**План:**

Введение

1. Группы стресса

1.1 Клиническая группа

1.2 Событийная группа

1.2.1 Фрустрация как состояние и виды реакций на нее.

2. Механизмы стресса

3. Психологическая характеристика аффекта. Диагностика аффективных следов

4. Стресс и здоровье

Заключение

Литература

**Введение**

Каждый человек испытывал его, все говорят о нем, но почти никто не берет на себя труд выяснить, что же такое стресс, стресс-угроза, беда, напасть. Служащий страдает от несправедливых нападок своего шефа, и его язва желудка, скорее, всего следствие стресса. Стресс – это комплекс боли и страха у человека, когда бормашина высверливает полость в больном зубе. Стресс - это автомобильная авария. Стресс - это война. Стресс - это сдача экзамена для студента.

Слово «стресс» так же как «успех», «неудача» и «счастье» имеет различные значения для разных людей. Поэтому дать его определение очень трудно, хотя оно и вошло в нашу обыденную речь. Что это утомление, боль, страх, травма, неожиданная радость, грандиозный успех, перевернувшие всю жизнь? Любое условие может вызвать стресс, но ни одно из них нельзя выделить и сказать – это «стресс».

Цель: исследовать психофизиологические основы стресса на основе анализа научной литературы.

Объект: стресс.

Предмет: психофизиологический механизм стресса.

Гипотеза: знание психофизиологических механизмов стресса позволит будущему специалисту по охране труда предвидеть поведение человека в чрезвычайных ситуациях и предупреждать негативные изменения в структуре и функциях органов и систем организма.

**1. Группы стресса**

**1.1 Клиническая группа стресса**

Первая группа подходов к проблеме стресса - клиническая. В рамках этих подходов стресс определяется как внутреннее состояние организма, проявляющееся в форме специфического синдрома ("адаптационный синдром"), который представляет собой совокупность всех неспецифически вызванных изменений в рамках данной биологической системы. Иными словами, каким бы ни было воздействие на организм, существенным является факт необходимости перестройки и восстановления нарушенного равновесия биологической системы. Этот процесс имеет три стадии: стадия тревоги, стадия резистентности (адаптации) и стадия истощения.

Стадия 1. Тревога. Во время этой реакции сопротивляемость организма сначала понижается ("фаза шока"), после чего задействуются защитные механизмы ("фаза противошока"). Набухают кора надпочечников и лимфатические узлы, увеличивается содержание гормонов в крови, выделяется адреналин, что сопровождается сильным физиологическим возбуждением и негативным эмоциональным состоянием, повышается чувствительность к стрессовым воздействиям. На этой стадии повышается уязвимость к заболеванию и, если эта стадия затягивается, то процесс переходит во вторую стадию, в которой задействуются более мощные компоненты адаптационного синдрома.

Ярким примером стадии 1 является тревожность.

В психологической литературе можно встретить разные определения этого понятия, хотя большинство исследований сходятся в признании необходимости рассматривать его дифференцированно – как ситуативное явление и как личностную характеристику с учетом переходного состояния и его динамику. Так А.М. Прихожан указывает, что тревожность – это переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия, с предчувствием грозящей опасности. Различают тревожность как эмоциональное состояние и как устойчивое свойство, черту личности или темперамента. Понятием «тревожность» психологи обозначают состояние человека, которое характеризуется повышенной склонностью к переживаниям, опасениям и беспокойству, имеющей отрицательную эмоциональную окраску. Выделяют два основных вида тревожности. Первым из них – это так называемая ситуативная тревожность, т. е. порожденная некоторой конкретной ситуацией, которая объективно вызывает беспокойство. Данное состояние может возникнуть у любого человека в преддверии возможных неприятностей и жизненных осложнений. Это состояние не только является вполне нормальным, но и играет свою положительную роль. Оно выступает своеобразным мобилизирующим механизмом, позволяющим человеку серьезно и ответственно подойти к решению возникающих проблем. Ненормальным является скорее снижение ситуативной тревожности, когда человек перед лицом серьезных обстоятельств демонстрирует безалаберность и безответственность, что чаще всего свидетельствует об инфантильной жизненной позиции, недостаточной сформулированности самосознания. Другой вид – так называемая личностная тревожность. Она может рассматриваться как личностная черта, проявляющаяся в постоянной склонности к переживаниям тревоги в самых различных жизненных ситуациях, в том числе и таких, которые объективно к этому не располагают. Она характеризуется состоянием безотчетного страха, неопределенным ощущением угрозы, готовностью воспринять любое событие как неблагоприятное и опасное. Ребенок, подверженный такому состоянию, постоянно находится в настороженном и подавленном настроении, у него затруднены контакты с окружающим миром, который воспринимается им как пугающий и враждебный. Закрепляясь в процессе становления характера к формированию заниженной самооценки и мрачного пессимизма.

