СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

РАЗДЕЛ 1 ТЕОРИИ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

.1 Теория психосоматической специфичности Ф.М. Александера

.2 Теория личностных профилей Ф. Данбар

.3 Модель психосоматических нарушений по У. Глассеру

.4 Современные психодинамические представления о психосоматике

Выводы к первому разделу

РАЗДЕЛ 2 ПСИХОСОМАТИКА НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

.1 Причины возникновения некоторых психосоматических заболеваний

Выводы ко второму разделу

ОБЩИЕ ВЫВОДЫ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

### ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. На пороге ХХI века ускорение научно-технического прогресса достигло небывалых масштабов. Сопровождающие его индустриализация, урбанизация, ускорение темпов жизни обусловили чёткое 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 недалёком 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.

Теоритическое значение работы - заключается в рассмотрении и сопоствлении теорий возникновения и развития психосоматических нарушений. В работе приведены множественные примеры заболеваний, которые иммеют психологический корень, а также рассмотренны теории и возникновения.

Объект исследования - психосоматические расстройства.

Предмет исследования - психосоматика, теории и психосоматика некоторых заболеваний.

Цель исследования - дать подробную характеристику психосоматическим нарушениям и выявить возможные причины возникновения психосоматических расстройств.

Задачи исследования:

. Провести теоретический анализ подходов к изучению проблемы возникновения и развития психосоматических заболеваний.

. Сформировать выводы, основываясь на изложеных концепциях происхождения психосоматических заболеваний.

Методы исследования:

. Организационный (сравнительный) - для сопоставления данных исследования между собой.

Структура работы. Работа состоит из вступления, двух разделов, выводов к разделам, общих выводов, списка использованных источников, из 10 наименований. Полный объём роботы составляет 31 страниц.

РАЗДЕЛ 1. ТЕОРИИ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В данном разделе даётся обзор и анализ научной литературы по проблеме возникновения психосоматических расстройств.

1.1 Теория психосоматической специфичности Ф. М. Александера

Изучение механизмов развития психосоматических заболеваний закономерно приводит к вопросу о личностной предрасположенности не только к формированию подобных расстройств в целом, но и об их органной направленности. В данном контексте возникло представление о факторе психосоматической специфичности, определяющем, почему у одного пациента возникает расстройство, к примеру, сердечно-сосудистой системы, а у другого - пищеварительного тракта и т. д.

В 40-е-60-е гг. в работах Ф. М.Александера была показана та роль, которую играют в развитии психосоматических заболеваний не однократные переживания психотравмирующей ситуации, а затяжные, повторяющиеся негативные эмоции. При этом к развитию специфических телесных расстройств приводят как негативные эмоции сами по себе, так и особенно процесс их подавления.

Спектр хронически вытесняемых эмоций в значительной мере индивидуален, его специфичность определяется личностными особенностями пациента. Александером была обнаружена определенная психосоматическая специфичность тех или иных эмоций: вызываемые ими телесные нарушения проявляются именно в тех системах организма, к которым данные эмоции имеют «сродство». Так например, подавляемое чувство гнева приводит к развитию сердечно-сосудистых заболеваний, чувство зависимости - язвенной болезни желудка, а вытесняемые сексуальные желания - бронхиальной астмы. При этом психосоматические пациенты обнаруживают склонность к привычному повторению определенных негативных эмоций в конфликтных ситуациях. Подобные эмоциональные шаблоны связаны с «конфликтными констелляциями» в структуре личности, отражающими, по мнению Александера, конфликты из раннего (превербального!) периода жизни пациента. Впоследствии, в зрелом возрасте в сходных жизненных ситуациях эти ранние конфликты актуализируются. Тем самым для каждого пациента существуют определенные специфические внутрипсихические конфликты и соответствующий им набор внешних конфликтных ситуаций - «жизненных констелляций», вызывающих привычные негативные эмоции и как следствие последних - психосоматические нарушения. Отсюда описанная модель психосоматики получила название «теории специфических для болезни психодинамических конфликтов».

Таким образом, специфичность психосоматических нарушений связана и с психологической специфичностью, то есть с индивидуальным стереотипом эмоционального реагирования человека, и с психофизиологической специфичностью - избирательностью влияния подавляемых эмоций на ту или иную систему организма. Что же касается механизма повреждающего воздействия вытесняемых эмоций, того ущерба, который они наносят здоровью человека, то эти негативные аспекты связаны с «вегетативным сопровождением» эмоций. Для объяснения физиологических механизмов подобных расстройств были использованы разработанные У. Кэнноном, Э. Гелльгорном и др. представления о регуляторных функциях автономной нервной системы, контролирующей деятельность внутренних органов - в частности о нарушении ее тонуса, раздельно для симпатического либо парасимпатического отдела (симпатикотония или ваготония). По мнению Александера, эмоционально-опосредованное одностороннее повышение симпатического тонуса (симпатикотония) лежит в основе гипертонической болезни, заболеваний эндокринных органов (сахарный диабет, повышенная функция щитовидной железы) и заболеваний суставов. Эту точку зрения на болезни суставов разделял также и В. Райх, который связывал с симпатикотонией еще и заболевания кишечника. Повышение же парасимпатического тонуса, по Александеру, является причиной таких болезней, как язвенная болезнь желудка и бронхиальная астма. Подобные расстройства, вызванные хроническим вегетативным сопровождением длительно сохраняющихся негативных эмоций, не находящих разрядки, были им названы «вегетативным неврозом». Александер отличал их от «болезни выражения», или описанной выше фрейдовской конверсии, когда психосоматические симптомы служат средством символического выражения внутренних конфликтов пациента.

