Контрольная работа

По дисциплине:Клиническая психология

На тему: Психосоматическая проблема сахарного диабета

**Введение**

Сахарный диабет (СД) - самое распространенное эндокринное заболевание. СД представляет собой одну из острейших медико-социальных проблем, так как ведет к ранней инвалидизации и повышению смертности среди населения, основной причиной которой являются поздние сосудистые осложнения. В связи с этим в нашей стране данное заболевание включено в Федеральную целевую программу «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.)» (Постановление Правительства РФ от 10.05.07 № 280). Основной целью подпрограммы «Сахарный диабет» является снижение уровня заболеваемости СД, совершенствование мер профилактики его осложнений, увеличение средней продолжительности жизни больных СД.

СД считают «неинфекционной эпидемией», которая охватила более 150 млн. человек в мире (к 2010 г. прогнозируется 220 млн. больных). В промышленно развитых странах СД болеют до 4-6% всего населения. Только в РФ им болеют 8 млн. человек. В США насчитывается более 16 млн. больных. На долю СД 2-го типа (СД 2) приходится около 85-90%, СД 1-го типа (СД 1) 10-15% случаев. СД является третьей по частоте причиной смерти (после сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных опухолей). Около половины заболевших имеют возраст 40-60 лет, однако нередко заболевание начинается и у людей молодого возраста. Начиная с 1988 г. ВОЗ ведет сбор стандартизированной информации о распространенности СД и нарушении толерантности к глюкозе (НТГ) среди населения мира. Заболеваемость ежегодно увеличивается во всех странах мира на 5-7%.

В рамках психосоматики были выделены следующие психологические причины возникновения сахарного диабета:

) Тоска по несбывшемуся. Сильная потребность в контроле. Глубокое горе. Не осталось ничего приятного. 2) Диабет бывает вызван потребностью контролировать, печалью, а также неспособностью принимать и усваивать любовь. Диабетик не выносит привязанности и любви, хотя жаждет их. Он бессознательно отвергает любовь, несмотря на то, что на глубинном уровне испытывает сильнейшую потребность в ней. Находясь в конфликте с самим собой, в неприятии себя, он не в состоянии принимать любовь от других. Обретение внутренней душевной умиротворенности, открытости на принятие любви и способности любить - начало выхода из болезни. 3) Попытки контролировать, нереальные ожидания всеобщего счастья и печаль до степени безысходности от того, что это неосуществимо. Неумение жить своей жизнью, потому что не позволяет (не умеет) радоваться и получать удовольствие от своих жизненных событий.

**Анализ психосоматической проблемы сахарного диабета**

Сахарный диабет является полигенным многофакторным заболеванием, обусловленным взаимоотношением генетических факторов и факторов окружающей среды. Установлено, что механизм развития патологического процесса при при СД1 и СД2 различный: при СД1 основная причина развития заболевания обусловлена гибелью клеток островкового аппарата, вызванной аутоиммунными реакциями, индуцированными вирусной инфекцией; при СД2 происходит изменение функций бета-клеток, развитие инсулинорезистентности. СД развивается в результате взаимодействия разнообразных генетических механизмов и неспецифических факторов внешней среды. У каждого человека болезнь развивается под воздействием совокупности причин. Психосоциальные факторы играют одну из ведущих ролей в возникновении и течении СД. Существует точка зрения о том, что психическое напряжение (острое или хроническое) может приводить к развитию СД в результате перенапряжения корковых процессов, растормаживания подкорковых гипоталамических центров, ведущих к нарушению нервно-гормональной регуляции. Другой возможный механизм - повышение тонуса гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, которое возникает при острых психических травмах, эмоциональных перенапряжениях (испуг, потрясение). Стрессовые факторы, активируя функцию симпатико-адреналовои системы, повышают секрецию адреналина и кортизола, которые могут существенно влиять на гуморальный и клеточный иммунитет с последующим развитием аутоиммунных реакций. Продолжительная стрессовая ситуация, вызывающая повышение уровня глюкозы в крови, может стать причиной нарушения углеводного метаболизма, что, в свою очередь, приводит к развитию СД. Экспериментальные данные подтверждают, что вызываемые в организме сдвиги в виде комплекса гормональных, метаболических и иммунологических нарушений являются своеобразным метаболическим стрессом, способным вторично активировать гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему. В развитии СД чрезвычайно важную роль играют наследственность и наличие больных СД среди родственников. Острое начало часто имеет место после эмоционального стресса, который нарушает гомеостатическое равновесие у лиц с предрасположенностью к этому заболеванию. Значимыми психологическими факторами, способствующими развитию СД, являются фрустрация, одиночество и подавленное настроение. Кроме того, к больным СД применимы такие термины, как «оральный», «зависимый», «нуждающийся в материнской ласке» и «чрезмерно пассивный». В рамках психосоматического подхода этиопатогенез СД можно представить в виде биопсихосоциальной модели векторами: сомато-, психо- и социогенеза (табл.).

