



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова»

Е.Е. Руслякова

ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ

*Утверждено Редакционно-издательским советом университета
в качестве учебного пособия*

Магнитогорск
2016

Рецензенты:

кандидат психологических наук, психолог, семейный консультант,
директор ООО Семейная студия «Дизайн жизни»

И.В. Бузунова

кандидат психологических наук, психолог
МАУ ДО «Дворец творчества детей и молодежи»
г. Магнитогорска

И.В. Соловьева

Руслякова Е.Е.

Основы психосоматики [Электронный ресурс] : учебное пособие / Екатерина Евгеньевна Руслякова ; ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова». – Электрон. текстовые дан. (1,39 Мб). – Магнитогорск : ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова», 2016. – 1 электрон. опт. диск (CD-R). – Систем. требования : IBM PC, любой, более 1 GHz ; 512 Мб RAM ; 10 Мб HDD ; MS Windows XP и выше ; Adobe Reader 8.0 и выше ; CD/DVD-ROM дисковод ; мышь. – Загл. с титул. экрана.

Пособие составлено в соответствии с типовой программой дисциплины «Основы психосоматики», является составной частью программ дисциплины «Психофизиология», «Патопсихология», «Клиническая психология». Содержит краткое изложение психофизиологического принципа, необходимо для ознакомления студентов с сущностью психосоматической проблемы, т.е. проблемы взаимодействия телесной и психической сфер, с акцентом на научную психосоматическую феноменологию, на патологически осложненные взаимодействия души и тела. Учебное пособие содержит информацию следующего характера: «Введение в психосоматику», «Теоретические основы. Общая психосоматика», «Частная психосоматика». В каждом разделе приводятся краткое теоретическое введение, задания для самостоятельного решения и контрольные вопросы в виде итогового тестирования.

Пособие предназначено для подготовки магистрантов направления 44.04.02 «Психолого-педагогическое образование: Психология здоровья в образовании» и бакалавров 44.03.02 «Психолого-педагогическое образование: Психология образования»; 37.05.02 «Психология служебной деятельности» - учебное пособие может быть использовано для очной, очно-заочной и заочной форм обучения.

УДК 159.9(07)

© Руслякова Е.Е., 2016

© ФГБОУ ВО «Магнитогорский
государственный технический
университет им. Г.И. Носова», 2016

Содержание

Психосоматическая проблема	5
Значение термина «Психосоматика»	11
Классификация психосоматических нарушений	13
Психоаналитическое направление	15
Психосоматический симптом, как результат интроекции дисфункциональных базисных схем	24
Психосоматическое взаимоотношение и проблема здоровья с позиции гуманистической психологии	30
Физиологические и психологические механизмы психосоматического взаимодействия	39
Неспецифические теории	
Внутренняя картина болезни	41
Внутренняя картина здоровья	44
Понятие «Качество жизни пациентов» в психосоматической медицине	49
Типы реакции личности на заболевание	54
Возрастные особенности психосоматического взаимодействия	58
Программа самостоятельных занятий по курсу «основы психосоматики»	73
Тест по дисциплине «Основы психосоматики»	78
Ключ к тесту по дисциплине «Основы психосоматики»	82
Библиографический список	83
Приложение	

ВВЕДЕНИЕ

На пороге XXI века ускорение научно-технического прогресса достигло небывалых масштабов. Сопровождающие его индустриализация, урбанизация, ускорение темпов жизни обусловили четкое проявление "двуликого Януса" технической революции. С одной стороны она резко облегчила физический труд, повысила возможность удовлетворения потребностей человека, с другой – привела к изменению нашего образа жизни, характера и содержания труда, нарушению экологической ситуации, а вместе с тем к переоценке жизненных ценностей, развитию бездуховности, озлобленности, недоверия, дефициту доброты, вызывающих частое возникновение стресса и его вредных последствий.

Современный человек, самосознание которого в связи с развитием цивилизации резко возросло, ежедневно переживает во много раз больше стрессовых ситуаций, чем его предки даже в недалеком прошлом. Все это вызывает перенапряжение функции жизненно важных систем организма человека, он не в состоянии адаптироваться к ним, вследствие чего возникают соматические и психические расстройства.

В каждой нозологической единице можно выделить в отдельную группу те болезни, которые обусловлены психосоматикой. В частности это касается заболеваний сердечно-сосудистой системы – гипертонической болезни, склероза венечных артерий сердца с инфарктом миокарда, склероза артерий мозга с нарушениями мозгового кровообращения; желудочно-кишечного тракта; желез внутренней секреции, а также нервных и психических заболеваний.

1. ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

- 1.1. Современные представления о соотношении психического и физиологического (взаимосвязь мозга и психики, психофизиологическая проблема; психофизиологический параллелизм; диалектическая причинно-следственная связь мозга и психики)**
- 1.2. Теоретические основы психосоматической медицины; (психосоматическая наука в различные исторические периоды; отечественные и зарубежные исследования в психосоматической науке; современное состояние психосоматической науки)**

Мнимые больные неизлечимы, зато настоящие могут получить мнимое излечение.
«Пшекруй»

Человек любит поговорить о своих болезнях, а между тем это самое неинтересное в его жизни.
Теренций

1.1. Современные представления о соотношении психического и физиологического

Несмотря на многие достижения психофизиологии, особенно, в последние десятилетия, психофизиологический параллелизм как система взглядов не отошел в прошлое. Известно, что выдающиеся физиологи XX в. Шерингтон, Эдриан, Пенфилд, Экклс придерживались дуалистического решения психофизиологической проблемы. Согласно их мнению, при изучении нервной деятельности не надо принимать во внимание психические явления, а мозг можно рассматривать как механизм, деятельность определенных частей, которого, в крайнем случае, параллельна разным формам психической деятельности. Целью психофизиологического исследования, согласно их мнению, должно являться выявление закономерностей параллельности протекания психических и физиологических процессов.

Взаимосвязь психики и мозга. Многочисленные клинические и экспериментальные данные, накопленные в науке в последние десятилетия, свидетельствуют, однако, что между психикой и мозгом существует тесная и диалектическая взаимосвязь. Воздействуя на мозг, можно изменить и даже уничтожить дух (самосознание) человека, стереть личность, превратив человека в зомби. Сделать это можно химически, используя психоделические вещества (в том числе наркотики), "электрически" (с помощью вживленных электродов); анатомически, прооперировав мозг. В настоящее время с помощью электрических или химических манипуляций с определенными участками головного мозга человека изменяют состояния сознания, вызывая различные ощущения, галлюцинации и эмоции.

Все вышесказанное неопровержимо доказывает прямое подчинение психики внешним физико-химическим воздействиям. Более того, в последнее время все больше и больше накапливается данных о том, что психические состояния человека тесно связаны с наличием или отсутствием того или иного химического вещества в мозге.

С другой стороны, все, что глубоко затрагивает психику, отражается также и на мозге, и на всем организме. Известно, что горе или сильная депрессия могут привести к телесным (психосоматическим) заболеваниям. Гипноз может вызвать различные соматические расстройства и наоборот, способствовать излечению. Широко известны поразительные эксперименты, которые осуществляют йоги со своим организмом. Более того, такое психокультурное явление, как нарушение "табу", или колдовство у примитивных народов могут вызвать смерть даже у здорового человека. Есть свидетельства, что религиозные чудеса (явления Богородицы, Святых икон и т.п.) способствовали исцелению больных с различной симптоматикой. Интересно, в этой связи, что эффект плацебо, т.е. эффект нейтрального вещества, которое применяется вместо "ультрасовременного"

лекарства, действенен для одной трети больных, независимо от их социального статуса, культурного уровня, вероисповедания или национальности.

В целом приведенные выше факты однозначно свидетельствуют о том, что столь тесную взаимосвязь между мозгом и психикой нельзя объяснить с позиций физиологического параллелизма. Важно, однако, подчеркнуть и другое. Отношение психики к мозгу нельзя понимать как отношение продукта к производителю, следствия к причине, поскольку продукт (психика) может и часто очень эффективно воздействует на своего производителя — на мозг. Таким образом, между психикой и мозгом, психическим и физиологическим, по-видимому, существует диалектическая, причинно-следственная связь, еще не получившая полного объяснения.

Исследователи не оставляют попыток проникнуть в суть проблемы, предлагая иногда в высшей степени необычные варианты решения. Например, такие выдающиеся физиологи как Экллс и Барт считают, что мозг не "производит дух", но "обнаруживает его". Получаемая органами чувств информация, "материализуется" в химические субстанции и изменения в состоянии нейронов, которые физически накапливают символические значения чувственных ощущений. Так происходит взаимодействие внешней материальной реальности с духовным субстратом мозга. При этом, однако, возникают новые вопросы: что является "носителем" духа вне мозга, с помощью каких именно рецепторов воспринимается организмом человека внешний "дух" и т.д.

Наряду с такими "экстравагантными" решениями, новые подходы к изучению соотношения физиологического и психологического прорабатываются и в контексте отечественной науки.

Современные варианты решения психофизиологической проблемы можно систематизировать следующим образом:

Психическое тождественно физиологическому, представляя собой не что иное, как физиологическую деятельность мозга. В настоящее время эта точка зрения формулируется как тождественность психического не любой физиологической деятельности, но только процессам высшей нервной деятельности. В этой логике психическое выступает как особая сторона, свойство физиологических процессов мозга или процессов высшей нервной деятельности

Психическое — это особый (высший) класс или вид нервных процессов, обладающий свойствами, не присущими всем остальным процессам в нервной системе, в том числе процессам ВНД. Психическое — это такие особые (психонервные) процессы, которые связаны с отражением объективной реальности и отличаются субъективным компонентом (наличием внутренних образов и их переживанием).

Психическое, хотя и обусловлено физиологической (высшей нервной) деятельностью мозга, тем не менее, НЕ ТОЖДЕСТВЕННО ей. Психическое не сводимо к физиологическому как идеальное к материальному или как социальное к биологическому.

Ни одно из приведенных решений не получило общего признания, и работа в этом направлении продолжается. Наиболее существенные изменения в логике анализа проблемы "мозг — психика" повлекло за собой внедрение в психофизиологию и медицину системного подхода.

1.2. Теоретические основы психосоматической медицины

История психосоматической медицины начинается с борьбы «соматиков» и «психиков» в начале 19 века. Представители «психиков» **Хейнрот** и **Идилер** игнорировали организм и рассматривали болезнь как «борьбу страстей». Представители соматиков во главе с **Якоби** утверждали, что природа, естествознание - единственные основы медицины. Их объединил **Гризингер**, говоря о «соматической основе мозга» как органе психической деятельности, а,

следовательно, о неразделимости этих функций и понятий, ибо нельзя отделить функции от органа.

В начале века в англо-американской медицине появился термин «психосоматика», которые шли по идеалистическому пути. В 1818 г. немецкий врач из Лейпцига Д. Хайнрот J. Heinroth ввел термин "психосоматический". Так, причины туберкулеза, эпилепсии и рака он рассматривал как результат переживания чувства злобы и стыда, а особенно - сексуальных страданий. Ему принадлежали слова: "Причины бессонницы обычно психически-соматические, однако каждая жизненная сфера может сама по себе быть достаточным ей основанием". Через 10 лет М. Якоби ввел понятие "соматопсихическое" как противоположное и в то же время, дополняющее по отношению к "психосоматическому". Во врачебный лексикон термин "психосоматика" был введен лишь столетие спустя. Наши исследователи этой области **В.А.Манасеин, В.М.Бехтерев, К.М.Быков, К.И.Платонов, А.Т.Пшоник.**

Центральная идея психосоматиков этого периода - это идея целостного подхода к болезни, отвергающего дуализм психического и соматического, телесного и духовного. (Шерток Л. - франц. психоаналитик): «...человек отвечает единой целостной психосоматической реакцией, которая может локализоваться и в душевной и в телесной сфере».

Однако, еще в XIX в. обосновали идею целостного подхода к болезни русские клиницисты **М.Я.Мудров, С.П.Боткин, Т.А.Захарьин** и др. Затем это развил в идеях нервизма **Сеченов и Павлов**: роль нервной системы в регуляции соматических процессов, зависимость течения болезненного процесса от состояния организма в целом.

С начала 20 столетия основателями психосоматики были **Г.Гродек и Е.Зиммель** в Германии, которые пытались путем фрейдовской техники и символики объяснить подавляющее большинство психосоматических нарушений. Они применяли учение об оральной и анальной стадиях развития либидо к объяснению расстройств желудочно-кишечного тракта. А с 30-50-х 20 в. развитие психосоматики было связано с деятельностью психоаналитиков Чикагской школы **Ф.Александера** и **Ф.Данбара** с их «профилями личности» и теориями о том, что бронхиальная астма - это тоска по материнской любви, гипертония - как неудовлетворенная агрессия.

По теории «профиля личности» определенные соматические болезни коррелируют с определенным профилем личности. Их исследователи использовали положение американского физиолога **В.Кэннона** о роли эмоций в возникновении телесных нарушений в организме.

Существует с 20-х годов теория десоматизация и ресоматизации в развитии личности. Неразрывность соматических и эмоциональных процессов в раннем детстве разъединяется по мере взросления ребенка, происходит десоматизация. А недоразвитие, инфантилизм предполагает возвращение этих связей - ресоматизацию.

Современная теория алекситимии (отрицание слова) говорит о том, что в основе психосоматических расстройств лежат психологические проблемы, ограничивающие способность к восприятию собственных чувств, эмоций особенно их вербализацией.

Известно, что стресс действует на тело через систему кора-гипоталамус, лимбическая структура - гормональные изменения, что вызывает соматические нарушения. Пример этому адаптационный синдром **Г.Селье**.

Наш физиолог **И.М.Сеченов** говорил о специфичности психического реагирования: «человек, страдающий болезнью желудка должен иметь свою особую психологию».

Бехтерев показывал роль коры и подкорковых структур в иннервации внутренних органов. Известны **т.Курцына** и **Быкова** о роли психики в развитии язвы желудка.

Известна теория нервизма Боткина, Сеченова и Павлова: о роли нервной системы в регуляции соматических процессов, зависимость течения болезненного процесса от состояния организма в целом. Созданию этой теории способствовали положения отца русской терапевтической школы (начало 19 века) М.Я.Мудрова, который наметил путь целостного клинического понимания больного со всеми его индивидуальными особенностями и противовес тенденциям фиксировать внимание только на пораженном органе.

Системные соматические расстройства при неврозах или так называемые органические неврозы в зарубежной литературе нередко относят к «малым» психосоматическим болезням, противопоставляя им «большие» - ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, язвенную болезнь желудка и т.д.

Большей частью, отмечает В.М.Баншиков (1978), наблюдается двусторонний, но единый характер психосоматических соотношений с взаимным переходом психогении в соматогению и наоборот; если рассматривать эти отношения в динамике, то такой взаимный переход является просто закономерным.

В дальнейшем благодаря работам группы учеников и последователей З.Фрейда в Америке - 30-40-е годы - и в европейских исследователей - послевоенные годы - понятие психосоматической медицины получило широкое распространение, в частности, благодаря открытию центров психосоматической медицины и изданию специальных журналов.

В конечном счете, подчеркивает В.Stokvis (1959), совсем не важно, что переживает человек, гораздо важнее, как он перерабатывает пережитое, поэтому не сами конфликты, а лишь тип и характер их переработки могут обнаружить сходство, и только в этом отношении и можно было бы говорить об их специфике.

Говоря о ряде изменений в теоретической платформе психоанализа, J.Marmor (1973) указывает, что к числу их должны быть отнесены: переход от «id»-ориентированной к «ego»-ориентированной психологии, начатый еще самим З.Фрейдом и продолженный W.Reich, Anna Freud, H.Hartman, введение более сложной культуральной ориентации K.Horney, E.Fromm, A.Kardiner и E.Erikson, создание внутриличностной модели H.Sullivan и адаптационной модели S.Rado. Прогнозируя будущее психоанализа, J.Marmor полагает, что он будет все больше приближаться к биосоциальной модели, включая аспекты теории поля K.Lewin, теории коммуникации и информации C.Shannon и Weaver, кибернетическую модель N.Wiener и теорию общих систем L.Bertalanffy. Психоанализ, отмечает далее автор, не может оставаться абстрактным вне связи с основными положениями бихевиоральной теории и наук, исследующих вопросы функционирования мозга.

Подтверждаемые реальной клинической практикой представления о многофакторной обусловленности основных психосоматических заболеваний привели к значительному расширению числа переменных, привлекаемых для дальнейшей разработки понятия специфичности. Об этом свидетельствует, в частности, перечень их, приводимый уже F.Alexander в его известной книге «Психосоматическая медицина» (1950). Это: наследственная конституция, родовые травмы, органические заболевания в детском возрасте, повышающие уязвимость отдельных органов и систем, характер ухода за ребенком (условия сна и пр.), случайные физические и психические травмы в младенчестве и детстве, эмоциональный климат в семье и специфические личностные особенности, отмечаемые у родителей и сиблингов, физические травмы, эмоциональный опыт в интимных личных и производственных отношениях. Лишь учет всех этих категорий по F.Alexander, в их взаимодействии способен обеспечить адекватный сложности патологии этиологический подход. Наряду с этим, как и ранее, F.Alexander подчеркивает роль в происхождении психосоматических нарушений тревоги, подавленных импульсов, фрустрации, чувства неполноценности и вины, хотя и отмечает их различную этиологическую значимость в каждом конкретном случае. В исследованиях Чикагской школы психосоматиков, возглавляемой ныне G.Pollok, при изучении проблемы специфичности все большее значение

приобретает сочетание психосоматических, эндокринных, физиологических и средовых факторов, участвующих в формировании поведения. Об этом свидетельствует и I интернациональный конгресс Академии психосоматической медицины в США (1966), на котором излагались результаты многих исследований, выполненных в указанных выше направлениях.

В последний период, в особенности под влиянием работ Z.Lipowski (1973), значительно возросло число исследований психосоматических соотношений в рамках экологического направления. Оживлению психосоматических исследований способствовало также учение об общем адаптационном синдроме H.Selye (1960. 1974) и об эмоциональном стрессе. На международном симпозиуме «Общество, стресс и болезни» (1971), обсуждались различные аспекты психосоматических зависимостей. Среди других тенденций в психосоматической медицине можно указать на изучение психосоциальных реакций на физическое заболевание и его последствия, влияния специфических соматических процессов на психологическое функционирование, эффективности модификации поведения на соматические нарушения и др.

«Психосоматической медицине» в отечественной науке было противопоставлена кортико-висцеральная теория патогенеза болезней внутренних органов, явившаяся конкретным приложением учения И.П.Павлова о высшей нервной деятельности к клинике внутренних болезней. Создатели ее К.М.Быков и И.Т.Курцин (1960) к кортико-висцеральной патологии относили заболевания внутренних органов, возникающие при «наличии невротического состояния коры головного мозга, со всеми характерными для него чертами и особенностями».

Часто (особенно демонстративно это выступает в кардио-васкулярных реакциях) они представляют собой психофизиологическое сопровождение имеющихся у больных эмоциональных нарушений с наличием во многих случаях содержательной связи расстройств функции той или иной соматической системы с психогенией. У других больных - это пароксизмальные нарушения деятельности висцеральных систем, являющиеся выражением дезинтеграции вегетативной регуляции, характерной для невроза (см. также работу А.М.Вейна и И.В.Родштата 1975). Доминирующие в клинической картине невроза нарушения деятельности отдельных анатомо-физиологических систем могут быть проявлением до того латентно протекающих соматических заболеваний или выражением декомпенсации той или иной функции имеющей дефицитность различной природы; развитие подобной декомпенсации происходит либо в условиях избыточного функционирования системы, либо в связи с нарушением ритма адаптивных процессов в условиях психогенной (невротической) дезинтеграции. Наконец, отдельно могут рассматриваться случаи невротической переработки явных соматических заболеваний.

При исследовании же больных с помощью личностных тестов возникает вопрос, определяются ли особенности перморбидной личности или личность, система ее отношений, установки, изменившиеся под влиянием самого заболевания.

Разумеется, эти данные не позволяют сами по себе утверждать, что здесь является причиной и что следствием. Как и в других подобных случаях, как правило, имеют место взаимодействие и взаимоусиление психического и соматического в форме «порочного круга» или, точнее, спиралевидного характера психосоматического процесса.

Было установлено, что степень участия биологических, психологических и социальных факторов и относительный «вес» их участия в патогенезе болезни неодинаковы у разных пациентов, что затрудняет схематизацию.

Эмоциональное напряжение, в соответствии с полученными данными, в качестве модулятора механизмов регуляции вегетативных функций способно ускорять или тормозить реализацию генетических, конституционных, возрастных и иных программ функционирования висцеральных систем.

Оказалось, что специфическими для них являются не изолированные психологические структуры, а целостные психосоматические синдромы, которые при содержательной их интерпретации могут рассматриваться в виде моделей патогенетических вариантов ишемической болезни сердца и язвенной болезни. Заслуживают также внимание следующие факты, установленные в этой работе. Во-первых, выявлена специфичность не только форм эмоционального стрессорного реагирования больных с обоими заболеваниями, крайне низкой оказалась способность к развитию психологических компенсаторных механизмов, направленных на уменьшение остроты психологических стрессов и конфликтов.

Выявлены корреляции между поведенческими особенностями и типом гиперлипидемий у больных ишемической болезнью сердца молодого возраста.

Полученные к настоящему времени данные показывают, что, как правило, не наблюдается трансформации невротических расстройств внутренних органов в соответствующие «большие» психосоматические заболевания - ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, бронхиальную астму и язвенную болезнь желудка.

Более того, наличие невротических системных расстройств может рассматриваться как прогностически благоприятный признак по отношению к «большим» психосоматическим болезням. Сегодня нет убедительного ответа на вопрос, почему это происходит. Выступает ли невроз как «страхование жизни» вследствие частых обращений пациентов с невротическими расстройствами к врачу уже в ранней стадии болезни и проведения своевременного (в какой-то мере и профилактического) лечения либо предупреждающее значение приобретают при неврозах специфические психологические компенсаторные механизмы, приводящие к уменьшению патогенного эмоционально-аффективного напряжения.

Мы указали лишь некоторые из направлений в области психосоматических соотношений, реализующихся в исследованиях последнего периода. Можно с уверенностью констатировать перспективность психосоматического подхода для лучшего понимания этиологии, патогенеза, клиники и разработки, наиболее адекватных лечебно-восстановительных программ при заболеваниях, в механизмах, развития которых существенную роль играет психический фактор. Реализация этих программ сейчас уже не мыслится без рассмотрения психологических звеньев изучаемой патологии.

Очевидно, что только тщательное соматическое изучение больного и его личности в их соотношении и единстве позволит в медицинской практике избежать как излишней «соматизации», так и «психологизации» болезни.

Автор указывает, что понятие внутренней картины болезни неадекватно обычно устанавливаемыми субъективным жалобам больного, а структура ее как в сенситивной, так и в интеллектуальной части находится в существенной зависимости от особенностей личности больного, его общего и культурного уровня, социальной среды и воспитания, и что внутренний мир больного является сугубо индивидуальным проявлением личности человека.

По мнению автора, восприятие болезни и отношение к ней (эмоциональная реакция) можно объединить в единое понятие «сознание болезни».

Важным является выделение «модели прогноза» болезни, а также моделей «ожидаемых и полученных результатов лечения». Подчеркивается, что существенным моментом в течении болезни является сопоставление психологических моделей «ожидаемых» и полученных результатов лечения».

Специально следует остановиться на нескольких работах, выполненных в последний период психологами. В.В.Николаева (1970) сопоставила субъективные жалобы психически больных с объективными показателями их деятельности и установила, что:

1) систематическое изучение жалоб больных обнаруживает отсутствие прямой зависимости между тяжестью дефекта и представлениями больного о своей болезни;

2) изучение жалоб пациентов в сравнении с их позицией во время эксперимента позволяет судить о степени сохранности личности;

3) изучение самооценки больных и особенностей внутренней картины болезни может иметь значение для решения вопроса об их компенсации и адаптации.

Т.В.Виноградовой (1979) установлены некоторые особенности внутренней картины болезни при различной локализации очага поражения в головном мозге. Поражению задних отделов левого полушария чаще сопутствовала адекватная внутренняя картина болезни; задних отделов правого полушария - сочетание адекватного когнитивного уровня внутренней картины болезни с неадекватным эмоциональным представлением больных о своих перспективах, расхождение между планами на будущее и реальными возможностями.

Неадекватная внутренняя картина болезни (неполное представление о своем состоянии), в сочетании с недостаточным эмоциональным ее переживанием, было характерно для лиц с поражением левой лобной области. В то время как, поражение правой лобной доли сопровождалось значительным расхождением между когнитивным и эмоциональным планами внутренней картины болезни, при несоответствии их имеющимся объективным изменениям.

Убедительно показано, что отношение человека к болезни в решающей степени опосредовано его отношением к своей трудовой деятельности, к посторонним и близким людям.

При ипохондрическом и паническом отношениях к болезни чаще отмечалось социально-трудовая дезадаптация, при рационализирующем и пассивном - сохранность или незначительное снижение социального функционирования и профессиональных возможностей.

2. ЗНАЧЕНИЕ ТЕРМИНА «ПСИХОСОМАТИКА»

2.1. Определение понятия

2.2. Тип взаимосвязи психики и соматики

2.3. Роль врача, психиатра и медицинского психолога в работе с психосоматическими расстройствами

Сократ говорил: «Не существует добра и зла. Существует знание или отсутствие его».

Болезнь – не приговор! Это результат вашего отношения к своему здоровью. Но ведь отношение можно поменять.

2.1. Определение

Что такое «психосоматика»? Не существует единого определения этого термина. В целом, его значение вытекает из слов, которые в него входят («психо»- душа и «сома» - тело).

С одной стороны, в общем смысле, под термином подразумевают научное направление, которое устанавливает взаимоотношения между психикой и телесными функциями, исследует, как психологические переживания влияют на функции организма, и как физиологические изменения вызывают психические реакции, состояния. Подразумевается ряд феноменов связанных с взаимовлиянием психического и телесного.

С другой стороны, под психосоматикой понимают направление медицины, исследующей целый ряд патологических нарушений, в том числе, ставящее своей целью лечение психосоматических нарушений («психосоматическая медицина»).

В современной отечественной медицине признанной является позиция А.Б. Смулевича, который полагает, что психосоматические расстройства - группа болезненных состояний, проявляющихся эскалацией соматической патологии, формированием общих, возникающих при взаимодействии соматических и психических факторов симптомокомплексов - соматизированных психических нарушений, психических расстройств, отражающих реакцию на соматическое заболевание.

В современной медицине раздел психосоматики представляют исследования, освещающие роль стресса в патогенезе соматических заболеваний, связь патохарактерологических и поведенческих особенностей с чувствительностью или устойчивостью к определенным соматическим заболеваниям, зависимость реакции на болезнь от типа личностного склада, влияние некоторых методов лечения на психическое состояние.

Частота психосоматических расстройств достаточно высока и колеблется в населении от 15 до 50%, а в общемедицинской практике - от 30 до 57%.

МКБ-10 психосоматические расстройства могут классифицироваться в следующих разделах: "Органические, включая симптоматические, психические расстройства" (рубрики F04-F07, соответствующие реакциям экзогенного типа К. Bonhoeffer), "Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства" (рубрики F44.4-F44.7, соответствующие психогениям, и F45 - соматоформные расстройства), а также "Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами" (рубрики F50-F53).

2.2. Тип взаимосвязи психики и соматики

С точки зрения психосоматического подхода, человек представляет собой единое целое — не существует отдельных друг от друга души и тела, а существует единый психофизический организм.

Структура психосоматических взаимоотношений представлена в **схеме**. (по В.В. Николаевой)



Рис. 1. Психосоматическое взаимодействие: «Замкнутый круг»

П.К.Ухтомский ввел понятие «функциональная система», раскрыл принцип работы функциональной системы.

У В. Франкла «Психическое и соматическое образуют в человеке некое тесное **единство** — психосоматическую цельность человеческого существа. Психическое и соматическое образуют **каузальное кольцо или точнее спираль**. Однако при этом нельзя упускать из виду, что это единство не идентично самости или целостности. Значит, как бы тесно ни было связано в человеке психическое и соматическое друг с другом, речь всё-таки идёт о различных по своей сути проявлениях бытия; общим же в обоих случаях является

только то, что это проявления одного и того же бытия. Между этими проявлениями бытия сохраняется непреодолимая пропасть.

Несмотря на единство человеческого существа, имеется принципиальное **различие** между соматическим и психическим как его составляющими (такую важную его составляющую как духовное, мы также должны будем обсудить). Учитель В. Франкла **Освальд Шварц** представлял это следующим образом: (рис. 1).