В результате Возникновение психосоматических расстройств по Александеру объясняется взаимодействием трех факторов - психологических, физиологических и социальных. В качестве психологических факторов выступают специфические личностные, «психодинамических» особенности, неразрешенные внутренние конфликты, определяющих тот набор привычных негативных эмоций, которые человек испытывает в эмоциогенных ситуациях. Физиологический фактор, определяющий то слабое звено в организме, на которое приходится основной удар негативных эмоций - это конституциональная неполноценность (повышенная уязвимость) тех или иных органов. И наконец, социальный фактор, играющий роль пускового момента - неблагоприятные воздействия жизненной среды. Как указывал сам Александер, «специфичность следует искать в конфликтной ситуации» (имея в виду совпадение конфликта внешнего и внутреннего, подходящих друг к другу, как ключ к замку). В настоящее время подобную точку зрения можно считать общепринятой; в качестве примера сошлемся на высказывание H. Eysenck (1978) о том, что невроз всегда проистекает из двух источников, представляя собой результат сочетания стрессового воздействия и индивидуальной предрасположенности [1;2].

Всвязи с этим можно сделать вывод, что возникновение того или иного психосоматического нарушения связано с личностной специфичностью, то есть с индивидуальными особенностями человека (особенности ЦНС, жизненного опыта, окружающей среды и т. д.)

.2 Теория личностных профилей Ф. Данбар

Другой подход к проблеме психосоматической специфичности был предложен Ф. Данбар. Согласно её теории, в основе психосоматических расстройств лежат личностные особенности индивида, определяющие особую уязвимость тех или иных внутренних органов. Так например, такая личностная черта, как тревожность, предрасполагает к развитию ишемической болезни сердца, а гипертрофированная независимость - к повышенному травматизму. Подобный набор психологических характеристик, определяющий специфичность возникновения тех или иных психосоматических расстройств, составляет личностный профиль пациента - к примеру, «язвенный» или «коронарный». При этом, по мнению Данбар, лицам, страдающим психосоматическими заболеваниями, свойственны и определенные общие черты - такие, как (а) склонность к отвлечению от реальности и недостаточная вовлеченность в текущую ситуацию, наряду с (б) недостаточной способностью к словесному описанию нюансов своих эмоциональных переживаний.

Подобные представления послужили пищей для многочисленных дискуссий, в силу большой размытости описанных телесно-психологических корреляций. С сегодняшней точки зрения, личностные характеристики группы (а) можно рассматривать как принадлежность к определенным юнговским психологическим типам - интровертам, тяготеющим к абстрактному мышлению (интуитам и логикам). Что же касается фактора (б), то он впоследствии был подробнее изучен и описан в форме самостоятельного расстройства - так называемого синдрома алекситимии. Список общих личностных черт, предрасполагающих к психосоматическим расстройствам, дополнялся также мечтательностью, склонностью к погружению в свой внутренний мир фантазий и затаенных переживаний, подчеркнутой «детскостью». Итог этих поисков Б. Д.Карвасарский (1982) подвел следующим высказыванием: базисной характеристикой личности психосоматического больного является наличие инфантильной личностной структуры, поскольку соматическое выражение эмоциональных переживаний является инфантильной формой их выражения [4;5].

На основе вышеизложеного можно сделать вывод о том, что личностные особенности человека (характер, темперамент) могут играть немаловажную роль в определении причин их заболеваний или нарушений в организме.

1.3 Модель психосоматических нарушений по У. Глассеру

Данная модель разработана на основе теории контроля, представляющей собой теоретический фундамент так называемой терапии реальностью. Ее автор У. Глассер определил сущность теории контроля следующим образом: «…наше поведение всегда представляет собой проявление попытки контролировать мир и самих себя как часть этого мира с целью наиболее полного удовлетворения наших потребностей» (Glasser W., 1989, цит. по Р. Нельсон-Джоунс, 2002). Тем самым человек сам по себе рассматривается как некоторая система контроля, цель которой - подчинить своему влиянию окружающих. Эти представления, на наш взгляд, перекликаются с концепцией локуса контроля по Дж. Роттеру (интернальности/ экстернальности), являясь, по сути, крайним представлением одного полюса шкалы контроля - интернального. В данной модели подчеркивается, что психосоматические расстройства являются активным процессом и результатом собственного выбора страдающих ими людей (в основном неосознаваемого). Болезнь - это неадаптивное поведение (неэффективный способ контроля), который человек предпочитает для управления окружающей реальностью. Например, согласно подобной точке зрения депрессия у пациента возникает не сама по себе, а вследствие того, что он «депрессирует» себя, то есть предпочитает быть подавленным, несчастным, страдающим. Подобная модель, очевидно, включает в себя трансформацию традиционных представлений о «вторичной выгоде» конверсионных и психосоматических расстройств с акцентом на их инфантильную природу.

Почему подобное поведение связано с инфантильными механизмами психики? В раннем детском возрасте ребенок обучается контролировать окружающих с помощью определенных паттернов своего поведения (плач, улыбка, гнев и др.). В младенческом возрасте определенные типы дисфункционального поведения ребенка, в основе которых лежит дискомфорт (Глассер часто употребляет термин «страдание»), болезненное состояние, различные негативные эмоции, могут быть действенными способами контроля поведения окружающих его взрослых, вызывая у них жалость, сочувствие, тревогу и проч. Тем самым эти типы поведения выбираются ребенком, дополняя «репертуар» его предпочитаемых способов контроля. Аналогичным образом «болезненное» поведение, т.е. активное произвольное создание болезненных расстройств (описываемое Глассером как «самоунижение», «тревожение», «депрессирование» и даже… «головоболение» - miserabling, anxieting, depressing, headaching) во взрослом возрасте является ничем иным, как проявлением инфантильного способа контроля человеком поведения значимых фигур из своего окружения, получения от них помощи, либо самооправдания своей бездеятельности. Возможен также выбор болезненного состояния как способа торможения собственных стенических отрицательных эмоций (гнев, подавляемая агрессия).

