**Содержание**

Психосоматика 3

Аспекты взаимодействия тела и психики 5

Психические особенности у подростков. 8

Психосоматические расстройства у подростков. 9

Литература 15

**Психосоматика**

Жизнь современного человека насыщена эмоциональными переживаниями. Снижение уровня жизни, ломка привычных стереотипов, непростое социально-экономическое положение в государстве - всё это заставляет нас находиться в постоянном психическом напряжении, в состоянии стресса. Развитию психологического стресса также способствуют межличностные конфликты, обиды, чрезмерная ответственность, необходимость принимать решения и сильные переживания. Стресс - это защитная реакция организма в ответ на внешний раздражитель, в результате которой организм приспосабливается к изменившимся условиям. Учащение сердцебиения при сильном испуге - ни что иное, как защитная реакция, мобилизующая резервы организма.

Исследования канадского физиолога Ганса Селье показали, что некоторая часть стресса может быть даже полезной. Она мобилизует организм и способствует лучшему приспособлению человека к изменяющимся условиям. В небольших дозах Ганс Селье называет его "острой приправой к повседневной пище жизни". Но если стресс очень сильный и долго длится, то это перегружает адаптационные возможности организма и приводит к психологическим и физиологическим "поломкам" в организме. Физиологические "поломки" проявляются в виде заболеваний, называемых психосоматическими.

Психосоматика (греч. psyche - душа, soma - тело) - направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующее развитие соматических заболеваний.

Согласно основному постулату этой науки, в основе психосоматического заболевания лежит реакция на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы.

Другими словами - это болезни, первичной причиной которых является психическое перенапряжение, либо психическая травматизация. Насколько человек подвержен развитию психосоматических болезней, зависит от особенностей его нервной системы.

Несмотря на то, что слово "психосоматика" употребляется очень часто как в обиходе, так и в научной литературе, на сегодняшний день не существует единого определения этого термина. В целом его значение вытекает из слов, которые в него входят (душа и тело).

С одной стороны, этот термин подразумевает научное направление, которое устанавливает взаимоотношения между психикой и телесными функциями, исследует, как психологические переживания влияют на функции организма, как переживания могут вызывать те или иные болезни.

Проблема психосоматических соотношений - одна из наиболее сложных проблем современной медицины, несмотря на то, что тесная взаимосвязь психического и соматического замечена и изучается в течение многих веков, со времен Гиппократа и Аристотеля.

По данным ВОЗ, от 38 до 42% всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматических больных. Строго говоря, психосоматическое направление не является самостоятельной медицинской дисциплиной - это подход, учитывающий многообразие причин, приведших к болезни. Отсюда многообразие методов и техник, позволяющих работать с человеком целостно.

Организм человека состоит из множества систем органов, каждая из которых выполняет определённые функции: кровеносная система обеспечивает доставку кислорода и питательных веществ к клеткам, и удалению из них углекислого газа; пищеварительная система поставляет в кровь питательные вещества, полученные из продуктов и выводит ненужные и вредные продукты пищеварения; печень обезвреживает токсические вещества и синтезирует из аминокислот необходимые организму белки, а дыхательная система поставляет необходимый для всех этих процессов кислород. Все системы находятся в непрерывном взаимодействии между собой, а управляет всеми системами нервная система.

К каждому органу, к каждому мышечному волокну и участку тела подходят соматические и вегетативные нервные волокна, соединяющие все органы с головным мозгом.

Поэтому любое психосоматическое заболевание является свойством человеческого организма как системы. Оно не выводится по отдельности ни из психических, ни из физиологических (включая наследственные) свойств индивида, его невозможно объяснить путем исследования свойств какой-то одной подсистемы - психической или соматической.

Только взаимодействие между этими подсистемами и окружающей средой может привести к новому состоянию организма, определяемому как психосоматическое заболевание. И только понимание этих связей может дать возможность эффективно воздействовать на возникшее заболевание, в том числе и методами психотерапии.

По современным представлениям, к психосоматическим заболеваниям и расстройствам относят:

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

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

Беспомощность врача относительно этой симптоматики объясняется среди прочего многообразием понятий, которыми обозначаются эти жалобы. Часто у таких больных имеются только функциональные нарушения отдельных органов или систем; какие-либо органические изменения, как правило, не обнаруживаются.

3. *Психосоматозы* - психосоматические болезни в более узком смысле. В основе их - первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа.
Заболевания, связанные с органическими изменениями, принято называть истинными психосоматическими болезнями, или психосоматозами.

Первоначально выделяли 7 психосоматозов ("holy seven"): бронхиальная астма, язвенный колит, гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз.

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

История современной психосоматической медицины начинается с психоаналитической концепции Фрейда, который совместно с Брейером доказал, что "подавленная эмоция", "психическая травма" путем "конверсии" могут проявляться соматическим симптомом. Фрейд указывал, что необходима "соматическая готовность" - физический фактор, который имеет значение для "выбора органа".