Стадия 2. Сопротивление. Устойчивое приспособление организма к новым условиям достигается за счёт напряжения функционирующих систем. Уменьшаются размеры коры надпочечников, нормализуются размеры лимфатических узлов, стабилизируется выработка гормонов, человек переживает состояние сильного физиологического возбуждения. Если усиленное стрессовое воздействие продолжается, наступает утомление и процесс переходит в третью стадию. Стадия 3. Истощение. На этой стадии нарастает нарушение согласованности жизненных функций организма из-за исчерпания ресурсов защитных механизмов. Лимфатические узлы набухают, увеличивается количество гормонов в крови, запасы которых истощаются, снижается способность сопротивляться воздействию стрессоров. На этой стадии, в отличие от предыдущих, аффективное состояние - как правило, подавленность. Развиваются не только функциональные (обратимые) изменения во внутренних органах, но и морфологические необратимые изменения, т.е. серьёзные заболевания. Таким образом, психофизиологический и физиологический подходы в изучении стресса тесно переплетены между собой. Правомерно считать, что любой стресс является и физиологическим, и психическим (эмоциональным) одновременно. Каждому человеку присущ индивидуальный профиль стресса - картина специфических стрессовых реакций, отражающих степень выраженности изменений вегетативных, поведенческих и когнитивных функций.

Клинические явления, обусловленные психическим стрессом, можно разделить на острые стрессовые реакции, которые возникают после сильного травматического переживания исключительно угрожающего характера и завершаются в течение дней, а иногда и часов; посттравматические стрессовые расстройства, которые представляют собой затяжную, непосредственную или отставленную реакцию на подобного рода переживание; реакции адаптации, при которых прослеживается четкая связь (в том числе и временная) со стрессовым событием, влекущим за собой более или менее выраженное жизненное изменение; невротические состояния и личностные декомпенсации, при которых обычно обнаруживается зависимость от повторного или хронического воздействия стрессоров («жизненных событий»), трудно разрешимых эмоциональных проблем, интрапсихических конфликтов, длительного нарастания фрустрации и психического напряжения. При невротических состояниях и личностных декомпенсациях роль предшествовавшего опыта и особенностей личности, которые определяют индивидуальную уязвимость, наиболее выражены. Значение эмоционального стресса при этих состояниях очевидно, поскольку стресс не связан с одной конкретной и явной ситуацией, а реализуется в более широком жизненном контексте.

**1.2 Событийная группа стресса**

Вторая группа подходов к проблеме стресса - событийная. Стресс понимается с точки зрения обстановки, т.е. как событие в процессе деятельности. В русле этих исследований предпринимается попытка классифицировать различные виды воздействий на человека, ранжируя их по степени стрессогенности. Физиологические стрессоры (жара, холод, кислородное голодание, боль), в отличие от эмоциональных, действуют непосредственно, но к такого рода воздействиям всегда прибавляется их психическая переработка, что в свою очередь может оказывать влияние на степень стрессогенности стимула. В результате, стресс может возникать даже в отсутствие прямого физического воздействия, - лишь на основе прошлого опыта человека. К наиболее типичным трудным жизненным ситуациям относятся (в порядке уменьшения стрессогенности): смерть близкого человека, измена, межличностный конфликт, внутриличностный конфликт, развод. Но в действительности, такие жизненные ситуации индивидуальны для каждого человека. Любой раздражитель при определённых условиях может вызывать стресс, вместе с тем, ни одна ситуация не вызывает стресс у всех без исключения индивидов. Существенную роль, таким образом, играет индивидуальная оценка и индивидуальная интерпретация воздействия. Многолетние исследования показывают общность физиологических изменений, возникающих при физиологическом и психическом стрессе.