Будучи изначально адаптивными (точнее, искаженно-адаптивными) в раннем детстве, по мере взросления подобные способы поведения теряют свою приспособительную значимость. Для приверженного к их использованию индивида они играют саморазрушительную роль, в целом ослабляют его контроль над собственной жизнью. Дезадаптивная роль подобных способов поведения в зрелом возрасте очевидна для окружающих, однако ускользает от сознания самого пациента. Зачастую он использует подобный «болезненный выбор» за неимением лучшего, так как недостаточно осознает собственные жизненные потребности и не представляет других, более разумных и «зрелых» способов их удовлетворения и осуществления контроля. Осознавание произвольности подобного «самостоятельного выбора страдания» блокируется механизмами психологической защиты. По мысли Глассера, это происходит, чтобы уберечь сознание от болезненных переживаний - ведь для каждого человека крайне мучительно понимание того, что он сам выбрал собственное страдание. Ещё один инфантильно-саморазрушительный вариант поведения, приводящий к психосоматическим проблемам, связанным с аналогичными проблемами близких людей - «жизнь под контролем чужого страдания». Подобные нарушения являются следствием эмпатии, или изначальной детской идентификации с родителями. Однако на фоне недостаточной самоидентификации и зрелости личности во взрослом возрасте подобная идентификация может приводить к тому, что человек попадает под влияние негативного контролирующего поведения окружающих [3].

Итак, ещё одна точка зрения представлена У. Глассером, она основывается на теории контроля, то есть человек сам определяет свою болезнь и пусть не сознательно, но всё же хочет ею болеть, чтобы с её помощью контролировать других людей и перенаправлять ситуацию в свою сторону («вторичная выгода»).

1.4 Современные психодинамические представления о психосоматике

Пересмотр взглядов классического психоанализа привёл к формированию представлений о существовании определённых типичных внутренних конфликтов и личностных черт, предрасполагающих к возникновению психосоматических заболеваний (Любан-Плоцца Б. и др., 1994). Из числа внутрипсихических конфликтов при этом называются:

. Потеря объекта.

. Нарциссическая травма.

. Агрессивная защита.

Что касается упомянутых психологических черт, то они представляют собой результат нарушений определенных периодов возрастного развития личности, в терминах классического психоанализа описывавшихся как фиксация, или «застревание» на соответствующем этапе психологического развития. В современной трактовке они связаны со схемой «эпигенеза идентичности» по Э. Эриксону (1996; 1995).

. Слабость «Я», неуверенность, являющиеся следствием нарушенного «базового доверия», формирующегося в раннем детском возрасте (стадия формирования базового доверия/ недоверия к миру, по Э. Эриксону).

. Орально-нарциссическое нарушение. Ему соответствует так называемый оральный характер по З. Фрейду, характеризующийся склонностью к тревожности, депрессии, непереработанным переживаниям потери объекта (разрыва отношений со значимыми, близкими людьми).

. Защитное поведение, связанное с подсознательным желанием восстановления отношений со значимыми фигурами в форме зависимости от них или «овладения» ими. Этому соответствует «анальный характер» по З. Фрейду или нарушения на стадии формирования автономности/зависимости, по Э. Эриксону.

. «Душевная пустота» - механистичность душевной жизни, оторванность от осознавания собственных «душевных движений», приводящее к компенсаторному выражению эмоций на телесном уровне. Подобное нарушение (ср. алекситимия) возникает на более поздних этапах возрастного развития (по Э. Эриксону, стадия формирования компетентности и следующие за ней этапы, возникающие в связи с социализацией). [10]

Значит можно выделить определённую типизацию внутренних конфликтов и личностных черт, которые предраспологаю к появлению психосоматических заболеваний. С помощью этой классификации в будущем возможно более быстрое и лёгкое определяние причины возникновения этих заболеваний, что способствует более быстрому их излечению.

Выводы к первому разделу

1. Анализ основных теоретических подходов к проблеме психосоматических заболеваний в отечественной и зарубежной психологии свидетельствует о том, что назрели теоретические предпосылки и практическая необходимость изучения психических процессов которые протекают непосредственно во время и пред возникновением заболевания. Ведь тенденция возростания количества болезней в современном обществе, связана с быстрым темпом жизни, развитием цивилизации, техническим прогрессом и возникаемыми на этой почве стрессовыми ситуациями.

2. Доказано, что специфичность психосоматических нарушений связана и с психологической специфичностью, то есть с индивидуальным стереотипом эмоционального реагирования человека, и с психофизиологической специфичностью - избирательностью влияния подавляемых эмоций на ту или иную систему организма.

3. Выявлено, что базисной характеристикой личности психосоматического больного является наличие инфантильной личностной структуры, поскольку соматическое выражение эмоциональных переживаний является инфантильной формой их выражения. А так же то, что психосоматические расстройства являются активным процессом и результатом собственного выбора страдающих ими людей (в основном неосознаваемого). Болезнь - это неадаптивное поведение (неэффективный способ контроля), который человек предпочитает для управления окружающей реальностью. Например, согласно подобной точке зрения депрессия у пациента возникает не сама по себе, а вследствие того, что он «депрессирует» себя, то есть предпочитает быть подавленным, несчастным, страдающим

. Выявлено, что проблема возникновения психосоматических заболеваний является актуальной.

5. Рассмотрены: теория психосоматической специфичности Ф. М. Александера; теория личностных профилей Ф. Данбар; модель психосоматических нарушений по У. Глассеру, а так же современные психодинамические представления о психосоматике.