Эмоциональная реакция, выражающаяся в форме тоски и постоянной тревоги, а также характерном ощущении страха, является связующим звеном между психологической и соматической сферами.

Психосоматическое заболевание может возникнуть при наличии эмоционального переживания, которое не блокируется психологической защитой. Таким образом, психический фактор выступает как повреждающий.

К психосоматическим заболеваниям относят те нарушения здоровья, когда  соматизация происходит без психологической защиты, т.е. когда человек, защищая душевное равновесие, неосознанно повреждает свое телесное здоровье.

Считается, что в этом процессе ключевым звеном является долговременная память.

Долговременная память - это всегда эмоциональная память. Чем ярче эмоции, тем больше вероятность активации следа памяти в дальнейшем, и пережитое человеком стрессовое состояние надежно закрепляется в долговременной памяти. Пережитое состояние паники, страха, ужаса сохраняется в виде энграмм - "следов памяти".

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

Человек, находящийся в гармоничных отношениях со своей средой, может перенести экстремальные соматические и психические нагрузки, избегнув болезни. Однако в жизни встречаются личностные проблемы, которые вызывают настолько тягостную фиксацию и душевный разлад, что в определенных жизненных ситуациях приводят к негативным эмоциям и неуверенности в себе. Именно в сложных ситуациях психосоматически отягощенные пациенты, проявляющие эмоциональную подавленность, не могут правильно оценить и описать свое состояние.

Таким образом, в современном понимании патогенеза психосоматических заболеваний признается многофакторность в объяснении их природы. Соматическое и психическое, влияние предрасположенности и среды, фактическое состояние окружающей среды и ее субъективная переработка, физиологические, психические и социальные воздействия в их совокупности и взаимодополнении - все это имеет значение в качестве взаимодействующих между собой факторов психосоматических заболеваний.

**Аспекты взаимодействия тела и психики**

Тело человека — это живая, открытая, оптимально функционирующая сложнейшая, саморегулирующаяся и самообновляющаяся биологическая система с присущими ей принципами самосохранения и приспособляемости. Тело представляет собой единство множеств, поскольку определенные органы и системы органов зарождаются в эмбриональный период из конкретного зародышевого листка. «В развитии человека эмбриональный период является критическим.

Перейдем теперь к условиям взаимодействия психики и организма. Рождающийся на свет человек обладает уникальным *генотипом*. При этом «биологическое» (телесное) уже неразрывно связано с «психическим»: разнообразные факторы объективной и субъективной жизни матери и ее отношение к ним опосредованно оказывают на плод в утробе воздействие через ее психо - вегетативные реакции. И поскольку я считаю, что именно в утробе матери закладываются основы уникальной телесности человека, нам предстоит разобраться с особенностями влияния матери на плод и путями формирования телесности. Психо-вегетативные реакцииматери- результат сочетания многих условий и факторов, которые отражаются на характере ее восприятия реальности. Информацию о реальности доносят *экстероцептивныеощущения*, а факторы и условия, коротко, сводятся к: 1)особенностям ситуации и ее объективному стрессогенному уровню; 2)психофизиологическим особенностям человека (биоэлектрическим в сочетании с вегетативными и биохимическими, а также типологическими свойствами нервной системы); 3) индивидуально-личностным свойствам (*экстраверсии / интроверсии*, уровню *нейротизма*, типу *межполушарной асимметрии* или *амбидекстрии*, характеру); 4)когнитивному стилю (*полезависимости* — поленезависимости, импульсивности — рефлексивности, *ригидности* — гибкости); 5) текущему состоянию (активному — пассивному, бодрственному-просоночному, трансовому — гипнотическому); 6) качеству внимания при той или иной выраженности внутренних и внешних помех. Иначе говоря, особенности целостного образа восприятия зависят от того, *что человек выделяет как наиболее важное, значимое* в потоке информации (например, фонематический или семантический аспекты речи; форму или цвет; образ или слово; громкость, интонацию или тембр голоса; суть события или эмоции, связанные с ним и т.д.); *как он эту информациюизвлекает* (эмоционально или рационально, неосознанно или осознанно, критично или некритично, узнавая, как модификацию пройденного опыта, или воспринимая, как новый опыт и т.д.); *почему он именно эту информацию извлекает и для чего* ему это нужно (мотивации, стратегии и тактики). *Следовательно, характер самого восприятия (чувственного познания мира) и образа восприятия зависит от врожденных и приобретенных свойств и качеств человека, его текущего состояния, объективных и субъективных факторов и следов памяти всех прошлых восприятий*. Сложносоставный генезис образа восприятия ставит нас перед фактом размывания трех границ: между генотипической — фенотипической составляющими *сенсорных* процессов матери, между объективной — субъективной обусловленностью ее *внимания,* между физиологическим — личностным компонентами ее *перцепции*. «Что», «как», «почему» и «для чего» экстероцептивных ощущений создают только часть целостного образа восприятия.

