что душа, столкнувшись с ними, «узнает» общее в вещах, не выводимое из чувств.

По Платону, рациональное познание предшествует чувственному. Так, чтобы понять, что данные предметы равны, нужно уже до всякого чувственного опыта знать, что такое идея «равенства», а идея эта содержится в душе уже при рождении.

Проблема соотношения чувственного и рационального в истории психологии так и будет разрабатываться по этим двум противоположным линиям: материалисты будут стремиться вывести рациональное познание из чувственного, идеалисты – наоборот.

##### Причины действий человека

Вариант материализма, предлагаемый Демокритом, не в состоянии был объяснить, почему некоторые люди поступают вопреки своей выгоде и даже инстинкту самосохранения (например, готовы умереть ради идеи). То есть материалисты, признавая детерминацию человеческого поведения, упускали из вида важнейший тип такой детерминации, свойственный только человеку – **целевую детерминацию**. Представления о целевой детерминации стали развиваться в последующем в различных идеалистических школах.

**Аристотель – самый гениальный ученик Платона**

Отец Аристотеля был придворным врачом македонского царя. В 17 лет Аристотель начал обучаться в Академии Платона. Аристотель пошел своим путем и подверг учение об идеях и о природе души Платона весьма суровой критике. Аристотель был воспитателем Александра Македонского, начиная с его 13 лет.

Написал первую специальную работу, посвященную психологии. Она так и называется «О душе». Он дал свое понимание души, не сводящееся ник пониманию души Демокритом, ни к определению души Платоном, но в принципе смягчающее крайности обоих подходов.

#### Функциональное определение души как разрешение спора между Демокритом и Платоном

Аристотеля не устраивает точка зрения Демокрита о том, что душа – это тело, но также его не устраивает и мнение Платона о душе как особой бестелесной сущности, находящейся в постоянном круговороте вселений в новое тело и отлетов от него после смерти.

Душа и тело вообще неотделимы друг от друга, как материя, из чего сделана вещь, и форма этой вещи. Душа есть своего рода форма тела. Душа – словно форма отпечатка на воске, который неотделим от самого воска.

Аристотель определяет душу и как сущность живого тела. Если бы топор был бы живым, то его душой была бы его сущность, то есть то, что он – орудие для раскалывания. То есть душа – это наиболее существенные функции тела. Если бы глаз был живым существом, то его душой было бы зрение (зрение – сущность глаза, глаз – материя зрения).

Аристотель отходит от механического понимания «движений душой тела». Душа движет тело не путем механического толчка, а некоторым решением и мыслью. Делит все функции живого тела на **три группы, на три уровня души:**

**Растительная душа:** рост, питание, размножение. Свойственны как людям, так и животным и растениям. Эти функции собственно не психические, но древние не давали критерия отличия психических функций от непсихических. То, что мы сейчас называем чисто физиологическими отправлениями организма, античные авторы рассматривали как «душевные отправления».

**Животная душа**: ощущения, восприятие, память, аффекты. Есть только у животных и человека.

Растительная и животная душа со смертью тела перестают функционировать.

**Разумная душа**: психические функции, присущие только человеку: разум (логическое мышление) и воля. Здесь Аристотель непоследователен и противоречив. Эти функции не являются функциями живого одушевленного тела, эти функции – проявление божественного разума и божественной воли в человеке и потому они бессмертны и могут быть отделены от тела.

Аристотель считал осязание главнейшим из всех чувств. Обратил внимание, что ощущение какого-либо предмета может возникнуть только при условии движения органа чувств по этому предмету или, наоборот, движения предмета по нему.

В «Никомаховой этике» рассматривает вопрос произвольности человеческого поведения, проблему нравственных и безнравственных поступков. Добродетель не дается от природы, человек делает себя сам. Сократ говорил, что люди ведут себя безнравственно потому, что не знают, что такое добро или зло, и задача философа – разъяснить им это. Аристотель же считает, что знать, что такое добро, это полдела. Главное – постоянно попадать в такие ситуации, где требуется та или иная добродетель, тогда человек приобретает привычку поступать подобным образом. Человек становится мужественным не потому, что он знает, как это хорошо, но потому, что приобрел привычку поступать подобным образом в сложных ситуациях. **Явная перекличка с деятельностным подходом к воспитанию.**

**Плюсы и минусы материалистического и идеалистического понимания души в античности**

Материалисты пытаются объяснить психическую жизнь из естественных причин, но при этом впадают в упрощение и уплощение рассматриваемого предмета.

Идеалисты, напротив, рассматривают психическую жизнь как несводимую к механическим взаимодействиям реальность, в частности активность и моральность человеческого поведения, но не объясняют ее с научной точки зрения.

Энгельс: *В многообразных формах греческой философии уже имеются в зародыше почти все позднейшие типы мировоззрений.*

### Темные века. Средневековье до 16 века н.э.

Это тысячелетие небогато новыми психологическими знаниями и направлениями в философии. Это было тысячелетие практически полного господства одного учения – религиозной философии, которая в целом не выходила за рамки идеалистической философии.

Если раньше, в античности, философы-идеалисты пытались рационально обосновать защищаемые положения своего учения, то теперь **большее значение придается вере в истинность положений, изложенных в Священном писании и произведениях отцов церкви.**

Наиболее ярко эту позицию выразил Квинт Тертуллиан, живший на рубеже II и III веков н.э. «Верую, ибо это абсурдно». Тертуллиан считал, что христианству не нужно никакого философского обоснования, доказывал несовместимость веры и разума.

К. Тертуллиан: *После Христа не нужна никакая любознательность, после Евангелия не нужно никакого исследования… Сын божий был распят; не стыдимся этого, хотя это и постыдно; сын божий умер, - вполне верим этому, потому что это нелепо…И погребенный воскрес; это верно, потому что это невозможно.*

Тертуллиан подчеркивает, что сила истинной веры обратно пропорциональна разумным доводам человеческого рассудка.

Наиболее ярким представителем этого периода был Аврелий Августин (конец IV начало V века н.э.).

А. Августин: *Такие люди, которых всегда громадное большинство, если желают постигать истину разумом, легко одурачиваются подобием разумных выводов и впадают в такой смутный и вредный образ мыслей, что отрезвиться и освободиться от него не могут никогда, или могут только самым бедственным для них путем. Таким полезнее всего верить превосходнейшему авторитету и соответственно ему вести свою жизнь…*

Чем дальше, тем больше растет недовольство умозрительностью религиозной философии, крепнет стремление к эмпирическим знаниям. В условиях появления первых капиталистических отношений растет роль практических и прикладных знаний и наук, а не умозрительных схем схоластики. Для схоластики же было характерно не получение какого-либо нового знания, сколько выведение новых следствий из уже раз и навсегда данного «готового» знания в Библии и др.

Предполагалось, что всякое знание имеет два уровня – сверхъестественное знание, даваемое в «откровении», и естественное, отыскиваемое человеческим разумом; норму первого содержат тексты Библии, норму второго – тексты Платона и Аристотеля. Потенциально в этих текстах уже дана «вечная истина»; чтобы актуализировать ее, надо вывести из текстов полноту их логических следствий при помощи цепи правильно построенных умозаключений. Мышление схоластики постоянно идет путем дедукции и почти не знает индукции; его основная форма – силлогизм.

Священное писание выступает в качестве замкнутого нормативного текста. Чтобы актуализировать истину, надо вывести из текстов полноту их логических следствий при помощи цепи правильно построенных умозаключений — **дедукции**.

### Бритва Оккама

В схоластике было очень много псевдообобщений, «споров о словах».

Например, один из схоластических споров касается различия «сущности» и «существования». Отделяли сущность от существования, считая, что существование – это особый объект. Тогда существованию как особому объекту можно приписать «свою» сущность и высказываться тогда о следующих абстрактных понятиях: 1) сущность существования; 2) существование сущности существования; 3) сущность существования сущности существования и т.д. до бесконечности.

На отсечение таких «псевдосущностей» и была направлена «бритва Оккама». Чаще всего формулируется так: «Без необходимости не следует утверждать многое» или «То, что можно объяснить посредством меньшего, не следует выражать посредством большего». Сейчас философы больше склонны формулировать этот принцип так: «Сущностей не следует умножать без необходимости».

Бритва Оккама становится лозунгом эмпиризма. Она сыграла существенную роль в отсечении понятия «души» в последующей эмпирической психологии. То, что за психическими явлениями стоит некая «душа» как особая сущность, не только не помогало их объяснению, но, наоборот, порождало лишь новые вопросы. К тому же под душой понимались совершенно различные вещи: совокупность атомов в атомистическом материализме, бестелесная особая сущность в платоновском идеализме, совокупность функций тела, некоторые из которых почему-то не умирают вместе с телом.

Изучавшие психологические вопросы мыслители позже говорили о необходимости «отсечь» от эмпирических исследование все метафизические понятия, в том числе понятие «душа».

Первым о необходимости такого отсечения высказался английский мыслитель **Фрэнсис Бэкон** (конец 16 – начало 17 века).

**Ф. Бэкон з**аложил **основы эмпирического изучения явлений сознания**. «Самое лучшее из доказательств есть опыт, если он коренится в эксперименте». В отличие от схоластов, считает, что вера не выше знания, наоборот, она подкрепляется знанием, то есть зависит от него.

Философия Бэкона живет до сих пор.

Ф. Бэкон: *Ни голая рука, ни предоставленный самому себе разум не имеют большой силы. Дело совершается орудиями и вспоможениями, которые нужны разуму не меньше, чем руке. И как орудия дают или направляют движение, так и умственные орудия дают разуму указания или предостерегают его.*

Эта идея об опосредствованности разума специальными орудиями будет разработана нашим выдающимся соотечественником Л.С. Выготским в культурно-исторической теории происхождения и развития высших психических функций.

То, что мешает человеку отыскивать истину, Бэкон называл идолами. Различает 4 вида таких идолов:

1. Идолы рода основаны на самой природе человека. Ложно утверждать, что чувства человека есть мера вещей. Наоборот, все восприятия покоятся на аналогии человека, а не на аналогии мира. Ум человека уподобляется неровному зеркалу, которое, примешивая к природе вещей свою природу, отражает вещи в искривленном и обезображенном виде.
2. Идолы пещеры. Суть заблуждения отдельного человека происходит от особых прирожденных свойств каждого или от воспитания и бесед с другими, или от чтения книг и от авторитетов.
3. Идолы площади. Происходят в силу взаимной связанности и сообщества людей. Люди объединяются речью. Слова же устанавливаются сообразно разумению толпы.
4. Идолы театра. Сколько есть принятых или изобретенных философских систем, столько поставлено и сыграно комедий, представляющих вымышленные и искусственные миры. Вымыслам этого театра свойственно то же, что бывает и в театрах поэтов, где рассказы, придуманные для сцены, более слажены и красивы, нежели правдивые рассказы из истории.

Уберечься от этих идолов можно, вооружив разум орудиями познания, одно из которых – **индуктивная логика**.

Душа была неким объяснительным понятием для множества разнообразных явлений человеческой психики и поведения, то есть выступала как особая сущность, лежащая за явлениями и объясняющая их. На самом деле объяснение это было в общем мнимым. Природа души понималась по-разному. Одни считали душу состоящей из мелких подвижных атомов, и такое понимание природы души как-то позволяло объяснять естественными причинами элементарные психические процессы, сновидения и тому подобное. Однако в атомистическом материализме необъяснимыми оставались общие понятия и морально-этические категории, несводимые к движению атомов. В идеалистической трактовке души Сократа и Платона подчинение поведения человека ценностям, целям, смыслам и прочему объяснялось особой природой души – нетелесной, божественной и так далее. Казалось, крайности обоих подходов снял Аристотель, когда определил душу как форму живого тела, то есть совокупность наиболее существенных функций живого тела. Однако высшие функции человеческой души – разум и волю – опять не находили себе объяснения с естественных позиций, они вообще как бы выпадали из стройной системы Аристотеля и назывались по своему происхождению божественными. Так что понятие «природы души» уже в древности было чрезвычайно многозначным. В Средние века материалистическое учение о душе вообще практически не существует, развиваются идеалистические идеи Платона и Аристотеля.

С ростом городов и развитием промышленности схоластические словопрения отходят на второй план и перед философами ставятся вопросы более практические. Возникают идеи эмпирического изучения вещей «как они есть», невзирая на то, что написано в тех или иных авторитетных текстах.

По отношению к изучению души происходят два важнейших события:

1. Ф. Бэкон призывает отказаться от пустых изучений метафизических вопросов о сущности, бессмертии, частях души, а перейти к непосредственному эмпирическому изучению психических процессов как таковых;
2. если древние понимали душу очень широко, отождествляя душу и жизнь, то впервые у Ф. Бэкона «жизненность» и «душевность» отделяются друг от друга. **Не дает критерия** этого разделения.

Бэкон завершает этап «психология как наука о душе» и начинает им новый – «психология как наука о сознании».

Впервые дал критерий отличия психических процессов от «жизненных» или физиологических, как мы бы сейчас сказали, которые обеспечивают организму поддержание его существования (то, что Аристотель называл «растительной душой») **Рене Декарт.**

#### Рене Декарт

Сомнение в истинности оснований наук подвинули Декарта на поиск наиболее достоверных оснований познания различных предметов и, в частности, собственной души.

Р. Декарт: *Человеку, исследующему истину, необходимо хоть один раз в жизни усомниться во всех вещах – насколько они возможны.*

*Мы должны также считать все сомнительное ложным.*

*Почему мы можем сомневаться в чувственных вещах.*

Чувства иногда заблуждаются, а благоразумие требует никогда не доверять слишком тому, что хоть однажды нас обмануло; каждый день нам представляется во сне, будто мы чувствуем бесчисленные вещи, нам не даны никакие признаки, с помощью которых можно было бы достоверно отличить состояние сна от бодрствования.

*Почему мы сомневаемся даже в математических доказательствах.*

Мы наблюдаем, как некоторые люди заблуждаются в подобных вещах и, наоборот, допускают в качестве достовернейших и самоочевидных вещей то, что нам представляется ложным;

Р. Декарт: *…чем менее могущественным мы будем считать нашего творца, тем больше поверим в такую степень нашего несовершенства, которая постоянно ведет нас к ошибкам… Итак, отбросив все то, относительно чего мы можем каким-либо образом сомневаться, и, более того, воображая все эти вещи ложными, мы с легкостью предполагаем, что никакого Бога нет и не ни неба, ни каких-либо тел, что сами мы не имеем ни рук, ни ног, ни какого бы то ни было тела…*

*Однако не может быть, чтобы в силу всего этого мы, думающие таким образом, были ничем: ведь полагать, что мыслящая вещь в то самое время, как она мыслит, не существует, будет явным противоречием. А посему положение «Я мыслю, следовательно, существую» - первичное и достовернейшее из всех, какие могу представиться кому-либо в ходе философствования.*

По Декарту, мышление познаемся нами прежде и достовернее, чем какая бы то ни было телесная вещь. Критерий достоверности: ясное и отчетливое восприятие (осознание). Декарт понимает мышление очень широко, фактически имея в виду любую психическую деятельность, которая осознается.

С Декарта идет **величайшее заблуждение психологии** – утверждение о том, что иметь некий психический процесс и осознавать его можно одновременно, что нет неосознаваемых психических процессов.

### Критерий отличия психических процессов от непсихических и постановка психофизической проблемы

Декарт нашел наиболее достоверные основания в познании души – в «непосредственном переживании» психических процессов. Это и было открытием для эмпирического изучения сознания как особой реальности. С Декарта начинается новый этап развития психологии – психология развивается в рамках «науки о сознании». Под сознанием понималось то, что наблюдающий себя философ находит в себе, непосредственно переживает.

Декарт впервые дал критерий отличия психических процессов от непсихических – психические процессы мы осознаем, тогда как физиологические – нет.

Декарт сузил психическую реальность до сознания, не признавая наличия бессознательных психических процессов. Он открыл путь для эмпирического изучения сознаваемых психических процессов. Этот путь – непосредственное самонаблюдение своих переживаний **(интроспекция)**.

Декарт по-прежнему считает душу субстанцией психических процессов. Но, в отличие от древних, в его учении о душе появляются новые моменты – он ставит **психофизическую проблему**, то есть проблему отношения души и тела.

Древние также говорили о связи души и тела, о различиях между ними, но никто не доходил до такого полного противопоставления этих двух реальностей, как Декарт. Декарт противопоставил духовную субстанцию (душу), которой свойственно мышление, телесной субстанции (телу), которой свойственны совершенно иные характеристики -= например, пространственные. У Декарта душа и тело – две абсолютные противоположности.

У Декарта существует фактическое соединение двух субстанций в человеке. Животные лишены души вообще, ибо у них нет сознания. Декарт впервые объясняет физиологические процессы (питания, размножения, дыхания и т.д.) не вмешательством особых функций души, а чисто телесными (материальными) причинами. В его произведениях можно найти очень интересные описания рефлексов у животных и у человека. И.П. Павлов по праву считал Декарта своим предшественником.

Р. Декарт: *Ошибка заключается в том, что, видя все мертвые тела лишенными тепла и даже движений, воображали, будто отсутствие души и уничтожило эти движения и это тепло. Безосновательно предполагали, что они зависят от души, тогда как следовало думать наоборот, что душа удаляется после смерти только по той причине, что это тепло исчезает, и разрушаются те органы, которые служат для движения тела.*

Декарт считает тело машиной, работа которой подчиняется вполне материальным законам и не нуждается в привлечении души.

Р. Декарт: *Все движения мышц, как и все ощущения, зависят от нервов, представляющих собой как бы маленькие ниточки или узенькие трубочки, идущие от мозга и содержащие, подобно ему, некий воздух, или очень нежные ветер, называемый животными духами.*

Животные духи – это образное название для материальных носителей нервных импульсов. Благодаря им осуществляются все телесные процессы в организме. Например, при появлении чего-то страшного перед глазами, человек обращается в бегство одним лишь телесным образом, без всякого содействия души. Деятельность душу больше всего связана с некой железой в головном мозгу. Душа о»чувствует страх», и при особой «силе» души она может повлиять на поведение – например, отвратить человека от бегства. При этом душа действует на тело посредством «животных духов»: она «раскачивает железу» и заставляет животные духи идти по соответствующим путям.

Таким образом, человеческие страсти (эмоции), по Декарту, имеют две стороны: душевную и телесную. Душа часто только страдательно «испытывает страсти» (у слабых людей, обращающихся в бегство при опасности); однако у сильных людей душа может заставить иначе работать рефлекторный механизм бегства, и человек остается на месте.

Декарт говорит о постоянном взаимодействии души и тела. Он решает поставленную им же самим психофизическую проблему **в духе психофизического взаимодействия.**

Два современника Декарта – Томас Гоббс и Бенедикт Спиноза – совсем иначе решали ту же проблему.

Гоббс считал, что из рассуждений Декарта можно прийти к совершенно противоположному выводу – вещь мыслящая есть нечто телесное, а не духовное, то есть нет особой духовной субстанции, отличной от телесной. Гоббс совершал упрощение действительного положения вещей: психические процессы считались тенями чисто телесных, материальных процессов. Гоббс был первым, кто решал психофизическую проблему **в духе психофизического параллелизма**, точнее, эпифеноменализма: согласно этому учению, психические процессы не имеют самостоятельного значения в жизни человека.

Спиноза, как и Гоббс, признавал существование одной субстанции, а не двух, но в отличие от него не сводил мышление к собственно телесным процессам, считая, что хотя онтологически телесные процессы и мыслительные суть одно и то же, они все же могут быть разведены как разные стороны единого процесса.

## Психофизиологическая проблема. Попытка непротиворечивого определения предмета психологии

Итак, психофизиологическая проблема до сих пор не имеет общепринятого решения. До сих пор существуют едва ли не все исторические варианты решения данной проблемы.

Психофизиологическая проблема тесно связана с проблемой соотношения психической и физиологической реальностей и проблемой предмета психологии в отличие от предмета физиологии.

Как мы помним, психику изучает не только психология, но и психиатрия, и языкознание (изучая языковые значения, определенным образом рассматривающиеся и в психологии), и философия (например, обсуждая проблемы психического отражения). Значит, необходимо найти специфический ракурс рассмотрения психики, который свойственен только психологии как науке.

Рассмотрим разные точки зрения на решение обеих проблем: психофизиологической и проблемы предмета психологии.

Впервые психофизическую проблему как проблему взаимоотношения двух абсолютно разнородных субстанций – телесной (материальной) и сотворенной Богом мыслящей субстанции (души), то есть соотношения физического и психического поставил Рене Декарт. Тогда речь шла о включенности души (сознании, мышления) в общую механику мироздания, о ее связях с общим порядком вещей во Вселенной. Мыслители стремились объяснить место психического в целостной картине мира.

Для мыслителей XVIII в. характерно иное: они ищут пути понимания связей между психическими и нервными процессами в пределах обособленного организма. Такое превращение (психофизической проблемы в психофизиологическую) повлекло за собой существенные сдвиги в трактовке соотношений материального и духовного. На место зависимостей психики от всеобщих сил и законов природы была поставлена ее зависимость от процессов, которые происходят в нервном субстрате.

### Решение психофизической проблемы в духе взаимодействия

Декарт признавал независимое существование двух субстанций, каждой из которых присущи свои свойства.

Р. Декарт: *Протяженность в длину, ширину и глубину образует природу телесной субстанции, мышление же образует природу субстанции мыслящей.*

Механизм взаимодействия души и тела по Декарту. «Животные духи» (мельчайшие частицы крови») толкают разными способами «железу», где главным образом пребывает душа, и заставляют ее чувствовать. Но и сама душа заставляет двигать эту самую железу и направляет тем самым духи, куда ей нужно. При возникновении душевных состояний – страстей (или восприятий) душа главным образом пассивна, возникновение страстей объясняется действиями тела. Когда душа заставляет двигаться железу – это волевые активные действия души. Эти волевые действия могут быть объяснены только «свободной волей». Пассивное и волевое состояние соответственно. Тут явно обнаруживается противопоставление низшего и высшего в душе. «Простые» психические акты (восприятие, чувства) могут быть объясненены с помощью привлечения естественных причин (с помощью рефлекторной деятельности организма), но нечто высшее в душе (воля и мышление) – не может быть объяснено исходя из детерминистских позиций.

От Декарта ведут свое начало важнейшие тенденции психологии. Декарт вводит одновременно два понятия: понятие рефлекса и современное интроспективное понятие сознания.

Решение психофизической проблемы в духе взаимодействия двух абсолютно отличных друг от друга субстанций мы встречаем в литературе до сих пор. Среди защитников подобной позиции очень много теологов, людей, доказывающих божественную нематериальную природу души, но также среди них много и физиологов, в том числе всемирно известных (Например, Джон Экклз, Чарльз Шеррингтон, Пьер Тейяр де Шарден).

**Суть проблемы коротко:** Понятие рефлекса и интроспективное понятие сознания, сочетаясь в системе Декарта, вступают в антагонизм. Если душа есть нечто непротяженное и «бесплотное», как тогда она может воздействовать на протяженное и телесное?

### Решение психофизической проблемы в духе параллелизма

По пути доведения до конца замысла Декарта, рассматривая и высшие психические процессы как чисто телесные, рефлекторные, отказавшись тем самым от идеи спонтанной активности души, шли многие мыслители. Среди них можно выделить английского философа Томаса Гоббса, Давида Гартли, французского материалиста Ламетри, т.н. вульгарных материалистов – немецких философов Людвига Бюхнера, Карла Фогта, Якоба Молешотта. Этой позиции придерживаются большое количество физиологов, а также некоторые философы. Сюда же можно отнести школу Павлова.

К. Фогт: *Все способности, известные под названием душевных деятельностей, суть только функции мозга или, выражаясь несколько грубее, … мысль находится почти в таком же отношении к головному мозгу, как желчь к печени.*

Ж. Ламетри: *Если все может быть объяснено тем, что открывает в мозговой ткани анатомия и физиология, то к чему мне еще строить какое-то идеальное существо?*

Согласно Иванову-Смоленскому (школа Павлова), *истинный ученый должен изгнать из науки любое упоминание о субъективных процессах, не поддающихся объективному исследованию.*

То есть субъективное понимается в рамках интроспективной и бихевиористской психологии!

Эти и им подобные высказывания вели к выводу об эпифеноменализме сознания. Этот термин предложил немецкий психолог Мюнстерберг – понимание психического как бесполезного придатка к физиологическому – все равно как тень сопровождает предмет, никак не влияя на него. Всегда имеющаяся связь психических процессов с теми или иными телесными явлениями была истолкована с этой точки зрения как простая параллельность двух реальностей. Как пример одного из конкретных вариантов психофизиологического параллелизма — гештальтпсихология с принципом изоморфности процессов в мозгу (процессам в феноменальном поле соответствуют процессы в мозгу, которые имеют «гештальтный» характер).

Последовательное решение психофизиологической проблемы в духе параллелизма и эпифеноменализма приводит к отрицанию самостоятельного статуса психологии.

На «сессии двух Академий» - Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР в 1950 году прямо утверждалось, что область исследования психологии совпадает с областью физиологии высшей нервной деятельности, а признание специфики психического – это «замаскированный» вариант дуалистического решения психофизиологической проблемы.

То есть дихотомия:

* Либо специфичность психических явлений и душа в качестве объяснительного принципа;
* Либо полное игнорирование специфики психического и закономерности функционирования нервной системы в качестве объяснительного принципа.

Существовали и иные подходы к объективному изучению именно психического – у Сеченова, Выготского, в деятельностном подходе.

### Третья точка зрения на психофизическую проблему. Решение психофизической проблемы как антиномии-проблемы

Антиномии касаются глобальных задач. Их задача — не поставить в тупик в риторическом споре (как апории софистов), а указать на ограниченность чистого разума (по Канту).

<http://ru.science.wikia.com/wiki/%D0%90%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F>

Психическая деятельность и тождественна физиологической, и не сводится к ней. Психическая деятельность невозможна без физиологической, но в то же время и не сводится к ней. Физиологическую сторону психической деятельности должны изучать психофизиология, нейропсихология, физиология. **Психология** же должна изучать (по Гальперину) ориентировочную функцию психического, а не ее физиологический субстрат.

Здесь нет отождествления психической деятельности с субъективными явлениями, которые выступают как результативное выражение ориентировочной деятельности как процесса (образ – свернутое движение). Психология изучает только определенную сторону психического – ориентировочную часть внешне-практической деятельности. Объективное изучение психического – это изучение объективного содержания «переживания», его объективного смысла для субъекта, объективных законов его возникновения и развития, необходимости его участия как определенного «функционального органа» в психической деятельности.

Истоки этого варианта следует искать намного раньше, в том же XVII веке — это решение проблемы в творчестве Спинозы. Можно сказать, что Спиноза **решал психофизическую проблему в духе монизма или, иначе, в духе психофизического единства.** Считал, что в мире существует всего одна субстанция, которой присущи как атрибут протяжения, так и атрибут мышления. Душа и тело – разные проекции одной и той же вещи (индивидуума) на разные плоскости. Что для тела выступает как действие, для души выступает как идея.

#### Неклассическая физиология Бернштейна. Концепция физиологической активности

Еще Сеченов в своих поздних работах развивал идеи активности и целевой детерминации применительно к работе нервной системы. Уже у Сеченова можно найти принцип активности в противовес принципу реактивности, свойственному классической физиологии второй половины XIX века и начала XX века (модель «стимул – реакция»). Именно эти идеи Сеченова были наиболее близки Бернштейну.

Итак, Бернштейн стал развивать именно принцип активности, содержащийся в неразработанном виде в рефлекторной концепции Сеченова.

В неклассической физиологии произошла смена не только основного объекта изучения (с животных – на человека), но и стратегии его исследования.

Н.А. Бернштейн: *Для классической физиологии характерны две черты. Первая – изучение отправлений организма в покоящихся состояниях. Такой аналитический подход вытекал из стремления исследовать каждый орган и каждый элементарный процесс порознь, исключив какие-либо влияния на них со стороны или друг на друга. Этот подход соответствовал господствовавшему в то время в естествознании стихийному механистическому атомизму. Его абсолютизация вела к убеждению, что целое есть всегда сумма своих частей и ничего более, что организм есть совокупность клеток, а все поведение – цепь рефлексов и что глубокого познания этих отдельных кирпичиков достаточно для постижения здания, построенного из них…Чуждо было понимание того, что* ***рефлекс – не элемент действия, а элементарное действие****, занимающее то или другое место в ранговом порядке сложности и значимости всех действий организма вообще.*

Бернштейн критикует принцип элементаризма в физиологии и противопоставляет ему принцип целостности.

Н.А. Бернштейн: *Движения – не цепочки рефлексоподобных элементов, которые можно набирать как вздумается, наподобие типографских литер. Это целостно организованные* ***структуры****… На место атомизированной цепочки элементарных рефлексов, не связанных ничем, кроме последовательного порядка так называемого динамического стереотипа и поэтапной «санкционирующей» сигнализации, современное физиологическое воззрение ставит* ***непрерывный циклический процесс*** *взаимодействия с переменчивыми условиями внешней или внутренней среды, развертывающийся и продолжающийся как целостный акт до его завершения по существу.*

В качестве целостнообразующего фактора в данном случае выступает **двигательная задача**.

Н.А. Бернштейн: *…единственным стандартном-определителем и для программы двигательного действия, и для ее выполнения, и для корригирования по обратным связям может являться только оформившаяся и отображенная каким-то образом в мозгу* ***двигательная задача****.*

Это ярко иллюстрируется рядом исследований П.Я. Гальперина, проведенных им вместе с другими психологами во время ВОВ в госпитале, на материале военных ранений, приведших к ограничению подвижности рук.

Перед испытуемым ставилось последовательно несколько задач:

1. поднять руку как можно выше, при этом глаза должны быть закрыты;
2. поднять руку как можно выше, не закрывая глаз;
3. поднять руку до определенной цифры на экране;
4. взять пораженной рукой какой-либо предмет, который располагался достаточно высоко.

Раненые, которые при первом задании могли поднять руку до определенной высоты и отказывались сделать еще одно движение чуть-чуть выше, поднимали руку все выше и выше в последующих заданиях.