. Определено, что к развитию специфических телесных расстройств приводят как негативные эмоции сами по себе, так и особенно процесс их подавления.

РАЗДЕЛ 2. ПСХОСОМАТИКА НЕКОТОРІХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В этом разделе будут рассмотрены возможные причины возникновения психосоматических заболеваний.

.1 Причины возникновения некоторых психосоматических заболеваний

психоматический заболевание нарушение

Перечень психосоматических заболеваний достаточно разнообразен и может быть сгруппирован следующим образом:

• Болезни органов дыхания (бронхиальная астма, синдром гипервентиляции).

• Сердечнососудистые заболевания (эссенциальная гипертония, ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда, кардиофобический невроз, нарушения сердечного ритма, вегетососудистая дистония).

• Психосоматика пищевого поведения (ожирение, нервная анорексия, булимия).

• Желудочно-кишечные заболевания (язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, запоры, эмоциональная диарея, синдром раздраженной кишки и др.).

• Болезни эндокринной системы (гипотиреоз, гипертиреоз, сахарный диабет).

• Кожные заболевания (крапивница, кожный зуд, атопический нейродермит и др.).

• Гинекологические заболевания (аменорея, дисменорея, функциональная (психосомати ческая) стерильность и др.).

• Болезни опорно-двигательного аппарата (различные ревматические заболевания…).

• Психовегетативные синдромы.

• Функциональные сексуальные расстройства (импотенция, ранняя или поздняя эякуляция, фригидность и др.).

• Онкологические заболевания.

• Депрессии.

• Инфекционные болезни.

• Головная боль (головная боль напряжения, мигрень)

Несмотря на то, что психосоматические болезни разные, в одну группу их объединяет целый ряд признаков:

. Начало заболевания провоцируется психическими факторами (психическая травма, эмоциональный стресс, невроз), действие которых может быть:

кратковременным (например, смерть близкого человека),

довольно длительным (конфликт в семье, на работе, болезнь близкого человека),

хроническим (наличие неразрешимых проблем из-за личностных особенностей, комплекса неполноценности, уродства).тресс является одним из ведущих факторов в развитии психосоматики заболеваний, причем его решающая роль в данном процессе доказана не только клиническими наблюдениями, но и в экспериментах на разных видах животных. Особенно показательными были опыты, проведенные на обезьянах, которые в качестве экспериментальной модели считаются наиболее близкими человеку. Так, в одних экспериментах у самца-вожака отбирали любимую самку, помещали ее в соседнюю клетку и подсаживали к ней нового партнера. Самец, оставшийся один в клетке, тяжело переносил измену подруги и в течение 6 - 12 месяцев погибал от сердечного приступа или повышенного кровяного давления. В других специальных экспериментах на обезьянах психологический стресс приводил к развитию язвы желудка или серьезным нарушениям в работе кишечника.

У людей эмоциональный стресс может приводить к еще более серьезным последствиям, включая развитие онкологических заболеваний. В последние годы исследователями из медицинской школы Хьюстона (США) получены убедительные доказательства того, что стресс может вызывать нарушения генетического аппарата, повышая вероятность возникновения онкологических заболеваний. Как отмечают отечественные авторы, «зная о фармакологических эффектах стероидов, о возможности их прямого действия на геном человека, можно предполагать, что их свободная циркуляция длительное время или высокая концентрация в организме становятся прямой причиной многих психосоматических заболеваний. Мы вступили в эпоху, когда стресс играет определяющую роль в заболеваниях человека - до 90% всех заболеваний могут быть связаны со стрессом. Эмоциональный стресс является главной причиной сердечно-сосудистых поражений, неврозов, некоторых болезней желудка и кишечника, увеличивает вероятность инфекционных заболеваний и осложняет их течение. К настоящему времени большинство исследователей сходятся во мнении, что чрезмерный стресс, возникающий в конфликтных или безвыходных ситуациях, и сопровождающийся депрессией, чувством безнадежности или отчаяния, увеличивает вероятность возникновения многих злокачественных новообразований»

Один и тот же эмоциональный стресс вызывает у разных людей различные реакции и заболевания. Это различие определяется не только генетической предрасположенностью к опре деленным заболеваниям, но и характерологическими особенностями человека, типом эмоциональных реакций. Если у личности вспыльчивой, возбудимой, склонной к агрессивным реакциям и вынужденной их сдерживать обычно повышается артериальное давление, то у человека застенчивого, впечатлительного, с комплексом неполноценности возникает не специфический язвенный колит. Соответственно, каждый человек будет болеть по-разному, поскольку любая мысль, надолго застрявшая в голове, со временем обязательно «перекидывается» на тело. Причем за каждую эмоцию страдает «своя» часть тела:

Голова - главный центр, в котором живет наше «я». Это подсознательно чувствуют маленькие дети: играя в прятки, они прячут только голову. Все остальное - не так уж важно, все остальное - «факультатив». Голова «раскалывается» от проблем, «пухнет» от забот, «кружится» от успехов и счастья - в общем, что бы ни случилось, голова в любом событии - первый участник. Именно здесь формируются «директивы», которые потом «спускаются» на тело.

Уши - для того, чтобы слышать то, что приятно слышать. Если прослушано много злобных слов, «в знак протеста» может потечь сера, начаться шум или уши просто «отключатся» на не которое время. Лучше всего это видно на детях, чьи родители часто скандалят. Результатом становятся всевозможные отиты и воспаленные аденоиды третьей степени (с глухотой).

Другая детская реакция: если школьная учительница много кричит, ребенок при виде нее ав томатически отключает слух и перестает слушать ее даже во время урока.