***1.2.1 Фрустрация как состояние и виды реакций на неё***

Фрустрация – расстройство планов, уничтожение замыслов, т.е. указывается на какую-то травмирующую ситуацию, при которой терпится неудача. Фрустрация – состояние, которое возникает при невозможности достичь поставленную цель (реализовать мотив). Фрустрация должна рассматриваться в контексте более широкой проблемы: выносливости по отношению к жизненным трудностям и реакций на эти трудности. Трудности: 1 - вполне преодолимые, хотя для их преодоления требуются огромные усилия (настойчивость). Фрустрация к такого типа трудностям не относится; 2 - непреодолимые (борьба с раком). Явления фрустрации наиболее изучено в отношении к барьерам деятельности. Имеются попытки возвести фрустрации в ранг совершенно законных явлений, необходимо возникающих в жизнедеятельности организма и личности. Майер считает, что поведение животного и человека зависит от двух потенциалов: 1 - репертуар поведения, определенный наследственностью, условиями развития и жизненным опытом; 2 - избирательные или отборочные механизмы, которые делятся на действующие при мотивированной деятельности и возникающие при фрустрации. При фрустрации нецеленаправленное поведение отличается чертами деструктивности, ригидности, незрелости. Фрустрацию нельзя считать не мотивированной. Психические состояния вызываемые фрустратором несомненно зависят от его типа. Розенцвейг выделил три типа ситуаций - фрустраторов: 1 - лишения, т.е. отсутствие необходимых средств достижения цели или удовлетворения потребности (внешнее лишение: человек голоден, а пищи достать не может, внутреннее лишение – человек чувствует влечение к женщине и вместе с тем сознает, что сам настолько непривлекателен, что не может рассчитывать на взаимность); 2 - потери (сгорел дом); 3 конфликт (человек, который любит женщину, остающуюся верной своему мужу). Левитов выделяет некоторые типические состояния, которые часто встречаются при действии фрустраторов, хотя и они проявляются каждый раз в индивидуальной форме: 1. Толерантность (терпеливость, выносливость, когда фрустратор не вызывает фрустрацию).

Разные формы толерантности: а) спокойствие, рассудительность, готовность принять случившееся как жизненный урок, но без особых сетований на себя; б) напряжение, усилие, сдерживание нежелательных импульсивных реакций; в) бравирование с подчеркнутым равнодушием, за которым маскируется тщательно скрываемое озлобление или уныние. Толерантность можно воспитать. 2. Агрессия – это нападение (или желание напасть) по собственной инициативе с помощью захвата. Это состояние ярко может быть выражено в драчливости, грубости, задиристости, а может иметь форму скрытого недоброжелательства и озлобленности. Типичное состояние при агрессии – острое, часто аффективное переживание гнева, импульсивная беспорядочная активность, злостность и т.д. потеря самоконтроля, гнев, неоправданные агрессивные действия. Агрессия – одно из ярко выраженных стенических и активных явлений фрустрации. 3. Фиксации – два смысла: а) стереотипность, повторность действия. Фиксация означает активное состояние, но в противоположность агрессии это состояние консервативно, оно является продолжением прежней деятельности по инерции тогда, когда эта деятельность бесполезна или даже опасна. б) прикованность к фрустратору, который поглощает все внимание. Потребность длительное время воспринимать, переживать и анализировать фрустратор. Здесь проявляется стереотипность не движений, а восприятия и мышления. Особая форма фиксации – капризное поведение. Активная форма фиксации – уход в отвлекающую, позволяющую забыться деятельность. Депрессию можно рассматривать, как нечто противоположное агрессии. Для депрессии типично чувство печали, сознание неуверенности, бессилия, безнадежности, а иногда отчаяния. Особой разновидностью депрессии является состояние скованности и апатии, как бы временное оцепенение. 4. Регрессия – возвращение к более примитивным, а нередко инфантильным формам поведения. А так же понижение под влиянием фрустратора уровня деятельности. Подобно агрессии – регрессия не обязательно является результатом фрустрации. 5. Эмоциональность. У шимпанзе эмоциональное поведение возникает после того, как все другие реакции приспособления к ситуации не дают эффекта. Иногда фрустраторы создают психологическое состояние внешнего или внутреннего конфликта. Фрустрация имеет место только в случаях таких конфликтов, при которых борьба мотивов исключается из-за ее безнадежности, бесплодности. Барьером оказываются сами бесконечные колебания и сомнения. Фрустрация различна не только по своему психологическому содержанию или направленности, но и по длительности, могут быть продолжительными настроениями, в некоторых случаях оставляющие заметный след в личности человека. Фрустрации могут быть типичными для характера человека; нетипичными, но выражающими возникновение новых черт характера; эпизодическими, преходящими. Степень фрустрации (ее вид) зависит от того, насколько человек был подготовлен к встрече с барьером (как в смысле вооруженности, являющимся условием толерантности, так и в смысле восприятия новизны этого барьера).

