ХРИСТИАНСКИЙ ГУМАНИТАРНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ

УНИВЕРСИТЕТ

КУРСОВАЯ РАБОТА

студентки 4 курса гуманитарного факультета

“Психосоматические расстройства и особенности психокоррекции"

"Защищена" "Оценка"

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_2008г "\_\_\_\_\_"

Одесса-2008г.

## Содержание

Введение 3

I. Истоки и содержание понятия "психосоматика" 5

II. Эмоциональный стресс как причина возникновения психосоматических нарушений 10

2.1 Основные формы психосоматических заболеваний 14

III. Диагностика психосоматических пациентов 20

3.1 Анализ аффектов 22

3.2 Анализ уровня развития личности 24

IV. Основные направления терапии психосоматических пациентов 26

4.1 Психологические методы коррекции 26

4.2 Другие методы 30

Заключение 32

Литература 34

## Введение

На пороге ХХI 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.

Основная цель предпринятой работы – дать подробную характеристику психосоматическим нарушениям и возможностям психокоррекции таких нарушений.

Становление психосоматики как науки прошло долгий путь, поэтому мы решили уделить первый раздел истокам и содержанию понятия "психосоматика".

Существует большое количество концепций о причинах возникновения психосоматических расстройств, но основой возникновения всего их разнообразия считается эмоциональная перегрузка. Во втором разделе будет рассмотрен эмоциональный стресс как основа возникновения психосоматических патологий и основные формы психосоматических заболеваний.

Основы психосоматики составляет пропедевтика. Психосоматическую пропедевтику можно считать базовой в освоении способов оказания помощи психосоматическим пациентам. В одновременном сочетании и использовании диагностики и методов психокоррекции состоит особенность этой науки. Вопросы диагностики и психокоррекции будут освещены в третьем и четвертом разделах работы, после чего будут сделаны выводы.

Методологической основой работы послужила учебная литература последних лет издания, в частности "Основы психосоматики" С. Кулакова (2003г) и "Стресс. Вегетозы. Психосоматика" С. Парценяка (2002г), литература прошлых лет издания по интересующему нас вопросу.

## I. Истоки и содержание понятия "психосоматика"

История проникновения человеческого сознания и тайны взаимоотношения мозга и тела исчисляется тысячелетиями.

Первобытная медицина использовала "заговоры" и заклинания, приемы задабривания, отпугивания и изгнания духов в качестве примитивных способов лечения. Трудно отделить от проблемы психосоматики представления врача Древней Индии Бхаскаре Бхатте, о том, что тоска, гнев, печаль, испуг – "первые ступени на лестнице любой болезни". Вряд ли вне отношений мозга и тела можно понять индийское учение йога. Прекрасно иллюстрируют понимание человека как целого взгляды знаменитого древнегреческого врача Гиппократа, который, исходя из умозрительных представлений о "гуморах" тела, уловил в массе бесчисленных вариантов человеческого поведения, капитальные черты. "Важнее знать, какой человек болен, чем знать, какой болезнью болен человек", - считал Гиппократ.

Римский врач Клавдий Гален пытался усовершенствовать взгляды на природу человека, доказывая зависимость ощущений от сохранности нервов и мозга. Различая периферическую пневму, двигающуюся по нервам, и центральную, перемещающуюся в головном мозге, Гален полагал, что для создания образа картины внешнего мира, движения периферической пневмы еще недостаточно; осознается образ тогда, когда происходит движение центральной пневмы.

Именем Галена заканчивается начальный период поступательного движения мысли о двуединстве мозга и тела.

Сложность психосоматических взаимоотношений разделила научные дисциплины, изучающие психику и соматику. Деятельность мозга, психику начинают исследовать психологи, к которым позднее присоединяются их коллеги - патопсихологи и нейрофизиологи.

В ходе исследования менялось содержание понятий. Вряд ли современный психолог скажет, что он изучает "душу", хотя психо (душа) и была исходным предметом исследования. Ощущения и восприятия, образы и мысли, эмоции и сознание, речь и память, внимание и личность, мотивы – вот далеко не полный перечень конкретных, частных разделов психологии, науки о психике.

В ХIХ столетии психологические методы и приемы исследования психической деятельности широко проникают в медицину, особенно в психиатрию. Исследования психической деятельности значительно продвинулись вперед после введения И. Павловым метода условных рефлексов, который позволил на основании изменения деятельности тех или иных органов судить о процессах и основных закономерностях работы головного мозга.

Трактовка результатов изучения психической деятельности и ее нарушений всегда соответствовала уровню развития дисциплины – психологии, нейрофизиологии и др. Возможность исследовать и объяснять существующими способами подсознательные явления психической деятельности привела к рождению психоанализа. С помощью психоанализа был извлечен целый ряд психоневрологических заболеваний. Совершенно справедливо привлекая внимание исследователей к психологическому конфликту как причине многих заболеваний не только мозга, но и тела и роли подсознательных процессов в развитии такого конфликта, Фрейд свел все объяснения такого конфликта к сексуальной неудовлетворенности и противопоставил конфликтующее сознание и бессознательное, отведя главную роль последнему.

В стремлении вернуться к гиппократовскому представлению о болезни как едином проявлении нарушений души и тела зарубежные клиницисты выдвинули понятие "психосоматика", точнее "психосоматическая медицина". Заслуга введения термина "психосоматика" принадлежит немецкому психиатру С. Хенроту. Он объяснял последствия внутреннего конфликта, как проявление психического заболевания, так и патологии внутренних органов.

Термин "психосоматическая медицина" родился, как считают, в январе 1939 года, когда американский психоаналитик Ф. Дунбар организовала издание журнала "Психосоматическая медицина".