Глаза - глядят на все, что происходит во внешнем и внутреннем мире. Если происходящее резко пугает - от страха в глазах темнеет или появляется пелена (катаракта, глаукома, ослабление зрения). Жизнь прекрасна - розовые очки. Жизнь ужасна - все в черном цвете. Боимся будущего - развивается близорукость, не нравится настоящее - глаза становятся дальнозоркими.

Горло - это невысказанные фразы, невыплаканные слезы. Горло человека, впадающего в истерику и орущего все подряд, выигрывает перед горлом, которое должно постоянно сдерживаться. Если мы не согласны с говорящим, но не имеем возможности высказаться, заменой протеста будет кашель, чувство осиплости или желание попить.

Легкие - если жизнь представить в качестве марафона, то по состоянию «дыхалки» удастся определить, хорошо ли вы идете по дистанции. Если есть проблемы - значит, задыхаетесь и неплохо бы сбавить обороты. Второе трактование легких, более глубокое - страх вдыхать жизнь полной грудью, боязнь расслабиться.

Ноги - в буквальном смысле несут нас по жизни. Если впереди нет большой цели, вполне позможно, что ноги под любым предлогом откажутся идти дальше. Под «предлогом» психосоматика понимает артриты, артрозы, варикозное расширение вен, тромбофлебиты. Кстати, люди, постоянно стирающие ноги обувью, подсознательно желают сделать передышку в пути.

Кишечник - демонстрирует самую прямую связь между психикой и сомой. Кишечник переваривает ситуации, которые нам подкидывает жизнь. Медвежья болезнь перед сессией означает желание скорей проскочить экзаменационный кошмар. Запор обычно означает, что мы не готовы «переварить» новые события. Тошнота перед важным разговором говорит о том, что мы желаем вывернуться наизнанку, лишь бы избежать «разбора полетов».

Психосоматика заболеваний на примере плохого зрения

С позиции окулиста плохое зрение может быть следствием какой-либо из трех причин: это наследственность, или травма, или вредные для зрения привычки (читать в полутьме, смотреть телевизор слишком близко или слишком долго, и т.п.).

Но с позиции психолога-психосоматика его первое предположение о причине заболевания может означать бессознательное нежелание пациента что-то видеть, что-то замечать. Окулист на приеме спросит: «Много ли вы, батенька, читаете, и какое зрение у ваших родителей?», а психолог может спросить: «Подумайте и скажите мне, что и кого вы так сильно не хотите видеть, но вынуждены это делать!?»

При такой постановке вопроса нетрудно понять, что все перечисленные нами объяснения причин возникновения болезни имеют право на существование, - причем одновременно.

И плохое зрение будет - как прямое следствие подавленного желания не видеть чего-то и (или) кого-то. И плохое зрение будет - как сигнал (метафора, сообщение) о том, что нужда и потребность чего-то и кого-то не видеть стала непереносимой, а удовлетворить ее, избежать зловредного раздражителя, нет никакой возможности. Теряя зрение, человек за это получает «вторичную выгоду», то есть обретает возможность не видеть пристально то, что он так не хочет видеть. И он не может распорядиться жизнью так, чтобы раздражитель исчез с его поля зрения, так что ослаблением своего зрения он облегчает психологическое переживание (компенсация). А вынужденный видеть то, чего он видеть не хочет, человек порождает противоречие между частями своего опыта (хорошие зрение с одной стороны и «плохое» психологическое зрение с другой), - и его хорошее зрение уравнивается к «плохому психологическому зрению» (синхронизация). Ну и, наконец, очевидно, что человек тем самым порождает в своем уме жесткие программы «плохого» визуального опыта (он проявляется в словах: «видеть тебя не хочу», «уйди с моих глаз», «глаза бы мои тебя не видели», «и не показывайся мне на глаза», «видеть тебя тошно», и так далее, и тому подобное).

Разумеется, что нежелание видеть кого-то - не есть единственная причина плохого зрения. С равным «успехом» зрение может испортиться от столь же сильного желания увидеть кого-либо. Не обращали ли вы, кстати, внимание на то, что у молодежи зрение портится, как правило, со знаком минус (миопия или близорукость), а у людей пожилого возраста - со знаком плюс (дальнозоркость)!? Даже на эту оказию появилась одна интересная теория: дело в том, что наши прошлое и будущее независимы от нашего зрения. Нам не нужно зрение, как таковое, чтобы увидеть желаемое будущее, и нам не нужно зрение, чтобы прокрутить в голове «пленку прошлого». Мы используем, так сказать, «внутреннее зрение», мы способны или зрительно вспомнить увиденные картины, или сконструировать новые картины из элементов ранее увиденного. Наши глаза при этом могут быть закрыты.

У пожилых людей много прошлого, весь их прошлый опыт доминирует над настоящим и будущим. А у молодых людей - это «перспективы», это «всё еще впереди», это «будущее».

В этом случае можно предположить, что частое обращение к образам будущего ведет нас к близорукости, а частое обращение к прошлому - к дальнозоркости.

По крайней мере, это дает ответ, каким таким удивительным образом зрение у людей с возрастом меняется с минуса на плюс, с близорукости на дальнозоркость. Можно также отметить, что люди в настоящем времени, все время «здесь и сейчас» имеют очень мало шансов испортить зрение, потому как все время пользуются только физиологическим зрением, и очень мало - зрением, так сказать, психологическим.

Еще об одной теории ухудшающегося зрения: возможно это сопряжено с установлением принудительной физической границы на расстояние взгляда. Подобными границами являются стены домов, заборы, книги, экран монитора и телевизора, и т.д.