**Таблица. Биопсихосоциальная модель сахарного диабета**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Периоды** **Векторы** | **Предиспозиции (диабетогенная семья)** | **Латентный (диабетогенный диатез)** | **Инициальный (нарушение толерантности к глюкозе)** | **Развернутой клинической картины (диабета)** | **Хронизации (формы и типы течения сахарного диабета)** | **Исходы (соматоневрологические осложнения диабета)** |
| Соматогенез | Наследственная отягощенность | Склонность к патологическим физиологическим реакциям | Нарушение толерантности к глюкозе (преддиабет) | Сахарный диабет | Формы и типы течения диабета | Соматические осложнения |
| Психогенез | Психофизиологическая диспозиция | Преморбидные личностные особенности | Психосоматические реакции | Соматоформные нарушения | Психосоматические нарушения | Соматопсихические нарушения |
| Социогенез | Дисгармония семейных отношений | Дисгармония социализации личности | Нарушения значимых социальных отношений | Преходящая социальная дисфункция | Социальная декомпенсация | Социальная дезадаптация (инвалидность) |

Соматогенез предполагает развитие систем и функций организма, психогенез - развитие психических функций, социогенез - развитие социальных ролей и отношений. Модель предполагает мультидисциплинарный и интегральный подход к комплексным и сложным причинно-следственным отношениям. **Психогенез СД,** предполагающий развитие психических нарушений при формировании заболевания, можно представить следующими периодами. Первый период - психофизиологическая диспозиция, предполагающая наличие специфических врожденных особенностей, которые могут способствовать развитию заболевания (слабый или среднеслабый неуравновешенный тип нервной системы, высокая эмоциональность и эмоциональная неустойчивость). От психофизиологических характеристик зависит выраженность физиологического ответа на стрессор. Отмеченные психофизиологические особенности способны вызвать более выраженную и патологическую реакцию на стрессор. Второй период психогенеза - это преморбидные личностные особенности (высокая личностная тревожность, высокий уровень алекситимии). В инициальный период заболевания возможны психосоматические реакции, проявляющиеся жалобами на единичные симптомы со стороны соматического состояния, с длительностью расстройства от нескольких минут до дней и не нарушающие функции органа. При дальнейшей психической травматизации происходит трансформация психосоматических реакций в соматоформные нарушения, которые также являются функциональными, но продолжаются более длительно и сопровождаются повторяющимися, множественными и клинически значимыми жалобами. В данном периоде также возможны нозогенные реакции на факт впервые обнаруженного заболевания, проявляющиеся тревожной, фобической, депрессивной симптоматикой. В дальнейшем возможен переход в психосоматические нарушения, которые уже носят хронический и необратимый характер. При тяжелом течении СД здесь возможно наличие астенодепрессивной, ипохондрической, тревожно-депрессивной симптоматики. В самом последнем периоде, говорящем об исходе заболевания, возникают соматопсихические нарушения, являющиеся следствием влияния на психику длительно текущего заболевания. **Социогенез СД,** то есть развитие социальных ролей и отношений в течение формирования заболевания, включает несколько фракталов. Первый период - это дисгармония семейных отношений. Она может быть связана с нарушениями одного или нескольких видов семейных отношений: психологических (открытость, доверие, забота друг о друге, взаимная моральная и эмоциональная поддержка), психофизиологических (половые отношения), социальных (распределение ролей, материальная зависимость, авторитет, руководство), культурных (национальные и религиозные традиции и обычаи). Все эти виды отношений влияют на воспитание ребенка в семье. Вследствие дисгармонии семейных отношений может в дальнейшем возникнуть дисгармония социализации личности. Именно в семье ребенок усваивает большую часть имеющихся в обществе социальных отношений. Нарушенные семейные отношения будут образцом для усвоения и приведут к формированию дисгармонии личности. В дальнейшем это может привести к нарушению значимых социальных отношений, которые станут стрессогенным фактором. В стадии развернутой клинической картины СД могут возникать преходящие социальные дисфункции, связанные с необходимостью изменения образа жизни. При тяжелом течении СД возможно наличие социальной декомпенсации, которая проявляется в нарушении семейных, профессиональных и других социальных отношений. В исходе заболевания возникает социальная дезадаптация, связанная с выходом на инвалидность, утратой социального статуса, профессиональных и личных перспектив. Таким образом, биопсихосоциальная модель учитывает все внешние и внутренние факторы в возникновении СД обоих типов и позволяет организовать наиболее раннюю профилактику заболевания еще на донозологическом уровне.