Вроде бы физиологически должно быть одно и то же движение. Но оказывается, физиология определяется здесь совершенно нефизиологическими вещами, а именно целью действия человека. Включение в процесс построения движения той или иной анатомической структуры мозга было обусловлено *психологически*, а именно – смыслом данного движения в том или другом случае.

Признание наряду с причинной еще и целевой детерминации поведения организма Бернштейну удалось обосновать, не выходя за рамки материалистического подхода к изучению движений и действий.

Н.А. Бернштейн: *Многочисленные наблюдения и факты во всех областях биологии уже давно указывали на неоспоримую целесообразность устройств и процессов, присущих живым организмам. Эта целесообразность прямо бросалась в глаза как резкое, может быть, даже решающее отличие живых систем от каких бы то ни было объектов неживой природы. Неминуемо возникал вопрос:* ***для чего*** *существует то или иное приспособление в организме, к какой цели оно направлено, какую доступную наблюдению задачу оно предназначено решать. И все отчетливее стала откристаллизовываться мысль: а не потому ли и постигает биолога неудача или неудовлетворенность при попытке выяснения вставшей перед ним закономерности, что в применении к биологическим объектам к вопросам «как» и «почему», исчерпывающе достаточным в физике или химии, необходимо добавить еще третий, равноправный с ними вопрос «для чего»?*

*…Только биологической кибернетике оказалось под силу отвести как фикцию то, что отпугивало механицистов прошлого века своей видимостью идеалистического финализма и телеологизма. Допустимо ли считать, что цель действия – нечто такое, что должно осуществиться только после этого действия в будущем времени, - может являться причиной наступления этого действия? Причина позднее, чем ее следствие?! И только введенные биокибернетикой понятия кода и кодированной предвосхищающей модели будущего указали на безупречно материалистический выход из этого кажущегося тупика.*

Бернштейн вводит понятие «**модель потребного будущего**», указывая, что эта модель есть одна из форм отображения живым организмом мира. Второй формой является отражение прошлого и настоящего.

Модель будущего может иметь только **вероятностный** характер. Предвосхищение того возможного исхода либо исходов, к которым движется текущая ситуация, возможна только путем экстраполирования, которое вообще говоря, никогда не может привести к категорическому результату.

То есть, речь идет о некой предшествующей действию программе, согласно которой действие развертывается в будущем. Программы эти по своему происхождению могут быть как внутреннего плана (например, импринтинг у утенка), так и внешне обусловленные, которые могут впоследствии стать внутренними. Вспоминаем установку по Узнадзе.

В каждом отдельном случае надо разбираться, является ли данная установка (или шире – программа) «изначальной», то есть врожденной, или же она есть результат интериоризации первоначально внешней программы. Даже при заданной изначально программе в ней предусмотрены только возможные реакции, а то, как реально развернутся эти действия – зависит от очень многих обстоятельств. Движение, даже самое элементарное, всегда строится «здесь и теперь», а не следует автоматически – каждый раз одно и то же – вслед за вызвавшим его стимулом.

Н.А. Бернштейн: *Приспособительная изменчивость навыков движений неуклонно растет с возрастанием смысловой сложности действий, проявляясь сильнее всего в цепных навыковых действиях над предметами («не мытьем, так катаньем»). Даже и в самых стандартных, с младенчества освоенных актах, таких как ходьба, достаточно было от приглядки перейти к применению точной аппаратуры, чтобы обнаружить, что ни один шаг не идентичен другому даже на гладком месте, не говоря уже о ходьбе по неровной дороге.*

Естественно, что и в других формах психической активности и поведения существует эта непредсказуемость, непредзаданность – конечно, до определенных пределов: всегда есть некая «рамка», в которой развертывается данное поведение. Другое дело, чем определяется сама эта «рамка»: есть ли она результат генетически заданных «норм реагирования» или же результат выбора человеком той или иной цели. Но и выбор цели подчиняется определенным законам: это убедительно показано в ряде исследований по проблеме целеобразования. Так что противопоставление произвольного человеческого поведения как «свободного» и поэтому требующего иных средств анализа, чем объективные методы, изучению «объективно познаваемых» свойств человека (например, темперамента) кажется слишком категоричным. Объективно можно исследовать и «объективно познаваемые» свойства человека, и «свободное» поведение человека.

Существует некоторая модель потребного будущего, которая по ходу выполнения движения корректируется.

Н.А. Бернштейн: *…всеобщей и господствующей формой управления и регулирования в живых организмах является не рефлекторная дуга, а* ***рефлекторное кольцо***.

Это введение нового – кольцевого – принципа регуляции движений и поведения организма представляет собой важнейший вклад Бернштейна в физиологию и в другие науки, в частности кибернетику.

#### Концепция системной динамической локализации высших психических функций А.Р. Лурии

Она имеет прямое отношение к психофизиологической проблеме.

В узком смысле под функцией понимается отправление определенной ткани (функция поджелудочной железы – выделение инсулина). В широком смысле, функция – это приспособительная деятельность целого организма: функция дыхания, пищеварения и т.д. Эти функции нельзя локализовать в определенном участке нервной или какой-либо другой системы. Это сложная деятельность, результат совместной работы целой системы органов, мышц и нервных центров. То есть речь уже идет о сложнейшей функциональной системе органов и нервных центров.

Термин «функциональная система» ввел в физиологию известный отечественный исследователь Петр Кузьмич Анохин. Лурия использовал эти идеи Анохина, а также опирался на концепцию высших психических функций, разработанную Выготским. До Лурии тоже локализовали психические функции в мозгу, но понимание локализации было весьма различным. Существовали два диаметрально противоположных взгляда на локализацию психических процессов в мозгу: так называемый **узкий локализационизм** и **антилокализационизм**.

Согласно концепции **узкого локализационизма**, каждая психическая функция четко локализована в том или ином участке мозга.

Научные знания о локализации появились только во второй половине XIX века, когда французский анатом Поль Брока стал исследовать больного, который не мог говорить, но речь другого человека понимал. После его смерти Брока установил, что у больного была поражена часть нижней лобной извилины. Такое нарушение произнесения речи было названо моторной афазией, которая стала связываться с поражением этого участка мозга, названного «центром Брока».

Позже немецкий психиатр Карл Вернике открыл аналогичный центр (задняя треть верхней височной извилины), «отвечающий» за понимание устной речи. После этого неврологи и психиатры стали настойчиво искать другие «центры», «отвечающие» за другие психические функции.

В то же время накапливались факты, свидетельствующие против такого понимания локализации психических функций. Так, например, французский физиолог Флуранс установил в опытах над животными, что удаление отдельных участков мозга может не приводить к нарушениям сложных психических функций: степень поражения этих функций «будет зависеть» лишь от объема пораженного мозга. Также были обнаружены парадоксальные факты: поражение определенного участка мозга то приводит, то не приводит к выпадению некоторой психической функции. Тогда была предложена другая точка зрения – **антилокализационизм**, то есть гипотеза о том, что нет жесткой привязанности тех или иных психических функций к отдельным участкам мозга: за их отправление отвечает весь мозга «целиком». Этой точки зрения придерживались Карл Лешли, Курт Гольдштейн и другие неврологи.

Лурия показал, что обе точки зрения несут в себе определенную «правду» и в то же время в абсолютном смысле неверны.

Существуют так называемые «проекционные зоны» коры головного мозга, за которыми довольно жестко закреплены определенные функции. Однако, «…проекционные зоны коры ГМ составляют лишь очень небольшую часть всех функциональных систем мозговой коры. Своеобразие этих аппаратов заключается в высокой специфичности их нейронных структур, которые служат проекцией в мозговой коре той или иной рецепторной или эффекторной системы. Поэтому поражение той или иной проекционной зоны мозговой коры ведет к необратимому выпадению определенной, четко ограниченной функции, в узком смысле этого слова (зрения, кожной чувствительности, двигательных импульсов и т.п.); обычно эта функция после разрушения соответствующего участка коры уже не восстанавливается, а ее компенсация возможна лишь в очень узких пределах.

Эти первичные образования мозговой коры входят как обязательные компоненты в построение сложных функциональных систем… при разрушении этих первичных зон выпадает собственная функция того или иного органа, но все те сложные афферентные синтезы, которые направляли работу этого органа, еще не исчезают… больной с парезом руки может относительно легко переключиться на выполнение действия другой рукой, больной с частичным выпадением поля зрения начинает пользоваться оставшимся полем зрения и т.п.

…роль более сложных полей мозговой коры заключается, прежде всего, в интеграции процессов, происходящих в первичных зонах. Примером могут служить вторичные зоны мозговой коры, расположенные около первичных проекционных зрительных областей. Их раздражение … не вызывает бесформенных зрительных ощущений, но ведет к возникновению сложных и оформленных зрительных установок; их разрушение сказывается не в выпадении того или иного участка зрительного восприятия…; больной перестает дифференцированно воспринимать и, следовательно, узнавать осмысленные зрительные образы».

Тогда больной может описать отдельные признаки предмета, но не может его опознать. Однако это не значит, что при поражении данных участков у больного вообще выпадает функция «опознания предметов». Исследования показали, что выпавшее звено зрительной функциональной системы «опознание предметов» может быть заменено другим звеном: больной опознает предмет, если он его ощупает.

Значит, чем более сложную психическую функцию мы имеем, тем более «широко» локализована она в структурах мозга. Нет жесткой привязки сложной функции к раз и навсегда заданным элементам функциональной системы: отдельные элементы этой системы могут заменять друг друга. Эта закономерность четко прослеживается в ходе онтогенеза. **Высшие психические функции формируются прижизненно**, на разных возрастных ступенях происходит изменение их структуры и, соответственно, изменение их мозговой локализации. Таким образом, **при изучении проблемы «психика и мозг» следует идти не от мозга к психике, а, наоборот, – от психики к мозгу!**

В психике как в функциональной системе, кроме «жестких» звеньев существуют «гибкие» звенья, которые могут взаимозаменяться, и сами мозговые структуры развиваются путем включения их в соответствующие системы психических функций.

А.Н. Леонтьев: … движение, формирование, развитие идет сверху вниз: от высших образований – к физиологии. Невозможно движение восхождения от мозга к неким процессика, от процессиков к более сложным образованиям и, наконец, к сложению жизни… от жизни к мозгу, а никогда – от мозга к жизни, если говорить обобщенно… центральным, главным является движение сверху… Этот тезис и есть реализация мысли о включенности всей психической жизни в социальную».

#### Концепция Петра Яковлевича Гальперина

Выготский и Теплов говорили о необходимости разделять переживание как таковое и научное познание переживаний, которое всегда опосредствованно.

Ф. Энгельс: «Мы никогда не узнаем того, в каком виде воспринимаются муравьями химические лучи. Кого это огорчает, тому уже ничем нельзя помочь».

Психология долго стремилась не к знанию, а к переживанию. (Выготский). Субъективная психология не разделяла переживание и научное познание. С.Л. Рубинштейн подчеркивает ошибочность такого отождествления, однако под психическими явлениями понимает все те же переживания, которые необходимо изучать в различных системах объективных связей:

* деятельность субъекта, в которой психика не только проявляется, но и формируется;
* объективный мир, отражением которого психическое является;
* связь психики с мозгом.

Вот как Рубинштейн решает психофизическую проблему: «психическая деятельность – это деятельность мозга, взаимодействующего с внешним миром, отвечающего на его воздействия... Мозг – только орган, служащий для осуществления взаимодействия с внешним миром организма, индивида, человека... Мозг – только орган психической деятельности, человек – ее субъект».

Гальперин, анализируя понимание Рубинштейном психической реальности, говорит, что под ней Рубинштейн понимает все те же «внутренние» переживания. То есть сохраняется дихотомия: психическое как переживание и психическое как физиологическая деятельность мозга.

Гальперин сделал ряд выводов относительно решения психофизической проблемы:

1. психическую деятельность нельзя искать в самонаблюдении;
2. из явлений сознания самих по себе нельзя получить именно психическую деятельность, которая что-то делает, а не только переживается;
3. одним прибавлением психических явлений к организму нельзя получить ни субъекта, ни личности, ни такой внешней предметной деятельности, которая объективно нуждалась бы в психике.

Гальперин предлагает иное понимание психической деятельности. Это реальная деятельность – ориентировочная деятельность как особая форма предметной деятельности субъекта. Эта деятельность не тождественна ни процессам высшей нервной деятельности, ни внешней предметной деятельности. Психическое – это ориентировочная часть любой деятельности. Ориентировочная часть деятельности также внешняя! Психическая деятельность есть по природе своей внешняя деятельность.

Психическое не противостоит внешней деятельности как внутреннее внешнему, оно само возникает и существует во вне как особый вид предметной деятельности, только в ходе своего развития претерпевая превращение во внутренний план.

**Психическая деятельность предметна** – то есть не имеет своего собственного строения, своей внутренней целостности, своей логики развития помимо строения, целостности и логики развития предметной деятельности.

**Психическая и физиологическая деятельность могут быть противопоставлены друг другу по критерию предметности.** Физиологические процессы могут обеспечивать осуществление деятельности, но какой деятельности – это они не могут задавать, это задает внешняя жизнь данного живого существа – внешняя жизнь и внешняя деятельность. (Гальперин).

Разные критерии психического внутри деятельностного подхода. Гальперин сужает объем понятия психического до индивидуально-неповторимой реакции субъекта на абиотические стимулы. «Если мы имеем какую-либо врожденную реакцию – пусть даже и на абиотичекий стимул – мы не можем назвать отражение этого стимула психическим отражением, поскольку это «автоматическая реакция»... Явное противоречие с положением Леонтьева, который считал психическим любую реакцию на абиотический стимул».

Нельзя считать психику деятельностью, надстраивающейся над физиологической. Нет никакой дополнительной психической деятельности, носителем которой является какой-то иной субстрат, чем телесный индивид со всей его физиологией, физикой, химией, со всеми видами его деятельности, пусть социальными по происхождению, но обеспечиваемыми физиологическими процессами.

## Психосоматические идеи в истории медицины

Проблема соотношения психики и мозга, души и тела, разведение их по разным уровням бытия имеет глубокие исторические традиции и, прежде всего, традиции европейского мышления, существенно отличающегося от многих восточных систем миросозерцания.

В европейской традиции термины «душа» и «тело» впервые стал рассматривать с научных позиций выдающийся философ и врач Рене Декарт, живший в 17 веке. По Декарту тело – это автомат, действующий по законам механики, и только при наличии внешних стимулов. Именно Декарт выдвинул идею рефлекса как машинообразного ответного поведенческого акта (хотя сам термин рефлекс был предложен спустя столетие). Душа, напротив, - особая сущность, состоящая из непротяженных явлений сознания – «мыслей». Именно мысль представляет наиболее доступный объект самонаблюдения.

Итак, Декарт рассматривал душу и тело как две самостоятельные, независимые субстанции. Для объяснения того, как душа может влиять на деятельность тела и наоборот, Декарт предположил, что в мозгу человека имеется специальный орган – шишковидная железа – посредник между душой и телом.

Таким образом, Декарт, разделив тело и душу человека, впервые поставил проблему их соотношения и дал первый вариант ее решения, получившей название психофизического взаимодействия.

Высказанная Декартом идея о рефлекторном принципе организации простейших поведенческих актов нашла свое развитие в дальнейших исследованиях. И. М. Сеченов обосновал возможность распространения понятия рефлекса как детерминистического принципа организации поведения на всю работу головного мозга. Он утверждал, что психические акты носят такой же строго закономерный характер, как и акты, считающиеся чисто нервными.

Сеченов ввел представление об иерархии рефлексов, доказав, что наряду с элементарными имеется множество сложных рефлексов. Это рефлексы с усеченным и задержанным концом, при которых происходит актуализация прошлого опыта.

Мысль по Сеченову – это психический рефлекс с задержанным окончанием, развивающийся по внутренней цепи ассоциированных рефлексов, а психический рефлекс с усиленным окончанием – это аффект или эмоция. Он также ввел представление о психическом элементе – интегральной части рефлекторного процесса, благодаря которому организм может активно приспосабливаться к среде.

**Прообразом психосоматической медицины** явились те идеи, которые сформировались в далеком прошлом.

Сложилось две клинических школы, по-разному решавших вопрос о сущности патологии:

1. школа первых анатомов, которая, решая вопрос о сущности патологии, где **болезнь – это** поражение определенных органов тела, принцип – у человека болезнь, как нечто внешнее по отношению к нему.
2. холистический подход (Гиппократовская школа), где **болезнь – это** расстройство отношений между человеком и миром.

### Теория клеточной патологии

В начале 19 века расцвет капитализма, в частности развитие производительных сил, спровоцировал и расцвет науки, в первую очередь технической и естествознания. Ведь господства человека над природой невозможно было достигнуть без науки.

Австрийский патолог Карл Рокитанский (1804-1878) так систематизирует взгляды на общую патологию человека в многотомном руководстве (1841-1846): развитие болезней связано с «порчей соков» в организме человека, что восходит ещё к взглядам времен Аристотеля.

Вирхов родился в 1821 году в Германии. Закончил медико-хирургический институт в Берлине. Начал карьеру врача в больнице для бедного населения. В его обязанности входило патологоанатомическое изучение трупов. Через полтора года после поступления в больницу он произносит речь на торжественном заседании в честь юбилея института на тему: «О необходимости и правильности медицины, обоснованной механической точкой зрения». В этой речи он делает попытку объяснить болезненные явления механическим путем. Спустя год обрушился с резкой критикой на взгляды Рокитанского о «гуморальной природе» патологии.

Вирхов — основоположник патологии, т. е. учения о сущности болезненного процесса, а, следовательно, о правильном распознавании болезней и правильном лечении их.

Вирхов пользовался «естественнонаучным» методом, как он выражался. Метод этот вел его в большинстве случаев по материалистическому пути: он объяснял патологические процессы изменениями материальных, наблюдаемых простым глазом или под микроскопом частиц человеческого тела. Он смело отбросил метафизические и умозрительные объяснения болезненных явлений.

Вершиной его учения явилась провозглашенная им целлюлярная (клеточная) патология. Вирхов не указывал причин клеточных изменений, а его ученики апеллировали к жизненной силе, «которая управляет», якобы, «деятельностью клеток». Однако поскольку Вирхов, в противоположность бывшим до него метафизическим представлениям, стал указывать на точно наблюдаемое изменение клеток, как на основу болезни, его целлюлярная патология в то время несомненно лежала на пути к материалистическому объяснению болезненных явлений.

Основной исходный тезис – всякая болезнь – есть болезнь конкретного органа. Клетка – конечный морфологический элемент всего живого. Вне клетки нет ни нормы, ни патологии. Всякая клетка рождается из клетки. Любое живое существо есть своего рода клеточное хозяйства, сумма единиц клеток, каждая из которых содержит все необходимое для жизни. В организме нет анатома-физиологического центра, руководящего деятельностью отдельных элементов. Единство организма состоит не в кровеносной системе, не в нервной системе. Единство обеспечивается постоянно повторяющимся устройством клетки. Каждая клетка сохраняет известную степень независимости. Изменения в организме могут ограничиваться одной клеткой. Вся патология – есть только патология клетки, т.е. болезнь есть местный процесс и ни один врач не может правильно мыслить о болезни, если он не в состоянии указать локализацию болезненного процесса. Т.е. болезнь есть сумма нарушений на клеточном уровне.

### Холистический подход

Другая школа – гиппократовская школа. Гиппократ – знаменитый врач 5 века до н.э. Как человек, обошедший большое количество стран, он мог сделать некие обобщающие выводы по поводу возникновения определенных болезней у людей, населяющих, например, морские побережья, высокогорные районы, пустынные территории. Также он смог связать частоту появления отдельных заболеваний со временем года и даже биологическими и суточными ритмами. Таким образом, Гиппократ определил, что люди «разных типов» имеют различную предрасположенность к заболеваниям, а следовательно, искал как способы лечения, которые могли бы быть применимы ко всем людям, так и различные виды подхода к лечению одного и того же заболевания, возникшего у людей разных типов. Также он впервые сделал предположение о четырех телесных соках и, по преобладанию одного из них в организме – о делении людей на различные типы. Эта теория легла в основу гораздо позднее сформированного учения о четырех темпераментах. Это было уже в Средневековье.

Учение гласило, что если в организме преобладает слизь (от греч. phlegma – слизь), то человек имеет темперамент флегматика, если преобладает кровь (от греч. sanguis – кровь), то человек – сангвиник, если преобладает желчь (от греч. chole – желчь), то характер человека холерический, а если в организме много черной желчи (от греч. melaine chole– желчь), то тип темперамента будет меланхолическим. Основа этой системы ошибочно приписывается к заслугам **Гиппократа, так как даже если он и пытался делить людей на типы, то не по темпераменту, а по предрасположенности к заболеваниям.** Кроме того, названия темпераментов в труде «О воздухах, водах, местностях» не содержатся, потому что некоторые слова (типа sanguis) имеют латинское происхождение, а следовательно, Гиппократом они употребляться не могли. В дальнейшем от теории темпераментов сохранились лишь названия различных «типов людей». **И. П. Павлов связал их с преобладанием процессов возбуждения и торможения, а также с возможными типами телосложения.**

Итак, **болезнь** – это расстройство отношений между человеком и миром. Отсюда вытекает формула: человек болен. Платон: «как нельзя приступить к лечению глаза, не думая о голове, так нельзя лечить тело, не думая о душе». Т.е. целостный подход к человеку-болезни. Холизм, холистический подход к человеку. Первые принципы в работах Гиппократа:

а) лечить не болезнь, а больного;

б) знать и учитывать индивидуальные особенности больного: темперамент

в) необходимость изучения душевных состояний (не только настроения, но и сновидения)

г) необходимо щадить больного, не навредить ему, помогать природе

д) немного различий между медициной и философией, и врач-философ равен богу, поскольку обладает знанием всего, что необходимо для жизни.

##### Представители холистического подхода

Мудров, первая треть 19 века, врач-терапевт, погибший во время эпидемии холеры. Своё врачебное кредо высказал на публичной лекции в Московском университете: «врачевание не состоит ни в лечении болезни, ни в лечении ее причин. Врачевание состоит в лечении самого больного. Для того, чтобы правильно лечить, надо узнать самого больного во всех его отношениях. Надо узнать все причины, воздействующие на тело и душу, и тогда болезнь сама скажет свое имя». Возможность возниковновения болезней в следствии психических травматизаций.

Захарьин, тоже медицинский факультет Московского университета. Мастер индивидуальной работы с больными. Разработал индивидуальную схему сбора анамнеза, разработал свою схему выявления субъективных жалоб больного, т.к. это важная часть (в какой последовательности, с каким отношением и т.п.). Первым описал такой феномен как внутренняя картина болезни, хотя и не приводя это название.

## Неспецифический подход в психосоматике

Неспецифические теории не ориентированы на поиск каких-то особых, специфических психологических факторов, создающих риск возникновения телесных симптомов.

### Кортико-висцеральная теория

Павлов ввел понятие высшей нервной деятельности. В течении многих лет ВНД отождествлялась с психической деятельностью. В рамках школы Павлова, его последователем К. М. Быковым была разработана кортико-висцеральная теория. Это учение о функциональном взаимодействии коры больших полушарий головного мозга и внутренних органов.

Основные положения теории Быкова были высказаны еще при жизни Павлова. Однако большая часть работ этого автора относится к 40–50-м годам, а сама теория получила максимальное признание после того, как в 60–70-е годы были опубликованы результаты исследований его учеников.

Целью кортико-висцеральной теории было выяснение механизмов влияния коры головного мозга на работу внутренних органов. Быков признавал метод условных рефлексов Павлова в качестве базового методологического приема, позволяющего объективно исследовать корковые процессы. Он считал, что для построения теории кортико-висцеральных взаимодействий необходимо, **во-первых**, получить точный критерий кортикального характера того или иного феномена и, **во-вторых**, возможность экспериментально воздействовать на деятельность мозга.

Выработка условного рефлекса, приводящего к изменениям в работе органа, считал Быков, свидетельствует в пользу того, что регуляция функционирования этого органа осуществляется именно корой, поскольку, по его мнению, все условные рефлексы у млекопитающих протекают с обязательным участием коры головного мозга.

В то же время метод условных рефлексов позволял вносить изменения в активность коры в ходе эксперимента. Таким образом, метод условных рефлексов Павлова соответствовал обоим требованиям, которые Быков считал необходимыми для фундаментального основания своей теории.

Первая фундаментальная задача, которую поставил перед собой Быков, состояла в выработке и наблюдении условных рефлексов, во время которых происходит изменение физиологической активности как можно большего числа внутренних органов.

Быков и его коллеги сосредоточивают свое внимание на решении следующих трех вопросов:

1. на доказательстве принципиальной возможности образования условных рефлексов внутренних органов, или, говоря иначе, на изучении связи коры большого мозга с деятельностью почек, печени и селезенки, а также выяснении свойств этих условно-рефлекторных процессов;
2. на исследовании передачи сигналов, идущих от внутренних органов к коре и обратно, т. е. на изучении внутренних рецепторов, проводящих путей и их представительства в мозговой коре;
3. на расшифровке центральных механизмов условно-рефлекторной деятельности внутренних органов и корковых влияний на общие функции организма.

Первая работа в этом направлении была проведена под непосредственным руководством Павлова и касалась условно-рефлекторного диуреза (мочеотделения). Во время исследования была установлена принципиальная возможность выработки условного рефлекса, эффекторным органом которого являются почки. Впоследствии, вплоть до начала 50-х годов, Быков продолжал работы с условно-рефлекторным диурезом. Основная цель исследований состояла в выяснении вопроса о том, подчиняются ли мочеотделительные рефлексы тем же закономерностям, что и слюноотделительные рефлексы. Было обнаружено, что мочеотделительные рефлексы качественно не отличаются от павловских слюноотделительных, поскольку они тормозятся действием посторонних внешних раздражителей и дифференцируются от сходных раздражителей. Однако наблюдалась количественная разница в скорости образования и угасания этих двух типов условных рефлексов.

Впоследствии тот же методологический прием был применен Быковым и его учениками для исследования функционирования печени, селезенки и газообмена. При проведении этих работ ставилась задача экспериментального обоснования одного из основных методологических постулатов Павлова: в организме различные по внешнему виду процессы подчиняются качественно одинаковым законам.

Следующей проблемой, которую решали сторонники кортико-висцеральной теории, было выяснение механизмов передачи импульса от коры к органам. В первоначальной схеме Быков признавал наличие только одного типа распространения сигнала – электрический импульс, передаваемый по нервным волокнам и приводящий к изменениям в работе органов. Однако впоследствии ученый отказался от представления, что такой путь является единственным. В работах его учеников было показано, что возможно сохранение висцерального условного рефлекса при разрушении всех нервов, идущих к органу. Этот феномен объясняется наличием дополнительного к нервному гуморального пути передачи сигнала. В этом случае мозговой сигнал передается от коры на железу внутренней секреции, а уже затем воздействует на орган-эффектор при помощи гормонального посредника. Таким образом, в рамках кортико-висцеральной теории сложились представления о двойном (нервном и гуморальном) корковом контроле за работой органов.

Быков совместно И.Т. Курциным он разработал особую теорию кортико-висцеральной патологии, которая в 60-е годы рассматривалась как теоретический фундамент советской медицины.

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

По мнению Быкова и Курицина, при кортико-висцеральной патологии возникает циклический процесс: с одной стороны, к органу от мозговых центров направляются импульсы, изменяющие его функцию, трофику, кровоснабжение, а с другой – в мозговые центры идут импульсы, усиливающие их патологическую активность. Такое нарушение работы организма может закрепляться и поддерживаться при помощи механизмов условного рефлекса.

В рамках концепции кортико-висцеральной патологии нарушения работы организма рассматриваются как имеющие психотропный характер, т. е. складываются новые представления о висцеральном патогенезе. Если ранее считалось, что агрессивные средовые агенты всегда непосредственно воздействуют на орган и приводят к его разрушению, то теперь представители павловской школы предложили идею, что патогенное воздействие среды может быть опосредовано корой, т. е. непосредственной причиной болезни является нарушенная активность мозга. Однако сама корковая активность традиционно представляется как обусловленная внешней средой и зависящая от той обстановки, в которой живет человек.

В рамках концепции кортико-висцеральной патологии впервые в истории отечественной психофизиологии наблюдается своеобразное «перевертывание» психофизиологической проблемы. Если ранее она ставилась как вопрос о зависимости сознания от физиологических процессов, то теперь – как вопрос о зависимости физиологических процессов от сознания. Это связано с тем, что в рамках этой концепции обсуждаются механизмы возникновения висцеральных нарушений, вызванных психическими сдвигами. В работах Быкова и Курцина исследуются патогенные эффекты неврозов, стресса.

Генез самых разнообразных заболеваний внутренних органов и систем стал напрямую увязываться с первичным нарушением деятельности коры больших полушарий. Подобная трактовка природы психосоматических соотношений не могла не привести к мысли о фактической беззащитности висцеральных систем от психогенных воздействий. В то же время во многих работах было показано, что пристеночное пищеварение, базальный тонус сосудов и ауторегуляция сосудистого тонуса, регуляция насосной функции сердца контролируются отнюдь не нервными механизмами. Высокая степень саморегуляции их обеспечивается интраорганными нервными структурами (метасимпатической нервной системой).

Основатели кортико-висцеральной теории стремились рассмотреть также вопрос о специфичности заболеваний внутренних органов, полагая, что главным здесь является условная интероцептивная связь, образованная с внутренним органом в результате неоднократной его «травматизации».

Ставшая важным этапом формирования физиологических основ психосоматических зависимостей, кортико-висцеральная теория в то же время не была лишена недостатков.

1. В ней не в полной мере учитывалось, что между корой головного мозга и регулируемым ею внутренним органом существует ряд промежуточных звеньев (в частности, гипоталамическое и эндокринное), без учета которых нельзя объяснить механизм психосоматических нарушений.
2. Она исключила из круга своего рассмотрения собственно психологический аспект изучения психосоматических соотношений, роль личности как высшей формы регуляции человеческой деятельности в формировании этой патологии, любые попытки содержательного понимания психогенных факторов в их этиологической роли при психосоматических расстройствах. Требования же распространить понятия высшей нервной деятельности на личностное функционирование, систему значимых отношений личности и их нарушения, естественно, не могли быть реализованы ни теоретически, ни методически.