Перед глазами все время возникает препятствие, на котором вы фокусируете взгляд, и это расстояние устанавливается принудительно, от вас не зависит, что домов все больше, что на улицах все теснее, что читать нужно все больше и больше, что взгляд все время словно в клетке, ограниченный физически непроницаемыми барьерами. Это проблема, в первую очередь, относится к крупным городам, мегаполисам и чем выше их плотность, чем теснее спрессована жизнь, - тем у большего числа людей портится зрение.

А косвенно это может подтвердить тот факт, что на открывающихся больших пространствах без какого-либо препятствия (чертово колесо, верхний этаж многоэтажного дома) появляется какая-та странная «зрительная эйфория». Наверное, наши глаза в этот момент чувствуют себя сбежавшим из тюрьмы узником, который наслаждается свободой.

Наконец, еще одна теория о том, что нарушения зрения могут быть связаны с типом и стилем мышления. Дело в том, что помимо наших глаз, у нас есть еще один вид «глаз», которые способны видеть на любые расстояния, которые способны преодолевать любые преграды, которые одинаково хорошо могут видеть и ночью, и днем. Эти «глаза» - наш разум. Разум способен моделировать зрительные ощущения без какой-либо связи с тем, что в данный момент времени видят наши собственные глаза. И интересно отметить, что есть масса идиоматических выражений, которые четко указывают на этот тип «зрения»: «какой ты дальновидный», «зри в корень», «не видит дальше своего носа», и так далее. Правда, пока не найдено внятного ответа на вопрос, как одно соотносится с другим. Например, мы можем утверждать, что тот человек, который много читает, имеет много шансов ослабить свое зрение. Но можно сказать и нечто совершенно иное: человек, который много читает, все время порождает зрительные картины в своей голове, которых нет в реальности. Или, говоря иначе, он использует физическое зрение для того, чтобы увидеть психологическим «взглядом», его глаза, фактически, становятся сенсорным рудиментом психологического зрения. Истинная зрительная функция всё время угнетается, и мы уже вынуждены делать нечто такое (например, смотреть кино), чтобы восстановить её (как, например, мы идём в спортзал, побегать на тренажере и покрутить педали, чтобы хоть как-то сохранить ресурс мышечной активности).

Причины психосоматики

В целом же в объяснении психосоматических заболеваний признается многофакторность - совокупность причин, которые взаимодействуют между собой. Основные из них:

неспецифическая наследственная и врожденная отягощенность соматическими нарушениями (поломки хромосом, генные мутации),

наследственная предрасположенность к психосоматическим нарушениям,

нейродинамические сдвиги, связанные с изменением деятельности ЦНС - предполагается накопление аффективного возбуждения - тревоги и напряженной вегетативной активности,

личностные особенности - в особенности - инфантилизм, алекситимия (неспособность воспринимать и обозначать словом чувства), недоразвитость межличностных отношений, трудоголизм,

черты темперамента, к примеру, низкий порог чувствительности к раздражителям, трудности адаптации, высокий уровень тревожности, замкнутость, сдержанность, недоверчивость, преобладание отрицательных эмоций над положительными,

фон семейных и других социальных факторов,

события, приводящие к серьезным изменениям в жизни (в особенности у детей),

личность родителей - у детей - по Винникоту, дети с психосоматикой имеют пограничных матерей; семейная дезинтеграция.

Психосоматика некоторых заболеваний

Алкоголизм, наркомания.

Не в состоянии с чем-то справиться. Жуткий страх. Желание уйти подальше от всех и всего. Нежелание находиться здесь.

Чувство тщетности, несоответствия. Неприятие собственной личности.

Аллергия.

Кого вы не выносите? Отрицание собственной силы.

Протест против чего-либо, который нет возможности выразить.

Часто бывает, что родители аллергика часто спорили и имели совершенно разные взгляды на жизнь.

Аппендицит. Страх. Страх жизни. Блокирование всего хорошего.

Бессонница.

Страх. Недоверие к жизненному процессу. Чувство вины.

Бегство от жизни, нежелание признавать ее теневые стороны.

Вес: проблемы.

Аппетит чрезмерный. Страх. Самозащита. Недоверие к жизни. Лихорадочное переполнение и избавление от чувства ненависти к себе.

Ожирение.

Сверхчувствительность. Нередко символизирует страх и потребность в защите. Страх может служить прикрытием для скрытого гнева и нежелания прощать. Доверие к себе, к самому процессу жизни, воздержание от отрицательных мыслей - вот способы похудеть.

Ожирение - проявление тенденции защищаться от чего-то. Чувство внутренней пустоты часто пробуждает аппетит. Поедание обеспечивает многим людям ощущение приобретения. Но душевный дефицит не заполнишь едой. Недостаток доверия к жизни и страх перед жизненными обстоятельствами ввергают человека в попытку заполнить душевную пустоту внешними средствами.

Отсутствие аппетита. Отрицание личной жизни. Сильное чувство страха ненависть к себе и отрицание себя.

Худоба. Такие люди не нравятся сами себе, чувствуют себя незначительными по сравнению с другими, бояться быть отвергнутыми. И поэтому стараются быть очень любезными.

Целлюлит (воспаление подкожной клетчатки). Накопленный гнев и самонаказание. Заставляет себя верить, что ее ничто не беспокоит.

Воспалительные процессы. Страх. Ярость. Воспаленное сознание. Условия, которые вам приходится видеть в жизни, вызывают гнев и разочарование.

Гирсутизм (избыточное оволосение у женщин). Скрытый гнев. Обычно используемое прикрытие - страх. Стремление обвинять. Часто: нежелание заниматься самовоспитанием.

Глазные болезни. Глаза символизируют способность ясно видеть прошлое, настоящее, будущее. Возможно, вам не нравится то, что вы видите в собственной жизни.

Астигматизм. Неприятие собственного «я». Боязнь увидеть себя в истинном свете.

Близорукость. Боязнь будущего.