Существует два основных направления реакций: агрессия и отступление.

Выделяют несколько видов отступления:

- физическое (сильный противник) или психологическое (я был не прав).

- Осознанное отступление – сдерживание себя.

- Неосознаваемое отступление – подавление.

- Сублимация.

- Рационализация – когнитивное оправдание.

- Фантазия – иллюзия выхода из ситуации (мечтания).

- Фиксация – парализуется вся деятельность.

- Регрессия – шаблонная реакция.

 Каждая личность характеризуется индивидуальной комбинацией приемов, позволяющих справляться с затруднениями. Эти приемы можно рассматривать как формы адаптации.

**2. Механизм стресса**

Стрессоры вызывают стереотипный, автоматизированный ответ, начиная с активации гипоталамуса, повышения активности гипофиза и надпочечников с одновременным включением симпатического отдела вегетативной нервной системы. Относительно того, как стрессовый фактор достигает гипоталамуса, нет единой точки зрения. Некоторые авторы считают, что стрессор через соответствующие анализаторные структуры воздействует на кору головного мозга. Далее через таламус сигнал поступает к гипоталамусу и параллельно - в ретикулярную формацию, которая является "связующим звеном" между сознанием и телом. В таком случае физический по природе стрессор, так же как и психологический стрессор, может влиять на когнитивные процессы, запуская одни и те же психофизиологические механизмы, независимо от природы стрессора. В то же время, существуют данные о том, что информация о стрессорах, воспринимаемых зрением, поступает прямо к гипоталамусу по специальному зрительному тракту. В любом случае ни у кого не возникает сомнения, что ретикулярная формация, гипоталамус и лимбические структуры принимают непосредственное участие в развитии стрессовой реакции; в осознании стрессора и формировании необходимой адекватной реакции принимает участие весь мозг, включая и вегетативную нервную систему. Всегда необходимо помнить о понимании мозга как части целостной нейроэндокринной системы, управляющей нашей психикой и поведением. Во многих современных работах развиваются новые представления о гормональных механизмах и пептидной регуляции дистрессовых состояний, вплоть до молекулярных механизмов стресса, включенности тех или иных медиаторных систем. Итак, по-видимому, под влиянием Селье, недооценивавшим роль ЦНС, основной акцент в изучении стресса делался на исследованиях механизмов дистресса, вегетативной и гормональной регуляции. В тоже время, роль ЦНС в возникновении стрессовой реакции или недооценивалась, или вообще игнорировалась.

После работ У. Кеннона, в 20 годы XX столетия, постепенно пришло понимание, что управляющим органом является нейроэндокринная система, в которой некоторые нейроны ЦНС выполняют нейроэндокринные функции. Анохин П.К., Симонов П.В., Судаков К.В. и многие другие исследователи стали обращать внимание на важную роль ЦНС в развитии как стресса, так и дистрессовых состояний и связанных с ними психосоматических заболеваний.