#### Причины возникновения психосоматических расстройств в рамках кортико-висцеральной теории

Быков выдвигал следующие положения о механизме возникновения и развития кортико-висцеральных заболеваний.

Нормальное деятельное состояние коры больших полушарий в силу отрицательной индукции **тормозит деятельность подкорки**. **При патологически ослабленной или заторможенной корковой деятельности** вследствие положительной индукции **усиливается деятельность подкорковых центров.** **Освобождаясь от регулирующего влияния коры головного мозга, эта деятельность приобретает беспорядочный, хаотический характер.** **В подкорке при этом образуются застойные патологические очаги возбуждения. Повышенная возбудимость подкорковых центров ведет нейрогуморальным путем к возникновению патологически усиленных разнообразных вегетативных реакций - сосудистых, двигательных, секреторных - со стороны внутренних органов.** Нарушение регулирующего влияния коры больших полушарий головного мозга обуславливает то, что **функциональные сдвиги в деятельности внутренних органов держатся длительно и стойко**. **С течением времени это вызывает развитие анатомических изменений в органах и тканях. Таким образом, нарушения, носящие вначале чисто функциональный характер, в дальнейшем переходят в типичные органические заболевания.**

**Связь между формой болезни и содержанием психологического конфликта сторонники кортико-висцеральной концепции рассматривали как случайное совпадение, поскольку основной причиной расстройства они считали силу возбуждения в нейронных цепях, которая воспринимается человеком как сильное эмоциональное переживание.** Соматическое расстройство может возникнуть только в том случае, если в момент сильного переживания в каком-то органе тела по роковому стечению обстоятельств было неудовлетворительное функциональное состояние. Другими словами, **ослабленная в момент переживания физиологическая система вовлекается в патологический процесс, независимо от психологического смысла внутриличностного конфликта или проблемы, вызвавшей сильные переживания.** Таким образом, психосоматические отношения в нейробиологической трактовке понимаются либо как влияние эмоций, сопровождающих уже имеющееся расстройство, на динамику патологического процесса, либо как поломку «слабого звена» в морфологической структуре организма под действием сильного аффекта. Отдельно выделяется и запускающая функция эмоций в развитии патологического процесса.

### Теория стресса Ганса Селье

Ганс Селье родился в 1907 г. в семье врача, имевшего собственную хирургическую клинику в г. Комарно в Австро-Венгрии. После распада страны город оказался на территории Чехословакии. Здесь Селье и получил образование – на медицинском факультете Пражского университета. Затем он продолжил учебу в Риме и в Париже.

Еще в Праге, работая в университетской клинике инфекционных болезней, Селье обратил внимание на то, что первые проявления разнообразных инфекций совершенно одинаковы; различия появляются спустя несколько дней, а начальные симптомы (слабость, температура, снижение аппетита) во всех случаях одни и те же.

Тогда же он стал разрабатывать свою гипотезу общего адаптационного синдрома (ОАС). Согласно этой гипотезе болезнетворный фактор (в случае инфекционного заболевания -- микроб) обладает своеобразным "пусковым" действием (является триггером), который включает выработанные в процессе эволюции механизмы. Эти механизмы являются важнейшей составной частью картины заболевания. Исследуя эти механизмы, Селье пришел к формулировке более универсальной концепции стресса.

#### Стресс и дистресс

Что, по-вашему, такое стресс?

Является ли стресс (англ. - давление, нажим, напряжение) синонимом дистресса (с англ. - горе, несчастье, недомогание, истощение, нужда). И да, и нет. Множество условий может вызвать стресс, но ни одно из них нельзя выделить и сказать -"вот это и есть стресс", потому что этот термин в равной мере относится и ко всем другим.

Проблемы совершенно различны, но медицинские исследования показали, что организм реагирует стереотипно, одинаковыми биохимическими изменениями, назначение которых -- справиться с, возросшими требованиями к человеческому организму. Факторы, вызывающие стресс, различны, но они пускают в ход одинаковую в сущности биологическую реакцию стресса. Таким образом, Селье вводит различие между стрессом и стрессорами.

Определение: Стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование.

Что означает *неспецифический* ответ организма?

Каждое предъявленное организму требование в каком-то смысле специфично. Так, на морозе мы дрожим, чтобы выделить больше тепла, а кровеносные сосуды кожи сужаются, уменьшая потерю тепла с поверхности тела. На солнцепеке же наоборот потеем, и испарение пота охлаждает нас. Однако независимо от того, какого рода изменения в организме вызывают различные требования, все они имеют и нечто **общее**.

Они предъявляют требование к **перестройке.** Это требование неспецифично, оно состоит в **адаптации к возникшей трудности**, какова бы она ни была. Все воздействующие на нас факторы вызывают неспецифическую потребность осуществить приспособительные функции и тем самым восстановить нормальное состояние.

Необходимость приспосабливаться к изменившимся условиям – и есть сущность стресса.

Таким образом, с точки зрения стрессовой реакции не имеет значения приятна или неприятна ситуация, с которой мы столкнулись. Холод, жара, лекарства, гормоны, печаль и радость вызывают одинаковые биохимические сдвиги в организме.

#### Что не является стрессом?

1. Это не только и не обязательно нервное напряжение, не сильное эмоциональное возбуждение.

Стрессовые реакции есть и у животных, даже у низших, не имеющих нервной системы и даже у растений.

1. Это не обязательно результат повреждения.

Вредоносный или неприятный стресс называют **дистрессом**.

В обывательском смысле термин стресс употребляют вместо более уместного термина дистресс.

Определенный уровень стресса мы испытываем всегда.

### История развития концепции стресса

Вероятно, еще древний человек чувствовал нечто общее при длительном пребывании на холоде или же жаре, при изнеможении после тяжелого физического труда, после большой кровопотери или длительного заболевания. Вряд ли древний человек мог сформулировать это общее на все то, что превышало его силы. Но когда приходило это ощущение, наверное, он мог сказал себе что-то вроде «с меня хватит». Возможно, древние люди даже обнаружили, что реакции на продолжительное и непривычное суровое испытание протекают по одному шаблону: сначала ощущение трудности, затем привыкание, затем чувство, что больше этого вынести невозможно.

Для первых исследователей проблемы стресса основное затруднение было вызвано неразличением дистресса, который всегда неприятен, от общего представления о стрессе, которое также включает в себя приятные переживания радости, достижения, самовыражения.

Французский физиолог Клод Бернар во второй половине XIX в. впервые высказал идею о том, что внутренняя среда живого организма должна сохранять постоянство при любых колебниях внешней среды.

В начале XX века Уолтер Кеннон вел термин «гомеостазис», обозначающий способность сохранять постоянство.

#### Итак, что означает способность сохранять постоянство внутренней среды?

Все, что находится под кожей, да и собственная ткань кожи относятся к внутренней среде. Внутренняя среда – среда, в которой живут клетки организма. Чтобы поддерживать нормальную жизнедеятельность, ничто внутри организма не должно сильно отклоняться от нормы. Если это произойдет, то человек заболеет или даже умрет.

#### В чем состоит неспецифическая приспособительная реакция организма?

У больных, страдающих разными болезнями, много одинаковых признаков и симптомов. И при больших кровопотерях, и при инфекционных заболеваниях, и в случаях запущенного рака больные теряют вес, аппетит, мышечную силу, всякое желание что-либо делать.

#### Каким образом различные факторы приводят к однотипным реакциям?

Крысам впрыскивали неочищенные и токсичные вытяжки из желез. Независимо от того, из какой ткани были сделаны вытяжки и какие в них содержались гормоны, у крыс обнаружился стереотипный набор одновременных изменений в органах.

В экспериментах на животных вскоре выяснилось, что те же самые сочетания изменений внутренних органов, обнаруживаются также при воздействии холода и жары, при инфекциях, травмах, кровотечениях, нервном возбуждении и многих других раздражителях. Этот синдром впоследствии был назван **общим адаптационным синдромом** или синдромом биологического стресса.

**Этот синдром включал в себя**: увеличение и повышенную активность коры надпочечников, сморщивание (или атрофию) вилочковой железы и лимфатических узлов, появление язвочек желудочно-кишечного тракта.

#### Фазы ОАС

ОАС имеет три фазы: 1) реакция тревоги; 2) фаза сопротивления и 3) фаза истощения. Трехфазная природа ОАО показала, что способность организма к приспособлению, или адаптационная энергия, не беспредельна.

А. Реакция тревоги. Организм меняет свои характеристики, будучи подвергнут стрессу.

Б. Фаза сопротивления. Если действие стрессора совместимо с возможностями адаптации, организм сопротивляется ему. Признаки реакции тревоги практически исчезают, уровень сопротивления поднимается значительно выше обычного.

В. Фаза истощения. После длительного действия стрессора, к которому организм приспособился, постепенно истощаются запасы адаптационной энергии. Вновь появляются признаки реакции тревоги, но теперь они необратимы, и индивид погибает.

Холод, мышечные усилия, кровотечения и другие стрессоры могут быть переносимы в течение ограниченного срока. После первоначальной реакции тревоги организм адаптируется и оказывает сопротивление, причем продолжительность периода сопротивления зависит от врожденной приспособляемости организма и от силы стрессора. В конце концов, наступает истощение.

Неизвестно, что именно истощается. Ясно, что не только запасы калорий (а жаль). Ведь в период сопротивления продолжается нормальный прием пищи. А поскольку наступила адаптация, а энергетические ресурсы поступают в неограниченном количестве, то можно было бы ожидать, что сопротивление будет продолжаться сколь угодно долго. Селье сравнивает человека с машиной, и говорит что «подобно неодушевленной машине, которая постепенно изнашивается даже без дефицита топлива, человеческая машина тоже становится жертвой износа и амортизации».

Селье говорит, что адаптационная энергия, по всей видимости, никогда не восстанавливается. Необходимо отличать поверхностную адаптационную энергию от глубокой. Поверхностная адаптационная энергия доступна сразу, по первому требованию. Глубокая же адаптационная энергия хранится в виде резерва.

Несмотря на то, что:

1. качественно различные раздражители равной стрессорной силы могут вызывать разный набор симптомов у различных людей;

и

1. одинаковый раздражитель может вызывать различные симптомы у разных людей

качественно различные раздражители отличаются лишь своим специфическим действием. Их неспецифический стрессорный эффект, в сущности, одинаков.

#### Какое же объяснение дает Селье этим двум фактам?

Итак, один стрессор вызывает различные реакции у разных людей. Это связано с «факторами обусловливания». Они избирательно усиливают или тормозят то или иное проявление стресса. Эти факторы могут быть внутренними (генетическая предрасположенность, возраст, пол) и внешними (прием лекарственных средств, диета). «Факторы обусловливания» определяют чувствительность организма. Под их влиянием нормальный уровень стресса может стать болезнетворным. Поражается же предрасположенная область тела.

Итак, каждый агент обладает неспецифичным (стрессорным) и специфичным действием. Однако ответ организма зависит не только от содержания этих компонентов, но и от реактивности организма. Реактивность организма зависит в свою очередь от внутренних и внешних условий.

Итак, любая активность приводит в действие механизм стресса. Но пострадают ли при этом сердце, почки, желудочно-кишечный тракт или мозг, зависит в значительной мере от случайных «обусловливающих факторов». В организме, как в цепи, рвется слабейшее звено, хотя все звенья одинакова находятся под нагрузкой.

#### Болезнь и стресс

Болезнь, в свою очередь, также является стрессом, поскольку предъявляет требования к адаптации. И сам стресс принимает участие в развитии болезни. Неспецифическое действие стресса вступает во взаимодействие со специфическим действием болезни, а вследствие этого картина болезни может меняться в худшую или же в лучшую сторону.

#### Синтоксические и кататоксические реакции

Гомеостаз внутренней среды поддерживается двумя основными типами реакций - синтоксической (от греческого syn-- вместе) и кататоксической (от греческого саtа -- против).

Нервногуморальные импульсы, чтобы противостоять действиям различных стрессоров, либо вызывают активную реакцию борьбы, либо провоцируют пассивную реакцию несопротивления.

Благодаря синтоксическим реакциям организм может мирно сосуществовать с вторгшимися чужеродными агентами. Кататоксические реакции, наоборот, стимулируют выработку ферментов, атакующих возбудителей болезни. То есть можно либо мирно сосуществовать с агрессором, либо уничтожить его.

Самые эффективные синтоксические гормоны – кортикоиды, самый известный – кортизон и его синтетические заменители. Их применяют для лечения болезней, главным источником неприятностей которых является само воспаление. Также эти гормоны тормозят иммунную реакцию отторжения чужеродных тканей, без чего нельзя обойтись при операциях по пересадке почек, печени, сердца и т.п. То есть иногда сам возбудитель, провоцирующий опухоль, может быть безвреден и для этого необходимо торможение воспалительной реакции.

#### Прямые и косвенные болезнетворные агенты

Прямые вызывают болезнь независимо от реакции организма. Косвенные или непрямые причиняют вред только в результате провоцируемых ими чрезмерных и бесцельных защитных реакций.

Какие прямые болезнетворные агенты вы можете привести в пример?

Кислота, щелочь, кипяток и т.п. А как насчет хождения по раскаленным углям и тому подобного?

Непрямые агенты: аллергены.

#### Гетеростазис

При повышенных требованиях к изменениям механизма гомеостазиса оказывается недостаточно. Это новое устойчивое состояние достигается с помощью веществ, которые стимулируют физиологические адаптивные механизмы, возбуждают дремлющие тканевые защитные реакции. Самое существенное различие между гомеостазисом и гетеростазисом состоит в том, что первый поддерживает нормальное устойчивое состояние с помощью физиологических средств, а второй переключает «термостат сопротивления» на более высокую нагрузку посредством медицинского вмешательства.

Гетеростазис сводится к тому, чтобы с помощью химических препаратов побудить организм увеличить производство своих собственных неспецифических, или многоцелевых, средств. Гетеростазис существенно отличается от лечения антибиотиками, противоядиями, болеутоляющими препаратами, которые действуют прямо и специфично, а не усиливают собственные неспецифические защитные силы организма.

#### Критика концепции Г. Селье

Итак, воздействия, которые вызывают стресс, Селье называл стрессорами. Лазарус и Фолкман критикуют такие определения как тавтологические, замкнутые сами в себе.

Хинкл и Мэйсон подвергли критике идею неспецифичности и общей адаптационной реакции. Они говорят о том, что так называемые стрессовые реакции суть обычные явления жизнедеятельности организма, которая всегда связана с необходимостью метаболической активности и адаптации.

Сейчас считается, что, по крайней мере, психологические реакции на стресс все же отличаются высокой специфичностью.

Эта общебиологическая концепция была воспринята медиками как ключ к пониманию основных закономерностей развития многих распространенных заболеваний.

Вторая половина XX века характеризуется увеличением количества невротических и психосоматических расстройств. Происхождение же этих расстройств неуклонно связывают с истощающим действием стресса и, прежде всего, стресса эмоционального, т.е. отрицательных переживаний: горя, тоски, страха, тревоги, ненависти, обиды, отчаяния и т.п. Такого рода переживаниям придается важное и даже решающее значение, чем бы ни был вызван стресс сам по себе. Так, Дж. Мейсон полагает, что действие любого стрессора определяется характером и выраженностью эмоциональной реакции на него.

Селье подчеркивает, что любые, и физические, и эмоциональный факторы вызывают одинаковые биохимические сдвиги в организме. Однако физическим воздействиям всегда сопутствует эмоциональный компонент, удельный вес которого в изменениях, таким образом, сложно учесть.

Лазарус является одним из наиболее последовательных сторонников ведущей роли эмоционального напряжения во всем синдроме стресса. Он приводит следующие доводы в пользу этой точки зрения: активность коры надпочечников (как показатель уровня стресса) различна в состоянии агонии у людей, находящихся в сознании и без сознания. При наличии осознания стресс выше. Еще аргумент. Добровольное лишение пищи не вызывает стресса, насильственное же лишение на такой же срок – вызывает.

Представление о роли эмоционального стресса в развитии различных заболеваний легли в основу исследования Холмс и Раэ. Исследователи пытались обнаружить, влияет ли на развитие заболеваний какие-либо значимые события и существенные изменения в жизни.

Было проведено анкетирования в двух группах лиц: здоровых и с наличием какого-либо диагностированного расстройства. В анкете перечислялись все мыслимые события и происшествия, способные изменить жизнь человека или его отношение к жизни. В список при этом попали как события, вызывающие скорее позитивные переживания (свадьба, рождение ребенка, путешествие и т.п.), так и обуславливающие негативные переживания (смерть близкого, потеря работы). Испытуемым предлагалось указать, какие из этих событий происходили с ними в течении года до начала заболевания. Выводы. Оказалось, что в группе больных людей количество таких жизненных событий было значимо больше, чем в контрольной группе, причем знак события оказался относительно не важен. Эти данные хорошо согласовывались с концепцией общего адаптационного синдрома, согласно которому и положительные, и отрицательные эмоции вызывают биологически одинаковый стресс. Также данные выводы предлагали хорошее обоснование увеличения количества психосоматических расстройств – подразумевалась связь с увеличением динамичности нашей жизни в целом.

Более поздние и углубленные исследования Доренвендов показали, что негативное влияние на здоровье оказывают события, сопровождаемые негативной эмоциональной окраской.

Таким образом, множество исследований подтвердило роль эмоционального стресса в развитии разного рода заболеваний.

Однако все не так просто. Селье подчеркивает, что стресс является обязательным компонентом всей жизни. Он может не только снизить, но и повысить устойчивость организма к вредным воздействиям. Сель отдельно выделяет отдельно понятие «дистресса» - безусловно вредное для здоровья состояние. В каких соотношениях находятся друг к другу стресс и дистресс?

С позиции Селье будет ошибкой разнести эти понятия по основанию знака эмоции, т.е. отнести к причинам дистресса – отрицательные эмоции, а все положительные эмоции рассматривать как защиту от дистресса. Напротив, Селье подчеркивает, что стрессовое воздействие горя и радости может быть одинаковым.

Итак, согласно трехфазному течению стресса деление стресса и дистресса определяется интенсивностью и длительностью стрессирующего воздействия. Т.е. интенсивный и длительный стрессор приводит к истощению. Но что же истощается? Ответ Селье – «жизненная энергия». Однако это не более, чем метафора, так как не поддается измерению и объективному исследованию.

Встает и следующий вопрос. Известно, что в фазе резистентности сопротивление организма выше, чем «вне стресса», т.е. выше уровень «жизненной энергии». Как же тогда может быть, что продление этого состояния само по себе может приводить к истощению «жизненной энергии»? Должен быть какой-то перелом от положительного действия стресса к отрицательному. Почему происходит такой перелом? Через какие опосредующие механизмы психическое состояние влияет на состояние биологических систем? На эти вопросы концепция Селье не дает ответ.

Теперь уже принято человека рассматривать не как пассивный объект воздействий, а как активного субъекта. Основное внимание уделяется психологическим приемам и формам поведения, с помощью которых человек справляется с трудностями. Расстройство здоровья понимается не как следствие воздействия вредных факторов, а как результат недостаточной эффективности этих механизмов. Здесь речь идет о действии копингов – преодоление, сопротивление. Копинг – то, что позволяет сохранить психологическую и физиологическую устойчивость вопреки отрицательным эмоциям.

Такое определение понятия копинг носит довольно расплывчатый характер, включая в себя как внешне наблюдаемое поведение (избегание неприятных ситуаций или же наоборот активное взаимодействие с ними), так и механизмы психологической защиты.

## Психоаналитическое направление в психосоматике. Специфическое направление в психосоматике

**Специфическое направление связано с идеями психоанализа**. В его становлении можно выделить 3 основных этапа:

1. Этап активного освоения медициной идей психоанализа с переносом их на понимании все новых форм телесной патологии, т.е. **генерализация идей психоанализа**. Это 20-е, начало 30-х годов 20 века. Зигмунд Фрейд (1856-1939).
2. Период **коррекции** первоначально освоенных и внедренных **психоаналитических идей**. Середина 30-х – 50-е гг. 20 века. Основные фигуры: Франц Александер (1891-1964), Александр Митчерлих (1908-1982), Макс Шур (1897-1969), Мелани Кляйн (1882-1960), Рональд Фейрбейрн (1889-1964), Дональд Винникот (1896-1971), Отто Кернберг (1928 – по н.вр), Хелен Фландерс Данбар (1902-1959).
3. Период критики психоанализа, **попытка поиска новых концептуальных основ** для психосоматического понимания патологии, либо коррекция, либо отказ от психоанализа, либо синтез с другими идеями. 60-70 гг. и далее до нашего времени. Поведение типа А и типа Б Розенмана и Фридмана, концепция поисковой активности Ротенберга и Аршавского, феномен алекситимии, психология телесности (Тхостов, Николаева, Арина).

## Первый этап становления специфического направления в психосоматике. Зигмунд Фрейд (и Йозеф Брейер)

В фокусе внимания, объект интереса – истерия.

Гипотетическое предположение: истерию вызвало некое конкретное происшествие, зачастую имевшее место быть много лет назад. При этом делается предположение, что приступы истерии (припадки, анестезии, парезы и т.п.) – это спонтанно наступающие эпизоды самогипноза.

Попытки «обнаружить» это событие обычными способами (опрос, сбор анамнеза, беседа), как правило, ни к чему не приводят.

Возможных объяснений этих неудач, по мнению Фрейда и Брейера, три (могут сочетаться): редко – людям просто не приятно говорить о таких происшествиях; часто – они просто не помнят об этом происшествии, событии; часто – не могут сами понять причинно-следственных отношений между событием и патологической симптоматикой.

Делается предположение, что первые две причины могут быть устранены гипнозом, третья – подключением мыслительных процессов т.н. психоаналитика (методом интерпретации).

Здесь есть расхождение между Брейером и Фрейдом. Брейер склоняется к тому, что причиной того, что некое событие стало причиной истерической симптоматики, является тот факт, что само оно произошло в «гипноидном состоянии». Фрейд же больше склоняется к тому, что это вызвано скорее существующими мотивами, потребностями и вообще жизненными обстоятельствами.

И у того, и у другого: «события» нет в произвольно доступной памяти, т.е. в сознании в связи с тем, что оно не интегрировано с остальными событиями (потому что оно иного качества – гипноидное; потому что оно не приемлемо).

Итак, еще раз. Из-за отщепления некоего материала воспоминаний от общего потока сознания происходит его конверсия в соматическую сферу. Если его не может быть в сознании, должно же оно куда-то деваться?! Вот это отщепленное воспоминание переводится в соматическую сферу.

В случае «травматической» истерии каждый раз во время приступов пациент в виде галлюцинаций переживает одно и то же событие, которое и спровоцировало первый приступ – это можно у него же и узнать.

При этом связь между истерическими симптомами и событиями (чаще всего, произошедшими в детстве) очевидная, ясная, детерминированная обстоятельствами этого события.

Например, во время приема пищи появился некий болезненный аффект. Он был подавлен индивидом (из-за его неприемлемости). Теперь же каждый раз во время приема пищи он проявляется снова и снова, вызывая тошноту и рвоту.

Другой пример. Девушка ухаживает за тяжело больным человеком, при этом перманентно пребывает в состоянии страха. В некоем дремотном состоянии её рука долгое время свисает со спинки кресла и в этом состоянии немеет. Позднее у неё развивается истерический парез. Она пугается возникшей фантазии-галлюцинации, хочет помолиться, но со страху не может вспомнить ничего на родном языке, а вспоминает детскую молитву на английском (родной язык – немецкий). Позднее она может говорить и писать только на английском и ничего не понимает по-немецки.

Еще пример. Молодой человек ассистирует врачам, когда они разгибают коленный сустав его брату. В момент сильного треска сустава, он сам ощущает сильную боль в коленном суставе. Эта боль держится почти год.

Но есть и другие случаи, где связь между обстоятельствами события и симптоматикой не столь очевидна. В этих случаях связь является символической.

Чиновник стал истериком из-за того, что с ним грубо обошелся начальник. У него случаются припадки, во время которых он падает, беснуется и неистовствует, не произнося ни слова и без галлюцинаций. Но, спровоцировав припадок под гипнозом, пациент сообщает, что заново переживает всю сцену, разыгравшуюся однажды, когда начальник обругал и ударил его тростью прямо на улице. Потом он опять переживает этот припадок, в момент, когда в зале суда ему не удалось привлечь обидчика к ответу – ассоциативно всплывает воспоминание с начальником.

Двигательные феномены при истерическом припадке можно расценить как общие формы реакции на аффект, сопровождающий воспоминание и как непосредственное выражение этого воспоминания.

Итак, поводом для появления истерических симптомов служат психические травмы. Ими могут быть любые события, вызывающие неприятные переживания. Это, конечно, зависит от восприимчивости человека. Часто при истерии обнаруживается несколько таких травм, которые или связаны друг с другом причинно-следственно или же приобретают травматический окрас в силу совпадения по времени с важным событием или моментом особой раздражительности.

Итак, травма действует НЕ КАК ВОЗБУДИТЕЛЬ БОЛЕЗНИ, который вызывает некий симптом, который потом обретает независимость и стабильность. Воспоминание о травматическом событии действует на человека скорее как некое чужеродное тело. Событие Х (воспоминание о нем) оказывает воздействие в течение многих лет непосредственно – истерики страдают от воспоминаний.

При этом постулируется следующее: воспоминание о травматическом событии имеет силу только за счет сопровождающего его аффекта. Следовательно, как только аффект будет переработан (с помощью слов), воспоминание утратит свою болезненную силу.

Терапия: событие Х нужно воспроизвести как можно ярче, довести до момента возникновения и «выговорить». При этом симптоматика резко обостриться, а затем уйдет раз и навсегда. Нужно создать условия для свободного протекания ассоциаций!

Вопрос: почему воспоминание о конкретном событии Х не идет на убыль, не лишается аффекта как многие другие?

Это зависит от того, последовала ли энергичная реакция на эмоциогенное событие: от плача до акта мести. Если человек отреагировал, то аффект убывает. Если реакция была подавлена, то аффект остается связанным с воспоминанием. Но не только отреагирование в поведении может принести облегчение. Так, неотреагированное воспоминание может быть включено в ассоциативный комплекс, корректироваться с учетом иных представлений. Так, к воспоминаниям о несчастном случае примешиваются воспоминания о благополучном исходе, о спасении. Воспоминания об обиде корректируются за счет рассуждений о собственных достоинствах. То есть аффект можно избыть при помощи ассоциации.

Почему люди могут не отреагировать аффект (в поведении или в ассоциации)?

* ситуация травмы сама по себе не предполагала такой возможности (человек умер)
* реакция была недопустима по социальным причинам
* речь шла о таких чувствах, которые сам человек считал недопустимыми и хотел бы вытеснить, забыть

Воспоминание о действенной психической травме можно обнаружить у пациента, пребывающего под гипнозом. Таким образом, при любой истерии имеет место быть рудиментарная форма расщепления сознания.

Предрасположенность к такой диссоциации и погружению за счет нее в аномальное состояние сознания – гипноидное состояние, является основным феноменом истерического невроза. Т.е. не «гипноз является искусственной истерией», а истерия существует в силу и на основе существования гипнотических феноменов.

Можно говорить о некоем континууме тяжести истерии. На тяжелом полюсе ее стоят предрасположенные к истерии люди – у них гипноидные состояния предшествуют заболеванию и как бы подготавливают почву, на которую аффект поместит воспоминание и соматические осложнения. На другом, благоприятном, полюсе располагаются случаи тяжелых травм, когда старательное подавление чувств (скорее всего, сексуальных) приводит к расщеплению даже у людей без предрасположенности. То есть тяжесть в зависимости от гипнабельности. Чем более гипнабелен человек, тем больше предрасположенность к истерии.

Почему такие представления-воспоминания являются столь действенными в плане соматической симптоматики? Потому же, почему действенным является гипнотическое внушение. Производные гипноидные состояния (не сны) являются тлетворными, вторгаются в жизнь на яву в виде истерических симптомов.

#### Психосоматическая проблема и гипноз

Начиная с Charcot (1886) конверсионные расстройства полагали тесно связанными с гипнотическими феноменами. В ранних теориях делается **предположение о едином механизме психопатологии и гипноза**. **Аргументы в эту пользу:**

1. **Сходство внушенных феноменов с психопатологическими симптомами.**

И в гипнозе, и в психопатологии может наблюдаться драматическое изменение в поведении и в субъективном переживании (в отсутствие очевидной биологической недостаточности, как то опухоль, очаговое поражение ЦНС, химический дисбаланс). Между внушенными в гипнозе феноменами и симптомами некоторых психиатрических пациентов существует по крайней мере фенотипическое сходство. Кроме того, есть основания утверждать, что структуры мозга, затрагиваемые психопатологией, в некоторой степени совпадают со структурами, обеспечивающими ответ на гипнотические внушения, изменяющие восприятие, ощущение движения и переживание боли.

1. **Сходство гипнотических и аномальных переживаний.**

Даже в отсутствие конкретных внушений обнаруживается сходство между описанием фоновых (не внушаемых) гипнотических переживаний высокогипнабельных людей и описанием патологических или аномальных переживаний. Кроме того, нервные структуры, затрагиваемые патологическим состоянием, вновь оказываются связанными с состоянием гипноза.

1. **Эффективность лечения гипнозом.**

Гипноз оказывается эффективным в лечении ряда психических расстройств.

В немногих проведенных исследованиях обычно подтверждается, что, по крайней мере, в случае конверсионных реакций гипнотические внушенные функциональные отклонения с точки зрения поведения и переживания идентичны реальным истерическим проявлениям и принципиально отличаются от расстройств органической природы (Malmo 1954, Sackheim 1979, Bryant and McConkey 1999).

Marshal (1997), Halligan (2000) обнаружили у пациентов с конверсионными расстройствами необычный рисунок активации в правой переднепоясной коре и правой орбитофронтальной коре при недостаточной активации контралатеральной сенсомоторной коры.

