**Курсовая работа**

**на тему: "Консультирование клиентов с психосоматическими расстройствами"**

**Содержание**

Ведение

Глава 1. Психосоматика и её основные категории

.1 Истоки и содержание понятия "психосоматика"

.2 Психосоматические теории и модели

.3 Основные формы психосоматических заболеваний

Глава 2. Специфика психосоматического консультирования

.1 Цели и задачи психосоматического консультирования

.2 Этапы процесса консультирования

.3 Специфика консультирования клиентов с психосоматическими расстройствами

Заключение

Список использованной литературы

**Ведение**

"Весь опыт жизни, - пишет Л.И. Анцыферова, - а также предвосхищаемое будущее закрепляется в мини-теориях в виде систем значений и значимостей, убеждений и ценностей - они-то и регулируют восприятия и представления человека, определяют интерпретацию окружающего мира и действия в нем субъекта. Свою теорию индивид стремится сделать упорядоченной, взаимосогласованной - теорией предсказуемого и понятного мира. Личностной концепции благополучного мира соответствует и концепция себя как удачливого и неуязвимого. Стремясь поддерживать позитивные представления, люди игнорируют неблагоприятную информацию о себе, стараются дискредитировать источник информации, понимающий самооценку" [10, c. 15].

Негативное событие, которое не вписывается в личностную теорию, по мнению автора, приводит к разрушению субъективного жизненного мира. При этом лишь сам субъект в силах изменить свою индивидуальную теорию мира и себя самого, сделать эту теорию более реалистичной, переосмыслить выпавшее на его долю несчастье как неотъемлемую часть жизни, а не как незаслуженное наказание судьбы.

Когда человек пытается справиться с теми или иными жизненными трудностями, его активность может быть направлена как на внешние обстоятельства, подлежащие изменению, так и на самого себя. Включаются механизмы психической саморегуляции и механизмы психической адаптации: механизмы психологической защиты и копинг-механизмы. То, какой именно путь преодоления жизненных трудностей выберет та или иная личность, определяется, в частности, ее резервами и ресурсами. Люди, предпочитающие конструктивно преобразующие стратегии, оказываются личностями с оптимистическим мировоззрением, устойчивой положительной самооценкой, реалистическим подходом к жизни и сильно выраженной мотивацией достижения. Люди же, уходящие от трудных ситуаций, прибегающие к механизмам психологической защиты, склонные к "идущему вниз социальному сравнению", воспринимают мир как источник опасностей, у них невысокая самооценка, а мировоззрение окрашено пессимизмом.

Вероятность развития психического стресса при повышении фрустрационной напряженности зависит от особенностей личности, обладающей специфическим набором психологических черт. Подобные черты обозначались разными авторами то как "чувство когерентности", повышающее ресурсы противостояния стрессогенным ситуациям, то как "личностная выносливость", понимаемая как потенциальная способность активного преодоления трудностей. Личностные ресурсы в значительной степени определяются способностью к построению интегрированного поведения. Чем выше способность к интеграции поведения, тем более успешно преодоление стрессогенных ситуаций. Используются и другие теоретические конструкты. Это и психологическое наполнение введенного Л.Н. Гумилевым понятия пассионарности представителями Санкт-Петербургской психологической школы, и понятие о личностном адаптационном потенциале, определяющем устойчивость человека к экстремальным факторам, предложенное А.Г. Маклаковым, и понятие о личностном потенциале, разрабатываемое Д.А. Леонтьевым на основе синтеза философских идей М.К. Мамардашвили, П. Тиллиха, Э. Фромма и В. Франкла.

Понятие о личностном адаптационном потенциале идет от концепции адаптации и оперирует традиционными для этой научной парадигмы терминами. А.Г. Маклаков считает способность к адаптации не только индивидным, но и личностным свойством человека [16, c. 34]. Адаптация рассматривается им не только как процесс, но и как свойство живой саморегулирующейся системы, состоящее в способности приспосабливаться к изменяющимся внешним условиям. Адаптационные способности человека зависят от психологических особенностей личности. Именно эти особенности определяют возможности адекватного регулирования физиологических состояний. Чем значительнее адаптационные способности, тем выше вероятность того, что организм человека сохранит нормальную работоспособность и высокую эффективность деятельности при воздействии психогенных факторов внешней среды.

Тема нашей работы - **"Консультирование клиентов с психосоматическими расстройствами".**

**Актуальность исследования** заключается в том, что в настоящее время психосоматические расстройства становятся все более распространенными. В связи с этим необходимо использовать комплексный подход к профилактике и лечению данного вида расстройства.

**Объект исследования** - психосоматические расстройства.

**Предмет исследования** - консультирование пациентов с психосоматическими расстройствами.

**Цель исследования** - определить особенности консультирования клиентов с психосоматическими расстройствами.

**Задачи исследования:**

- определить истоки и содержание понятия "психосоматика";

рассмотреть психосоматические теории и модели;

исследовать основные формы психосоматических заболеваний;

определить цели и задачи психосоматического консультирования;

выделить этапы процесса консультирования;

рассмотреть специфику консультирования клиентов с психосоматическими расстройствами.

**Структура исследования.** Работа состоит из введения, двух глав, заключения и списка использованной литературы.

# **Глава 1. Психосоматика и её основные категории**

# **.1 Истоки и содержание понятия "психосоматика"**

Размышления о роли, которую играют психологические факторы в развитии, преодолении и предупреждении болезней, уходят своими корнями в седую древность цивилизации, а различные формы их влияния на врачебную теорию и практику можно проследить на протяжении почти всей многовековой истории медицины. Вряд ли существует такой период в истории медицины, когда врачи не интересовались бы проблемами влияния психики на функции человеческого тела.

Центральная проблема психосоматической медицины - специфическая связь эмоций с патологией отдельных органов человеческого тела - может быть обнаружена еще в философии Платона. Многие "психосоматики" ссылаются на него, стараясь найти подтверждение своих идей в высказанных им более чем 2000 лет назад мыслях.

Термин "психосоматика", предусматривающий установление соотношений между психическими и соматическими расстройствами, впервые был применен в 1818 году немецким врачом Хейнротом [21, c. 87].

В 1943 году понятие "соматизации" было использовано психоаналитиком В. Штекелем для обозначения конверсионных расстройств. Согласно Штекелю, соматизация - это телесные нарушения, возникающие как знак глубинного невроза и, прежде всего, - расстройства осознавания человеком собственного состояния.

Первые естественно-научные психосоматические теории связаны с моделью истерической конверсии З. Фрейда, которые приписывают телесным нарушениям функцию символического выражения подавленных интрапсихических конфликтов [20, c. 126].

В современной психосоматической медицине широко используется введенное еще А. Адлером понятие "символического языка органов". Согласно этой концепции, симптомы болезней отдельных органов являются символами бессознательных мыслей, в них бессознательное говорит символически при помощи расстройств функций и изменения структуры различных органов человеческого тела.

Близкой к концепции символического языка органов является концепция "вегетативных неврозов" Ф. Александера. По его мнению, различные функциональные расстройства органов связаны с различными эмоциональными реакциями на внешние ситуации. Согласно его представлениям, психосоматическое заболевание - это не выражение и символизация эмоций (как считал З. Фрейд), а физиологический ответ органа на хронически существующее или периодически повторяющееся эмоциональное состояние. Часть эмоций реализуется через симпатическую нервную систему, а другие - через парасимпатическую.

Первые ведут к таким заболеваниям как гипертоническая болезнь, артриты, мигрень, диабет, а вторые - к язвенной болезни, бронхиальной астме, язвенному колиту и т. д.

Широкое распространение получила концепция "профиля личности" Ф. Данбар, которая также как и Ф. Александер выступала против придания телесным симптомам исключительно символического значения. Суть ее концепции заключается в том, что определенные болезни как бы коррелируют с определенным типом личности.

Эту связь она открыла при помощи приемов, близких к психоаналитическому методу З. Фрейда. Ею было выявлено, что у чрезвычайно реагирующих лиц, например, чаще встречается язвенная болезнь и коронарная недостаточность, а у недостаточно реагирующих якобы преобладает язвенный колит, дерматиты и артриты. В современном психосоматическом направлении и сейчас широко используются сформированные ею понятия А- и В-типов личности [20, c. 156-161].