Усложнение понятия психики, в частности выделения в ней сознательных и бессознательных компонентов, стремление объяснить психологический конфликт их несоответствием, использование психоаналитических приемов выявления (диагностики) характера психологического конфликта и специфика его влияний на соматические органы – вот, пожалуй основные условия появления и особенности психосоматической медицины1.

Первоначально усилия психосоматиков были направлены на выяснение роли психологического конфликта и развивающегося на этой основе эмоционального стресса и возникновения патологических изменений деятельности головного мозга и тела. Исследователи задались вопросом: почему, например, при условии социальных воздействий, вызывающих психологический конфликт, у одних людей возникает язва желудка или двенадцатиперстной кишки, у других – инфаркт сердца, у третьих – артриты?

В ходе такого исследования выяснены интересные, хотя и не бесспорные в некотором роде, закономерности психосоматических взаимоотношений. Дунбар в 1943 г. выделили "профили личности" - особенности психологии человека, при которых имеется склонность к развитию определенных форм соматических заболеваний.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Урываев Ю., Бабенков Г. Психосоматические расстройства. - М., 1981. -С.7.

Позднее был выделен критерий "специфики отношения" человека к тем или иным внешним влияниям. У многих людей, чувствующих себя обиженными жизнью, развивалась язвенная болезнь, а у активных жизнелюбов, добивающихся успеха и стремящихся к новым, - гипертония и инфаркты сердца.

В основу деления личности были положены два фактора: а) восприятие человеком собственного положения в той или иной ситуации; б) активность или пассивность человека к данной ситуации. Психосоматическая медицина представляла собой, по существу, один из вариантов решения, близким к патологическим взаимоотношениям мозга и тела. Основная формула психосоматической медицины, составляющая стержень ее теоретической концепции, имеет следующий вид:

B = f (a, b, c, d), где

В – болезнь, f – функция от ряда факторов: а – наследственности; b – родовых травм; с – перенесенных в детстве органических заболеваний, усиливающих ранимость определенных органов; d – характер ухода за ребенком (грудное или искусственное вскармливание, туалет, сон и др.), а также неблагоприятный физический и психический опыт детства и юношества, эмоциональный климат семьи, особенности поведения братьев, сестер, позднее – физические нарушения.1

Эта формула справедливо подчеркивает роль наследственности и обстоятельств окружающей среды ребенка. Перечисленные факторы создают предрасположение к развитию того или иного проявления болезни, своеобразный "медицинский портрет" личности.

Вместе с тем, перечисленные факторы не раскрыли обещанной названием "психосоматическая" сущности взаимоотношения мозга и внутренних органов.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Фурдуй Ф. Стресс и здоровье. - Кишинев, 1990. - С.87.

Современная психосоматика, берущая начало в работах клиницистов психоаналитического направления, выделяет типичные психосоматические расстройства, имеющие психогенное происхождение. С понятием психосоматика и психосоматическая медицина мы связываем сегодня много разных значений и направлений, которые неоднородны и не согласованы между собой в постановке проблем и методах исследования.

По мнению многих ученых1, стресс, как острый так и хронический, может быть причиной возникновения вегетозов, с одной стороны, либо значимым фактором поддержания этого патологического процесса с – другой. С этой точки зрения мы рассмотрим "стресс" в следующем разделе.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Васильев В. Стресс и здоровье. - М., 1991.

Вейн А. Заболевания вегетативной нервной системы. - М., 1991, Кондрашенко В., Донской Д. Общая психотерапия, Минск, 1993.

## II. Эмоциональный стресс как причина возникновения психосоматических нарушений

Стресс, как острый, так и хронический, может быть причиной возникновения вегетозов, с одной стороны, либо значимым фактором поддержания этого патологического процесса - с другой. Стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование1. Под требованием понимается всякое раздражение, превышающее порог восприятия сенсорных систем организма. Эти раздражения могут исходить как из внешней среды, так и из внутренних органов человека и иметь различную физическую природу. Роль раздражителя может играть и слово. Под неспецифическим ответом Селье понимал стереотипный ответ организма независимо от природы раздражителя. По физиологической сути стресс понимается как адаптационный процесс, обеспечивающий приспособление организма к новым условиям существования. Формирование ответа организма на раздражитель начинается с поступления сигнала в центральную нервную систему. После соответствующей обработки раздражителя реакция ответа идет двумя путями. Один идет по нервной системе, второй – гуморальным путем. Нервный сигнал в течение долей секунды достигает органов исполнителей, обеспечивая, таким образом, быстрый ответ. Гуморальный ответ более медленный, но зато более мощный и продолжительный. Рождается гуморальный импульс в одной из глубинных структур мозга – гипоталамусе, откуда по кровеносной системе в виде гормона поступает в гипофиз. Гипофиз находится в непосредственной близости от гипоталамуса, на основании мозга. Под воздействием гипоталамического фактора гипофиз выделяет в кровеносную систему гормоны, которые в свою очередь, побуждают периферические эндокринные железы выделять собственные гормоны. Роль как нервного, так и гормонального факторов сводится к подготовке организма к работе более интенсивного характера, чем в исходном состоянии. Для этого требуется выработка дополнительного достаточного количества питательных веществ. Мобилизация энергии идет как за счет перераспределения ее в организме, так и путем мобилизации запасов и ускоренного синтеза глюкозы.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Селье Г. Стресс без дистресса. - М., 1979. -С.12.

В процессе адаптации участвуют все периферические железы организма. Стрессорные гормоны влияют на обновление лепидного слоя мембран клеток. Таким образом, повышается "текучесть" мембран, а вслед за этим растет "эффективность" действия регуляторных факторов на клетки. При интенсивной или длительной стресс-реакции усиление этого эффекта может привести не только к увеличению интенсивности жизнедеятельности клетки, но и к повреждающему эффекту. Первыми подвержены разрушению ослабленные или дефектные ткани.