В гипнозе удалось воспроизвести ту же картину активации у группы здоровых высокогипнабельных людей, которым внушалось состояние паралича. Достоверно исключается притворство и аггравация (Oakley 2003, Ward 2003).

Blakemore 2003 исследовал отклонения в произвольности, характерные для некоторых психотических, обсессивных и неврологических расстройств (в частности, потеря произвольного контроля над движениями тела). Шести высокогипнабельным внушали самостоятельное движение руки (или рук). Сравнивалась картина мозговой активации с двумя другими состояниями: произвольное движение и истинно пассивное движение (когда рука подвешивалась на блок). При произвольном движении активировалась только обычная моторная кора (контралатеральная область мозга). При подлинно пассивном перемещении повышалась активация в обоих полушариях мозжечка, а также в областях теменной коры. В ходе же внушенного непроизвольного перемещения наблюдались оба рисунка активации (!)

У высокогипнабельных можно наводить галлюцинации в лабораторных условиях. Cleghorn 1992, показали, что правая переднепоясная кора, по-видимому, связана с шизофреническими галлюцинациями.

Szechtman 1998 провёл опыт с внушением слуховых галлюцинация (восемь высокогипнабельных здоровых). При внушении наблюдалась активация переднепоясной коры, аналогичная "реальному слышанию" стимула. Вновь подтверждается хорошее соответствие мозговых изменений, вызываемых гипнозом и психопатологией.

Великое множество нейровизуализационных исследований показали критическую роль передней поясной извилины. Этот участок, с одной стороны, участвует в переживании регуляции эмоций, а с другой стороны - в распределении внимания. Он оказывается перекрестком между лимбической системой и высшими мозговыми функциями. Можно предположить, что изменение субъективных переживаний в гипнозе отражает функциональные изменения в правой передней поясной извилине.

Freud и Breuer 1893-1895, Janet 1925, Шпигель и Шпигель 2004 отмечали это сходство и выдвигали гипотезы, которые заключались в том, что различные патологические состояния - тревожность, ступор, руминации и масштабная диссоциация - на деле служат примерами спонтанно наступающих эпизодов самогипноза.

Другим аргументом в пользу наличия общего базового процесса, связывающего гипноз и психопатологию, является двухсотлетняя история клинического применения гипноза для лечения психических расстройств. (глава 29) Вполне разумно предположить, что если вмешательство может ослабить или снять симптомы, то вероятно оно влияет на процесс, лежащий в основе этих процессов. С другой стороны, здесь есть логическая дырка и это не может считаться доказательством. ***Для экологической валидности теория гипноза должна объяснить как именно и почему гипноз оказывается эффективным в лечении пациентов с психическими расстройствами***.

Между психопатологическими феноменами и гипнотическими состояниями есть принципиальные различия: гипнотические феномены значительно более кратковременны и преходящи, и их легко можно обратить. Манифестация психопатологии куда чаще сопровождается дисфорией, чем в гипнозе (человек скорее получает удовольствие либо нейтрален).

**Принципиальное различие между психопатологией и гипнозом** заключается в том, что в случае гипноза топографическая регрессия не полная, кратковременная, локализованная и обратимая, позволяющая загипнотизированному пользоваться материалом первичных процессов в целях адаптации (регрессия на службе эго). Среди популяции людей способность погружаться в гипноз не связана с проявлениями психопатологии, так же как не связаны с ней способность видеть сны, способность творить, способность к остроумию. Проявления топографической регрессии в гипнозе контролируется, а психопатология – нет.

Итак, в ранней работе в соавторстве с Breuerом 1893-1895 Freud выдвинул предположение, что симптомы истерии представляют собой манифестации самонаведенных гипнотических состояний. Приступы истерии случаются из-за угрозы прорыва ранних травматических переживаний в сознание. Чтобы этого не произошло (или наоборот, из-за того, что интеграция в сознание не произошла), воспоминания «переводятся» (при помощи некоего механизма конверсии) в соматическую сферу (например, приводя к функциональным нарушениям, свойственным истерическим припадкам). Таким образом, предполагалось, что базовым механизмом для гипноза и истерии является отщепление некоторого психического содержания от основного потока сознания.

В работе "Толкование сновидений" Freud выделил два типа психологической регрессии: темпоральную и топографическую, которые он привлек для объяснения целого класса психических состояний - снов, психопатологии, гипноза, феномена переноса.

**Темпоральная регрессия**

Freud утверждал, что психическое развитие идет от менее к более сложным и организованным формам. Однако, он настаивал на том, что старые формы остаются функционирующими и доступными. В некоторых обстоятельствах ранние этапы вновь становятся способами выражения психических сил. Суть психического заболевания лежит в возвращении на ранние этапы аффективной жизни и функционирования. Freud явно определял гипноз как темпоральную регрессию - возврат к инфантильному способу функционирования 1921.

Много современных теоретиков психоанализа и когнитивных психологов развития приняли идею, что пройденные этапы развития не отмирают, а психопатология в сущности является темпоральной регрессией к одному или нескольким из ранее отвергнутых способов отношения к себе и другим. Упоминания о возможности темпоральной регрессии и возможном представлении психопатологии как закономерном откате в развитии – эта идея исключительно привлекательна для клиников и теоретиков, которые не видят никакого смысла в беспорядочной дезорганизации, вызванной патологией. В формулировке с привлечением темпоральной регрессии задается некоторая эквивалентность между предполагаемыми дефицитами развития в детстве и симптомами, наблюдаемыми у взрослых. Это повзволяет проложить курс для лечения с участием терапевтической регрессии на проблемные этапы развития и постепенным выстраиванием нормального развития от этой точки. В то же время теоретики гипноза привлекают идею Freudа о темпоральной регрессии для объяснения перцептивных, когнитивных и поведенческих отклонений у человека в гипнозе.

Однако есть серьезные основания отказаться от идеи Freudа о темпоральной регрессии. Начиная с Пиаже, большинство клиников и психологов развития утверждают, что старые струкртуры не сохраняются, на них влияет последующее развитие и получаемый опыт. Психические структуры ребенка необратимо изменяются в ходе развития и в результате инфантильные способы функционирования уже не доступны, так как их уже нет.

В самом деле, растущий объем исследовательской литературы не находит подтверждения аналогии между психопатологией взрослых и этапами нормального развития детей. Более того, тщательный анализ более 100 лет исследований темпоральной регрессии в гипнозе также не обнаруживает какого-то выделенного соответствия между поведением и переживанием взрослого в гипнозе и поведением настоящих детей (Nash, 1987). Таким образом, необходимая для темпоральной регрессии сохранность детских психических структур не подтверждается ни клиническими, ни лабораторными данными.

**Топографическая регрессия**

Представления Freudа о топографической регрессии основаны на понятии рефлекторной дуги в неврологии и физиологии. В данном случае регрессия – это тоже движение в обратном направлении, но не во времени, а в пространстве: движение из области структур мысли к ощущению и восприятию. В терминах Freudа – это сдвиг от вторичных процессов к первичным. В литературе мы находим обширное подтверждение связи образного мышления с первичными процессами.

Тогда, с точки зрения психоанализа, психопатология подразумевает регрессивный сдвиг от вторичных процессов к первичным, которые характеризуются символизацией, смещением, сгущением, нелогичными рассуждениями и эквивалентностью памяти и текущих переживаний. Freud считал, что первичные процессы мышления не ограничиваются патологическими состояниями, а всегда присутствуют и проявляются в остроумии, искусстве, сне, гипнозе и т.д. Формулировка патологических состояний по Freudу с таким видом регрессии получила широкое признание, однако для тщательного эмпирического изучения требовались более объективные меры, способные оценить величину подобного сдвига и его отражение на поведении, переживании и нейрофизиологии.

Исследовательская литература не оставляет сомнений по трем пунктам. Во-первых, регрессия от вторичных к первичным процессам не темпоральная, а топографическая. Первичные процессы мышления у взрослых не воспроизводят нормальное мышление детей. Во-вторых, разнообразные формы психопатологии действительно обнаруживают преимущественно первичные процессы мышления: нарушения мышления, алкогольная интоксикация, опьянение под марихуаной, параноидная шизофрения, синдром детской тревожности, нейрофизиологические нарушения, межполушарная ассимметрия, пограничные личностные расстройства, шизофренический процесс и социопатия. В-третьих, топографическая регрессия согласуется с текущими представлениями о параллельных архитектурах когнитивных процессов, некоторые из которых размещаются за пределами сознания (2006, Erdelyi).

Nash с коллегами обнаружили, что испытуемые под гипнозом, подвергшиеся возрастной регрессии, не были больше похожи на детей, чем контрольная группа симулянтов. Однако им были доступны более интенсивные эмоции (1979, 1985, 1986).

Проводилась регрессия к возрасту 3-х лет. Предлагалось представить себя в различных домашних ситуациях. В экспериментальных процедурах оценивалось отношение испытуемых к своим переходным объектам (мишки, одеяла и т.д.). Отношение испытуемых в гипнотической регрессии к таким объектам было значимо более спонтанным, конкретным и эмоционально насыщенным по сравнению с симулянтами. Сначала предполагали, что в определенных обстоятельствах возможно частичное восстановление межличностно значимых аффективных процессов при гипнотической возрастной регрессии. Но в более поздних исследованиях (1986) были выявлены принципиальные ограничения регрессии. Чтобы определить совпадал ли переходный объект, о котором говорили испытуемые в гипнозе с тем, который у них реально был в детстве, исследователи независимо опросили матерей испытуемых. Оказалось, что, несмотря на то, что испытуемые в гипнозе демонстрировали выраженную эмоциональную реакцию на переходные объекты, они намного реже правильно определяли свой детский переходный объект (в гипнозе правильно идентифицировали переходный объект – 23%, а контрольная группа – 70%). Более того, все воспоминания, полученные в ходе гипноза, не зависимо от их точности, включались в постгипнотические воспоминания. Т.е. уже после гипноза испытуемые использовали материалы воспоминания, полученные в ходе гипноза (уже не сомневались, что у них был именно такой мишка и т.п., т.е. включали в автобиографическую память). Nash заключил, что гипнотическая возрастная регрессия может открывать доступ к важному эмоциональному материалу (топографическая регрессия), хотя не обязательно достоверно воспроизводит то или иное событие.

Наряду с Freudом многие теоретики рассматривали гипноз как регрессию отношений (1909-1982 гг.). Однако почти все рассматривали эту регрессию как темпоральную. Фактически теоретики, наблюдая подчинение испытуемых воле гипнотизера, уподобляли её с безоговорочным послушанием маленького ребенка и заключали, что гипноз должен представлять собой темпоральную регрессию к инфантильным отношениям к родителю. Хотя каждый, кто был родителем двухлетки, немедленно поставит под вопрос то, насколько маленький ребенок послушен, но психоаналитическое сообщество ухватилось за идею того, что гипноз является феноменом переноса в темпоральном смысле. Однако они упустили из виду тот факт, что перенос является примером смещения и сгущения - неотъемлемых характеристик мышления в первичных процессах, а значит, относится не к детскому восприятию, а к топографической регрессии.

Шор (1979) определял архаическую привязанность к гипнотизеру как степень, в которой происходит временный перенос на гипнотизера базовых личностных установок, которые, как правило, связаны с родителями. Шихан (1979) говорил, что когда действует перенос, то реакции испытуемого могут выходить за пределы гипнотического сеттинга, и он будет взаимодействовать с гипнотизером личностно-значимым способом. Определения отличаются тем, что в одном акцентируются прошлые связи, а в другом актуальные компоненты связи, но в обоих случаях мы получаем ценные эмпирические данные о связи переноса и гипноза.

Вернемся к вопросу о том, почему у людей есть возможность входить и выходить из гипнотического состояния? Этот вопрос возвращает нас к понятию «конечной причины» Аристотеля. «Конечная причина» гипноза связана с ролью, которую гипнабельность сыграла в филогенезе гомосапиенс. Nash и Киллен (2003) предположили, что люди в гипнотическом состоянии обрабатывают информацию более целостно, с меньшими усилиями и большим автоматизмом. Часто они воспринимают свои слова, идеи и действия как нечто приходящее извне, подобно тому как многие поэты и писатели за работой (Мэдиган и Элвуд (1982). Границы между собой и другими, внешним и внутренним, реальными событиями и фантазиями оказываются весьма проницаемыми. Если бы гипнотическое состояние было перманентным, то адаптация человека к превратностям реальной жизни серьезно бы пострадала. Однако если овладение физической и социальной средой дополняется кратковременными, но захватывающими погружениями в подобное состояние, то высокая гипнабельность может повышать приспособляемость как индивида, обладающего этой чертой, так и сообщества, в котором он живет. Есть основания считать, что при решении некоторых творческих задач простое увеличение прилагаемых усилий может дать лишь отрицательный эффект (Баррон и Харрингтон, 1981). Восприимчивость же к спонтанно возникающим шуткам, импульсивным мыслям в особых случаях позволяет индивиду решить задачу, отказавшись на время от канонических представлений.

Гипнабельность может оказаться такой чертой, которая в подходящих обстоятельствах позволяет индивиду более творчески подходить к решению задач, проявлять более выраженную эмпатию в отношениях, и в конечном итоге более эффективно взаимодействовать.

#### Эквивалент приступа тревоги по Фрейду

Одновременно с моделью конверсии в ходе исследования «невроза тревоги» Фрейд сформулировал вторую концепцию психосома­тического возникновения симптомов, радикально отличавшуюся от конвер­сии.

Он обнаружил, что такие органические симптомы, как расстройства сер­дечной деятельности, дыхания, приступы потливости, дрожи, приступообраз­ный голод, понос, головокружение, сужение сосудов и парестезия, сопровож­дают приступ тревоги в качестве **«эквивалентов приступа тревоги»** или как «ларвированные (маскированные) состояния тревоги» и часто полностью заменяют его.

При этом тревога больных с неврозом тревоги, в отличие от тревоги при истерии и неврозе навязчивости, «не редуцируется при психологическом анализе» и «недоступна психотерапии». Тогда эта тревога не может быть следствием «вытесненного представления», и, следовательно, невозможен «психический сброс». Фрейд полагал, что **базисным механизмом не­вроза тревоги** и его органической симптоматики «является **отклонение сома­тического сексуального возбуждения от психики и вызываемое таким обра­зом патологическое использование этого возбуждения**».

**Гипотеза психосоматической специфичности №1**: «Имеется однозначная, логически понятная связь между симптомом соматического заболевания и содержанием вытесненного конфликта».

**Что подлежит критике в этом периоде?**

1)      Игнорируются общемедицинские знания.

2)      Идея единой этиологии самых различных заболеваний.

3)      Тезис о едином механизме возникновении самых разных симптомов.

4)      Критика метода (интерпретации).

5)      Идея многозначности симптома. Почему один и тот же по содержанию конфликт вызывает у разных людей разные симптомы? Почему разные по содержанию конфликты могут вызывать у разных людей одни симптомы и локализацию?

**Чем был полезен первый период?**

1. Возвращает человека в медицину – обратно к холистическому подходу.
2. Было обращено внимание на важность изучения самого раннего детства для понимания генеза соматической патологии и разрабатывались методы исследования.
3. Была подчеркнута **роль личного фактора** в болезни: смысл симптома, болезни.

## Второй этап становления специфического направления в психосоматике

Этот этап характеризуется сближением психосоматической медицины с традиционной медициной.

Франц Александер и его школа (30-е годы) – представитель европейского психоанализа. В 33 года эмигрировал в США, основал психосоматический центр в Чикаго, пытался снять противоречия, сделал шаги сближения психоанализа с медициной.

**1.** Вернул в психосоматическое направление идею полипричинности заболевания. Всякая болезнь – это результат нескольких причин. Этиологическое значение для заболевания могут иметь следующие факторы:

Б (болезнь) = f (функция от) {а, Ь, с, d, e, g, h, i, j,......n};

а — наследственная предрасположенность;

b — родовые травмы;

с — органические заболевания раннего возраста, вызывающие повышенную чувствительность определенных органов;

d — особенности воспитания в раннем возрасте (особенности отнятия от груди, приучения к туалету, укладывания спать и т. д.);

е — переживание телесно травмирующего опыта в детстве и младенчестве;

g — переживание эмоционально травмирующего опыта в детстве и младенчестве;

h — эмоциональный климат в семье и характерные личностные особенности родителей и сиблингов;

i — недавние телесные повреждения;

j — недавние эмоциональные переживания, связанные с интимными, личными и профессиональными отношениями.

**2.** Скорректировал гипотезу психосоматической специфичности в ее первоначальном звучании:

**Гипотеза психосоматической специфичности №2:**

Существует однозначная связь между содержанием конфликта и телесным симптомом. Добавил, что необходимо учитывать физиологическое отражение конфликта на теле. Речь идет о физиологическом аккомпанементе эмоций (Дж. Ланге).

Александер говорит о том, что наблюдается высокая межиндивидуальная вариативность этой совокупности физиологических реакций, сопровождающих эмоции, но большое индивидуальное постоянство. Для патогенеза в этом индивидуальном постоянстве физиологической активности наиболее важна психодинамика эмоций: изучается фактор повторяемости эмоций. Хронификация негативных эмоций и их сдерживание – вот что разрушительно.

Подавление стенических эмоций (симпатическая вегетативная система) приводит к артериальной гипертензии, неспецифическим полиартритам, нейродермитам.

Если носят хронический характер и подавляются эмоции астенического круга (парасимпатическая вегетативная система), то возникает риск бронхиальной астмы, сахарного диабета, язвенные поражения.

Также очень важна интенсивность переживания эмоции – чем выше физиологический сдвиг, тем выше риск патологии.

Немаловажную роль играет и эффективность защит личности. Чем примитивнее защиты (вытеснение, отрицание), тем вернее возникнет симптом.

#### Классификация психосоматической патологии, Александер

**Критерий – глубина подавления аффекта**.

Выделил 3 вида формирования психосоматической патологии:

1. истерическая конверсия;
2. вегетоневрозы – где физиологический фактор играет главную роль;
3. психосоматические заболевания органического типа – психосоматозы.

Наиболее глубокое подавление аффекта наблюдается в третьем типе.

В школе Александера впервые был описан и **круг болезней, относящихся к 3 типу (психосоматозам)**: артериальная гипертензия, язвенные поражения желудочно-кишечного тракта, сахарный диабет, нейродермиты, неспецифические полиартриты, бронхиальная астма, гипертериоз. Заболевания до полиартритов – не всегда психогенные.

Позже к этому кругу расстройств стали относить мигрени, ИБС (ишемическую болезнь сердца), туберкулез легких, некоторые относят даже онкологию, камни в почках и т.д. Это дискуссионно.

#### Типология конфликтов по Александеру

Критерий – вектор конфликта

**1 тип –** результат вытеснения или торможения импульсов враждебности, агрессивного самоутверждения.

Примеры:

У человека присутствуют постоянные агрессивные импульсы, которые он не может отреагировать во внешнем поведении и вообще подавляет их. В следствие постоянной агрессии у человека перманентно повышен тонус мышц. Это постоянное мышечное напряжение и является патогенным фактором для возникновения неспецифического ревматоидного артрита. То же самое подавление агрессии может приводить и к тиреотоксикозу и головным болям.

**2 тип –** в ситуации необходимости жесткого самоутверждения реагирует уходом в зависимое состояние. В случае опасности первый импульс – обратиться за помощью. Что прямо противоположно требованиям актуальной ситуации.

В обоих случаях **вместо взаимодействия с окружающим миром возника­ет аутопластическое изменение**. Александер указывает на то, что это актуаль­но для невроза, который всегда заключается в «отступлении от действия, в подмене действия аутопластическими процессами».

Общераспространенный пример – у человека в ситуации опасности вместо активных действий развивается понос. Интерпретируется как регресс к детскому типу реагирования. Человек делает то, за что его мама в детстве хвалила.

Пациент с неврозом желудка (повышенное выделение желудочного сока). Когда только наблюдает за агрессивным поведением (даже просто на экране телевизора), реагирует изжогой. Интерпретация: он отождествляет себя с агрессором, испытывает тревогу и реагирует привычным для себя способом – активацией парасимпатической системы, уходом в зависимое состояние. Стремление же к зависимости тесно связано с желанием быть накормленым. Поэтому вызывает усиленную деятельность желудка.

В эту группу относятся функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта: все формы нервной диспепсии, нервной диареи, кардиоспазма, различные формы колита и определенные формы запора.

Эти желудочно-кишечные реакции Александер относит к реакциям на эмоциональный стресс, основанным на «регрессивных паттернах» - то есть это возрождение реакции организма на стресс, свойственной детскому возрасту.

Голод – одно из первых осознаваемых ребенком напряжений. Он, как известно, удовлетворяется оральным путем. После оральной стимуляции возникает чувство насыщения. Александер предполагает, что возможность подобного (оральным путем) снятия эмоционального напряжения как бы отвязывается непосредственно от пищевой потребности и потом может служить удовлетворению иных потребностей.

Замужняя женщина, каждый раз, когда чувствует отвержение со стороны мужа, сосет большие пальцы рук. Сюда же относятся привычки курить или жевать жвачку во время эмоционального напряжения. Бронхиальная астма – уход от активности к поискам помощи.

**В начальной стадии расстройство, вполне может быть обусловлено избытком симпатической или парасимпатической стимуляции. Вскоре, однако, картина осложняется механизмами обратной связи, стремящимися восстановить гомеостатическое равновесие. Во всех вегетативных функциях участвуют оба отдела вегетативной нервной системы, и с появлением расстройства уже невозможно приписать возникающие симптомы исключительно либо симпатическим, либо парасимпатическим влияниям. Лишь вначале стимул, вызывающий расстройство, может быть идентифицирован с тем или другим отделом вегетативной нервной системы. Следует также иметь в виду, что гомеостатические реакции не достигают своей цели, и сверхкомпенсаторная реакция может затмить первоначальный возмущающий стимул.**

Почему в рамках одной направленности конфликта (вытеснение агрессии или пассивные регрессивные тенденции) ведут к расстройствам разных систем организма?

В целом, если подавляются агрессивные тенденции (которые должны были бы реализовываться в поведении в борьбе или бегстве), то симпатическая система оказывается в состоянии непрерывного возбуждения.

Когда подавленными являются тенденции в поиске помощи (в силу невозможности или непримемлимости), то непрерывно возбужденной оказывается парасимпатическая нервная система. Примером будет являться как энергичный язвенник, так и неврастеник – они оба не удовлетворяют свою потребность быть зависимыми.

Александер психодинамически исследует эмоциональные состояния, лежащие в основе органической патологии, развивая при этом концепцию «логики эмоций». Александер нашел, что во всех психи­ческих процессах может наблюдаться взаимосвязь и противодействие психи­ческих тенденций, которые, вне зависимости от содержания психических про­цессов, могут различаться относительно их «фундаментального динамичес­кого качества» и «общего динамического направления».

В этом смысле он говорит **о «векторном качестве» психических процес­сов,** различая следующие три вектора:

* 1. стремление к поглощению;
	2. стремление к выделению;
	3. стремление к удержанию.

Александер предполагает, что эти «векторы» в рамках объектных отно­шений могут становиться носителями как либидинозных, так и деструктив­ных импульсов, их полярность отражается в специфических «эмоциональных силлогизмах». Стремление к поглощению может, например, проявляться в потребности как что-то принять, так и что-то отнять. Стремление к выделе­нию может проявиться как в потребности что-то дать, так и в желании что-то агрессивно выбросить. Стремление к удержанию может означать стремление что-то сохранить у себя, чтобы выстраивать свое Я, но может означать и утаи­вание чего-то от других.

Александер считает, что эти векторы не только обозначают психо­динамические тенденции, но одновременно должны пониматься как основ­ные принципы всех биологических процессов.

Отчетливо выделяет **два механизма возникновения телесных симптомов:**

* конверсия (замещение), которая опосредуется реакцией физиологических систем;
* соматизация аффекта.

Итак, Александер считал, что симптом – это не символическое замещение подавленного конфликта, а нормальное физиологическое сопровождение хронифицированных эмоциональных состояний. Любая эмоциональная реакция, не нашедшая выхода в данный момент, имеет свой относительно четко очерченный соматический эквивалент. Специфичность заболевания, по его мнению, следует искать в конфликтной ситуации. Его модель поэтому часто называют «теорией специфических для болезни психодинамических конфликтов» или «концепцией специфического эмоционального конфликта».

Т.о., *если резюмировать*, пусковым триггером ситуации является аффективный комплекс, индивидуальные различия связаны с характерной для данного человека динамикой эмоций, а выбор органа мишени объясняется Х-фактором. Х-фактор – врожденность или наследственная слабость той или иной системы, органа.

Такое представление для традиционной медицины оказывается более близким, оно принимается медициной, хотя некоторые критические суждения есть.

Александер критикует попытки связать личностные черты с определенной соматической патологией. Самой известной такой попыткой является попытка Хелен Данбар. Эта связь является не непосредственной, а опосредованной определенным образом жизни. Черты личности просто лежат на поверхности! Итак, возникновение той или иной патологии связано со специфическими эмоциональными состояниями. Одни и те же эмоциональные состояния при этом могут быть вызваны двумя различными положениями вещей: фрустрацией в силу внутренних причин (самомнение) и внешних причин (холодная жена). В этих двух различных типах будут разные типы личности (один гордец, крепкий орешек, другой – мягкий, проявляющий свою потребность в зависимости – просто не удовлетворяющий ее).

### Модель двуэшелонной линии обороны Митчерлиха

Следующим важным шагом в объяснении психосоматических болезней стала **модель Митчерлиха – модель двухфазного вытеснения, защиты, обороны.**

Исходные положения:

1. Организм человека обладает хорошо развитой, многоуровневой, иерархически организованной психической защитой. От этой системы психической защиты и от качества этой системы зависит выносливость человека, его здоровье или болезнь. Это – центральное звено.

В системе психических защит человека выделяются два типа: нормальные и патологические. Нормальные защиты – это активные целенаправленные действия (изменение, коррекция ситуации), обсуждение проблем, поиск иных способов (соц.поддержка), рационализация – **по сути копинги.** Защиты патологического уровня – это невротические защиты: вытеснение, конверсия (содержание конфликта замещается симптомом). Если эта симптоматика проигнорирована, то на смену функциональным расстройствам могут придти более стойкие изменения – невротическое развитие личности. Если конфликт продолжается, может возникнуть патологическая защита.

2 этапа: настоящие телесные изменения – эффект соматизации, более глубокое  подавление.

Т.о. в соответствии с моделью двухэшелонной линии обороны А. Митчерлиха развитие психосоматического процесса представляется в такой последовательности:

1. Сначала человек пытается справиться с конфликтом при помощи исключительно психических средств на психосоциальном уровне в норме (нормальные защиты).

2. Если не получается – пытается справиться с помощью патологических защит.

2. Если по каким-либо причинам не удается справиться с угрожающим собственному существованию конфликтом чисто психическими средствами, т. е не «срабатывает первая линия обороны», подключается защита второго эшелона — соматизация, которая со временем может привести к структурным изменениям в том или ином органе.

Т.о., *если резюмировать*, пусковая ситуация – конфликт, индивидуальные различия связаны с типом доминирующих защит, а выбор органа поражения обусловлен слабостью системы.

### Теория десоматизации-ресоматизации Макса Шура

Также усовершенствованием взглядов психоанализа занимался и ученик Фрейда **Макс Шур. Он разработал теорию психосоматического симптомообразования: теорию десоматизации-ресоматизации** (конец 20-х годов 20-го века).

В ее основе лежит представление о неразрывности соматических и психических (эмоциональных) процессов у человека в раннем детстве. По мере взросления ребенка эта связь ослабевает, то есть нормальное развитие, по мнению Шура, соответствует понятию «десоматизация», а патологическое – «ресоматизация».

Предрасположенность к психосоматическим заболеваниям, таким образом, вызывается недостаточной дифференциацией эмоциональных и соматических процессов у людей с явлениями инфантилизма. У них любое эмоциональное нарушение легко трансформируется в нарушение соматических функций. Поэтому для профилактики психосоматических заболеваний очень важно создавать условия, при которых происходит адекватное психологическое созревание личности, следовательно, ошибки родителей в воспитании ребенка нужно считать одним из основных факторов в генезисе соматических болезней.

При объяснении природы десоматизации – ресоматизации М. Шур, как и многие другие авторы психосоматических концепций, обращается к идеям психоанализа, и в частности к представлениям З. Фрейда о структуре личности. Причины психосоматических болезней связаны с провалами в деятельности Эго и регрессией на более низкий уровень психосоматического функционирования. Развитое Эго обеспечивает контроль побуждений и эмоций, независимость от непроизвольных средств разрядки побуждений. Если под влиянием стресса защитные механизмы разрушаются, происходит регрессия на физиологический уровень реагирования и могут возникнуть сердечно-сосудистые, пищеварительные и другие расстройства.

Таким образом, чтобы понять природу психосоматического заболевания, необходимо обратиться к младенчеству – обнаружим, что младенец на первом этапе жизни реагирует одним и тем же комплексом соматических реакций на разные воздействия. В силу несформированности, недифференцированности иных, более совершенных способов реагирования этот комплекс психофизиологических реакций нерасчленен. По мере развития арсенал реагирования расширяется и происходит десоматизация, появляются более совершенные средства оценки, переработки, совладания с ситуацией. Если процесс развития арсенала реагирования нарушается, происходит ресоматизация (вследствие психических травм, депривации).

Т.о., *если резюмировать*, пусковой ситуаций в данной концепции считается конфликт, индивидуальные различия связаны с недостаточностью способов психического реагирования, а выбор органа поражения обусловлен органической слабостью.

### Концепция профилей личности в психосоматике. Проблема типологических особенностей личности в  психосоматике

Попытка усовершенствовать взгляды психоанализа продолжились другими авторами. Были гипотезы, обогащающие представления о психосоматическом симптомообразовании. Первая попытка – Хелен Фландерс Данбар – выдвинула гипотезу – теорию профилей личности.