Другую часть образа восприятия создают *интероцептивные и проприоцептивные* ощущения, которые обеспечиваются действием *соматовисцеральной* системы; их общим свойством является то, что они не образуют сенсорные органы, а широко распространены по всему телу". *Соматовисцеральные ощущения не являются пассивным процессом, но вызывают двигательные реакции организма, вегетативные либо мышечные и,* наряду с экстероцептивными, формируют поведение человека, хотя в норме находятся по интенсивности на околопороговом уровне, увеличиваясь при различных нарушениях внутренней среды организма". Они создают основу для аффективной деятельности, чем в итоге формируют и регулируют поведение и в большой степени определяют сам характер познания, психические состояния и свойства личности. В процессе адаптации (соцадаптации) индивида при определенных внешних условиях свойства соматовисцеральной системы в совокупности со свойствами органов чувств создают определенные *феномены*. Известно, что человек (и организм, как неотъемлемая его часть) адаптируется каждое мгновение, т.к. изменения внешних и внутренних условий происходят постоянно. Адаптация организма *к слабым и средним* по силе раздражителям происходит достаточно быстро и мало заметна для человека, при этом *повышается устойчивость организма и вырабатываются навыки и привычки*. Недостаточно значимая информация воспринимается организмом как слабый раздражитель. Психикой она часто даже не осознается и слабо структурирована. Чуть более значимая информация воспринимается организмом как средние раздражители, поэтому реакции организма на нее более явные, и психика ее больше структурирует. Адаптация же к любым значимым для организма и психики факторам является стрессом. «В процессе адаптации все вовлеченные в нее органы, изменяясь количественно и качественно, образуют функциональную систему, ответственную за адаптацию. Развивающиеся здесь структурные изменения представляют собой системный структурный след…» Изменения, наступающие вследствие стресса, вызывают ряд физиологических, психических и психологических явлений, поскольку «следы даже однократных воздействий экстремальных факторов… на организм человека приводят к *изменениям вегетативных функций*… Эти изменения формируют в организме так называемую »вегетативную память", в основе которой лежит (среди прочего) своеобразная взаимосвязь между отдельными элементами тканевой, сосудистой, эндокринной, иммунной систем…", осуществляемая посредством мышечных фасций. Именно на уровне стресс-реакции на всякую значимую информацию и появляются характерные психосоматические феномены, *порождающие более или менее устойчивый «продукт» взаимодействия психики и тела в виде индивидуальных психосоматических паттернов*. Вопрос об устойчивости «продукта» взаимодействия психики и тела неразрывно связан с инерционными свойствами материи тела, свойствами памяти и психологической значимостью информации. Поскольку для организма и психики информация — это «раздражители», которые воздействуют на параметры, сложившиеся до данного воздействия, то и *характер переработки новой информации зависит от характера переработки прежде записанной информации*. Наслаиваясь, однотипная информация и однотипные способы обработки информации (реагирование) создают характер индивидуальной адаптации. «*В основе формирования индивидуальных адаптаций лежат следы предшествующих раздражителей»*. Сталкиваясь всякий раз с ситуацией, отчасти и чем-то напоминающей значимую, и тем более эмоционально значимую, человек будет испытывать похожие состояния через переживание комплекса первоначальных ощущений и представлений. *Они возникают в результате воссоздания сформировавшегося в момент стресса системного структурного следа в организме с тем же, примерно, набором соматовисцеральных ощущений*. Произойдет вспоминание тех же эмоций, мыслей, настроений, сигнализирующих о значении соматовисцеральных ощущений: в связи с тем, что в памяти хранится энграмма стимула-эталона (память о стрессогенной информации), информация будет узнаваться человеком «как прежняя». Равным образом, это справедливо при актуализации энграммы на фоне подпороговых ощущений. *Образ восприятия подобного типа ситуаций и характерного типа реагирования на них будут тем более устойчивыми, чем сильнее было первое потрясение и чем меньше было оказано впоследствии противоположных влияний.* Я считаю, что здесь размыты границы телесных и психических реакций, и потому нет никаких оснований разводить их во времени (что возникло раньше): одну и ту же информацию психика опосредованно познает через тело (вегетативная память — «субстрат» эмоционально-аффективного знания), а тело опосредованно познает через психику (узнавание стимула-эталона есть припоминание его значения).При этом экстероцептивные ощущения создают, в основном, *когнитивный* компонент образов восприятия, следов памяти, мыслей, рефлексивных образов («я знаю, что это…»), а проприоцептивные и интероцептивные ощущения создают, в основном, их *аффективный* компонент («я переживаю то, о чем знаю, что это…»). Такой плотный характер взаимодействия, взаимовлияния и взаимопроникновения психики и тела соединяет энергии тела и психики в единую биопсихическую энергию человека(греч. *energeia* — деятельность, активность, сила в действии)*.* Таким образом, все ощущения являются *конгруэнтными друг другузнаками*, совместно сообщающими значение одной и той же информации, и отчасти формирующими устойчивый «продукт». Сам же «продукт» проявляется «процессуально» *в характерных ритмах, темпах, температуре тела, степени его «протекаемости», движениях, позах, осанке, дыхании, запахе и звучании*. Именно этот «продукт» беременной женщины сообщает плоду сигналы, которые он телесно переживаетидентичнозначению (+,-) ее текущих реакций, переживаний и соматовисцеральных ощущений. Однако, знаки "+" и "-" не содержат в себе смысла воспринимаемой информации («почему это случилось, и для чего это нужно»): поскольку смысл — образование духовной сферы человека, плод его не может постичь.

