Курсовая работа

по клинической психологии

Извлечение первичной выгоды, связанной с трудовой деятельностью, из симптома головной боли напряжения

# **ВВЕДЕНИЕ**

головной боль выгода

На сегодняшний день головная боль - это крайне актуальная проблема. С жалобами на головную боль к врачам регулярно обращается множество пациентов, часто это работающие люди, и в связи с этим проблема приобретает не только личный характер для пациентов, но и социальную значимость. Она состоит не только в том, что на решение проблемы головной боли тратится большое число ресурсов здравоохранения, но и в том, что человек, страдающий головной болью, либо вовсе не в состоянии работать, либо трудится менее эффективно, что влечёт за собой снижение эффективности предприятия, на котором он работает.

В данный момент мы живём в условиях затянувшегося мирового экономического кризиса, в связи с сокращением кадров значительно выросла трудовая нагрузка, а из-за возросшего конкурса при приёме на работу ужесточились требования. Возможно, частые случаи обращения с жалобами на головную боль имеют прямую связь с этими обстоятельствами.

**Цель** исследования - изучить симптом головной боли напряжения как инструмент получения первичной выгоды, связанной с трудовой деятельностью в условиях русского социума.

**Объект** исследования - работающие люди с симптомом головной боли напряжения.

**Предмет** исследования - симптом головной боли напряжения, связанный с трудовой деятельностью.

**Ключевые понятия** - «симптом головной боли напряжения», «психогенное расстройство», «первичная выгода от болезни».

**Задачи**:

. изучить научно-психологическую литературу по заданной теме;

. определить ключевые понятия и их взаимосвязь;

. разработать дизайн исследования;

. провести исследование и обработать результат;

. сделать выводы по исследованию.

**Методы**, необходимые для решения поставленных задач:

) Метод клинического интервью.

) Метод наблюдения.

) Теоретический метод.

**Гипотеза**: в большинстве случаев симптом головной боли напряжения возникает как средство получения первичной выгоды, связанной с трудовой деятельностью.

# **1. КЛЮЧЕВЫЕ ПОНЯТИЯ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ**

головной боль выгода

## 1.1 СИМПТОМ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

Прежде чем говорить о головной боли напряжения, следует коротко рассмотреть общие сведения о ней и некоторые статистические данные, чтобы подтвердить актуальность, обозначенную во введении.

Всемирная организация здравоохранения даёт следующие определение головной боли: «Головная боль - это мучительное и лишающее возможностей нормально функционировать состояние» [5].

Симптом головной боли - это крайне часто встречаемая проблема, с которой обращаются к врачам различных специальностей [4]. В 1998 году Международное общество головной боли выделило 13 основных типов головной боли:

. Мигрень.

. Головная боль напряжения.

. Кластерная головная боль и хроническая пароксизмальная гемикрания.

. Различные формы головной боли, не связанные со структурным поражением.

. Головная боль, связанная с травмой головы.

. Головная боль, связанная с сосудистыми расстройствами.

. Головная боль, связанная с несосудистыми внутричерепными расстройствами.

. Головная боль, связанная с употреблением определенных веществ или отказом от их приёма.

. Головная боль, связанная с инфекцией.

. Головная боль, связанная с метаболическими нарушениями.

. Головная боль или лицевая боль, связанная с патологией черепа, шеи, глаз, носа, пазух, зубов, рта или других лицевых или черепных структур.

. Краниальные невралгии, невропатии и деафферентационная боль.

. Неклассифицируемая головная боль.

Первые 4 группы - первичная головная боль, 5-11 - симптоматическая головная боль, 12-я группа включает краниальные невралгии, 13-я - неклассифицируемую головную боль.

Стоит подчеркнуть, что головная боль напряжения является самой распространённой по данным Всемирной организации здравоохранения: об эпизодических приступах головной боли напряжения сообщают более 70% людей, а об хронической 1-3% взрослого населения [5]. По другим данным, головная боль напряжения по распространённости составляет 54% среди всех типов головной боли [10].