Кроме неспецифического ответа организма на стрессорное воздействие существует и специфический компонент реакции, обусловленный характером самого стрессора. Частью такого специфического ответа являются эмоции.

Под эмоциями, или эмоциональными переживаниями мы подразумеваем самые разнообразные реакции человека – от бурных взрывов страсти до тонких оттенков настроения1. При внешней оценке эмоции можно разделить на две группы – положительные и отрицательные. Реакции, ярко окрашенные эмоциями, получили название эмоциональный стресс. Стресс может носить характер острого и хронического эмоционального воздействия и, по-разному оказывать воздействие на человека.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Грановская Р. Элементы практической психологии. - Л., 1988. -С. 190.

Психоэмоциональная напряженность – это пограничное состояние, формирующееся в результате чрезмерного возрастания психоэмоционального напряжения и характеризующееся временным понижением устойчивости и психических и психомоторных функций, выраженным соматовегетативными реакциями и снижением профессиональной работоспособности1. Наиболее частой причиной психоэмоциональной напряженности является многодневные напряженные действия, зачастую в опасных для жизни и здоровья условиях, при невозможности полноценной эмоциональной разрядки и отключения от тревожно-депрессивных переживаний.

Состояние хронической психоэмоциональной напряженности развивается постепенно. Оно характеризуется длительной (более четырех недель) стойкой активацией основных жизненных функций с нарушением их координации и ритмичности на фоне снижения уровня физиологических резервов, что приводит к истощению организма. Снижение работоспособности проявляется прежде всего в решении новых, сложных задач, требующих творческого подхода, длительного волевого усилия и концентрации внимания.

Поведение обычно становится беспокойным, с избыточной двигательной активностью, неусидчивостью, нетерпеливостью, потребностью двигаться и мыслить вслух. В сознании преобладает чувство повышенной тревоги в виде внутренней напряженности, общего дискомфорта, нередко без конкретного психологического содержания.

Отмечается повышенная вспыльчивость, раздражительность, обидчивость, повышенная конфликтность, резкие и неоправданные обстоятельствами эмоциональные реакции (слезы, смех).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Парцерняк С. Стресс. Вегетозы. Психосоматика. - СПб, 2002. -С. 20.

Появляется забывчивость, легкая отвлекаемость внимания. Нарушается процесс засыпания, сон становится поверхностным, с неприятными сновидениями. Сонливость остается и в дневное время. Ощущается отсутствие полноценного отдыха утром (усталость, вялость, разбитость). Такое состояние сопровождается теми или иными соматовегетатавными нарушениями: лабильность пульса и артериального давления; акроцианозом, гипергидрозом; неприятными ощущениями в области сердца в виде учащенного или уреженного сердцебиения; аритмии и чувства "провалов в груди"; "замирания сердца"; "игрой" вазомоторов лица и шеи; стойким красным дермографизмом; головными болями; функциональными желудочно-кишечными и мочеполовыми нарушениями. Могут наблюдаться снижение аппетита и уменьшение массы тела. Вследствие существенных изменений обмена веществ снижается неспецифическая сопротивляемость организма к различным заболеваниям. При отсутствии своевременной и полноценной медико-психологической коррекции хроническая психоэмоциональная напряженность может легко переходить в нозологические формы невротических, психосоматических и психотических расстройств.

Длительно оставаясь в состоянии психоэмоциональной напряженности, человек "бежит от реальности", что проявляется в уклоняющемся, адаптивном (употребление алкоголя или наркотиков), агрессивном и даже в суицидальном поведении.

С прекращением воздействия на человека стрессоров экстремальных ситуаций в течении последующих нескольких дней возможно восстановление нормального функционального состояния. Однако в ряде случаев, нормализация психофизиологического состояния организма не происходит, так как следовые переживания психоэмоционального стресса быстро вытесняются в область неосознаваемых процессов и трансформируются в посттравматические стрессовые расстройства.

Для посттравматических стрессовых расстройств характерно в наличие в анамнезе психотравмирующего события, выходящего за рамки обычного человеческого опыта. Постоянное возвращение человека к переживаниям, связанным с психотравмирующим событием, выражающееся в навязчивых неприятных воспоминаний о пережитом. После психотравмирующей ситуации появляются устойчивые симптомы повышенного уровня возбудимости (раздражительность, вспышки гнева по пустякам, конфликтность, невозможность концентрации внимания, нарушение сна и т.д.) и соматовегетативного дисбаланса.

Таким образом, отличительной особенностью психосоматической дисгармонии является ее многоликость, неопределенность, неустойчивость. Это состояние человека является пограничным во многих отношениях: размытость, неопределенность ("здоровый-больной"), особенности проявления – преимущественно расстройства психики или соматики, тем не менее, в каждой нозологической единице можно выделить отдельную группу болезней, развитие которых обусловлено стрессом.

## 2.1 Основные формы психосоматических заболеваний

Чувства, эмоции, особенно, если они сильны и продолжительны, оказывают влияние на функционирование организма в целом и отдельных его органов. Это проще всего проследить на примере соматических симптомов, сопровождающих переживания страха и тревоги: потение, дрожание, сердцебиение и т.д. Роль нервной системы в целом выдвигается на первый план, незваные соматические симптомы возникают через путь: внешний мир – нервная система – больной орган.