**Психические особенности у подростков**

Современный подросток видит перспективу своей полезности для других, общества в обогащении собственной индивидуальности. Но при этом ему не хватает ни доверия, ни уважения взрослых, во-первых, и, во-вторых, не создаются возможности для реализации потребности в самореализации.

Расхождение между стремлениями подростка, связанными с осознанием своих возможностей, утверждением себя как личности и положением ребенка-школьника, зависимого от воли взрослого, вызывает существенное углубление кризиса самооценки. Даже по сравнению с началом 70-х гг. появилось на 20—25 % больше подростков, у которых превалирует негативная самооценка, что влияет на общий жизненный тонус детей. Четко проявляется неприятие оценок взрослых, независимо от их правоты. Причина кроется прежде всего в отсутствии должных условий для удовлетворения обостренной потребности подростка в общественном признании, что оборачивается искусственной задержкой личностного самоопределения, интенсификацией квазипотребностей, квазиинтересов, находя, в частности, отражение в тяге подростков к интимно-личному и стихийно-групповому общению со сверстниками, к появлению разного рода подростковых компаний, неформальных групп, в которых складываются ситуации непонятости подростков во взрослом мире, ситуации «замещения» потребности в установлении новых отношений с обществом. Именно в процессе стихийно-группового общения устойчивый характер приобретают беспокоящие общество моменты в поведении части подростков: агрессивность, жестокость, повышенная тревожность, замкнутость и пр. Между тем потребность в стихийно-групповом общении отмечается только у 14,5 % подростков, хотя реальное наличие этой формы зафиксировано у 56 % детей 11—15 лет. Данное обстоятельство связано с тем, что если потребность подростка в интимно-личном общении в основном удовлетворяется, то его потребность в социально-ориентированной форме остается неудовлетворенной в 38,5 % случаев, обусловливая преобладание стихийно-группового общения. Но при этом показательно, что от 11 до 15 лет наблюдается четко выраженная тенденция развития предпочтения социально-ориентированной форме общения, создающей для подростков реальные условия их признания как социально значимых лиц. Данное положение четко связано с характерным для подростка активным стремлением к занятию новой социальной позиции, с осознанием им своего «я» и утверждением во взрослом мире. При этом речь идет не о желании подростка подражать взрослым людям, а о приобщении к их делам и отношениям, появлении у него чувства социальной ответственности как возможности и необходимости отвечать за себя и за других на уровне взрослого человека. Если дошкольник играет во взрослого, младший школьник подражает ему, то подросток ставит себя в ситуацию взрослого в системе реальных отношений.

Выступая как важный этап становления личности, подростковый возраст представляет собой сложный процесс личностного развития, отличающийся разноуровневыми характеристиками социального созревания. Уровень возможностей подростка, условия и скорость его социального развития связаны с осмыслением подростком себя и своей принадлежности к обществу, степенью выраженности прав и обязанностей, степенью овладения миром социальных вещей и отношений, насыщенностью дальних и ближних связей, их дифференциацией. По мере взросления у подростка изменяются характер и особенности видения себя в обществе, восприятие общества, иерархии общественных связей, изменяются его мотивы и степень их адекватности общественным потребностям. Поэтому выявление типичных сочетаний разных показателей социальной зрелости детей с 10 до 15 лет и позволяет выделять разные стадии подросткового периода.

Наиболее выпукло характер стадиального развития подростка как личности прослеживается через изменение структуры самосознания в его различных проявлениях: самооценки, личностной рефлексии, требований к себе и другим, мотивах деятельности, идеалах, интересах и пр.

Так, на первой стадии подросткового возраста (в 10—11 лет) ребенка характеризует весьма своеобразное отношение к себе (принятие себя). Около 34 % мальчиков и 26 % девочек дают себе полностью отрицательные характеристики. В ответах этих детей ощущается недоумение, растерянность, они как бы не узнают самих себя. И хотя около 70 % подростков отмечают в себе не только отрицательные, но и положительные черты, в их оценках наблюдается явное преобладание отрицательных черт и форм поведения. Некоторые подростки особо подчеркивают, что недостатков у них много, а нравится в себе «только одно», «единственная черта», т.е. характеристикам младших подростков присущ отрицательный эмоциональный фон. При этом у детей четко обнаруживается острая потребность в самооценке и в то же время переживание неумения оценить себя.