Данвер выполнила работу по аналогии с Кречмером, создала классификацию профилей личности больных с психосоматической патологией. Основной тезис – не только важно понять, какой конфликт у человека, но и у какой личности.

В 1935 году вышла книга Данбар «Эмоции и соматические изменения», в которой она стремилась показать связь между определенными личностными особенностями и характером телесного заболевания. Обобщив 20-летний опыт работы психиатра в больнице общего профиля в книге «Психосоматический диагноз» она закончила разработку концепции **«профиля личности»**, считая, что эмоциональные реакции являются производными от личности больного, и это позволяет предполагать развитие определенных соматических заболеваний в зависимости от профиля личности.

Ею выделены **коронарный, гипертонический, аллергический и склонный к повреждениям** типы личности. Представление о личности, по мнению Данбар, могут дать лишь факторы в комплексе, взятые вместе: отношения с окружающими, социальный статус, образование, история прошлых болезней, семейная ситуация (разводы, потеря родителей, отношения с ними), частота болезней у родственников и т.д.

Отметим, что в **этой концепции берутся за основу довольно поверхностные детерминанты**, что здесь уже имеет место **выход за пределы интрапсихической сферы**, в широкую сферу жизнедеятельности человека.

Например, по Данбар, больные гипертонической болезнью амбициозны, но не очень уверены в себе, постоянно конфликтуют с начальством. Для них характерны конфликты между агрессивностью и чувством вины, между независимостью и стремлением найти защиту.

Блоки, по которым составляется профиль личности: мотивация, совокупность эмоциональных характеристик, особенности самосознания (самооценка, притязания), характер.

Трудность данной концепции – описанные профили выделены в наблюдении за больными-хрониками, а их личность уже изменена.

Т.о., *если резюмировать*, в данной теории пусковой ситуацией называется эмоциогенная конфликтность, индивидуальные различия в реагировании связаны с личностным профилем, а выбор органа поражения обусловлен наличием определенной слабости.

В русле теории «профилей личности» находится огромное количество работ, в которых описаны психологические особенности больных с определенной соматической патологией. Сюда же относятся исследования по разработке концепции о типах поведения А и Б. Хорошо известны и описания так называемой «раковой личности».

Вместе с тем, многие вопросы и в рамках теории профилей личности остаются нерешенными. Одна из главных линий ее критики – **полная неясность в отношении механизмов влияния личностных черт на развитие болезни.**

Б.Д. Карвасарский пишет, что общим итогом этих исследований явилось, скорее, отрицание личностных структур, характерных для отдельных заболеваний. Многие авторы склонны отказаться от поиска профилей личности и заменить этот аспект исследований **описанием особенностей личности психосоматического больного вообще**, рассматривая **в качестве базисной характеристики** наличие **инфантильной личностной структуры, невротической жизненной позиции**, поскольку соматическое выражение эмоциональных переживаний является инфантильной формой их выражения.

Поиск специфических конфликтных и жизненных ситуаций тоже не увенчался успехом. Стоквис считает, что **не важно, что переживает человек, а важно как он перерабатывает пережитое**, поэтому **не сами конфликты, а тип и характер их переработки могут обнаружить сходство** и в этом отношении можно говорить об их специфике.

## Психосоматика на пути поиска новых теоретических ориентаций

Для того, чтобы пато- (или сано-) генетические влияния, оказываемые психологическим фактором, например переживанием, создающим ситуацию эмоционального стресса, могли стать предметом строгого клинического или психологического исследования, необходимо, очевидно, этот психологический фактор достаточно точно описать. Но здесь мы сразу же наталкиваемся на характерные трудности.

Психологические феномены, относящиеся к области аффективных переживаний (именно такие переживания, как известно, наиболее резко влияют на течение болезни), описываются до настоящего времени с помощью очень неточных выражений, имеющих подчас характер даже только метафор или аллегорий.

 А если мы не можем точно охарактеризовать аффективный сдвиг, то можно ли надеяться, что влияние, оказываемое на здоровье и болезнь этим ускользающим от строгого анализа агентом, удастся уложить в рамки определенных закономерностей, в матрицу рациональных зависимостей, без опоры на которые научный подход не мыслим?

Вряд ли можно сомневаться в том, что эта неотшлифованность психологических понятий, недостаточная разработанность категориального аппарата теории эмоций сыграла определенную, и не столь уж малую, роль в накоплении трудностей, тормозивших развитие психосоматической концепции.

 Нельзя отвлекаться от того практически неустранимого, как правило, обстоятельства, что когда возникает задача исследования психологической ситуации, в которой психологический сдвиг спровоцировал возникновение (или, напротив, обратное развитие) болезни, то приходится ставить и решать задачу чаше всего post factum, т. е. заниматься гипотетической реконструкцией более или менее далекого прошлого.

Однако нечеткость используемых понятий и возможность анализа только post factum это отнюдь не самые большие препятствия, возникающие перед психосоматически ориентированным исследованием. Это неспецифично для психосоматической области.

Гораздо **значительней трудности, которые выступают как специфические для психосоматического подхода.**

**Первая** из них вытекает из недопустимости рассмотрения травмирующего (или санирующего) эмоционального фактора в отвлечении от системы психологических ценностей, от параметра значимости переживаний травмируемого психически субъекта.

Здесь почти все (а иногда и все) зависит не от объективных характеристик аффектогенного события (разлука, утрата, болезнь, оскорбление, страх, неудовлетворение потребности или, напротив, успех, достижение, освобождение, выздоровление, встреча и т. д.), а от значения, которое это событие имеет для субъекта. Именно «субъективное значение», а не «объективное содержание» обстоятельств, от которых дебютируют психосоматические сдвиги, прежде всего определяет последующую динамику клинического процесса. Объективность действия психосоматических причин не определима без анализа внутреннего мира субъекта. Интенсивность действия этих причин зависит от положения, которое они занимают в иерархии психологических ценностей субъекта. И это, конечно, чрезвычайно осложняет определение подлинных психосоматических детерминаций.

**Вторая** трудность. Определение же особенностей клинического течения этого расстройства, вплоть до его конечной фазы, оказывается в значительной степени зависящим от того, какие меры психологической защиты субъект оказывается способным развить, чтобы предотвратить возникновение или хотя бы ослабить выраженность отрицательных последствий психической травмы.

Идея психосоматического расстройства не менее тесно связана с концепцией психологической защиты, чем с концепцией значимости переживаний.

Психологическая защита выступает, в той или другой форме, как обязательный, по существу, компонент функциональной структуры любой психической травмы, развязывающей цепь патологических соматических нарушений. Представление о связи психосоматического расстройства с параметром значимости переживания и с активностью психологической защиты прочно вошло в современные трактовки. С этим все согласны. Однако возникает много конкретных вопросов, ответы на которые куда менее ясны.

***Какие именно «значимые» переживания выступают как прежде всего ответственные за провокацию психосоматических расстройств?***

***Какова природа, механизмы, возможности, роль психологической защиты?***

***В чем заключается своеобразие этой защиты в условиях нормы, субклиники, патологии органической и патологии функциональной?***

***Какова взаимосвязь в структуре психологической защиты разных ее компонентов - осознаваемых ясно, осознаваемых смутно и не осознаваемых вовсе?***

Ответ на эти вопросы неизбежно упирается в теоретические представления. В рамках психоанализа также были довольно большие расхождения в решении проблемы «ведущих» и, следовательно, наиболее «значимых» для субъекта мотивов поведения – от биологизирующих трактовок Фрейда до связывания этой проблемы со всей сложностью мотивов поведения, выявляемых анализом функций речи.

В отечественной школе психологии **мотивы** деятельности человека понимаются в рамках культурно-исторического подхода как социально-обусловленные, культурно-опосредованные и т.д. Ясно, что согласие по поводу факта зависимости психосоматической динамики от параметра значимости переживаний отнюдь еще не означает согласия по поводу того, к значимости каких переживаний мы должны в первую очередь обращаться, когда пытаемся раскрывать тайну зарождения психосоматического сдвига. То, что подобный анализ не мыслим без ориентации на иерархию психологических ценностей субъекта, ясно для всех, но представления о генезе и структуре этой иерархии варьируют пока в очень широком диапазоне.

Сходным образом обстоит дело и с проблемой психологической защиты. Согласие по поводу реальности факта - это менее всего обязательность согласия по поводу его существа.

**Концепция психологической защиты**, разработанная на протяжении последних лет советскими исследователями с позиции теоретических построений Д. H. Узнадзе и его школы, представлена в советской литературе во многих работах и, по-видимому, известна и за пределами Советского Союза. Мы напомним поэтому только некоторые основные относящиеся к ней положения.

Психологическая защита – специфическое преобразование системы психологических установок (системы отношений субъекта к самому себе и к окружающему миру, отношений, выражающихся в форме оценок, влечений, намерений, истолкований), которое возникает, обычно, вслед за психической травмой и направлено на нейтрализацию вызываемых последней тягостных для субъекта эмоциональных напряжений. В результате осуществления этой функции психологической защиты восприятие окружающего изменяется таким образом, что последствия психической травмы теряют в той или иной степени свою "значимость" для субъекта, а тем самым и свое патогенное влияние.

Если, например, в результате психической травмы отпадает возможность реализации в поведении какой-то уже упрочившейся эмоционально насыщенной установки, то нейтрализовать создающееся патогенное напряжение можно сформировав другую установку, более глобальную в смысловом отношении, в рамках которой конфликт между первоначальным стремлением и препятствием устраняется. Входя в функциональную структуру этой более широкой установки, первоначальное стремление преобразуется как мотив и поэтому обезвреживается. Существуют и различные другие конкретные формы защитного преобразования установок (имеющие, например, характер не включения уже сложившейся установки в более глобальную систему, а ее замещения в системе мотивов поведения, подстановки вместо нее иной установки, не встречающей препятствий при своем выражении в поведении; возможно проявление психологической защиты, происходящее по типу реорганизации установки с подменой лишь отдельных элементов ее содержания при сохранении ее общей направленности и т. д.).

Если же по каким-либо причинам защитная реорганизация психологических установок не происходит, то конфликтная ситуация, связанная с психической травмой, остается субъективно неразрешенной и новая, способная заместить нарушенную, упорядоченность отношений не возникает. В этих условиях психогенно возникающие клинические расстройства могут приобрести застойный и даже прогредиентно-деструктивный характер. Их становится трудно устранять даже при применении энергичного специального лечения.

Было показано, что способность к защитной трансформации психологических установок является типологической характеристикой, выраженной у разных людей в очень разной степени. Если у одних, "хорошо психологически защищенных", интенсивная переработка патогенных старых и возникновение более адекватных новых психологических установок начинается, как только лица этого душевного склада встречают даже незначительное препятствие в своих стремлениях, испытывают даже минимальную психическую травму, то другие, "плохо психологически защищенные", оказываются неспособными развить эту защитную активность даже в гораздо более серьезных случаях, даже тогда, когда над ними нависает угроза тяжелых психогенно обусловленных клинических расстройств.

Когда же прослеживается в связи с этой способностью к психологической защите динамика конкретных заболеваний, то выявляется, что начало самых разных патологических процессов (не только невротических расстройств, но и процессов грубо-органической модальности) бывает отнюдь нередко связано с предварительной дезорганизацией или даже с полным распадом механизма психологической защиты, как бы открывающими дорогу более грубым структурно и функционально физиологическим факторам патогенеза.

Общие идеи подобного рода высказывались ведущими советскими клиницистами как непосредственный вывод из данных врачебной эмпирии еще десятилетия назад (*См., например, относящиеся еще к 30-м - 40-м гг. работы известного советского терапевта Р. А. Лурия, в частности, его "Внутреннюю картину болезни" (переизданную в 1977 г.) и др*).

Охарактеризованное выше понимание механизмов и функций психологической защиты, преобладающее в советской литературе, отличается от того, как интерпретируется идея "психической защиты" ("psychic defence") в теории психоанализа. Вместе с тем нельзя не обратить внимания на то, что здесь обнаруживаются и некоторые элементы сходства. **Сходство** это проявляется, прежде всего, в том, что при любом истолковании "защитных" механизмов сознания их активность связывается с функциями бессознательного.

Много позже, в 60-х гг. в рамках школы Д. Н. Узнадзе возникли споры о том, неизбежна ли неосознаваемость психологической установки, не является ли основным моментом в ее динамике ее переходы из состояния неосознаваемости в состояние, при котором она отражается в сознании, - и наоборот. По этому поводу высказывались разные мнения, однако возможность существования неосознаваемых установок и важнейшая роль, которую они в условиях этой своей неосознаваемости играют в регуляции поведения, не подвергалась сомнению никогда.

В чем же заключается это различие, к чему сводится **расхождение** между объяснением природы бессознательного, разработанным психоаналитическим направлением, и пониманием, предлагаемым оппонентами этого направления?

* Главный недостаток психоанализа как концепции не философской, не методологической, а собственно-психологической – систематическое принятие частного за общее, ошибка возведения в ранг генерального (или даже универсального) закона таких черт, тенденций, особенностей, которые характеризуют в действительности лишь ограниченный круг явлений, наблюдаемых к тому же, как правило, только при наличии специфических, не всегда осуществляющихся условий. Подлинные общие зависимости от психоанализа ускользнули.
* Феномены вытеснения, проекции, сублимации, вымещения и т. п. выступают, по существу, как реальные и важные, но, тем не менее, неизменно лишь как частные формы защитной активности сознания, заключающейся в действительности, если определять ее обобщенно, **в изменении значимости переживаний**, которое стимулируется разными формами реконструкции психологических установок.

А поскольку неосознаваемая психическая деятельность неизбежным образом входит, более или менее скрыто, в функциональную структуру любой психосоматической связи, становится очевидным, насколько велика роль бессознательного в клинике и насколько необходимым является не только понимание реальности этого факта, но и определение конкретных форм и путей вмешательства бессознательного в формирование психосоматических синдромов.

Во второй половине 19 века возник вопрос о возможности непосредственного отражения в клиническом синдроме психологического содержания спровоцировавшего его эмоционального конфликта. Происходит формирование целого ряда новых теоретических представлений, новых клинико-психологических категорий, на долгие годы наложивших отпечаток на врачебную и психологическую мысль Запада. Мы имеем в виду постепенное упрочение таких представлений, как "понятная связь" (между эмоцией и синдромом) "символика" вегетативных реакций, "язык тела", "конверсия на орган" и т. п.

Психоанализом эти представления, особенно идея выражения на "языке тела" того, что вытеснено из области осознаваемого и не может быть реализовано в поведении, были, как это хорошо известно, положены в основу всего понимания отношений между душевной жизнью и болезнью. А западной психосоматической медициной психоаналитическая концепция "символической конверсии на орган" была принята, расширительно истолкована и превращена в принцип, на основе которого объяснялся патогенез не только истерических расстройств (как это имело место в первых работах Фрейда), но и многих нарушений более грубой, органической модальности. Так логическая простота концепции ("синдром - это лишь символ вытесненного") придала последней широкую популярность и огромную силу убеждения, влияние которого проявляется в разных формах поныне.

То, что в клинике истерии действительно можно наблюдать состояния, при которых между характером нарушения (формой синдрома) и конкретным психологическим содержанием предшествующих переживаний больного обрисовывается определенная логическая, "понятная" связь, не вызывает, конечно, никаких сомнений. В этих условиях соматическое или вегетативное расстройство действительно может приобретать, внешне, "символический" характер (парез, например, ноги при осознаваемом или неосознаваемом нежелании истерика куда-то идти и т. п.).

Широкий и глубокий характер имела предпринятая в рамках самой же западной медицины периода 60-х гг. критика ортодоксальных психоаналитических представлений, на которых долгое время основывался весь психосоматический подход (*Яркая картина этой критики дана, в частности, в известном обзоре Диповского [7]. Цитируемые далее критические замечания почерпнуты, в основном, из этого обзора*). В рамках этой критики подчеркивалось, что характерным для современного психосоматического направления является пересмотр преобладавших ранее узких представлений о психогенезе психосоматических расстройств; что признание сложности "психо-социо-биологических" детерминаций, определяющих болезнь и здоровье, постепенно все более замещает ранние "редукционистские" гипотезы, подсказанные ортодоксальным психоанализом; что важнейшей задачей психосоматического подхода на современном этапе является уточнение смысла используемых им понятий, устранение семантических и концептуальных двусмысленностей, которыми он изобилует. Указывалось, что психосоматическая медицина должна отказаться от "необузданного" ("frantic") стремления к выявлению психосоматических детерминаций соматических расстройств и обратиться в большей степени к таким проблемам, как неразрывная взаимосвязь психологических, биологических и социальных моментов, которая не только предрасполагает человека к болезням, но и противодействует последним; что чрезмерная концентрация внимания на интрапсихических конфликтах создает неадекватное, одностороннее представление о психике как о каком-то неисправимом болезнетворном агенте ("morbific agent"); что неправомерное расширение представлений о психогенезе соматических расстройств оттесняет на задний план важнейшую идею мультикаузальности, полигенетичности клинических синдромов и т. д. и т. п.

Учитывается отношение психосоматической концепции к фундаментальным психоаналитическим категориям, хотя бы к тому же упоминавшемуся уже принципу психосоматической специфичности (специфичности связей между содержательной стороной переживания, спровоцировавшего возникновение болезни, и характером спровоцированного клинического синдрома). Высказывающиеся по этому поводу подчеркивают, что **в последнее время "во все большей степени распространяется скептицизм по поводу методологической ценности идеи специфичности как объясняющей категории"** (Липовскнй); что "идея специфичности, как она понималась до сих пор, устраняется" (Гительсон); что вызывает удивление натянутость, **малая доказательность теоретических представлений о психологической специфичности как о факторе, определяющем развитие и локализацию рака (Гринкер).**

Основная идея в рамках отечественной школы: указание на зависимость течения болезни от активности отношения больного к своему страданию, к собственному внутреннему миру и ко всей окружающей его объективной среде.

«Иммунитет нужности» (описывавшийся неоднократно феномен высокой сопротивляемости заболеваниям в условиях осознаваемого или неосознаваемого переживания субъектом своей необходимости для успешного выполнения высоко "значимой" для него деятельности при катастрофическом падении этой сопротивляемости после ослабления интенсивности подобного переживания); как опыты с психической и болевой травматизацией животного в условиях предоставления животному возможности активно отвечать движениями на повреждающий стимул и без предоставления такой возможности (было показано, что соматическая патология развивается в значительно более тяжелой форме у животных второй группы); как уже приводившееся выше указание У. Грина на решающее значение, которое имеет в преодолении болезни функция "coping" (активность, позволяющая сохранять психологическую и физиологическую устойчивость, вопреки отрицательным эмоциям) и т. д. Все это - экспериментальные и теоретические указания на какую-то нами пока еще, к сожалению, мало понимаемую, но весьма, по-видимому, важную в плане борьбы с болезнью **роль общей "активности"** (организма и личности), направленной на преодоление неблагоприятных внешних воздействий. Эффектное экспериментальное обоснование такого общего понимания было дано недавно В. С. Ротенбергом и В. В. Аршавским [3], показавшими, что развитие соматической патологии у животного наблюдается лишь в ослабленной форме, если животное реагирует на травмирующие воздействия поведением активно, а не пассивно-оборонительного типа.

Какие еще есть темы для споров:

Реально ли суженное понимание конверсии, предлагаемое Энгелем и Шмалем (определение аффектом не существа, не природы соматического ответа, а только зоны его проявления, только его топических характеристик)? Если в клиническом синдроме не отражается конкретное психологическое содержание аффективного конфликта, то не может ли в нем, тем не менее, однозначно звучать тип аффекта (т. е. то, что хронический страх, например, вызывает иные формы соматической патологии, чем хроническая тоска или хроническое раздражение)? Как следует толковать примечательный и лишь изредка принимаемый клиницистами вo внимание феномен "shift-синдрома", описанного голландскими авторами (возникновение вместо одной болезни, устраненной в результате терапевтических усилий, какой-то другой, выявляющее скрытую психогенную, по мнению некоторых исследователей, обусловленность подобных клинических картин)? Наконец, вопрос особенно для нас важный: идентичны ли влияния, оказываемые на сому осознаваемым и неосознаваемым эмоциональным напряжением - душевным конфликтом, который ясно предстоит сознанию его субъекта, и противоречием мотивов, вытесненных в бессознательное?

Как отзвук исходных идей Фрейда существовало одно время представление, по которому разрушает здоровье, главным образом, вытесненное. Мы знаем теперь, что это далеко не так. **И осознаваемое эмоциональное напряжение может обуславливать катастрофические сдвиги.** Но существует ли какая-то специфичность в действии каждого из этих факторов, остается пока не ясным.

## 3 этап в становлении специфического направления

Формируются новые подходы к психосоматическим заболеваниям.

### Алекситимия

Феномен алекситимии – неспособность описывать человека словами собственные эмоциональные состояния (Кристалл, Овербэк – «Интеграция и самоисцеление: аффект, травма, алекситимия»). Николаева: «Алекситимия рассматривается как некоторая совокупность признаков, характеризующих психический склад индивидов, предрасполагающий их к заболеваниям психосоматической специфичности».

Выделяется Сифиосом. Это феномен психологического риска ряда заболеваний в генезе которых психический фактор очень важен. Было отмечено, что весь контингент больных, страдающих разными болезнями имеют нечто общее (психическое сходство – алекситимия).

Этот феномен характеризуется:

1. Лицам с алекситимией свойственно бесконечное описание отдельных физических симптомов, если они заболевают, иногда совершенно не по существу.
2. Ощущения этих лиц часто сводятся к пустоте, раздраженности, скуке, усталости.
3. Содержание суждений: отсутствие фантазии, часто ограничиваются перечислением различных деталей (дефект обобщения).
4. Лица с алекситимией испытывают значительные трудности в в подборе подходящих слов для описания их собственных чувств. Мимические и пантомимические движения не всегда адекватны состоянию, которое они испытывают. Например, плач похож на механическое действие, отщепленное от состояния, по впечатлению наблюдателей.
5. Импульсивность в действиях. Действие преобладающий способ жизни.
6. Межличностные связи бедны с тенденцией к зависимости, часто – одиночество.
7. Нарциссизм, пассивная агрессия, конформизм, психопатические черты.

Кристалл пытался произвести психологический анализ алекситимии. Это сложноорганизованный феномен, в котором он выделил **3 основных блока**:

* Эмоциональный блок;
* Когнитивный блок;
* Личностный блок.

Алекситимия – это не патология, а особый тип психического склада, тип риска.

***Эмоциональный блок характеризуется*:**

1)      Трудность дифференциации телесных и эмоциональных проявлений. В силу этого, лица с алекситимией не могут определить, что испытывают, например, голод или усталость, депривацию или эмоциональный дискомфорт, грусть или пресыщение.

2)      Трудность дифференциации собственных эмоций (злость -тревога, страх-обида).

3)      Слабое понимание и дифференциация эмоций у другого человека – риск конфликта.

4)      Слабая способность осознания эмоций.

5)      Дефицит произвольной регуляции эмоций.

Непонимание своих и чужих эмоций приводит к тому, что человек постоянно испытывает стресс, плюс – частота возникновения конфликтных ситуаций этот стресс усугубляет. А также, если эмоции плохо дифференцируются, это создает условия для более грубых эмоциональных состояний, аффектов – риск соматизации. Ко всему прочему у лиц с алекситимией плохо развиты механизмы совладания (раз есть 2, 3, 4, 5) – стресс трудно преодолеть, переработать, ведь выбору эффективных копингов помогают эмоции, кроме того, то, что плохо распознается – плохо и управляется – это универсальный закон психической жизни. Все это приводит к высокому риску соматизации.

Николаева: «Из важных признаков алекситимии является дефицит рефлексии, т.е. осознания собственной человеческой сущности, потребностей и мотивов деятельности и, следовательно, невозможностями управлять своими побуждениями, гибко перестраивать их в соответствии с требованиями ситуации, меняя при необходимости «жизненный замысел» в целом или находя новые внутренние средства для сохранения прежнего. Внутренняя закованность, отсутствие внутренних средств гармонизации жизни или неспособность их адекватного выбора и делают такого пациента подобным (по образному выражению одного из исследователей «чем-то вроде туго натянутого каната» (Это слова Кристала.) Резюмируя: «ограниченность осознания эмоций и когнитивной переработки аффекта ведет к фокусированию на соматическом компоненте эмоционального возбуждения и его усилению».

Т.о., алекситимия не патология сама по себе, но создает условия риска психосоматического заболевания.

***Когнитивный блок характеризуется:***

1)      Доступнее конкретные, ситуационные, детальные суждения, нет интереса к абстрактному знанию, испытывают затруднения в символике, абстрагировании. Возможно, эти качества понятнее, абстрактно-логическое мышление не сформировано.

2)      Недостаточность воображения, фантазии;

3)      Некоторый дефицит креативности;

4)      Бедность языка, плоскость;

5)      Абстрактно-логическое мышление обнаруживает дефицитарность при работе со снами (перечисление деталей сна без попыток объединить в сюжет, интерпретировать. Если просить это сделать – не может).

Следовательно, существуют трудности понимания себя, ситуаций, может быть искажение оценки – возможна провокация негативных, конфликтных отношений – риск соматизации.

***Личностный блок характеризуется*:**

1)      Инфантилизм;

2)      Дефицитарность структур самосознания (неустойчивость или ригидность самооценки, искаженное самоотношение) – дефицит произвольной регуляции проявляется на личностном уровне.

#### Проблемы изучения алекситимии

3 основные проблемы.

* 1. Генезис алекситимии. Существуют только гипотезы. 2 вида гипотез.

1)      Алекситимия и ее возникновение связано с функциональной организацией мозга. Дефицитарность либо вертикальных связей, либо горизонтальных. Надежной экспериментальной базы нет. (Семенович, Коростылева, Роттенберг). Вопрос врожденности или сформированности в ходе онтогенеза обсуждается.

2)      Характеризуется прижизненным становлением, это дефицит воспитания и развития. Существует вторичная алекситимия – описана у лиц после психотравмы в структуре ПТСР, у лиц, переживших значительные эпизоды хронического соматического заболевания (инфаркт миокарда, сложные операции, онкологические заболевания и т.д.). Алекситимия может возникать в особых условиях. Еще факты, доказывающие прижизненное формирование – частота диагностирования алекситимии у лиц, занимающихся неквалифицированным трудом и гораздо реже у лиц получивших образование.

* 1. Алекситимия как феномен риска для каких заболеваний?

Алекситимия описана у лиц с зависимостями, обнаружена у лиц с соматоформными расстройствами, у лиц с повышенной виктимностью.

* 1. Психологическая структура алекситимии.

Если алекситимия разнотипна по генезу, возможно, она может быть различна по структуре.

Можно выделить разные варианты струтуры.

Гипотеза В.В. Николаевой: алекситимия по психологической структуре не однотипна, можно выделить 3 вида алекситимии.

Тип А может быть связан с тем, на каком этапе онтогенеза человека возник дефицит условий развития.

1)      Ранние этапы – на первый план выходит эмоциональный дефицит.

2)      Второй период -  когнитивная дефективность.

3)    Поздний подростковый период, юношество – на первый план выходят личностные изменения.

Еще один не до конца решенный вопрос – является ли алекситимия устойчивой личностной структурой или зависит от ситуации?

Возможна ли коррекция? Необходимо ставить скромные цели. Наиболее эффективно применение гипноза, тренинги общения (обучение распознаванию эмоций у других людей).

Т.о., если резюмировать, пусковой ситуацией является эмоциогенная ситуация, индивидуальные различия связаны с типом алекситимии, выбор органа мишени – Х-фактор.

### Поведение типа А

**Существует еще одна попытка поиска специфичности – поведение типа А** – это определенная совокупность характеристик, черт, которые обнаруживают себя в действии, в общении, в активном поведении. Выделен кардиологами Фридманом и Розенманом (1959 г.).

Наблюдали большое количество больных с ИБС и сделали вывод о том, что вся категория этих больных обладает чертами сходства – единый профиль поведения. Они назвали это сходство поведенческого типа поведением типа А и предположили, что это поведенческий симптомокомплекс.

Он характеризуется: высоким уровнем притязаний, выраженной мотивацией достижения, конкурентностью, перманентным ощущением дефицита времени, глобальным перфекционизмом, при этом столкновение с препятствиями вызывает чувство враждебности и ярости, систематическим преодолением усталости, постоянной напряженностью, постоянной постановкой перед собой все новых и новых задач.

Лонгитюд в 8,5 лет показал, что люди типа А страдают от коронарных заболеваний в 2 раза чаще, чем типа Б.

Лица, обнаруживающие этот тип поведения – чаще мужчины, в возрасте 35-45 лет – они в 6,5 раз чаще заболевают заболеваниями сосудов. Мужчины с поведением типа А в 50-59 лет в 2 раза чаще заболевают болезнями сердца и сосудов, нежели те, у кого этого типа нет. Даже мужчины в возрасте 30-35 лет с типом А в 1,6 чаще заболевают.

Была сделана попытка выделить тип Б – у них противоположные поведенческие признаки: легко расслабляются, не склонны к конкуренции, не испытывают дефицита времени, мотивация достижения умеренная. Была попытка соотнести тип Б и заболевание язвы, но надежных результатов о такой связи нет.

Что же в наборе черт поведения типа А является наиболее патогенным? Исследования последних десятилетий 20 века отвечают на этот вопрос так: в структуре поведения типа А можно выделить 3 компонента, обладающих набольшей патогенностью: это

1) Конкурентность (постоянное сравнивание себя с другими);

2) Нехватка времени, жизнь в постоянном цейтноте;

3) Враждебность. Она рассматривается как наиболее выразительный предиктор сердечно-сосудистой патологии.

Коррел проанализировал выборку из 3000 человек с поведением типа А. Было выделено две группы: лица с низкими показателями враждебности и высокими. Прослеживалась жизнь испытуемых. У 48% лиц из 1 группы развилась патология сердца и сосудов, из 2 группы – у 70%.

Недостаток исследований заключается в том, что некорректно используется понятие «враждебность».

Бакелофф и Смит провели аналогичное исследование и получили аналогичные результаты (только испытуемыми были врачи).