Одними из первых отечественных ученых, обративших внимание на связь психического фактора с телесными проявлениями, были И.М. Сеченов, И.П. Павлов, И.М. Бехтерев. Русские врачи Н.И. Пирогов, Г.Ф. Ланг, Р.А. Лурия и ряд других крупнейших клиницистов издавна уделяли внимание этой проблеме, рассматривая ее с материалистических позиций.

Еще И.М. Сеченов писал о важности влияния самочувствия человека, которое он называл "валовым чувством общего благополучия", на психику человека.

Учение И.П. Павлова имело принципиальное значение для понимания соотношений психического и физиологического, а, следовательно, и для решения проблемы влияния психических процессов на физиологические функции организма.

На последующих этапах становления отечественного психосоматического направления получили свое развитие следующие три практически и теоретически важных аспекта проблемы [10, c. 16-18]:

) влияние психики на функции организма и ее роль в возникновении той или иной патологии (психосоматика);

) влияние патологических изменений различных органов тела на состояние психики (соматопсихика);

) роль психических факторов в процессе лечения больного (психотерапия).

За последние сто лет по всем этим вопросам как психологами так и клиницистами накоплен огромный фактический материал, представляющий научный интерес.

Во второй половине ХХ века была предпринята попытка построить объяснительную модель влияния психического фактора на развитие и течение соматических клинических синдромов с диалектико-материалистических позиций.

Первыми в ряду исследователей, занимающихся разработкой данной проблемы следует назвать Ф.Б. Бассина, М.С. Лебединского, Л.Л. Рохлина и В.Н. Мясищева.

В своем рассмотрении проблемы психосоматических взаимовлияний исследователи исходили из признания единства в человеке организма и личности во всей сложности этих отношений. К сожалению, на какое-то, довольно продолжительное время, эта идея не находила своей реализации в практической медицине и только сейчас мы возвращаемся к этому вопросу.

Так как на тот (рассматриваемый нами) период времени велась борьба с идеями запада, в отечественной науке отвергалась попытка зарубежных авторов выделять особую группу "психосоматических болезней", критиковалась тенденция отрывать психосоматические проблемы от сомато-психических и, в целом, признавалось ошибочным выделение особой "психосоматической медицины".

Уже в своих первых работах Ф.В. Бассин предпринял попытку разграничить понятия, касающиеся психосоматической проблематики [2, c. 195-196]. Он призывал не смешивать психосоматический подход с сомато-психическими концепциями, под которыми подразумевались представления об изменениях, вызываемых в психике человека заболеваниями сомато-вегетативного порядка. Неоднократно им и его коллегами подчеркивалась мысль, что психосоматический подход, нашедший развитие в нашей стране в своей основе был антитезой психосоматичеcкой медицины Запада. И, хотя эти убеждения в значительной степени были продиктованы духом времени, нужно отдать должное советским исследователям, признававшим некоторые достижения зарубежных ученых, что способствовало развитию более прогрессивных идей.

Так, например, Ф.В. Бассин указывая на несостоятельность и фиктивность таких психоаналитических категорий как символизация и конверсия, все же признает роль бессознательного в поведении человека. Важное отличие его теоретических построений от идей представителей психосоматической медицины состоит в признании зависимости происхождения и течения болезни от активности отношения человека к окружающему его миру, к себе, к жизни в целом. Активность субъекта рассматривается им с позиций теории установки Д.Н. Узнадзе и теории деятельности А.Н. Леонтьева.

Указывая на необходимость целостного подхода к больному, Ф.В. Бассин отмечает, что болезнь, как процесс, зависит не только от внешних, но и от внутренних, субъективных моментов, от личности больного, от его эмоциональных переживаний [2, c. 200].

На сегодняшний день современными учеными представлена следующая картина соотношения телесного и психического.

Современными трудами российских психологов представлена новая область психологического знания - психология телесности. В большинстве этих работ рассматриваются теоретические аспекты проблемы, обсуждается специфика, методологические парадоксы и трудности понимания телесности как психологической, культурологической и семиотической проблемы.

Основным трудом в этой области является монография А.Ш. Тхостова, в которой не только обозначаются методолого-теоретические проблемы психологии телесности, как нового направления психологии, но и приводятся результаты конкретных эмпирических исследований, оценивается роль выявленных параметров для понимания психологии телесности, соматоформных расстройств, прогнозирования результатов психотерапевтического воздействия [19].

Одним из современных отечественных украинских исследователей в области психосоматического направления можно назвать М.В. Воронова.

В своей работе М.В. Воронов освещает проблему перехода психоэмоциональных явлений в телесные (соматические) с оригинальных позиций, в основе которых лежит теория о чередовании пяти реакций на препятствия, причем на препятствия как в физическом мире, так и в мире идеальном. Чередуясь в определенном порядке, они соответствуют универсальной системе пяти первоэлементов У Син, дошедшей до нас из древней китайской медицины [8].

Опираясь на психоаналитическую теорию, а также на работы известных психологов, таких как П. Шильдер, В. Франкл, К.Г. Юнг, Э. Берн, Ф.М. Александер, К. Анохин, И.П. Павлов, Н. Пезешкиан, М.В. Воронов создает свою психосоматическую теорию. В ее основу положено понятие "препятствия", роль которого в формировании приспособительных реакций животного и человека признавалась еще И.П. Павловым. Если препятствия для животных - это препятствия физического мира, то у человека появляются еще и препятствия в мире идеальном, например, моральные запреты.

М.В. Воронов выделяет 5 типов реакций на препятствие, сопровождающихся определенными эмоциями:

) Экспансия, или преодоление препятствия. Характерная эмоция - радость.

) Накопление, т.е. остановка перед непреодолимым препятствием и накопление сил. Сопровождается тревогой.

) Смирение. В случае отказа от преодоления препятствия сопровождается печалью.

) Капитуляция - избегание разрушительного действия препятствия. Эмоция - страх.

) Концентрация - готовность к преодолению препятствия, сопровождаемая гневом [8, c. 98-101].

Любая из пяти реакций человека на препятствие может быть как позитивной, если адекватна ситуации, так и негативной, если ей не соответствует. Негатив влечет за собой возможное разрушение или истощение сил организма, а позитив позволяет достичь поставленной человеком цели.

Если эти реакции, чередуясь в определенном порядке, приводят к позитивному результату, то, как утверждает автор, возникает универсальная система последовательности реакций, в которой проявляется созидательная связь системы пяти первоэлементов У Син.

Созидательный круг У Син представляет из себя пентаграмму, в которой первоэлементы (реакции на препятствия) следуют друг за другом по замкнутому кругу.

Любое нарушение порядка чередования реакций приводит к двум типам расстройств: застойным реакциям и реакциям сброса (или конверсионным симптомам в учении З. Фрейда) [20, c. 309]. Так как, по мнению автора, каждая из реакций использует возможности вегетативной системы, то застойные реакции (и подавленные отрицательные эмоции) - это вегетативные расстройства, ведущие к определенному заболеванию.

Таким образом, всякое психосоматическое заболевание, по М.В. Воронову, как и отсутствие адекватной реакции на препятствие (неправильный выбор типа реакции), есть следствие нарушения правильного чередования реакций.

Например, язвенная болезнь, по схеме автора, представляет из себя не круг из пяти элементов, а треугольник, состоящий из 3-х типов реакций: накопление, концентрация, экспансия. Минуются реакции смирения и капитуляции.

Психологическая интерпретация автора при этом следующая. Язвенная болезнь начинается с тревоги (реакция накопления - в буквальном смысле обозначает захват и накопление пищи, а также повышение концентрации соляной кислоты в желудке). В случае конфликтной ситуации происходит непринятие и отвержение человеком каких-то обстоятельств или явлений, он не получает необходимых ему любви и тепла, и вместо того, чтобы поступить агрессивно, сказав об этом языком своих эмоций и действий (реакция экспансии), подавляет их и говорит "языком желудка". Это сопровождается подавленным гневом и обидой (вместо реакций капитуляции или смирения наступает реакция концентрации). Аналогом реакции гнева в организме является высокая концентрация пищеварительных ферментов, которая и приводит к формированию язвы. Таким образом, язвенная болезнь разворачивается на стадиях накопления и концентрации, причем, при обратном ходе реакции [4, c. 178].