Различные виды напряженности, конфликты могут привести к психосоматическим расстройствам, особенно, если они влияют на деятельность органов, перенесших заболевание или имеющих второстепенное значение в организме. Так, например, желудочно-кишечные жалобы, возникающие при повторных лихорадочных заболеваниях, позднее на основе психических или невротических механизмов могут возникать повторно. Особенно часто их психическими причинами могут быть не находящие выхода аффекты (гнев, обида, агрессивность, немотивированные страхи), напряженность.

Отдельные заболевания могут закрепиться подобно условным рефлексам и под действием соответствующих эмоций активироваться. Например, педиатры не раз наблюдали такое закрепление кашля после коклюша1.

Эмоциональный стресс по-разному действует в молодом и пожилом возрасте. Так, например, в молодом возрасте эмоции могут протекать с выраженными вегетативными проявлениями, но не сопровождаться классическими проявлениями клинической картины ишемической болезни сердца. А в том случае, когда они проявляются, лишь отдаленно напоминают отдельные симптомы заболевания ("маски" болезни) 2. Иначе протекают реакции на эмоциональный стресс у пожилого человека.

Кардиологи отмечают, что стенокардии или инфаркту миокарда в 80% случаев предшествуют нервно-психические перегрузки. Иногда незначительные эмоциональные переживания могут вызвать тяжелые клинические проявления, вплоть до летального исхода.

Особую форму клинического выражения имеет эмоциональный стресс у лиц, легко поддающихся внушению.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Харди И. Врач, сестра, больной: Психология работы с больными. -Будапешт, 1988. -С. 201.

2. Психология: Учебник / Под ред. А. Крылова. - М., 1998. - С.448.

Внешнее стрессорное воздействие преломляется через сознание пациента в форму тех или иных страданий, где ведущим становиться симптом или синдром соматической болезни.

Под воздействием катехоламинов могут развиваться спазмы коронарных сосудов. С клинической картиной, напоминающей стенокардию. Обычно появление болевого синдрома в прекардиальной области сочетается с ощущением беспричинной усталости, одышки и более или менее выраженной тревогой. При внимательном опросе удается установить связь ангинозных приступов с эмоциональным стрессом или постоянной аффективной напряженностью. Многолетние наблюдения и благоприятный прогноз делают наиболее вероятным заключение о психосоматическом генезе так называемой ишемической болезни сердца с нормальными коронарными сосудами.

Тягостные ощущения в прекардинальной области исчезают у ряда больных при полной нормализации настроения и самочувствия. Под "маской" классической стенокардии скрывается, таким образом, психогенная боль аффективной природы.

Насколько важны взаимосвязи психического и соматического при органических заболеваниях, можно представить, если подумать о том, что сердце – одинаково важный орган как по его функции, так и по тому представлению, какое эта функция имеет в сознании человека. Больные не всегда знакомы с тем, каков обычный исход заболевания, которому они подвержены, а поэтому часто у них возникает страх смерти, что означает немалую нагрузку для и без того, возможно, больного органа.

О связи системы кровеносных сосудов с различными эмоциями свидетельствуют и такие весьма известные выражения: "кровь бросилась в лицо", "кровь стынет в жилах", "покраснел", "побледнел", "залился краской" и т.д.

Одним из сложнейших заболеваний органов дыхания является бронхиальная астма.

Бронхиальная астма - собирательное понятие и включает целую группу страданий, объединяемых единым синдромом удушья, но разной этиологии. Большое значение в возникновении болезни принадлежит аллергии и заболеваниям верхних дыхательных путей. Среди многих вариантов бронхиальной астмы клиницисты выделяют как отдельное страдание нервно-психическую форму. В основном к этой группе больных относятся лица, переносящие нервно-психические стрессовые воздействия, как-то: трудные ситуации дома, на работе или утраты близких людей. При этом должны учитываться личные особенности людей (мнительность, боязливость, склонность к ипохондрии).

Роль эмоционального стресса в возникновении язвенной болезни 12-ти перстной кишки врачами не оспаривается, но, как и в предыдущем случае, не является единственной и решающей причиной заболевания.

Нет важности подчеркивать то, какое важное влияние на психику оказывает питание и пищеварение. Развитие детей неразрывно связано с питанием материнским молоком, с материнской заботой, уходом. Для отдельных людей характерны и особые привычки, связанные с питанием и даже пищеварением. Жалобы на дисфункцию органов пищеварения у взрослых людей, часто находят отражение последствия тех вредных воздействий, которые были получены еще в детстве. На почве отрицательных психических воздействий могут сформироваться тяжелые хронические расстройства глотания, более того, может возникнуть даже расширение пищевода, которое будут стремиться устранить хирургическим путем.

Психогенная тошнота и рвота - явление довольно обыденное. У эмоционально нестабильных лиц эти физиологические реакции развиваются довольно легко. Этот своеобразный способ выражения эмоционального состояния, может впоследствии закрепиться по типу патологического рефлекса. Психогенная тошнота в клинике тревожной депрессии – это, прежде всего страх. Манера изложения жалоб больного свидетельствует об аффективном происхождении симптома.

В категорию функциональных расстройств пищеварительной системы входят также функциональные запоры и поносы. Они возникают, по наблюдениям гастроэнтерологов, особенно часто при невротических состояниях со склонностью к ипохондрии и истерии.

Известны и расстройства мочеиспускания психогенного характера. В состоянии волнения и беспокойства могут возникать позывы к мочеиспусканию. Наиболее важным расстройством является задержка мочеиспускания. Обычно при ней прежде всего думают о влиянии механических и органических факторов, хотя даже в послеоперационный период очень часто наблюдается психическое торможение.