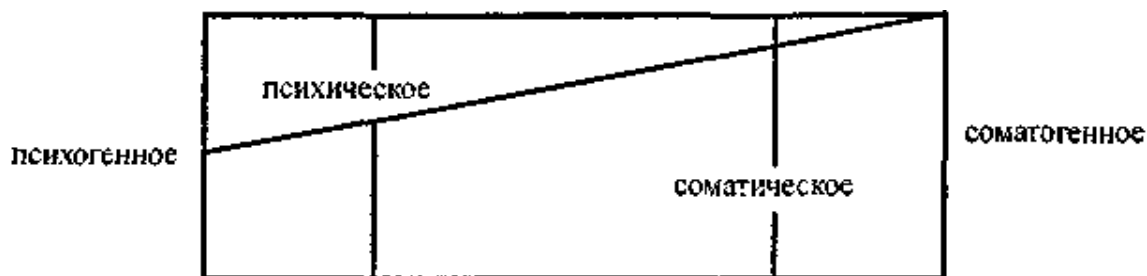


Рис. 2. Схема психосоматического взаимодействия

2.3. Роль врача, психиатра и медицинского психолога в работе с психосоматическими расстройствами

Созданное врачами, и долгое время, принадлежавшее только медицине, в настоящее время, научное направление «психосоматика» является **интердисциплинарным** (Ласовская Т.Ю., Меркушев В.В., 2002г.):

1. остается в рамках медицины, так как актуально для лечения заболевания;
2. поскольку исследуются влияние психического (эмоции) на физиологические процесс, то психосоматические взаимоотношения являются предметом исследования физиологии;
3. психология исследует психологические механизмы, воздействующие на физиологические функции, поведенческие реакции, связанные с заболеванием;
4. психотерапия ищет способы изменения деструктивных для организма способов эмоционального реагирования и поведения;
5. социальные науки исследуют связь психосоматических расстройств с культурными традициями, условиями жизни.

Основная роль в диагностике и лечении соматоформных расстройств, работа с психотическими расстройствами с соматической и псевдосоматической симптоматикой принадлежит **психиатру, психотерапевту**.

Врач общего профиля (терапевт, педиатр) принимает основное участие в лечении психосоматозов, цереброорганических и интоксикационных изменений.

Клинический (медицинский психолог) может принимать участие в лечебном процессе, в рамках своей компетенции. Особенно полезна работа клинического (медицинского) психолога с психогениями.

В.В. Николаевой описан механизм «замкнутого круга», когда нарушения в соматической (возможно – и в психической) сфере вызывают психопатологические реакции, обуславливающие нарушения в соматической сфере.

3. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Большинство авторов в рамках психосоматической медицины психосоматические феномены делят на две группы:

1. **Функциональные расстройства** – нарушение функционирования органа, системы органов без структурных, морфологических изменений;

2. **Органические изменения** – связаны со структурными изменениями тканей, органов под влиянием тех или иных психологических факторов или при их содействии.

Функциональные расстройства могут быть первым этапом на пути к необратимым органическим изменениям, а могут остаться на уровне нарушенной функции.

В более широком представлении психосоматические влияния носит как **патогенный**, так и **саногенный** характер.

Нормальные физиологические проявления психосоматических реакций возникают у всех людей в ответ на действие стрессора, связанные с переживанием определенных эмоций – например, сердцебиение влюбленного, задержка дыхания, гримаса, связанная с чувством отвращения.

Два вида патогенного влияния соматического заболевания на психику: **соматогенный**, проявляется в случае влияния интоксикации на ЦНС и **психогенный** как реакция личности на возникшее заболевание (по Николаевой В.В., 1987г.).

Большинство хронических соматических заболеваний сопровождаются психическими симптомами вследствие прямого повреждающего действия биологического патологического процесса на функционирование головного мозга (например: нервозность, возбудимость при гипертериозе; депрессия, тревога, изменения личности при опухолях головного мозга) или вследствие психического реагирования на факт заболевания. В 1822г. понятие «**соматопсихический**» было предложено немецким психиатром Якоби, для того, чтобы подчеркнуть, доминирование телесного в возникновении некоторых психических расстройств. В настоящее время много авторов относят соматопсихические нарушения к области изучения психосоматической медицины (Исаев Д.Н., 1996; Пезешкиан Н.Х., 1996; и др.). К соматогенным психическим расстройствам относят: **церебросоматические заболевания**, то есть психические расстройства, обусловленные органическим поражением головного мозга; а также психические расстройства, вызванные острой и/или хронической **интоксикацией**.

Псевдосоматическая симптоматика свойственна для психотических расстройств (шизофрения с бредом соматического содержания, сенестопатическим синдромом, а также депрессивные расстройства с ипохондрическими идеями, вегетативными, сенестопатическими и функциональными органическими проявлениями). Зачастую подобные пациенты весьма убедительны в своем соматическом недомогании, что может вводить в заблуждение специалистов непсихиатрических специальностей.

Основная форма влияния на психику соматического заболевания – **психогенная**, когда формируется внутренняя картина болезни, характер отношения к болезни, их влияние на изменение личности в условиях соматической патологии.

Психологические реакции на болезнь играют важную роль с точки зрения прогноза заболевания и планирования психокоррекционного мероприятия.

Психические расстройства, вызванные реакцией пациента на соматическое заболевание (**нозогении**), как правило, возникают на психопатологической почве, хотя и неявно выраженной. Соматическое заболевание является для больного стрессом, который может вызвать невротические реакции, невротические состояния, а также патохарактерологическое развитие личности по ипохондрическому типу. В ту же группу включается и **ятрогения**, то есть нозогения, вызванная не столько реакцией на соматическое заболевание, сколько на неадекватные и поведенческие реакции врача (МКБ-10).

Соматоформные расстройства – состояния, которые проявляются симптомами, напоминающими соматическое заболевание, но при этом не выявляет какого либо

патологического процесса, который мог бы объяснить их возникновение. Предполагается, что они связаны с бессознательными конфликтами (Ласовская Т.Ю., Меркушев В.В., 2002г.). Часто тревожные и диссоциативные (конверсионные расстройства) сопровождаются вегетативными кризами или имеют вычурную и нелепую псевдоневрологическую симптоматику. Соматоформные расстройства проявляются именно соматическими жалобами и симптоматикой, но никакое соматоориентированное лечение не бывает в этих случаях эффективным. К ним относится **конверсионное, поведенческое** (расстройство приема пищи, сна неорганической природы, половых дисфункций), и **личностные расстройства** (соматизированное, невротическое, болевое, ипохондрическое), и другие расстройства. Под диссоциативными (конверсионными) расстройствами в МКБ-10 понимаются расстройства истерического круга.

Существуют «**истинные психосоматозы**», заболевания, в патогенезе которых большую роль играет психологический фактор – «HOLY SEVEN» (чикагская семерка, Александр Ф. – основатель чикагской школы): (бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертензия, нейродермит, ревматоидный артрит (некоторые формы), язва двенадцатиперстной кишки, тиреотоксикоз). Возможно также внесение в эту группу таких заболеваний сердечно-сосудистой системы как ИБС, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, кроме того большое число кожных и урогенитальных заболеваний, мигрень. Психическое расстройство разного уровня зачастую понижают резистентность организма, ослабляют его защитные функции, что является предрасполагающим фактором для широкого круга разнообразных соматических заболеваний, вплоть до инфекционных заболеваний и новообразований (Лебедев Б.А., 1991).

Психосоматические заболевания (психосоматозы), безусловно, сфера влияния врача общей практики, поскольку симптоматически на первый план здесь выходит именно соматические расстройства, а течение заболевания сопровождается характерными морфологическими изменениями. Однако ведущая или существенная роль в возникновении психосоматических заболеваний принадлежит воздействию психотравмирующего фактора. Начавшее развиваться по законам психогении, психосоматическое заболевание за счет вовлечения в патологический процесс других органов и систем, трансформируется в собственно соматическую болезнь, а значение психогенеза значительно уменьшается. Таким образом, значимость психотерапевтического аспекта особенно велика на ранних этапах развития данных расстройств, его роль также значительна на этапах реабилитации и психопрофилактики. (Приложение 1)

4. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ

- 4.1. Конверсионная модель З. Фрейда;**
- 4.2. Модель вегетативного невроза и теория векторов Ф.Александера;**
- 4.3. Модель двухэшелонной линии обороны А.Митчерлиха;**
- 4.4. Психосоматический симптом как результат нарушения объектных отношений (М.Кляйн, Р.Ферберн, Д.Винникот, О.Кернберг);**
- 4.5. Эго-психология Х.Кохута;**
- 4.6. Концепция десоматизации Шура;**
- 4.7. Теория переживания потери объекта (Энгель, Шмале);**
- 4.8. Алекситимия (Питер И. Сифнеос);**
- 4.9. Теория ролевого конфликта Дж. Морено;**
- 4.10. Концепция социальной энергии Г. Аммона.**

4.1. Конверсионная модель З. Фрейда

Основатель психоанализа З.Фрейд был невротиком, но лечился не им, а сигарами. Впрочем, сигары покупались за деньги от психоанализа. Вадим Мозговой

Конверсия – обмен, изменение, превращение, преобразование.

Под конверсией Фрейд понимает смещение психического конфликта и попытку разрешить его через различные симптомы в области тела – соматические, моторные или чувственные.

ЦЕЛЬ КОНВЕРСИИ:

1. Позволяет маскировать нежелательные эмоции;
2. Является своеобразным наказанием, которое индивид сам на себя налагает;
3. Устранение себя из опасной ситуации;
4. Средство манипуляции;
5. Снижение конфликтной ситуации;
6. Получение выгоды (роль больного);
7. Средство коммуникации (способ общения у инфантильных, незрелых личностей, с низким интеллектом и низким уровнем образования).

Конверсия осуществляется за счет механизма вытеснения. Вытесненная либидозная энергия отделяется от бессознательного и, минуя сознания, преобразуется в соматическую сферу. То есть соматический симптом – символическое содержание бессознательного. Эмоция, которая не может быть выражена, превращается в физический симптом.

Конверсионная модель объясняет: 1. Нарушение произвольной моторики (параличи, речевые нарушения, нарушения походки); 2. Нарушение рецепторного восприятия (зрения, слуха, ощущение кома в пищеводе); 3. Изменение соматического состояния (головная боль, мнимая беременность, истерическая рвота).

В результате пациент может испытывать эмоциональное облегчение или наоборот усиление душевного или физического страдания.

Зигмунд **Фрейд** писал: «Если мы гоним проблему в дверь, она лезет в окно в виде симптома». В основе психосоматических расстройств у детей часто лежит простой механизм психологической защиты, который называется **вытеснением**.

Позже Фрейд ввел понятие **«невроз тревоги»**, объясняющее психосоматическое возникновение органических симптомов. Таких как:

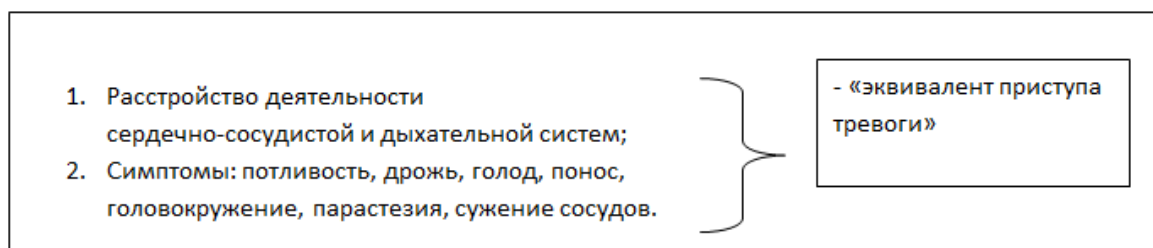


Рис. 3. Эквивалент приступа тревоги

Симптомы являются эквивалентом приступа тревоги или часто, полностью заменяет ее.

Соматический эквивалент тревоги осуществляется с помощью более примитивного защитного механизма – проекция.

Общим для двух концепций Фрейда является то, что органическая симптоматика рассматривается не как простое нарушение физиологических функциональных связей, а как следствие переживаний и поведения.

4.2. Модель вегетативного невроза и вегетативного невроза и теория векторов Ф. Александра

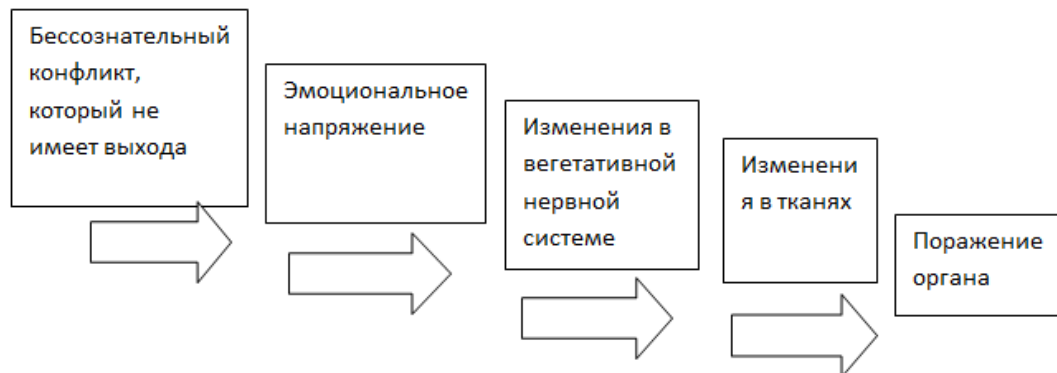


Рис. 4. Механизм развития психосоматического заболевания Ф. Александра

В отличие от конверсии отсутствует символический выразительный характер выбора органа поражения.

Вектор – динамическая сила биологических структур организма, психодинамическая тенденция переживаний и поведения.

Существуют три вектора:

1. Первый вектор – желание объединить, получить, принять.
2. Второй вектор – желание исключить, удалить, отдать, израсходовать энергию для нападения или вреда.
3. Третий вектор – желание сохранить накопить.

Конфликт между векторами рождает нарушение в определенных органах.

Теория «специфичности конфликта» представляет сегодня лишь исторический интерес, поскольку давно уже можно считать доказанным, что вегетативная нервная система отвечает на разные эмоциональные переживания примерно однотипно. Выбор поражаемого органа скорее детерминирован многими другими факторами.

4.3. Модель двухэшелонной линии обороны Митчерлиха

Психосоматический симптом развивается в следующей последовательности:

1. Человек пытается справиться с конфликтом при помощи психических средств на психосоциальном уровне.

А) разрешение конфликта при помощи обычных средств социального взаимодействия (копинг-стратегии; зрелые механизмы психологической защиты: вытеснение, сублимация).

Б) если использование этих стратегий недостаточно подключаются невротические (патологические защитные механизмы) невротические депрессии, навязчивые мысли, действия, страхи, фобии.

В) если нет эффекта, включается поведение личности в целом, происходит невротическое развитие личности или невроз характера.

2. Если по каким-либо причинам не удастся справиться с угрожающим собственному существованию конфликтом, то есть не срабатывает первая линия обороны, подключается защита второго эшелона – соматизация, которая со временем приводит к структурным изменениям того или иного органа. Это защита на психосоматическом уровне.

4.4. Психосоматический симптом как результат нарушения объектных отношений (М.Кляйн, Р.Ферберн, Д.Винникот, О.Кернберг)

Теория объектных отношений рассматривает взаимодействие индивидуальных отношений человека его внутреннего психического мира и внешнего мира.

Объекты – это люди, с которыми человек вступает в отношения во внешнем мире, а также внутренние психические представления (внутренние объекты), которые создаются человеческим разумом на основе этих отношений.

Теория объектных отношений развита последователями Фрейда. Психика и личность представляются как результат связей людей с внешним миром, который **интернализируется** разумом в виде «объектных отношений». Детство – период становления личности, хотя внутренние объектные отношения могут быть изменены и в зрелом возрасте.

В отличие от Фрейда ребенок – «открытая система», постоянно вступающая во взаимоотношения с внешним миром. Они начинают анализ взаимоотношений с жизни плода в утробе.

Нарушение объектных отношений способствует формированию психосоматического симптома.

4.5. Эго-психология Кохут

В Эго – психологии пациент рассматривается как человек, нуждающийся в определенных реакциях со стороны других людей для поддержания самоуважения и целостности уникального Я – основной вопрос развития личности. Если данный процесс нарушается, возникает психопатология. Психосоматический симптом – результат замещения любви родителей медицинским персоналом, лечебным процессом. Эго – объекты важны в формировании Я. **Эго – объект** – человек, который обеспечивает важный набор функций для развития Я.

- На первом году жизни ощущение себя у человека фрагментарно, несогласованное.
- На втором году при достаточном эмпатическом отражении матери происходит моделирование эксгибиционистских тенденций ребенка и к развитию здорового зрелого самоуважения, амбициям, напористости. Если в развитии ребенка принимает участие тот, кого он идеализирует, то это укрепляет его образ Я и самоуважение.
- Другая потребность – чувствовать сходство и принадлежность к взрослым формирует способность устанавливать отношения с другими людьми.

Развитие трех полюсов ведет к развитию согласованного ядерного Эго примерно на третьем году.



Рис. 5. Структура гармоничного развития по Кохут

В отличие от теории объектных отношений где *здоровье = самостоятельное Я*, здесь Я существует в межсубъектном поле. Нет Я отдельного от людей. Кохут развивает теорию диффецита в отличие от фрейдовской теории конфликта.

4.6. Концепция десоматизации Шур

Шур предложил модель десоматизации и ресоматизации, согласно которой в раннем детстве для человека характерно единое «психофизиологическое переживание». Аффекты связаны с соматическими процессами. Например, ребенок испытывает страх и одновременно дрожит, потеет, учащенно дышит – **ресоматизация**.

Дальнейшее развитие ребенка как процесс **десоматизации**. По мере взросления совершенствуются вегетативные процессы. Активные действия и соматические реакции заменяются речью и внешними переживаниями. Иногда неблагоприятное развитие и стрессовые факторы нарушают нормальный процесс десоматизации, который может обернуться регрессией в форме ресоматизации аффекта.

При сильной нагрузке нарушается психодинамическое равновесие и происходит внезапный прорыв бессознательного материала в форме прэдиальных или эдипальных инстинктивных желаний и механизмы защиты Я не срабатывают.

Все формы психосоматических расстройств сопровождается «нарциссический регресс».

4.7. Теория переживаний потери объекта (Энгель, Шмале)

Переживания потери объекта характерны в начале любого психосоматического заболевания.

Примеры переживания потери объекта: потеря близких людей (временная или длительная); отсутствие контакта (нежелание или занятость).

Если была нарциссическая травма, сформировалась лабильная самооценка, пациент не в состоянии переработать переживания потери объекта, наступает комплекс **«giving up»** и **«given up»** («бросаемый» и «брошенный»), депрессия, нарушение связи между прошлым и будущим. Отказ от будущего, мрачность жизни, потеря веры и оптимизма ведет к ослаблению иммунитета и психосоматическим заболеваниям.

4.8. Алекситимия (Питер И. Сифнеос)

Алекситимия появляется в семейной среде, где нет места выражению чувств, вызванных реальной жизнью. Эта позиция может затем закрепиться при многолетней установке на ригидное следование общественным нормам.

Понятие «алекситимия» ввел **Питер И. Сифнеос**.

Алекситимия – неспособность воспринимать и называть словом чувства, «душевная слепота», больные не способны к рефлексии, эмпатии, сноведения и мечты бедны, сухое вербальное общение, конкретное механическое мышление.

Развитие алекситимии связывают с гиперопекающей позицией матери, допускающей проявление раздражения у ребенка. В результате у него не развивается способность к выражению своего состояния при помощи знака или символа. Единственным доступным для него языком выражения своего эмоционального состояния является язык тела. Создается предрасположенность к психосоматике.

4.9. Теория ролевого конфликта Дж. Морено

Особенности нашего реагирования на людей формируются прошлыми переживаниями и культурными паттернами общества, в котором личность живет.

Роль – слияние частных и коллективных элементов, мост между психиатрией и социологией.

Роли принадлежат к трем измерениям:

1. Социальные роли (социальное измерение);
2. Психосоматические роли (физиологическое измерение);
3. Психодраматические роли (психологическое измерение или измерение «Я сам»).

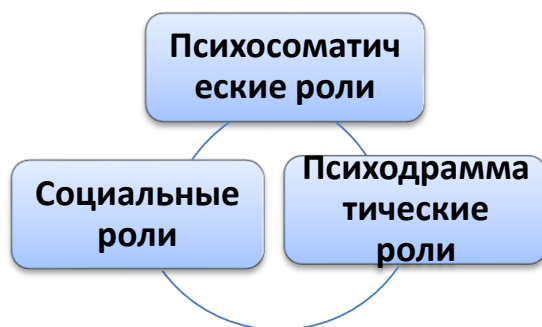


Рис. 6. Классификация психосоциальных ролей человека Дж. Морено

Перенос как феномен, по Морено, существует, но его роль ограничена интерперсональными связями.

Важнее всего «Теле» - процесс, который притягивает личность к личности или отталкивает. Теле – это поток чувств, из которого состоит «социальный атом» и «психосоциальные сети»; то с помощью чего мы устанавливаем связи. Отвечает за взаимность, групповую сплоченность.

«Теле» - всеобщий процесс, а «Перенос» (Фрейда) – его патологический продукт.

Морено разделяет «регрессию» и «истинную регрессию». Регрессия $\neq$ истинной регрессии. Регрессия, когда взрослый человек пытается принять роль, которая свойственна детскому возрасту. Например: Человек проявляет детские качества на работе, для начальника он никогда не будет ребенком, возникает конфликт. Истинная регрессия возможна во взаимодействии с настоящими (своими) родителями.

В психике во время развития личности образуются **кластеры**. Кластеры – скапливание объектных отношений по похожим воздействиям. Сначала: это (+) и (-) воздействие, а позже: кластеры с более сложными символическими связями. Например: для юноши или девушки каждый мужчина старше по возрасту принадлежит к отцовскому кластеру, так как ассоциируется с фигурой отца.

Постепенно внутренний мир ребенка интегрируется в целое, между несовместимыми кластерами возникают конфликты. Например: Я люблю свою мать, я ненавижу свою мать, она прогнала отца. Объединение этих образов в один кластер создает напряжение, незрелая психика не способна справиться с сильным напряжением и тревогой, один из образов вытесняется, попадает в бессознательное, которое наполняется этими образами. С другой стороны, сильное супер-эго способствует большому объему вытесненного. Вероятность болезни тем выше, чем больше объем вытесненных конфликтов. При возвращении вытесненного материала, увеличивается тревога, эмоциональная перегрузка приводит к болезни.

Объектные отношения, связанные с внешней властью, общественной моралью создают кластер супер-эго, который также взаимодействует с другими кластерами и внешним миром.

Здоровье – прогрессия, болезнь – застой, регрессия. Здоровье зависит от смелости – это качество, которое позволяет креативно осознать требования и опасности, идти по пути гармоничного развития. (Ответственность – свобода – здоровье).

Здоровое развитие человека – постоянная прогрессия ролей (от соматических ролей, которые заканчиваются на эмбриональной стадии, до трансцендентных ролей, выходящих за пределы я, космическое видение). В норме на каждой стадии добавляются новые роли, а старые теряют свое значение и исчезают. Некоторые соматические роли (дышащий, принимающий пищу) являются базальными, жизненными ролями и остаются до смерти.

Психические и психосоматические расстройства – результат нарушения ролевого развития и выражаются в нарушении ролевого развития. Ролевое развитие связано с **акциональным голодом** (врожденная потребность в самореализации, развитии, спонтанности) с психосоциальным развитием человека.

Болезнь – нарушение социоэмоциональной среды, которая наносит ущерб ролевому развитию. Болезнь зависит от страха – (противоположно смелости), вызывает стагнацию, регрессию, втягивает человека в порочный круг.

Психопатологические симптомы проявляются тремя способами:

1. Перескакивание какой либо роли (ступени);
2. Застой;
3. Регрессия, частичный или полный отход от достигнутых ролевых уровней.

Для **психодиагностики** Морено предлагает сосредоточить внимание на следующих основных моментах:

1. На какой роли (уровне) акцент?
2. Соответствует ли роль возрасту, образованию, статусу?
3. Является ли ролевое поведение гибким?
4. Какие роли доминируют?
5. Есть ли ролевые конфликты? Между людьми или внутри человека. Это основная причина психических расстройств и недугов!
6. Предпосылки или препятствия для развития роли?
- 7.

Например: Психосоматические заболевания с точки зрения социальных ролей

Ограничения женской роли

Традиция – хранитель домашнего очага. Домохозяйка. Нет реализации себя как личности. Материальная зависимость. Могут спровоцировать соматическое заболевание.

Работа + хранитель домашнего очага. Перенапряжение физическое и психическое. Женщине сложнее подняться по служебной лестнице. Трудности общения в коллективе. Не удовлетворяет оплата труда.

Совокупность этих факторов приводит к соматическому заболеванию, если есть конфликт

(акцентуация).

Ограничения мужской роли:

1. **Норма успешности или статуса.** Отрицательное влияние на самоактуализацию мужчины.

2. **Норма умственной твердости.** Должен быть знающим, компетентным, всегда контролировать ситуацию.

3. Норма **физической твердости**. Ожидание, что мужчина будет физически сильным, мужественным и не будет избегать опасности.

4. Норма **эмоциональной твердости**. Не должны показывать свою слабость, не показывать такие чувства как страх. Должны сами решать свои проблемы. Эмоции скапливаются внутри.

5. Норма **антиженственности**. Должны избегать всех признаков, соответствующих женщинам. Нельзя выражать нежные чувства.

4.10. Концепция Аммона

Концепция Аммона связана с психоанализом, но главное отличие заключается в том, что развитие личности происходит под влиянием социальных и межличностных процессов. В отличие от Фрейда, Аммон считает, что психическая энергия не возникает изнутри, а связана с социальным полем человека. Аммон поставил под сомнение инстинкт смерти, заменив его социально-энергетическим голодом.

Ключевое понятие «**социальная энергия**» - энергия, которая дана индивиду из окружающего его мира, это сила, которую люди могут дать друг другу, необходима для развития Я. Социальная энергия – эквивалент «либидо» (ортодоксальный психоанализ).

При общении (в процессе контакта) по Аммон взаимоотношение идет не в линейном измерении, а в параметре силового поля («никакой мистики» по Levin K., Левин К.).

Социальная энергия, возникающая между людьми при общении, подчиняется закономерностям групповой динамики (образование, функционирование, развитие, стагнация, регрессия, распад и т.д.). Занятие каким – либо предметом или вещью может быть социально – энергетически действенным, так как происходит в социальном поле. Следствие пребывания человека в социально-энергетическом поле – это развитие личности. Структура Я – «текущая социальная энергия, полученная из суммы социальной энергии, качественной и количественной».

Таблица 1

Социальная среда как формирующий фактор по Аммону

КАЧЕСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ЭНЕРГИИ (определяет характер формирующейся личности)		
КОНСТРУКТИВНАЯ	ДЕСТРУКТИВНАЯ	ДЕФИЦИТАРНАЯ
Позитивная, способствует развитию Я-идентичности личности. Обеспечивает оптимальную адаптацию к среде.	Негативная, препятствующая формированию здоровой личности. Поддерживает заболевание, действует деструктивно.	
ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ		
К человеку относится с теплом, вниманием, принимает его всерьез, «держит перед ним зеркало, в которое показывают ему кто он и куда он может развиваться».	Любые формы открытого враждебного, агрессивного обращения к человеку, ограничения его личной свободы. Жесткие границы развития.	Лишение человека эмоционального тепла и стимулов, способствующих росту личности, особенно в преэдипальный период.

ВЫРАЖЕНИЕ ВИДОВ СОЦИАЛЬНОЙ ЭНЕРГИИ В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ		
Имеет фантазии, мечты отдельные от реальности. Активны, умеют проявлять чувства, дифференцируют разные состояния сознания. Различают чувства и мысли.	Нет продуктивной коммуникации с предметным миром, избегает контакта с людьми. Не вступает в диалог, сверхконтроль своих переживаний и чувств. Непринятие других, нет стремления к компромиссу. Формируется чувство вины.	Сверхпроницаемость границ Я; Гиперкомпенсация во внешней среде; не умеет регулировать межличностную дистанцию. Зависим от внешних критериев. Не умеет отказывать, отстаивать свои интересы. Сомнения в решениях и действиях. Формируется созависимость, симбиотические отношения.
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО		
Не нуждается в психотерапевтическом вмешательстве	В процессе терапии энергия временно меняется на конструктивную, после этого пациент сам будет стремиться попасть в конструктивное социально-энергетическое поле, что приведет к устойчивому выздоровлению. Терапевт гибко балансирует между удовлетворением нарциссических потребностей больного и конфронтационной работой (самоценность и активность в деятельности, способствует развитию личности). Близко по содержанию к терапии средой.	