Заметим, что источник, говорящий о 54%, датируется 1995 годом, а о 70% - 2012 годом, что показывает значительно возросший процент случаев головной боли напряжения (это косвенно подтверждает гипотезу связи случаев головной боли с трудовой деятельностью, так как в 1995 году не было мирового экономического кризиса и средняя нагрузка на рабочих и требования к ним были существенно ниже).

**Головная боль напряжения**. Происхождение головной боли напряжения связано с рядом факторов:

 наследственной предрасположенностью;

 вегетативной дисфункцией;

 психологическими особенностями личности;

 депрессивными включениями;

 хроническим стрессом.

В патогенезе боли рассматриваются нарушения «системы воротного контроля» Melzak и Wall (ноци-анти-ноцицептивной системы), сосудистые, биохимические, нейрогенные факторы [10]. Головная боль напряжения, по определению Международного общества головной боли, представляет спектр состояний от лёгкой эпизодической головной боли до каждодневных приступов средней тяжести, продолжающихся весь день. Выделяют эпизодическую и хроническую головную боль напряжения. Между этими состояниями установлена условная граница: 180 и более дней в году с головной болью (15 дней в месяц) - при хронической форме и менее 180 дней - при эпизодической форме. Основной фактор патогенеза - миофасциальные нарушения в перикраниальных мышцах и сенсибилизация задних рогов спинного мозга при хронической форме.

Разновидностью головной боли напряжения является психогенная боль (психалгия), не сопровождающаяся миофасциальными нарушениями (головная боль напряжения без дисфункции перикраниальных мышц).

По субъективным ощущениям головная боль напряжения воспринимается как сдавление головы («каска», туго натянутая лента, «обруч»), чувство тяжести, «ползания мурашек». Боль локализуется в области лба, глаз, свода черепа, иногда иррадиирует в виски, лицо, шею, плечи. Головная боль напряжения сопровождается психовегетативными расстройствами: снижением аппетита, тошнотой, затруднением дыхания, нарушением сна, чувством «кома в горле», утомляемостью (физической и психической), расстройством концентрации внимания.

Эпизодическая головная боль напряжения носит приступообразный характер. Боль возникает в разное время суток, чаще к вечеру, длительность приступа варьируется от 30 мин до 7 дней. На протяжении этого времени боль ощущается постоянно, с ней больной просыпается и засыпает, но никогда не пробуждается по ночам.

В отличие от мигрени интенсивность приступа головной боли напряжения лёгкая или умеренная, характер - давящий (не пульсирующий), локализация - двусторонняя, боль не усиливается при физической нагрузке, поэтому больные с головной болью напряжения предпочитают прогулку на свежем воздухе и никогда на стараются лечь в постель. Головная боль напряжения не сопровождается тошнотой, рвотой, фото- и фонофобией. Перечисленные особенности заложены в диагностические критерии эпизодической головной боли напряжения.

Хроническая головная боль напряжения по характеру аналогична эпизодической, но проявляется более частыми приступами или ежедневно.

Отсутствие патогномоничных симптомов головной боли напряжения, в отличие от мигрени с аурой или кластерной головной боли, затрудняет её диагностику. Более чем у половины больных необоснованно диагностируется симптоматическая головная боль (связанная с такими органическими заболеваниями головного мозга, как черепно-мозговая травма, арахноидит, нейроинфекция, внутричерепная гипертензия и др.).

Головная боль напряжения часто протекает совместно с мигренью. У больных мигренью в 10-40% случаев в межприступном периоде отмечается эпизодическая или хроническая головная боль напряжения. Кроме того, отмечается, что люди, страдающие хроническими головными болями, часто подвержены тревожным и паническим расстройствам.

Так как извлечение первичной выгоды происходит именно из головной боли психогенного генеза, то необходимо детально рассмотреть этот тип головной боли напряжения.