В последние годы широкое распространение получили сексуальные расстройства, как у мужчин, так и у женщин. Функциональные половые расстройства – один из почти обязательных компонентов депрессии и рассматривается как чуть ли не важнейший признак угнетения духа и потери энергии. Особое значение для развития психической импотенции у мужчин имеет страх неудачи – яркая клиническая иллюстрация высокой способности человеческого организма к психосоматическим переключениям с немедленной трансформацией ожидаемого явления в действительное.1

У женщин вегетозы и другие психосоматические расстройства также как и мужчин сопровождаются различными формами сексуальных нарушений. Фригидность, болевые ощущения в области живота, диспареуния, вагинизм и другие заболевания рождаются как правило, на фоне серьезных аффективных нарушений, вызванных крупными неприятностями на работе, тяжелыми конфликтными ситуациями в семье. С аффективными нарушениями связаны и некоторые формы вторичного бесплодия – невозможность зачатия после патологически протекавшей или трагически закончившейся беременности.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Свядощ А. Неврозы: Руководство для врачей. - СПб., 1997. - С. 111.

Следует сказать несколько слов и о мышечной системе. Совсем не много органов, настолько подверженных эмоциональным воздействиям, как наши мускулы. Именно по лицу, положению тела, темпу движений можно судить об эмоциональном состоянии человека, о его настроении. Патологические движения мышц, изменение их тонуса, даже мышечные контуры могут возникать не только вследствие органических поражений, но и вследствие психических воздействий. Тик лицевых мускулов, подергивание рта, неожиданное мигание – повседневно наблюдаемые явления. Психогенными могут быть даже параличи верхних и нижних конечностей, которые удивительно похожи на параличи.

Трудности объективизации патологического процесса при многих формах психовегетативных расстройств, приводят к тому, что эти больные, не получая своевременной помощи "блуждают по медицинским учреждениям, скитаются от врача к врачу в поисках действенной помощи". Это определяет важнейшую задачу, стоящую перед консультантом – своевременную и правильную диагностику заболевания.

## III. Диагностика психосоматических пациентов

Для вынесения диагностического решения существуют различные методические пути получения данных.

Хотя многие специалисты в области психического здоровья используют психологические тесты, самый надежный метод, по мнению С. Кулакова 1, используемый на практике – диагностическая беседа (интервью). Диагностическая беседа служит не только для сбора информации, но одновременно выполняет консультирующую и терапевтическую функции.

При диагностике особенно важно учитывать разные, в частности, взаимодействующие влияния как поведения интервьюирующего, так и ответа-поведения отвечающего. Присоединение к пациенту во время интервью, когда появляются первые данные о расстройстве и собирается анамнез, может являться уже начальной фазой клинико-психического вмешательства.

Не потеряло своего значение понятие негативной и позитивной диагностики, пришедшее из диагностики невротических расстройств, представленное главным образом в трудах Мясищева, его сотрудников и последователей, которое можно использовать в диагностике психосоматических расстройств.

Содержание понятия "негативной диагностики" состоит в отнесении к неврозам только тех заболеваний, при которых отсутствуют установленные биологические причины изменений.

Сущность "Позитивной диагностики" вытекает из признания категории "психогенного", включающей в себя следующие основные положения:

1) психогения связана с личностью больного и психотравмирующей ситуацией, трудностью этой ситуации, неспособностью личности в данных конкретных условиях разрешить ее;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Кулаков С. Основы психосоматики. - СПб., 2003. - С. 176.

2) возникновение и течение невротического расстройства более или менее связаны с патогенной ситуацией и переживаниями личности: наблюдается определенное соответствие между динамикой состояния больного и изменениями психотравмирующей ситуацией;

3) клинические явления по своему содержанию в определенной степени связаны с психотравмирующей ситуацией и с переживаниями личности, с основными и более глубокими ее стремлениями, представляя аффективную реакцию, патологическую фиксацию тех или иных переживаний;

4) отмечается более высокая эффективность психотерапевтических методов по отношению ко всему заболеванию и отдельным его клиническим проявлениям сравнительно с биологическими воздействиями.

Иными словами, если в клинике психосоматического расстройства не обнаружено выраженных органических изменений, то диагностический процесс направляется на изучение истории жизни пациента, ведущих конфликтов, схем, т.е. психологической составляющей заболевания.

В этой связи важно подчеркнуть психосоциальный аспект позитивной диагностики, отражающий реальную жизненную ситуацию пациента, взаимоотношение его с окружающими людьми, способы разрешения им патогенной ситуации, характер, используемых психологических защит.

Диагностика психосоматического пациента должна организовываться как интерперсональная психологическая лаборатория1. Это значит, что необходимо уделять пристальное внимание значимым нарушенным отношениям пациента, а также кропотливому анализу аффектов.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Кулаков С. цит. Изд. - С. 178.

## 3.1 Анализ аффектов

В психодинамической диагностике психосоматических расстройств различают три группы аффектов аффекты регуляции отношений, переработки информации и рефлексии.

Регулирующие отношения аффекты служат преимущественно для определения необходимой и желаемой близости/дистанции с объектом, что имеет большое значение в клинике структурных и диодических нарушений отношений. Так, отвращение отражает желание. Ярость отражает желание, чтобы объект исчез, а субъект при этом остался; эй, ты, скройся с глаз, а я остаюсь! Страх, напротив, связан с желанием отдалить субъект от области объекта, потребностью исчезнуть самому. Печаль (скорбь) представляет собой желание снова реализовать уже однажды имевшееся взаимодействие с объектом. Отсутствие "злого" объекта сопровождается в момент его ясного ментального представления облегчением и радостью. Для радости характерно то, что текущая интеракция между субъектом и объектом должна продолжаться в том же русле.

К аффектам переработки информации относится любопытство, интерес, удивление, которые признаны первичными эмоциями; эти аффекты служат тому, чтобы перерабатывать раздражители внешнего мира, а также понимать и поддерживать отношения с миром.