# **1.2 Психосоматические теории и модели**

Термин "психосоматическая медицина", "психосоматика", принадлежат области особого направления в медицине, клинической и медицинской психологии, изучающих воздействие психологических и социальных факторов на возникновение, течение и развитие соматических болезней. Традиционно эти заболевания определяются как психосоматические. Границы этой группы заболеваний сложно определить, так как очевидно, что психологические моменты могут влиять на течение любого заболевания. В широком смысле слова любое заболевание-психосоматическое, зависящее как от психологических, так и от физиологических процессов.

Влияние психологических факторов на физическое состояние человека отмечалось врагами с древности, в частности, Гиппократом. Но подлинно научная стадия развития психосоматической медицины - начало двадцатого столетия, период появления и развития психоаналитических идей, связанный с жизнью и деятельностью З. Фрейда.

На этом раннем этапе психоаналитиками была предложена концепция конверсии, касающаяся истерических расстройств. При этом, истерический симптом возникал как следствие подавления, вытеснения больным эмоционального напряжения и символически замещал собой действие, не реализованное в поведении. К примеру, невротическая слепота, расстройство зрения, может означать, что человек " не хочет" видеть то, что происходит; тошнота, рвота- неприятие человеком чего-либо [15, c. 77-83].

Необходимо отметить, что эти процессы неосознаваемы по своей природе и являются выражением основного положения психоанализа о наличии бессознательных областей личности любого человека.

Постулаты психоанализа, определенные З. Фрейдом, позволили терапевтам значительно продвинуться в понимании многих психических расстройств и заболеваний. В дальнейшем, многие исследователи использовали психоаналитические положения для объяснения и лечения психосоматических расстройств.

Важный этап в развитии идей психосоматики связан с работой Чикагского психоаналитического института, представленной прежде всего деятельностью его основателя Франца Александера и Ф. Данбар.

Данбар выдвинула концепцию "профиля личности", заключающуюся в том, что определенные психосоматические болезни коррелируют с определенными специфическими типами личности. Эта идея послужила определению "профиля личности" больных, страдающих язвенной болезнью, мигренью, бронхиальной астмой и рядом других заболеваний.

Соответственно, Данбар выделила 4 основных типа личности:

) Повышенно реагирующий тип - заболевает язвой желудка, страдает сердечно- сосудистыми расстройствами.

) Слабо реагирующий тип - для него характерны такие заболевания, как язвенный колит, нейродермит.

) Умеренно реагирующий тип - подвержен мигрени, гипертонии.

) Материнский тип личности предусматривает связь между психосоматическими заболеваниями (особенно у детей) с характером, поведением матери. Заболевает, прежде всего, бронхиальной астмой [12, c. 89-92].

Наиболее авторитетная разработка психосоматических идей и концепций принадлежит директору Чикагского психоаналитического института Францу Александеру. Последовательно проведя разделение между конверсионной истерией, как невротическим расстройством и вегетативным неврозом, как реакцией конкретного, соматического органа или системы органов на хроническое психологическое напряжение, Александер разработал психосоматический подход с идеей специфичности. Концепция Александера предполагает, что возникновение и развитие определенного органического заболевания зависит от типа и характера интрапсихического (внутреннего) конфликта, бессознательного по своей природе. Соответственно были выделены особые психосоматические болезни, несущие в себе специфическое содержание. В качестве типичных заболеваний Александер и его последователи определили бронхиальную астму, ревматоидный артрит, гипертонию, язвенный колит, гипертиреоз, язву желудка и нейродермит. Названные "чикагской семеркой", эти заболевания заняли особое место в психосоматической медицине, что существует мнение об ограничении объема психосоматической медицины только этими расстройствами.

Александером и представителями его школы постулировалось, что возникновение и течение болезней управляется тремя группами переменных:

структурой личности, закладывающейся в детстве;

провоцирующей жизненной ситуацией, имеющей эмоциональное значение, которая может "оживить" внутренние конфликты человека, сформировавшиеся в детском возрасте;

соматическими условиями, выражающими конституциональную предрасположенность к заболеванию [5, c. 31-33].

Таким образом, рабочая гипотеза Александера формировалась следующим положением: у человека, обладающего системой уязвимых органов, а также характерной структурой личности, может развиться соответствующее заболевание, если различные факторы его жизни мобилизируют зафиксированный ранее, неразрешимый внутрипсихический конфликт и если возникшие при этом тревога и напряжение приведут к прорыву психологических защит.

Одной из центральных идей, выдвинутых Александером, является идея целостного подхода к болезни, отвергающего дуализм психического и соматического, душевного и телесного.

Одной из важных концепций в рамках психосоматического подхода является идея, объясняющая заболевания в связи с процессами развития и регрессии. При этом, в процессе роста ребенка развиваются все более и более сознательные психические формы реагирования из неясных, недифференцированных структур психики новорожденного, у которого психический и соматический элементы тесно связаны друг с другом. Развитие ребенка, предполагает, что соматических форм реакций становится меньше, и он начинает реагировать психологически, а весь процесс предлагается рассматривать как своеобразную "десоматизацию". В случае возникновения психосоматических заболеваний происходит невозможность сознательной проработки конфликтов имеющимися психологическими средствами и происходит регрессия на уровень соматического реагирования (психосоматическая регрессия).

Идея о психосоматической регрессии, связанная с работой Шура, в общем отодвигает причины соматических и психических болезней в раннее детство, когда душа и тело еще не разделены. В этом возрасте у человека проявляется так называемая психосоматическая структура, для которой характерно "механистическое" мышление или алекситимия. Термин алекситимия означает неспособность человеком воспринимать и адекватно выражать свои чувства словами. Сифнеос определил список черт, характерных для психосоматических больных: обедненное воображение при достаточно последовательном способе мышления, тенденция к разрыванию конфликтных узлов, ограниченная способность испытывать чувства, трудность нахождения подходящих, соответствующих слов для описания и выражения собственных чувств.

Неспособеость к глубоким человеческим отношениям и контактам- характерна черта психосоматических больных по мнению исследователей, выдвинувших концепцию алекситимии (Сифнеос, Марти).

В настоящее время существует характерная для современного развития психологического знания нейропсихологическая модель мозговой организации высших психических функций. В соответствии с ней ведущими симптомокомплексами при психосоматических заболеваниях являются признаки несформированности межполушарного взаимодействия, функциональная недостаточность правого полушария, повышение функционального состояния левого полушария головного мозга.

Нельзя не упомянуть о том, что, в рамках психоаналитического учения, В. Райх в середине двадцатого века выдвинул концепцию телесно- ориентированного подхода к изучению и лечению заболеваний. Райхом была разработана идея "панциря характера"; на основании которой ригидные, "неподвижные" структуры характера человека находятся в тесной связи с нервно-психическими заболеваниями. Вместе с тем, "панцирь характера" соотносится с сегментарно-устроенным телесным "панцирем", который может приводить к развитию соматических заболеваний. Например, непрерывно сдерживаемый плач может привести к формированию "зажимов" в горле, которые в последующем могут привести к различным заболеваниям (рак горла, хронические бронхиты и др.).

Рассмотрим также модель Икскюля и Везиака. После второй мировой войны Т. Икскюль (Th. Uexkull) изложил всеобъемлющую "биопсихосоциальную модель". Мнение Икскюля состоит в том, что нельзя корректировать почти полностью бездушевную соматическую медицину бестелесной душевной медициной. Таким же образом Икскюль понимает психосоматическую медицину как "поиск потерянного живущего тела". С этой точки зрения на первый план выступают задачи, которые должны быть основными в теории психосоматической медицины: создать модель отношений между организмом и окружающей средой и модель отношений между биологическими, психическими и социальными процессами. Применительно к первой задаче Th. Uexkull и W. Wesiak (1990) поддерживают модель функционального круга Якоба Икскюля [19, c. 24-25]. Описание биопсихосоииальных функциональных связей осуществляется с помощью теории систем и современной семиотики. Теория систем вступает в действие после того, как процессы на разных уровнях координируются в иерархию систем и сверхсистем. Для каждого из интеграционных уровней применяется иная система знаков. Под физиологическим уровнем понимают клетки, органы и системы органов с биохимическими и/или электрофизиологическими свойствами. Среди них различают специальные системы знаков - эндокринную, иммунную и нервную. Все системы знаков являются "эндосемиотическими", т.е. они действуют внутри организма. На психическом уровне имеются опять-таки специфические и дифференцированные системы знаков. К ним относятся ощущения и чувства, которые мы воспринимаем от нашего тела и/или через органы чувств из окружающей среды. С помощью этих знаков субъект строит свой субъективный мир.