*Нарциссизм – (по Фрейду) направленность либидо на Я.

Функция личности – способность получать и отдавать социальную энергию, связанна с Я-идентичностью.

*Я-идентичность (по Э.Эриксону) – полноценность, сопричастность миру и другим, зрелость, стабильность.

Развитие личности идет по спирали

Этапы:

1. Получение социальной энергии,
2. Структурные изменения в бессознательном,
3. Изменение идентичности Я и внутригрупповых отношений,
4. Новый уровень получения социальной энергии.

Гуманструктуральная модель личности Аммона

Личность – многоуровневое, структурное образование.

1. Первичные органические структуры (нейрофизиологические, биологические функции);
2. Центральные бессознательные функции (страх, агрессия, сексуальность, креативность, нарциссизм и т.д.)
3. Вторичные сознательные функции (способности, навыки, переживания).

Я – идентичность – ядро личности, обеспечивает ее целостность.

Процесс развития личности, процесс возникновения психических расстройств, процесс их преодоления – связаны с процессом преобразования Я-идентичности.

Я – границы – активное динамическое единство психических процессов (внутренние и внешние). Становление Я-границ важно в развитии личности, социальная энергия курсирует, изменяя их. Пато-энергия приводит к формированию нездоровой личности, формируются расстройства и заболевания.

5. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, КАК РЕЗУЛЬТАТ ИНТРОЕКЦИИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ БАЗИСНЫХ СХЕМ

КОГНИТИВНЫЕ ТЕОРИИ

5.1. Аберрации мышления по Беку

5.2. Тип зрелого и незрелого мышления по Пиаже

5.3. Рациональный подход Поля Дюбуа и эмоциональный фактор Жуля Дежерина

5.4. Мультимодальный профиль Лазаруса как специфически организованный вариант системного анализа

5.5. Мультимодальный подход Оудсхоорна как схема выдвижения многомерных гипотез

5.6. Психопрофилактика на основе интеграции когнитивного и поведенческого подходов Д.Мейхенбаума

5.7. Познавательный-обучающий подход Дж.Махони

5.8. Когнитивно-аналитическая позиция Э. Райл

5.9. Условно-рефлекторная терапия Сэлтора

Люди в процессе общения создают правила, законы схемы.

Базисные схемы – глубинные мировоззренческие установки человека по отношению к самому себе и окружающему миру.

Опыт отношения с родителями (установки, лозунги правила) – по типу импринтинга (запечатлеваются) интериоризируются и становятся жизненным сценарием.

Дискурс – исторически, социально и в недрах особой культуры возникшая специфическая структура убеждений, терминов, категорий и установок, которая влияет на отношения и внутреннюю позицию. «Семейный миф» - вариант личностного дискурса, патологизирует семью. Некоторые дискурсы на поверхности, другие под психологической защитой дискурсы взаимосвязаны. Дискурс всегда звучит в истории пациента. «Дискурс» - синоним «схема» - когнитивная репрезентация прошлого опыта, негласные правила, организующие и направляющие информацию, которая связана с личностью человека.

Когнитивное начало не является источником или причиной дезадаптации. Мысли – звено, часто не основное. Влияние мыслей и эмоций – 50/50 – две стороны одной медали.

Когниции – вербальные суждения или образы восприятия любой модальности – связаны с лежащими в их основе убеждениями, установками и представлениями. Когниции – множество внутренних процессов, промежуточное звено между стимулом и реакцией (S и R).

Схемы имеют качества:

- широта (узкие / дискретные широкие);
- гибкость (жесткие/ поддаются изменению);
- интенсивность;
- валентность.

5.1. Абerrации мышления (по Беку)

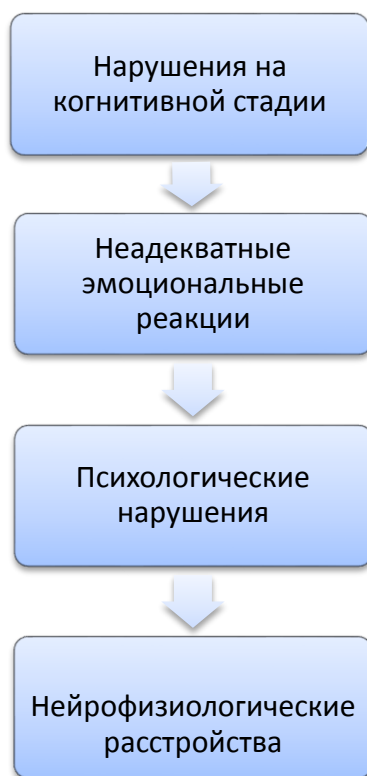


Рис. 7. Схема абerrаций мышления по Бекку

Сначала возникают нарушения на когнитивной стадии переработки информации (*обозначение; *селекция; *интеграция; *интерпретация), они вызывают неадекватные эмоциональные реакции, возникают психологические нарушения и влекут за собой нейрофизиологические расстройства.

1. Объективная реальность (сенсорный уровень обработки информации);

Субъективная реальность (зависит от когнитивных процессов) при включении оценочных когниций возникают ошибки, искажения в восприятии.

2. «Неадаптивная когниция» - любая мысль, вызывающая неадекватные болезненные эмоции, затрудняющая решение проблемы.

«Неадаптивные когниции» - носят характер «автоматических мыслей», возникают рефлексивно, не подвергаются сомнению, направляют поступки.

Убежденность пациента в достоверности его негативных идей сохраняется благодаря следующим систематическим ошибкам мышления (Beck, 1967):

1. **Произвольные умозаключения:** пациент делает выводы и умозаключения при отсутствии фактов, поддерживающих эти заключения, или вопреки наличию противоположных фактов.
2. **Избирательное абстрагирование:** пациент строит свои заключения, основываясь на каком-то одном, вырванном из контекста фрагменте ситуации, игнорируя ее более существенные аспекты.
3. **Генерализация:** пациент выводит общее правило или делает глобальные выводы на основании одного или нескольких изолированных инцидентов и затем оценивает

все остальные ситуации, релевантные и нерелевантные, исходя из заранее сформулированных выводов.

4. **Переживание и недооценивание:** ошибки, допускаемые, при оценке значимости или важности события, столь велики, что приводят к извращению фактов.

5. **Персонализация:** пациент склонен соотносить события с собственной персоной, даже если нет никаких оснований для такого соотнесения.

6. **Абсолютизм, дихотомизм мышления:** пациент склонен мыслить крайностями, делить события, людей, поступки и т.д. на две противоположных категории. Например: «совершенный – ущербный», «хороший – плохой», «святой – греховный». Говоря о себе, пациент обычно выбирает негативную категорию.

5.2. Тип зрелого и незрелого мышления по Пиаже.

Таблица 2

Типы мышления по Пиаже

№	«Примитивное» мышление	№	«Зрелое» мышление
1.	Одномерное и глобальное. «Я ужасно робкий».	1.	Многомерное. «Я довольно робкий, но зато я щедрый и неглупый».
2.	Абсолютистское и моралистическое. «Я презренный трус».	2.	Релятивистское и безоценочное. «Я чаще испытываю страх, чем большинство моих знакомых».
3.	Инвариантность. «Я всегда был и всегда буду трусом».	3.	Вариативность. «Мои страхи зависят от меня».
4.	«Характерологический диагноз». «У меня какой-то дефект характера».	4.	«Поведенческий диагноз». «Я слишком часто бегу от неприятных ситуаций и слишком часто испытываю страх».
5.	Необратимость. «Я слишком слаб, чтобы преодолеть свои страхи».	5.	Обратимость. «Я могу научиться преодолевать страх и смело встречать любые ситуации».

Чтобы лучше понять нарушения мышления у больных людей, полезно рассмотреть его с точки зрения используемых индивидом способов структурирования реальности. Если разделить их на «**примитивные**» и «**зрелые**», то очевидно, что больной человек будет структурировать опыт сравнительно примитивными способами. Тип «примитивного» мышления аналогичен особому детскому мышлению, описанному **Пиаже** (1932/1960). Различия между этими типами мышления представлены в таблице.

5.3. Рациональный подход Поля Дюбуа (1912) и эмоциональный фактор Жуля Дежерина (1912)

П. Дюбуа считал, что при неправильном знании о болезни развивается психогения. **Психогения** – следствие ошибочных суждений, обусловленных недостатком верной информации о болезни у больного. Задача врача: поиск логических ошибок и их устранение. Используется способность пациента проводить сопоставление, делать выводы, доказывать их обоснованность. Работа с противоречивыми представлениями пациента о своей болезни (внутренняя картина болезни). Больной не должен думать, что его жизнь какая-то особенная, не должен сосредотачивать внимание на своей болезни, лечении, страхе за свое здоровье и заботе о своем теле, а **жить обычной жизнью**.

У **Ж. Дежерина** рациональный подход имеет существенное дополнение, он основан на убеждении и эмоциях. «Убеждение без положительных эмоций и доверия к терапевту не эффективно». Неоднократно выступал против рациональной психотерапии **П. Дюбуа**. **Ж.**

Дежерин считал, что нужно побудить человека к развитию личности, реконструкции. Для этого нужно убеждение. Оно должно быть основано в большей мере на эмоциональном, чем на интеллектуальном воздействии. «В нравственной области никакая идея не воспринимается холодным путем», т.е. без эмотивной опоры, которая и делает ее вполне убедительной. Доказал большое значение эмоциональных факторов в происхождении и течении различных заболеваний и функциональных расстройствах органов. Не будучи знакомым с учением З. Фрейда, обосновал схожие представления на роль эмоций в происхождении психических заболеваний, в частности истерий. Лечение без правильного психологического фона неэффективно. В конце 19 века (1880-е года) создал **эмоциональную терапию**.

П. Дюбуа считал, что большинство психических расстройств имеет собственно психическую причину, на которую можно оказывать рациональное воздействие. Активно выступал **против применения гипноза** как средства психотерапии. Внедрил метод рациональной психотерапии, «терапия убеждения», «разъясняющая терапия». Основные положения этой концепции были изложены в работе "Психоневрозы и их психическое лечение" (1903 и др.). В общем, его **рациональная психотерапия** представляла собой специфическую логическую диалоговую психотерапию, основанную на обращении к рассудочной (рациональной) сфере и личности бодрствующего пациента и непосредственном воздействии на совокупность его представлений о причине и сущности заболевания, истинном состоянии и страданиях. Большое значение имела и система профессиональной аргументации, разъяснения и убеждения, ориентированная на осознание и изменение пациентом своих иррациональных оценок, поведения, мыслей и чувств и достижение на этой базе соответствующего терапевтического эффекта.

В практической и теоретической деятельности **Ж. Дежерин** особое значение придавал эмоциональным факторам и моментам (чувствам, настроению, атмосфере доверия, поддержки и т. д.). Параллельно с многочисленными неврологическими и патоневрологическими работами развивал свой **метод "изоляции"**, предназначенный для лечения психоневрозов в **групповой негипнотической психотерапии**. Считал, что психотерапия основывается исключительно на благотворном влиянии одной личности на другую ("Психоневрозы и их лечение с помощью психотерапии", 1913). Указывал на большое значение врача и его переживаний в исцелении пациента, подчеркивал необходимость и важность постоянного **эмоционального взаимодействия между врачом и пациентом**. Рассуждение в терапии Ж.Дежерина приобретают действенную силу, если сопровождаются эмоциональным влиянием. Логические доказательства врач предлагает пациенту для обдумывания, переживания и принятия. Одним из первых указал на целительную **роль простого слушания** врачом пациента. Особенно отмечал, что принципиально важным условием исцеления больных является их **вера в себя**.

5.4.Мультимодальный профиль Лазаруса как специфически организованный вариант системного анализа

Мультимодальный подход А.А.Лазаруса позволяет исследовать жизнедеятельность клиента в разных ее сферах, выявить проявление в них специфической проблемы клиента и установить связи между ними

Для системного исследования проблем пациента используется мультимодальный профиль Лазаруса, позволяющий вести анализ по семи направлениям:

1. поведение,
2. чувства,
3. физические ощущения,
4. представления,
5. мысли,

6. интерперсональные отношения,
7. лекарства и биологические факторы.

Использование мультимодального профиля позволяет лучше разобраться в проблемах пациента, выделив самые важные, которые могут стать «мишенями» для психотерапии, а также определить цели и этапы психотерапии.

5.5. Мультимодальный подход Оудсхоорна как система выдвижения многомерных гипотез

Оудсхоорн разработал диагностическую модель, состоящую из шести уровней. Автор использует понятие **«мультимодальной диагностики»**, и чтобы объяснить существующее нарушение, обосновывает необходимость выдвижения частных гипотез с позиции каждого из шести уровней. Такой подход обеспечивает стереоскопическое видение ситуации, помогает сформулировать необходимую коррекционную программу и разграничивает области компетентности разных специалистов.

Первый уровень рассматривает проблему в контексте социальных связей. Гипотезы этого уровня объясняют возникновение психологической проблематики (девиантного поведения ребенка, в частности) неблагоприятными факторами внешней среды (например, травля ребенка одноклассниками, насилие на улице и другие варианты травмирующей или обедненной внешней среды). Это традиционная область профессиональной деятельности социальных работников, служб занятости, классных руководителей, комиссий по делам несовершеннолетних и т. д.

На втором уровне рассматриваются проблемы семьи как естественной группы. Девиантное поведение ребенка здесь рассматривается как симптоматическое поведение идентифицированного пациента и анализируется как следствие нарушений функционирования всей семьи или отдельных ее подсистем. Акцент делается не на индивидуальных характеристиках членов семьи, а на их взаимодействии и структурных особенностях семейной организации. При наличии проблем этого уровня разрабатывается программа психокоррекции, направленная на всю семью целиком или релевантные подсистемы.

Следующие четыре уровня описывают индивидуальные трудности ребенка или подростка: нарушения или трудности в области эмоций, когнитивных функций или поведения ребенка (низкая самооценка, неразвитость социальных навыков, отставание в обучении);

эмоциональные конфликты с аспектами бессознательного. Для данного уровня наиболее частым диагнозом является «невроз» или «невротический конфликт»;

у детей или подростков - **«формирование реакции» или «гиперкомпенсация»**, которые в конечном итоге могут привести к характерологическим нарушениям;

нарушения развития и личностные расстройства;

биологические нарушения (когда соматические - биохимические, нейрофизиологические или патологоанатомические - факторы являются первичными, и их следствиями являются психические расстройства).

Все эти уровни являются взаимосвязанными, и в соответствии с общей теорией систем улучшение в любой области и на любом уровне системы будет влиять на все прочие. Чем выше уровень, тем более оптимистично для психолога выглядит гипотеза. Разрабатывая стратегию психологической помощи, по мнению Оудсхоорна, необходимо выбрать не более 3-х уровней, где нарушения наиболее выражены, и сосредоточиться на них.

Схема выдвижения многомерных гипотез.

Уровни рассмотрения жалоб – **здесь жалобы, которые:**

1. присутствуют на момент беседы с врачом,

2.второе – жалобы, которые не присутствуют во время беседы, но имеют место в жизни пациента.

3.жалобы, которые возникают на специфический внешний фактор.

Уровни, на которых можно собирать различные проблемы.

1.Уровни, которые связаны с внешним миром и социальным окружением.

2.Проблемы в семье.

3.Когнитивно – поведенческие проблемы.

4.Эмоциональные конфликты.

5.Нарушение развития и личностные расстройства.

6.Уровень биологических нарушений (наследственность и т.д.)

Во всех этих уровнях и при беседе с пациентом врач должен смотреть на симптомы и на историю самого симптома.

5.6.Психопрофилактика Мейхенбаума на основе интеграции когнитивного и поведенческого подходов

Все люди всегда испытывают стресс, это естественно, все это знают. Есть профессии и образ жизни, при которых люди особенно часто подвержены стрессу. **Стресс** – большая нагрузка на нервную систему, формирует вегетативную неустойчивость, причина ухудшения здоровья или его утраты. Зачем ждать когда случится болезнь, если можно заниматься профилактикой? Эмоции, которые сопровождают стресс, зависят от физиологического и когнитивного компонентов (**стигматизация возбуждения**). Вербализация эмоций - основа психопрофилактики стресса, ведущее звено в когнитивном компоненте. Самоинструкция - меняет эмоции и физиологический компонент в целом.

5.7. Познавательный-обучающий подход Махони

С одной стороны признает важность интраперсональных факторов в адаптации, с другой стороны – окружение, которое влияет на функционирование личности больных.

1. Человеческий организм реагирует не на обстоятельства, а на когнитивные представления о них.

2. Когнитивные процессы связаны с процессами и параметрами научения.

3. Человеческие знания (их большая часть) когнитивно опосредованы (строятся на понимании).

4. Мысли, чувства и формы поведения каузально взаимосвязаны.

5. Мысли, образы важны для адаптации.

Выступает за расширение репертуара поведения в регулировании внешних и внутренних воздействий.

В лечении возможна лишь индивидуальная программа. Личная проблема – научная проблема. Приобретение навыков самоконтроля и самонаблюдения необходимо для людей не умеющих разрешить проблему.

5.8. Когнитивно-аналитическая позиция Э. Райл

Пациент должен понимать, что с ним происходит (Самонаблюдение, самонаблюдение и еще раз самонаблюдение, + дневник самонаблюдения).

«Невротические способы поведения» - дезадаптивные стратегии, не дают понять проблему, приводят к болезни:

1. «Ловушки»;

2. «Дилеммы»;

3. «Препятствия».

Разное заболевание имеет свою комбинацию «невротических способов поведения», иногда очень сложную.

6. ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЕ И ПРОБЛЕМА ЗДОРОВЬЯ С ПОЗИЦИИ ГУМАНИСТИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

6.1. Проблема здоровья в гуманистической психологии

6.2. Свободный выбор как движение к здоровью по Э.Фромму

6.3. Самоактуализация и здоровье по А.Маслоу

6.4. Смысл жизни как атрибут здоровья В.Франкл

6.5. Биоэнергетический анализ Лоуэна

6.1. Проблема здоровья в гуманистической психологии

В гуманистической психологии проблема психосоматического взаимодействия раскрывается с более позитивной стороны, со **здоровья**.

Условно в решении этой проблемы гуманистическое направление в психологии можно разделить **на три ветви**:

Таблица 3

Три направления гуманистической психологии

иголохисп в эинэ/вдшен эо/сэитсинеш/		
Филосовское	Соматическое	Психосинтез
• Фромм • Роджерс • Франкл и др.	• Лоуэн • Ялом • Сандомирский и др.	• Грофф • Асаджиоли и др.

Проблема здоровья имеет первостепенное значение для гуманистической психологии.

Психическое и физическое здоровье взаимосвязаны с высшими ценностями, целями, потребностями человека.

1. Здоровье человека связано с выбором – субъективная позиция, в основе которой стремление к росту, способность выбирать то, что улучшит качество жизни, ответственность за себя и свое здоровье.

2. Общество важный фактор, который влияет на здоровье личности. Система отношений «Личность – Общество» могут, как способствовать обретению здоровья, так и препятствовать здоровью человека.

3. Главный путь достижения здоровья – самопознание – развитие осознания человеком самого себя в контексте отношений с собой, другими обществом, природой. Поиск «Творческого синтеза» между сигналами собственного внутреннего аутентичного Я и запросами социального окружения.

6.2. Свободный выбор как движение к здоровью Э.Фромм

Жизнь человека – цепочка выборов, через которые он конструирует самого себя и движение к здоровью или наоборот. Человеку присуща свобода - качественная

характеристика его бытия. Суть экзистенциального конфликта в двойственности свободы: «Свобода от» и «Свобода для».

Таблица 4

Двойственность свободы по Э. Фромму

«СВОБОДА ОТ»	«СВОБОДА ДЛЯ»
Страдание и одиночество «Бегство от свободы» возвращает человека к состоянию «досознательного», зависимого от внешних сил, неразвитости. Предпосылка для заболеваний.	Преодоление страдания, обретение человеком согласия с самим собой, окружающими природой. Через творческую активность, любовь. Способствует достижению здоровья.

Э.Фромм предостерегает от возможности **«ухода в болезнь»**, которая может привести к полной неспособности человека осознавать реальность.

Существует механизм негативного социального влияния в процессе социализации индивида. В ходе овладения достижениями общественно-исторического развития, интериоризации социальных ценностей может происходить блокирование развития индивидуальности.

Общество, как и отдельная личность, может быть не вполне здоровым. Э.Фромм вводит понятие «социально заданной ущербности». Человек может не осознавать свою неполноценность, из-за «социально заданной ущербности» соответствовать принятым в обществе неправильным (искаженным) представлениям о норме и здоровье.

В настоящее время в нашем обществе распространено проявление «социально заданной ущербности» - в виде феномена отчуждения. Он состоит в том, что человек перестает ощущать себя субъектом собственных действий, как уникального и неповторимого субъекта – творца собственной жизни.

Отчужденный человек утрачивает основу для совершения выбора, он ищет опору во мнении окружающих. С этим связано распространение в современном обществе такого проявления «социально заданной ущербности» - как **АВТОМАТИЗИРУЮЩИЙ КОНФОРМИЗМ**.

Разрешить эту проблему, по Э.Фромму, возможно через развитие самопознания, установление контакт со своим бессознательным. Выбрать иной, отличный от интеллектуального знания способ познания реальности. Новый способ познания формирует знание, основанное на переживании, рефлексии, обретении контакта с природой и с природным началом в самом себе – с собственной внутренней сущностью. «Жизнь есть искусство, в котором человек – и творец, и предмет, и скульптор, и мрамор, и врач, и пациент» - утверждает Фромм.

6.3.Самоактуализация и здоровье А.Маслоу



Рис.7. Иерархия потребностей человека «Пирамида Маслоу»

А. Мэслоу утверждает, что в 99 % взрослых людей не полностью используют свой психический и физический потенциал. Психология и исследования мозговой деятельности исходят, в общем и целом сегодня из того, что человек реализует в среднем лишь 5 – 10 % своих способностей. Если вы вообразите себе, что пианист при игре пользуется только левым мизинцем, то получите наглядное представление, что это значит. Сколько музыкальных произведений можно исполнить с помощью одного пальца? По А. Мэслоу, такое ограниченное использование собственного механизма связано с тем, что человек слишком занят удовлетворением своих основных потребностей в еде и питье, в работе и жилище. До тех пор пока эти потребности стоят на первом месте, остальной потенциал не может быть реализован. Вместо того чтобы действительно жить, длительное время готовишь себя к жизни!

Человеку присуща позитивная внутренняя сущность, актуализация которой способствует обретению благополучия.

А. Маслоу подчеркивает, что внутренняя сущность задана в человеке изначально лишь от части, во многом она является творением самого человека. «Каждая личность является отчасти своим собственным проектом и сама создает себя». Самоактуализацию или по возможности полная реализация человеком собственного внутреннего потенциала А. Маслоу рассматривает в качестве основной предпосылки и характеристики здоровья.

Самоактуализация = здоровье. «Пирамида здоровья» - от высших к низшим потребностям (психолого-духовный аспект).

Маслоу заметил, что у среднестатистического гражданина физиологические потребности удовлетворяются на 85%, потребность в безопасности - на 70%, социальные потребности - на 50%, потребность в уважении, одобрении - на 40%. А вот самореализации достигают всего 10% лиц. В общем виде пирамида Маслоу или иерархия потребностей выглядит так.

А. Маслоу определяет **невроз и психологическую неприспособленность** как **"болезни лишения"**, то есть считает, что они вызываются лишением удовлетворения

определенных фундаментальных потребностей, так же как недостаток определенных витаминов вызывает физическую болезнь. Примерами фундаментальных потребностей могут служить физиологические потребности, такие как голод, жажда или потребность в сне. Неудовлетворение этих потребностей определенно ведет, в конце концов, к болезни, которая может быть излечена только их удовлетворением. Фундаментальные потребности присущи всем индивидуумам. Объем и способ их удовлетворения различен в различных обществах, но никогда фундаментальные потребности (такие как голод) не могут полностью игнорироваться.

Для сохранения здоровья должны удовлетворяться также и определенные психологические потребности. А. Маслоу перечисляет следующие фундаментальные потребности: потребность в безопасности, обеспеченности и стабильности; потребность в любви и чувстве принадлежности; потребность в самоуважении и уважении других. Кроме того, каждый индивидуум имеет потребности роста, то есть потребности развивать свои задатки и способности и потребность в самоактуализации.

Человек, имеющий те или иные проблемы со здоровьем, испытывает дефицит возможностей для реализации многих своих потребностей. А эти возможности являются истинными стимулами движения человека вперед и вверх. И, если потребности, обеспечивающие выживание на физическом уровне ещё можно как-то удовлетворить, то более высокие, стимулирующие развитие и обеспечивающие сохранение множества душевных и духовных качеств, удовлетворяются сложнее.

Если проанализировать пирамиду Маслоу применительно к проблемам **слабослышащих и глухих**, то можно заметить любопытную особенность: чем выше уровень потребности, тем больше возможность ее удовлетворения зависит от самого человека. Более того: те, кто нашел в себе силу удовлетворить потребности от третьего уровня и выше, максимально приближены к реализации самой высокой человеческой позиции.

➤ **Базовые, витальные** (от слова *vita*е – жизнь), физиологические или низшие потребности – это те, что обеспечивают поддержание жизни в человеческом теле: дышать, есть, пить, выделять, удовлетворять половое влечение. Кратко можно охарактеризовать этот уровень так: «За счет чего я живу?». Как правило, слабослышащие и оглохшие люди имеют возможность удовлетворить эти потребности, за исключением случаев вариантов полного бессилия.

➤ Потребности второго уровня - это **потребности безопасности**. Более высокий уровень потребностей уже вызывает проблемы у слабослышащих или глухих. Ведь на этом уровне подразумевается безопасность и физическая и психологическая. А они, удовлетворены минимально. Более-менее успешно реализована защищенность от холода и жары, от непогоды. Чувство уверенности подкошено невозможностью услышать приближающуюся опасность и оценить ее размер. Человек со слуховыми проблемами испытывает страх и неуверенность. Он не защищен не перед природой, не перед обществом. Краткая характеристика: «Что мне может помешать?»

➤ На третьем уровне Абрахам Маслоу разместил **групповые потребности** – то есть желание человека принадлежать к определенной группе. Тут имеется в виду и семейная группа, и профессиональная и группы по интересам. Вот на этом уровне особенно ярко видно, что человек, приобретший те или иные проблемы, может достаточно быстро утратить все связи с той или иной группой. И если семья поддерживает своего страдающего члена, то из профессиональной группы, а также дружеской, слабослышащие люди выходят довольно быстро. И, к сожалению, часто это происходит не по инициативе самого слабослышащего или оглохшего. «С кем я?» - емкое определение этого уровня.

➤ Четвертый уровень потребностей – **потребность в уважении, признании, благодарности**. Это довольно высокий уровень потребностей и он требует даже от здорового человека определенных усилий для удовлетворения. Эта общественная потребность показывает не только, насколько человек востребован в обществе, но и

насколько он сам стремится в этом обществе реализоваться. «Зачем я?» - такой вопрос задает себе человек, пришедший к удовлетворению этих потребностей.

➤ **Когнитивно-эстетический уровень** – еще более высокий, пятый в иерархической пирамиде Маслоу. Под ними подразумевается наличие порядка, справедливости, красоты и гармонии. Сюда же относятся и познавательные потребности. То есть умения узнавать, анализировать, применять на практике. «Что вокруг меня и как это изменить?» - так примерно характеризуется этот уровень.

➤ Самые высокие по уровню – **потребности самореализации**. Это не только возможность проявить себя в творчестве и умении достигать поставленных целей. Сюда же относятся и то, что называется духовным развитием – то есть нравственные понятия человека, его стремление к идеалу, осознание человеческой жизни как высшей ценности. «Кто я как личность?», - вот на какой вопрос отвечают те, кто достигает этой вершины.

Знание того, что человек в своем развитии идет не горизонтали, а по вертикали, возможно, поможет людям с ограниченными возможностями понять: человек только тогда становится личностью и обретает психическое здоровье, когда он, двигаясь вверх по лестнице от удовлетворения простейших потребностей до высших, преодолевает препятствия и выходит на уровень гармонии, духовного развития и осознания своей уникальности.

Самоактуализирующиеся люди рассматривались Маслоу как великолепные образцы психического здоровья.