К аффектам рефлексии относятся вина, стыд, депрессия. Эмоции рефлексии базируются на интернализированных следах первичных эмоций. Стыд – это интернализированное отвращение к референтной группе или объекту, к которым человек считает себя принадлежащим. Значимые составляющие самости воспринимаются как неподходящие, а самость другого считается точкой отсчета. Стыд разворачивается на двух уровнях: он может относится как к активности саморазоблачения, так и к содержанию разоблаченному. Этот аффект рассматривается как гарант приватности и интимности. Способность испытывать стыд, связана с наличием третьей персоны, с переживанием границ между внешним и внутренним собой, собой и другими, а также самостью и Эго.

Депрессия – это интернализированная ярость объекта, он не может избавиться от того чего хотел бы избежать. Страх вины – это интернализированный страх объекта: чего он боится и от чего не может уклониться. Аффекты рефлексии являются предпосылкой относительно независимо функционирующих структур.

В последнее время выделяют еще аффекты мстительности. К ним относят обиду, озлобленность, гнев, злобу и вражду. Мотивационная составляющая этих аффектов направлена, как правило, на реванш, возмездие и месть. При этом речь нередко идет не просто о временном состоянии чувств, а в значительно большей степени, из-за склонности этого аффекта к взаимному проникновению, о длительном, направленном на возмездие и месть враждебном состоянии. Они часто определяют переживания пациента на годы и десятилетия. Как правило, для своего носителя эти аффекты не составляют вины. Обычно они переживаются, как "со мной случилась ужасная несправедливость".

Так как эта несправедливость возникла уже в раннем детстве, а "плохие" объекты интроецировались, отделились и за счет этого лишились дальнейшей обработки, то аффекты мстительности являются архаичными, они настраивают на активные действия против, имеют тенденцию к разрядке, поэтому примирение не является категорией его переживания.

Трагедия детства, которая не может быть прощена и забыта, часто состоит в травмирующем унижении, которое происходит на преэдиповых фазах, проявляется в нарциссическом повреждении, в травмах, которые внезапно разрывают связанную доверием к родителям детскую фантазию. Такие травматические унижения ведут в аффективном переживании ребенка к фиксированному ожесточению по отношению к виновнику унижения; эта злопамятность означает, что мотив мести постоянно "подпитывается" и может долгое время присутствовать в жизни.

Таким образом, на основе рассказа пациента можно определить ведущую тему конфликта отношений. Выявление особо значимой для пациента темы и проработка ее в процессе психотерапии позволяет сократить время лечения.

## 3.2 Анализ уровня развития личности

Психоаналитическая концепция декларирует, что каждого человека можно описать как имеющего определенный уровень развития личности (психотический, пограничный, невротический) и тип организации характера (истерический, параноидный, депрессивный и т.д.). Это будет означать, что данному человеку свойственен и определенный паттерн импульсов, тревог, защитных механизмов и объектных отношений, который в травмирующей ситуации, превосходящей адаптационные возможности индивида, может обусловить декомпенсацию в виде соответствующего расстройства.

Сущность структуры характера не может быть осознана без понимания двух различных и взаимодействующих друг с другом измерений – уровня развития личностной организации и защитного стиля внутри этого уровня.

От диагностики уровня развития личности психосоматического пациента будет зависеть объем дальнейших психотерапевтических и реабилитационных мероприятий.

В последние годы среди исследователей усилился интерес к "здоровым" сторонам личности психосоматических пациентов. Язык научной литературы отражает это явление в понятиях: функциональный диагноз, ресурс стратегии преодоления трудностей (копинг-поведение, копинг-механизмы, под которыми подразумевается процесс конструктивного приспособления), позитивный подход в описании симптомов, позитивная трактовка симптомов и др., подчеркивая различные аспекты системного подхода к личности, способности к постоянному развитию и обогащению.

Выяснение ресурсов личности, наличие светлых промежутков, когда не наблюдалось симптоматики – необходимое звено диагностики. О степени зрелости личности будет свидетельствовать его самооценка.

В ходе диагностической беседы, после анализа аффектов и уровня развития личности, формируется гипотеза и налаживается терапевтический контакт с пациентом, т.е. определение условий курса лечения). В ходе заключительной части интервью следует так же выявить влияние на пациента других систем (школы, работы, ровесников, семей родственников); определить какие члены семьи смогут сотрудничать с психотерапевтом, а кто будет сопротивляться его изменениям; Убедиться в способности и возможности (физических, психологических) психотерапевта для работы с этим пациентом; обратить внимание на свой собственный эмоциональный ответ на контакт с пациентом – есть ли ощущение закрытости, защищенности, напряжения; проверить мотивацию пациента на получение психологической помощи.

Затем с пациентом обсуждаются дальнейшие шаги, даются рекомендации о дополнительных психодиагностических обследованиях и принимается решение о выборе метода коррекции.

## IV. Основные направления терапии психосоматических пациентов

## 4.1 Психологические методы коррекции

Психологическая коррекция – это комплекс целенаправленных мероприятий по воздействию на психику человека, проводимых с целью оптимизации их функциональных состояний и повышения эффективности профессиональной деятельности (работоспособности) 1.

Общим принципом и особенностью построения психокоррекции является дифференцированное сочетание при ее проведении методов симптоматической, личностно-ориентированной и социоцентрированной психокоррекции. Выбор психотерапевтических методов в первую очередь определяется их направленностью и эффективностью, возможностями и профессионализмом психолога, а также личностными особенностями пациента.

Мероприятиями психологической коррекции являются: психологическое консультирование, методы индивидуальной и групповой психотерапии, психоанализ, психосинтез.