Существующие разнообразные подходы к проблеме психосоматических заболеваний, несмотря на их неоднозначность, иногда тенденциозность и разнородность объединены одной центральной идеей, идеей целостного подхода к болезни, к человеку, предполагающего тесную взаимосвязь соматики и психики.

# **.3 Основные формы психосоматических заболеваний**

психосоматический заболевание стресс личность

Стратегия психотерапии соматоформных расстройств.. Соматические расстройства (дословно: "телесные"; "идущие от тела") - расстройства, общепринятой причиной которых является патологические органические (необратимые) изменения внутренних органов и систем. Терапию соматических расстройств, проводит врач общей практики.

В силу сложности патогенеза (путей образования) соматических симптомов, рекомендую начинающему психологу воздержаться от консультирования клиентов с соматическими заболеваниями.. Психосоматические расстройства (дословно: психея-"душа"; сома-"тело") - расстройства из числа соматических заболеваний, причины возникновения которых, согласно авторам т.н. психосоматической теории (З. Фрейд, Ф. Александер, Г. Аммон и др.), следует искать в психическом патологическом реагировании человека на психотравмирующие ситуации или внутриличностные конфликты.

Наряду с психосоматической теорией, в медицине существует ряд других теорий (инфекционная, генетическая и др.), объясняющие происхождении соматических заболеваний.. Соматоформные расстройства (дословно: "похожие на соматические") - расстройства, общепринятой причиной которых являются психогенные факторы (психотравмирующее влияние среды и внутриличностные конфликты), а проявления выражаются в виде функциональных (обратимых) изменений внутренних органов и систем.

Симптомы соматоформных расстройств - имитируют симптомы соматических (имеющих органическую почву) заболеваний. Поэтому их необходимо дифференцировать, чем и занимается врач общей практики.

После всесторонней диагностики и исключения соматических заболеваний, клиенту можно рекомендовать прохождение курса психотерапии у психолога. В этом случае, очень важно сотрудничать и консультироваться с лечащим врачом.. Психологические и поведенческие расстройства, возникающие в результате имеющихся у клиента соматических заболеваний.

широкий спектр расстройств, разной степени тяжести, возникающих на фоне длительно и/или тяжело протекающего соматического расстройства.

Например: мизофобия (боязнь инфекционных заболеваний), возникшая у клиента после перенесенной дизентерии; или депрессия с суицидальными мыслями у больного раком; или патологический интерес к магии гаданию и прорицательству, развившийся у пациентки с бронхиальной астмой [17, c. 333-335].

Психотерапия определяется как целенаправленная вербальная или невербальная коммуникация с больным для воздействия на его болезненное соматическое и психическое состояние. Она планируется в рамках теории болезни и лечения и проводится как обучающий и корректирующий метод. Психотерапия является методом коммуникации, позволяющим изменять миры внутренних символов человека.

В психологии часто акцентируют внимание на семи основных источниках эмоционально обусловленных (психосоматических) заболеваний.

Первый источник - это внутренний конфликт, конфликт частей личности, сознательного и бессознательного в человеке, единоборство между которыми приводит к разрушительной "победе" одной из них над другой. Например, при переедании можно выделить две различные части личности, которые формируют разные модели поведения. Часть первая как бы говорит: "Я хочу себя утешить, убаюкать едой, забыть все эти неприятные переживания". Вторая часть "призывает": "Немедленно прекрати есть, посмотри, на кого ты похожа, во что превратилось твое тело". Обе эти части, как чаши весов, доминируют попеременно, конфликтуя между собой. Задача психотерапии в этом случае состоит в том, чтобы примирить обе части. Подавляя то одну часть, то другую, мы никогда не устраним заболевание.

Вторая причина называется мотивацией, или условной выгодой. Это очень серьезная причина, потому что часто симптом несет условную выгоду для пациента. Например, избавление от мигрени может "открыть глаза" на многие проблемы, которые "мешает видеть" головная боль, и тогда пациент окажется перед необходимостью их решения.

Следующий возможный источник эмоционально обусловленных заболеваний - эффект внушения другим лицом. Известно, что если ребенку в детстве часто повторять "дурочка, дурак, остолоп, жадина" и т. п., то очень часто дети начинают демонстрировать поведение, соответствующее внушенному, которое автоматически переходит во взрослую жизнь, даже если потом оно рационально перерабатывается.

Четвертый источник - это "элементы органической речи". Болезнь может быть физическим воплощением фразы. Например, слова "у меня сердце за него болит", "я от этого с ума схожу" могут превратиться в реальные симптомы.

Следующий, пятый источник - идентификация, попытка быть похожим на кого-то, на идеал. Но, постоянно имитируя другого, человек как бы отстраняется от собственного тела. Живя все время в другой "ауре", он в конце концов начинает от этого страдать.

Шестой источник можно назвать самонаказанием. Если человек совершает неблаговидный со своей точки зрения поступок, он иногда бессознательно подвергает себя наказанию. Например, ребенку внушали, что нужно уважать своих родителей и делать только так, как они считают нужным. Когда он решает поступать по-своему, то совершает неблаговидный поступок с точки зрения его воспитателей, и тогда появляется чувство вины, а вина ищет наказания. Самонаказание - очень распространенная причина многих травм и соматических нарушений.

Последняя, самая серьезная и самая глубокая причина - болезненный, травматический опыт прошлого. Как правило, это психические травмы раннего периода детства [22, c. 18-19].

Еще одной базисной причиной психосоматических заболеваний может быть алекситимия. Чаще других пациентами психотерапевта становятся невротические личности. "Невротиков" отличает от других пациентов выразительная вербализация переживания, способность описывать свои чувства, опасения, страхи, испытываемый дискомфорт и т. д., даже если они кажутся нелогичными, двойственными, малоконструктивными для решения или поиска выхода из состояния. У психосоматических пациентов, напротив, способность выражать свои переживания, конфликтные содержания, ощущения крайне обеднена. Их словарный запас для этих целей так же беден, как и внутренняя способность дифференцировать свои чувства. Как правило, это социально хорошо адаптированные личности, а симптом алекситимии является ответом на семейный запрет с самого детства выражать себя и свои чувства. На смену возможности чувственно перерабатывать реальность приходит ригидное следование социальным нормам и правилам. Тогда язык органов, болевые ощущения становятся "неудобной" попыткой тела интегрироваться с душой человека.

Обычно люди стремятся к прекращению плохих взаимоотношений. Психосоматический пациент годами может терпеть отношения, которые не только не доставляют удовольствия, но истощают и разрушают его личность. Толерантность к неблагоприятным взаимоотношениям и природу психосоматических симптомов можно объяснить подавлением враждебности, агрессивности, злобы. Если обычно озлобленность побуждает людей к прекращению отношений, то психосоматическая личность подавляет злобу и продолжает отношения. Внешне такой человек даже не кажется страдающим, однако психотерапевт может с полной очевидностью убедиться в страдании его тела. Непонятно, почему происходит подавление злобы, но известно, что психосоматические пациенты очень чувствительны к любым проявлениям озлобленности в себе и других.

Симптомы психосоматических болезней:

Понос.

Гастрит

Чувствительный желудок.

Язвенная болезнь желудка.

Затруднение дыхания.

Повышенное кровяное давление.

Головная боль.

Боль в суставах и конечностях.

Структура психосоматических болезней [21, c. 70]

Психосоматическая болезнь - это болезнь, возникшая в результате перенапряжения нервной системы. Нарушение деятельности клеток коры больших полушарий головного мозга сопровождается изменениями в каком-либо внутреннем органе, чаще всего в том, который напрямую связан с пораженной частью коры головного мозга или подкорковой областью. Почти во всех областях медицины есть болезни, которые можно назвать психосоматическими. Различают несколько форм психосоматических заболеваний.