В современном мире все больший интерес вызывает вопросы: как формируется здоровье? Как его можно сохранить и укрепить? Современная медицина основное свое внимание уделяет больным людям.

Исходя из наблюдения, что современная наука уделяет слишком мало внимания здоровым людям, Абрахам Маслоу, один из выдающихся психологов 20 столетия, начал исследовать сущность здоровья на здоровых людях.

Одно время он занимался лечением тяжело травмированных людей, прошедших ад немецких концентрационных лагерей с 1933 по 1945 год, и выживших. При этом он обратил внимание на то, что многие из этих пациентов не отличались крепким телосложением, но во время террора в концлагере они черпали силу и находили опору в духовных, художественных, религиозных и социальных ценностях, что, возможно, помогло им выдержать весь этот ужас. Пытаясь найти суть понятия «здоровье», Маслоу к своему удивлению обнаружил, что эти здоровые люди, в некотором отношении сильно отличались от других среднестатистических людей.

Согласно Маслоу здоровым людям присущи среди всего прочего следующие общие черты:

- Они способны лучше воспринимать действительность.
- Они способны хорошо относиться к себе, другим и природе.
- Они естественны, спонтанны и просты.
- Они автономны и активны.
- Они с уважением, радостью и удивлением относятся к основополагающим жизненным благам, признавая их ценность.
- Они обладают чувством солидарности.
- Им присущ демократический склад характера.
- У них выраженные этические задатки.
- Их юмор носит не язвительный, а философский характер.
- Все здоровые люди без исключения склонны к творчеству.

Преемником Маслоу стал **медицинский социолог Аарон Антоновский**, родившийся в 1923 году в США и умерший в 1994 году в Израиле. Сегодня он считается «отцом салютогенеза». Его критика, направленная против традиционного медицинского мышления,

исходит из того, что последнее ориентировано лишь на то, как избежать или устранить болезнетворные (патогенные) факторы, и не интересуется оздоравливающими (**салютогенными**) силами.

С точки зрения салютогенеза, **здоровье** - это способность организма уравнивать односторонние нагрузки и противодействовать возможным болезненным тенденциям. Каждый организм, каждый орган, каждая клетка постоянно находится в так называемом **континууме здоровья/болезни** (переход от здоровья к болезни и наоборот не резкий, а постепенный). В каждый момент времени в результате преодоления вредоносных факторов или болезненных тенденций возникает новое состояние здоровья.

При этом на состояние здоровья негативно влияют не только **телесные** факторы такие как: генетические причины, недостаточное или неправильное питание, а также недостаток сна и/или движения, переохлаждение и т.д., но и **душевные**: стресс, перенапряжение, страх, скука, депрессия, шоковые состояния, недовольство, сложности в отношениях и др., и **духовные**: недостаток идеализма, мотивации, духовной пищи и энтузиазма.

Чтобы организм мог противостоять этим негативным факторам необходимо **соблюдение трех принципов**.

В телесной области научить организм преодолевать «гетеростаз», т.е. неравновесия в обмене веществ, которое возникает вследствие питания, движения, покоя, смены климата и других нарушений гомеостаза (равновесия). Именно поэтому ребенку важно переболеть так называемыми детскими болезнями. Это способствует развитию его иммунной системы, способности к саморегуляции и самоисцелению. Конечно, всегда возникает вопрос, достаточно ли силен данный ребенок при столкновении с болезнью. Судить об этом должен преимущественно врач. Если по своей конституции ребенок слишком слаб, то может оказаться более правильным делать ему уколы или лечить жаропонижающими средствами или антибиотиками.

В душевной области речь идет о том, чтобы вырабатывать чувство взаимосвязи всего происходящего. При этом имеется в виду признание возможности того, что все, что встречается на нашем пути, имеет смысл и может быть включено в ощущение жизни и понимание окружающего мира. Только если человеку удастся понять мировые взаимосвязи, он может найти смысл своей жизни. По мнению Антоновского, это чувство когерентности (связанности) развивается тогда, когда у ребенка благодаря воспитанию развивается мировоззрение, в котором мир выглядит полным смысла, понятным и доступным. Это особенно важно для детей, растущих в трудных ситуациях (войны, жестокость и др.) и подверженных страху, основанному на собственных переживаниях или переживаниях взрослых в связи с ужасающими их событиями.

Третьим, решающим, является **духовная сопротивляемость**, которая возникает благодаря доверию к ходу и смыслу человеческого развития. Многие люди сегодня впадают в депрессию, потому что теряют веру в Бога, в прогресс и человека. Жестокость и насилие, коррупция, войны и катастрофы, о которых постоянно сообщается, для многих людей невыносимы. Здесь нужно построить мировоззрение, которое поможет понять и соответственно смыслу происходящего переработать зло, негативность и деструктивность. **Чем больше у человека компенсаторных возможностей и стратегий преодоления (coping) больших и маленьких трудностей и забот в личной жизни и на работе, тем больше он защищен от срывов** в результате нагрузок, страха, стресса, потери, изоляции вплоть до экстремальных ситуаций типа тюрьмы и пыток.

6.4. Смысл жизни и здоровье В. Франкла

У человека внутреннее стремление к поиску и реализации смысла жизни. Совесть способна обнаружить единство и уникальность смысла жизни у каждого. Совесть – «внутренний голос», который направляет человека по пути к достижению здоровья.

В.Франкл описал **Ноогенные неврозы**, порождаемые чувством смыслоутраты. В частности, к ним относятся «воскресные неврозы», когда человек, не имеющий смысла в жизни, в выходные дни обнаруживает всю пустоту своего существования. Человеку требуется не состояние равновесия, гомеостаза, а скорее борьба за какую-то цель достойную его. Ноогенные неврозы возникают не в связи с конфликтами между влечением и сознанием, а из-за конфликтов между разными ценностями, на основе нравственных конфликтов. Его утверждения, что 20 % неврозов (!), которые встречаются в клинической практике, - "ноогенного" происхождения, то есть возникающие из-за отсутствия смысла в жизни.

Человеческое стремление к реализации смысла жизни может быть фрустрировано. Эта «экзистенциальная фрустрация» может привести к неврозу не в психической, а в духовной сфере. Фрустрированная потребность в смысле жизни может компенсироваться в стремлении к власти, к удовольствию (часто в виде сексуального влечения), **ПСИХОГЕННЫМИ НЕВРОЗАМИ**.

Невроз в широком смысле слова – первично психогенное заболевание. В узком смысле – псевдоневроз.

Таблица 5

Этиология и симпатология заболевания по В.Франкл

Этиология	Симптоматология	
	Фенопсихическая	Феносоматическая
Соматогенная	Психоз	Заболевания в обычном смысле слова
Психогенная	Психоневроз	Органоневроз

В таблице представлена нозологическая классификация по В. Франклу. Таким образом, он подразделяет болезни как по их (болезненным) проявлениям, так и по тому, какие симптомы или феномены имеют в конкретном случае место, и, с другой стороны, по тому, как они возникают, то есть он отличает психическую или соматическую феноменологию от соматогенной или психогенной (табл. 1).

«Психическое и соматическое образуют в человеке некое тесное **единство** — психосоматическую цельность человеческого существа. Психическое и соматическое образуют **каузальное кольцо или точнее спираль**. Однако при этом нельзя упускать из виду, что это единство не идентично самости или целостности. Значит, как бы тесно ни было связано в человеке психическое и соматическое друг с другом, речь всё-таки идёт о различных по своей сути проявлениях бытия; общим же в обоих случаях является только то, что это проявления одного и того же бытия. Между этими проявлениями бытия сохраняется непреодолимая пропасть. Мы ничего не можем поделать с тем, что, например, физическое — лампа, которую я вижу перед собой или над собой, светлая и круглая, тогда как — психическое — восприятие этой же самой лампы или — не менее психическое — представление о ней (едва я закрою глаза) может не быть ни светлым, ни круглым: представление, к слову, может быть очень ярким, но никак уж не круглым».

Несмотря на единство человеческого существа, имеется принципиальное **различие** между соматическим и психическим как его составляющими (такую важную его составляющую как духовное, мы также должны будем обсудить). Учитель В. Франкла **Освальд Шварц** представлял это следующим образом: (рис. 5).

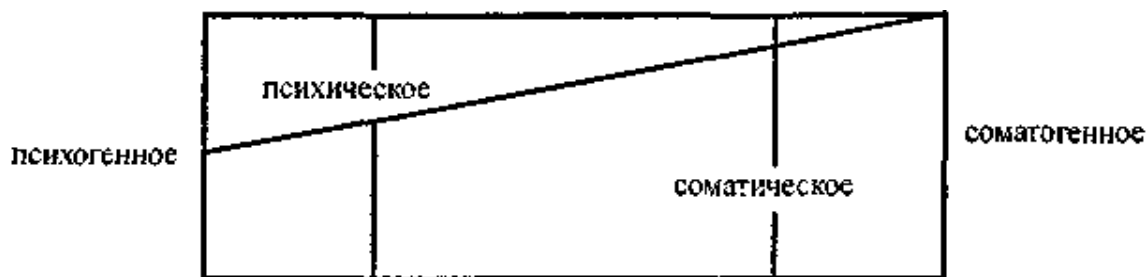


Рис.8. Психосоматический континуум О. Шварц, В.Франкл

На этой схеме вертикали обозначают различные заболевания с большим или меньшим психо- или соматогенным компонентом. Любое заболевание всегда является в большей или меньшей степени психо- или соматогенным. Соответственно его место в пределах данной схемы будет различным, а вертикаль, представляющая некоторое заболевание, может смещаться. Неподвижной и резкой границей всегда остаётся диагональ, то есть граница между психической и соматической областями как таковыми, как некоторыми онтологическими зонами, как антропологическими измерениями.

Каждое заболевание всегда включает в себя как психо-, так и соматогенный компонент, только в различных соотношениях. **Сколько** психогенеза и сколько соматогенеза входит в этиологию? **Что является первичным?**

Есть также заболевания, которые только запускаются из психического и не бывают, собственно говоря, вызваны или обусловлены психическим, то есть не являются психогенными в узком смысле слова. Если психическое не обуславливает заболевания, а лишь выступает в качестве пускового механизма, то мы называем такие заболевания **психосоматическими** (рис. 6). «Определяем **психосоматическое заболевание** как запускаемое из психического, в противоположность психогенным заболеваниям, которые обусловлены психическим и в которых психическое является причиной».

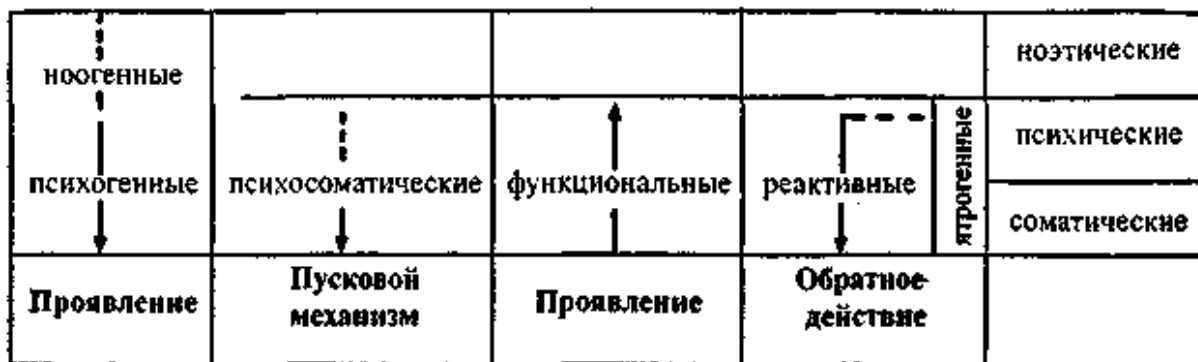


Рис.9. Механизм психогенного и психосоматического заболевания В. Франкл

«Неврозоподобные состояния, при которых имеет место действие соматического в психической области, мы называем **функциональными заболеваниями**».

Реактивный невроз - обратное психическое действие на изначально соматические нарушение. Если поводом к невротической реакции послужило необдуманное или бездумное высказывание врача, в этом случае мы говорим о подгруппе реактивных неврозов — **ятрогенных неврозах**. В таких случаях, когда, в конечном счёте, в основе этиологии соответствующего невроза лежат духовная проблема (**ноэтическая сфера**), угрызения совести или экзистенциальный кризис, мы говорим о **ноогенных неврозах**

6.5. Биоэнергетический анализ А. Лоуэна

А. Лоуэн создатель биоэнергетики, революционного метода психотерапии, направленного на то, чтобы восстановить тело до его естественной спонтанности через систему упражнений.

Личность и характер отражаются в физическом строении, неврозы проявляются в телесном облике (в строении тела, в движениях).

Ощущения, которые испытывает человек от собственного тела, проявляются в движении, отражают эмоциональное состояние.

Энергия тела, которая проявляется не только в движении, но и в психических феноменах – **биоэнергия**.

Закрепощенность тела препятствует циркуляции энергии – **«мускульная зажатость»**.

Достичь здоровья можно только в том случае, если мы будем здоровье рассматривать в концепции: **«позитивная модель здоровья»**. Определение здоровья как отсутствия болезней — это негативное определение, поскольку такой взгляд на тело напоминает взгляд механика на автомобиль, в котором он может заменить отдельные части, не нарушая работы всего механизма.

«...Если мы принимаем тот факт, что человеческие существа обладают духом, мы также должны принять то, что здоровье связано с духовностью. Я уверен, что утрата чувства единения с другими людьми, животными и природой серьезно мешает психическому здоровью. На уровне отдельного человека мы определяем это как чувство изоляции, одиночества и пустоты, которое может привести к депрессии, а в более острых случаях — даже к шизоидному уходу от жизни». Когда связь с миром обрывается, наступает потеря связи со своим телесным "я".

Объективно психическое здоровье можно определить по уровню жизненной энергии: «в быстроте взгляда, цвете и температуре кожи, спонтанности выражений лица, живости тела, а также грациозности движений. Особенно важны глаза — окна души. В них мы можем видеть жизнь духа человека... Люди с живыми, блестящими глазами обычно смотрят друг другу прямо в лицо, устанавливая зрительный контакт, который объединяет чувства людей...»

Здоровый человек **«заземлен»**, сливается с природой и получает удовольствие от жизни. Телесным выражением эмоционального здоровья является грация движений, хороший мышечный тонус, хороший контакт с окружающими людьми и с почвой под ногами (в терминологии биоэнергетики — это "заземленность"), ясный взгляд и мягкий приятный голос.

Духовность не интеллектуальность, а не витальная сила, также как тело не мясо на скелете. Тело без духа обладает низким уровнем жизненной силы. Его движения механические ими руководит сознание, воля, значит телесная динамика сильно нарушена, и есть опасность возникновения болезней. В любом возрасте нам всем нужна связь с кем-то, кто нас любит. «Чувство такого единства абсолютно необходимо для здоровья. Для того чтобы быть любимым, надо стать личностью, которая даст себя полюбить, и самому уметь любить».

Наше **тело резонирует** с другими живыми организмами — мы чувствуем. Если мы не резонируем с другими — "Я не чувствую ничего", выключили собственную жизненность. В таком случае любовь является мыслью, а не чувством.

«Любовь — теплое чувство, а количество любви, которое мы испытываем и выражаем, прямо пропорционально мягкости и теплу тела. Импульсом к любви является стремление к контакту и близости с любимым человеком в ожидании удовольствия, которое может из этого происходить...»

Восстановление здоровья — **восстановление чувственного осознания** всего тела... Чувства можно считать силой, соединяющей разум и тело.

7. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ

7.1. Соматическая конституция Гипократа и Галена

7.2. Влияние конституции на возникновение заболевания по Э.Кречмеру

7.3. Вегетативная дистония Х.Эпингер, Л.Хесс

7.4. Реакция «борьбы» и «бегства» У.Кеннона

7.5. Концепция нервизма И.П.Павлова

7.6. Кортико-висцеральная теория Быкова – Курцина.

7.1. Гиппократ (IV – V вв. до н.э.) и Гален (II в.)

Связывали предрасположенность к определенным болезням с различным темпераментом – **Соматической конституцией**. Сангвиники склонны к болезням кровообращения; холерики, флегматики – к болезням желчных путей. Создал основу научной клинической медицины; представление о целостности организма; индивидуальный подход к больному и его лечению; понятие об анамнезе; учения об этиологии, прогнозе, темпераментах; представление о высоком моральном облике и этике врача.

Гален писал: «Человек здоров, пока составные части работают правильно. Он заболевает, как только правильность работы органов или состав частей нарушается» - представление о целостности человеческого организма.

7.2. Эрнест Кречмер

Немецкий психиатр Э. Кречмер выделил три типа строения человеческого тела:

1. Пикник – сутуловатая, бочкообразная фигура с короткими конечностями и циклотимический темперамент, предрасположенность к ревматизму, атеросклерозу и болезням печени.

2. Атлетик – широкие плечи, узкий таз, длинные конечности, крупные кости и развитая мускулатура.

3. Лептозом (крайний вариант астеник) – узкие плечи, цилиндрическое туловище, тонкие конечности и нежная мускулатура, по характеру он является шизотимиком, ему грозит туберкулез легких и язва желудка.

7.3. Вегетативные нарушения Х. Эпингер, Л. Хесс (1909)

Ввели термин «**вегетативная дистония**», означающий несогласованность симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. К этому времени уже было известно, что преобладание тонуса симпатического отдела соответствует холерическому темпераменту, а парасимпатического – холерическому.

Вегетативная дистония возникает у агрессивного холерика в результате пассивно-оборонительной реакции под влиянием парасимпатической стимуляции. У него развивается стенокардия, бронхиальная астма, язвенная болезнь, тиреотоксикоз.

У осторожных флегматиков, переживающего побуждение к нападению, симпатическая стимуляция может вызвать гипертоническую болезнь, инсульт, инфаркт миокарда, сахарный диабет.

7.4. Уолтер Кеннон (1926)

Американский физиолог У.Кеннон ввел понятие «**гомеостаз**» - способность организма сохранять свои функции при воздействии факторов внешней и внутренней среды. В 1934г.

он исследовал **нейрогуморальную регуляцию** поведения человека и нашел, что **экстремальная ситуация** вызывает у человека реакцию «**борьбы**» или «**бегства**» с определенными эмоциональными и телесными составляющими.

Обнаружил сахар в моче у сдающих экзамен, запасных игроков и азартных болельщиков во время футбольного матча и т.п. Он выяснил, что гнев и страх возбуждают **нейрогуморальный центр** вегетативной нервной системы – **гипоталамус**, который стимулирует надпочечники. В состоянии **гнева** надпочечники вырабатывают **адреналин**, который образно называют «**гормоном льва**». При переживании **страха** – **норадреналин**, «**гормон кролика**». Чтобы обеспечить организм энергией для нападения или бегства, в кровь усиленно выделяется сахар. Чтобы кровь активно поступала к мышцам, повышается давление крови и учащается сердцебиение. Если необходимость в мобилизации сохраняется, защитные механизмы (нейрогуморальные, висцеральные, двигательные) должны более длительное время оставаться активными. Тем самым могут вызывать функциональные, и затем органические нарушения затронутых систем.

7.5. Концепция нервизма Ивана Петровича Павлова (1849-1936)

Описали влияние условных рефлексов на сердечную деятельность, сосудистые реакции, деятельность желудочно-кишечного тракта, функции почек, обмен веществ, терморегуляцию и другие телесные функции. На животных **изучались экспериментальные неврозы**:

«Если вырабатывались два условных рефлекса на противоречащие друг другу раздражители, а затем оба этих раздражителя применяли одновременно с действием безусловного раздражителя, у животного возникали вегетативные нарушения (выпадала шерсть, появлялась лабильность сосудов), а в ряде случаев и соматические повреждения (необратимая артериальная гипертония, коронарные нарушения, инфаркт миокарда)».

Концепция нервизма – зависимость всех процессов, как в самом мозгу, так и во всех системах тела, от мозговой деятельности, от стимулирующих и регулирующих питание и рост функций мозга. **Изменения во внутренних органах** и во всем теле, в свою очередь, могут не только накладывать особый отпечаток на психические функции, но в большей или меньшей степени их прямо определять, быть их причиной.

Раздражения, воздействующие из внешнего мира на высшие органы чувств, ложатся в основу образования так называемых условных рефлексов и развития психической, или, по его терминологии, высшей нервной деятельности. То есть (психическое) ВНД – набор рефлексов.

При лаборатории Павлова действовала нервная и психиатрическая клиника, где изучалась патология ВНД и разрабатывалась патофизиологическая концепция неврозов.

«Надлежит отыскать вместе с больным или помимо его или даже при его сопротивлении среди хаоса жизненных отношений те разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть связано происхождение болезненного отклонения, происхождение невроза. Дальше нужно понять, почему эти обстоятельства обусловили такой результат у нашего больного, когда у другого человека они остались без малейшего внимания».

Павлов И.П. и его школа (Орбели Л.А., Сперанский А.Д., Быков К.М.) создали теоретическую базу, для изучения взаимоотношений мозга как органа психики, и соматических процессов.

7.6. Кортико-висцеральная теория Быкова К.М. Курицина И.Т.

Интерорецепция тканей была подробно изучена советским физиологом В. Н. Черниговским. Особую роль в изучении сыграло выдвинутое И. П. Павловым представление о

существовании, наряду с анализаторами внешней среды, анализаторов внутренней среды организма. Это представление было развито и разработано учеником И. П. Павлова — К. М. Быковым и его школой, установившими возможность образования особых интероцептивных условных рефлексов и доказавшими влияние интерорецепции на состояние и функции коры больших полушарий (Кортико-висцеральные отношения). Это дало в руки физиологов и врачей объективный метод исследования чувствительности внутренних органов. В результате изучения интерорецепции удалось установить ряд важных для медицинской теории и практики фактов. Мощный поток интероцептивных импульсов направляется в центральную нервную систему от всех кровеносных сосудов, сердца и лёгких, что крайне важно для регуляции тонуса сосудов. Существенную роль играет интерорецепция пищеварительного тракта, обеспечивающая координацию работы различных его отделов. Соотношение интерорецепции и раздражений, поступающих в центральную нервную систему от экстерорецепторов, обеспечивает целостность реакции организма и приспособление его внутренней среды к влияниям постоянно изменяющейся внешней среды.

Курцин Иван Терентьевич Рассматривают патологию внутренних органов, как результат нарушения функций коры головного мозга, где имеют свое представительство все внутренние органы и замыкаются условные рефлексы.

Кора и внутренние органы взаимно влияют друг на друга через подкорку, вегетативную и эндокринную систему.

Нарушения соматических функций происходит под воздействием условных рефлексов, формирующиеся как на внешние стимулы, так и на сигналы внутренних органов. При этом возникает сшибка между возбуждением и торможением в коре и подкорке. Психосоматические расстройства чаще возникают у лиц со слабым и неуравновешенным сильным типом нервной системы.

Локализация поражения связана с функциональным состоянием органа, его повышенной реактивностью и пониженной сопротивляемостью.

8. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

8.1. Понятие и уровни внутренней картины болезни

8.2. Модель ожидаемых результатов

8.3. Переживание болезни во времени

8.1. Понятие и уровни внутренней картины болезни

Важнейшим с психологической и психотерапевтической точки зрения явлением, с которым сталкивается практический врач в своей деятельности, является внутренняя (субъективная) картина болезни. В первую очередь, важность её обуславливается тем, что именно внутренняя картина болезни «стоит за» теми жалобами, с которыми больной обращается за медицинской помощью, именно она во многом определяет его отношение к проводимому лечению.

Понятие внутренней картины болезни охватывает разнообразные стороны субъективной стороны заболевания. Это сложное структурированное образование включает, по крайней мере, четыре уровня психического отражения болезни в психике заболевшего:

Итак: ВКБ - это субъективное восприятие человеком своего заболевания.

ВКБ - состоит из 4 составляющих:

В середине двадцатого века замечательный советский психолог А.Р.Лурия ввел термин – «внутренняя картина болезни», который обозначает все мысли, переживания, чувства, которые имеет заболевший человек по поводу своего телесного недуга. От того, какой будет эта картина, зависит очень многое...

В научной литературе для описания субъективной стороны заболеваний используется большое количество терминов, которые были введены различными авторами, но часто употребляются весьма сходным образом. Е.К.Краснушкин субъективную сторону болезни раскрывает в термине «сознание болезни», Р.А.Лурия называет ее «внутренней картиной болезни», а Е.А.Шевалев – «переживание болезни». Немецкий интернист Гольдшейдер писал об «аутопластической картине болезни», выделяя две взаимодействующие стороны: сенситивную (чувственную) и интеллектуальную (рассудочную, интерпретативную).

Согласно концепции чешских врачей **Р. Конечного** и **М. Боухала**, аутопластическая картина болезни, с точки зрения её содержания, состоит из четырех сторон, представленных на рисунке 1. Авторы указывают следующие факторы, обуславливающие аутопластическую картину болезни в целом: характер самой болезни (острота, требуемая помощь и т.д.); обстоятельства протекания болезни (проблемы, приносимые болезнью, среда, в которой развивается болезнь, причины болезни — виновность больного или окружающих); преморбидная личность (возраст, степень общей чувствительности, темперамент, характер и шкала ценностей, медицинская сознательность); социальное положение больного.



Рис. 10. Структура внутренней картины болезни (по Р. Конечному и М. Боухолу)

1. **Сенситивная сторона.** Болевая или сенсорная составляющая. То, что человек чувствует. Неприятные ощущения, дискомфорт (чувственный - комплекс болезненных ощущений).

2. **Эмоциональная** - включает в себя то, какие эмоции человек испытывает в связи с заболеванием (эмоциональный - переживание заболевания и его последствий).

3. **Рационально-информативная** - то, что человек думает о своем заболевании, о причинах заболевания и последствиях (интеллектуальный - выработка представления и знания о болезни пациентом и её реальная оценка, размышления о её причинах и возможных последствиях).

4. **Волевая или мотивационная** - связана с необходимостью актуализации деятельности, возвращения и сохранения здоровья (мотивационный - выработка определённого отношения к болезни и актуализация деятельности, направленной на выздоровление); (или, напротив, согласие на её присутствие в жизни, «опущение рук»).

М. Балинт по-другому рассматривает ВКБ, различает в ней т.н. ятрогенной и аутогенной составляющие. Как видно из названия, ятрогенная составляющая своим происхождением обязана влиянию лечащего врача, тому, что и как он сообщает больному о его заболевании. Аутогенная же составляющая внутренней картины болезни включает в себя те представления о болезни, которые сформировались у больного «самодеятельно», до и помимо влияния лечащего врача.

При сопоставлении двух описанных концепций возникает искушение свести понятия одной из них к понятиям другой. Например, может возникнуть мнение, что элемент

внутренней картины болезни, названный в концепции Конечного-Боухала «сенситивной стороной», целиком и полностью укладывается в «аутогенную составляющую ВКБ» Балинта. Однако такое мнение ошибочно. Например, по данным специальной литературы, а также по результатам собственных исследований авторов настоящего пособия, острота болезненных ощущений обусловлена не только объективной тяжестью расстройства, но и эмоциональным состоянием больного — в частности, депрессивное состояние может приводить к субъективному усилению болевых ощущений.

А ведь не секрет, что эмоциональное состояние больного в значительной мере обуславливается «субъективной тяжестью» диагноза, установленного и сообщённого врачом. Иными словами, от врача, от того, как именно он сформулирует диагноз, сообщая его больному, насколько точно, подробно и деликатно разъяснит его, зависит, в том числе, и острота болезненных ощущений. Не случайно бытующее в некоторых профессиональных кругах мнение, что диагноз не только называет, но и — по крайней мере, отчасти — создаёт болезнь, формирует её.

Таким образом, в каждой из сторон, выделяемых концепцией Конечного-Боухала в содержании внутренней картины болезни, следует различать аутогенную и ятрогенную составляющие. Иначе говоря, две описанные концепции в сочетании дают двумерную структуру внутренней картины болезни, позволяющую наглядно представить себе роль и значимость психотерапевтического воздействия лечащего врача на внутреннюю картину болезни: ятрогенные «половины» каждого из четырёх аспектов по Конечному-Боухалу могут и должны компенсировать недостатки соответствующих им аутогенных «половин» в случае их дезадаптивности.

8.2. Модель ожидаемых результатов лечения

Модель ожидаемых результатов лечения - образ или набор образов, предвосхищающих такой результат лечения, на который рассчитывает больной или который был внушен ему окружающими или врачом.