**Психосоматическая головная боль напряжения**

Головная боль напряжения часто возникает в ситуации трудового усилия и в критической профессиональной или общественной ситуации. Она может возникать как результат чрезмерных усилий, особенно если приходится много, но безуспешно работать, когда возникающее напряжение не устраняется. Часто головная боль связана с внутренними конфликтами, когда особенно выраженное стремление к деятельности сочетается с внешним отрицанием его или внутренней невротической амбивалентностью.

Головная боль напряжения, возникающая по невротическим причинам, может быть обусловлена внешним и/или внутренним трудовым конфликтом. При этом обнаруживаются чрезмерные притязания и слишком большие ожидания успеха и признания. Они приводят к разочарованию, особенно тогда, когда их изживание задерживается чувством вины, исходящим из детства.

В картине личности часто находят повышенное честолюбие с чрезмерной активностью и обычно очень однообразной жизнью. Стремление к совершенству и повышенный уровень притязаний также характерны для таких больных. У них никогда не наступает полного расслабления. Длительное напряжение мышц плечевого пояса, затылка и всей головы является сопровождающим проявлением и выражением фрустрации, внутренней напряжённости, никогда не приводящей к определённости, удовлетворённости и развязке.

## 1.2 ПОНЯТИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ И ЕГО РАЗНОВИДНОСТИ

Так как фокус внимания в работе сосредоточен на головной боли напряжения психосоматического характера, то необходимо рассмотреть, что есть психосоматическое заболевание.

Начнём определять психосоматические заболевания с цитаты: «Современный̆ взгляд на психосоматику выходит за рамки представлений о здоровье и болезни. Психосоматика - это телесное отражение душевной жизни человека, включая как телесное проявление эмоций (следствием дисбаланса которых и становятся психосоматические болезни), так и „зеркало“ иных подсознательных процессов, телесный канал сознательно-подсознательной коммуникации. В этом контексте тело представляется как своего рода экран, на который проецируются символические послания подсознания. Экран, на котором все „тайное“ (подсознательное) становится „явным“ (сознательным) или, по крайней мере, получает потенциальную возможность стать таковым. И на котором психологические проблемы человека, его внутренние, сознательно- подсознательные конфликты находят отражение в облигатном, безусловно-обязательном порядке» [8].

Если говорить конкретно о понятии «психосоматическое заболевание», то здесь возникает определённое затруднение - трудно найти авторитетный источник, где было бы дано определение этого термина, чаще встречается определение психосоматики как отрасли науки, отрасли медицины. Обратимся к одному из таких определений. «ПСИХОСОМАТИКА (от греч. psyche - душа + soma - тело) - направление в медицине, изучающее роль психических факторов в этиологии и патогенезе функциональных и органических расстройств организма человека» [7]. Исходя из определения отрасли науки ясен и её объект - организм человека в комплексе физических и психических функций и проявлений, и предмет - психические факторы, влияющие на соматическое состояние. Далее из предмета и объекта выведем определение психосоматического заболевания. Это функциональное и/или органическое заболевание, возникшее вследствие воздействия психологических факторов.

По современным представлениям, к психосоматическим заболеваниям и расстройствам относят: конверсионные симптомы, симптомы эквиваленты.

Конверсионные симптомы - невротический конфликт получает вторичный соматический ответ и переработку. Симптом имеет символический характер, демонстрация симптомов может пониматься как попытка решения конфликта. Конверсионные проявления затрагивают в большей части произвольную моторику и органы чувств. Примерами являются истерические параличи и парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены.

Симптомы эквиваленты - физические симптомы, которые для сознания служат признаками тревоги. Тревога представляет собой эквивалент какой-либо неосознаваемой эмоции. Неосознанное содержание проявляется на уровне тела как раздражение неясного происхождения. В отличие от конверсионного симптома отсутствует выраженный конфликт между id и super ego.

В рамках работы головная боль напряжения будет рассматриваться как симптом эквивалент, так как отсутствует символическое значение и вегетативное напряжение является основой головной боли напряжения.

## .3 ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ВЫГОДЫ ИЗ БОЛЕЗНИ

Выгода от болезни - преимущества, бессознательно приобретаемые человеком при его заболевании и извлекаемые им из самой болезни.