Психосоматическими болезнями считаются те болезни, которые сопровождаются объективно диагностируемыми и измеряемыми органическими изменениями, развитие и течение которых обусловлено состоянием психики больного. Это язвенная болезнь желудка, экземы, некоторые формы гипертензии и кишечного воспаления, бронхиальная астма, гипертиреоз.

Болезни, при которых органических изменений не наблюдается - это болезни, при которых проявляются физические недомогания, однако врач после обследования больного, каких-либо органических изменений у него не обнаруживает. Нередко эти заболевания называют расстройствами вегетативной нервной системы (вегетодистониями). Однако если следствие (каким является функциональное расстройство вегетативной нервной системы) этих болезней более менее понятно, то их причины до сих пор так и остаются не выясненными.

Психосоматическими являются болезни, обусловленные психическими факторами - стрессом, нервным истощением, определенными чертами характера личности. Предполагается, что особенности человеческой психики также оказывают влияние на большинство широко известных заболеваний.

Во многих случаях течение и тяжесть инфекционных заболеваний обусловлены психическим состоянием человека. Множество людей заражено различными вирусами и бактериями, однако обычно иммунная система организма "справляется" с возбудителями болезни, симптомы которой не проявляются. Между тем другие люди, в организм которых попадают те же возбудители, заболевают. Кроме того, течение одних и тех же инфекционных заболеваний может быть различным, например:

Вирусом простого герпеса заражено около 70-90% всех людей. Чаще всего распространение возбудителей болезни прекращается, однако из-за стресса это равновесие может нарушаться. Функции иммунной системы организма человека могут нарушиться из-за путешествия и семейных конфликтов. Тогда и появляется простой герпес на губах. Пузырьки быстро заживают, однако в следующий раз после повторения конфликтной ситуации появляются вновь.

# **Глава 2. Специфика психосоматического консультирования**

# **.1 Цели и задачи психосоматического консультирования**

Важнейшая задача психотерапевта в беседе с психосоматическим больным - помочь ему выявить, хотя бы частично, скрытую озлобленность. Психотерапевт должен не только помочь пациенту осознать свою озлобленность, но и указать, как она сказывается на поведении. Одни психосоматические пациенты слащавы и приятны, со всем соглашаются, и трудно поверить в их враждебность. Другие не способны почувствовать, да и не чувствуют недоброжелательности вокруг себя. При возникновении хотя бы малейшего спора они отступают. Если не могут устраниться из ситуации, прибегают к рационализации и говорят себе, что спорящие шутят. Иные склонны выражать свою злость, тем не менее изменяют ее действительный объект.

Беседа с психосоматическим пациентом об озлобленности обычно трудна и далеко не всегда успешна, хотя позволяет показать пациенту, какова его жизненная ситуация, как он подавляет свою враждебность и как это связано с его соматическими симптомами. Психотерапевт должен не только помочь пациенту распознать в себе злобу, но и побуждать его к отреагированию в процессе терапии. Поэтому неудивительно, если в случае успешной работы заменителем действительного объекта враждебности пациента временно становится психотерапевт.

Еще одна существенная причина трудности консультирования психосоматической личности состоит в ее "эмоциональной безграмотности", неспособности вербализовать свои внутренние переживания, нехватке символического мышления. Черты алекситимической (психосоматической) личности служат серьезным препятствием в консультировании и психотерапии. Больше всего психотерапевта фрустрирует отказ этих пациентов связывать свои соматические жалобы с конфликтами в эмоциональной сфере, хотя часто психологический контекст жалоб очевиден. Очень трудно помочь человеку психологическими методами, когда он свои эмоциональные проблемы понимает как соматические. Такой пациент говорит о разнообразных болях, много молчит, не проявляет никакой мотивации к сотрудничеству, явно ориентирован на медикаментозное лечение, постоянно принуждает психотерапевта к инициативе. Монотонный, эмоционально бесцветный стиль пациента вызывает у психотерапевта раздражение, потому что он чувствует себя загнанным в угол. Попытка активно вовлечь пациента в эмоциональные отношения только увеличивает у того тревожность из-за неумения вербализовать чувства. Соответствующий всплеск физиологических реакций позволяет пациенту еще больше жаловаться на соматическое недомогание.

Если пациент - яркий алекситимик, следует применять техники, направленные не на конфронтацию, а на поддержку. Пациента также следует подготавливать к вербализации своих переживаний. Для этого можно использовать примеры эмоциональных слов и фантазий, анализ различных эмоциональных ситуаций, перевод умозаключений пациента на дифференцированный язык эмоций. Хотя такая подготовка далеко не во всех случаях бывает эффективной, она в определенной степени помогает осознать эмоциональные проблемы и вербализовать их.

Таким образом, специфичность психосоматозов состоит в том, что душевное неблагополучие как первопричина серьезного физического недуга в этих случаях скрыто, замаскировано для самого больного. Поэтому психологическая коррекция неосознаваемой душевной причины телесного страдания требует от специалиста-психотерапевта и психолога особого подхода, модификации традиционной психотерапевтической помощи. Поскольку соматизация психологического конфликта связана с работой механизма психологической защиты, с вытеснением из сознания, подавлением истинных, психологических по своей природе, причин заболевания, то пациенты не просто не понимают психогенную природу своей болезни, но и вынуждены бессознательно сохранять симптом (феномен условной желательности болезни). В связи с этим возникает необходимость теоретического осмысления принципов и стратегий, освоения новых форм и технологий психокоррекционной и реабилитационной работы с психосоматическими больными.

Стало общепризнанным требование учета личностных особенностей больного. Однако на деле требование это остается больше теоретическим признанием, чем конкретно проводимым в клиническую практику принципом. Как правило, врачи не включают в изучение больного анализ структуры его личности, особенности его реагирования ни в целях клинико-диагностических, ни при составлении индивидуального плана терапевтических мероприятий [8].

. Оказание оперативной помощи клиенту в решении возникших у него проблем. У людей часто возникают такие проблемы, которые требуют срочного вмешательства, неотложного решения, - такие, на решение которых клиент не имеет возможности тратить много времени, сил и средств. Подобные проблемы обычно называют оперативными, и аналогичное название закрепляется за соответствующими решениями.

Получение срочной психологической помощи в форме устной консультации при решении оперативных проблем становится незаменимым. Например, у родителя ребенка могут возникнуть такие серьезные осложнения во взаимоотношениях с ним, сохранение которых чревато весьма неблагоприятными последствиями для состояния физического и психического здоровья ребенка. У работника какого-либо учреждения также может появиться серьезная, требующая срочного решения проблема, которую ему, например, предстоит уладить в общении со своим непосредственным руководителем во время короткой встречи, назначенной на один из ближайших дней. Третий пример: в семье у мужа или у жены неожиданно резко могут осложниться отношения с супругой (супругом) или с кем-либо из его (ее) родственников. В силу этого в данной семье может сложиться сложная, чреватая серьезными неблагоприятными последствиями обстановка.

. Оказание клиенту помощи в решении тех вопросов, с которыми он вполне бы смог самостоятельно справиться без вмешательства со стороны, без непосредственного и постоянного участия психолога в его делах, т.е. там, где специальные профессиональные психологические знания, как правило, не нужны и необходим лишь общий, житейский, основанный на здравом смысле совет. Такой, к примеру, проблемой может стать определение клиентом оптимального для себя режима труда и отдыха, рациональное распределение времени между разными видами деятельности.

. Оказание временной помощи клиенту, который на самом деле нуждается в длительном, более или менее постоянном психотерапевтическом воздействии, но в силу тех или иных причин не в состоянии рассчитывать на него в данный момент времени. В этом случае психологическое консультирование используется в качестве средства оказания текущей, оперативной помощи клиенту, сдерживающей прогрессивное развитие негативных процессов, препятствующей дальнейшему осложнению проблемы, с которой столкнулся клиент. Таким, например, может оказаться весьма неожиданное появление у клиента состояния депрессии.

. Когда у клиента уже имеется правильное понимание своей проблемы и он, в принципе, готов сам приступить к ее решению, но кое в чем еще сомневается, не вполне уверен в своей правоте. Тогда в процессе проведения психологического консультирования клиент, общаясь с психологом-консультантом, получает с его стороны необходимую профессиональную и моральную поддержку, и это придает ему уверенность в себе.