На некоторых этапах заболевания модель ожидаемых результатов лечения может в значительной мере определять поведение больного. Во время курса лечения у больных формируются психологические модели полученных результатов лечения - эмоционально окрашенные представления, отражающие как реальные, так и мнимые (внушенные, самовнушенные) изменения нарушенных функций в сторону улучшения или ухудшения. На личностном уровне оценка результатов лечения осуществляется путём сличения модели ожидаемых результатов лечения и модели получаемых результатов лечения. При этом совпадение названных моделей вызывает положительные эмоции удовлетворения, а несовпадение, когда модель полученных результатов лечения ниже модели ожидаемых результатов лечения, - отрицательные эмоции, неудовлетворение. Такие эмоции могут быть причиной свертывания модели ожидаемых результатов лечения с отказом от лечения данным методом и депрессией или перестройкой психологической зоны информационного поля болезни с заниженными моделями прогноза заболевания и модели ожидаемых результатов лечения.

8.3. Переживание болезни во времени

Время начала болезни, появление первых её признаков, их характер, длительность.

Развитие болезни (медленное, быстрое, приступообразное, непрерывно нарастающее или скачкообразное).

Характер переживаний:

а) ориентировка во времени, месте, лицах, своей личности (или отсутствие её);

б) восприятие окружающего мира и его нарушения — метаморфозии (изменение яркости цветов и силы звуков, формы, консистенции и величины предметов, оживление неодушевленных предметов и «окаменение» живых); иллюзии; эйдетические явления; галлюцинации, их характер, степень яркости и полноты, содержание, длительность, тематичность, связность, отношение к больному и отношение больного к ним (во время болезни);

в) мышление и его нарушения: течение мыслей, бредовые идеи, их характер и содержание, связь с реальностью или с переживаниями в прошлом, степень связности и постоянства, длительность, связь с метаморфозиями и галлюцинациями;

г) осмысление окружающего реального мира и болезненных переживаний: попытки больного задать вопросы себе по поводу окружающего и происходящего с ним — кто, где, почему, зачем, за что и пр.;

д) участие реальности в болезненных переживаниях: не участвовала в болезненных феноменах; участвовала частично, со сниженным значением; адекватно или неадекватно и пр.;

е) чувство изменения своей личности — эмоций, ощущений своего тела; появление необычных переживаний — особое чувство страха, экстаза, безразличия к эмоциогенным факторам и, наоборот, сильные эмоции в отношении обычно безразличных явлений и т. п.;

ж) содержание болезненных феноменов: привычное, актуальное в здоровом состоянии, забытое, случайное, ранее виденное и слышанное, скрытые опасения и надежды, реальное, фантастическое, связанное, бессвязное, единичное или повторяющееся тематическое или отрывочное, длительное или беглое и пр.;

з) чувство времени: различие дня и ночи; переживание хода времени (быстрый, медленный, отсутствие движения времени); длительность всего времени болезненного состояния; длительность отдельных болезненных феноменов (галлюцинаций, бреда, метаморфозий и др.).

9. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ

9.1. Виды и критерии здоровья

9.2. Основные характеристики здоровых людей

9.3. Обучение здоровому образу жизни.

9.1. Виды и критерии здоровья.

Физическое здоровье часто связывается с возрастом человека. Представители разных наук сегодня говорят о биологическом, психологическом и социальном возрасте. Широко обсуждается проблема несоответствия между этими возрастами.

Биологический возраст — это понятие, которое отражает функциональную зрелость организма, как его отдельных тканей, органов, систем, так и всего организма в целом.

У любого человека на уровне житейской психологии присутствуют свои представления о нормальности человека в любой конкретный период его жизни. В этом смысле бытовое представление человека о возрасте, о возможностях возраста — о возможностях чувствования, действия, самоотношения — является тем конкретным материалом, который определяет содержание внутренней картины здоровья (ВКЗ).

Возникает система установок, разрешающих или запрещающих некоторые виды психической жизни.

Русским людям свойственна привычка «поведать» о своих несчастьях, рассказать о своем горе, не сомневаясь при этом, что их поймут и поддержат. Мотив сочувствия глубоко укоренен в русском менталитете и в качестве некоторой общей тенденции остается в нем, бесспорно и сейчас.

Рядом отечественных авторов (А.М.Громбах, 1988; А.Ш.Тхостов, 1993; В.В.Лебединский, 1994; Б.Д.Карвасарский, 1982; и др.) представлены показатели психического здоровья.

Выделяются четыре группы людей с разными показателями психического здоровья.

Первая группа – совершенно здоровые. Жалоб нет.

Вторая группа – легкие функциональные нарушения, о которых говорят эпизодические жалобы астенно-невротического порядка, которые обусловлены конкретной психотравмирующей ситуацией. Это связано с напряжением адаптационных механизмов под влиянием отрицательных микросоциальных факторов.

Третья группа – это лица с доклиническими состояниями и клиническими формами в стадии компенсации. Стойкое проявление жалоб астенно-невротического характера вне рамок психотравмирующей и трудной ситуации. Перенапряжение механизмов адаптации. В анамнезе таких людей часты токсикозы, неблагополучие беременности (сохранение), родовые травмы, микроорганические поражения, диатезы, травмы головы или хронические инфекции (отит, дизентерия, хронический тонзиллит, болезнь Боткина).

Четвертая группа – клинические формы заболевания в стадии субкомпенсации. Клинические формы нарушения адаптации, связанные с недостаточностью и поломкой механизмов адаптации. Часто у таких лиц несбалансированный вариант электроэнцефалограммы.

Заслуживает внимание то, что критерии группы психического здоровья связаны с наличием жалоб самого человека на трудности жизни среди людей, на трудности жизни с самим собой. Эти жалобы естественным образом связаны с тем мифом о здоровье, который осваивает человек в конкретных социальных условиях.

Критерии психического здоровья основываются на понятиях «адаптация» и «социализация» как основных закономерностях развития человека и на понятии «индивидуализация» как проявления закономерностей индивидуальной жизни человека.

В современных работах понятие **адаптации** включает способность человека осознанно относиться к функциям своего организма – к функции пищеварения, выделения и др.

Адаптированный человек может жить в современных ему гео-социальных условиях.

Социализация связана с тремя критериями, по которым определяется здоровье человека. Первый критерий – человек реагирует на другого человека, как на равного себе – другой такой живой, как Я. Второй критерий – это реакция человека на факт существования норм в отношениях между людьми, то есть выделение этих норм и стремление следовать им. Третий критерий – как человек переживает свою относительную зависимость от других людей.

Индивидуализация или индивидуация как говорил К.Г.Юнг, это одно из понятий, которое позволяет описывать отношение человека к самому себе. Человек сам создает в психической жизни свои качества; человек осознает собственную неповторимость как ценность и не позволяет разрушать ее другим людям.

Способность признавать и сохранять индивидуальность в себе и в других – это один из важнейших параметров психического здоровья.

Критериями **духовно здорового** человека могут быть:

1. Показатель целостности внутреннего мира, которая задается системой правил и суждений, принятых для себя человеком осознанно. Когда есть правила осознания, то внутренний мир доступен для воздействия.

Критерии духовного здоровья проявляются в общении с другими людьми особым образом – в готовности отдавать, а не только брать, в готовности осуществлять тот вид эгоистического альтруизма, о котором говорил Г.Селье. Отдавать другим людям свои силы в целях устройства общей жизни.

9.2. Характеристика здорового человека

Если наблюдать клинически за здоровыми людьми, то их можно описывать в соответствии с данными А.Маслоу как людей, обладающих особыми характеристиками, которые отличаются от других людей по следующим показателям: они удовлетворили свои потребности в безопасности, сопричастности, любви, уважения и самоуважении и поэтому могут стремиться к самоактуализации, то есть к свершению своей миссии, призвания, судьбы, стремлении к единству своей личности.

К клинически подтвержденным наблюдениям характеристик здоровых людей можно отнести следующие (по А.Маслоу):

1. Высшая степень восприятия реальности.
2. Более развитая способность принимать себя, других, мир в целом такими, какими они есть на самом деле.
3. Повышенная спонтанность, непосредственность.
4. Более развитая способность сосредоточиться на проблеме.
5. Более выраженная отстраненность и явное стремление к уединению.
6. Более выраженная автономность и противостояние приобщению к какой-то одной культуре.
7. Большая свежесть восприятия и богатство эмоциональных реакций.
8. Более частые прорывы на пик переживаний.
9. Более сильное отождествление себя со всем родом человеческим.
10. Улучшение в межличностных отношениях.
11. Более демократичная структура характера.
12. Высокие творческие способности.
13. Определенные изменения в системе ценностей.

Во внутренней картине здоровья большое место отводится когнитивным (разумным) психотехническим знаниям о том, как может и должна осуществляться индивидуальная жизнь. Эти когнитивные знания дают возможность выстраивать мотивацию собственной жизни, основанную на переживании ее осуществимости как возможности реализовать свое здоровье. Именно отсутствие мотивации – это величайшая трагедия, которая разрушает все жизненные устои человека, в том числе и отсутствие мотиваций к здоровому образу жизни, которое буквально преследует современного человека как отсутствие стремления к реализации своей внутренней картины здоровья.

9.3. Обучение здоровому образу жизни.

Г.Селье, анализируя возможности предотвращения дистресса, писал, обращаясь к молодым, о том, что не надо прислушиваться к соблазнительным, узко примитивным лозунгам о том, что жизнь – это не только труд, что надо работать, чтобы жить, а не жить, чтобы работать. Он отмечает, что лучший способ избежать дистресса состоит в том, чтобы избрать себе такое окружение, друзей, руководителя, которые соответствуют вашим предпочтениям, найти работу, которую вы сможете любить и уважать. Только так можно устранить нужду в постоянной, выматывающей реадaptации, которая и есть главная причина стресса.

В медицине сейчас принято не назначать длительный постельный режим даже после операции, так как известно, что движение, активность – это лучший способ для лечения множества болезней.

Работа нужна человеку для нормальной жизнедеятельности, как нужен сон, воздух, пища, общение.

Понадобятся громадные усилия, чтобы учить массы населения тем видам профессиональной деятельности, которые связаны с творчеством, с искусством, философией, художественными промыслами, наукой, потому что нет предела только совершенствованию человеческой природы.

Чаще всего люди страдают не от того, что они чего-то не умеют, а от того, что у них, нет вкуса и желания что-то делать. Они находят тысячи оправдательных причин для бездеятельности, переживая, таким образом, дистесс безделья.

Старение – это итог все стрессов, каким организм подвергался в течение жизни. Старение соответствует фазе истощения общего адаптационного синдрома, который в известном смысле представляет свернутую модель естественного старения. Главное отличие старения и общего адаптационного синдрома в том, что последний обладает более и менее обратимыми возможностями.

Уже говорилось о том, что любой стресс, особенно стресс фрустрации, оставляет необратимые биохимические последствия – накапливаются признаки старения тканей.

Уровень износа организма – результат стресса, а накопление необратимых изменений – это старение, которое связано с появлением необратимых пигментов старения, или, как еще говорят шлаков.

Достаточно вспомнить Бернарда Шоу, Альберта Швейцера, Микеланджело и других. Они добивались успеха и были счастливы, трудясь и после 70, и после 90, так как они не выполняли работу ради куска хлеба.

Отдаленные цели связаны с необходимостью самоанализа человека, и каждому надо честно сказать, чего он хочет от жизни. В этих целях человек всегда выстраивает какую-то иерархию. Одна из целей главная, а другие ей подчинены. Часто независимо от конкретной формулировки цели за ней стоит завоевание любви близких людей. Чтобы придать смысл жизни и определенную направленность, человеку нужна возвышенная цель. Если ее нет, то жизнь начинает протекать как ситуативно обусловленное поведение – в нем нет целостности, нет переживания единства собственного Я и собственных усилий, которое характерно для здорового человека.

Инстинкты и эмоции человека определяют ход жизни, а разум и логика – единственный способ удостовериться, что человек правильно выбрал путь и идет по нему, не сбиваясь. Логика используется для того, чтобы достичь эмоционально избранной цели. Идеи цели могут возникать без логики, они могут прийти к человеку часто даже в неожиданный для него самого момент.

У каждого человека есть свой предел – потолок адаптационных возможностей. У одних он близок к максимальному, присущему человеческой природе, для других – к минимуму человеческих возможностей.

Понятие о ВКЗ непосредственно связано у человека с представлением о цели и ценности собственной жизни, о возможности следования этой цели, поэтому при обучении здоровому образу жизни, при постановке самой этой проблемы возникает вопрос о том, почему человек не воспринимает свое здоровье во ВКЗ как аксиоматически заданную его существованием, в том числе биологическим, реальность. Ответ на этот вопрос связан, думается, с тем, что в ВКЗ создаются те сознательные цели жизни, которые человек реализует.

На сегодняшний день существует несколько моделей обучения здоровому образу жизни, каждая из которых ориентирована на особые виды воздействия, на понимание роли и места здоровья в переживаниях человека.

Первая модель – медицинская. Она построена на информировании людей. Часто ее еще называют когнитивной, иногда моделью ЗОП – знания, отношения, поведения. Она предполагает в качестве исходного принципа, что если человек знает о качествах поведения, отрицательно влияющих на здоровье, то он начинает воздерживаться от такого поведения.

Суть образовательной модели обучения здоровому образу жизни в том, чтобы оказать влияние на поведение человека в отношении своего здоровья.

На основании этих шагов были осуществлены в США антитабачные программы и программы «мое тело». Смысл этих программ состоял в том, чтобы дети и юноши, работавшие по программам, создали у себя представление о своем здоровье, чтобы у них сформировалась более стабильная ВКЗ и оказались новые возможности ее осуществления.

Третья модель формирования здорового образа жизни – это радикально политическая модель. Она делает шаг дальше по сравнению с образовательной и включает содействие становлению ВКЗ, здоровому образу жизни. Она основана на том, что часто нужно изменить внешние обстоятельства, чтобы содействовать правильному принятию решения о здоровье. К таким обстоятельствам могут относиться законодательные акты, субсидии, которые могут создать среду обитания, способствующую здоровому образу жизни. С этой моделью связана теория распространения инноваций (Э.Роджерса, Р.Шумейхера) и теории социального научения. (А.Бандура).

Осуществление радикально политической модели в первую очередь связано с тем, что люди, которые выдвинули инициативу, сами же ее осуществляют на практике. Это обычно образованные и предприимчивые люди, у которых достаточно средств, чтобы осуществить инициатируемое новшество.

Следующая модель обучения здоровому образу жизни – это модель самоусиления. Ее суть в том, что если объединить достоверную медицинскую информацию, даваемую профилактической медицинской моделью, требуемые для принятия решений навыки, вырабатываемые образовательной моделью, и дающее психологическую поддержку окружение, поддерживающее здоровый образ жизни, обеспеченный радикально-политической моделью.

ВКЗ является не только результатом индивидуального бытия человека, она отражает в себе в виде символических образований те разрешающие моменты действия или запрещения на действия, которые направлены на разрушение или сохранение здоровья. Само представление о здоровом образе жизни является культурно-историческим феноменом, которое требует изучения и понимания как в работе с конкретным человеком, так в работе с определенными возрастными и социальными группами людей.

10. ПОНЯТИЕ «КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА» В ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

10.1. Качество жизни

10.2. Коррекция внутренней картины болезни

10.3. Салютогенез. Чувство когерентности

10.1. Качество жизни

Качество жизни – это новое для медицины понятие, заимствованное из социологии. Это способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и состоянию и получать удовлетворение от этого. Здесь все тесты строятся на основе субъективного восприятия.

Показатель, который отражает благоприятное и неблагоприятное воздействие на человека, внешней и внутренней среды.

Качество жизни по ВОЗ – способ жизни в результате комбинированного воздействия факторов влияющего на здоровье, счастье, индивидуальное благополучие в окружающей среде, удовлетворительную работу, образование, социальный успех, а также свободу и важно отсутствие какого-либо угнетения. Пример: принят закон иметь в магазине подъезд для инвалидов.

Составляющие качества жизни:

1. Степень удовлетворенности физическим состоянием.

2. Психическим состоянием.

3. Социальная удовлетворенность

4. Психологическая удовлетворенность, т.е. норматив.

Исследование качества жизни проводятся для оценки эффективности метода лечения.

Выявление качества проблем, определение прогноза заболевания, в реабилитационных программах, для определения понимания субъекта психологической причины своего симптома.

10.2. Коррекция внутренней картины болезни (Голубев М. В.)

Врач-психотерапевт Голубев Михаил Викторович предлагает следующую психокоррекционную работу внутренней картины болезни:

1. Сензитивная сторона ВКБ и её коррекция

В самом общем виде, с психологической точки зрения, сензитивная сторона внутренней картины болезни может быть определена как совокупность связанных с болезнью изменений интегральной схемы тела. При этом важно учитывать не только частные болезненные изменения собственно в сенсорном аспекте схемы тела — боли, изменения в различных видах чувствительности, ограничения подвижности — но и болезненность самого факта её изменения. Будучи сенсорно-перцептивной «опорой» более общего образа собственного «Я», схема тела, изменяясь, может неявным образом приводить к изменению представлений больного о собственном «Я» на самом глубинном их слое — что само по себе является болезненным, пугающим событием для больного.

Помощь больному в области сензитивной стороны внутренней картины болезни должна оказываться по обоим направлениям: частно-сенсорному и интегральному. При этом, если собственно частные, собственно сенсорные изменения в большинстве случаев успешно корректируются с помощью тех или иных «физико-химических» воздействий — медикаментов, физиотерапии и пр., то интегральный аспект нуждается в психотерапевтическом вмешательстве со стороны лечащего врача.

Такое вмешательство осуществляется, в основном, с использованием метода психотерапевтической беседы — либо проводящийся отдельно, либо, вероятнее, в структуре планового осмотра больного. Темы такого рода бесед могут быть сведены к двум основным направлениям: разъяснение пациенту причин и механизмов его болезненных ощущений и подтверждение его самоидентичности. Первое направление бесед преследует двоякую цель: во-первых, устранить неясность и провоцируемую ею тревогу, вызванные диффузностью меняющейся схемы тела; во-вторых — помочь больному яснее провести границу между собственным «Я» и болезнью. Тем самым будет облегчено и ускорено формирование новой интегральной схемы тела у больного, с учётом изменений, внесённых болезнью.

Второе направление психотерапевтических бесед с больным, неразрывно связанное с первым, прямо адресовано к его самоидентичности, к отделению последней от переживаний, связанных с болезненными ощущениями. Для реализации второго направления полезно привлекать такие приёмы, как обращение к больному по его личному имени (имени-отчеству), опора на его «догоспитальный» опыт — иными словами, любые способы привлечения внимания пациента к его собственной личности, сохраняющей свою идентичность независимо от наличия болезни. Следует отметить, что обращение по фамилии, а тем более обезличенное «больной» — не просто невежливо, но может быть и вредным для больного, неявным образом подрывая его самоидентичность.

Несмотря на то, что болезненные ощущения, как уже указывалось, могут и должны быть скорректированы с использованием медикаментозных и физиотерапевтических методов, лечащему врачу небесполезно владеть и некоторыми приёмами прямого психотерапевтического воздействия на такие ощущения. В первую очередь, к таковым относятся методы косвенного внушения с опорой на получаемую больным медикаментозную терапию. Например, чрезвычайно полезно «подкрепить» воздействие назначаемого лекарства произнесённой с уверенной авторитетной интонацией фразой вида: «После приёма этого лекарства вы, Иван Иванович, скоро почувствуете, что боль отступает».

Во многих случаях для облегчения боли весьма эффективен следующий приём из арсенала НЛП: больного просят прикрыть глаза и представить себе тот цвет, который, по его мнению, соответствует его болевому ощущению. Затем больного просят усилием воли плавно, постепенно изменить представленный цвет на какой-либо другой (обычно контрастный — красный на зелёный и т.п.) Вместе с изменением воображаемого цвета снижается, и острота переживания боли. Трансформировать можно не только цвет, но и другие воображаемые характеристики того или иного ощущения. При диффузных неострых болях также полезно использовать методы релаксации, подробнее описанные в следующем разделе, посвященном психотерапевтическому воздействию на эмоциональную сторону внутренней картины болезни.

2. Эмоциональная сторона внутренней картины болезни и её коррекция

Эмоциональная сторона внутренней картины болезни, несмотря на свою самостоятельную значимость как важного звена в формировании психосоматического «контура» в патогенезе основного заболевания, может считаться вторичной по отношению к двум другим сторонам ВКБ — сензитивной и рационально-информативной, будучи эмоциональным «ответом» на болезненные ощущения и имеющиеся у больного знания о болезни.

Типичными (если не сказать — естественными) эмоциональными ответами на болезнь являются: депрессия — стойкое снижение настроения, ведущее к понижению умственной и двигательной активности, и тревога — неясно опредмеченный или вовсе беспредметный страх, направленный в будущее. Также нередко встречаются и специфические страхи (фобии). Чаще же всего эмоциональное состояние больного складывается из всех трёх перечисленных вариантов в разных пропорциях.

Вторичность эмоциональной стороны ВКБ по отношению к сензитивной и рационально-информативной сторонам обуславливает принципиальную «двухуровневость» её коррекции. Во-первых, косвенное положительное воздействие на эмоциональную сторону ВКБ неизбежно оказывается в рамках коррекции двух первичных сторон — сензитивной и рационально-информативной. Во-вторых, существуют две группы психотерапевтических методов, прямо воздействующих на эмоциональное состояние больного.

Первую группу составляют приёмы, провоцирующие т.н. абреакцию — «отреагирование» негативных эмоций. Однако такие приёмы требуют непрямого участия профильного специалиста — психотерапевта или психолога, поэтому подробно в данном пособии описываться не будут.

Ко второй группе относятся приёмы т.н. релаксации (целенаправленного расслабления), оказывающие нормотимическое (нормализующее настроение) и анксиолитическое (противотревожное) воздействие. Большинство приёмов релаксации основаны на т.н. кататимии скелетной мускулатуры — т.е. взаимозависимости между эмоциональным состоянием и состоянием мышц (в первую очередь, мышечным тонусом). С одной стороны, эмоции негативного круга вызывают застойное напряжение в мышцах (как общее, так и в отдельных группах мышц, в зависимости от содержания переживания, вызвавшего данную эмоцию), с другой стороны, напряжение мышц может вести к актуализации негативных переживаний, а расслабление — к их дезактуализации. Наиболее ярко кататимия проявляется в отношении мимической мускулатуры лица, однако этим свойством обладают и прочие группы мышц.

Типичными примерами релаксационных техник являются: аутогенная тренировка по Шульцу и прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону (см. Приложения 3 и 4).

Непосредственным результатом применения этих методик является временное вхождение пациента в т.н. состояние релаксации, во многом аналогичное первой стадии гипноза (сомноленции) либо приятной дневной дремоте. Отложенный же результат, как и у любой релаксационной техники — общая нормализация настроения.

3. Рационально-информативная сторона внутренней картины болезни и её коррекция

Рационально-информативная сторона внутренней картины болезни имеет сложную внутреннюю структуру, происходя из разнообразных источников: рационализации больным своих болезненных ощущений на основе «наивной» морфологии и физиологии, сведений о болезни, почерпнутых из популярной литературы и устных сообщений знакомых, соседей по больничной палате и т.п. (эти сообщения, в свою очередь, также могут быть основаны как на литературных данных, так и на «наивной» морфологии и физиологии), и, наконец, сообщений лечащего врача о диагнозе и прогнозе заболевания (ятрогенная составляющая рационально-информативной стороны ВКБ).

Важность рационально-информативной составляющей ВКБ обусловлена двумя факторами: во-первых, указанным выше значением её при формировании эмоциональной стороны ВКБ, во-вторых, именно от соответствия рационально-информативной стороны ВКБ у больного представлениям врача во многом зависит его отношение к проводимому лечению, к соблюдению назначений.

Можно с уверенностью сказать, что рационально-информативный компонент ВКБ представляет собой центральный объект психотерапевтического воздействия врача, т.к. именно им опосредовано воздействие на все остальные компоненты.

При этом методически непосредственная диагностика и коррекция этой стороны ВКБ устроена наиболее простым и естественным образом, т.к. она легко «встраивается» в структуру обычной врачебной консультации, которая для этого должна быть лишь дополнена вопросами о том, что больной знает и думает о своём заболевании и разъяснениями его заблуждений.

Иначе говоря, психотерапевтическое воздействие на рационально-информативную сторону внутренней картины болезни практически полностью исчерпывается методом психотерапевтической беседы, включающей разъяснение диагноза и прогноза заболевания и, в случае надобности, элементы внушения в бодрствующем состоянии (например, в некоторых случаях достаточно произнести прогноз уверенным, авторитетным тоном — и подробное, «рациональное» его обоснование больному не потребуется). В случаях же, когда обычного разъяснения недостаточно, может применяться методика обучения рациональному мышлению из арсенала когнитивно-поведенческой психотерапии (см. Приложение 5).

4. Волевая сторона внутренней картины болезни и её коррекция

Волевая сторона ВКБ представляет собой сознательный, волевой ответ личности на факт заболевания. В определённом смысле её можно считать итогом «работы» всех остальных сторон ВКБ. В то же время, имеется и «обратное» влияние волевой составляющей ВКБ на прочие её элементы, в первую очередь — на эмоциональный и, отчасти, на сензитивный компоненты.

Важную особенность психотерапевтической работы лечащего врача (как и профильного специалиста — психолога или психотерапевта) с волевой стороной ВКБ состоит в том, что нередко она нуждается не только и не столько в коррекции, сколько в формировании, будучи поначалу вовсе не представленной в имеющейся у больного картине заболевания.

Должному формированию волевой стороны внутренней картины болезни препятствует, прежде всего, то, что факт заболевания «автоматически» порождает для больного целый комплекс необходимых действий, которые оставляют ему слишком мало времени для того, чтобы задуматься и принять то или иное осознанное волевое решение.

Кроме того, немаловажное влияние на формирование волевого ответа на болезнь оказывает и эмоциональное состояние больного — например, депрессия во многих случаях сопровождается явлениями т.н. гипобулии, т.е. слабости. Также следует учитывать и влияние рациональной стороны ВКБ, которая может включать представления о том, что от больного «ничего не зависит».

Психотерапевтическая работа лечащего врача с волевой стороной внутренней картины болезни состоит в рациональном её прояснении (см. раздел «Гуманистическая психотерапия») в рамках психотерапевтической беседы — в направленном привлечении внимания больного к вопросам сознательно-волевого ответа на заболевание и его значимости для успешности лечения, в разъяснении различий между эмоциональным и волевым ответом на болезнь.

Таким образом, психотерапевтическая составляющая органично вплетается в деятельность лечащего врача, будучи представлена, в основном, психотерапевтической беседой, встраивающийся в структуру обычного общения между врачом и пациентом в рамках первичных и дальнейших плановых осмотров больного. От врача требуется лишь осознанное и структурированное применение метода психотерапевтической беседы для диагностики и коррекции внутренней картины болезни у пациента — и, в случае надобности, ряда частных психотерапевтических приёмов, воздействующих на частные составляющие ВКБ.

10.3.Салютогенез. Чувство когерентности

Антоновский выделил три условия, которые можно рассматривать в качестве фундамента здорового образа жизни:

Понятность, т.е. уверенность в том, что себя самого и мир можно понять и познать;

Выполнимость, т.е. вера в собственную дееспособность и в способность строить свою жизнь самостоятельно или с помощью других людей;

Осмысленность, т.е. способность постичь смысл в процессе переработки жизненного опыта.

Эти три аспекта, становясь способностями, приводят к тому, что Антоновский назвал чувством когерентности (согласованности): человек переживает смысловые взаимосвязи в себе самом и окружающем мире. Когда человек познает себя и окружающий мир, ощущает себя творцом, создающим нечто осмысленное, чувствует внутреннюю опору, тогда у него больше шансов стать более здоровым телесно, душевно, духовно и социально и не сломаться под грузом жизненных испытаний.

Каким же образом формируется чувство когерентности?

Во-первых, ощущение связи с миром приобретает не благодаря пониманию умом, а благодаря «осязаемой» деятельности. Ребенок должен иметь «возможность вновь и вновь получать первичный опыт в процессе взаимоотношения с миром – опыт, непосредственно связанный с собственным телом: ребенок должен вначале научиться владеть телом, чтобы иметь возможность понимать мир; научиться хватать вещи, чтобы потом схватывать их умом; должен нюхать, пробовать на вкус и брать в руки вещи, чтобы на собственном опыте, пережить, что мир доступен и обозрим».

Через движение в пространстве, осознание предметов и взаимодействие с силой тяжести ребенок постоянно переживает двоякие ощущения: с одной стороны – собственного тела, с другой стороны – мира, где это тело находится. Переживание тела и переживание мира при этом объединяются. Чтобы заложить основы ощущения связи с миром требуются как можно больше таких двояких переживаний мира и себя. Доверие к собственным силам и уверенность, что мир можно объять и постичь развиваются в детях не благодаря хорошим речам взрослых, а в собственных конкретных телесных переживаниях.