Проведению мероприятий, как отмечалось выше, предшествует глубокое и всестороннее изучение и диагностирование пациента, на заключительном этапе которого проводится индивидуальная беседа. На основе проведенной работы и обязательного психологического тестирования выделяется "мишень" психо-коррекционного воздействия и определяются соответствующие психотехники.

Учитывая наличие в структуре психосоматических нарушений высокого уровня тревожности, эмоциональной возбудимости и раздражительности, сопровождающихся мышечной напряженностью, а также изначальной низкой готовности к совместной активной психокоррекционной работе, наиболее адекватной является следующая структура проведения психотерапии.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Парцерняк С. цит. Изд. - С. 239.

На первом этапе применение элементов рациональной психотерапии для выявления особенностей расстройств, установление доверительных отношений, разъяснения ошибочного отношения к своему состоянию.

На втором этапе применение методики психической саморегуляции Управление ритмом дыхания, нервно-мышечной релаксации, аутогенная тренировка, функциональная музыка, комплексные методики, используемые в форме индивидуальной и групповой психотерапии.

На третьем этапе применение социально-психологического тренинга рациональных моделей поведения и элементы семейной психотерапии.

Стержнем рациональной психотерапии является правильная, доступная пониманию пациента трактовка причин и характера возникновения его состояния, что позволяет сформировать к нему адекватное отношение и устойчивую положительную установку на излечение. Метод включает в себя разъяснение, внушение наяву, эмоциональное воздействие, дидактические и риторические приемы.

Уже с первой минуты знакомства психотерапевта с пациентом начинается работа коррекции. Уже в процессе собирания анамнеза пациент должен почувствовать, что ему уделено внимание, что его страдания небезразличны врачующему и не представляют собой просто еще один случай заболевания.

Главное при рациональной терапии – логика, определенность и последовательность суждений с понятной для пациента формой изложения. В рамках рациональной психотерапии, кроме соответствующих личностных качеств и профессионального опыта, консультирующему необходимо практическое умение устанавливать продуктивный контакт с пациентом на когнитивном и эмоциональном уровнях. Этому способствует использование вербальных и невербальных приемов коммуникации, таких как "подстройки", "синхронизации", "ведения".

Методики психической саморегуляции направлены на изменение представленного в сознании человека психического образа жизненной ситуации, что способствует мобилизации процессов психосоматического взаимодействия, оптимизации психоэмоционального состояния и восстановлению полноценного функционирования.

Применение методик психической саморегуляции позволяет редуцировать тревогу, страх, раздражительность, конфликтность; активизировать память и мышление; нормализовать сон и вегетативные дисфункции; увеличить эффективность профессиональной деятельности; обучить приемам самостоятельного формирования позитивных эмоциональных состояний. Учитывая выраженную изначальную пассивность пациентов и их достаточно высокую внушаемость, наиболее эффективными являются методики психической саморегуляции с использованием в начале обучения гетеротренинга и последующим постепенным увеличением роли самого пациента (аутотренинга) в процессе их освоения.

Психическая саморегуляция включает выработку навыков управления вниманием, регуляции ритма дыхания и мышечного тонуса, оперирование чувственными образами и вербальными формулами, что позволяет осуществлять целенаправленное программирование своего состояния и поведения. Это достигается посредством обучения пациента вхождению в особое состояние "аутогенного погружения" различной степени. В начале формируется состояние релаксации, которому свойственно ощущение тепла, тяжести во всем теле, отвлечение от внешних раздражителей, переживание состояние покоя, отдыха, внутренней безмятежности, снятие тревоги, беспокойства и нормализация вегетативных дисфункций.

На основе релаксации достигаются более глубокие стадии "аутогенного погружения", сопровождающиеся ощущениями легкости, невесомости тела, внутренней свободы, что создает предпосылки для формирования состояний с высокой активностью, работоспособностью и деятельного изменение сознания с целенаправленным волевым программированием своего функционального состояния и поведения.

Нельзя переходить к освоению новых ощущений раньше, чем больной научился легко вызывать у себя ощущения, обучение которым проводилось на предыдущих сеансах. Метод открывает широкие возможности тренировки вегетативной нервной системы для овладения регуляцией и работой внутренних органов. Кроме того, возникающие в коре головного мозга фазовые состояния, позволяют успешно использовать различные суггестивные формулы.1 Все изложенное говорит об эффективности аутогенной тренировки.

Социально-психологический тренинг с элементами семейной психотерапии – обработка рациональных моделей поведения в коллективе и семье с целью создания оптимального психологического климата м восстановления полноценной социально-психологической адаптации. Это необходимый элемент комплексного подхода к коррекции психосоматических нарушений.

Проблему коррекции межличностных отношений на уровне микро и макроокружения зачастую можно решить только в группах.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Банщиков В., Невзорова Т. Психиатрия. - М., 1969. - С.324.

Групповая коррекция позволяет:

уяснить особенности своих межличностных отношений и поведения, возможность их оценки в различных ситуациях, корректировать самооценку на основе обратной связи в атмосфере эмоциональной открытости и доверия;

снять ореол исключительности психологических проблем;

получить эмоциональную поддержку от других участников группы, имеющих общие проблемы и цели;

апробировать и освоить новые навыки поведения, иметь возможность экспериментировать с различными стилями межличностных отношений;

разрешить имеющиеся межличностные конфликты, в том числе семейные.

Кроме упомянутых выше психологических методов коррекции пациентов с психосоматическими нарушениями используются и другие методы, оказывающие влияние на эмоциональное состояние пациентов.