Глаукома. Упорнейшее нежелание простить. Давят застарелые обиды. Задавленность всем этим.

Дальнозоркость. Ощущение себя не от мира сего.

Катаракта. Неспособность смотреть вперед с радостью. Туманное будущее.

Конъюктивит. В жизни произошло какое-то событие, которое вызвало сильный гнев, и этот гнев усиливается страхом вновь пержить это событие.

Слепота, отслоение сетчатки, тяжелая травма головы. Жесткая оценка поведения другого человека, ревность вкупе с презрением, высокомерие и жесткость.

Сухость в глазах. Злые глаза. Нежелание смотреть с любовью. Скорее умру, чем прощу. Иногда проявление злорадности.

Голова: заболевания. Ревность, зависть, ненависть и обиды.

Головные боли.

Недооценка себя. Самокритика. Страх. Головные боли происходят, когда мы себя чувствуем неполноценными, униженными. Простите себя, и ваша головная боль исчезнет сама собой.

Головные боли часто происходят от заниженной самооценки, а так же от низкой сопротивляемости даже незначительным стрессам. Человек, жалующийся на постоянные головные боли, буквально весь состоит из психологических и физических зажимов и напряжения. Привычное состояние нервной системы - быть всегда на пределе своих возможностей. И первым симптомом грядущих болезней становится головная боль. Поэтому врачи, работающие с такими пациентами, вначале учат их расслабляться.

Потеря контакта со своим истинным Я. Стремление оправдать завышенные ожидания окружающих.

Стремление избежать любых ошибок.

Мигрень.

Ненависть к принуждению. Сопротивление ходу жизни.

Мигрени создаются людьми, которые хотят быть совершенными, а также теми, у кого накопилось много раздражения в этой жизни.

Сексуальные страхи.

Враждебная завистливость.

Мигрень развивается у человека, который не дает себе права быть самим собой.

Рак. Онкологические болезни. Прежде всего рак блокирует гордыню и уныние.

Удержание в душе старых обид. Усиливающееся чувство неприязни.

Вы лелеете в себе старые обиды и потрясения. Усиливаются угрызения совести.

Глубокая рана. Старинная обида. Великая тайна или горе не дают покоя, пожирают. Сохранение чувства ненависти.

Рак - болезнь, вызванная глубокой накопленной обидой, которая в буквальном смысле начинает поедать тело. В детстве происходит нечто подрывающее нашу веру в жизнь. Этот случай никогда не забывается, и человек живет с чувством огромной жалости к себе. Ему трудно порой иметь долгие, серьезные взаимоотношения. Жизнь для такого человека состоит из бесконечных разочарований. Чувство безысходности и безнадежности преобладает в его сознании, ему легко винить других за свои проблемы.

Люди, страдающие раком, очень самокритичны.

Надежные люди, способные преодолевать трудности, которые избегают конфликтных ситуаций, подавляя свои чувства. Для них, по результатам исследований, повышен риск раковых заболеваний.

Онкологические пациенты часто относятся к тому разряду людей, которые ставят интересы окружающих выше собственных, им бывает трудно позволить себе реализовывать собственные эмоциональные потребности, не испытывая при этом вины.

Безнадежность и беспомощность в ответ на тяжелую эмоциональную потерю.

Человек подавляет в себе теневую сторону своей личности, запрещая проявлять себе отрицательные эмоции и чувства. Слишком светлые, безобидные люди - не потому, что нет негативной стороны личности, а потому, что личность рафинирована.

Половые болезни. Подавление любви в других и в себе.

Бесплодие. Страх и сопротивление жизненному процессу или отсутствие потребности в приобретении родительского опыта.

Венерические болезни. Чувство вины на сексуальной почве. Потребность в наказании. Уверенность, что гениталии греховны или нечисты.

Герпес генитальный. Убеждение, что сексуальность - это плохо.

Женские болезни.

Неприятие самой себя. Отказ от женственности. Отказ от принципа женственности. Убежденность, что все, связанное с гениталиями, греховно или нечисто. У нас так много проблем с сексуальностью из-за нашей самоненависти и самоотвращения. Половые органы и сексуальность созданы для радости [7;8].

Итак, причины заболеваний могут быть самые разные, но все они уходят корнями в психологические и психические проблемы человека, так что без помощи психолога полное излечение практически невозможно, так как человек, по сути, не осознаёт природу своего заболевания и переносит ответственность за своё здоровье на врачей, климат, государство и т. д.

Выводы ко второму разделу

1. Выявленно, что перечень психосоматических заболеваний может быть сгруппирован следующим образом:

• Болезни органов дыхания (бронхиальная астма, синдром гипервентиляции).

• Сердечнососудистые заболевания (эссенциальная гипертония, ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда, кардиофобический невроз, нарушения сердечного ритма, вегетососудистая дистония).

• Психосоматика пищевого поведения (ожирение, нервная анорексия, булимия).

• Желудочно-кишечные заболевания (язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, запоры, эмоциональная диарея, синдром раздраженной кишки и др.).

• Болезни эндокринной системы (гипотиреоз, гипертиреоз, сахарный диабет).

• Кожные заболевания (крапивница, кожный зуд, атопический нейродермит и др.).

• Гинекологические заболевания (аменорея, дисменорея, функциональная (психосомати ческая) стерильность и др.).

• Болезни опорно-двигательного аппарата (различные ревматические заболевания…).

• Психовегетативные синдромы.

• Функциональные сексуальные расстройства (импотенция, ранняя или поздняя эякуляция, фригидность и др.).

• Онкологические заболевания.

• Депрессии.

• Инфекционные болезни.

• Головная боль (головная боль напряжения, мигрень)

2. Доказано, что до 90% всех заболеваний могут быть связаны со стрессом.