Во - вторых, важным условием переживания связи с миром относится наличие у ребенка опыта в том, что все воспринимаемые им вещи и процессы имеют внутреннюю связь, служат определенной цели, несут в себе смысл.

В прошлом дети могли получить такой опыт, просто наблюдая за повседневной жизнью взрослых: крестьянин, посеявший зерно, собирает из него урожай; мельник делает из него муку; пекарь выпекает из муки хлеб. Таким образом, дети могли осознать последовательность и закономерную связь процессов, которые следовали один за другим. Благодаря наблюдению, без словесных разъяснений было понятно, что деятельность одного человека значит для другого и как каждая деятельность встроена в осмысленную цепочку зависимых друг от друга усилий.

В технологизированном мире наших дней, где большинство вещей производится машинами, подобные восприятия почти исчезли. Еду достают из холодильника, ставят в микроволновую печь и спустя несколько минут вынимают горячей. Как функционируют эти приборы, какая у них конструкция, откуда появляется блюдо, и кто его приготовил для ребенка остается загадкой. Таким образом, в сознании не возникает связь между отдельными явлениями, а, следовательно, не возникает и переживание связи с миром. Для развития ребенка важно и даже необходимо, хотя бы иногда наблюдать как, например, жар, необходимый для приготовления пищи возникает благодаря горению дерева, которое перед этим распилили и нарубили.

Для этого, детей нужно подвести к первичным элементарным ситуациям, в которых они благодаря собственной деятельности и непосредственному наблюдению ознакомятся с осмысленными действиями, выстроенными друг за другом и связанными между собой исходя из самой логики вещей. Ничто не подходит для этого более чем элементарные рабочие процессы в доме и во дворе, ремесла и профессии, какими они были в прежние времена, когда их суть была понятной сама по себе. В переживании таких процессов и их повторении в игре ребенок ощущает связь с миром на основании собственного телесного опыта.

11. ТИПЫ РЕАКЦИЙ ЛИЧНОСТИ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ

11.1. Роль личности в развитии типа реакции на заболевание;

11.2. Типы реакции на болезнь (социально-психологические и медико-психологические);

11.3. Типы отношения к болезни;

11.4. Типы реакций в зависимости от типа личности;

11.5. Переживание болезни во времени и относительно стадии заболевания;

11.6. Больной и семья, переживание болезни в семье, этапы изменения взаимоотношения в семье.

11.1. Роль личности в развитии типа реакции на заболевание

У истоков научной медицины стояли две школы, отражающие два подхода к трактовке сущности человека и его болезни:

- **гиппократическая школа Кооса**

- **школа первых анатомов Книда.**

Первая трактовала болезнь как расстройство отношений между субъектом и действительностью.

Вторая рассматривала ее как поражение определенной материальной структуры.

Решение вопроса о роли личности в патологии, по мнению **Л. Л. Рохлина (1970)**, подразумевает выяснение ряда важных обстоятельств:

- что приносят те или иные особенности личности в патологию, как влияет преморбидный характер больного на клинические проявления заболевания, его течение и исход, каковы возможности компенсации образовавшегося дефекта, в какой мере те или иные особенности личности могут определять прогноз течения заболевания.

- Что приносит та или иная патология в личность, как она реагирует на болезнь.

Еще в прошлом веке (1849) **М. Я. Мудровым** было выдвинуто положение о том, что *«чтобы правильно лечить больного, надобно узнать, во-первых, самого больного во всех его отношениях, потом надобно стараться узнать причины, на его тело и душу воздействующие, наконец, надобно объять весь круг болезни, и тогда болезнь сама скажет имя свое, откроет внутреннее свойство свое и покажет нужный вид свой»*.

Представляет интерес предположение **Ф. Б. Бассина** о том, что *удельный вес психологического фактора, возможно особенно велик в фазе начала болезни и убывает по мере углубления заболевания*.

Р. А. Лурия указывал, что хорошее знание жалоб, переживаний и изменений характера больного также важно для постановки диагноза, как и результаты объективного исследования его болезни. Субъективная, внутренняя картина (ВКБ) болезни начинает выступать в качестве увеличительного стекла, позволяющего заглянуть во внутренний мир больного.

Психологические факторы риска, приведшие к развитию заболевания «не исчезают» после начала болезненного процесса, а продолжают «работать» в новых условиях. Личностная реакция на заболевание, приспособление к болезни помогают исследователю в выработке психологической реабилитации в соматической клинике.

11.2. Типы реакции на болезнь

Реакции на заболевание могут определяться **соматическим влиянием** – тогда надо лечить соматическую причину, или определяться **личностными особенностями** человека – тогда необходима психотерапевтическая коррекция.

У больного может быть **анозогнозия**, причины, которой могут быть связаны с тяжестью состояния, гипоксией мозга, а может быть связана с психологическими факторами – вытеснение из сознания непереносимой информации.

Z. Lipowski (1983) предлагает свою типологию «психосоциальной реакции на болезнь»:

1 – **реакция на информацию** о заболевании: тревога, уход, борьба, противодействие (болезнь – угроза или вызов); депрессия или ипохондрия (болезнь – утрата); безразличие, враждебность, повышенная жизнерадостность (болезнь – выигрыш); угнетенность, стыд, гнев (болезнь – наказание).

2 – **эмоциональная реакция** на болезнь (стыд, гнев, горе, чувство вины, тревога, депрессия)

3 – реакция **преодоления болезни** по когнитивному пути (преуменьшение ее значимости или пристальное внимание ко всем ее проявлениям) или по поведенческому пути (борьба, активное сопротивление, капитуляция, попытка «ухода»).

Классификация типов реакций на болезнь: Медико-психологическая (Якубов, 1982 г.)

1. **Содружественная** реакция. Характерна для лиц с развитым интеллектом. Склонны с первых дней заболевания становиться «ассистентами» врача, они послушны, пунктуальны и внимательны.

2. **Спокойная** реакция. Характерна для лиц с устойчивыми эмоционально-волевыми процессами. Пунктуальны, адекватно реагируют на все указания врача, выполняют все его указания, но без скрупулезности, свойственной первому типу.

3. **Неосознаваемая** реакция. Отрицает свое заболевание. Является патологической реакцией.

4. **Следовая** реакция. При выздоровлении у человека остается страх повторного заболевания. Они постоянно его ожидают.

5. **Негативная** реакция. Больные находятся во власти предубеждения, ходят от одного врача к другому, обвиняя предыдущего в некомпетентности.

6. **Паническая** реакция. Больные находятся во власти страха, одновременно лечатся в нескольких учреждениях, пытаются узнать больше о заболевании и подключить все лечебные мероприятия.

7. **Разрушительная** реакция. Больные ведут себя неадекватно, игнорируя все указания врача. Отказываются применять лекарства и изменять свой образ жизни.

Н. Д. Лакосина и Г. К. Ушаков выделяют следующие компоненты личностного реагирования:

- витальный (связан с угрозой для жизни)
- общественно-профессиональный (трудовой)
- этический (например, венерическое заболевание)
- эстетический (косметический дефект)
- интимный (часто связан с интимными отношениями).

Классификации типов реакций на заболевание.

5 типов:

1. **Норманозогнозия** - адекватная оценка заболевания. Мнение пациента совпадает с мнением врача.

2. **Гипернозогнозия** - преувеличение тяжести заболевания.

3. **Гипонозогнозия** - преуменьшение тяжести своего заболевания.

4. Диснозогнозия - искаженное видение заболевания или его отрицание с целью диссимуляции (процесс обратный симуляции).

5. Анозогнозия - отрицание заболевания.

Также различают **тип реагирования** психологический (нормальный, непатологический) и патологический. При психологической реакции возможна коррекция. К **психологическим** можно отнести:

- нормонозогнозию
- гипернозогнозию
- гипонозогнозию
- дизнозогнозию (отрицание).

К **патологическим реакциям** относят:

- депрессивные
- фобические
- истерические
- ипохондрические
- анозогнозические.

Психика больного не может остаться такой же, как была до заболевания.

11.3. Типы отношения к болезни

Формирование отношения к болезни проходит несколько этапов:

1 этап – **сенсологический** (реакция на болезненные ощущения, чувства): ощущение дискомфорта, боль, чувство своей неполноценности.

2 этап – **оценочный** (результат интрапсихической переработки)

3 этап – **формирование отношения** к болезни.

Отношение к болезни включает отношение:

- к болезненным проявлениям
- к факту наличия болезни
- к тому, что его ждет в связи с болезнью
- к тому, что могло бы помочь.

Типы отношения к болезни могут быть:

- 1 – нормальное отношение
- 2- пренебрежительное
- 3 – отрицающее
- 4- нозофобное
- 5 – ипохондрическое
- 6 – нозофильное
- 7 – утилитарное (получение выгод).

Кроме того, выделяют **агровацию, диссимуляцию и симуляцию.**

11.4. Типы реакций в зависимости от типа личности

В зависимости от типа личности реакции на заболевание будут различными. Так, **психастеник** будет преувеличивать тяжесть своего заболевания, а **сангвиник** – преуменьшать или отрицать.

При **возбудимом типе** акцентуации личности будет преобладать сенсологический этап, склонны к гипернозогнозии, преобладает биологический уровень оценки.

У **тормозного типа** – преобладает оценочный этап, этический, эстетический компоненты, социально-психологический уровень оценки.

Неустойчивый тип – преобладает сенсологический этап, склонность или к переоценке болезни или недооценки последствий.

Ригидный тип – преобладает оценочный этап, социально-психологический уровень, гипернозогнозия или анозогнозия, трудно коррелируются.

Кроме личностных особенностей на отношение к заболеванию будет играть **роль возрастной фактор**:

- У молодых людей часто нормо- и гипонозогнозия, недооценка последствий. Преобладает эстетический компонент реакции. Это возраст от 18 до 20 лет.

- У зрелых людей – чаще дизнозогнозия (важен общественно-трудовой компонент) или нормонозогнозия.

- У пожилых (60-74 года) чаще гипернозогнозия (преобладает витальный компонент)

- В старческом возрасте (более 75 лет) – гипонозогнозия.

11.5. Переживание болезни во времени.

Фазы:

1. **Предмедицинская фаза.** Появляются первые признаки заболевания. Человек решает вопрос об обращении за помощью к врачу.

2. **Ломка жизненных стереотипов.** Человек становится изолированным от работы, а может быть и от семьи при госпитализации. У него нет уверенности в прогнозе своего заболевания. Он полон сомнений и тревог.

3. **Адаптация к заболеванию.** Острые симптомы постепенно снижаются. Одновременно снижается чувство безысходности. Человек приспосабливается к факту заболевания.

4. **Фаза «капитуляции».** Человек примиряется с судьбой не предпринимает усилий по поводу поиска новых лечений, становится равнодушным и угрюмым.

5. **Фаза формирования компенсаторных механизмов.** Приспособление к жизни, а также появление установок на получение каких-либо материальных или иных выгод от заболевания (рентные установки).

Также **отношение к болезни будет связано со стадией заболевания**:

- **начальная стадия** эмоции отрицательные, связанные с полученным стрессом известия о болезни, это преодоление ситуации или принятие ее. Может развиваться тревога, растерянность, страх.

- **разгар заболевания** связан с наибольшей глубиной поражения, интенсивность субъективных ощущений. Наступает постепенно привыкание к факту заболевания, надежда на выздоровление, возникает активная адаптация, новые формы общения окружающими.

- При **хронизации** заболевания могут развиваться депрессия, явления госпитализма, сужение круга интересов, обидчивость, чувствительность, эгоцентризм, равнодушие, заострение преморбидных черт, уход в болезнь, извлечение преимуществ.

11.6. Больной и семья, переживание болезни в семье, этапы изменения взаимоотношения в семье.

Обычно семьи гуманно реагируют на больных.

Этапы изменения взаимоотношений в семье:

1. Этап игнорирования болезни родственниками. Первые признаки замечают посторонние люди, а не близкие.
2. Этап осознания заболевания родственниками. Настойчивая социальная гиперактивность родственников.
3. Этап затухания активности родственников. Родственники смиряются с заболеванием. К ним приходит понимание ограниченности медицины в средствах лечения. Стараются подольше держать пациентов в стационаре и реже навещают его.
4. Этап перестройки структуры семьи. Инкапсуляция Больного. Семья приобретает относительное равновесие за счет исключения пациента из структуры семьи. Он находится в семье как наблюдатель (лишь механически).

12. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

- 11.5. Сравнительно-возрастные особенности психосоматических расстройств;**
- 11.6. Психосоматические расстройства у младенцев;**
- 11.7. Психосоматические расстройства у детей, подростков;**
- 11.8. Психосоматические расстройства в пожилом и старческом возрасте;**
- 11.9. Стресс, фрустрация и болезнь в пожилом и старческом возрасте.**
- 11.10. Возрастные особенности ВКБ (внутренней картины болезни) у детей;**
- 11.11. Возрастные особенности ВКБ (внутренней картины болезни) у пожилых людей;**
- 11.12. Роль возрастного фактора в формировании отношения к заболеванию.**

12.1. Сравнительно-возрастные особенности психосоматических расстройств

В настоящее время психосоматические расстройства являются весьма распространенными: **от 20 до 60 %** от числа детей лиц с соматическими (телесными) жалобами (Маринчева Л.П., 2009).

Возникновение и частота психосоматических заболеваний зависит от многих факторов: место проживания, пол, **возраст**, характер привычек и т.д.

Психосоматическим расстройствам подвержены, хотя и в разной степени, все возрастные группы популяции, включая детский и подростковый возраст.

У детей психосоматическая симптоматика, патология выражается главным образом отдельными симптомами и в виде разнообразных психосоматических реакций. Эти реакции, порой, неотличимы от невротических реакций, обычно не продолжительные и исчезают при ликвидации психотравмирующей для ребенка ситуации.

Антропов Ю.Ф. (2001) считает, что психосоматические заболевания, встречающиеся примерно у **14-15% детей**. Исаев Д.Б., (2009) подчеркивает, что все большую и большую распространенность приобретают психосоматические расстройства у детей и подростков. В настоящее время их число достигает **40—68%** от числа обратившихся за помощью к педиатрам.

В формировании психосоматических реакций у детей особое место значение имеет патология беременности, травмы в родах, детская невропатия и неблагоприятные микросоциальные условия воспитания.

Из всех психосоматических расстройств у детей чаще всего отмечаются функциональные расстройства пищеварительной системы (анорексия, тошнота, рвота, психогенные запоры, понос и др.). Среди перечисленных расстройств отмечается выраженное доминирование рвотной реакции, являющейся соматическим проявлением отчетливого отвращения к чему-либо. Рвота часто отмечается у детей при изменении

стереотипа жизни: при первом посещении детского сада, школы и т.д. Примером является появление неукротимой рвоты у маленькой героини романа Колина Маккалоу «Поющие в терновнике» перед первым посещением школы. Реже у детей отмечаются психосоматические реакции в виде невротического кашля, псевдоларингоспазма, энуреза и др.

В **подростковом возрасте** психосоматическая патология практически не отличается от соответствующих расстройств у взрослых.

У **взрослых** общее число психосоматических заболеваний колеблется **от 15 до 50%**, (Коркина Н.Б. и др., 1995г.). Более того, некоторые психосоматические расстройства, например сердечно-сосудистые, стали пандемическими практически во всех промышленно развитых странах.

Эпидемиологические исследования показывают, что к психосоматической патологии предрасположены люди **пожилые и среднего возраста**, а также с низким прожиточным уровнем. Эта патология часто отмечается у женщин.

В зависимости от возраста разные факторы выражены в разной мере. У **детей** в возникновении заболевания значительная роль принадлежит **семейным факторам**. В 70-х годах знаменитый семейный психотерапевт **С. Минухин** описал типичные особенности психосоматической семьи:

- 1) сверхвключенность родителей в жизнь и проблемы детей, что мешает развитию самостоятельности;
- 2) гиперопека;
- 3) неспособность менять правила взаимодействия, когда меняются обстоятельства;
- 4) избегание открытого обсуждения и разрешения конфликтов;
- 5) ребенок и его болезнь часто играют роль буфера в семейном (или супружеском) конфликте.

Часто в своей практике мы убеждаемся, что болезнь на фоне психотравмы с большей долей вероятности может появиться у ребенка, родственники которого страдали одним из перечисленных расстройств, особенно если ребенок перенес родовую травму ЦНС, а также обладает такими личностными особенностями, как ранимость, тревожность, неспособность делиться своими переживаниями с окружающими. Родители иногда могут неосознанно закреплять реакции ребенка, делая болезнь «выгодной»: освободить ребенка от обязанностей по дому, добиваться (конечно, в случаях, когда это на самом деле не показано) перевода на домашнее обучение, потакая всем желаниям ребенка (ведь он же болен!). Телесные жалобы могут способствовать привлечению внимания, получению каких-то льгот, а затем закрепляются в качестве механизма адаптации к стрессу.

У **взрослых** семейные, наследственные, стрессовые факторы также являются весьма актуальными, кроме того, большая роль принадлежит таким факторам, как **социально-психологические**: перегрузки на работе, неблагоприятный климат в коллективе, неудовлетворенность своей трудовой деятельностью, природные и антропогенные чрезвычайные ситуации проживаются с большей осознанностью, а значит - являются сильной психотравмой. Таким образом, у взрослых клиентов в формировании психосоматических расстройств участвуют проявления **синдрома профессионального (эмоционального) выгорания и социально-экономическая ситуация в стране**.

Исаев Д.Б., (2000) группирует психосоматические расстройства у детей по возрастному признаку.

В **младенческом возрасте** к этим расстройствам относят колики третьего месяца жизни, метеоризм, жвачку, срыгивание, функциональный мегаколон, анорексию грудного возраста, остановку развития, ожирение, приступы нарушения дыхания, нейродермит,

яктацию, спастический плач, нарушения сна, раннюю бронхиальную астму, внезапную смерть младенца.

В дошкольном возрасте наблюдают такие психосоматические расстройства, как запор, понос, «раздраженный кишечник», боли в животе, циклическая рвота, отказ от жевания, анорексия и булимия, энкопрез, энурез, ожирение, нарушение сна, лихорадка и др.

У детей **школьного возраста** и подростков к числу психосоматических расстройств относят мигрень, «ростовые боли», рекуррентные боли меняющейся локализации, нарушения сна, приступы гипервентиляции, обмороки, вегетососудистую дистонию, бронхиальную астму, нервную анорексию, булимию, ожирение, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, энурез, энкопрез, нейродермит, расстройства менструального цикла и др.

У зрелых и пожилых людей: Большинство авторов к психосоматическим заболеваниям у взрослых относят: ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертонию, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальную астму, неспецифический язвенный колит, ревматоидный артрит, нейродермит, тиреотоксикоз, сахарный диабет и другие. Рейтинг распространенности имеет следующий вид: сердечно-сосудистые расстройства, язвенный колит, мигрень, злокачественные новообразования, импотенция, запоры (Коркина Н.Б. и др., 1995). Они предпочитают смягчать тягостные переживания курением, алкоголем, лекарственными средствами. Так расстройства нередко усложняются вторичными наркотическими проблемами, принимают затяжной характер и хуже поддаются лечению, часто приводя к закреплению психосоматических заболеваний.

Разные авторы приводят различное число таких симптомов и синдромов. Не одинаково трактуется и этиология этих расстройств. Однако очевидно, что вне зависимости от более или менее удачного названия, в их патогенезе значительное участие принимают психоэмоциональные факторы.

12.2. Психосоматические расстройства у младенцев (по Исаеву Д.Б.)

Индивид в этом возрасте реагирует на трудные обстоятельства исключительно телом. Еще не сформировались механизмы личности, способные ответить на стресс психопатологическими симптомами. **Исаев Д.Б. (2000г)**, делит психосоматические расстройства на три класса и рассматривает их:

- Часть психосоматических расстройств представляют моносимптомные нарушения (младенческая колика, метеоризм, регургитация, срыгивание, аэрофагия).
- Другие более сложны по своей клинической картине (анорексия, синдром нарушения развития неорганического генеза, сепарационная тревога), так как представляют собой уже совокупность симптомов.
- Третьи, по-видимому, являются началом расстройств, которые полностью сформируются в последующие периоды жизни (невропатия).

Однако всех их объединяет то, что среди этиологических факторов наиболее значимый фактор — эмоциональное напряжение.

Младенческая колика (колика трехмесячного ребенка) В первые 3-4 месяца жизни у ребенка могут внезапно появляться приступы с сильными криками, явно связанные с физической болью и переживаниями дистресса. Как правило, эти приступы возникают во второй половине дня без очевидной причины и продолжаются от нескольких минут до нескольких часов. Они наблюдаются как при грудном, так и при искусственном вскармливании.

У 2/3 детей колики начинаются еще в родильном доме. В 85% случаев эти симптомы наблюдаются уже в первые две недели жизни, средняя продолжительность — 9,5 недель. Как правило, эти расстройства у детей исчезают к концу 3-го или 4-го месяца. Колики

проявляются продолжительным громким криком, плачем, покраснением лица, двигательным беспокойством, во время которого ребенок то сильно прижимает нижние конечности к животу, то энергично разбрасывает их, мышцы всего тела напрягаются, закрываются глаза, кожа лба наморщивается, отмечается срыгивание, вздутие живота.

Аэрофагия. При этом расстройстве у жадно сосущих детей происходит заглатывание воздуха. Воздух может проходить в желудок или оставаться в пищеводе и выдавать ощущение давления. Иногда воздух вырывается изо рта с громким звуком (отрыжка) или проходит через кишечник и выходит из прямой кишки. При аэрофагии воздух заглатывается безотносительно к приему пищи или жидкости.

Срыгивание. Извержение относительно небольших количеств пищи, поступившей во время кормления, называется срыгиванием. Наиболее часто оно наблюдается в возрасте 4-18 месяцев в связи с чрезмерным расширением желудка из-за попадания воздуха в процессе жадного заглатывания пищи. Следует насторожиться, если вместе со срыгиванием отмечается беспокойство, сосание пальцев, нарушение сна, плаксивость.

Регургитация (жвачка, мерицизм) при этом расстройстве переваренная пища несколько раз отрыгивается, а затем многократно жуется без тошноты.

Потеря младенцем массы тела. Недостаток прибавки массы тела (синдром нарушения развития неорганического генеза) — состояние, при котором масса тела младенца резко уменьшается без проявлений заболевания. Наиболее часто это расстройство начинается в 3—12 месяцев. Отставание прибавки массы тела по мере роста малыша сочетается со многими признаками недостаточной эмоциональной и/или сенсорной депривации, а также истощения при достаточном поступлении пищи.

Это явление связывают с пренебрежением ребенком недостаточной заботой о нем. Чаще отмечают не столько отвержение ребенка, сколько нарушение взаимоотношений между ним и его матерью. Иногда постоянное притеснение и побои малыша приводят к остановке его физического развития. Это случается тогда, когда родители пытаются разрешить свои житейские трудности, связанные с алкоголизмом, эмоциональными расстройствами или с бедностью, вымещая свое недовольство судьбой на ребенке. Другим примером может быть длительно не восполняющаяся после родов большая потеря массы тела недоношенным новорожденным у матери, которая переживает не складывающиеся отношения с отцом ребенка, бытовую неустроенность. Никакими медицинскими средствами не удастся увеличить массу тела у младенцев. Отсутствие соматических нарушений органического генеза у ребенка и обнаружение тревожных или депрессивных состояний у матери позволяет констатировать эмоциональные нарушения в диаде. В этих случаях нормализация в психосоматической системе «мать—дитя» достигается посредством психотерапевтического воздействия на мать при стабилизации у нее аффективного состояния. Результатом улучшения эмоциональности матери становится изменение соматического состояния другой части диады. Ребенок неуклонно набирает соответствующую его возрасту массу тела (Листопад Т. Н., Левин А. Н., 1985).

Младенческая нервная анорексия. Отсутствие аппетита встречается у 76,1% младенцев с нарушениями пищевого поведения психосоматического происхождения (Кошавцев А. Г., 1996). Нарушения аппетита нередко возникают у младенцев с невропатическими проявлениями: чрезмерно подвижных, с нарушениями ритма сна и бодрствования, раздражительных и плаксивых. Связанно с перинатальными поражениями. Если эти дети воспитываются неправильно, оказываются оторванными от матери, других близких или переносят какой-либо другой стресс, у них может возникнуть отказ от груди или искусственного кормления. Встречаются как активные, так и пассивные формы анорексии. При активном отказе ребенок отворачивает голову в сторону от груди или от бутылочки с молоком или питательной смесью, не открывает рот, не сосет, не глотает. Новая пища принимается с недоверием или даже с протестом. При этом он часто плохо жует, требует, чтобы всегда кормил один и тот же человек и в неизменных условиях. Пассивный

отказ проявляется отвращением к той еде, которую ему предлагают, требованием необычной для своего возраста пищи. Психогенная анорексия — довольно частое явление у младенцев. Выделяют несколько форм нарушения пищевого поведения:

- дистимический вариант анорексии с раздражительностью, плаксивостью, немотивированным беспокойством (дистимией), возникающими во время еды;
- регургитационный вариант с немотивированным срыгиванием во время кормления или сразу после него, значительным объемом регургитированной пищи, отсутствием вторичного заглатывания и пережевывания;
- смешанные варианты младенческой нервной анорексии с большой выраженностью нарушений питания.

Дети с потерей аппетита психогенного происхождения отличаются от тех, у кого анорексия вызвана определенными заболеваниями: у них не страдает общее физическое состояние, нет никаких других нарушений кроме отказа от еды. При этом отвержение пищи зависит от времени приема, вида или состава предлагаемой пищи, посуды, в которой ее предлагают, оттого, кто кормит ребенка. Некоторые дети, утрачивая аппетит в трехмесячном возрасте, страдают в продолжение всего дошкольного периода.

Поедание несъедобного (извращение аппетита, симптом Pica). Это расстройство характеризуется:

- повторяющимся поеданием несъедобных предметов (как минимум 1 раз в месяц);
- отсутствием психических расстройств, которые могли бы вызвать это нарушение пищевого поведения (детский аутизм, шизофрения, умственная отсталость).

Обычно извращение аппетита начинается на 2—3-м году, но может встречаться и во 2-м полугодии жизни. Младенцы тянут в рот ворс с одежды, волосы. Дети постарше употребляют в пищу несъедобные вещества: фекалии животных, окурки, насекомых, песок, гальку, уголь, глину, золу, краску, землю, бумагу, штукатурку, сор. Большинство детей без расстройств пищевого поведения тянут в рот многие несъедобные предметы, но почти никогда не глотают их или делают это редко. Чаще всего этому симптому подвержены дети, лишенные достаточного ухода, отстающие в развитии, слабовидящие, то есть те, кто не способен разобраться, что можно есть. Как правило, этот симптом безвреден, но иногда он приводит к серьезным последствиям. Поглощение краски приводит к отравлению, а свалывшиеся мотки шерсти — к кишечной непроходимости. Поглощение фекалий может стать причиной токсоплазмоза.

Так как выраженное извращение аппетита встречается, как правило, у отвергаемых родителями детей, воспитывающимися без соответствующего присмотра в дисгармоничных семьях, они часто худы, бледны и страдают желудочно-кишечными расстройствами. Симптом pica часто наблюдается у тяжело умственно отсталых детей и продолжается в течение дальнейшей жизни.

Сохранение этого симптома у детей с нормальным психическим развитием

после 4 лет — свидетельство глубоких поведенческих нарушений или даже тяжелого нервно-психического заболевания.

Тучность. Существует точка зрения, что тучные дети не способны переживать чувство удовлетворения от еды. Они лишены жадного стремления к пище, но принуждают себя есть почти насильственно, чтобы достичь чувства уверенности, прочности и устойчивости. Для тучных это означает наполнить себя, а постоянное поглощение пищи имеет подсознательный смысл защиты от саморазрушения. Основная фантазия ребенка — необходимость поддержать себя. Защитные механизмы, приводящие ребенка к ожирению, являются имитирующими, скрывающими стремление к всемогуществу. Для младенца, который позже станет тучным, отделение его от матери при отлучении от груди означает потерю части себя.

Сохранение же связи с матерью позволяет не утратить ни одной части своего «Я» и таким образом предотвратить повреждение.