Вопрос: высокие показатели враждебности могут обнаруживать себя как в структуре поведения типа А, так и вне ее, так всегда ли они составляют риск развития психосоматических заболеваний?

Высокие показатели враждебности есть в здоровой популяции у лиц с повышенной виктимностью, у лиц, переживших эпизоды зависимости, у лиц с бронхиальной астмой. Также враждебность может быть качеством, формирующимся в условиях тяжелой болезни.

Н.Г. Гаранян: высокие показатели враждебности в сочетании с перфекционизмом занимают важное место при тревожных и депрессивных расстройствах невротического круга.

Разными исследователями используются как синонимы понятия: враждебность, агрессия, гнев. Насколько синонимичны эти феномены? Не могут быть так использованы, нельзя сравнивать данные.

Buss – 80-е годы – именно невозможно как синонимы использовать эти понятия. Делает такой вывод, опираясь на структуру психической жизни человека, в ней 3 основных компонента: поведение, эмоциональность, когнитивная сфера.

Агрессия – относится к категории поведенческих проявлений, гнев – эмоциональность, враждебность – когнитивная сфера (как совокупность оценочных суждений).

Критика: (опирается на клинические наблюдения и исследования) – установить четкого соотношения агрессии-гнева-враждебности невозможно. Т.к.

1) враждебность не всегда проявляет себя через агрессивные реакции.

2) гнева может и не быть в этой триаде, наблюдаются иные эмоциональные состояния: тревожность, страх, обида, раздражение, чувство вины.

Проблема остается: каков статус категории «враждебность»?

Охматовская так анализирует категорию «враждебность». Враждебность рассматривается как совокупность негативных отношений человека к миру, людям. Выделяет ряд параметров анализа феномена враждебности.

1) может быть выделен объект враждебности (другие люди, животные, неодушевленные предметы, события);

2) враждебность может быть локальной или генерализованной, вплоть до паранойяльности;

3) интенсивность – количественная оценка, выраженность качества у субъекта;

4) степень осознанности собственного враждебного отношения – тоже могут быть получены количественные оценки;

5) качественная специфика враждебности. Вербальный уровень или поведенческий (или даже психосоматический – через активацию телесных систем);

6) различная степень устойчивости феномена враждебности.

Лица с поведением типа А ставят перед собой многочисленные напряженные цели на короткие промежутки времени. Недостаточно хорошо рассчитывают свои возможности, усилия, время и тем самым сами создают для себя напряженные, стрессовые условия жизни, с высоким уровнем эмоциональной напряженности, часто хроническим. Эта эмоциональная напряженность сопровождается высокими показателями физиологического возбуждения различных телесных систем вегетативно иннервируемых органов. Это способствует изменению состава крови, повышению ее свертываемости и приводит к высокому риску тромбообразования. Жизнь в условиях высокой эмоциональной напряженности приводит к учащению сердечного ритма, эта частота создает риск появления холестериновых бляшек на сосудистой стенке.

Также жизнь в режиме эмоционального напряжения ведет к повышению показателей артериального давления. Это показало мониторирование студентов, у них исследовалось АД в течение периода в пред-пост-экзаменационное время.

*У студентов с типом А цифры АД доходили до 137, у студентов без признаков поведения типа А АД в экзаменационной стрессовой ситуации доходило до 127-128.*

Хроническая жизнь в этом режиме отражается на состоянии сосудов, приводит к утрате гибкости сосудистой стенки, это способствует образованию атеросклеротических бляшек, сужает сосудистое русло, нарушает питание сердечной мышцы и может вызвать инфаркт миокарда, как тяжелое осложнение этой патологии сосудов сердца.

Т.о. психологический фактор запускает целую систему физиологических откликов организма, систему, которая приводи в итоге к патологии в виде ИБС.

Каков же генез поведения типа А?

Существует два основных тезиса:

1)      Важную роль играют наследственные признаки в виде определенной конституционной типологии, включая тип ВНД (эмоциональная реактивность).

2)      Важную роль играет стиль жизни, присущий данному человеку.

Стиль жизни имеет существенное значение, ведь поведение типа А выделено на мужской популяции. В социальную жизнь женщины еще не были включены на момент проведения первых исследований. Сейчас происходит рост сердечных заболеваний в женской популяции – это связано с вовлечением женщин в трудовую деятельность, с напряженностью, активностью.

Диагностирование: опросники, интервью. Первый шаг в диагностике сделали Фридман и Розенман, они составили описания, портреты лиц с поведением типа А. Созданы карты (со стандартными параметрами) для диагностического интервью (анализируется манера держать себя, походка, скорость движений, амплитуда движений, отношение к сотрудничеству, характеристика контакта).

Бороздина считает, что можно выявить факторы риска (поведения типа А) – это нарушение баланса между показателями самооценки и уровнем притязания – оно приводит к хроническому повышению тревожности.

Т.о., если резюмировать, пусковым механизмом является эмоциогенная ситуация, индивидуальные различия связаны с характерным для человека типом поведения, а выбор органа поражения обусловлен врожденным или наследственными качествами (слабостью телесной системы).

### Отрицательные эмоции и здоровье. Мифы и факты

Представление о противоположном влиянии на здоровье положительных и отрицательных эмоций имеет длинную историю, равную истории всей медицины. Множество фактов: про побежденных и победителей, про отрицательные эмоции, которые предшествуют соматическим заболеваниям. Боткин подчеркивал, что моральное состояние больного, вера в выздоровление и прочее оказывают решающее влияние на результаты лечения.

Идеи нервизма идут от Сеченова, стали теоретической основой для изучения роли ЦНС в регуляции функций внутренних органов.

По Александеру, в конечном счете, для возникновения психосоматозов критическим фактором является неудовлетворенность каких-либо потребностей, которая вызывает негативные переживания.

Таким образом, как бы глубоко ни заходили исследователи и врачи в объяснении природы психосоматических заболеваний, вредное действие отрицательных эмоций и положительное – позитивных, сомнений не вызывает. Это положение сделалось общим местом. Для его обоснования привлекаются многочисленные экспериментальные данные.

Эксперименты на животных. При электрическом раздражении зон отрицательного подкрепления (области мозга, раздражение которых вызывает чувство страха, враждебности и стремление избежать этой процедуры) все болезненные процессы протекают тяжелее. При раздражении же зон положительного подкрепления болезненные процессы протекают легче.

Подразумевается, что весь спектр эмоциональных реакций можно расположить следующим образом, в зависимости от потенциального влияния на здоровье:

Положительные эмоции

Состояние эмоционального равновесия (безразличие)

Отрицательные эмоции, проявляющиеся в поведении

Подавленные отрицательные эмоции

Итак, чем ниже по иерархической лестнице, тем вреднее для здоровья. Безразличное состояние полезнее, чем негативное эмоциональное напряжение, разряжающееся в поведении.

Эти представления, утверждаемые или негласно подразумеваемые, определяют и врачебную тактику. Считается, что отрицательные эмоции во всех случаях и любой ценой должны быть устранены.

Для этого широко применяются транквилизаторы, причем как в медицине, так и в быту. Так, например, их принимают совершенно здоровые люди после каких-либо волнующих событий или зрелищ, даже если эти волнения приятны. Таким образом динамика общих представлений такова: от уверенности в необходимости снятия отрицательного возбуждения до убежденности, что для здоровья полезно устранять любое эмоциональное возбуждение.

**Однако есть и факты, прямо противоречащие предыдущим выводам**.

Так, во время экстремальных ситуаций значительно сокращается как число психосоматических заболеваний, так и простудных. При этом при попадании в относительно благоприятные условия у людей вновь возобновлялись психосоматические заболевания.

Использование транквилизаторов перед операциями также дало неоднозначные результаты.

Прием транквилизаторов перед ответственными выступлениями и экзаменами также иногда приводит к отрицательным результатам, несмотря на то, что субъективно человек может ощущать себя более уверенным.

Таким образом, безоговорочно нельзя утверждать, что отрицательные эмоции имеют строго негативное влияние на здоровье.

Теперь что касается положительных эмоций. В медицине есть специальный термин «болезни достижения» или «депрессии достижения». Это заболевания, возникающие на гребне успеха, нередко после больших и длительных усилий, когда наступила возможность расслабиться и воспользоваться плодами трудов своих. Чаще всего это психосоматические заболевания, но иногда и инфекционные.

Что же происходит в этих случаях?

Первое предположение. В процессе достижения целей человек тратит слишком много сил и истощается. Но почему эта «жизненная энергия» истощается только в самом конце борьбы, уже после достижения победы? При этом, если к моменту достижения цели человек уже поглощен новыми планами, истощения не происходит.

Таким образом, можно сделать вывод, что знак эмоции не является определяющим фактором в развитии болезни.

**Какой же стресс вреден?**

В середине 60-х XX века было выполнено множество работ на животных с провокацией негативных и позитивных эмоций на фоне течения патологических процессов (экспериментальная эпилепсия, анафилактический шок, нарушения сердечного ритма).

Что касается эмоций, это два варианта.

Естественные условия: рядом с кошкой держат собаку, ограничение свободного поведения животного тесной клеткой, лишение пищи, постоянные незаслуженные удары током.

Стимуляция мозговых зон. Классические эксперименты Олдса, 1953 год. Крыса нажимает на педаль, замыкающую цепь в зоне «удовольствия» сотни раз в минуту, не обращая внимания на реальные «плюшки». Феномен «самостимуляции». Если электрод помещен в зону «неудовольствия», после первого же нажатия животное старается держаться от педали как можно дальше.

Итак, многочисленные исследования показали, что самостимуляция ослабляет течение патологических процессов, что хорошо согласовывалось с представлением о вреде отрицательных и пользе положительных эмоций. Однако углубленные исследования поставили этот вывод под сомнение.

Эксперименты Ротенберга и Арашавского с коллегами. По сравнению с отсутствием какой-либо провокации эмоционального состояния, самостимуляция действительно облегчает течение патологических процессов. При раздражении зон «неудовольствия» эффект оказался неоднозначным – в некоторых случаях соматическое состояние животных даже улучшалось!

Было показано, что данное различие было связано с характером реакции животного на раздражение зоны «неудовольствия». Если крыса принимала «активно-оборонительную» (попытки агрессии и бегства) позицию, то в некоторых случаях патологический процесс замедлялся также, как и при самостимуляции. При этом эмоциональная окраска активно-оборонительного поведения остается отрицательной!

При противоположном типе поведения – пассивно-оборонительном – патологические процессы расцветают пышным цветом. Когда крыса забивается в угол клетки, не пытается вырваться, при этом она находится в состоянии эмоционального возбуждения, словно ожидает неминуемой катастрофы. Или же может быть поведение по типу «мнимой смерти».

Симонов и Вайнштейн в экспериментах над собаками показали, что инфаркт сердца, вызванный экспериментальным путем, хуже всего ведет себя при пассивно-оборонительном поведении, тогда как активно-оборонительное поведение и самостимуляция оказывают благоприятное действие.

Классические эксперименты Миллера (1976) и Вейса (1968).

Два животных получают одинаковые по интенсивности и длительности удары тока. При этом одна из крыс имеет возможность найти в клетке рычаг, который прекратит удары током. При этом вторая крыса также избавляется от ударов током, но никакие самостоятельные усилия этой второй крысы не могли привести к прекращению ударов. Т.е. одно животное получало возможность активного контроля над ситуацией, для другого ситуация оказывалась совершенно неподконтрольной и вынуждала к пассивному ожиданию наказания и его прекращения. Когда через некоторое время животные забивались, оказывалось, что у «контролирующей» крысы гораздо менее обширные изъязвления желудочно-кишечного тракта, хотя обе крысы получали одинаковое количество одинаковых ударов током!

Предположение: более активную крысу спасает более интенсивная двигательная активность. Контрольный эксперимент: если повышение двигательной активности, наоборот, приводит к усилению/увеличению ударов током, то у крыс, которые научаются замирать, язвы не образуются. У тех же крыс, которых такие условия только провоцируют на усиление двигательной активности, наоборот, развиваются язвы так, что они даже могут погибнуть от кровотечения до забоя :)

Таким образом, по всей видимости, роль здесь играет сама возможность отыскать способ держать ситуацию под контролем.

#### Концепция конструктивной агрессивности Аммона

Человек рождается с предпосылками к активности, направленной на созидание, на творческое взаимоотношение с людьми. Такую активность он называет конструктивной агрессивностью. По смыслу этот феномен совпадает с пониманием поисковой активности Роттенбергом и Аршавским.

По Аммону, конструктивная агрессивность благополучно развивается в условиях благоприятного воспитания (эмоциональное тепло и забота без подавления инициативы). В ином случае место конструктивной агрессивности может занять агрессивность деструктивная или же будут подавлены обе формы агрессивности и тогда деструктивная агрессия будет направлена на самого себя, что и приведет к депрессии и/или соматическим заболеваниям.

#### Энжел и Шмайл (60-е гг. XX века)

Изучали психическое состояние, предшествующее соматическим заболеваниям. Подробно опрашивали пациентов о настроении и переживаниях в последние месяцы перед началом болезни. Обнаружили сходные черты этих состояний у разных пациентов, которые обозначили как синдром «отказа», «ухода» или «капитуляции». Из описания особенностей этого синдрома становится ясным, что речь идет об отказе противостоять жизненным трудностям, от надежд, от борьбы.

Энжел и Шмайл полагают, что этот синдром является надежным предвестником появления соматического заболевания.

### Концепция поисковой активности

Итак, знак эмоции для развития заболеваний не играет роли, поскольку отрицательно эмоционально окрашенным является и пассивно, и активно оборонительное поведение, однако влияние этих форм поведения на здоровье противоположно. При этом нет различий между активно-оборонительным поведением (с отрицательной эмоцией) и самостимуляцией (с положительной эмоцией). Наличие или отсутствие двигательной активности также не играет роли. Также ничего не объясняет преобладание симпатического или парасимпатического отдела вегетативной нервной системы: при пассивно-оборонительном поведении преобладает симпатическая нс, при реакции «мнимой смерти» - парасимпатическая нс, результат же в виде усугубления течения патологических процессов одинаков.

Что же объединяет такие различные формы поведения, как бегство, агрессия и самостимуляция, обеспечивая их протективное влияние на здоровье?

В 1974 году Р. и А. предположили, что таким общим знаменателем является **поисковая активность** – поиск, направленный на изменение ситуации в условиях, когда субъект не может быть уверенным в результатах своего поискового поведения, когда отсутствует определенный прогноз исхода всей ситуации.

В чем проявляется поиск во время самостимуляции? Самостимуляция состоит из двух этапов: на первом этапе – острое удовльствие, на втором – пресыщение вплоть до отвращения, что и заставляет разомкнуть цепь.

В экспериментах Аршавского с пассивной «стимуляцией» (животное под транквилизаторами с регулярной периодичностью получает стимуляцию зон удовольствия) оказалось, что таковая не выполняет протективной по отношению к здоровью функции. То есть, самих по себе положительных эмоций, переживаемых в пассивном состоянии, недостаточно для повышения сопротивляемости организма. Во-вторых, ставится под сомнение безоговорочная польза транквилизаторов.

Итак, с точки зрения Р. и А. поисковая активность – тот общий неспецифический фактор, который определяет устойчивость организма к стрессу и вредным воздействиям при самых различных формах поведения.

При этом пассивно-оборонительную реакцию во всех ее проявлениях РиА предлагают считать отказом от поиска в неприемлемой для субъекта ситуации. Т.е. именно сам отказ от поиска, а не неприемлемая ситуация и связанные с ней отрицательные эмоции делают организм более уязвимым к вредным воздействиям.

По РиА: фаза резистентности (по Селье) сменяется фазой истощения не непосредственно и не постепенно. Стресс сменяется дистрессом, когда поиск уступает место **отказу от поиска**.

Каковы критерии определения поисковой активности?

Ведь не всякое активное по внешним критериям поведение можно отнести к поисковому. Поисковую активность невозможно свести к какой-либо одной форме поведения. У животных она почти немедленно реализуется в действии, характеристика пассивно-оборонительной реакции достаточно известна. Дифференциация поиска и отказа от поиска у животных не представляет трудности. Однако не любую активность можно назвать поисковой.

**Исследования Вальдмана и др.** Некоторые животные реагируют на стрессовую ситуацию паническим поведением (мечутся по камере, повторяя одни и те же движения), нередко оно завершается типичным пассивно-оборонительным. Исследователи условно обозвали данный тип животных «эмоциональным». При этом дали им характеристику и вне стресса: исследовательская активность вне ситуации стресса низкая – они не обследуют новых помещений, избегают выхода в открытое пространство, повышенно тревожны, любое новое воздействие пугает их, они стремятся спрятаться. У них выражены такие показатели страха как повышенное выделение мочи и кала. Противоположный тип животных проявляет высокую исследовательскую активность (все наоборот).

Животных обоих типов помещали в стрессовую ситуацию. Помещали в стеклянную колбу, частично погруженную в сосуд с водой. Оба отверстия колбы были открыты. Для освобождения надо было нырнуть под водой. «Неэмоциональные» крысы довольно быстро находили этот выход.

Итак, причиной высокой двигательной активности может быть панический страх, который, в свою очередь, может:

* парализовать животное (типичное пассивно-оборонительное поведение);
* сделать поведение стереотипным и автоматизированным (как у «эмоциональных» крыс) – бессмысленные метания в панике.

У животных для идентификации поисковой активности можно использовать объективный показатель - гиппокампальный тэта-ритм.

#### Критерий поисковой активности у людей

У людей спорным является факт наличия гиппокампального тэта-ритма. И вообще регистрация мозговой активности у здорового человека затруднена. Благодаря развитым мышлению и речи большая часть психической активности не находит отражения в поведении.

Так как же можно дифференцировать поисковое поведение от всего прочего?

Все виды стереотипного, автоматизированного поведения, условно-рефлекторная деятельность, т.е. любое поведение, результаты которого могут прогнозироваться с высокой степенью вероятности **не относятся к поисковым.** В нашей жизни такая непоисковая активность занимает большую часть. Так, автоматически проходят сборы на работу, а часто и сама работа. Ситуация неопределенности же часто возникает только в межличностных отношениях. Однако и во многих семьях отношения порой настолько ритуализированны, что не остается места для неопределенности.

Также не относится к поисковому поведение при невротической тревоге и деперссии.

Неверно считать, что абсолютное преимущество всегда имеет поиск в сфере высших духовных целей. Все зависит от сформировавшейся системы ценностей. Для мещанина погоня за материальными ценностями играет не меньшую роль, чем для ученого – поиск истины. Однако, устойчивость их к неудачам оказывается все же неодинаковой.

#### Потребность в поисковой активности

В чем причины поисковой активности? Первым возникающим предположением является то, что поиск должен возникать тогда, когда не удовлетворяются какие-то потребности субъекта за счет предшествующих автоматизированных программ. При этом выходит, что поисковая активность подчинена другим потребностям человека. Такая точка зрения является достаточно распространенной среди физиологов. Так, они убеждены, что поиск возникает только для того, чтобы перейти от менее удачной автоматизированной программы к более удачной, тоже по возможности стереотипной. Тогда высшим достижением для организма будет автоматизация поведения.

Придерживающиеся такой точки зрения физиологи полагают, что основной и конечной целью любого организма является его выживание, которое в свою очередь невозможно без приспособления к окружающей среде. Приспособление же невозможно без сохранения равновесия организма с окружающей средой, т.е. без сохранения гомеостаза между организмом и средой. Таким образом, отрицается целесообразность любой тенденции, нарушающей гомеостаз. Т.е. поисковая активность, не обслуживающая какие-либо существующие потребности, может только нарушать гомеостаз, что нецелесообразно и даже вредно. Поэтому не может существовать никакой отдельной потребности в поиске.

Однако другие исследователи противопоставляют этой точке зрения теоретические представления и экспериментальные данные. Одни из противников гомеостатического подхода – профессор П.В. Симонов.

Можно ли считать потребность в самосохранении – высшей в иерархии потребностей? Может ли эта потребность быть удовлетворена на основании гомеостатического подхода?

Если в непрерывно меняющемся мире организм будет лишь только следовать за изменениями, стараясь приспосабливаться к ним, он проиграет во времени и инициативе. По этой причине для самосохранения любому организму нужно стремиться к нарушению гомеостаза. Это стремление осуществляется за счет потребностей в росте, развитии и самоусовершенствовании. К таким потребностям можно отнести потребность в получении новой информации, потребность в новых впечатлениях и т.п. РиА полагают, что все их можно в конечном счете свести к потребности в поисковой активности.

Существуют экспериментальные данные, подтверждающие самостоятельный статус потребности в поисковой активности. Например, В.А. Петровский исследовал надситуативную активность человека. Эксперимент с остановкой игрушечного поезда до определенной черты. Испытуемые сами ставили перед собой более сложные, чем было обусловлено инструкцией, задачи.

Эксперименты с животными на выявление чистой потребности в поиске. Крысам создавали условия, когда все их базовые потребности были удовлетворены. В «райской» камере, в одной из стенок была дверь, ведущая в необжитое пространство. После короткого промежутка времени, после освоения комфортабельной камеры, крысы предпринимали попытки проникнуть в это помещение. При этом они осторожно продвигались по коридору, проявляя все признаки страха.

В естественных условиях у животных выявить потребность в поисковой активности не так легко, поскольку животное перманентно занято удовлетворением базовых потребностей, а потребность в поиске удовлетворяется параллельно с ними. Возможность удовлетворения этой потребности в чистом виде появляется у человека благодаря высокой социальной организации, позволяющей освободить поисковую активность от роли «служанки» базовых потребностей. Поисковая активность становится основой творческой деятельности.

Потребность в поиске является движущей силой саморазвития каждого индивида. Прогресс популяции в целом во многом зависит от степени ее выраженности. Поэтому отказ от поиска биологически вреден как для отдельного индивида, так и для всей популяции в целом.

Несмотря на то, что потребность в поиске – врожденная, ее интенсивность может колебаться в широких пределах (также как и сексуальная потребность, например). Генетически заложены только предпосылки к ее формированию, а реализация этих предпосылок зависит от условий формирования, в особенности от воспитания.

Развитие потребности в поиске напрямую зависит от вовлеченности ребенка в деятельность, в общение со взрослыми и сверстниками. В связи с этим две «противоположные» ситуации одинаково неблагоприятны для формирования этой потребности:

1. Условия, в которых вся активность ребенка наталкивается на сопротивление. Всякая поисковая активность воспринимается как ведущая к наказанию и обесценивается: поиск опасен и не сулит удачи. Здесь речь в большей степени идет о раннем младенческом возрасте. На этом этапе важен отклик на малейший призыв к общению и т.п.
2. В более позднем возрасте, если все желания ребенка удовлетворяются немедленно и безо всяких усилий с его стороны. Если близкие бдительно следят за тем, чтобы ребенок не проявлял никакой инициативы. Если ребенок выключен из общения со сверстниками, в рамках которого волей-неволей приходится отстаивать свои интересы самостоятельно. Тогда потребность в поисковой активности не развивается или угасает. В этом периоде ребенку необходимы преодолимые препятствия.

Если потребность в поисковой активности развилась недостаточно, то в дальнейшем поиск будет обусловлен лишь ситуативно, т.е. направлен на удовлетворение других потребностей. Такой поиск будет сопровождаться неприятными переживаниями и будет не слишком эффективен. Формирование новых целей, развитие новых потребностей, движущих личность вперед, будет резко затруднено.

Люди с высокой потребностью в поиске плохо переносят монотонию («день сурка»), для лиц с низкой потребностью в поиске такие условия предпочтительны.

Хронический дефицит поисковой активности вне экстремальных ситуаций приводит к атрофии самой способности к поиску. В итоге, даже в ситуации стресса, когда поиск необходим, поисковая активность значительно снижена.

С низкой потребностью в поиске связаны апатия, безразличие. Отсутствие поисковой активности снижает устойчивость организма к любым вредным воздействиям, даже тем, которые легко переносят другие люди. Вероятно, при этом ускоряются и процессы старения.

Американские исследователи провели лонгитюд с тремя группами – больных депрессией, апатией и здоровыми. Депрессивные испытуемые часто прибегали к суицидальным попыткам. Апатичные в среднем умирали раньше здоровых испытуемых, при этом они погибали от тех болезней, с которыми здоровые испытуемые легко справлялись.

Среди пенсионеров наименьшее число проблем со здоровьем имеют те, кто сохраняет активность и испытывает ответственность за семейные или общественные дела.

Американские матери-одиночки, вынужденные работать для обеспечения своих детей, по сравнению с более обеспеченными женщинами (у которых не обострено чувство собственной нужности) меньше болеют.

Таким образом, многочисленные данные говорят в пользу того, что поисковая активность обладает стимулирующим действием на организм и повышает его устойчивость к действию вредных факторов.

#### Физиологические механизмы поискового поведения

Есть веские основания полагать, что выраженность поискового поведения находится в прямой зависимости от содержания в мозгу некоторых биологически активных веществ – катехоламинов (серотонин, дофамин, адреналин, норадреналин и др.).

**Американский исследователь Миллер и др.** показали, что соматические нарушения в условиях экспериментального стресса возникают у животных только при падении уровня мозговых катехоламинов. Искусственное снижение этого уровня при помощи фармакологических средств способствует развитию пассивно-оборонительной реакции по типу капитуляции, сопровождающейся соматическими нарушениями.

*Это хорошо согласуется с клиническими данными о длительном применении резерпина (применяющегося как при артериальной гипертензии, так и при психозах) и нейролептиков, которые снижают уровень мозговых катехоламинов, приводя к депрессии.*

 Если перед стрессом ввести животному препараты, препятствующие снижению уровня катехоламинов, становится значительно сложнее довести животное до состояния отказа от поиска.

#### Два варианта отказа от поиска

Сама по себе высокая потребность в поиске не обеспечивает постоянной реализации этой потребности в поведении. Уменьшение поисковой активности (несмотря на высокую потребность в ней) возможно в двух ситуациях.

1. На каком-то этапе жизни **сложившаяся ситуация начинает полностью устраивать человека как оптимальная.** Все актуальные потребности могут быть удовлетворены без поиска, на основе сложившихся стереотипов. Успех в деятельности приходит на основе предыдущих успехов, как бы сам по себе. Достаточно относительно небольших усилий для поддержания своего положения, усилий, неизмеримо меньших, чем те, которые были приложены для достижения изначального успеха. Если никакой следующей вершины человек для себя не мыслит, если он готов к «почиванию на лаврах», то такие обстоятельства прямо мотивируют человека на отсутствие поиска. Тогда любое изменение рассматривается как потенциальное ухудшение актуальных условий, как возможность потерять достигнутое. Это в свою очередь приводит к блокаде поискового поведения и в результате возникает фрустрация потребности в поисковой активности.

При этом, если ранее сформировавшаяся потребность в поиске достаточно велика, то «триумфатор» начинает ощущать смутное беспокойство и не может понять, почему его жизнь не полна счастьем (на что он рассчитывал). Субъективное переживание фрустрации потребности в поиске обладает следующей динамикой: от «Пусть все будет не хуже, чем сейчас», через опасение «Все слишком хорошо, чтобы могло продолжаться долго», до отчаянного «Если что-то плохое должно случиться, пусть случиться сейчас». Несмотря на полное формальное благополучие, у человека нарастает либо ощущение тревоги, либо ощущение подавленности. Когда ситуация действительно меняется к худшему, человек вздыхает с облегчением, поскольку появляется реальный стимул к поисковой активности.

Если объективного изменения ситуации (к худшему) не происходит, нарастающее эмоциональное напряжение помогает субъекту переструктурировать действительность в своем сознании так, чтобы возникла некая «псевдопроблема», на решение которой и будет направлена поисковая активность. Например, человек может «внезапно» влюбиться, «выбрав» заведомо недоступный объект влюбленности. Если же и эти обходные пути не срабатывают, то могут возникнуть «болезни достижений», на борьбу с которыми, на поиск излечения которых и будет направлена поисковая активность.

С точки зрения РиА, болезни достижения – психосоматические заболевания, обусловленные хронической фрустрацией потребности в поиске, дефицитом необходимой поисковой активности.

1. **Отказ от поиска в условиях, которые не устраивают субъекта и требуют активного поиска выхода**
	1. Отказ в условиях абсолютно определенного прогноза;
	2. Отказ в условиях неопределенного прогноза.

Почему же отказ происходит в столь неподходящих для этого условиях?

**Энжел и Шмайл** полагают, что **отказ от поиска здесь выполняет защитную функцию – он отражает переживание истощения ресурсов и тем самым предотвращает полное истощение энергетических резервов.** Тогда отказ от поиска аналогичен «спасительному избеганию».

Контраргументы.

Но что же истощается? Точно не энергетический резерв (см. критику РиА теории Г. Селье).

Жизненные наблюдения и клинический опыт демонстрируют обратное. Так, например, человека из депрессии и подавленного состояния может выйти (то есть синдром отказа смениться поисковой активностью) в следствие изменения ситуации к худшему – когда внезапное несчастье потребует решительных действий во имя спасения себя и близких. Очевидно, что в этих случаях никаких энергетических или материальных ресурсов человеку не поступает.

Применение транквилизаторов может иметь активизирующее влияние, вызывая смену синдрома отказа на поисковое поведение. Эксперименты М.М. Козловской на животных показали, что транквилизаторы уменьшают выраженность пассивно-оборонительного поведения и восстанавливали поисковое, ориентировочно-исследовательское поведение. Здесь также не идет речи о восстановлении энергетического потенциала.