. Оказание помощи клиенту в том случае, когда никакой другой возможности, кроме получения консультации, у него нет. В этом случае, проводя психологическое консультирование, специалист-психолог должен дать понять клиенту, что он на самом деле нуждается в получении более основательной, достаточно длительной психокоррекционной или психотерапевтической помощи.

. Когда психологическое консультирование применяется не вместо других способов оказания психологической помощи клиенту, а вместе с ними, в дополнение к ним с расчетом на то, что не только психолог, но и сам клиент займется решением возникшей проблемы.

. В тех случаях, когда готового решения у психолога-консультанта нет, поскольку ситуация выходит за рамки его компетенции, он должен оказать клиенту хотя бы какую-то, пусть даже минимальную и недостаточно эффективную, помощь.

Во всех этих и других подобных случаях психологическое консультирование решает следующие основные задачи:

. Уточнение (прояснение) проблемы, с которой столкнулся клиент.

. Информирование клиента о сути возникшей у него проблемы, о реальной степени ее серьезности. (Проблемное информирование клиента.)

. Изучение психологом-консультантом личности клиента с целью выяснения того, сможет ли клиент самостоятельно справиться с возникшей у него проблемой.

. Четкое формулирование советов и рекомендаций клиенту по поводу того, как наилучшим образом решить его проблему.

. Оказание текущей помощи клиенту в виде дополнительных практических советов, предлагаемых в то время, когда он уже приступил к решению своей проблемы.

. Обучение клиента тому, как лучше всего предупредить возникновение в будущем аналогичных проблем (задача психопрофилактики).

. Передача психологом - консультантом клиенту элементарных, жизненно необходимых психологических знаний и умений, освоение и правильное употребление которых возможно самим клиентом без специальной психологической подготовки. (Психолого-просветительское информирование клиента.) [3, c. 22-23]

Применяемые в психосоматической медицине методы психотерапии можно разбить на две группы: глубинно-психологические методы и методы, ориентированные на симптом и модификацию поведения. На практике они могут комбинироваться.

Глубинно-психологические методы ставят своей целью раскрытие психологического конфликта, который стоит за психосоматическими симптомами, перестройку личности в целом и ее отношений с окружающим миром. Важно иметь в виду, что устранение симптомов не является первичной целью глубинно-психологических методов терапии - симптомы ослабевают и исчезают по мере того, как достигаются названные выше цели. К этой группе относится психоанализ, различные направления психодинамической психотерапии, экзистенциально-гуманистические методы (гештальт-терапия, психодрама и др.). Необходимыми условиями применения этих подходов являются способность пациента к саморефлексии и наличие достаточного времени для проведения курса психотерапии. Используются как индивидуальные, так и групповые формы глубинно-психологической терапии Методы, направленные на раскрытие симптоматики, не применяют в острой стадии заболевания, т. к. это может привести к утяжелению состояния. Классический психоаналитический метод имеет ограниченную применимость в психосоматической практике в связи со слабостью Я психосоматических пациентов и их низкой толерантности к фрустрации.

К методам, ориентированным на симптом и модификацию поведения, можно отнести когнитивно-поведенческую психотерапию, а также гипнотерапию и другие суггестивные и аутосуггеетивные методы.

Кроме того, при психосоматических заболеваниях используют различные виды невербальной и полувербальной психотерапии (телесно-ориентированная терапия, дыхательная гимнастика, упражнения по мышечной релаксации, музыкальная терапия, танцевальная терапия, символдрама).

Психологическая работа, направленная на коррекцию психосоматических нарушений и, прежде всего, алекситимических черт, может быть представлена в виде трех последовательных ступеней: релаксация и дидактическая направленность; опора на невербальные способы общения; "внутренний диалог". Релаксация является основой для использования всех приемов преодоления алекситимии. Дидактическая направленность имеет своей целью фиксацию пациента на сиюминутных переживаниях ситуации "здесь и теперь". Опора на невербальные способы общения предполагает широкое использование психогимнастических и психопантомимических приемов и методик, которые способствуют снятию напряжения и спонтанному выражению эмоций на невербальном уровне.

# **.2 Этапы процесса консультирования**

Различные невербальные техники создают основу, своего рода "банк переживаний", который в дальнейшем используется для тренинга распознавания различных эмоциональных состояний (как собственных, так и других людей) и их адекватной вербализации. Для развития внутреннего диалога, который также способствует погружению пациента в мир собственных эмоций, могут быть использованы самые различные приемы, в том числе заимствованные в гештальт-терапии:

. Установление психологического контракта

Выяснение концепции болезни пациента и его представлений о собственной способности влиять на симптомы.

Беседа (в форме рациональной психотерапии) о психологических факторах риска болезни и сути психологического лечения: доступное, метафорическое объяснение патогенеза заболевания пациента, влияния психического состояния на возникновение симптоматики, а также саногенных возможностях образного мышления.

Установление психологического контракта: выяснение целей пациента и в случае готовности пациента - обсуждение проблемы болезни в мировоззренческом аспекте.

. Психокоррекционная работа

Выяснение образного представления симптома, болезни (в случае трудностей образного моделирования - упражнения по формированию нейтральных образов).

Выяснение образного представления желаемого состояния, результата терапии.

Экологическая проверка: выяснение ограничивающих факторов, обстоятельств, делающих выздоровление, исчезновение симптома нежелательным (проработка условной желательности болезни).

Проработка вариантов перехода от нынешнего состояния к желаемому, выбор оптимального образного представления процесса выздоровления (здесь используются техники НЛП по работе с субмодальностями, с линией жизни пациента и т. п.).

Обучение пациента релаксации. Самостоятельная работа пациента по саногенной визуализации.

Обратная связь: контроль визуализации пациента через несколько дней с целью коррекции (использование самоотчета или рисунков) [7, c. 377-379].

В беседе с психосоматическим больным психотерапевт нередко наталкивается на жесткое сопротивление попыткам тщательного уточнения истории жизни и болезни. Это объясняется несколькими причинами:

. Затверженная, "выученная" соматическая интерпретация болезни. Ведущая роль соматических причин не только более приемлема для пациента, но и глубоко укоренена в общественном сознании под воздействием медицинских установок. "Болезнь заключается только в органическом поражении" - так звучит лейтмотив одной из психиатрических школ.

. Психическая болезнь привносит чувство ответственности перед самим собой, иногда стигматизацию, соматическая болезнь - наоборот, чувство облегчения. Многие больные испытывают такое чувство, когда узнают об органической природе их заболевания, хотя нередко это означает более тяжелый прогноз. Предполагается целенаправленная помощь, которую окажет врач, а собственные переживания и поведение больного не принимаются во внимание, больному не дают никаких рекомендаций вроде: "Вы должны изменить свой стиль жизни".

. Можно представить себе психосоматическую болезнь как особую форму изживания душевного конфликта, которая с раннего детства замещает собой другое, возможно речевое, изживание конфликта. Если при групповой терапии психосоматические больные находятся вместе с невротиками, то обращают на себя внимание серьезные затруднения, возникающие у психосоматических больных. Они неохотно раскрывают свои чувства, кажутся отчужденными, у них слабо развита фантазия. Такие больные нечетко осознают свои чувства, опасения, желания и едва ли в состоянии описать их словами. При критических состояниях словесные реакции у них замещаются действиями: больные ажитированы, убегают, нападают, избегают реальных оценок ситуации, ссылаются на какие-то внешние обстоятельства, на мнения и поведение других людей, оправдывая этим свое поведение. Можно говорить об "эмоциональной безграмотности" психосоматических больных, их эмоциональной необразованности. Психосоматический больной говорит и оперирует "телесными" формулировками, проявляет себя соматической ажитацией, языком органного психосоматического симптомообразова-ния. Такая "эмоциональная безграмотность" имеет довольно длинную историю, она может уходить корнями в раннее детство или иметь наследственное происхождение.

# **2.3 Специфика консультирования клиентов с психосоматическими расстройствами**

Терапия психосоматических заболеваний требует индивидуального комплексного подхода.

В настоящее время лечение этой категории больных в основном сводится к комбинации фармакотерапии и психотерапии, также целесообразно проведение физиотерапии, бальнеотерапии и курортотерапии в качестве дополнительных противорецидивных и профилактических мероприятий.