Переедание — это попытка ребенка воссоздать непрочную или разрушающуюся связь со значимой фигурой. Получается так, что имитирующая фантазия не строит «Я», а только помогает ребенку выжить, но затем, если идентичность «Я» достигается, она легко может быть расстроена, так как «Я» в этом возрасте еще очень хрупкое. Эти пациенты нуждаются в нахождении заместителей «Я», которые могут иногда включать механизмы художественного творчества (Gaddini P.B., 1977).

Запор. При запоре кал долго остается в кишечнике и выходит в виде плотных, иногда твердых и засохших комков. Запор встречается примерно у 7% детей и несколько чаще у девочек, чем у мальчиков. Задержка стула приводит к тому, что малыш во время дефекации сильно напрягается и часто испытывает боль, особенно при наличии трещин и геморроидальных узлов. При обследовании живота кал прощупывается в виде твердых круглых образований чаще всего в подвздошной области. Нередко отмечаемые при этом расстройстве колики в животе во время дефекации свидетельствуют о спазмах кишечника, другие симптомы отсутствуют. Иногда отмечаются дискомфорт, беспокойство или апатия, ощущения озноба и головная боль. Начало — обычно в раннем возрасте. Почти в 40% случаев матери датируют начало запора у ребенка в младенчестве или в раннем дошкольном возрасте.

Энкопрез. Непроизвольное выделение кала может появиться у детей в возрасте, когда контроль над работой анального сфинктера уже должен был сформироваться. К возрасту 4-х лет энкопрез должен оцениваться как расстройство функций, а не вариант развития или неправильного воспитания. Недержание может быть постоянным или появляться как элемент регрессии, то есть поведения, соответствующего более младшему возрасту и появляющемуся при тяжелых заболеваниях. В 25% случаев в основе недержания кала лежат психогенные факторы. Энкопрез обычно связывают с недостатком родительской любви, отрывом от матери, с доминирующей придирающейся матерью и сверхтребовательными родителями. У некоторых детей, впервые помещенных в стационар, круглосуточные ясли, детский сад, детский дом, может развиваться недержание кала, однако, оно обычно прекращается после привыкания ребенка к новому окружению.

Сепарационная тревога. Сепарационная тревога проявляется постоянным беспокойством ребенка по поводу «возможного» отделения его от матери или другого лица, к которому он наиболее сильно привязан. Сепарационная тревога выражается в страхе исчезновения этого человека, боязни быть потерянным или похищенным. Возникают вспышки раздражения с плачем, требованиями не покидать его, не оставлять одного дома. Ребенок боится выходить из дома, расставаться с семьей. Всегда есть симптомы соматических расстройств: нарушается сон, появляются головные боли, тошнота, рвота, нарушается аппетит, отмечается потеря массы тела.

Синдром депривационной предречевой ретардации. Нарушения взаимоотношений в системе «мать—дитя», полная депривация могут привести к недифференцированному крику-плачу, отставанию в развитии модулированных вокализаций (гукания, гуления, лепета, двуслогового лепета), снижению или отсутствию звуко- или слогаимитации. Этот синдром может быть в более легком или более тяжелом вариантах. При последнем наряду с предречевыми нарушениями имеются проявления аналитической депрессии: отсутствие положительных эмоций, зрительного и слухового сосредоточения, двигательная заторможенность, регресс поведенческих навыков, патологические привычные действия (Микиртумов Б.Е., Гречаный С.В., 1996; Гречаный С.В., 1998).

Невропатия. Этот синдром — недостаточность вегетативной регуляции конституционального или рано приобретенного смешанного происхождения. В последнем случае в патогенезе невропатии большую роль играет эмоциональное напряжение ребенка, вызванное нарушенными взаимоотношениями в диаде «мать—дитя» или в семье в целом. К

их числу можно отнести неадекватные условия режима, вскармливания и ухода, искажение материнского отношения. Невропатия составляет 10,1% от общего числа пограничных психических расстройств в младенчестве. Патологическое соматовегетативное реагирование наблюдается чаще и может встречаться еще до 6-7 месяцев. В дальнейшем формируются расстройства эмоционально-волевых реакций, нарушения внимания, психомоторики, расстройства коммуникативных функций. К 1,5 годам синдром невропатии приобретет отчетливые клинические черты. Появляются элементы личностных реакций в виде повышенной чувствительности к внешним и внутренним раздражителям. Симптоматика невропатии складывается из расстройств сна: изменений его продолжительности, глубины, нарушений засыпания и пробуждения, инверсии сна и бодрствования, двигательных феноменов во сне (вздрагиваний, бруксизма, яктаций, сосания пальцев), общей возбудимости, желудочно-кишечных расстройств, нарушений инстинктивной деятельности (аппетита). Позже могут присоединиться различные страхи, реакции пассивного протеста, невротические реакции даже на незначительные трудности и соматические недомогания. Дети, страдающие невропатией, отличаются очень выраженной привязанностью к матери, затруднениями в общении с другими людьми, необычной заторможенностью в новой обстановке. Они плохо включаются в ситуацию, активность при контактах незначительна, отвечают тихо или вовсе отказываются от общения. Двигательная активность при выполнении тестовых заданий легко затормаживается, моторика производит впечатление неловкости. Неврологических симптомов не обнаруживается, интеллектуальное развитие без отклонений.

12.3. Психосоматические расстройства у детей, подростков

Каждое психосоматическое заболевание – это способ организма «привлечь внимание» к какой-то проблеме, которую не удалось разрешить или (особенно в случае с детьми) проговорить. Спектр таких заболеваний достаточно разнообразен и затрагивает различные системы организма: кожную, пищеварительную, выделительную, кровеносную. Любому ребенку чаще всего просто сложно рассказать родителям о своей проблеме, сложно объяснить. А в некоторых случаях, ребенок, особенно младшего возраста, и сам не может понять, что с ним случилось, почему ему плохо. И на этом этапе в «диалог» с родителями вступает организм малыша, пытаясь привлечь внимание взрослых, выдавая болезненную симптоматику, которая с трудом поддается лечению.

Задолго до появления явных психосоматических расстройств у детей можно обнаружить отдельные признаки стойкого, но обычно неявного эмоционального напряжения. **Старшие дети** субъективно воспринимают его как беспокойство, душевный дискомфорт. У **младших детей** можно обнаружить дистимические явления различной выраженности и стойкости, суетливость, неусидчивость и двигательное беспокойство (Исаев Д.Б., 2009).

Каждое психосоматическое заболевание специфично, работа с ним может проходить только в индивидуальном порядке. Нельзя также найти общую причину одного заболевания у разных детей, поскольку условия формирования симптома у каждого индивидуальны.

В наши дни психосоматические расстройства все чаще встречаются в детском возрасте. К сожалению, педиатры мало знают о них, а потому эти заболевания остаются нераспознанными.

Болезненный рейтинг (Гавердовская П.)

1-е место среди психосоматических расстройств занимают психогенные нарушения **желудочно-кишечного тракта** (хронический гастродуоденит и гастрит, дискинезия желчевыводящих путей, реактивный панкреатит, реже – язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки). О тесной связи пищеварительных расстройств с нервно-психической сферой известно давно. Недаром же психологи образно называют желудочно-кишечный тракт «звучащим органом эмоций». У неуравновешенных детей при малейшем

волнении, гнев, боли, страхе и тревоге возникают тошнота и рвота, а спокойные малыши ничего подобного не испытывают. У некоторых школьников утрення тошнота (реже – изжога) и даже рвота появляются перед ответственным экзаменом или контрольной работой. У таких детей часто встречается мигрирующая боль в животе. Не слишком сильная, она возрастает при волнении и нервном напряжении, не связана с приемом пищи и ее особенностями. При обследовании этих пациентов никакой патологии не обнаруживается.

2-е место закрепилось за **кожными** психосоматическими расстройствами – экземой, экссудативно-катаральным диатезом и нейродермитом, которые современные аллергологи объединяют под общим названием «атопический дерматит».

3-е место отводится **двигательным** расстройствам (тики, гиперкинезы, судорожные припадки).

4-е место принадлежит **эндокринным** психосоматическим расстройствам (аменорея, дисменорея, ювенильные кровотечения, нервная анорексия и ожирение), которые часто встречаются у девочек-подростков.

5-е место занимают психосоматические расстройства в виде головной и другой **боли**.

Чтобы возникло психосоматическое заболевание, должны совпасть сразу несколько факторов: **наследственная** предрасположенность (по принципу «где тонко, там и рвется»), особенности **личности** и **темперамента** ребенка, социальные предпосылки и психотравмирующие **события**, накладывающиеся на этот неблагоприятный фон и заставляющие детонировать внутреннюю мину замедленного действия.

Темперамент

- * низкий порог чувствительности к раздражителям («нервный ребенок»)
- * интенсивная реакция на внешние стимулы («раздражительный ребенок»)
- * затрудненная адаптация к новым впечатлениям с преобладанием отрицательных эмоций («капризный ребенок»)

Личность – замкнутый, сдержанный, недоверчивый, тревожный, чувствительный, неуверенный в себе малыш, у которого отрицательные эмоции преобладают над положительными.

Психосоциальные факторы

- * неправильное воспитание – отсутствие или неадекватность родительской заботы, чрезмерное давление родителей, вражда между членами семьи
- * стресс в дошкольном учреждении – длительное круглосуточное пребывание в яслях, саду, санатории
- * стресс в школе – ее смена, прессинг со стороны учителей, атмосфера отторжения или враждебности, конфликтная обстановка в классе
- * психотравмирующая внесемейная ситуация – оторванность семьи от родственников, угроза войны, террористического акта, криминального преследования, потери работы или квартиры

Зигмунд **Фрейд** писал: «Если мы гоним проблему в дверь, она лезет в окно в виде симптома». В основе психосоматических расстройств у детей часто лежит простой механизм психологической защиты, который называется **вытеснением**. Мы стараемся не думать о неприятностях, отмахиваться от себя проблемы, не анализировать их, не встречаться с ними лицом к лицу. Вытесненные таким образом, они «проваливаются» с социального или психологического уровня на телесный. Психосоматические реакции у ребенка – следствие хронических отрицательных эмоций, не нашедших правильного и своевременного выхода, то есть, как говорят психологи, «неотреагированных».

У **малышей до 3-5 лет** главная отрицательная эмоция, выходящая наружу в виде психосоматических реакций, – подавленная **агрессия**, а у **подростков** ее место занимает

депрессия. Ведь депрессия – это агрессия, обращенная против самого себя. Отказ от детской агрессии – неминуемая дань, которую нужно заплатить за социализацию. Подросший человек, своевременно не научившийся выражать гнев и освобождаться от него, несет этот груз во взрослую жизнь. Вот почему депрессия – базовая предпосылка любых психосоматических расстройств у тинейджеров.

Агрессивные реакции. Главное, что вы должны понять: малыш имеет такое же право на агрессивные чувства, как и вы сами. Вы должны принимать его и таким тоже. Спокойно относитесь к тому, что ваше дитя способно не только любить и радоваться, но и злиться, ненавидеть, раздражаться, обижаться, в том числе и на вас.

Многие мамы и папы отказывают малышу в праве на выражение агрессии, оставляя его за собой. «Нельзя драться!» – говорит папа и шлепает ребенка. «Не кричи!» – кричит малышу мама. И тогда в голове у крохи поселяется идея, что именно ему ощущать и выражать негативные чувства почему-то запрещено. Родители нередко и сами казнятся после вспышки агрессии, не принимая себя такими. Принять ее – значит признать, что у вас в душе есть и агрессивные эмоции, не оценивая, плохо это или хорошо.

Их возникновение у малыша – следствие психического напряжения (не смог собрать пирамидку, застегнуть пуговицу, надеть перчатку): помогите ребенку снять его. Дети еще не умеют избавляться от такого напряжения. Они кричат, топают ногами, машут руками, давая выход моторному проявлению негативных чувств. Кстати, это – наиболее **здоровый способ**. Иначе в лучшем случае формируются телесные зажимы, а в худшем накапливается агрессия. Постоянно подавляемая, она провоцирует возникновение психосоматических расстройств.

Позволяя ребенку дать выход чувствам, вы учите его делать это безопасно для себя и других. Вместо того чтобы беситься и биться головой о стену или пол, предложите малышу побоксировать диванную подушку, выпустив пар.

Для профилактики психосоматических расстройств важно заставить ребенка говорить на языке своих чувств, постоянно расширяя его словарь, ведь назвать – значит понять. Объясняйте крохе, какое чувство он испытывает. Что это – злость, обида, раздражение? Скажите: «Ты обиделся! Я тебя понимаю. Давай покричим вместе, пока твоя обида не пройдет!».

Не оставляйте ребенка один на один с сильными чувствами – ведь он не знает, что с ними делать! Говоря: «Что ты кричишь, я тебя такого любить не буду», – вы даете малышу понять, что когда он злится – он плохой. Но ведь это не так! Помогите чаду повзрослеть, и **перерасти детские вспышки гнева**.

Не смешивайте **негативные чувства ребенка** с запретами, которые вызвали их. Если вы говорите: «Да, я понимаю тебя, ты разозлился», – это не значит, что вы все же сломаетесь и купите малышу третье мороженое. Скажите твердо и спокойно: «Нет, мой хороший! С мороженым на сегодня покончено», – и будьте готовы иметь дело с ответной реакцией ребенка. Не поддавайтесь на шантаж истерикой: так вы не поможете ему справиться с агрессией, а просто вырастите манипулятора.

Депрессивный синдром. Подростки с психосоматическими расстройствами часто страдают депрессивными состояниями, особенно так называемой субдепрессией и скрытой депрессией. Дети жалуются на настроение (плохое или «никакое»), скуку (чаще к вечеру, иногда на протяжении дня, реже по утрам), нежелание что-либо делать, безразличие или раздражение по отношению к окружающим.

Такому тинейджеру необходимо медикаментозное лечение и психотерапия, особенно семейная. Ее цель – изменение сложившихся дома стереотипов поведения и восприятия ребенка. Родители должны создать благоприятный психологический климат, правильно обращаться со своим отпрыском, научиться доверительным, ободряющим, теплым отношениям с детьми, столь необходимым для предупреждения психосоматических расстройств.

Важно не допустить формирования у ребенка завышенных притязаний к себе – это способствует невротизации и повышает вероятность психосоматических расстройств.

12.4. Психосоматические расстройства в пожилом и старческом возрасте

Яковлев Г.И. считает, что в среде практических врачей довольно широко распространена позиция, согласно которой почти все расстройства у людей пожилого возраста связаны с органическими нарушениями головного мозга. Если имеются жалобы невротического характера, вегетативные симптомы, то устанавливается диагноз энцефалопатия с неврозоподобной симптоматикой. О психосоматических нарушениях в пожилом возрасте вообще даже мысли не возникает. Ведь после 50 - 60 лет всегда есть какие-то морфологические изменения во внутренних органах или изменяются результаты инструментальных исследований, где за норму принимают обычно данные возраста 20 - 25 лет. То есть, всегда можно найти что-то и поставить диагноз. С таким подходом трудно согласиться. Да, в пожилом возрасте имеются органические изменения и встречаются соответствующие клинические проявления. НО! В пожилом возрасте со снижением условий стабильности гомеостаза в не меньшей степени проявляется лабильность психической деятельности. Снижаются возможности физиологического обеспечения в связи с естественным сокращением числа клеток вещества мозга, затруднением организации новых связей, повышенной нагрузкой на оставшиеся структуры. Естественно в такой ситуации сама природа создает предпосылки для невротизации даже при незначительных конфликтах, но значимых для конкретной личности. Ведь эмоции с возрастом у пожилого человека не исчезают! Более того, черты характера заостряются по известным физиологическим причинам. У пожилых больше условий для невротизации: резкая смена жизненных многолетних стереотипов в связи с выходом на пенсию; кардинальное изменение системы отношений с необходимостью адаптироваться к новым условиям физиологического плана (естественное изменение самочувствия); социальных условий со снижением статуса, уровня контактов и общения и т.д.

Множество ничтожных для деятельного молодого человека причин в пожилом возрасте превращается в постоянно жалящие стрелы, напоминающие о том, что время ушло, с тобой все меньше советуются и считаются. Этот период продолжается достаточно долго, фактически до развития реальной глубокой энцефалопатии, когда наблюдается снижение уровня личности с ограничением круга интересов до элементарных потребностей. А до того вся врачебная помощь сводится к лечению энцефалопатии. Хорошо еще, что пираретам и трентал являются одновременно антидепрессантами и психостимуляторами.

Сложность психосоматических нарушений у пожилых людей состоит именно в том, что исходно, до появления какой либо симптоматики уже имеются изменения в органах. И хотя эти изменения у большинства одинаковы, а возникающая симптоматика различна, концепция примата "органического" позволяет удобно объяснить все это разнообразие с унитарных позиций морфологии.

Распространенное мнение, хотя и не высказываемое вслух: у пожилых людей нарушения только органической природы и не может быть функциональных расстройств, априорно препятствует психологической коррекции. Да и в случаях ситуационного консультирования психотерапевтом все сводится к назначению опять же лекарственной терапии. В нашей стране в практической медицине отсутствует институт психологической помощи пожилым людям.

Дмитриева Е.Г. (кандидат биологических наук, психолог) до появления болезни выделяет комплексы психосоматического реагирования. При начальных признаках заболеваний выделяют **три состояния предболезни** (*доноз, преморбид неспецифический, преморбид специфический*). Взаимосвязь психики и соматики так очевидна, что ею разработаны специальные признаки психосоматических компонентов, где и прослеживается

это взаимодействие. Например, по факторам риска заболеваний по **толстому кишечнику** обязательно происходит ухудшение такого психологического параметра как память. А в пожилом возрасте, как правило, имеются не только возрастные изменения, но и целые «букеты» соматических заболеваний, поэтому всевозможные колиты будут вызывать проблемы мнестических функций. При **заболеваниях сердца** развивается социофобия (боязнь появляться перед большим количеством лиц, у педагогов — боязнь перед аудиторией, патологическая тревожность), которая сама по себе является фактором риска сердечно-сосудистой патологии. При заболеваниях **тонкого кишечника** развивается потливость, которая чревата отсутствием социального понимания в обществе, накоплением чувства жара (потовый соматоз). При заболеваниях **мочевого пузыря** очень часто нарушается психическое равновесие, в виде эмоциональной лабильности, бессонницы. При начальных признаках по **заболеваниям почек** развивается потливость (потовый соматоз) после еды, инсомния (бессонница). Недостаточность **кровообращения** характеризуется чувством неполноценности, развивается быстрая утомляемость, возможны приступы гнева и злобы по пустякам. При нарушении **теплообмена** нарушается упорядоченность мыслей, снятся причудливые сны, кроме того, появляются воспалительные явления в горле (гиперемия — покраснение глотки). При заболеваниях **желчного пузыря** наблюдаются ознобы или наоборот потливость, развиваются потрясающие ознобы, при этом понижается температура вдоль позвоночного столба. Частые **болевы синдромы** сопровождают все вышеназванные состояния. При неблагополучии в **респираторно-дыхательной** системе часто развивается сонливость. При заболеваниях **печени** — важном органе для биотрансформации ксенобиотиков — очень часто развиваются болезни кожи и эндогенная депрессия, купировать которую можно, но достаточно трудно без комплексного подхода к здоровью. Т. е. воздействие должно быть оказано и на психику, и на соматику, т. к. комплексный подход в медицине и психологии оправдан и служит сохранению здоровья человека.

Структура личности любого человека может быть построена до самых верхних этажей (психоортопедия). Синдром снижения личности возможен не только при психических заболеваниях, но и при старении.

При начальных признаках болезни Дмитриева Е.Г. считает возможным использовать дифференциальную диагностику состояний предболезни, которые можно охарактеризовать как норму, акцентуацию и психопатологию (тип характера), учитывая и многие другие параметры. Это уровень психологических диагнозов, а психокоррекция возможна с помощью средств психологии (аутогенная тренировка, различные виды релаксации, психотерапия, активационная антистрессовая терапия, фитотерапия).

12.5. Стресс, фрустрация и болезнь в пожилом и старческом возрасте

Роль стресса в возникновении заболевания во многом определяется возрастом. Так, если до **16 лет** стресс до заболевания отмечается только в **12%** случаев,

то в последующем (**16-45 лет**) он возрастает в **3 раза**,

а в **после 45 лет** достигает практически **50%**.

В случае если стресс не является главным в этиологии заболевания, он, тем не менее, значительно ухудшает ее течение, прогноз и лечение.

Стресс проявляется в области психики и физиологии как ответная реакция на физиологическое, нервно-психическое повышенное раздражение. Иммунная система человека сопротивляется возможности инфицирования организма, защищает его от других заболеваний, но давно замечено, что у обидчивых людей, а они легче подвержены стрессу, иммунная реакция понижена. На эту особенность следует обратить внимание пожилых людей, ведь в этом возрасте люди страдают **повышенной обидчивостью**.

Стресс не обязательно ведет к нарушениям нервной системы и вызывает соматические отклонения. Занятия спортом, объяснение в любви тоже вызывают стресс, но он не чреват негативными последствиями. Стресса невозможно и не следует избегать.

Фраза Селье: «Полная свобода от стресса означает смерть» стала ныне общим местом и цитируется почти во всех работах о стрессе. Вся человеческая жизнь соткана из приятных, радостных и неприятных, вредоносных стрессов. Последние еще называют дистрессом.

В заголовке мы написали еще одно слово «фрустрация». На языке психологов оно означает чувство крушения, то есть то самое чувство, которое так часто посещает пожилых людей. **В этом возрасте люди начинают (или продолжают) подводить итоги жизненного пути, и «попытожив то, что прожил», приходят к неутешительным выводам.**

В «утренних», юношеских планах закат виделся более красочным, а главное, он кажется таким далеким. Но ведь 60 лет — это всего лишь 22 тысячи дней, и чем больше их прожито, тем быстрее они накапливаются. Между девятью и десятью годами детства проходит целая вечность, тогда как от 59 до 60 — только миг. Г.Селье утверждает, что **«стресс рухнувшей надежды»** со значительно большей вероятностью, чем любые физические перегрузки, ведет к таким заболеваниям, как язва желудка, мигрень, высокое кровяное давление и повышенная раздражительность. Многие онкологи предполагают, что злокачественным опухолям непременно предшествуют большие нервные потрясения. Таким нервным потрясением может явиться убеждение о никчемности и бесцельности всей жизни.

Вот один из таких монологов: «В юности я подавал большие надежды: писал стихи, сочинял пьесы; у меня был красивый голос, я хорошо танцевал. Будущее рисовалось поэтически-артистическим, в нем обязательно должна была быть сцена. Но меня запугали или я сам испугался неопределенности такой карьеры, пошел вслед за другом в инженеры. Нет, не подумайте, что я прозябал в чертежниках с высшим образованием или работал без интереса, я попал в «почтовый ящик». Не смейтесь, так называли военные заводы. Регулярно, не реже других получал повышения в должности и зарплате. И личная жизнь (еще одно слово из казенного лексикона) сложилась более-менее удачно: жена, сын с невесткой и внуком — все как у людей, «все путем»... Только с завода я уволился, раньше времени стал пенсионером. Конверсия для меня не состоялась, а то, во что вложен труд всех лет жизни, никому не нужно, пошло в металлолом, под автоген. Сын из радио-инженера стал продавцом, если это можно так назвать, а по старому — спекулянтом, которых я всегда презирал, но «имеет» (язык не поворачивается сказать: «зарабатывает») за неделю мою годовую пенсию. Все, что я заработал и накопил, превратилось в дым, а все, что купил — в хлам».

Для ребенка фрустрация это: «Хотел, мечтал, но не дали, не разрешили, не

пустили». Для старика: «Мог, не сделал»; «Сделал, но не получилось или получилось, но совсем не то»; «То, к чему стремился, оказалось миражом, фантомом». Происходит переоценка ценностей. Былые достижения и успехи заносятся в разряд неудач и ошибок, старые друзья признаются старыми обманщиками. **Рухнувшие надежды мальчишки рухнули временно, у старика — навсегда, и тогда старость превращается в тризну жизненных надежд.** В этом отличие детской и стариковской фрустрации.

Из разговоров можно понять, что многие люди представляют стресс как некое одномоментное сильное воздействие, как мгновенный испуг, как удар тока. Стресс — явление повседневное, а старость есть накопленный долгими годами результат стрессов. Стресс, связанный с фрустрацией, оставляет в организме пожилого человека необратимые химические рубцы, приводящие к старению тканей. Возникает как бы порочный, трагический круг: **изношенный организм с трудом борется со стрессами, но и сам «износ» — свидетельство «стрессовых побед».** Оценка тех или иных рядовых событий (т.е. все, кроме смерти и тяжелых болезней) по шкале «удачи — неудачи» довольно относительна, многое из того, что в настоящем относится к неудачам, может в будущем обернуться своей противоположностью и наоборот. И пессимист, и оптимист — коллекционеры, но первый собирает свои невзгоды, оплошности и промахи, второй —

достижения, победы, выигрыши, пусть даже и незначительные. И тот, и другой испытывают стрессы, но у оптимиста редко случается дистресс, который оставляет глубокие рубцы.

Уговоры («Не волнуйся... Не расстраивайся...») мало эффективны и равносильны призыву: «Адреналин, не выделяйся! Давление, не повышайся!» Для невротической личности, а среди пенсионеров их процент достаточно велик, сами эти замечания уже воспринимаются как сигнал к стрессу. У нашего пенсионера стресс может возникнуть от звучания таких слов как: «пенсия», «квартирная плата», «ограбление» и множество других. Участники войны, даже те, кто никогда не слышал о стрессе, если они действительно участвовали в боевых операциях, инстинктивно не любят возвращаться к воспоминаниям об этом времени, смотреть фильмы о войне.

В стрессах, как и вообще в жизни, есть своя несправедливость: «Хорошие стрессы — от спортивных успехов, любовных объятий, получения наград, радостных сообщений — обычно кратковременны. **Дистрессы** (или «плохие» стрессы) имеют большую продолжительность. Долговременный стресс (дистресс) не дает организму времени для отдыха, в отличие от «хорошего» стресса, прибавляющего силы; он изматывает человека, становится причиной аритмии, тахикардии, других сердечных нарушений. Учащенное дыхание (еще один результат стресса) — ведет к постоянным головокружениям. Сбой ритма пищеварительной системы и сужение кровеносных сосудов при стрессе могут вызвать длительное расстройство желудка и запоры.

Замечено, что **вдовы и вдовцы** в течение первых двух месяцев после потери супруга часто заболевают той же болезнью, от которой скончался супруг. Помнится такой печальный случай: мужчина в возрасте около 60 лет умер от перитонита, явившегося осложнением аппендицита; в день похорон «Скорая помощь» увезла его жену с острым приступом аппендицита. Женщины, которые ухаживают за престарелыми родителями, страдающими пресенильными и сенильными психозами, легче подвергаются простудам и инфекционным заболеваниям. Стресс — сильнейший провокатор мигрени, головных болей. Длительный стресс усугубляет и стимулирует прогрессивное развитие уже имеющихся хронических заболеваний. Так, ишемическая болезнь сердца может обернуться инфарктом миокарда.

Мозг человека выбирает ответную реакцию на стресс, передавая ее на мышцы рук, ног, другие скелетные мышцы. При **кратковременном стрессе** появляется потребность бежать, быстро ходить по комнате, барабанить пальцами по столу и т.п. или, напротив, человек «столбенеет». В библейской легенде о жене праведника Лота рассказывается, что несчастная женщина, покидая родной город Содом, не вняла предостережению ангелов, оглянулась. Стремительный смерч настиг ее и она превратилась в соляной столб. Возможно, она увидела или представила катастрофу, ожидавшую ее покинутый семейный очаг, ее нечестивых соседей: «огненную серу, соляные потоки, падающие раскаленные камни». Женщина остолбенела. Как видим, стресс существовал еще в библейские времена.

Трио: **стресс, симптом, болезнь** — находятся в тесном взаимодействии друг с другом и обладают способностью взаимопревращения. И в тоже время не всякий стресс с обязательностью является предшественником болезни, также как не за всякой порцией мороженого следует ангина. Все зависит от общего состояния здоровья организма, от его готовности «Бороться и побеждать». Сам стресс имеет как физические, так и эмоциональные и поведенческие признаки, которые тоже могут превратиться, а могут и не превратиться в болезнь.

Бессонница, боли в груди, животе, спине, шее, хроническая усталость относят к физическим признакам, а раздражительность, частые слезы и чувство паники — к эмоциональным признакам. Стресс меняет и поведение человека, вызывая злоупотребление алкоголем, курением, лекарствами.

По **Селье, продолжительность жизни** зависит, с одной стороны, от того количества адаптационной энергии, нечто вроде жизненной силы, которое человек получил по

наследству, с другой — от того, как он расходовал ее в различных жизненных ситуациях, вызывающих стресс. Концепция имеет довольно уязвимые места.