На второй стадии подросткового периода (в 12—13 лет) наряду с общим принятием себя сохраняется и ситуативно отрицательное отношение ребенка к себе, обнаруживающее зависимость от оценок окружающих, прежде всего сверстников. В то же время критическое отношение подростка к себе, переживание недовольства собой сопровождается актуализацией потребности в самоуважении, общем положительном отношении к себе как личности.

На третьей стадии этого возраста (в 14—15 лет) возникает «оперативная самооценка», определяющая отношение подростка к себе и в настоящее время. Эта самооценка основывается на сопоставлении подростком своих личностных особенностей, форм поведения с определенными нормами, которые выступают для него как идеальные формы его личности.

**Психосоматические расстройства у подростков**

Проблема психосоматического здоровья составляет значительную часть «болезней цивилизации» и на протяжении последнего века являлись объектом интенсивных исследований в рамках так называемой психосоматической медицины, ввиду возрастающей роли их в общей заболеваемости населения.

Двумя основными группами психосоматических расстройств являются «большие» психосоматические заболевания, к которым относят ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальную астму и некоторые другие, и «малые» психосоматические расстройства – невротические нарушения внутренних органов, или так называемые «органные неврозы».

Современные представления о сущности проблемы психосоматического здоровья предполагают учет всей совокупности изменений, затрагивающих как биологический уровень нарушений (соматические симптомы и синдромы), так и социальный уровень функционирования пациента со сменой ролевых позиций, ценностей, интересов, круга общения, с переходом в принципиально новую социальную ситуацию со своими специфическими запретами, предписаниями и ограничениями.

Подростковый возраст представляет собой начальный шаг на пути перехода от детства к взрослости. Ребенок знает и отчасти правильно может оценивать себя как с положительной, так и с отрицательной стороны, видя свои достоинства и недостатки. Такое отношение, помимо прочего, противоречиво.

Подросток, с одной стороны, может видеть и оценивать себя как вполне достойного, заслуживающего уважения человека, а с другой стороны – как личность, обладающую многими реальными недостатками, от которых необходимо избавляться.

Но и в этом подросток чаще всего проявляет себя не как взрослый человек, он по-детски преуменьшает недостатки. Источником нормативной регуляции и нравственной оценки поведения для подростков становятся социализированные нормы. Это – лидерские групповые нормы, принятые в референтных группах.

К подросткам, – коль скоро они уже не дети, но еще и не взрослые – необходим особый психодиагностический подход, учитывающий как их детские, так и взрослые черты.

Повышенное внимание подростка к самопознанию создает благоприятные условия для применения в процессе их тестирования методик, позволяющих получать интересные и полезные сведения о себе.

Подросток гораздо более независим и гораздо менее податлив внешнему психологическому влиянию, особенно со стороны взрослых людей, родителей и учителей.

Эта независимость, однако, относительная и скорее напоминает собой негативистическую реакцию на слова и действия взрослого человека, чем взвешенный самостоятельный поступок.

Этот возраст также характеризуется началом установления подлинной социально-психологической независимости во всех поведенческих отношениях, включая материальное, финансовое само обеспечение, самообслуживание, независимость в моральных суждениях, политических взглядах и поступках.

Это своеобразный переворот в психологии человека, связанный с осознанием многих противоречий в жизни: между нормами морали, утверждаемыми людьми, и их поступками; между идеалами и реальностью; между способностями, возможностями и признанием людей; между социальными ценностями и реальной прозой жизни.

Потребность в самопознании в этом возрасте бывает настолько сильной, что нередко перевешивает отсутствие непосредственного интереса к тестовым заданиям.

При наличии такой потребности подростками будут нормально восприниматься даже сами по себе малоинтересные тесты, но только в том случае, если они дают возможность лучше узнать самих себя с другими.

В наше случае мы продиагностировали 16 подростков в возрасте 15 – 16 лет. Это ученики 10 классов. Перед тем как проводить обследование, была проведена работа с родителями, с каждым в отдельности, работа с учителем (его наблюдения по поводу каждого ребенка). Для диагностики выявление риска появления психосоматических заболеваний был взят патохарактерологический диагностический опросник для подростков - ПДО (Личко А.Е., Иванов Н.Я.).

Этот опросник предназначен для определения типов акцентуации характера и типов психопатий, а также сопряженных с ними некоторых личностных особенностей (психологической склонности к алкоголизации, дилинквентности, развитию психосоматических заболеваний).

Методика состоит из множества суждений, объединенных в 25 подшкал. В ходе проведения исследования при помощи данной методики испытуемые получают соответствующие 25 списков суждений.

Из каждого из них они должны выбрать такие три, которые к ним относятся в наибольшей степени и три такие, которые относятся в наименьшей степени. По характеру выборов судят о типе акцентуированного характера, к которому относится испытуемый.

Для тестирующих представляется набор фраз, отражающих отношения к ряду жизненных проблем, актуальных в подростковом возрасте при разных типах характера, реагирования на те или иные ситуации.

В эти наборы также были включены фразы индифферентно, не имеющие диагностического значения.