**Тогда возможно, что отказ от поиска отражают не объективную, а субъективную оценку своего состояния и прогноз результатов деятельности?**

#### Невроз и поисковая активность

Механизмы психологической защиты можно разделить на 3 группы:

1. Защита на уровне перцепции. Я просто не вижу того, что мой оппонент успешней меня, а значит у меня нет никаких оснований для ревности, зависти и чувства собственной неполноценности.
2. Рационализация – бессознательное изменение отношения к травмирующей ситуации, при котором она либо перестает быть травмирующей:
	1. Обесценивается сама потребность по типу «зеленого винограда»;
	2. Устраняется амбивалентность отношения к ситуации и появляется возможность для интегрированного поведения:
		1. «он успешен, так как попросту подл, а значит, моя агрессия по отношению к нему вполне оправдана»
		2. Концептуализация: «его успехи – фальшивка, скоро его раскусят, а уж я поспособствую этому»);
		3. Перенос (проекция): «он кичится своими успехами, а на деле сам завидует мне и не упускает возможности, чтобы меня уничтожить. Если не оказывать ему активного противодействия, он сживет меня со свету». Т.е. я испытываю враждебность не из-за того, что он успешнее, а из-за того, якобы, что оппонент сам агрессивен по отношению ко мне.
3. Вытеснение – процесс недопущения в сознание одного из конкурирующих мотивов вместе с информацией, которая могла бы его активировать. При этом вытесненный мотив не находит отражения в поведении, однако по-прежнему требует удовлетворения. В результате у человека возникает чувство необъяснимого напряжения – невротическая тревога.

Невротическая тревога – результат специфически человеческого отказа от поиска. В результате невротической тревоги включаются невротические механизмы защиты, снижающие тревогу. Так, разлитая тревога трансформируется в тревогу о здоровье, в фобии и т.п. Тогда открывается возможность для **вторичной поисковой активности** (походы по врачам, например). Вторичная поисковая активность не на изменение самой неприемлемой ситуации или отношения к ней, а на устранение последствий этой ситуации (тревоги). Вторичная поисковая активность не исключает отказа от поиска, а сосуществует с ним! Тем не менее, вторичная поисковая активность также выполняет защитную функцию по отношению к соматическому здоровью.

#### Отличия между неврозами человека и экспериментальными неврозами у животных

Экспериментальный невроз вырабатывается при предъявлении животному задачи, с которой оно не способно справиться.

Эксперимент Павлова с собакой. Исходно вырабатываются условные рефлексы на круг и эллипс – идти к кормушке и забиваться в дальний от кормушки угол, чтобы избежать ударов тока соответственно. Затем круг и эллипс становятся все более неразличимыми, собака перестает дифференцировать их и регулярно получает удары током при приближении к кормушке. Не пытаться приблизиться к кормушке она тоже не может – она очень голодна. Итак, после серии неудач у собаки развивается экспериментальный невроз – поведение ее становится хаотичным, на любой стимул она отвечает реакцией пассивного страха, учащаются позывы на стул и мочеиспускание, регистрируются вегетативные признаки эмоционального напряжения, угасают все ранее выработанные условные рефлексы. Через некоторое время к этому присоединяются нарушения внутренних органов: образуются язвы желудочно-кишечного тракта, может нарушаться сердечный ритм и кровоснабжение сердца, животное худеет, теряет шерсть и т.п.

Условия выработки экспериментального невроза совпадают с условиями выработки выученной беспомощности.

Причины возникновения невроза у животных коренным образом отличаются от причин формирования неврозов у человека.

У животного создается конфликт между мотивом самосохранения и пищевым мотивом. Но этот конфликт обусловлен внешними, а не внутренними причинами. Сами по себе эти мотивы не взаимоисключающие. У человека же при неврозе удовлетворение одного из мотивов само по себе угрожает целостности самосознания.

Поэтому **экспериментальные неврозы на животных – адекватная модель для некоторых стрессовых ситуаций, но не** человеческих **неврозов**.

У человека также может быть отказ от поиска, обусловленный внешними причинами, ведущий к тревоге и депрессии и тогда это будут реактивные состояния. От невротических они будут отличаться механизмом возникновения.

У животного нарушения поведения и соматические расстройства развиваются одновременно. У животного отсутствует возможность с помощью невротического поведения предотвратить развитие соматической патологии. У животных не может быть исключительно соматических расстройств, не сопровождающихся изменениями поведения. То есть состояние отказа от поиска у животных не дифференцировано на невроз и психосоматоз.

### Концепция выученной беспомощности М. Селигмана (70-е гг. XX века)

**Эксперименты на животных.** Если животное в течение некоторого времени бьют током и от этих ударов животному никак нельзя избавиться, то после ряда попыток найти какой-то выход животное становится пассивным и безынициативным. При этом вегетативные показатели в ряде случаев свидетельствуют о высоком уровне эмоциональной напряженности (учащенный пульс, учащение выделения мочи и кала). Вскоре после этого у животных появляются нарушения внутренних органов.

Если животное после этого поместить в условия, в которых оно могло бы прекратить свои мучения, оно оказывается неспособным к поиску такого выхода. При этом животное из контрольной группы (которое не побывало в безвыходной ситуации) после нескольких попыток находит способ избежать ударов током.

Селигман предположил, что у животных, которых длительное время подвергают неустранимому наказанию, формируется выученная беспомощность. Селигман считает, что это происходит из-за обнаружения животным отсутствия какого-либо влияния своего поведения, направленного на спасение, на результат: что бы животное не делало, все оказывается бесполезным.

**Эксперименты на людях**. Если испытуемым сначала предлагалась серия нерешаемых задач, затем они хуже справлялись с задачами, которые имели решение.

Если испытуемым мешать бессмысленными звуковыми сигналами, от которых нет спасения, то потом, при появлении возможности выключить их, люди не находят этого способа.

Селигман полагает, что **механизм выученной беспомощности лежит в основе развития реактивных депрессий**.

Эта концепция получила широчайшее признание и интерес исследователей. В ходе углубления исследований ряд положений был уточнен и углублен.

Так, оказалось, что **у людей формирование (или не формирование) выученной беспомощности** (в соответствующих условиях) зависит от их исходных психологических установок. При утрате влияния на угрожающие события депрессия развивается у лиц:

* с внутренним локусом контроля по отношению к неудачам и внешним – по отношению к удачам.
* склонным к сверхобобщениям по отношению к неудачам: неудача относится не только к конкретной ситуации, но и к любым другим событиям в жизни, как в прошлом, так и в будущем.
* склонным к восприятию своего неуспеха как чего-то, что могло произойти только с ним (другой человек бы справился, с другим бы вообще не произошло и т.п.)

Селигман показал, что если человек считает задачу не решаемой в принципе, то чувство беспомощности не распространяется на другие события в жизни. И наоборот, если человек считает, что он и только он не в состоянии справиться с решением задачи, то обучение выученной беспомощности идет особенно интенсивно.

*При массовых катастрофах депрессии развиваются не так часто, как можно было бы ожидать*.

Однако эксперименты показывают, что не у всех животных возможно выработать выученную беспомощность. Селигман связывает этот факт с предшествующим опытом животных, служащим «иммунитетом» к выученной беспомощности.

Экспериментальная проверка. Животное находится в условиях случайного чередования успехов и неудач в соотношении 1 к 1. После этого животное помещают в безвыходную ситуацию и оно гораздо дольше сохраняет активную позицию (по сравнению с контрольной группой). Делается предположение, что особи, у которых не удается сформировать выученную беспомощность, получили сходный (экспериментальному) опыт в ходе онтогенеза.

В 1982 году Селигман представил результаты **влияния выученной беспомощности на устойчивость организма к росту злокачественных опухолей**.

Две группы крысят подвергали болезненным ударам электрического тока. Одну группу «обучили» выученной беспомощности, другая же при достаточном упорстве могла предотвратить дальнейшие удары. Затем крысятам дали подрасти и уже взрослыми каждую группу разбили на две подгруппы и вновь повторяли эксперимент с ударами током. Таким образом получилось 4 группы:

1. Крысы, пережившие в раннем возрасте опыт беспомощности и опять попавшие в безвыходную ситуацию;
2. Крысы, пережившие в раннем возрасте опыт беспомощности и попавшие в болезненную ситуацию, которую в принципе можно преодолеть;
3. Крысы, пережившие в раннем возрасте опыт преодоления болезненной ситуации и попавшие в безвыходную ситуацию;
4. Крысы, пережившие в раннем возрасте опыт преодоления болезненной ситуации и вновь оказавшиеся в болезненной ситуации, из которой можно найти выход.

Крысам всех 4 групп вживляли злокачественную опухоль. Оказалось, что наиболее важное значение имел ранний опыт. Крысы, имевшие «иммунитет» к выученной беспомощности (3 и 4 группы), активно вели себя вне зависимости от того, возможен ли выходи из ситуации в принципе или нет, и опухоли у них отторгались. И наоборот, у крыс, имевших с раннего возраста выученную беспомощность, опухоли приживались быстро.

Этот эксперимент показывает роль особенностей поведения в развитии онкологических опухолей. Еще раз показывается, что для сохранения соматического здоровья не имеет значения полюс переживаемых эмоций (у 3 группы эмоции явно отрицательные, а опухоль все равно не приживается).

РиА также считают, что механизм формирования выученной беспомощности не таков, каким его видит Селигман.

Итак, Селигман считает, что выученная беспомощность формируется:

1. вследствие обучения, то есть обнаружения отсутствия какой-либо зависимости между своим поведением и результатом;
2. прогноза дальнейшей неконтролируемости ситуации.
3. РиА: дело не в обучении. Ведь 3 группа крыс (и ряд животных с «иммунитетом» к выученной беспомощности) не обучаются беспомощности, несмотря на высокие способности к обучению. Дело в исходно высоком уровне поисковой активности, которую труднее подавить.
4. Также опровергается экспериментальными исследованиями.

Джонс, Нейши и Массад (американские ученые) исследовали 4 группы испытуемых:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № группы | % успешности задач I опыт | % успешности II опыт | III опыт (средние по трудности решаемые задачи) |
| 1 | 0 | 0% | - |
| 2 | 100% | 0% | - |
| 3 | 50% | 0% | + |
| 4 | Контрольная группа | 0% | - |

Иммунизация к выученной беспомощности произошла только у 3 группы – испытуемые лучше всего справились с задачами, 1, 2 и 4 различий в успешности не имели.

Таким образом, опыт 100% успеха, так же как и 100% неуспеха, не повышал устойчивости к последующим неудачам, несмотря на то, что с точки зрения выработки прогноза контроля над ситуацией эти группы противоположны.

Таким образом, РиА говорят, что при абсолютно определенном прогнозе поиск отсутствует.

**Отказ от поиска в случае 100% отрицательного прогноза** развития ситуации в конечном счете **приводит к депрессии** (через формирование выученной беспомощности).

**Отказ от поиска в условиях неопределенного прогноза приводит** к развитию **непродуктивного тревожного напряжения**:

* Когда сохраняется надежда на спонтанное благополучное разрешение ситуации;
* Когда прогнозируется наказание, но не ясно, каким оно будет и когда настанет.

Итак, пассивное ожидание катастрофы также снижает устойчивость организма к вредным воздействиям, как и депрессия, и любая форма отказа от поисковой активности.

Что приводит к отказу от поисковой активности в условиях неопределенного прогноза развития ситуации?

1. Предшествующая депривация поисковой активности в силу
	1. Несформированности потребности в поиске;
	2. Обстоятельств, способствующих успеху без включения механизмов поисковой активности
	3. Биологические причины

Вскоре после рождения, физиологические механизмы, обеспечивающие поисковое поведение (в том числе симпатическая нервная система и система мозговых катехоламинов) окончательно еще не сформированы. В этот период (и только в этот – в период младенчества) состояние отказа от поиска имеет приспособительное значение, так как является единственно возможной реакцией на угрожающую ситуацию, для активного противоборства с которой организм еще не готов. Пассивно-оборонительная реакция на ранних этапах онтогенеза – важный компонент адаптивного поведения, каждый организм приобретает опыт пассивного реагирования на стресс. Этот опыт в дальнейшем обычно преодолевается.

Во взрослом возрасте пассивно-агрессивное реагирование – суть реагирование на уровне детского возраста, то есть свидетельство эмоционально-личностной незрелости.

Надежная привязанность к матери оказывает протективное действие, помогает преодолеть естественное для маленького возраста пассивно-оборонительное реагирование.

# Раздел III. Основные направления и проблемы в современной психосоматике

## Психология телесности как альтернатива традиционной психосоматике

#### Методологические предпосылки КИП в психосоматике

Из записок Выготского:

«Не цель определяет все течение и всю структуру процесса, но средний момент, свойства орудия являются функциональным центром, они определяют все течение процессов, их смену и пр. В цели, взятой самой по себе, нет ничего определяющего *специфичность* этого поведения: она может быть общей для таких инструментальных актов и не таких, она так же мало определяет *путь* процесса. Вся специфичность поведения определяется средним членом инструментального акта».

#### К проблеме воли

У воли есть три признака:

1. Преодоление препятствий
2. Свобода от наличной силы раздражителей
3. Овладение собственным нервно-психическим процессом, подчинение его своим целям.

В сущности все три означают одно и то же, причем 1 и 2 – следствия 3. Итак, воля не изначальна, а вторична; она уже предполагает личность и служит ее выражением. Рефлекс, инстинкт, привычное действие – не воля; но они могут стать волевыми.

Примеры:

1. Когда я увижу почтовый ящик, я должен опустить письмо. Орудие – слово, без которого такая связь не могла бы быть замкнута: я замыкаю ее сейчас в словах с тем, чтобы после замкнуть ее на деле.
2. Я уйду, когда стрелки станут на пятнадцать минут.

О локализации психических функций в мозге

Смысл нового локализационного принципа в мозгу человека: что абсолютно невозможно для одного человека, возможно для двух: общение – обобщение – осознание (как обобщение и общение с собой, как самосознание).

Высшие функции строятся как системы и страдают, и вызывают страдания друг друга как системы и как части систем.

#### Психофизическая проблема в рамках КИП

1. Латентная ее разработка и центральное значение ее во всех психологических системах.
2. Распад параллелизма. Параллелизм – продукт научного осмысления, компромисс религиозной и научной примитивной точек зрения. Точка зрения КИП:

Единство и главенство. Главное: возможность, вносимая сознанием, нового движения – нового изменения психофизиологических процессов, новых связей, нового типа развития, в частности – исторического. Единство психофизиологических процессов и главенство психического момента.

Арина, Николаева

Чем более «вплетен» телесный феномен в психическую жизнь индивида, чем более выражен «общий психологический аккомпанемент», т.е. чем более сложна и развернута система опосредствования собственно телесных проявлений, тем труднее очертить контуры психосоматического феномена у взрослого человека.

Патология позволяет в более явной форме представить сложную структуру и механизмы функционирования феноменов телесности, выступающих в новом качестве – болезненных симптомов. Постановка вопроса о генезисе телесных расстройств, их структуре и динамике открывает новый ракурс анализа «движения» феноменов телесности – как процесса симптомо- и синдромообразования. **В настоящее время можно предположить несколько основных путей актуалгенеза телесного симптома**.

* 1. Психологический патогенез ряда телесных расстройств связан с отклонениями процесса социализации телесности в детстве, с искажением структуры знаково-символического и шире – психологического – опосредствования телесных феноменов. Это ставит задачу изучения того, как и при каких условиях онтогенетически заданные стереотипы психосоматического реагирования и регуляции «вплетаются» в актуалгенез психосоматических расстройств.
	2. Другой путь образования телесных симптомов связан с психологической спецификой ситуации болезни, побуждающей человека проявлять особые формы психосоматической активности. В силу большой витальной значимости болезнь фокусирует на себе психическую активность человека и не просто становится предметов пристального и пристрастного внимания, но и порождает специфическую познавательную деятельность – нозогнозию, продуктом которой являются психосоматические новообразования – внутренняя картина болезни, изменившийся образ тела, феномен самочувствия. Особую роль в их возникновении и психологическом оформлении играют личностные механизмы-медиаторы симптомообразования и деятельность саморегуляции. Они определяют глубину психосоматического расстройства (символический конверсионный симптом, психовегетативное нарушение либо органическое поражение той или иной телесной системы); от них зависит в значительной степени возможность и резервы индивидуального приспособления и совладания, успешной компенсации болезненного состояния.

Актуалгенез психосоматических расстройств, подобно тому как это происходит в детстве, не замыкается только на уровне интрапсихических механизмов опосредствования. При хроническом телесном страдании симптом с необходимостью становится элементом социальной ситуации развития, существования человека. **Во-первых**, социальная ситуация развития может способствовать актуализации закрепившихся в онтогенезе стереотипов: склонности к головной боли или боли в желудке в ответ на ситуацию эмоциональных затруднений. **Во-вторых**, место симптома в структуре системы и соотношение с целостной смысловой системой личности определяет такие синдромообразующие характеристики как ценность, преградность смысла симптома, условная выгода его.

Таким образом, психосоматическое развитие продолжается и в периоде взрослости. Принципиальным отличием психосоматического развития в этом периоде является ведущая роль высших форм активности субъекта – его самосознания и рефлексии.

Становление психологии телесности как новой дисциплины и новой области отечественной клинической психологии ставит вопрос об инструменте психологического анализа явлений телесности. Основой может послужить богатое наследие отечественной школы Лурия и Зейгарник, утверждающей необходимость изучения аномальных феноменов при неразрывной связи с закономерностями нормального развития. В психологии телесности также может быть рассмотрен особый тип синдрома – психосоматического.

### Психосоматический синдром

Знаковое опосредствование меняет структуру телесного опыта таким образом, что **развитый психосоматический феномен**, включающий в себя телесные действия, их когнитивные и смысловые регуляторы, **приобретает черты высших психических функций: системность, социальность, опосредствованность, принципиальную возможность произвольного контроля.** Тогда аномалии телесного функционирования могут возникать как деформация самого пути социализации телесных феноменов и отдельных характеристик их регуляции.

**Психосоматическое развитие** ребенка сквозь призму культурно-исторического подхода Выготского **можно рассматривать как процесс закономерного становления механизмов психологической регуляции телесных функций, действий и феноменов.** Это процесс становления происходит путем освоения знаково-символических форм регуляции. В следствие этого природно заданные потребности (пить, есть, сексуальные потребности и т.п.), телесные функции (дыхание, реакция боли) оказываются трансформированными. Также из-за опосредствования знаками формируются новые психосоматические феномены (образ тела, образ боли, самочувствие).

Психологическая регуляция тела развивается в:

* телесных действиях – они формируются по социально заданным эталонам, поскольку являются внешними
* когнитивные средства – системы означений в интрацепции и боли
* смысловые структуры и эмоциональные переживания – отношение к телесному феномену

Первичный носитель психосоматичекого феномена – диада «мать-дитя». В совместно-разделенных телесных действиях матери и дитя мать выполняет функцию означивания и наполнения смыслом витальных потребностей и телесных действий ребенка.

### Психосоматическое развитие ребенка

**Этапы формирования психосоматического феномена:**

Телесные действия изначально вписаны в психологическую систему «образа мира». Содержание и структура телесных действий определяются развитием системы значений и смыслов (развитие сознания).

1. Ранняя форма существования значения – сенсорная и эмоциональная модальность – начальное звено процесса формирования образа тела, посредник между более поздними и развитыми системами значения.
2. Формирование системы значений на уровне манипулирования символами – вербализуемый образ тела, формируются смысловые характеристики в контексте целостного «образа мира». Фундаментом существования осмысленных психосоматических феноменов является коммуникация с матерью. Она не только словесно и поведенчески означивает телесный феномен для ребенка, но и раскрывает своим эмоциональным реагированием смысл и ценность каждого телесного явления.
3. Включение действий, направленных на познание тела. Такой исследовательский интерес, направленный на тело, обретает самостоятельный смысл и преобразует психосоматическую связь. Феноменология тела описывается уже не формулой «Я есть тело», а иначе: «У меня есть тело». На первый план выходит функциональная ценность определенных частей тела и сопряженных с ними телесных актов. Так, в детских рисунках (и у эмоционально-незрелых личностей) человек выступает в виде «головонога». На данном этапе развивается новый класс телесных действий – подражательных, имитирующих. Так, ребенок подражает болеющим взрослым, неосознанно обучается, копирует «семейные симптомы», способы их эмоционально переживания и преодоления, стереотипы реагирования на боль, болезнь и т.д.
4. Возникновение рефлексивного плана сознания. Дефицит рефлексивных психологических средств в дальнейшем может приводить к устойчивому существованию потенциально патогенного алекситимического стереотипа психологической регуляции, конверсионному расстройству, возникновению ипохондрических черт личности.

Социализация телесности имеет свой развивающийся психофизиологический план. Вероятно, сами организменные системы не остаются «безразличными» в ходе их психологического опосредствования – преобразуются в новые функциональные системы.

Процесс становления психологически опосредствованных функциональных систем протекает гетерохронно, разные организменные функции в процессе психосоматического развития обретают разную глубину и характер «психосоматичности».

Чем больше телесная функция имеет выходов в открытое поведение, тем больше она культурно задана, тем отчетливее ее проявления отрегулированы набором социальных норм. Лидеры здесь – сексуальная, дыхательная функции, реакция боли.

Феноменология нормального онтогенеза еще ждет своего описания. Необходим специальный этап аналитического, экспериментально-исследовательского вычленения нормальных психосоматических феноменов. Здесь возможно два пути:

1. Перенос закономерностей психического развития в целом на плоскость психосоматического онтогенеза. Тогда психосоматический онтогенез имеет два контура: внешний – процесс социализации телесных функций, и внутренний – «психологизацию» тела. Тогда наиболее важным вопросом является вопрос о механизмах интериоризации средств психологической регуляции телесных явлений. Здесь центральную роль на ранних этапах онтогенеза играет совместно-разделенная эмоция, сопровождающая телесное развитие ребенка. Нормально развитие обеспечивает прежде всего совместная радость, маркирующая все этапы зарождения и укрепления психосоматической связи. В случае же ее замещения родительской тревогой возникает риск возникновения психосоматических отклонений. При этом табуирование телесных проявлений может выражаться не только в прямом запрете или наказании, но и в ненаделении того или иного действия поощрительной эмоцией. Результат процесса социализации – культурное тело – обретает внутренний план регуляции – интрапсихичекие средства. Таким образом, искать психосоматические феномены нормы надо не только там, где социализация накладывает ограничения на функции натурального тела, но главным образом там, где есть совместные эмоции – радости, удивления, тревоги и др.
2. Анализ структуры психосоматических симптомов и выделение через них механизма симптомообразования, тем самым открытие нормального психосоматического процесса, на котором паразитирует симптом.

В анализе феноменов психосоматического развития можно выделить ряд центральных:

* Восприятие собственного тела, система представлений о нем. Зависят от возраста, уровня вербального интеллекта, пола ребенка и опыта болезни. У детей восприятие своего тела опирается главным образом на аффективный компонент, с возрастом повышается значение когнитивной составляющей телесного и болевого опыта, за счет чего происходит расширение категориальной структуры телесного опыта и постепенное субъективное разделение эмоциональных и соматических феноменов на уровне вербальных представлений. Постепенно формируется категория целостного тела, что способствует преодолению субъективной изолированности, фрагментарности телесных феноменов. У детей в условиях эмоционального отвержения обнаруживаются задержка, отклонения в развитии представлений о собственном теле. Проявляется в недостаточной дифференцированности и интегрированности категориальной структуры телесного опыта, а также в повышении значения боли и болезни для ребенка и недостаточно позитивном отношении к своему телу.
* Внутренняя картина болезни (ВКБ). У детей имеет принципиально иную структуру, нежели чем у взрослых.
* Структурно-динамические особенности эмоционального опыта – степень дифференцированности и многообразие переживаний, способы совладания с фрустрирующими ситуациями. Закономерно изменяются с возрастом, оказывают либо сано- либо патогенное влияние на психосоматический онтогенез. Детям с психосоматическими расстройствами различного генеза свойственны особые паттерны эмоционального реагирования: выраженная тревожность, преобладание негативных чувств в обыденных ситуациях, недостаточно дифференцированное различение в опыте эмоций позитивного и негативного спектра на фоне обостренного и нюансированного восприятия эмоциональных состояний матери, высокая зависимость от способов ее эмоционального реагирования.

Актуалгенез психосоматических симптомов детерминирован достигнутым уровнем социализации и психологического опосредствования телесности. Психосоматический дизонтогенез, его варианты и закономерности нельзя свести к клинической классификации психосоматических расстройств. Можно выделить несколько вариантов отклонения в психосоматическом развитии.

* Отставание в социализации телесных функций, обусловленное задержкой процесса психологического опосредствования. Отставание в формировании навыков опрятности и произвольного регулирования движений, культурных форм удовлетворения потребностей. Критерий – отклонение от социально нормативного способа осуществления телесных действий.
* Легкость распада, неустойчивость уже достигнутого уровня социализации развития телесных функций.
* Искажение хода психосоматического развития, обусловленное искажением развития всей системы психологического опосредствования: ценностного, смыслового, когнитивного. Обусловлен нарушениями детско-родительских отношений, системы воспитания. Особо патогенную роль играют симбиотическое и авторитарно отвергающее отношение к ребенку.

### Синдромный анализ

Психосоматическое развитие продолжается и в периоде взрослости.

С позиций культурно-исторического подхода закономерности развития едины в норме и патологии. Здесь встает вопрос об инструменте психологического анализа явлений телесности.

Основная методология, принцип – синдромальный анализ. Здесь мы говорим о психосоматическом синдроме.

Необходимо сформулировать некоторые методологические предпосылки возможности применения синдромного анализа в предметной области психологии телесности.

1. Необходимо выделить психологическое звено – единое в процессе нормального и аномального психосоматического онтогенеза. Здесь это – конкретные формы воплощения знаково-символической регуляции.
2. Объект исследования должен быть представлен в качестве системного, мультикаузального, обладающий признаками пластичности – трансформации и развития механизмов его регуляции.

**Выявление психосоматического синдрома** включает в себя:

1. Определение функциональной роли механизмов симптомообразования. Могут быть выделены 4 возможные роли: роль «почвы» и предиспозиции; провокации и актуалгенеза; фактора динамики симптома (хронификации, утяжеления, трансформации, облегчения); протективная роль. Большинство из известных механизмов могут быть квалифицированы в рамках одной или двух функциональных ролей. «Вторичная выгода» - определяет динамику расстройства как затяжного и склонного к утяжелению.
2. Определение «топики» психологического фактора как внутрипсихического или как межпсихологического.
3. Определение содержания психологических факторов симптомогенеза – анализ структур опыта, приобретенного в онтогенезе. Анализ структур и процессов опосредствования и психологической саморегуляции.

Квалификация механизмов симптомогенеза в контексте целостного индивидуального развития, что возможно при анализе жизненного пути в контексте иных – внеиндивидных – систем.

## Внутренняя картина болезни как сложный психосоматический феномен

ВКБ была описана впервые врачами только в 20 веке, хотя первые предпосылки ее выделения можно найти в работах врачей (М.Я. Мудров, Г.А. Захарьин) 19 века – представителей холистического подхода.

Немецкий врач А. Гольдшейдер (1926) впервые описал феномен «аутопластической картины болезни», а несколькими годами позже – в 1935 году независимо от него отечественный врач-терапевт Роман Альбертович Лурия (отец Александра Романовича) описала тот же феномен, который назвал «внутренняя картина болезни».

Наиболее принципиальный недостаток бытовавших вне рамок культурно-исторического подхода представлений о феномене, который мы называем ВКБ – это проводимый в неявной форме тезис об отделенности сенситивной и интеллектуальной частей ВКБ как двух независимых уровней отражения: непосредственно чувственного и опосредованного. Это вытекает из существующего в медицине понимания болезни как чисто физиологического явления, тенденции к противопоставления субъективных переживаний больного как только затемняющих и искажающих картину болезни и первичных сенсорных интрацептивных ощущений как носящих непосредственный характер и правильно отражающих болезненный процесс. В этом случае предметом исследования считалась интеллектуальная часть ВКБ. Сенсологическая же часть, в частности интрацепция, традиционно рассматривалась как подчиняющаяся физиологическим закономерностям.

Мы будем рассматривать феномен ВКБ через призму деятельностного подхода.

Сенсологический этап. Порождение ВКБ как правило начинается с соматических ощущений, составляющих чувственную ткань ВКБ. Она выполняет две основные функции: образует наполнение конкретных образов реальности и, благодаря этому, делает мир существующим вне сознания – как объективное поле и объект деятельности (выражается в переживании чувства реальности). Этот этап включает явления дискомфорта, боли и чувство недостаточности. Ощущения неопределенные, плохо рефлексируемые. В опытах Узнадзе по опознанию предметов на ощупь было показано, что чувственные впечатления до акта опознания и после него существенно различны. То есть человек на сознательном уровне вообще не имеет дела с непосредственной чувственной данностью и ему необходимы специальные средства, чтобы эту данность освоить и затем отразить в сознании.

Актом первичного означения сенсорные ощущения превращаются в перцептивный образ, частью которого является схема тела. В результате ощущения становятся конкретными, получают локализацию, степень интенсивности, модальность, соотносятся с культурными перцептивными и языковыми эталонами, могут быть вербализированы. Осознанные, отрефлексированные интрацептивные ощущения не могут быть представлены субъекту иначе как в существующей у него системе категорий сознания.

Соматические ощущения являются отражением «объекта», находящегося внутри каждого индивида, следственно они не могут быть напрямую соотнесены с ощущениями другого. Что же тогда позволяет отдельным индивидам сравнивать эти ощущения и понимать друг друга?

Возможность усвоения культурных эталонов опосредствованы соотнесением интрацептивных ощущений с экстрацептивными. Боль – режущая, колющая, давящая, острая, тупая, ощущения – жжения, распирания и т.д.

Возможности дифференциации, усложнения и даже самого «порождения» чувственной ткани возрастают пропорционально опыту болезни. Тут существуют два пути:

* от неопределенных продромальных ощущений к дифференцированной, зрелой ВКБ;
* иная последовательность – на основе существующего означения формируется чувственная ткань ВКБ. Возможность порождения ощущений от усвоенных концепций болезни может быть проиллюстрирована на примерах ятрогений, симптомах истерии, ипохондрических синдромах, плацебо-эффекте.

Таким образом, не отдельные интрацептивные впечатления определяют наш образ тела, основополагающую роль играет означение. Образ мира – система ожиданий, порождающая гипотезы, на основе которых идут структурирование и предметная идентификация отдельных чувственных впечатлений. Для того, чтобы запустить процесс, не имеет принципиального значения объективная верность гипотезы.

Непосредственные соматические впечатления являются базой, источником построения ВКБ, однако, лишь будучи спроецированными на сетку категоризации, интрацептивных гипотез, они получают свое субъективное существование в виде устойчивых структур.