В процессе своей исследовательской и терапевтической деятельности З. Фрейд пришёл к выводу, что при всех своих страданиях и обращении за помощью к врачу невротики не спешат расстаться со своим заболеванием, как будто их болезнь является своего рода благом для них. И действительно, в случае непереносимого внутриличностного конфликта человек может попытаться разрешить его таким способом, который представляет не что иное, как бегство в болезнь. Именно так и поступает невротик, находя для себя спасительное средство в болезни. Благодаря бегству в невроз его ego приобретает определённую выгоду от болезни. Это, так сказать, его внутренняя выгода, позволяющая ему уйти от опасностей реальной жизни в свой психический мир. Но нередко к внутренней выгоде от болезни присоединяется внешнее преимущество, находящее своё отражение в реальности.

В «Лекциях по введению в психоанализ» З. Фрейд привёл пример, иллюстрирующий понимание выгоды от болезни. Представьте себе женщину, с которой муж грубо обращается и беспощадно использует её в своих собственных интересах. Разумеется, её никак не устраивает подобное положение. В отместку мужу она могла бы ему изменить и найти утешение в любовных отношениях с другим, более покладистым и терпимым мужчиной. Но она не может решиться на такой смелый поступок или настолько нравственна, что не может даже помыслить об измене своему мужу. Можно было бы вообще расстаться с мужем, не уважающим её. Но она не в состоянии этого сделать, так как боится, что не сможет материально обеспечить себя или не найдёт более лучшего спутника жизни. Тогда ей не остаётся ничего другого, как найти выход из сложившейся ситуации путём бегства в болезнь: заболевание защищает её от грубых посягательств со стороны мужа, становится орудием борьбы против него, освобождает её от супружеского гнёта, приносит ей облегчение. Не имея привычки жаловаться на своего мужа и испытывая страх перед его грубостью, бедная женщина может теперь пожаловаться на свою болезнь. Врач становится её защитником, поскольку муж может прислушиваться к его рекомендациям, связанным с лечением. Отношение мужа к жене может стать менее грубым, поскольку он будет вынужден считаться с её болезнью. А если мы заменим мужа на начальника, а жену на сотрудника? Можно заметить, что суть ситуации нисколько не изменилась.

Оказывается, болеть зачастую выгодно. Когда у школьника возникает опасение по поводу того, что предстоящая контрольная работа, скажем, по математике, принесёт ему неудовлетворительную оценку, а это, в свою очередь, вызовет глубокие переживания, связанные с осуждением со стороны родителей, то у него возникает мысль: хорошо бы заболеть, чтобы не идти в школу по уважительной причине, и, следовательно, избежать не желаемого результата. И бывает так, что школьник действительно заболевает: накануне вечером или утром у него неожиданно поднимается температура, начинает болеть горло или наблюдается кишечное расстройство. Одним словом, внезапное заболевание способствует временному разрешению возникшей перед школьником проблемы, избегания конфликтной ситуации. Но, к сожалению в трудовой деятельности подобные «фокусы» зачастую не удаются. Если необходимо, например, сдать годовой отчёт. Заболеть, конечно можно, но кто сделает работу? Кто-то сделать её должен. Это может получится один раз, возможно, два, но потом такого сотрудника скорее всего уволят. Причём, уволят, когда он выздоровеет. Ведь кто хочет портить репутацию антигуманным отношением к людям? А повод найдётся и после. Это сильно усложняет ситуацию в сравнении с ситуацией школьника. Возможно, сотрудник и получит некоторое снисхождение, но выйти на работу ему всё равно придётся.