Основные структуры мозга, участвующие в возникновении стресса: лобная кора; лимбические структуры; вегетативный компонент, реализуемый через гипоталамус и центры продолговатого мозга. В работах Симонова подчеркивается роль передних отделов коры, гиппокампа, миндалины и гипоталамуса в возникновении эмоций. Такое сходство структур, участвующих в генезе разных по функции стресса и эмоций не должно смущать. Все эти структуры чрезвычайно гетерогенны и полифункциональны. Если функциональной единицей мозга является распределенная система, тогда тесно связанные функции могут обеспечиваться разной системой модулей через взаимодействующие интегративные зоны в одних и тех же структурах. Так, функции гипоталамуса не ограничиваются регуляцией деятельности эндокринной системы. Являясь основным подкорковым центром управления вегетативной нервной системой, гипоталамус принимает участие в регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы, терморегуляции, обмена веществ, управляет функциями сна и бодрствования, стрессовых и эмоциональных систем. Но остановимся на механизмах, которые хорошо изучены. Когда индивид сталкивается со стрессором, гипоталамус активирует эндокринную систему и вегетативную нервную систему. Эта активация может осуществляться как через нервные пути, так и гуморальным путем. От передней доли гипоталамуса по прямому нервному пути происходит активация гипофиза, который вырабатывает окситоцин и вазопрессин. Кроме того, эта доля гипоталамуса вырабатывает тиреотропный релизинг-гормон. Этот гормон, в свою очередь, действует на гипофиз таким образом, что там начинается выработка тиреотропного гормона. Последний гуморально активирует щитовидную железу, которая начинает производить тироксин, выбрасываемый в кровь. Задняя доля гипоталамуса через симпатический отдел вегетативной нервной системы активирует мозговое вещество надпочечников, которые начинают вырабатывать большие дозы адреналина и норадреналина, поступающие в кровь. Последние гормоны объединяются в группу метаболических гормонов, так как непосредственно активируют клеточный метаболизм. Передняя доля гипоталамуса при продолжении действия стрессора, помимо нервного пути воздействия, оказывает на гипофиз и гуморальное воздействие - производит кортикотропный релизинг-гормон, который действует на гипофиз, заставляя его производить аденокортикотропный гормон. Он, в свою очередь, действуя на кору надпочечников, приводит к выбросу кортикоидных гормонов, одним из представителей которых является кортизол - "гормон стресса" и альдостерон. Основная функция кортизола - повышение уровня сахара в крови - резко усиливает клеточный метаболизм, подготавливая нас к борьбе со стрессором. Альдостерон поднимает артериальное давление, обеспечивая быстрейшее поступление кислорода и питательных веществ к активным структурам организма. Исследования последних лет позволили выделить анатомически самостоятельные структуры системы стресса, к которым отнесено голубое пятно в заднем мозге. Эта зона богата нейронами, вырабатывающими норадреналин. Вторая структура - паравентрикулярное ядро гипоталамуса (основной производитель кортиколиберина). Нейроны гипоталамуса, вырабатывающие кортиколиберин, регулируются в основном нейронами, которые содержат норадреналин и находятся в заднем мозге. Эти кортиколибериновые и норадреналиновые системы нейронов являются "узловыми станциями" системы стресса. Они соединяются с большим мозгом посредством связей, включающих нейроны, выделяющие дофамин, и проецируются в мезо-лимбический дофаминовый тракт, что позволяет им участвовать в регуляции мозговых систем мотивации и подкрепления. Обнаруженная связь нейронов, выделяющих кортиколиберин, с миндалиной и гиппокампом, важна для извлечения из памяти и эмоционального анализа информации о тех внешних событиях, которые вызвали изменения стрессового уровня.

**3. Психологическая характеристика аффекта. Диагностика аффективных следов**

Стресс всегда сопровождается эмоциями, крайнее проявление которых - аффект.

Аффект – это ярко выраженные, кратковременные, непроизвольные (и неконтролируемые) защитные реакции организма в ситуации жизненной опасности (в жизненно важной ситуации); аффект оставляет след, имеющий тенденцию к накоплению. Проявления аффекта имеют определенную динамику (аффект – нарушение функционирования организма) – это быстротечное состояние. Не имеет смысла его прерывать. Он должен быть выражен полностью (как негативный, так и позитивный).

Фазы течения аффекта: подготовительная, фаза взрыва, исходная (заключительная). 1. Подготовительная: сознание сохраняется во всех случаях. Появляется напряжение эмоций и концентрация представлений на определенном фокусе внимания. Восприятие в этой фазе нарушается нерезко, но способность наблюдать и осознавать происходящие психические процессы и переживания расстроена. Бедный, сильно суженный круг представлений резко аффективно окрашен. Душевная деятельность односторонняя – стремление осуществить свое намерение. Вся остальная личность перестает существовать. 2. Фаза взрыва: с биологической точки зрения является процессом отреагирования. Волевые расстройства: усиливающееся побуждение преобладает над тормозящим аппаратом (утрата самообладания). Утрачивается ясность поля сознания, снижается его порог. Поведение: агрессивный или пассивный характер. 3. Заключительная фаза: истощение психических и физических сил. Отсроченные воспоминания о событиях нарушаются. Особенности аффекта – отсутствие предварительного плана, использование того, что подвернется под руку, амнезия. Основа: длительное аффективное напряжение или временное нервно-психическое истощение у психически здоровых людей.