Что является **основой формирования ВКБ, ее ядерной структурой**? Такую функцию может выполнять особое филогенетическое образование – ощущение комфортности, чувственная ткань нормального функционирования.

Филогенетической основой категоризации соматических ощущений являются эмоционально-оценочные универсалии, составляющие своеобразное «первовидение» соматических ощущений.

Специфика ВКБ заключается в том, что ее чувственная ткань означает не только себя, но и то, что внеположено им – болезнь. Вторичное означение чувственная ткань получает через создание концепции болезни: ощущения становятся симптомами, означающими болезнь и означенными ею.

Существует очевидная закономерность в оформлении симптоматики болезни от преобладающих в культуре медицинских воззрений – культурно-исторический патоморфоз. Вторичное означение может выступать не только в форме болезни, но как сглаз, судьба, влияние звезд и т.д. При этом одни и те же ощущения могут считаться либо болезненными, либо нормальными.

Для того, чтобы ВКБ могла выполнять регулирующую по отношению к поведению функцию, она должна быть внутренне непротиворечивой. Противоречия внутри ВКБ побуждают субъекта к деятельности, в результате которой происходит смена концепции болезни, а в некоторых случаях – изменение первичного означения чувственных данных.

Итак, мы можем говорить о том, что ВКБ состоит одновременно из искажающих механизмов (ВКБ редко когда может быть полностью реалистичной). Таким образом, становление ВКБ можно рассматривать как её искажение на разных уровнях.

* Искажение на уровне чувственной ткани обусловлены повышением или понижением чувствительности в зависимости от значимости тех или иных ощущений
* На уровне первичного означения модификация существующих ощущений или порождение несуществующих связаны с влиянием систем эталонов, усвоенных значений.
* Искажения вторичного означения связаны либо с принятыми в медицине деонтологическими принципами (больному сообщается замещающий диагноз в случае тяжелой, плохо поддающейся лечению болезни), либо к ним приводит используемая больным система житейских понятий и представлений, отличная от научно-медицинской, либо, наконец, концепция болезни искажается механизмами «психологической защиты».

Роль «психологической защиты» в формировании ВКБ связаны с тем, что болезнь несет человеку не только болезненные соматические ощущения, но затрагивает основы его существования как личности. Значение болезни для заболевшего формируется через преломление ее субъективной картины в структуре потребностей и мотивов человека, приобретая личностный смысл. Личностный смысл болезни – жизненное значение для субъекта обстоятельств болезни в отношении к мотивам его деятельности.

Таким образом, ВКБ – это сложное многоуровневое образование, включающее в себя чувственную ткань, первичное и вторичное означение, личностный смысл. Развитие и дифференциация ВКБ связаны не только с обогащением ее чувственной ткани, но и само это обогащение требует развития систем значений. Обе стороны этого процесса равно необходимы. Простое и непосредственное ощущение, вызванное заболеванием, является таковым лишь для поверхностного и наивного наблюдателя. В своей простоте оно содержит в скрытом, свернутом виде систему перцепции, культуру, язык, знания, опыт, потребности, мотивы.

### Особенности становления ВКБ в детском возрасте

Болезнь не прекращает психическое развитие ребенка. Изменяя качество его жизни, она лишь искажает, отягощает и в ряде случаев замедляет ход этого развития.

Еще Выготский отмечал, что основным вектором развития в условиях тяжелой болезни, дефекат является создание «обходных путей развития».

Угрожающее жизни заболевание – тяжелое испытание для ребенка и его родителей. Психологическое «наполнение» этой тяжелой ситуации диктуется не столько ее конкретным содержанием (локализацией болезни, качеством лечения и т.д.), сколько закономерностями развития сознания и самосознания ребенка данного возраста.

**Маленькие дети (до 10 лет)** не могут осознавать тяжесть своего заболевания и его последствий. У ребенка еще нет социально-эталонного понятия болезни. Болезнь воспринимается им лишь как ограничение нормальной привычной жизни. Они определяют болезнь через те ограничения, которые существуют для больного человека по сравнению со здоровым.

Можно выделить два вида ограничений, объективирующих для такого ребенка новую ситуацию: а) ограничение движений; б) ограничение учебной деятельности.

Взрослые, вводя многочисленные запреты ребенку из самых благих намерений, лишают ребенка активности и тех способов психологического преодоления, которыми только и располагает ребенок и которые он может реализовать только в игре. Именно поэтому не оправдан перенос врачебной стратегии со взрослых на детей – он не учитывает законы существования внутреннего мира детства.

Важным условием, обеспечивающим эффективность психологической помощи, является тесное сотрудничество окружающих ребенка взрослых: родителей, врачей, педагогов, психологов. Непротиворечивость их поведения, действий в отношении ребенка может быть достигнута через осознание общей цели и формирование единой стратегии помощи. Такой целью является поддержание и стимулирование собственной активности ребенка.

Конкретные техники коррекционной работы могут быть различными, но их содержание должно быть нацелено:

1. на создание ролевой и развивающей ребенка игры
2. на организацию игр со сверстниками с целью формирования необходимых качеств межличностного взаимодействия
3. на поддержание и развитие познавательной активности ребенка (чтение и обсуждение сказок, рисование)
4. на обеспечение эмоционального комфорта и защищенности.

Иное наблюдается в **подростковом возрасте**.

Осознание болезни связано с внешними атрибутами больничной реальности. Для подростка характерно осознание своей непрерывности, преемственности во времени. Время переживается как живое, связанное с конкретными значимым и событиями и побуждениями, причем, главным измерением времени становится будущее. Наиболее травмирующим для подростка при тяжелой болезни является отрыв от привычной жизни, от его прошлого и будущего. «Жизнь как будто остановилась, ничего не происходит».

Основным ориентиром объективации ситуации угрозы является собственное ухудшающееся самочувствие. Другой особенностью переживания болезни является особая психологическая значимость фрустрации общения со сверстниками. Также как и для маленького ребенка, для подростка важной проблемой становится ограничение в режиме. Но если для маленького ребенка ограничение двигательной активности является разрушением игры, то для подростка моторная активность имеет другой смысл – невозможность ее использования для завоевания уважения сверстников. В этом же контексте воспринимается изменение внешности, вызванное болезнью.

Сознание подростков способно при этом выработать особые стратегии борьбы с переживанием угрозы.

1. Сверхактуализация будущего. Болезнь оценивается как преграда временного характера. Будущее имеет определенное конкретное содержание вне зависимости от прогноза и знания о нем. Подростки с данной стратегией проявляют постоянную готовность сотрудничать и принимать помощь взрослых, что может служить залогом реалистичного и адаптивного поведения и адаптивного поведения подростков.
2. Уход в фантазии. Болезнь не отрицается вообще, но относится к прошлому (например, при исчезновении боли), телесный недостаток игнорируется, создается яркий, фантастический мир, в котором подросток чувствует себя психологически комфортно и может реализовать свои основные потребности и желания. Поведение окружающих, способствующее осознанию настоящей тяжести заболевания, приводит к реакциям протеста, агрессии. При этом дети не хотя говорить о своем будущем. Взаимодействие со взрослыми складывается трудно. Помощь вне лечебных процедур отвергается. Типичная форма общения воспринимается как вторжение в хрупкий фантазийный мир психологической защиты.
3. Самоизоляция, самоограничение. а) ребенок ощущает себя пассивным объектом внешних воздействий, стремится переложить ответственность за свое состояние на родителей, самоустраниться от решения проблем; б) возникает сильная, доходящая до симбиотической, привязанность к родителям. Стратегия инфантилизации, задержки личностного развития и становления самосознания. Это наиболее трудные для психологической коррекции проявления. Они особенно трудны потому, что являются не только стратегией сознания самого подростка, но и всей семьи в целом – ее ценностей, идеалов и стереотипов. Т.е. объектом помощи должна стать вся семья в целом.

### ВКБ при неврозах в процессе их психотерапии (Ташлыков)

Изучение ВКБ при неврозах важно как для более глубокого понимания некоторых психологических механизмов заболевания, так и для оптимизации лечебного процесса. Знание особенностей переживания личностью своей болезни, роли осознаваемых и неосознаваемых компонентов, участие регулятивных психических механизмов расширяет возможности активного вовлечения больного в процесс его терапии, а также позволяет врачу более дифференцированно и обоснованно строить психотерапевтическую тактику.

Согласно концепции отношений В.Н. Мясищева, решающую регулятивную роль в поведении больного относительно собственного заболевания и лечения играет его система отношений, отражающая самооценку и отношение к окружающим, представления о болезни и ее причинах, влиянии заболевания на различные стороны жизни, о прогнозе и лечебных факторах. В своей динамике эти отношения могут иметь неосознаваемый характер.

В процессе психотерапии лишь **осознание больным причинно-следственных связей между системой нарушенных отношений и проявлениями невроза позволяет формировать адекватные сознательные отношения**.

Важным фактором психической регуляции, определяющим динамику отношений личности больного неврозом, являются механизмы психологической защиты. При неврозах они рассматриваются как совокупность клинических феноменов, проявляющихся в особенностях невротического восприятия, мышления, переживания и поведения.

Невротический конфликт, отражая нарушенные отношения, возникает вследствие столкновения малосовместимых потребностей (мотивов), достаточно значимых для больного. Сопровождающие этот конфликт эмоциональное напряжение и тревога приводят к активации системы психической регуляции и, в частности, механизмов «психологической защиты». Функционирование этих механизмов при сохранении невротического конфликта закрепляет неадекватные формы поведения больного.

#### Клинико-психологическое исследование ВКБ при неврозах в процессе их психотерапии (В.А. Ташлыков)

 В данной работе анализируется материал, полученный клиническим методом путем использования «свободного интервью» и специально разработанных анкет для больного и врача, отражающих отношение больного к болезни и лечению, методики семантического дифференциала и теста межличностной диагностики Лири в модификации Васильченко и Решетняк. Были также использованы три методики, разработанные в рамках сотрудничества НИИ им. Бехтерева с Психоневрологическим институтом в Варшаве. В частности, степень осознания и понимания больным психологических механизмов его заболевания оценивалась посредством шкалы, измеряющей в ходе терапии динамику понимания больным связи между симптоматикой, ситуацией и собственными психологическими проблемами. Для исследования мотивации больных неврозами к лечению применялся опросник, отражающий характер лечебных ожиданий.

Обследовано 72 больных неврозами (34 мужчины и 38 женщин) в возрасте от 30 до 45 лет. Истерический невроз установлен у 34 человек, неврастения – у 27, невроз навязчивых состояний – у 11. Ведущими в клинической картине являлись тревожно-фобические нарушения (30 больных) и астеноипохондрические расстройства (34 больных).

**Анализу были подвергнуты представления больных о вероятных причинах заболевания.**

Большинство обследованных (82%) отмечали как одну из основных причин невроза наличие особой «впечатлительности» и «слабости нервной системы».

Больные истерией достоверно чаще (58%), чем больные неврастенией (26%) и неврозом навязчивых состояний (19%) указывали на соматические расстройства как причину их заболевания. Эта соматизация невроза «освобождала» больных от необходимости считать причиной своей болезни эмоциональные конфликты и жизненные трудности, а также от усилий по их преодолению.

После завершения лечения представления о причинах невроза заметно изменились – оценка возможного органического фактора и неспецифических влияний (переутомление, перенапряжение, повышенная чувствительность нервной системы) снизилась (12%), ведущее же место заняли эмоциональные и жизненные трудности, вытекающие из особенностей характера и поведения (88%).

Анализ психологических факторов, участвующих в **патогенетических механизмах невроза** показал, что чаще всего больные называют в качестве таковых внутриличностый конфликт между желаниями и возможностями (70%), а также между агрессивностью и ригидной нормативностью в поведении (68%).

Больные истерией чаще (66%), чем больные неврастенией (11%) и неврозом навязчивых состояний (23%) указывали на конфликт между потребностью в самостоятельности и в опеке.

При завершении лечения первоначальные лечебные ожидания больных, отражающие потребность в ином отношении окружающих к ним, заметно изменились (63 и 17%).

Наиболее ценным для устранения невроза признано стремление к познанию собственных установок, реакций и отношений к другим людям (9 и 56%). Эта динамика представлений была наиболее выраженной у больных с лучшими результатами лечения.

Анализ динамики представлений о причинах, собственных психологических проблемах и лечебных ожиданиях показал, что изменение этих представлений отражало степень осознания больными роли психологических причин невроза, понимание связи между особенностями личности и заболевания. Степень осознания психологических механизмов невроза, как и эффективность лечения, оказалась выше у больных неврастенией и неврозом навязчивых состояний, чем в группе больных истерией.

Наиболее часто выявляемый **у больных истерией** защитный механизм «вытеснения» в клинической симптоматике проявляется как высокая эмоциональность, аффективная логика мышления, тенденция к уклонению от трудностей, фантазирование, инфантильность, недостаточные самокритичность и самоконтроль. В качестве ведущего этот защитный механизм был выявлении у 62% больных истерией, имеющих преимущественно конфликт между потребностью в самостоятельности и зависимостью от других (тенденции удовлетворять потребности за счет других людей). Следующим по распространенности был защитный механизм по типу «отрицания» (стремление избежать новой информации, малосовместимой с имеющимися представлениями) – 21%. Также ЗМ «рациональность» - оправдательное отношение к своему поведению – 17%. У ряда также ЗМ «фантазирование».

Иные «предпочтения» **у больных неврастенией**. В 46% - «отрицание», 32% - «рационализация», 22% - вытеснение. Стремление уйти от психотравмирующих переживаний создает у больных неврастенией тенденцию «бегства в работу», что сопровождается переутомлением, которое больные и расценивают как причину невроза.

У больных **неврозом навязчивых состояний** в 82% случаях выявляется ЗМ «интеллектуализация», т.е. изоляция аффекта. Это соответствует жестко произвольно-управляемому способу восприятия, переживания и поведения, при которых больным свойственно подавление эмоциональной и повышение интеллектуальной деятельности, стремление решать проблемы в чисто интеллектуальных рамках.

В случае доминирования механизмов «вытеснения» и «отрицания» (истерия) важным является выявление скрытых негативных эмоциональных переживаний больного, связанных с искаженной самооценкой, конфронтацией ее с реальной действительностью.

При доминировании механизма рационализации и интеллектуализации на первый план в психотерапии выдвигается устранение искажений в оценке больным своего поведения, вызванных снижением чувства собственной ценности, устранение интеллектуально-эмоциональной диссоциации в способах восприятия и решения своих проблем.

ВКБ тесно связана и с самооценкой больных неврозами, характеризующейся противоречивостью, наличием расхождения между я-реальным и я-идеальным, недостаточной реалистичностью и зависимостью от окружающих. Важной задачей является повышение самооценки, развитие сознательного самоуправления и психической саморегуляции.

По данным исследований по аспекту самооценки в момент поступления в отделение большую выраженность имели (по Лири) такие качества как пассивная подчиняемость, неуверенность в себе, нерешительность – 60%, конформизм, несамостоятельность – 53%, обидчивость, недоверчивость, негативистические реакции – 50% больных.

После завершения лечения при его хороших результатах отмечалась положительная динамика в самооценке.

## Личностные феномены в психосоматике

Любая хроническая болезнь ставит человека в психологически особые жизненные условия. Самые разные по генезу и клиническим проявлениям хронические заболевания могут создавать для человека психологически одинаковые жизненные обстоятельства, типичные ситуации.

От того, какое место начинает занимать болезнь в иерархии его ценностей, зависит не только личностный смысл уже имеющихся у него симптомов, но также возможность появления новых – вторичных по генезу, - психологически обусловленных расстройств.

Одним из фундаментальных методологических принципов является принцип анализа психики в ее развитии, становлении. Поэтому такое большое внимание исследователи уделяют проблемам онтогенеза психики и ее патологии. Изучение процесса формирования психики и ее распада при различных заболеваниях позволяет обратиться не только к констатации наличного уровня психического развития субъекта, но и проследить закономерности становления психологических новообразований, закономерности распада психики.

Распад психики не есть негатив развития, а представляет собой качественно особый процесс. Требование к изучению того или иного психологического феномена в его развитии в полной мере относится и к исследованию личности, в том числе в условиях хронической болезни.

Что стоит за понятием личность?

Мы вкладываем в него то содержание, которое утвердилось в работах школы Выготского-Леонтьева. **Личность** – относительно поздний продукт онтогенетического развития, т.к. для того, чтобы стать личностью, необходимо установление достаточно широких связей с миром, выработка отношения к миру в целом, отдельным его элементам. Основу личности составляет иерархизированная система деятельностей и стоящих за ними мотивов. Поскольку соотнесение мотивов друг с другом возникает лишь на определенной ступени развития человеческого индивида, то и личностью человек становится относительно поздно. АНЛ выделяет три основных параметра анализа личности: 1) широта связей человека с миром; 2) степень иерархизированности мотивов; 3) общая конфигурация (структура) мотивационной сферы (или общая структура личности).

Центральным звеном анализа является мотивационная сфера личности. Одним из центральных, сложных по генезу и структуре личностных феноменов является внутренняя картина болезни. Процесс более или менее развернутой познавательной активности субъекта, направленной на понимание новой жизненной ситуации – ситуации болезни и овладения ею, а также собственным поведением в новых жизненных обстоятельствах.

Сам факт болезни приобретает различный по своему индивидуальному наполнению личностный смысл.

Какова психологическая сущность процесса, в результате которого болезнь как событие человеческой жизни получает те или иные смысловые характеристики, т.е. свой личностный статус?

Болезнь сужает пространство возможной активности человека, создает дефицитарные условия для развития его личности, может даже спровоцировать кризис психического развития человека и вследствие этого возникновение психических новообразований как нормального, так и патологического типа. Последние могут видоизменить весь имеющийся жизненный, в том числе и телесный, опыт.

Развитие психики не есть стабильное и непрерывное движение, оно представляет собой прерывистый процесс, чреватый кризисами. Кризисы развития возникают на «стыке двух возрастов и знаменуют собой завершение предыдущего этапа развития и начало следующего».

Л.С. Выготский ввел в этой связи в «психологический обиход» понятие «социальная ситуация развития». Это не просто среда или обстановка развития, она представляет собой «то особое сочетание внутренних процессов развития и внешних условий, которое является типичным для каждого возрастного этапа.

Всякое развитие в настоящем базируется на прошлом развитии. Развитие – это исторический комплекс, отображающий на каждой данной ступени заключенное в нем прошлое. Развитие есть непрерывный, самообусловливаемый процесс.

Изучая динамику и содержание психических изменений, необходимо раскрыть социальную ситуацию развития. Как из жизни в этой социальной ситуации необходимо возникают и развиваются новообразования, т.е. новые черты личности, структура сознания и т.д.? С возникновением психологических новообразований связаны психологические последствия – новое восприятие окружающего мира, изменение внутренней жизни, активности.

Необходимо дифференцировать понятие социальной ситуации развития с другими, сходными по значению понятиями.

Понятие А.Г. Асмолова «социально-исторический образ жизни» - характеризуется как совокупность типичных для данного общества, социальной группы или индивида видов жизнедеятельности, которые берутся в единстве с условиями жизни данной общности или индивида. Он подчеркивает, что социальная ситуация развития «представляет собой именно условие осуществления деятельности и источник развития его личности», без которого «невозможен сложный процесс строительства личности», но вместе с тем эти условия рассматриваются «как безличные» предпосылки развития личности.

ЛСВ подчеркивает в качестве главного признака социальной ситуации развития «особое сочетание внутренних и внешних процессов развития», т.е. рассматривает ее как единство, «сплав» особого рода, образующийся в деятельности человека. Деятельность человека и служит источником того, что нейтральные, «безличные» условия приобретают эмоциональную окраску, пристрастность, «личностность».

К. Левин вводит для описания подобного круга феноменов понятие «жизненное Пространство», обозначающее реальность особого рода, объединяющую субъекта с его потребностями и намерениями и его психологическое окружение.

Идея Левина была использована В.К. Вилюнасом при анализе процессов онтогенетического развития мотивации. По нему «жизненное пространство» может быть рассмотрено как субъективно переживаемый образ действительности, а совокупность взаимодействующих субъективно пристрастных отношений и является реальным носителем упомянутого мотивационного поля.

Близкое к этому понятию – понятие «мотивационное поле» было введено Н.А. Бернштейном – это «моторное поле». Движение, активный поиск, направленный на решение двигательной задачи; оно осуществляется во внешнем пространстве, но имеет и собственное внутреннее пространство, включающее когнитивные и эмоционально-оценочные компоненты.

Ф.Е. Василюк ввел понятие «жизненный мир». Окружающий человека мир – это не физический мир как он предстает перед наукой физикой, изучающей взаимодействие вещей – жизненный мир.

Следующая схожая с социальной ситуацией развития тематика – исследования психологии образа. Любой самый простой познавательный акт, завершающийся построением образа, начинается по инициативе субъекта, т.е. имеет в качестве первого звена процесс, детерминированный внутренней самообусловленностью субъекта. Благодаря овладению системой значений субъект получает возможность отражения скрытых «глубоких, существенных характеристик мира», образующих его «ядерные структуры». К числу последних относится и отражение «узлов биодинамической ткани движения, отражаемых в темном мышечном чувстве. Следовательно, являясь продуктом деятельности, образ мира, в свою очередь, обнаруживает «инициирующие и регулирующие» влияния на нее. Изучение активного «вклада» эмоций, мотивов, установок в познавательную деятельность человека предполагает раскрытие сущности их опосредствованного активирующего влияния – «через модификацию целостного образа мира».

Итак, мы рассматриваем социальную ситуацию развития как основное звено психологического анализа этого процесса. Это совокупность социальных отношений, устанавливаемых в деятельности субъекта и реализуемых в ней. Внешние элементы среды могут сами по себе не изменяться, но социальная ситуация развития в то же время может коренным образом перестроиться за счет совершившихся внутренних изменений субъекта, перестроек его деятельности.

Структура социальной ситуации развития задается актуальной деятельностью субъекта в данном социальном пространстве.

Субъективно окрашенный опыт прошлого, равно как и субъективная перспектива будущего влияют на структурацию ситуации, по-новому высвечивают для человека ее отдельные фрагменты, открывают ее возможную или желательную динамику.

При всем сходстве понимания сущности социальной ситуации развития с тем образованием, которое Вилюнас называет мотивационным полем, нельзя не отметить и имеющиеся различия. Главное – социальная ситуация развития предполагает непрекращающийся диалог человека с миром: с другими людьми и воплощенным в предметном мире их социальным опытом; с самим собой – в процессе формирования образа ситуации, а также реализации себя как личности.

Сам факт болезни, угрожающей жизни и благополучию человека, стимулирует его познавательную активность. При этом она направлена не только на поиск причин и сущности самого телесного страдания, но и всего того, что выходит непосредственно за его пределы. Задачи на «смысл» не могут не отразиться на структуре социальной ситуации развития в целом. Они наполняют ее элементы чрезвычайно напряженным эмоциональным зарядом, способным ограничить всю жизненную активность человека рамками одного этого поиска.

### Кризис развития в условиях хронического соматического заболевания

Распад уже сложившейся социальной ситуации развития и возникновение новой являются основным содержанием кризисных периодов развития. Л.С. Выготским и его учениками были разработаны принципы анализа психического развития в отдельные возрастные периоды. Этот анализ предполагает выявление следующих моментов:

* Характеристика уже сложившейся социальной ситуации развития, ее основных внутренних противоречий;
* Процесс становления в ее недрах новой социальной ситуации развития;
* Анализ основных психических новообразований, возникающих в этот период.

Рассматривая кризисы развития как некоторые закономерные переходные периоды формирования психики, Л.С. Выготский и его ученики особое внимание уделяют характеристике тех перемен, которые возникают в жизни ребенка. Эти периоды характеризуются рядом обязательных **признаков, главными** из которых являются:

* Наличие резких психических изменений;
* Наличие мучительных переживаний, внутренних конфликтов, а также падение работоспособности, агрессивность, капризность, трудновоспитуемость;
* «негативный характер развития»: «на первый план выдвигаются процессы отмирания, распада и разложения того, что образовалось на предшествующей ступени… Ребенок, вступающий в периоды кризисов,… теряет интересы, вчера еще направляющие всю его деятельность, которая поглощала большую часть его времени и внимания, а теперь как бы замирает…». Но за всяким негативным симптомом скрывается позитивное содержание, состоящее обычно в переходе к новой и высшей форме».
* Новообразования переходного периода носят также переходный характер, они отмирают, «как бы поглощаясь новообразованиями следующего, стабильного возраста»

Новые, возросшие возможности ребенка вступают в противоречие с уже сложившимся уровнем требований к нему, с тем объективных местом, которое он занимает в жизни. Божович отмечает, что в кризисные периоды дети становятся раздражительными, непослушными, конфликтными, иногда – агрессивными к окружающим. Эти реакции в таком случае являются свидетельством фрустрации у детей важных потребностей, сформировавшихся к концу предшествующего этапа психического развития. Совершается переход к новой ведущей деятельности, имеющей свою содержательную специфику на каждом возрастном этапе онтогенеза. Специфика новой ведущей деятельности и является тем основным моментом в развитии, с которым связано становление новых особенностей личности ребенка.

Идеи ЛСВ могут быть применены и для понимания механизмов психического развития человека, страдающего телесным недугом.

Специальных психологических исследований, рассматривающих развитие взрослого человека крайне мало. Но в частности в имеющихся отмечается, что развитие взрослого подчиняется тем же закономерностям, что и развитие ребенка. Кризисы развития у взрослого также возможны, они предшествуют переходу на новую ступень развития или возможному возрастному обеднению и оскуднению психики. Содержание кризисов также составляет социальная ситуация развития. Главное в ССР – накопление противоречий в сложившейся актуальной социальной ситуации развития (например, между возможностями и системой смысловых связей с миром, между внешними обстоятельствами и внутренними условиями развития).

Кризисы у взрослых имеют и отличительные особенности:

* Они не имеют жесткой привязки к возрасту
* Могут подготавливаться постепенно, а могут возникать и внезапно в случае появления резких изменений в социальной ситуации развития

Общим итогом кризисов, как и у детей, является возникновение ряда психологических новообразований, не свойственных предшествующим этапам развития.

Соматические заболевания (в особенности тяжелые и хронические) качественно изменяют ССР:

* Изменяется уровень его психических возможностей
* Как следствие, ограничивается круг контактов с людьми

То есть заболевание меняет объективное место, занимаемое человеком в жизни, а также его «внутреннюю позицию» по отношению к себе самому и жизни в целом.

Тяжелая соматическая болезнь может изменить сами биологические условия протекания деятельности. Могут измениться операциональные и энергетические возможности осуществления деятельности. Биологические изменения организма не входят в содержание ССР, но являются предпосылкой протекания психической деятельности.

Взрослый человек обладает сложившимися особенностями психической организации: определенным уровнем познавательных возможностей, мотивационной структуры личности, самооценкой и т.д. Все эти качества могут быть изменены (чаще ослаблены) вследствие болезни. Болезнь может изменить перспективу жизни в целом. Всякое истинное развитие предполагает направленность в будущее, открытость перспективы движения. Изменения эскиза будущего – одна из наиболее существенных характеристик новой, складывающей в условиях болезни ССР. Будущее для хронически соматических больных становится неопределенным, теряет свои четкие очертания, а в ряде случаев будущее разворачивается в обедненном виде, не соответствующем преморбидно сложившимся планам и ожиданиям. В этом несоответствии и состоит одно из наиболее значительных для заболевания противоречий.

Новую ССР утяжеляет наличие социальных последствий болезни. Важнейшими из них являются изменения профессионального и семейного статуса человека. Отказ от профессиональной деятельности, превращение в объект семейной опеки, изоляция от привычного социального окружения становятся важнейшим условием изменения психического облика.

Новая ССР становится предметом активной внутренней «работы» самого больного, вследствие которой формируется новая «внутренняя позиция» человека, содержание и динамика которой отражают основные смысловые изменения в структуре личности.

Новая ССР может стать как источником формирования позитивных для развития личности новообразований, так и негативных черт. В медицине это квалифицируется в понятиях невротического, психопатоподобного и патохарактерологического развития больного.

### Психологическая саморегуляция как путь преодоления кризиса

Понятие саморегуляция носит междисциплинарный характер. Саморегуляция – это системный процесс, обеспечивающий адекватную условиям изменчивость жизнедеятельности субъекта на любом ее уровне. При вычленении собственно психологического аспекта саморегуляции выделяют следующие уровни:

* энергетический
* операционально-технический
* личностно-мотивационный

Способность произвольного управления собственной мотивационной сферой рассматривается многими исследователями в качестве одной из важнейших характеристик человека как показатель гармонии и зрелости личности.

Личностно-мотивационный уровень саморегуляции – процесс, опосредованный социальными нормами и ценностями, а также системой внутренних требований, особой жизненной философией, превращающими человека в активного субъекта жизнедеятельности.

В качестве механизмов личностно-мотивационного уровня саморегуляции рассматриваются рефлексия и смысловое связывание. На этом же уровне функционируют и неосознаваемые формы смысловой регуляции – психологические защиты.

Сущность личностно-мотивационного уровня саморегуляции – это особая форма внутренней деятельности. Мотивы и цели ее заключены в сохранении внутренней самоидентичности, обеспечивающих успешность самоактуализации. Цели подобной деятельности могут быть ситуационно обусловлены, но их содержание всегда составляет прижизненно сформированные осознанные человеческие ценности, правила, сложившаяся система внутренних требований.

Исследование И.А. Сапаровой ценностно-смыслового уровня саморегуляции показало, что отсутствие или дефективность ценностного опосредствования являются одной из психологических причин возникновения ипохондрического развития личности.

Отсутствие или недостаточная сформированность деятельности саморегуляции, дающей возможность произвольного управления собственными побуждениями, усиливают директивность актуальных потребностей субъекта и связанных с неуспехом в их реализации эмоций, способствуют фиксации отрицательного эмоционального состояния.

То есть недостаточность деятельности саморегуляции является источником возникновения стойких соматических изменений в организме.