 В число таких проблем вошли оценка собственных витальных функций (самочувствие, сон, аппетит, сексуальное влечение); отношение к окружению (родителям, друзьям, незнакомым); к некоторым абстрактным категориям (к правилам, законам, к опеке и наставлениям, к критике в свой адрес).

Выборы, которые производятся испытуемыми, заносятся ими в специальный регистрационный бланк.

С помощью ПДО могут быть диагностированы следующие типы психопатий и акцентуаций характера, краткое описание которых приводится ниже.

**Гипертимный тип**. Отличается почти всегда хорошим, слегка повышенным настроением. Имеет высокий тонус, энергичен, активен. Проявляет стремление быть лидером. Общителен и неустойчив по интересам, недостаточно разборчив в знакомствах. Плохо переносит одиночество.

Легко адаптируется в незнакомой обстановке. Не любит однообразие, дисциплину, вынужденное безделье, монотонную работу. Оптимистичен и несколько переоценивает свои возможности. Нередко бурно реагирует на события, раздражителен.

**Циклоидный тип**. Часто меняет настроение, падает работоспособность, утрачивается интерес к работе и окружающим людям, причем это происходит периодически. Тяжело переживает неудачи, часто думает о собственных недостатках, ненужности, испытывает чувство одиночества.

Периоды депрессии время от времени перемежаются активностью, свойственной гипертимному типу. Самооценка нередко бывает неточной.

**Лабильный тип**. Характеризуется крайней, непредсказуемой изменчивостью настроения. Сон, аппетит, работоспособность и общительность зависят от настроения.

Испытывает глубокое чувство личной привязанности к тем людям, которые к нему относятся с симпатией и любовью. Высоко чувствителен к отношениям людей. Избегает лидерства. Имеет адекватную самооценку.

**Астено - невротический тип**. Характеризуется повышенной утомляемостью, раздражительностью, склонностью к ипохондрии – преувеличенному вниманию к состоянию своего здоровья. Тревожно мнителен. Боится ситуаций соревнования и экзаменационных испытаний. Имеются частые аффективные вспышки в состоянии утомления.

**Сенситивный тип**. Характеризуется повышенной впечатлительностью и обостренным чувством собственной неполноценности, особенно в самооценках качеств морального и волевого характера.

Замкнутость, робость и застенчивость – типичные черты, проявляемые в незнакомой обстановке и среди незнакомых людей. Открытость, общительность и откровенность появляются только к кругу достаточно близких людей.

**Психастенический тип**. Нерешителен, склонен к пространным рассуждениям, испытывает повышенную боязнь за будущее и судьбу своих близких и себя самого. Склонен к углубленному самоанализу и появлению навязчивых состояний (мыслей, переживаний). Неспособен отвечать за себя, за свои поступки.

**Шизоидный тип**. Характеризуется замкнутостью и неумением понимать состояния других людей. Испытывает трудности в установлении нормальных отношений с людьми. Частый уход в себя, в свой замкнутый, недоступный окружающим людям внутренний мир, в сферу фантазий и грез. Имеет сильные, устойчивые увлечения чем-либо.

**Эпилептоидный тип**. Склонен впадать в злобно-тоскливое состояние с постепенным возрастанием раздражения и поиском объекта, на котором можно было бы разрядиться. Имеет аффективно-взрывной характер.

Повышенно ревнив, агрессивен, проявляет стремление к лидерству со строгой дисциплиной и наказаниями подчиненных. Инертен в мышлении, педантично аккуратен, чрезмерно исполнителен, беспрекословно подчиняется приказам.

**Истероидный тип**. Проявляет повышенную любовь к самому себе, жажду внимания со стороны, потребность в почитании, восхищении, сочувствии со стороны окружающих людей. Склонен к приукрашиванию своей особы, стремится показать себя в лучшем свете.

 Отсутствуют глубокие чувства, имеется театральность в поведении, тенденция к позерству. Неспособен к упорному труду и высоким достижениям, но обладает неумеренно высокими притязаниями на успех.

Склонен к выдумкам и пустому фантазированию. Претендует на исключительное положение среди сверстников. Непостоянен и ненадежен в человеческих отношениях.

**Неустойчивый тип**. Обнаруживает повышенное нежелание добросовестно трудиться. Склонен к развлечениям, к получению удовольствий, к праздности. Не желает подчиняться другим и находиться под контролем.

Безволен, склонен к подчинению сильным лидерам. Равнодушен к будущему, живет интересами настоящего дня. Избегает трудностей. Имеет неадекватную самооценку.

**Конформный тип**. Чрезмерно податлив внешним воздействиям. Характеризуется повышенным стремлением быть как все и тем самым, с одной стороны, избегать ненужных проблем, а с другой стороны, извлекать для себя выгоду из сложившейся обстановки.

Некритичен к своему поведению и некритично принимает то, что говорят окружающие люди. Консервативен, не любит новое, испытывает неприязнь к «чужакам».