3. Выявлено, что один и тот же эмоциональный стресс вызывает у разных людей различные реакции и заболевания. Это различие определяется не только генетической предрасположенностью к опре деленным заболеваниям, но и характерологическими особенностями человека, типом эмоциональных реакций.

. Выявлено, что за каждую эмоцию страдает «своя» часть тела.

5. Рассмотрены возможные причины некоторых заболеваний.

. Определено, что стресс является одним из ведущих факторов в развитии психосоматики заболеваний, причем его решающая роль в данном процессе доказана не только клиническими наблюдениями, но и в экспериментах на разных видах животных.

ОБЩИЕ ВЫВОДЫ

. Итак, психосоматика (от психо... и греч. soma - тело), в широком смысле термин, принятый в медицине для обозначения такого подхода к объяснению болезней, при котором особое внимание уделяется роли психических факторов в возникновении, течении и исходе соматических заболеваний.

Психосоматика в более узком смысле или психосоматическая медицина, представляет собой направление в современной зарубежной медицине, возникшее на основе применения теории и техники психоанализа к истолкованию и терапии т. н. неврозов органов и органических заболеваний. Получила распространение в США Нидерландах, Швейцарии и др. западно-европейских странах. По оценке представителей психосоматической медицины, около 50% всех органических заболеваний в индустриально развитых странах имеют психогенный характер. Наряду с гипертонией язвой желудка, тиреотоксикозом и т.п. к психосоматическим заболеваниям относят также бронхиальную астму, сахарный диабет, глаукому, ревматический артрит и др. Были предприняты попытки разработать систему соответствий между тем или иным органическим заболеванием и специфическими чертами характера и личности (Ф. Данбар, США) типами эмоциональных конфликтов (Ф. Александер и чикагская школа). [6]

2. Выявленно, что в механизме возникновения этих заболеваний ("соматизации") особая роль отводится нарушениям в эндокринной системе. Основным методом лечения выступает психотерапия, цель которой заключается в установлении скрытых для самого пациента связей между его эмоциональными конфликтами и возникновением соматических симптомов.

. Определено, что психосоматические заболевания - это болезни, в развитии которых ведущую роль играют психологические факторы, в том числе и психологический стресс. Психологические факторы играют немаловажную роль и при других заболеваниях: мигренях, эндокринных расстройствах, злокачественных новообразованиях

Как правило, психосоматика заболеваний «маскируется» под симптомы той или иной соматической болезни. Психосоматика может проявляться: язвой желудка, гипертонией, вегето-сосудистой дистонией, астеническими состояниями, головокружениями, слабостью, быстрой утомляемостью и т.п.

При возникновении таких симптомов, человек обращается к врачам, которые назначают обследования, в зависимости от жалоб пациента. После их прохождения пациенту назначают ряд медикаментов, которые облегчают состояние и приносят лишь временное облегчение, но болезнь возвращается снова. Тогда можно смело предположить, что человек имеет дело с психосоматикой, ведь сама по себе психосоматика - это сигнал подсознательного телу, который проявляется через недуг, и медикаментозно эту проблему не разрешить.

. Доказано, что специфичность психосоматических нарушений связана и с психологической специфичностью, то есть с индивидуальным стереотипом эмоционального реагирования человека, и с психофизиологической специфичностью - избирательностью влияния подавляемых эмоций на ту или иную систему организма.

.Определено, что к развитию специфических телесных расстройств приводят как негативные эмоции сами по себе, так и особенно процесс их подавления.

. А также выявленно, что стресс является одним из ведущих факторов в развитии психосоматики заболеваний, причем его решающая роль в данном процессе доказана не только клиническими наблюдениями, но и в экспериментах на разных видах животных.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1 Александер Ф. М. Психосоматическая медицина / Ф. М. Александер. - М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. - 352 стр.

2 Александер Ф. М. Теория психосоматической специфичности / Ф. М. Александер [PsyPortal.net]. - Режим доступа : <http://www.psyportal.net/695/teoriya-psixosomaticheskoj-specifichnosti-f-m-aleksandera/>

 Глассер У. Модель психосоматических нарушений / У. Глассер [PsyPortal.net]. - Режим доступа : <http://www.psyportal.net/702/model-psixosomaticheskix-narushenij-po-u-glasseru/>

 Данбар Ф. Теория личностных профилей / Ф. Данбар [PsyPortal.net]. - Режим доступа : <http://www.psyportal.net/694/teoriya-lichnostnyx-profilej-f-danbar/>

 Лекция на тему Клиническая психология как специальность предмет задачи сферы приложения / [Coolreferat]. - Режим доступа : <http://www.coolreferat.com/Клиническая\_психология\_как\_специальность\_предмет\_задачи\_сферы\_приложения\_часть>

 Ляликов Д. Н. Психосоматика / Д. Н. Ляликов [Яндекс Словари]. - Режим доступа : <http://slovari.yandex.ru/психосоматика/БСЭ/Психосоматика/>

 Полная энциклопедия здоров’я Луизы Хей / Пер. с англ. - М.: ОЛМА-ПРЕСС Образование, 2005. - 784 стр.

 Психосоматика заболеваний / [PsyPortal.net]. - Режим доступа : <http://www.psyportal.net/676/psihosomatika-zabolevaniy/>

 Психосоматические расстройства и особенности психокоррекции / [Coolreferat]. - Режим доступа : <http://www.coolreferat.com/Психосоматические\_расстройства\_и\_особенности\_психокоррекции>

 Современные психодинамические представления о психосоматике / [PsyPortal.net]. - Режим доступа : <http://www.psyportal.net/696/sovremennye-psixodinamicheskie-predstavleniya-o-psixosomatike/>