**Психологические особенности пациентов.**

СД может сопровождаться различными неспецифическими нарушениями в психической сфере, как возникающими на органическом фоне, так и являющимися следствием хронического психологического стресса. Психические нарушения при СД и нарушения, имеющие соматогенную природу, при СД объединяются в психоэндокринологический и мнестико-органический синдромы. На ранних этапах заболевания и в случаях относительно доброкачественного его течения выявляется снижение психической и физической активности с изменением настроения, называемое психоэндокринологическим синдромом. Возможны эмоциональные расстройства, преобладают смешанные состояния: угрюмая, ворчливо-раздражительная, мрачная депрессия с ожесточенностью, эйфория, маниакальные и депрессивные состояния со злобностью, депрессивно-апатические состояния, астенические депрессии. Нередко наблюдаются диссоциированные расстройства, например, приподнятое настроение с полной бездеятельностью и двигательной заторможенностью. Аффективные расстройства могут быть длительными, либо усиливаются эпизодически. Депрессивное расстройство - одно из наиболее распространенных психических нарушений при СД, наблюдающиеся почти у 50% молодых людей с плохо поддающимся лечению заболеванием. Мнестико-органический синдром констатируется на фоне длительного и особенно тяжелого течения СД. Он характеризуется расстройствами памяти, снижением интеллекта с выраженным нарушением осмысления и критического отношения к своему состоянию. У больных выпадают приобретенные знания, мышление замедляется и становится поверхностным. В аффективной сфере начинают преобладать черты эмоциональной вялости, тупости. Большое значение в развитии нарушений познавательной функции при СД имеют ухудшение кровоснабжения головного мозга, гипертензия, частота эпизодов гипогликемии, интенсивность алкоголизации. По мере утяжеления СД астеническая симптоматика трансформируется в астенодистимическую, астеноапатическую и астеноадинамическую. Выделяют три варианта диабетической энцефалопатии: астенический, эксплозивный и апатический. Изменения свойств личности, обусловленные хроническим психологическим стрессом, вызваны осознанием своего тяжелого заболевания, нередко - вынужденной сменой профессии, выходом на инвалидность. Эти больные имеют характерную структуру личности, впервые описанную в 1935 г. как «диабетический тип личности»: общий сниженный фон настроения, эмоциональная лабильность, частые невротические реакции, безразличие, неспособность принять самостоятельное решение, раздражительность, заострение присущих пациентам до болезни черт характера, астеническое состояние. Личностные реакции больных СД различаются по полу и возрасту. У мужчин на первый план выступают повышенный уровень тревоги за свое здоровье, потребность в посторонней помощи, у женщин - тенденция к отчужденности, эмоциональной отгороженности. У детей и подростков наблюдаются нарастание вялости, быстрая истощаемость, астенизация. Они становятся робкими, пассивными, стремятся к уединению. Основным защитным психологическим механизмом у молодых людей, больных СД, является рационализация, то есть поиск удобного убедительного оправдания своему поведению и перенос ответственности за проблемы на окружающих. Астенический синдром проявляется в гиперстенической или гипостенической форме. Если астения является характерным проявлением собственно СД, то ипохондрия и особенно депрессия могут быть результатом неадекватности или полного отсутствия необходимой больному психотерапии, либо обусловлены малой осведомленностью больных о сущности их заболевания и последствиях нарушений пищевого режима. Иногда при СД развиваются острые психозы. Чаще они протекают по типу острой экзогенной реакции, которая может проявляться галлюцинозом, сумеречным помрачением сознания; делирием, другими психическими расстройствами. Это особенно характерно для психозов, напоминающих шизофренические расстройства, так называемых шизофреноподобных психозов, которые иногда приходится дифференцировать с разнообразными Формами шизофрении. Возможны эпилептиформные припадки. При СД, начавшемся в детском или подростковом возрасте, у больных отмечаются отклонения в формировании личности в виде определенной диспропорциональности, нарушения гармоничного психического развития и интравертированности психики, что создает почву для патологического развития личности. Варианты развития личности выявлены в виде следующих типов: психосоматического, астенического, эксплозивного, обсессивного, истерического. У больных СД1 в структуре нозогнозий преобладают гипо- и гипернозогнозии, причем гипонозогнозия несколько чаще, и относительно редко встречается адекватная реакция на болезнь (15% больных). Среди гипонозогнозий наиболее часто обнаруживаются эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, ведущие к недооценке своего заболевания и к неудовлетворительному метаболическому контролю. Гипернозогнозия чаще присуща женщинам, особенно при наличии тяжелых осложнений и большом стаже заболевания, являясь следствием имеющихся осложнений СД и преморбидных особенностей личности. Таким образом, у больных СД1 и СД2 отмечается наличие различных психических расстройств, из которых наиболее часто встречаются расстройства невротического уровня, связанные с имеющимся у пациентов хроническим тяжелым соматическим заболеванием.