Кроме описанных типов, в реальной жизни нередко встречаются смешанные, соединяющие в себе разные акцентуации характеров.

**Промежуточные типы.** Здесь имеющие место сочетания обусловлены эндогенными, прежде всего, генетическими факторами, а также, возможно, особенностями развития в раннем детстве.

**Амальгамные типы**. Подобного рода смешанные типы формируются в течение жизни как следствие напластования черт одного типа на эндогенное ядро другого в силу неправильного воспитания или других длительно действующих неблагоприятных факторов.

Проведенная диагностика показала следующие результаты:

|  |  |
| --- | --- |
| Акцентуация | Количество человек |
| Гипертимный | 3 человека |
| Циклоидный | 2 человека |
| Лабильный | 2 человека |
| Сенситивный | 3 человека |
| Психастенический | 3 человека |
| Неустойчивый | 1 человек |
| Шизоидный | 2 человека |

Сопоставляя беседу, проведенную с родителями, учителем и самими обследуемыми, можно сказать о том, что никаким воспитанием невозможно вырастить ни гипертимика, ни циклоида, ни шизоида. Видимо, эти типы акцентуации обусловлены генетическим фактором.

 Однако и при других типах акцентуаций среди кровных родственников нередко встречаются лица с теми же чертами характера. Особенно это касается эпилептоидов, истероидов, психастеников.

Наряду с этим, некоторые виды неправильного воспитания могут способствовать развитию определенных смешенных амальгамных типов.

Безнадзорность (гипопротекция) культивирует неустойчивые черты (у испытуемых это циклоидный – 2 человека, гипертимный – 3 человека, неустойчивый – 1 человек), т.е. это дети предоставленные сами себе. У таких детей либо родители очень заняты, так как зарабатывают деньги, либо неблагоприятные семьи.

В то же время, доминирующая гиперпротекция (чрезмерная опека) усиливает именно сенситивные и психастенические черты (такие акцентуации получили 6 человек). Такое воспитание чревато тем, что не дает право выбора для ребенка, самостоятельности. Родители испытывают повышенную боязнь за будущее и судьбу своего ребенка и себя самого. Этот тип реакции, отношения перенимается и выражается в акцентуации.

Потворствующая гиперпротекция (воспитание по типу «кумира семьи») накладывает истероидные черты на представителей всех типов, кроме сенситивного и психастенического. Ребенок, воспитанный по типу «кумир семьи» проявляет повышенную любовь к самому себе, жажду внимания со стороны, потребность в почитании, восхищении, сочувствии со стороны окружающих людей. Склонен к приукрашиванию своей особы, стремится показать себя в лучшем свете.

 Пагубное действие воспитания в условиях жестоких взаимоотношений развивает эпилептоидные черты, а в условиях повышенной моральной ответственности – психастенические черты.

Психический стресс может способствовать возникновению различных психосоматических заболеваний или изменять их течение. Этот факт известен давно. Однако все в воспитании остается по-прежнему. В некоторых семьях – воспитательный процесс как традиция. «Никто же от этой традиции не умер», так рассуждают родители, воспитатели, учителя.

У человека под влиянием психических факторов возможно снижение кожной гиперчувствительности замедленного типа. Действие психосоциальных стрессов, провоцирующих внутренние конфликты и вызывающих адаптивную реакцию, может проявляться скрытно, под маской соматических расстройств, симптоматика которых схожа с симптоматикой органических заболеваний.

В подобных случаях эмоциональные нарушения нередко не только не замечаются и даже отрицаются как самими детьми, так и их родителями, но и не диагностируются врачами.

Причины и механизмы формирования того или иного психосоматического симптома в ответ на психосоциальный стресс могут прослеживаться достаточно отчетливо. Например, тревога прямо связана с адренергическими феноменами: тахикардией, потоотделением и другими. Однако механизмы развития психогенных симптомов часто остаются неясными, хотя, как правило, их связывают с напряженностью, проявляющейся как непосредственно (например, мышечное напряжение), так и в конверсионной форме.

Конверсия – это неосознаваемый процесс трансформации психических конфликтов и тревоги в соматические симптомы. Понятие конверсии традиционно связывается с истерическим поведением.

Тревогу и депрессию принято считать выражением психического стресса, проявляющегося нередко в форме соматических расстройств. Чаще подростки могут жаловаться на расстройства одной определенной системы, это так же подтверждается из слов родителей, отвечая на вопрос: «Ваш ребенок хорошо себя чувствует? Были ли какие-нибудь жалобы на самочувствие?». Редко, когда дети сообщают родителям об эмоциональном дискомфорте. Этим и осложняется диагностика.

Подобные случаи выглядят как маскированные депрессии, хотя все более подходящим было бы название маскированная тревога.

В этих случаях могут выявляться дисфория и такие симптомы депрессии, как инсомния, идеи самоуничижения, двигательная заторможенность, пессимистический взгляд на жизнь. И даже при этом подростки могут отрицать снижение настроения.