Нельзя отрицать эффекта в ряде случаев от применения нетрадиционных методов терапии.

Ведь лечению подлежит личность больного в целом, а не отдельный больной орган или система, поэтому необходимы сочетания различных биологических и психотерапевтических способов. В лечебном процессе необходимо участие как врача соматического профиля, так и психиатра, психотерапевта и психолога.

Медицинская помощь при психосоматических расстройствах должна осуществляться в рамках так называемой взаимодействующей психиатрии (модель интегрированной медицины, по В.Н. Козыреву). Предполагается тесное сотрудничество психиатра-консультанта и врача общей практики. Консультант-психиатр участвует в диагностике психических нарушений, решает сложные дифференциально-диагностические проблемы и определяет совместно с лечащим врачом тактику лечения, а в дальнейшем при необходимости повторных консультаций осуществляет контроль над терапией. В отдельных случаях может возникнуть необходимость в динамическом наблюдении, когда психиатр осуществляет совместное с врачом общей практики лечение больного, используя психофармакотерапию или психотерапию. Предполагается, что психиатр, работающий в больницах общего типа, не должен подменять врача другого профиля и становиться лечащим врачом. Замещающая модель неэкономична и непрактична, так как потребовала бы нерационального увеличения числа участвующих в процессе терапии психиатров.

Чаще всего лечение пациентов с психосоматическими расстройствами проводится в условиях соматического стационара. При тяжелых психических нарушениях наблюдение и терапию целесообразно осуществлять в психосоматических отделениях, входящих в состав многопрофильных больниц, либо (если позволяет соматическое состояние) в психиатрической клинике [4, c. 236].

Психологическое консультирование - это сложившаяся практика оказания действенной психологической помощи людям, основанная на убежденности в том, что каждый физически и психически здоровый человек в состоянии справиться почти со всеми возникающими в его жизни психологическими проблемами. Клиент, однако, далеко не всегда определенно и точно знает заранее, в чем состоит суть его проблемы и как ее лучше всего решать, опираясь на собственные силы и возможности. В этом ему и должен оказать помощь профессионально подготовленный психолог-консультант. Это и есть основная задача психологического консультирования, считает Р.С. Немов [13, c. 42].

Консультант принимает клиента как уникального, автономного индивида, за которым признается и уважается право свободного выбора, самоопределения, право жить собственной жизнью. Любое внушение или давление мешает клиенту принять ответственность на себя и правильно, в соответствии с собственными ценностями и целями, потребностями и стремлениями, решать свои проблемы. В широком смысле, в консультировании принимается тезис о том, что эффективное сегодняшнее существование и положительное отношение есть цель психологической помощи. Отдельные теории подчеркивают значение таких ключевых терминов, как самоактуализация (А. Маслоу), самоэффективность (А. Бандура), о'кейность (Е. Берн, У. Харрис) [15].

Существует точка зрения, в соответствии с которой, психологическое консультирование проводится и в отношении соматически или психически больных. Хотя психологи-консультанты могут работать с лицами, имеющими какие-либо психические расстройства, предполагается, что при консультировании по личностным проблемам, проводимом с отдельными клиентами или с группами клиентов, в центре внимания находятся текущие проблемы и личностный рост, адаптация и вопросы взаимоотношений, ситуационные кризисы и кризисы развития нормально функционирующих людей. При этом имеется в виду, что при наличии какого-либо психического расстройства личность, страдающая таким расстройством, может параллельно испытывать определенные психологические трудности, иметь определенные психологические проблемы, которые могут быть связаны или не связаны с сопутствующим психическим заболеванием. Консультирование адресуется не патопсихологической или психопатологической симптоматике, а личности, которая может иметь эту симптоматику. Цель консультирования состоит в том, чтобы помочь людям пройти через различные жизненные трудности, предупредить развитие серьезных расстройств, улучшить функционирование личности, повысить удовлетворенность жизнью.

В этом случае психологическое воздействие, не затрагивая непосредственно патологический процесс, направлено на изменение психологических установок, отношения к заболеванию. По мнению А.Н. Елизарова, спецификой психологического консультирования является акцент на диалогичности, на циркуляции информации, на информационном обмене между психологом-консультантом и теми людьми, относительно которых используется психологическое консультирование. Автор полагает, что термин "Психологическое консультирование" более применим к ситуациям диалога, откровенного обсуждения, субъект-субъектного общения, в то время как термин "Психологическая коррекция" более применим к ситуациям спланированного воздействия, когда специалист, оказывающий воздействие, не полностью открыт клиенту, их общение не носит характер откровенного диалога, отношения имеют оттенок субъект-объектности. А.Н. Елизаров считает также, что психологическое консультирование более может быть ориентировано на урегулирование отношений клиента с другими людьми, а психокоррекция - на решение внутренних проблем клиента.

В процессе консультирования мы опираемся не на абсолютную истину, правила и законы жизни, которых вообще говоря, не существует, а на внутренний психологический мир клиента с его собственной системой координат, с его индивидуальными ценностями и целями, правилами и законами. Нас интересует, насколько эта внутренняя психологическая реальность помогает клиенту жить, адаптироваться к жизни, к собственной личности, к межличностным взаимоотношениям, насколько она помогает продуктивно работать, ставить цели, добиваться успеха, а также - насколько она помогает сохранять здоровье и душевное равновесие. Отсутствие симптома, отсутствие психологического напряжения и дискомфорта - критерий эффективности, и, следовательно, истинности системы.

В процессе консультирования астенизированных больных важно внимательно выслушать их жалобы, задавая при этом уточняющие вопросы, выясняя детали переживаний и самочувствия клиента. Внимательное, сочувствующее и принимающее отношение консультанта помогает снизить повышенный уровень тревожности подобных клиентов, успокаивает и стабилизирует их.

Наиболее важным элементом в поведении консультанта с астенизированным больным является спокойная уверенность поведения, создающая у клиента ощущение стабильности и защищенности. Важно при этом сохранять эмоциональную устойчивость, уравновешенность, стабильность, чтобы дополнительно не утомить, не астенизировать больного собственными эмоциями. В то же время искреннее внимание к ощущениям, переживаниям и представлениям клиента о своих проблемах позволит консультанту провести более глубокую диагностику, чтобы исключить наличие у клиента какого-либо болезненного состояния, требующего вмешательства врача. Если астения является, например, спутником атеросклеротического процесса, то, помимо консультирования, клиент должен проходить соответствующую медикаментозную терапию у врача, поскольку эмоциональная неуравновешенность, слезливость, плаксивость, нарастающая раздражительность органического происхождения не только не способствуют разрешению психологических проблем, но, напротив, утяжеляя соматическое состояние клиента, формирует у него новые и новые проблемы.

Если же астения является следствием хронических психических, в частности, эмоциональных перегрузок, то консультирование должно быть направлено на выявление психологических установок клиента, формирующих у них самопобуждение к интенсивной деятельности и вовлеченность во все проблемы окружающих людей. В качестве такой базовой патологической установки, на основе которой возникает астения, чаще всего выступает убеждение "Я всегда и во всем должен быть лучше всех". Эта установка носит поначалу конструктивный характер. Человек, который стремится к успеху, действительно добивается его чаще, чем тот, кто ориентирован только лишь на избегание неудачи. Однако со временем, как правило, мы обнаруживаем, что всегда в жизни найдется человек лучше, умнее, моложе, красивее, состоятельнее, популярнее и т.д., превосходя нас по каким-либо параметрам. Зрелая личность в состоянии принять это открытие, не теряя присутствия духа и не снижая самооценки. Если же активность человека носит характер гиперкомпенсации (стремление утвердить себя именно в том, в чем человек чувствует себя наименее состоятельным), то при данных обстоятельствах он вступает в конкуренцию со всеми потенциальными соперниками. Крайнее напряжение всех резервов и ресурсов рано или поздно приводит к истощению. Возникает астения.