**4. Стресс и здоровье**

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Заболевания внутренних органов и систем организма, возникающие вследствие воздействия психических или эмоциональных факторов. Как говорят в народе, это те заболевания, которые появляются "на нервной почве". Наиболее известные из них: бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и 12перстной кишки, неспецифический язвенный колит, гипертоническая болезнь, мигрень, сахарный диабет, тиреотоксикоз, ревматоидный артрит, крапивница, нейродермит, псориаз, многие сексуальные расстройства, а также нарушения менструального цикла у женщин, климактерический синдром и т.д. Несмотря на то, что все эти болезни разные, их объединяет целый ряд общих признаков. 1. Начало заболевания провоцируется психическими факторами (психическая травма, эмоциональный стресс), действие которых может быть кратковременным (смерть близкого человека), довольно длительным (конфликт в семье, на работе, болезнь близкого человека) или хроническим (наличие неразрешимых проблем из-за личностных особенностей, комплекса неполноценности, уродства). 2. Не только начало заболевания связано со стрессовой ситуацией, но и любое обострение или рецидив болезни. 3. Течение заболевания в определенной степени зависит от пола и стадии полового созревания. Например, бронхиальная астма до периода полового созревания в 2 раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек, в то время как в более зрелом возрасте - чаще у женщин, чем у мужчин. Хроническая крапивница и тиреотоксикоз более характерны для женщин, а коронарная болезнь и артериальная гипертония - для мужчин. 4. Психосоматические расстройства обычно протекают фазно и их обострения в той или иной степени носят сезонный характер. Так, сезонные осенне-весенние обострения свойственны язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, а в течении псориаза выделяют летнюю и зимнюю форму. 5. Психосоматические болезни возникают у лиц с генетической и конституциональной предрасположенностью. Практическим врачам этот факт хорошо известен. В наследственности у страдающего гипертонией есть обязательно "гипертоники", язвенной болезнью - "язвенники". Один и тот же эмоциональный стресс вызывает у разных людей различные реакции и заболевания. Это различие определяется не только генетической предрасположенностью к определенным заболеваниям, но и характерологическими особенностями. Если у личности вспыльчивой, возбудимой, склонной к агрессивным реакциям и вынужденной их сдерживать обычно повышается артериальное давление, то у человека застенчивого, впечатлительного, с комплексом неполноценности - неспецифический язвенный колит. Психосоматические болезни - это болезни нарушенной адаптации (приспособления, защиты) организма. Человек постоянно существует в условиях стресса, т.к. он не изолирован от влияния окружающей среды. Г. Селье утверждал, что даже "спящий человек испытывает стресс... Полная свобода от стресса означает смерть". Однако, воздействие внешнего фактора может быть настолько сильным, что защитные силы организма не справляются со стрессом, и возникает болезненное состояние. Граница между реакцией адаптации и болезнью условна и зависит как от силы и длительности самого воздействующего фактора, так и от психологического и физического состояния человека. Конечно, адаптационные (приспособительные) возможности у молодого, крепкого, физически здорового, оптимистично настроенного человека гораздо выше, чем у старого, слабого физически, уже не раз подвергавшегося воздействию стрессовых влияний. Именно от исходного состояния зависит, будет ли человек активно искать выход из стрессовой ситуации или пассивно обречет себя на "разрушение" ею. Связь между психикой и телом осуществляется через вегетативную нервную систему и проявляется в виде различных вегетативно-сосудистых реакций. Психогенная ситуация как провоцирующий фактор запускает вначале общую неспецифическую реакцию адаптации. Наиболее часто встречаются три типа таких реакций: 1) реакция со стороны выделительных органов - слюнотечение, потливость, рвота, учащенное мочеиспускание, понос ("медвежья болезнь"). Могут возникать при волнении перед экзаменом, ответственным докладом и т. д.; 2) температурная реакция. Повышение температуры часто наблюдается у детей в любой стрессовой ситуации (прорезывание зубов, сильный плач, переутомление). Температурная реакция характерна и для некоторых женщин, причем в длительной психотравмирующей ситуации может держаться субфебрилитет (37,0-37,5°С); 3) реакция со стороны сердечно-сосудистой системы в виде сердечных спазмов, повышения артериального давления, учащенного сердцебиения. Любая неспецифическая реакция может сопровождаться тревогой или страхом. При повторных воздействиях психогенных факторов или в условиях длительной психотравмирующей ситуации ответная реакция на стресс приобретает специфичность в виде поражения отдельных органов и систем организма. Другими словами, поражается орган-"мишень", имеющий к этому наследственную предрасположенность. На начальном этапе соматические расстройства функциональны и в ряде случаев маскируют или зашторивают психические заболевания (неврозы, депрессии). В дальнейшем болезнь принимает стойкий или даже необратимый характер, что затрудняет ее лечение. Особенности развития психосоматических болезней диктуют и своеобразие терапевтического вмешательства. Прежде всего необходимо купировать непосредственную сомато-вегетативную реакцию организма (подъем АД, боль в сердце, прободение язвы). Затем необходимо присоединить психотропные средства (транквилизаторы, антидепрессанты, снотворные, ноотропы), опосредовано стабилизирующие физические функции. Кроме того, весь процесс лечения поврежденных органов и систем должен сопровождаться психотерапией, направленной на коррекцию личностных черт больного, его реакции на окружающее, разрешение психотравмирующей ситуации, урегулирование взаимоотношений в семье и т. д. Только весь лечебный комплекс может способствовать выздоровлению. Для претворения этого комплекса в жизнь требуется консультация и помощь психиатра, психотерапевта или психоневролога. Соматогенные психозы (психические расстройства при соматических заболеваниях). Психические нарушения, возникающие в связи с патологией внутренних органов и систем, составляют специальный раздел психиатрии - соматопсихиатрию. Несмотря на разнообразие психопатологической симптоматики и клинических форм соматической патологии, их объединяет общность патогенетических механизмов и закономерностей развития. Диагноз "соматогенного психоза" ставится при определенных условиях: необходимо наличие соматического заболевания; временной связи между соматическими и психическими нарушениями, взаимозависимости и взаимовлияния в их течении. Симптомы и течение зависят от характера и этапа развития основного заболевания, степени его тяжести, эффективности проводимого лечения, а также от индивидуальных особенностей больного, таких как наследственность, конституция, характер, пол, возраст, состояние защитных сил организма и наличия дополнительных психосоциальных вредностей.