**Качество жизни.**

Хорошо известно, что СД представляет собой тяжелое соматическое заболевание, лечение которого требует строгого соблюдения диеты, регулярного приема сахароснижающих и корригирующих препаратов, обязательного врачебного контроля. Доказано, что неучастие пациента СД в лечении приводит к психологической депрессии, уходу в болезнь, препятствует ведению полноценного образа жизни, способствуя социальной дезадаптации больных. В первую очередь, при СД страдают следующие аспекты качества жизни (КЖ): психологический, профессиональный, семейный, социальный и финансовый. Значительные психосоциальные нарушения обнаруживаются у больных с нестабильным течением СД (с частыми гипер- и гипогликемическими состояниями). Отмечается, что худшее КЖ имеют больные с наличием осложнений. СД создает и многочисленные психологические преграды. Круг возможных отдаленных исходов СД широк: от незначительных соматических осложнений до слепоты, ампутаций конечностей, почечной недостаточности или нейропатической боли. Больные СД часто сталкиваются с плохими исходами заболевания, которые им приходится видеть в стационарах, и некоторой неопределенностью в отношении исхода СД, что является особой проблемой для людей, имеющих опыт неблагоприятного течения болезни у их друзей или родственников. При определении способа реагирования пациента на диагноз особенно важными являются три фактора: 1. Восприятие болезни больным. Степень социальной несостоятельности зависит, скорее всего, от того, насколько серьезно человек воспринимает свое состояние, а не от соответствия степени серьезности, а которой болезнь воспринимают врачи. 2. Личностные качества и прежние способы психологической адаптации. Лица, для которых характерны черты выраженной зависимости, избегающее поведение и обсессии, адаптируются к своему заболеванию хуже. 3. Тип психологической адаптации. При СД отрицание является распространенной, но дезадаптивной реакцией на диагноз. Некоторые люди могут вести себя так, как будто в действительности у них нет СД. В некоторых случаях результатом такого поведения будет неотложная госпитализация в связи с тяжелой гипергликемией. Люди, страдающие СД, предъявляют жалобы на психологические трудности, вначале часто проявляющиеся изменениями поведения. сахарный диабет эндокринный заболевание

Например, возможно сокращение частоты проверки или ее полное прекращение концентрации глюкозы в крови. Больные могут пропускать инъекции инсулина, а также отказываться от полезных ограничений питания.

У них могут развиваться или усугубляться такие вредные привычки, как курение, злоупотребление алкоголем либо другими психоактивными веществами. В то же время эмоциональная позиция пациентов с СД к болезни характеризуется хорошей способностью к сотрудничеству, уместным осознанием заболевания, адекватной толерантностью и слабым ощущением вины.