Во-первых, связь между наследственностью и долгожительством не раз подвергалась аргументированной критике.

Во-вторых, если поверить в эту концепцию, то следует поверить и в бессмертие, при условии полного сохранения так называемой адаптационной энергии. Но сам автор концепции утверждает, что жизнь без стрессов невозможна.

Известный отечественный геронтолог **В.В.Фролькис** описывает эксперимент, поставленный на трех группах животных.

Одних поместили в условия, где ничто не нарушало их покоя: ни звуковые, ни световые раздражители, ни столкновения у кормушки.

На крыс второй группы время от времени воздействовали всеми видами раздражителей.

Для третьей группы стрессовые ситуации создавали постоянно, они следовали одна за другой, подопытных не оставляли в покое.

Продолжительность жизни второй группы (с кратковременными стрессами) оказалась больше, чем у первой и у третьей группы животных. Постоянный покой стал равносителен постоянным раздражителям, и то и другое укортачивает жизнь организма.

В.В.Фролькис считает, что наша жизнь — не просто постоянная трата полученного при рождении наследства, но и пополнение его фондов в ходе жизнедеятельности.

«Мягкий» стресс мобилизует наши жизненные силы, но часто повторяемые стрессы, **регулярная перегрузка** организма укортачают процесс старения. **Молодые люди**, естественно, легче адаптируются к стрессам, большинство из которых не оставляют последствий, чего не скажешь о **пожилых людях**. Перегрузки, с которыми молодость справляется, не истощая силы организма, оказываются разрушительными для людей старших возрастов.

Пожилые люди должны избегать мрачных людей, мрачных кинофильмов, мрачных романов. Для сохранения здоровья и бодрости куда полезнее кинокомедии, анекдоты, юмористы и веселые собеседники. Превосходство продолжительности женской жизни над мужской жизнью объясняют не только тем, что они чаще плачут, но и тем, что они чаще, чем мужчины, смеются. Среди долгожителей не встречаются люди, лишённые чувства юмора.

12.6. Возрастные особенности ВКБ у детей

В детском и пожилом возрасте наблюдается максимальный разрыв между субъективной и объективной оценкой болезни.

Учитывая соотношение развития ребенка с его паспортным возрастом. Длительное соматическое заболевание у детей зачастую становится источником задержки в психическом и соматическом развитии.

Часто наблюдаются явления регрессии, т.е. возврат к типам реагирования, которые свойственны младшему возрасту. Эта регрессия рассматривается как защитный механизм, т.е. дает возможность ребенку не понимать факт своего заболевания, его тяжесть и прогноз на будущее.

У детей до 6 лет часто встречаются фантастические представления о своем заболевании, которые связаны с чувством страха перед уколами и другими медицинскими манипуляциями.

У подростков бывает уход в прошлое. Прошлое оценивается как эталон счастья. Уход в фантазии и устремленность в будущее. Тогда заболевание воспринимается как временная преграда.

12.7. Возрастные особенности ВКБ у пожилых людей

В детском и пожилом возрасте наблюдается максимальный разрыв между субъективной и объективной оценкой болезни.

Заболевание у пожилого человека протекает тяжелее и на более длительное время ухудшается состояние. Выражены соматогенные влияния заболевания. Ухудшение психических процессов – первый признак заболевания. Ночные делирии – беспокойство и галлюцинации.

12.8. Роль возрастного фактора в формировании отношения к заболеванию

Кроме личностных особенностей, характера заболевания, стадии, пола, социальных стереотипов в представлении о болезни на отношение к заболеванию будет существенную роль играть **возрастной фактор**:

- У **молодых людей** часто нормо- и гипонозогнозия, недооценка последствий. Преобладает эстетический компонент реакции. Это возраст **от 18 до 20 лет**.

- У **зрелых людей** – чаще дизнозогнозия (важен общественно-трудовой компонент) или нормонозогнозия.

- У **пожилых (60-74 года)** чаще гипернозогнозия (преобладает витальный компонент)

- В **старческом возрасте (более 75 лет)** – гипонозогнозия.

ПРОГРАММА САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ ЗАНЯТИЙ ПО КУРСУ: «ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ»

Тема 1. ВВЕДЕНИЕ В КУРС «ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ». ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ НАУКИ. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ (ОБЩАЯ ПСИХОСОМАТИКА) ИЛИ ШАРЛАТАНСТВО? ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЕДИНСТВО В ФУНКЦИОНИРОВАНИИ ЧЕЛОВЕКА,

Тема 2. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОСОМАТИКЕ. КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОСОМАТИКЕ. ГУМАНИСТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОСОМАТИКЕ

Тема 3. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ. СТРЕСС КАК МОДЕЛЬ СИМПТОМООБРАЗОВАНИЯ В ПСИХОСОМАТИКЕ. ЭМОЦИИ КАК ФАКТОР ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СИМПТОМООБРАЗОВАНИЯ.

Тема 4. ФЕНОМЕН ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ КАК ИНДИКАТОР ДИНАМИКИ ЛИЧНОСТИ В СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ. ЛИЧНОСТЬ В СИТУАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Тема 1. ВВЕДЕНИЕ В КУРС «ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ». ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ НАУКИ. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ (ОБЩАЯ ПСИХОСОМАТИКА) ИЛИ ШАРЛАТАНСТВО?

1. Специфика курса, объект, предмет, задачи, цель.
2. Психофизическая, психофизиологическая проблема (древность, средневековье, 18-19 века, 21 век, первые научные практические исследования, монографии).
3. Культурно-исторический подход в психосоматике. (методологические предпосылки культурно-исторического подхода в психосоматике, основные принципы психологии телесности, психосоматическое развитие ребенка).
4. Психосоматические феномены в структуре магических обрядов и ритуалов (этнокультурные особенности, лечебной магии, современные формы «психосоматической мифологии»: порча и целительство, экстрасенсорное и биоэнергетическое воздействие и т.д.).
5. Феноменологический подход к телесности (телесный опыт как предмет философского анализа; герменевтическая модель в медицине).
6. Психосоматическое единство в функционировании человека.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Леви-Строс К. Структурная антропология/ Пер. с фр. Вяч. Вс. Иванова. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 512с. (Серия «Психология без границ»). С.171-213 (Глава IX, Колдун и его магия).
2. Гиппенрейтер
3. Выготский Л.С. Из записных книжек. // Вестн. Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология. 1977, №2, с.
4. Выготский Л.С. Из записных книжек. // Вестн. Моск. Ун-та Сер. 14. Психология. 1982, №1, с.
5. Николаева В.В., Арина Г.А. Клинико-психологические проблемы телесности.// Психологический журнал. 2003, №1.
6. Николаева В.В., Арина Г.А. Принципы синдромного анализа в психологическом изучении телесности.// Международная конференция памяти А.Р. Лурия. Под ред. Е.Д.Хомской. М., 1998, с.75-82.

7. Тищенко П.Д. Психосоматическая проблема (объективный метод и культурологическая интерпретация).//Телесность человека: междисциплинарные исследования.М., 1991, с.26-35.
8. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002, с. 62-101
9. Фрэзер Дж.Дж. Золотая ветвь.М.,1986, С.19-53, 89-92, 225-256, 461-467, 508-512, 638-639.
10. Тайлор Э.Б. Первобытная культура. М., 1089, С. 213-219, 225-232, 253-276, 478-482, 484-490.
11. Подорога В. Феноменология тела. М., 1995, с. 9-48, 65-66, 83-88, 99-107.
12. Тищенко П.Д. Герменевтика и здоровье. В сб.: Здоровье и экология человека: методологический анализ предмета и метода исследования. М., 1987, с.96-110.
13. Тищенко П.Д. Биоэтика в эпоху биотехнологий. М.,2001, с.84-175.
14. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002, с. 15-27, 66-72, 115-128.
15. Lévi-Strauss C. Le sorcier et sa magie. – «Les Temps Modernes», №41, 1949.
16. Lévi-Strauss C. Anthropologie structural. P., 1958.

Дополнительная литература.

1. Касавин И.Т. Магия: ее мнимые открытия и подлинные тайны. В кн.: Заблуждающийся разум? Многообразие вненаучного знания./ Отв. Ред. И.Т.Касавин.- М., 1990, с. 58-81.
2. Теппервайн К. О чем хочет сказать твоя болезнь. Язык симптомов. М., 1996
3. Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система.// Вестник МГУ. Психология. 1993, № 1.
4. Фуко М. Забота о себе. М., 1998, с.67-111.
5. Ухтомский А.А. Письма. // Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике. Под ред. В.Ю. Бакакова. М.: Смысл, 2000. С. 126-129.
6. Елисеев В.А. Психическая активность и психосоматические соотношения в традиционных воззрениях китайской народной медицины. // Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике. Под ред. В.Ю. Бакакова. М.: Смысл, 2000. С. 124-126.
7. Николаева В.В., Мотовилин О.Г., Арина Г.А.
8. Тхостов А.Ш. Топология субъекта (опыт феноменологического исследования). / Вестник Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология. 1994, №2,3.
9. Тищенко П.Д. Психика и соматические процессы./ В кн.: Общественные науки и здравоохранение, М., 1987, 185-196.
10. Осницкий А.К. О связи непосредственно-чувственного и опосредствованного, знакового в опыте человека. // Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике. Под ред. В.Ю. Бакакова. М.: Смысл, 2000. С. 119-124.

Тема 2. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОСОМАТИКЕ. КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОСОМАТИКЕ. ГУМАНИСТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОСОМАТИКЕ

1. Исторические и методологические предпосылки становления психосоматического направления в медицине.
3. Психоаналитические модели симптомообразования психосоматических расстройств: (представление об истерической конверсии; мультифакторная модель вегетативного невроза; психогенез симптомов в концепции объектных отношений; модели психосоматического синдромагенеза М. Шура и А. Митчерлиха).
4. Представления о психосоматической специфичности.

5. Сравните две точки зрения: Рациональный подход Поля Дюбуа и эмоциональный фактор Жуля Дежерина.

Признаки по которым производится сравнение	П.Дюбуа	Ж.Дежерин
1. Отношение больного к болезни		
2. Отношение больного к лечению		
3. Взаимодействие больного и врача		
4. Характер терапии		
5. Методы (созданные, принятые и отвергаемые)		
6. Др. признаки		

ЛИТЕРАТУРА:

1. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа. М.,1995, с. 552-571.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. М., , с.
3. Аммон Г. Психосоматическая психотерапия. СПб, 2000, с.7-93
4. Бассин Ф.В. Проблемы бессознательного. М., 1968, с
5. Бассин Ф.В. и др. Роль неосознаваемой психической деятельности в развитии и течении соматических клинических синдромов./ В кн.: Бессознательное: природа. Функции, методы исследования. Под ред. Бассина Ф.В. и др. Тб., 1978, т.2, с. 195-215,.
6. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. С. 12-19; 51-65.
7. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб: Изд-во Санкт-Петербургского Психоневрологического института. С. 9-18; 24-30
8. Психотерапевтическая энциклопедия – СПб.: Питер Ком, 1998. – 752с.: (Серия «Мастера психологии»). Карвасарский Б.Д. (общая редакция).
9. Фрейд З. О психотерапии истерии. / В кн.: З.Фрейд. О клиническом психоанализе. М., 1992, С. 41-90.

Дополнительная литература.

1. Грин А. Истерия. / В кн.: Энциклопедия глубинной психологии. Т.1. Под ред. А.М.Боковой, 1998, С. 628-656.
2. Кискер К.П., Фрайбергер Г., Розе Г.К., Вульф Э. Психиатрия, психосоматика, психотерапия. М.,1999,С. 117-122.
3. Мак-Даугалл Дж. Театр души. СПб., 2002, с. 109-129.
4. Шерток Л. Непознанное в психике человека. М., 1982, с. 63-76, 98-104, 123-125, 201-211.
5. Ференци Ш. Тело и подсознание.М, 2003, с.67-111.

6. Wittkover E. D., Warnes H. Historical survey of psychosomatic medicine. / В кн.: Бессознательное: природа, функции, методы исследования. Под ред. Бассина Ф.В. и др. Тб., 1978, т.2, с. 239- 252.
7. Pollock G. H. Recent studies of the psychosomatic specificity concept. / В кн.: Бессознательное: природа, функции, методы исследования. Под ред. Бассина Ф.В. и др. Тб., 1978, т.2, с. 224- 228.
8. Pollock G. H. The psychosomatic specificity concept. / В кн.: Бессознательное: природа, функции, методы исследования. Под ред. Бассина Ф.В. и др. Тб., 1978, т.2, с. 229- 238.

Тема 3. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ. СТРЕСС КАК МОДЕЛЬ СИМПТОМООБРАЗОВАНИЯ В ПСИХОСОМАТИКЕ. ЭМОЦИИ КАК ФАКТОР ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СИМПТОМООБРАЗОВАНИЯ.

1. Определение стресса Психофизиологические модели стресса.
2. Концепция выученной беспомощности. Поисковая активность и ее роль в симптомообразовании.
3. Представления о психологических аспектах стресса.
4. Представления о психосоматическом симптомообразовании в рамках моделей стресса.
5. Эмоции в концепции вегетоневроза Ф. Александера.
6. Эмоциональный стресс и механизмы совладания с ним.
7. Роль тревоги в психосоматическом симптомообразовании.
8. Особенности эмоционального опыта при алекситимии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Селье Г. Стресс без дистресса. М., 1979..
2. Брайт Дж., Джонс Ф. Стресс. Теории, исследования, мифы. - СПб., 2003, с. 12-70, 122-148, 151-178, 182-210.
3. Ротенберг В.С., Аршавский В.В. Поисковая активность и адаптация. М., 1984.
4. Клиническая психология. (Под ред. М.Перре, У.Бауманна). СПб.: Питер, 2002, с. 358-388.
7. Эверли Дж., Розенфельд Р. Стресс: природа и лечение. М.Медицина, 1985. С. 24-59.
8. Изард К. Психология эмоций. Спб., 2000, с 283.
11. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы. М.: Изд-во «Институт психологии РАН». 1995. 136 с.
12. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М., 1999, с. 58- 65.
13. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования./ В сб.: Эмоциональный стресс. Л., 1970, с. 178-207.
14. Николаева В.В. О психологической природе алекситимии.// В сб.: Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991, с.
15. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы. М.: Изд-во «Институт психологии РАН». 1995. 136 с.
16. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. Методическое пособие. С-Пб., 1994.
17. Симонов П.В. Эмоциональный мозг. М.: Наука, 1981. 215 с.

18. Шосток В.И., Лытаев С.А. Физиология психической деятельности человека: Учебное пособие по психофизиологии человека/ Под ред. док. Психологических наук, проф., засл. Деятели наук РФ А.А. Крылова.- СПб.: «Издательство Деан», 1999. – 128с. С. 111-119.

Дополнительная литература.

1. Симонов П.В. Эмоциональный мозг. М.: Наука, 1981. 215 с.
2. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. М., 1983.
3. Кокс Т. Стресс. М., 1981.
4. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. М.: Прогресс, 1979. 392 с.
5. Былкина Н.Д. Алекситимия (аналитический обзор зарубежных исследований). // Вести. Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология. 1995, №1.
6. Коростелева И.С., Ротенберг В.С. Проблема алекситимии в контексте поведенческих концепций психосоматических расстройств. // В сб.: Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991, с.
7. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. Л., 1983.
8. Семенова Н.Д. Возможность психологической коррекции алекситимии. // В сб.: Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991, с.

Тема 4. ФЕНОМЕН ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ КАК ИНДИКАТОР ДИНАМИКИ ЛИЧНОСТИ В СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ. ЛИЧНОСТЬ В СИТУАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.

1. Феномен внутренней картины болезни (ВКБ) в психиатрическом и психологическом подходах.
2. Проблема структуры внутренней картины болезни.
3. Динамика ВКБ в процессе лечения.
4. Возрастные особенности ВКБ.
5. Представление о социальной ситуации развития личности в условиях хронического заболевания.
6. Социокультурные и интрапсихические факторы изменений личности в ситуации болезни.
7. Изменения познавательной деятельности у больных с различными соматическими заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М., 1977.
2. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987, с.69-117.
3. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1987, с.69-117.
4. Смирнов В.В., Резникова Т.Н. Основные принципы и методы психологического исследования ВКБ.// В кн.: Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983, с. 38-68.
5. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни. // В кн.: Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990, с.32-38. 1. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987, с. 28-68.
6. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1987, с.207-245, 273-323.

7. Ташлыков В.А. Клинико-психологическое исследование "внутренней картины болезни" при неврозах в процессе их психотерапии.- Журн. невропатол и психиатр., 1981, вып. 11.С. 1704-1708.
8. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002, с. 115-127,141-154.

Дополнительная литература.

1. Ташлыков В.А. Стили невротического поведения (на основе типологии внутренней картины болезни).// В кн.: Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990, с. 44-49.
2. Вассерман Л.И. Отношение к болезни больных эпилепсией: клинико-психологические корреляции. // В кн.: Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990, с.62-69.
3. Султанова А.С. Автореферат диссертации Кандидата психологических наук. М.: МГУ,1999.
4. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Л., 1980.
5. Губачев Ю.М., Симаенков В.И., Ананьев В.А. Адаптивно-компенсационные психосоматические механизмы реагирования на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. // В кн.: Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. с. 26-32.

ТЕСТ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ»

1. Какое психосоматическое расстройство встречается у детей чаще всего?
 - a) головные боли;
 - b) функциональное расстройство пищеварительной системы;
 - c) психосоматические реакции в виде невротического кашля;
 - d) появление неукротимой рвоты.
2. Что не является особенностью типичной психосоматической семьи (по С. Минухину)?
 - a) сверхвключенность родителей в жизнь и проблемы детей, что мешает развитию самостоятельности;
 - b) гиперопека;
 - c) открытое обсуждение и решение конфликта;
 - d) неспособность менять правила взаимодействия, когда меняются обстоятельства.
3. Для какого возраста характерны следующие психосоматические расстройства: аэрофагия, регургитация, симптом Пика, синдром депривационной речевой ретардации, функциональный мегаколон, яктация и др.?
 - a) младенческий возраст;
 - b) раннее детство;
 - c) подростковый возраст;
 - d) пожилой и старческий возраст.
4. В каком возрасте выражен максимальный разрыв между субъективной и объективной оценкой болезни?
 - a) в детском;
 - b) в подростковом и пожилом;
 - c) в детском и пожилом;
 - d) в пожилом.
5. Анозогнозия – это...
 - a) тяжесть состояния;
 - b) гипоксия мозга, приводящая к расстройству восприятия;
 - c) вытеснение из сознания непереносимой информации;

- d) отрицание заболевания.
6. К какому типу реагирования относятся эти реакции: нормозогнозия, гипернозогнозия, гипонозогнозия, дизнозогнозия.
- a) психологический тип реагирования;
b) патологический тип реагирования;
c) психопатологический тип реагирования;
d) психопатологический тип реагирования.
7. Формирование отношения к болезни проходит несколько этапов в следующем порядке:
- a) сенсологический, оценочный, формирование отношения к болезни;
b) оценочный, сенсологический, формирование отношения к болезни;
c) Формирование отношения к началу болезни, формирование отношения к проявлениям болезни, формирование отношения к болезни;
d) Эмоциональный, интеллектуальный, формирование отношения к болезни.
8. Способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и состоянию и получать удовлетворение от этого, называется - ...
- a) внутренняя картина здоровья;
b) здоровье;
c) качество жизни;
d) гармония.
9. К какой группе психического здоровья относится человек с клинической формой заболевания в стадии субкомпенсации, имеющий клинические формы нарушения адаптации, связанные с недостаточностью и поломкой механизмов адаптации. С несбалансированным вариантом электроэнцефалограммы.
- a) первая группа психического здоровья;
b) вторая группа психического здоровья;
c) третья группа психического здоровья;
d) четвертая группа психического здоровья.
10. На чем основывается критерии понятия «психическое здоровье»?
- a) на адаптации, социализации, индивидуализации;
b) на социальном, физиологическом и психологическом факторах;
c) на норме и патологии;
d) все варианты верны.
11. Кто ввел понятие внутренней картины болезни?
- a) Х. Эппингер;
b) З. Фрейд;
c) А.Р. Лурия;
d) И.П. Павлов.
12. Кто разработал представление о высоком моральном облике врача?
- a) А. Лоуэн;
b) Дежерин;
c) Аристотель;
d) Гиппократ.
13. В чем суть концепции нервизма И.П. Павлова?
- a) рассматривают патологию внутренних органов, как результат нарушения функций коры головного мозга, где имеют свое представительство все внутренние органы и замыкаются условные рефлексy;
b) условное и безусловное реагирование;
c) зависимость всех процессов, как в самом мозгу, так и во всех системах тела, от мозговой деятельности, от стимулирующих и регулирующих питание и рост функций мозга;
d) в способность организма сохранять свои функции при воздействии факторов внешней и внутренней среды.

14. В чем суть кортико-висцеральной теории Быкова, Курцина?
- a) нарушение мозгового кровообращения;
 - b) патология внутренних органов, как результат нарушения функций коры головного мозга;
 - c) системная динамическая локализация высших психических функций;
 - d) нарушение двигательных функций, как результат нарушения функций коры головного мозга.
15. В настоящее время по Э.Фромму в нашем обществе распространено проявление
- a) асоциальности;
 - b) социально заданной ущербности;
 - c) социально обусловленной психопатии;
 - d) социальной незащищенности.
16. А.Маслоу определяет невроз как...
- a) «смыслоутрату»;
 - b) «самоактуализацию»;
 - c) «болезнь лишенности»;
 - d) «социально заданная ущербность».
17. Какой вид неврозов В.Франкл не рассматривал в своей нозогенной классификации?
- a) ноогенные неврозы;
 - b) воскресные неврозы;
 - c) реактивный невроз;
 - d) экзогенный невроз.
18. Синоним слова «Дискурс» - ...
- a) схема;
 - b) когниция;
 - c) информация;
 - d) дисбаланс.
19. В чем суть концепции Ж.Дежерина?
- a) рациональная терапия;
 - b) эмоциональная терапия;
 - c) эмоциональная терапия, основанная на убеждении;
 - d) рациональная терапия, основанная на гипнозе.
20. Какие методы в своей работе категорически не использовал П. Дюбуа?
- a) убеждение;
 - b) гипноз;
 - c) диалог;
 - d) изменение иррациональных установок.
21. С помощью какого механизма психологической защиты осуществляется конверсия по З.Фрейду?
- a) проекция;
 - b) вытеснение;
 - c) интеллектуализация;
 - d) гиперкомпенсация.
22. С помощью какого механизма психологической защиты осуществляется симптоматический эквивалент приступа тревоги по З.Фрейду?
- a) проекция;
 - b) вытеснение;
 - c) интеллектуализация;
 - d) гиперкомпенсация.
23. Какие методы работы не использовал Ж.Дежерин?

- a) эмпатийное слушание пациента;
 - b) гипнотическое воздействие;
 - c) метод «изоляции»;
 - d) групповая терапия.
24. Какой автор не рассматривал психосоматический симптом как нарушение объектных отношений?
- a) М. Кляйн;
 - b) Р. Ферберн;
 - c) Шмале;
 - d) Д. Винникот.
25. Кто рассматривал организм как функциональную систему?
- a) П.К. Ухтомский;
 - b) И.П. Павлов;
 - c) Гиппократ;
 - d) Х.Эпингер.
26. Кто ввел термин «соматопсихический»?
- a) Гален;
 - b) Сократ;
 - c) Якоби;
 - d) Энгель.
27. Что такое ятрогения?
- a) психическая реакция на заболевание;
 - b) нервнопсихическое заболевание, характерное для детского возраста;
 - c) расстройства, вызванные поведением врача;
 - d) не вовремя оказанная первая медицинская помощь.
28. Кто и в каком году ввел термин «психосоматика»?
- a) Хайнрот, 1818;
 - b) Якоби, 1828;
 - c) Хайнрот, 1881;
 - d) Якоби, 1891.
29. Кто первый объяснил возникновение соматических заболеваний с точки зрения психосоматики?
- a) З.Фрейд;
 - b) Г. Гродек;
 - c) Ф. Александр;
 - d) Гиппократ.
30. Кто из отечественных физиологов говорил о специфичности психического реагирования: «человек, страдающий болезнью желудка должен иметь свою особую психологию»?
- a) И.М. Сеченов;
 - b) М.Я. Мудров;
 - c) В.М. Бехтерев;
 - d) И.П. Павлов.

КЛЮЧ К ТЕСТУ

№	От.	№	От.	№	От.
1	B	11	C	21	B
2	C	12	D	22	A
3	A	13	C	23	B
4	C	14	B	24	C
5	D	15	B	25	A
6	A	16	C	26	C
7	A	17	D	27	C
8	C	18	A	28	A
9	D	19	C	29	B
10	A	20	B	30	A

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

Основная

1. Брызгунов И.П. Психосоматика у детей. Серия: Из практики педиатра. М.: Психиатрия, 2009. – 480.
2. Краснов А. А., Дьяконов И. Ф., Жирков А. М., Овчинников Б. М. Основы психосоматики: Учебное пособие. Издательство: Издательство Санкт-Петербургского университета, - 108с.
3. Пезешкиан Н., Психосоматика и позитивная психотерапия, Институт позитивной психотерапии, 2009.-511с.
4. Солодков А.С., Сологуб Е.Б. Физиология человека. Общая. Спортивная. Возрастная. [Электронный ресурс]: Изд-во: «Советский спорт», 2012. 620с. Режим доступа: http://e.lanbook.com/books/element.php?pl1_id=4114 ISBN 978-5-9718-0568-7
5. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: Исцеление души и тела. Серия: Психологический практикум. –М.: Феникс, 2013г.- 352с.
6. Старшенбаум Г.В. Психосоматика: руководство по диагностике и самопомощи. Серия: Психологический практикум. –М.: Феникс, 2014г.- 256с.
7. Столяренко, А. М. Физиология высшей нервной деятельности для психологов и педагогов [Электронный ресурс] : учебник для студентов вузов, обучающихся по гуманитарно-социальным специальностям / А. М. Столяренко. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2012. - 463 с. – Режим доступа: <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=395428> ISBN 978-5-238-01540-8
8. Сыренский В. И., Родина Е.А. Психофизиология здоровья. Изд-во:М.:КАРО, 2008г. -192с.

Дополнительная

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – М.: Изд-во НГМА, 2000.-357с.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина М.. 2000.-388с.
3. Бассин Ф.В. Проблема бессознательного. М.: Медицина, 1968, гл.3-213с.
4. Бессознательное: природа, функции, методы исследования. В 4-х т. / Под ред. А. С. Прагншвили и др. Тбилиси: Мецниереба, 1978. Т.2.-112с.
5. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. - М., изд-во «ГОЭТАР МЕДИЦИНА», 1999.-405с.
6. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. М.: МГУ, 1980.-497с.
7. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: Руководство для врачей. СПб., Питер, 2000, 3 – 500 с.
8. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб., 1995.-438с.
9. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. Л., 1982, 139-167 с.
10. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Л.: Медицина, 1980.-174с.
11. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага, 1983, 195с.
12. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М., 1977-304с.
13. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.-187с.

14. Николаева В.В., Арина Г.А. Принципы синдромного анализа в психологическом изучении телесности. // I Международная конференция памяти А.Р. Лурия. М., 1998.-113с.
15. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. гл.6, М., 1979.-437с.
16. Руководство по психотерапии. Под ред. В.Е.Рожнова. Ташкент, 1979, с.24-55, 525-540.
17. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1979. 126 с.
18. Соколова Е.Т., Николаева В.В. “Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях”, М.: Медицина, 1995 г.-213с.
19. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл. 2002.-278с.
20. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. М.: Медицина,1990, с.17-27 и 127-142.
21. Блаженко А.В. Психология лиц с нарушением слуха: программа курса по специальности «Специальная психология» факультета психологии и социальной работы: : [Электронный ресурс]: Издательство: БФУ им. И.Канта (Балтийский федеральный университет им. И.Канта), 2009. 16с. Режим доступа: http://e.lanbook.com/books/element.php?pl1_id=2417 ISBN: 978-5-9765-0127-0

Приложение



Учебное текстовое электронное издание

Руслякова Екатерина Евгеньевна

ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ

Учебное пособие

1,39 Мб

1 электрон. опт. диск

г. Магнитогорск, 2016 год
ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова»
Адрес: 455000, Россия, Челябинская область, г. Магнитогорск,
пр. Ленина 38

ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный
технический университет им. Г.И. Носова»
Кафедра психологии
Центр электронных образовательных ресурсов и
дистанционных образовательных технологий
e-mail: ceor_dot@mail.ru