**Заключение**

Итак, в ходе данной работы было выяснено, что стресс – это неспецифический ответ организма на очень сильные воздействия любой природы.

Стресс-реакция включает 3 стадии:

1. вначале трудности (если стрессор очень силен для организма, то адаптации не происходит – стадия тревоги);
2. затем адаптация (организм нашел возможность нормально функционировать при действии стрессора);
3. теряет силы и «смерть» (длительное влияние стрессора – стадия истощения).

Синдром этот является генерализованной реакцией всего организма и тесно связан с адаптацией. Поскольку любой агент, требующий адаптации вызывает стресс, то и любая болезнь связана с некоторым проявлением стресса. Для болезней, возникающих в основном вследствие дефектов адаптации (неправильное протекание синдрома стресса), Селье предложил называние «болезни адаптации», т.к. они в меньшей степени зависят от природы патогенного фактора.

Считается, что главной составляющей психологического стресса является эмоциональное возбуждение. Характерной является тенденция рассматривать стресс как особое состояние, рядоположенное с другими эмоциональными состояниями. Стресс – особое психическое состояние, возникающее в сложных условиях деятельности. Стресс, возникающий в сложных условиях,- феномен психической деятельности. Состояние психической напряженности (стресса) возникает при выполнении человеком продуктивной деятельности в трудных условиях и оказывает сильное влияние на ее эффективность. Таким образом, стресс, прежде всего, оказывает мобилизующее влияние на организм, в результате которого происходит адаптация к действию чрезвычайных воздействий.

**Литература:**

1. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. // Л.: «Наука», 1988.

2. Березин Ф.Б., Барлас T.B. Социально-психологи-ческая адаптация при невротических и психосоматических расстройствах. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1994, т. 94, N 6, с. 38–43.

3. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека. // СПб.: «Питер», 2005.

4. Прохоров А.О. Саморегуляция психических состояний: феноменология, механизмы, закономерности. // М.: «ПЕР СЭ», 2005.

5. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. // Медгиз, М., 1960.

6. Губачёв Ю.М., Иовлев Б.В., Карвасарский Б.Д. и другие. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. Л., 1976г.

7. Кокс Т. «Стресс». М., 1981г.

8. Мольц М. Я – это Я. Под редакцией Зинченко В.П., М. 1991г.

9. Селье Г. Стресс без дистресса. М., 1991г.

10. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса. М., 1981г.