При подобном психогенном формировании астенических нарушений как последствий хронических психических перегрузок консультирование должно, затрагивая наиболее значимые ценности личности клиента, помочь вербализовать ему соответствующие этим ценностям установки. Выстраивание на следующем этапе иерархии ценностей позволяет выделить наиболее значимые, наиболее существенные для благополучного существования человека. Возможно, здоровье и благополучие его детей окажутся для клиента более значимыми, чем завоевание личного престижа и популярности среди коллег. При этом благополучие его семьи зависит, возможно, от его ощущения удовлетворенности, комфорта и покоя. Душевное равновесие и покой, передаваясь детям, способствуют формированию ровных и гармоничных отношений в семье. Таким образом, собственное душевное равновесие может оказаться более значимой ценностью, чем оценка со стороны коллег социальных достижений клиента. Опора на эти более существенные более значимые ценности позволит актуализировать соответствующие им установки. Новые установки помогут сформировать новый стиль жизни клиента, при котором эмоциональные перегрузки будут уменьшены. Таким образом, консультирование астенизированных клиентов предполагает исследование тех ценностей, на достижение которых направляется психическая энергия, и работу с этими ценностями. В целом же, поскольку астеническая симптоматика сопровождает формирование практически каждого соматического страдания, можно рассматривать консультирование пациентов с астеническими нарушениями в более широком плане - как психологическое консультирование пациентов с психосоматическими заболеваниями. Психологическое консультирование клиентов, страдающих психосоматическими заболеваниями, предполагает исследование истории их жизни, истории формирования и развития личности, ее психологической проблематики.

Рассмотрим стратегию психотерапии клиента с соматоформным расстройством.

этап. Создание качественного терапевтического альянса.

Это-необходимое условие эффективной психотерапии.

этап. Информирование клиента.

Терапевт информирует о связи между эмоциями и физиологическими состояниями; об общих закономерностях эмоциональной жизни; о последствиях нарушения эмоциональной психогигиены для психического и физического здоровья.

этап. Тренинг осознания и выражения чувств.

На этом этапе решаются следующие задачи:

•Осознание трудностей понимания и выражения чувств как проблемы.

•Изменение негативной установки по отношению к эмоциям.

•Расширение эмоционального словаря.

•Развитие навыков маркировки эмоциональных состояний.

•Фокусировка внимания клиента на переживаниях.

•Развитие навыков нахождения различий отдельных эмоций в общей гамме чувств.

•Обучение клиента принципам обратной связи.

этап. Тренинг управления эмоциями.

На этом этапе клиент, с помощью терапевта, создает "копилки" проблемных ситуаций, формулирует неадаптивные базисные убеждения, отрабатывает навыки когнитивного совладания. Поощряются выражение и конструктивное отреагирование негативных эмоций.

этап. Анализ и проработка семейного конфликта.

Исследуются источники негативных базовых убеждений. Анализируется семейный контекст (роли, правила, стрессогенные события) в трех поколениях. Выявляются родительское программирование, требования и ожидания, семейные мифы и ценности. Происходит отреагирование и проработка детского психотравмирующего опыта.

этап. Установление причинно-следственных связей.

Терапевт, вместе с клиентом, сопоставляют негативные базисные убеждения с теми симптомами, которые обнаруживаются "здесь и сейчас"; анализируется негативные последствия симптомов для жизни клиента и отношений с людьми, тем самым, разрушается вторичная выгода от расстройства.

На этом заключительном этапе язык соматических жалоб заменяется на язык психологических проблем. Клиент приходит к новым формулировкам. Вместо "У меня дрожь и сердцебиение" - "Мне трудно доверять людям", взамен "Я чувствую физическое истощение" - "У меня чрезвычайно высокие требования к себе, парализующие мою активность" и т.д.

Таким образом, терапевтический процесс движется в следующем направлении.

) от смутных, неясных, диффузных ощущений-к дифференцированным, осознанным эмоциям;

) от жизни "во вне" - к автономному внутреннему миру;

) от закрытого безэмоционального реагирования-к открытому проявлению чувств;

) от примитивного видения себя и других - к способности улавливать оттенки мировоззрения и мировосприятия;

) от ориентировки на внешние социальные стандарты - к внутренним ориентирам и ценностям;

) от иерархических представлений о взаимоотношениях между людьми (по принципу "раб-господин") - к ощущению ценности и уникальности каждого человека.

этап. Завершение психотерапии.

Подводятся итоги, обсуждаются успехи психотерапии.

# **Заключение**

Психосоматика - направление психологии, исследующее взаимосвязи между душевными переживаниями и телесными реакциями организма. Речь идет о стрессовых болезнях, таких как: язва желудка, язва двенадцати перстной кишки, функциональные сердечные расстройства, головные боли, заболевания позвоночника, онкологические заболевания, болезни органов дыхания, астма, гипертония, гипотония и многое др. Эти заболевания часто являются реакцией организма на конфликтные переживания, проявляющиеся как нервным перенапряжением, так и патологией со стороны того или иного органа. При этом чаще всего заболевший не говорит о своих травмирующих переживаниях, а сообщает о телесных симптомах и недомоганиях.

В жизни современного человека психосоматические расстройства случаются все чаще. И это неудивительно, так как сейчас, факторов, ведущих организм к стрессовому состоянию, предостаточно. К ним относятся внезапная болезнь, развод, смерть близкого человека, увольнение с работы и многое другое. Иногда наша болезнь несет нам то или иное символическое послание - нужно лишь научиться понимать язык, на котором говорит она с нами через свои симптомы. Устранение психосоматики должно осуществляться на основе анализа событий, предшествующих заболеванию. Тогда оно действительно будет эффективным.

Терапия психосоматических заболеваний требует индивидуального комплексного подхода.

В настоящее время лечение этой категории больных в основном сводится к комбинации фармакотерапии и психотерапии, также целесообразно проведение физиотерапии, бальнеотерапии и курортотерапии в качестве дополнительных противорецидивных и профилактических мероприятий.

Нельзя отрицать эффекта в ряде случаев от применения нетрадиционных методов терапии.

Ведь лечению подлежит личность больного в целом, а не отдельный больной орган или система, поэтому необходимы сочетания различных биологических и психотерапевтических способов. В лечебном процессе необходимо участие как врача соматического профиля, так и психиатра, психотерапевта и психолога.

# **Список использованной литературы**

1. Арина Г.А., Виноградова И.А. Новый психологический метод изучения функциональных психосоматических симптомов // Актуальные проблемы психиатрии. - М., 1989. - С.11-12.

2. Бассин Ф.В. Роль неосознаваемой психической деятельности в развитии и течении соматических клинических синдромов // Бессознательное: природа, функции, методы исследования. - Тбилиси: Мецниереба, 1978. - Т.2. - С. 195-215.

. Березанцев А.Ю. Теоретические и практические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики // Российский психиатрический журнал. - 2001. - №5.

. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. - М.: Гэотар Медицина, 1999. - 376 с.

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

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

. Вилюнас, В.К. Психология эмоций / В.К. Вилюнас. - СПб. : ПИТЕР, 2006. - 496 с.

. Воронов М. Психосоматика: Практическое руководство. - К.: Ника-Центр, 2002. - 256 с.

. Выготский, Л.С. Развитие высших психических функций / Л.С. Выготский. - М. : АПН РСФСР, 1960.

. Зейгарник, Б.В. Основы патопсихологии / Б.В. Зейгарник. - М. : МГУ, 1973. - 90 с.

. Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский. - М. : ПИТЕР, 2006. - 960 с.

. Карвасарский, Б.Д. Психотерапия / Б.Д. Карвасарский. - М. : ПИТЕР, 2006. - 960 с.

. Кулаков С. Основы психосоматики. -СПб.: Речь, 2003.

. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику.- М.: МГУ, 1987.-168 с.

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

. Петрюк П.Т., Якущенко И.А. Психосоматические расстройства: вопросы дефиниции и классификации. - М., 2003.

. Психология состояний. Хрестоматия / под ред. А.О. Прохорова. - М. : ПЕРСЭ ; СПб. : Речь, 2004. - 608 с.

. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. - Л.: Медицина, 1984. - 190с.

. Тхостов А.Ш. Психология телесности. - М.: Смысл, 2002. - 287 с.

. Фрейд З. Психология бессознательного. - М.: Просвещение, 1990. - 448 с.

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

. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Довженко Т.В. Концепция соматизации. История и современное состояние // Социальная и клиническая психиатрия. - 2000, №4.

. http://sevpsiport.com/psistatii/335-psihosomatika-somatopsihika-psihosomaticheskay-medicina