Примером чрезмерно выраженной дезадаптации при СД является «лабильный диабет». Он характеризуется значительными колебаниями содержания глюкозы в крови, часто требующими неотложной госпитализации. В настоящее время широко принята точка зрения о том, что лабильный СД - это поведенческая, а не патофизиологическая проблема. В оказании помощи больным СД важна настойчивая и последовательная работа, требующая тесной связи между специалистами психиатрической и терапевтической бригад.

Признаком успеха в этих трудных случаях заболевания является тактика сдерживания прогрессирования заболевания и стабилизация процесса с обязательным устранением нарушений, лежащих в основе СД, улучшенное регулирование содержания глюкозы в крови и, в перспективе, уменьшения случаев госпитализации.

**Медико-психосоциальная помощь.**

Программа оказания медико-психосоциальной помощи больным СД включает три блока: медицинский, психологический и социальный (табл.).

Таблица. Программа медико-психосоциальной помощи больным с сахарным диабетом

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Блоки |  |
| Периоды | Виды профилактики | Медицинский | Психологический | Социальный |
| Предиспозиции: диабетогенная семья | Первичная | Включение лиц с наследственной предрасположенностью к сахарному диабету в группу риска и раннее их профилактическое обследование | Выявление лиц со специфическими психофизиологическими особенностями и включение в группу риска | Выявление и коррекция дисгармонии семейных отношений |
| Латентный: диабетогенный диатез |  | Выявление лиц, склонных к патологическим физиологическим реакциям | Коррекция преморбидных личностных особенностей, повышение стрессоустойчивости | Коррекция семейных отношения и гармонизация социализации личности |
| Инициальный: нарушение толерантности к глюкозе |  | Диагностика нарушений толерантности к глюкозе при профосмотрах; медикаментозные и немедикаментозные воздействия | Коррекция психосоматических реакций, психотерапия | Гармонизация значимых социальных отношений |
| Развернутой клинической картины диабета | Вторичная | Постановка клинического диагноза сахарного диабета, назначение медикаментозной терапии, профилактика осложнений | Коррекция соматоформных нарушений, психотерапия, психофармакотерапия | Адаптация к заболеванию, коррекция межличностных проблем |
| Хронизации: формы и типы течения сахарного диабета |  | Контроль за соматическим состоянием; адекватная медикаментозная терапия сахарного диабета, профилактика поздних осложнений | Коррекция психосоматических нарушений, психотерапия, психофармакотерапия | Профессиональная и семейная адаптация |
| Исход: сомато- неврологические осложнения | Третичная | Лечение соматических и неврологических осложнений сахарного диабета | Психологическая реабилитация | Социальная реабилитация |