В других случаях тревога и депрессия осознаются, но воспринимаются как нечто вторичное, т.е. реакция на физическое недомогание, утомление.

Понятия и принципы нашей культуры воспитания, общения, взаимодействия друг с другом формирует личность в строго заданном направлении, которое характеризуется определенным, конкретным психическим состоянием, в рамках которого происходят характерные психические процессы.

При изменении психического состояния личность выходит за рамки конкретной культуры социума. Это глобальное психическое состояние, определяемое социумом, называется типом психики или социальной акцентуацией личности.

Следствием этого является то, что любая личность, любой характер обязательно акцентуированы в той или иной степени, т.е. развиты неравномерно сильно в одной области в ущерб другим (негармонично).

Именно в результате этого и возникает те или иные заболевания как следствие недоразвития психических и телесных задатков, заложенных генетически.

Получается, что все заболевания как некая расплата за упущенные потенциальные возможности развития психики и тела. Если тело и психика связаны теснейшим образом, то только путем изменения психического состояния мы сможем избавиться от тех или иных болезней соматического характера.

Высокая стрессогенность социально-экономических факторов, экологических условий и стиля жизни в современном обществе обусловливает прогрессивное снижение в последние годы уровня психофизического состояния и психосоциального здоровья не только подростков, но и всего населения. В связи с этим особую актуальность приобретают поиск наиболее адекватных путей и методов укрепления психофизического состояния населения и разработка оздоровительных технологий, способных обеспечить формирование устойчивых личностных установок на здоровый стиль жизни. Разработка систем интегрированного психофизического тренинга для укрепления психического здоровья и позитивного личностного саморазвития – как необходимое условия для поддержания психосоматического здоровья.

Психосоматика, достаточно разработанная и разрабатываемая на теоретическом уровне, пока не приобрела популярности в здравоохранении и медленно внедряется в жизнь, практику обслуживания как здоровых, так и больных.

Диагностика подростков позволяет увидеть тонкое, но важное взаимодействие между соматическими и органическими дисфункциями и психологическими, эмоциональными факторами во всех случаях.

Хронический и повторяющийся стресс может причинить вред физическому здоровью и нарушить эмоциональное благополучие. Длительные стрессовые реакции тесно связаны с большим количеством психосоматических заболеваний.

Ошибочно предполагать, что стресс – единственная причина психосоматических заболеваний. Различные наследственные заболевания, слабость отдельных органов и приобретенные реакции на стресс усиливают ущерб, наносимый стрессом здоровью. Личность человека тоже имеет значение.

Поскольку в настоящий момент "психическое здоровье" рассматривается как благополучие в широком смысле слова, мы разработали представление о "психологическом благополучии" как качестве жизни человека, обретаемом им в процессе жизнедеятельности на основе психофизиологической сохранности функций. Оно проявляется у субъекта в переживании содержательной наполненности и ценности жизни в целом как средства достижения внутренних, социально ориентированных целей и является условием реализации его потенциальных возможностей и способностей.

На разных уровнях пространства бытия человека, формируемых в разных типах деятельности, закладываются внутренние интенции (сознательные и бессознательные ресурсные установки). Они складываются в качественно своеобразные иерархические уровни психологического благополучия человека: психосоматического здоровья, социальной адаптированности, психического здоровья и психологического здоровья. Мы полагаем, что каждый следующий уровень, формирующийся в процессе развития и воспитания, дает человеку новое видение самого себя, мира и себя в мире и, в силу этого, новые возможности для реализации замыслов, творческой активности, большую "степень свободы" для выбора путей адекватного реагирования.

**Литература**

1. Бостанджиева Т. Н. Психологические особенности отношения к общественно полезному труду подростков 50—80-х гг.: Автореф. канд. дис. М., 1986. 24 с.
2. Валитов М.С. Особенности профессиональной консультации подростков // Вопросы психологии.-1984.-№ 6.-С.60-63
3. Клиническая психология, под ред. Карвасарского Б.Д., Санкт-Петербург 2002г., 960с.
4. Клиническая психология, под ред. Перре М., Бауманна У., Санкт-Петербург 2002г., 1312с.
5. Комер Р. «Патопсихология. Нарушения и патологии психики», Санкт-Петербург 2002г., 608с.
6. Проблемы психологии современного подростка / Под ред. Д.И. Фельдштейна. М., 1982.
7. Психологические условия и механизмы воспитания подростков / Под ред. Д.И. Фельдштейна. М., 1983.
8. Психология современного подростка / Под ред. Д.И. Фельдштейна. М., 1987.
9. Фельдштейн Д. И. Психологические закономерности социального развития личности в онтогенезе // Вопр. психол. 1985. № 6. С. 26—38.
10. Фельдштейн Д. И. Психологические основы общественно полезной деятельности подростков. М., 1982,
11. Формирование личности в переходный период от подросткового к юношескому возрасту / Под ред. И.В. Дубровиной. М., 1987.
12. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: определение понятия, СПб 2003г.