## 4.2 Другие методы

Наиболее разработаны направления использования психологического воздействия музыки – функциональная музыка и музыкальная психотерапия. Использование музыки в психотерапии весьма обширно, многообразно и основано на богатых и древних традициях и пересекается, с одной стороны, с психотерапией, а с другой – с разнообразными приемами психофизиологической саморегуляции, которые скорее относятся к психогигиене и психопрофилактике.1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Леви М.В. Проблемы аудиопсихологии // Материальная база сферы культуры: Научн. Информ. Сб. - Вып.4. Аудиокультурология. - М., 2002. -С.15.

Перечислим основные направления музыкальной лечебно-профилактической деятельности.

Аутогенная тренировка, а также многочисленные разновидности сеансов релаксации и внушения с использованием аудиовизуальной стимуляции и всевозможных сочетаний словесного и музыкального воздействия, где ведущая роль чаще отводится воздействию речи, а музыка является вспомогательным "фоном", и реже – музыка занимает главенствующее положение, а речь появляется эпизодически, "растворяясь" в ней, как например, в электронно-акустическом альбоме "Млечный сад".

Арт-терапия, или психотерапия искусством, "терапия творческим самовыражением", включая рисование под музыку, обсуждение навеянных ею образов, и собственно музыкальная психотерапия, использующая самостоятельное пение, музицирование, сочинительство.

Танцевальная психотерапия – занимая промежуточное положение между телесно ориентированной и арт-терапией, близка, по мнению М.В. Леви, - к "шаманскому действию" - модному увлечению многих психотерапевтов1.

Широкий спектр использования музыки дает представление об уровнях воздействия и уровнях взаимодействия музыки со слушателем. Практические психологи считают, что музыка может:

смягчать физический дискомфорт, уменьшать болевые ощущения и способствовать выздоровлению при недомоганиях;

улучшать настроение, помогать на время избавиться от неприятных мыслей;

помогать выплеснуть накопившиеся переживания и эмоции;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Леви М.В. цитир. раб. -С.17.

изменять состояние сознания; создавать ощущение погруженности в другую реальность;

духовно обогащать и стимулировать личностный рост.

Кроме музыки в практике работы находят и другие виды влияния, такие как цвето - и светотерапия, библиотерапия и др.

## Заключение

Эмоции играют в жизни человека очень значительную роль. Под ними мы подразумеваем самые разнообразные реакции человека – от бурных взрывов страсти до тонких оттенков настроения. Эмоции проходят общий для всех высших психических функций путь развития – от внешних социально детерминированных форм к внутренним психологическим процессам.

Наиболее мощное проявление эмоций вызывает комплексную физиологическую реакцию – стресс. Стресс – комплексный процесс и включает и физиологические и психологические компоненты. Стресс является составной частью жизни каждого человека, но стрессовые воздействия не должны превышать приспособительные возможности человека, ибо в этих случаях могут возникнуть ухудшение самочувствия или даже заболевание.

Физиологические перестройки при стрессовых ситуациях и психологические установки и личностные позиции, а так же генетическая предрасположенность могут существенно влиять на возникновение соматических заболеваний.

Психологи и психиатры установили зависимость между соматическими заболеваниями человека и его личностными особенностями и установили круг болезней, возникающих вследствие стресса. К наиболее распространенным заболеваниям относят заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, эндокринные, аллергические, ревматоидные, и ряд дыхательных.

Биологическое проявление соматических заболеваний затрудняет их диагностику и лечение. Поэтому при консультировании больных с психосоматическими заболеваниями основное внимание уделяется диагностике, т.е. установлению причин заболевания, на основе полученных данных выбираются методики по коррекции заболевания. Характерным является то, что установление доверительных отношений в ходе диагностических мероприятий, уже является психологической коррекцией.

Коррекция проводится в несколько этапов, которые включают в себя различные цели и различные методики для их достижения. Психолог-консультант должен при этом учитывать как заболевание клиента, так и его личностные характеристики.

Среди основных приемов, используемых для коррекции психосоматических больных, используются методики рациональной психотерапии, самовнушения, различных видов групповой терапии. Правильно установленные диагноз и метод коррекции поможет избавить пациента от иногда затянувшегося и, не поддающегося терапевтическим и хирургическим методам лечения заболевания.

## Литература

1. Банщиков В., Невзорова Т. Психиатрия. -М.: Медицина, 1969. - 344с.
2. Васильев В. Здоровье и стресс. - М.: Знание, 1991. -169с.
3. Грановская Р. Элементы практической психологии. -Л.: Изд-во Ленинградского университета, 1988. -565с.
4. Карвасарский Б. Психотерапия. -М.: Медицина, 1985. -304с.
5. Кондратенко В., Донской Д. Общая психотерапия. - Минск: Навука і техніка, 1993. -478с.
6. Кулаков С. Основы психосоматики. -СПб.: Речь, 2003. -288с.
7. Маколкин В., Аббакумов С. Нейроциркуляторная дистония. - М.: Медицина, 1985. -192с.
8. Парцерняк С. Стресс. Вегетозы. Психосоматика. - СПб.: А.В.К., 2002. -382с.
9. Психология: Учебник. - М.: Проспект, 1998. -584с.
10. Свядощ А. Неврозы: Руководство для врачей. -СПб.: Питер, 1997. -430с.
11. Селье Г. Стресс без дистресса. - М.: Прогресс, 1979. -123с.
12. Судаеов К. Эмоциональный стресс и артериальная гипертензия. - М.: ВНИИМИ, 1976. -176с.
13. Урываев Ю., Бабенков Б. Психосоматические расстройства. - М.: Знание, 1981. -64с.
14. Фурдуй Ф. Стресс и здоровье. - Кишинев: Штиинца, 1990. -240с.