Биопсихосоциальная модель СД требует внедрения мультидисциплинарных бригадных форм организации профилактики, коррекции и реабилитации. Медицинский блок, осуществляющийся в векторе соматогенеза, предполагает оказание помощи специалистами общей практики, терапевтами, эндокринологами, а при возникновении осложнений - невропатологами, окулистами, кардиологами. Психологический блок, реализовывающийся в векторе психогенеза, предполагает участие специалистов, занимающихся психическим здоровьем: психотерапевтов, клинических психологов, психиатров. Социальная помощь оказывается в векторе социогенеза с участием специалистов социальных служб. Биопсихосоциальная модель позволяет обосновать организацию первичных профилактических мероприятий еще в первом периоде - предиспозиции (диабетогенной семьи), где мероприятия направлены на выявление наследственной и психофизиологической предрасположенности и на гармонизацию семейных отношений. В латентном периоде мероприятия направлены на выявление патологических физиологических реакций, коррекцию социализации личности, преморбидных особенностей. Выявление патологических физиологических реакций должно заключаться в определении уровня гликемии у лиц, имеющих нарушения в социализации личности и преморбидные личностные особенности. Если при СД у пациентов наблюдаются невротические нарушения, то в этом случае прибегают к психофармакотерапии. Использование психофармакологических препаратов создает благоприятный фон для проведения психотерапии, снижая уровень тревоги и способствуя трансформации психологических защит, редукции сформировавшихся на базе тревоги психопатологических синдромов, .ослаблению эмоционально обусловленных и искажений оценки окружения и собственных реакций, улучшая, таким образом, интеграцию поведения и социальное взаимодействие пациента. Кроме того, это делает взаимодействие врача и больного более продуктивным. Психотерапия является одним из важнейших направлений помощи пациентам с СД. Основными задачами психотерапии являются: перестройка пищевого стереотипа, выработка необходимой установки на запрещенные продукты питания, адаптация к новым жизненным условиям, изменение стиля жизни, расширение психологических ролей, осознание своих возможностей и способов их реализации, изменение отношения к психотравмирующим ситуациям, восстановление личностного и социального статуса, повышение психологической компетентности. В работе с больными СД используются следующие виды психотерапии: суггестивная, эмоционально-стрессовая, гипнотерапия, аутогенная и эмоционально-волевая разновидности тренировок, рациональная, личностно-ориентированная с использованием техник групповой дискуссии, когнитивно-поведенческая терапия, гештальт-терапия, психодрама, релаксация, терапия творческим самовыражением, позитивная психотерапия. Психотерапия при СД должна носить комплексный системный характер и может осуществляться как в виде индивидуальных, так и групповых занятий, а также и в виде работы с семьей. В процессе психотерапевтического лечения у больных с СД отмечается улучшение психоэмоционального состояния, снижение внутреннего напряжения, уменьшение тревожности, исчезновение депрессивного синдрома, снижение потребности в помощи и поддержке извне, повышение социально-психологической компетентности, а также понижение уровня гликемии. При возникновении исходного состояния СД с развитием соматоневрологических осложнений болезни больным проводится медицинская, социальная и психологическая реабилитация. Биопсихосоциальная модель возникновения СД позволяет организовать профилактику заболевания еще на донозологическом уровне и обосновать индивидуальные лечебно-реабилитационные маршруты.

**Заключение**

Анализ заболевания сахарным диабетом как соматической проблемы дает нам следующую картину. Диабетик знает, что, по меньшей мере, в одном секторе его гомеостаз неудовлетворительно регулируется. Отсюда возникает чувство неуверенности. Хронический дефект может негативно влиять на жизненную стратегию диабетика. Часто он организует всю свою жизнь вокруг своего страдания.

Различие между взрослыми больным (тип 2) и больными юношеским диабетом (тип 1) заключается в том, что взрослые не представляются выражений подверженными страхом, хотя тенденции к скрытой депрессии несомненны. Личностные черты, достигающие шизоидности, скорее присущи для больных юношеским диабетом, при нагрузках здесь характерны отрицание и избирательное восприятие проблем.

Вот обобщенные черты психологического портрета диабетика:

. Конфликты и неоральные потребности удовлетворяются с помощью еды. Может проявиться обжорство и возникнуть ожирение, вслед за чем наступает длительная гипергликемия, а затем - истощение инсулярного аппарата.

. Вследствие приравнивания еды и любви друг к другу при утрате любви возникает эмоциональное переживание состояния голода и тем самым, независимо от поступления пищи, соответствующий диабетическому голодный обмен веществ.

. Сохраняющийся в течение всей жизни страх ведет к постоянной готовности к борьбе или бегству с соответствующей гипергликемией без сброса психофизического напряжения. На почве хронической гипергликемии может развиться диабет.

Несмотря на это, не существует какого-либо определенного диабетического личностного типа и возникновение заболевания нельзя объяснить исключительно с помощью психодинамических моделей, существуют психические факторы, в особенности при 1-м типе сахарного диабета, существенно влияющие на течение и терапию. Особое значение имеют свойственные этим больным чувства незащищенности и эмоциональной заброшенности. Кроме того, встречаются пациенты с сильным желанием заботы о себе, которое порождает «амбивалентные тенденции тревоги, беспокойства, страха, с одной стороны, и стремления к покою и защищенности, с другой».

Иногда это - очень преданный человек, но желания его нереальны. Он старается позаботиться обо всех, кто попадает в поле его зрения, и винит себя за то, что жизнь у других людей идет не так, как он задумал.

Для больного диабетом характерна интенсивная умственная деятельность, так как он постоянно думает о том, как реализовать свои планы. Но за всеми этими планами и желаниями скрывается глубокая грусть, вызванная неудовлетворенной жаждой нежности и любви.

Можно полагать, что у ребенка диабет возникает, когда он не чувствует достаточного понимания и внимания со стороны родителей. Грусть и печаль создает пустоту в его груди, а природа не терпит пустоты.

Для психотерапевта результатом этих рассуждений должен стать четкий план коррекции мышления пациента. Ясно, что целью такой коррекции является переформирование катастрофических установок в позитивные, а применяемые для этой цели техники значения не имеют и зависят от личности пациента и терапевта, их пристрастий и характера отношений.

Поскольку в развитии диабета все начинается с тревоги, то диабет напоминает человеку о том, что пришло время расслабиться и прекратить попытки контролировать абсолютно все. «Почувствуй сладость настоящего вместо мыслей о будущем». Итак, начинается все, как и при ожирении, - с тревоги. Затем, фаза смирения пропускается, а в фазе капитуляции - страх, вместо расслабления. Страх парализует деятельность печени по приему глюкозы и преобразованию ее в гликоген, включаются только долгосрочные запасы в виде жира. Сахарный диабет 2-го типа - это всегда болезнь ожирения. Дальше процесс идет в виде повышения концентрации глюкозы, а экспансия минуется. Высокая концентрация глюкозы выражается телесными проявлениями застоя (диабетическая гангрена, ретинопатия, гипертония и другие осложнения). Заболевание развивается в треугольнике: тревога-страх-гнев (рис. 23).

При диабете 1-го типа имеет место значительное дополнительное воздействие гормонов расхода энергии (дофамины) без фактического ее расхода. Тревога и страх есть, концентрация сахара и адреналина, вызывающего гликогенолиз, есть, а команды на расход - нет, агрессия подавлена, запрещена. По всей видимости, на уровне психосоматики разница между типами диабета заключается только в особенностях течения реакции концентрации: при 2-м типе - это повышение концентрации глюкозы из-за чрезмерной парасимпатической реакции (ожирения), а при диабете 1-го типа к этому добавляется симпатическая реакция скрытой агрессии, проявляющаяся высокой концентрацией адреналина. Нарушается взаимодействие этих двух систем: в первом случае - в пользу превалирования адреналина над инсулином, во втором - инсулина над адреналином. А причина в обоих случаях одна - повышение концентрации глюкозы.

В прошлом больного сахарным диабетом есть нечто, вызывающее у него вину и обиду. Пусть примет это все и простит: простит и себя, и других. Здесь акцент ставится на работе в фазе смирения. Второй акцент - экспансия, целенаправленная деятельность, в том числе физическая.

Практика показывает, что сочетание рациональной работы, диетотерапии и специфических двигательных упражнений (даже без вмешательства на уровне неосознанного) позволяет получить очень высокий терапевтический эффект и в ряде случаев отказаться от применения инсулина.

**Список использованной литературы**

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. - М., 2000.

2. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л., 1989

. Брайтигем В., Кристиан П., Род М. Психосоматическая медицина. - М.: ГЭОТАР Медицина, 1999, 376 с.

. Клиническая медицина. Справочник практического врача. - М., 1997, T.1

. Клиническая эндокринология: Руководство/Под ред. Н. Т. Старковой.- М.: Медицина, 1991.-512 с.

. Кулаков С.А. Основы психосоматики. - СПб.: Речь, 2005. - 288 с

. Лакосина Н.Д. Клиническая психология: учебник для студентов медицинских вузов/ Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. - М.: МЕДпресс-информ, 2003. - 416 с.

. Малкина - Пых И.Г. психосоматика: новейший справочник. - М.: Эксмо, СПб: Сова, 2003, -928 с.

. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. - 4 изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2002 - 592 с.

. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврозология и психосоматическая медицина. - М.: МЕДпресс-информ, 2002 - 608 с

. Павел Сидоров: "Психосоматические аспекты сахарного диабета"//Медицинская газета №81, 24.10.2008.

. ПезешкианН. Психосоматика и позитивная психотерапия. - М., 1996.

. Психосоматические заболевания: Полный справочник. - М.: Эксмо, 2003. - 608 с.

. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: Учебник. - 2-е изд., дополн. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 864 с. (Серия XXI в).