Болезнь имеет преимущества, так как к больному человеку относятся с меньшей требовательностью и с большим снисхождением. У невроза свои преимущества. Ego человека мирится с неврозом, поскольку бегство в болезнь оказывается спасительным средством в том случае, когда индивид не видит иных путей разрешения возникшего у него конфликта. Но невроз, как подчёркивал З. Фрейд, обладает не только преимуществами, но и недостатками. К последним относится то, что облегчение конфликта путём бегства в болезнь не является окончательным разрешением его. Человеку приходится платить дорогую цену за подобный способ облегчения конфликта. В качестве компромиссного образования появляются невротические симптомы, доставляющие человеку страдания, подчас не меньшие, чем мучения от первоначального конфликта. При этом его ego оказывается в таком положении, когда, с одной стороны, оно хотело бы избавиться от приносящих человеку страдания симптомов, а с другой - его устраивает та выгода от болезни, которую он имеет. Характерная для невроза подобная амбивалентность Я усугубляет его и без того нелёгкое положение, в результате чего человек испытывает постоянное раздвоение, разрушительно сказывающееся на его психическом состоянии.

З. Фрейд исходил из того, что выгода от болезни появляется вместе с симптомом. Это, так сказать, первичная выгода, которую приобретает человек. По мере того как болезнь становится затяжной, она как бы срастается с человеком: она приобретает самостоятельное существование, заключает некий союз между собой и другими сторонами психики, становится своего рода инстинктом самосохранения и развивает вторичную функцию, поддерживающую её существование. К первоначальной выгоде от болезни добавляется то, что применительно к неврозу З. Фрейд назвал вторичной выгодой. Эта вторичная выгода закрепляет наличие болезни, в результате чего, несмотря на все жалобы больного по поводу переносимых им страданий, он внутренне не готов расстаться со своим заболеванием и оказывает всяческое сопротивление выздоровлению.

Пациенты пользуются выгодой от болезни. Она как бы усиливает их защитные функции, связанные с бегством от реального мира. По этому поводу в своём докладе на II Конгрессе психоаналитиков в Нюрнберге в 1910 году З. Фрейд заметил, что неврозы «имеют свою биологическую функцию, как меры предосторожности, и своё социальное оправдание; их „выгода от болезни“ не всегда чисто субъективна». Однако, подчёркивал он, будучи действенной, подобная выгода оказывается на самом деле сомнительной с точки зрения нормального функционирования индивида. Во всяком случае она является такой выгодой, которая поддерживает само заболевание и в этом смысле оборачивается не чем иным, как вредом, не только усугубляющим психическое состояние больного, но и наносящим урон обществу. Обращая внимание на это обстоятельство, Фрейд замечал: «Выгода от болезней при неврозах в общем и в конце концов вредна как для отдельного больного, так и для общества».

Пользуясь выгодой от болезни, пациенты не осознают тот вред, который скрыт за преимуществами, даваемыми им болезнью. Не случайно их сопротивление против излечения не становится предметом их сознания.

# **2. ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ**

## 2.1 МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования сформулирована через вопрос «как», что предполагает качественные методы исследования вместо количественных. Качественные методы позволяют определить не количество связи, а её качество и структуру, выполняют роль фундамента для дальнейшего определения количественных показателей выявленной связи. Несмотря на то, что качественная сторона связи уже описана в рамках теоретического обоснования данной работы, целью является определение особенностей этой связи в современных реалиях русского социума.

В качестве основного качественного метода был выбран метод клинического интервью. Тип интервью - частично стандартизованное. Стандартизация клинического интервью заключается в применение модифицированной версии метода Т. Дембо - С. Я. Рубинштейна (будут использоваться следующие самооценочные шкалы: «здоровье», «удовлетворённость работой», «успешность в работе», «требовательность к себе», «выполнение требований к себе»). Этапы клинического интервью:

. Вводный этап. Этап, на котором испытуемому разъясняется цель интервью, процедура его проведения, положение о конфиденциальности и выгоды для пациента.

. Этап сбора самооценочной информации о жизненной ситуации пациента. На этом этапе будет применена модифицированная версия метода Т. Дембо - С.Я. Рубинштейна. Будут использоваться следующие самооценочные шкалы: «здоровье», «удовлетворённость работой», «успешность в работе», «требовательность к себе», «выполнение требований к себе».

. На этом этапе пациенту даётся возможность принять инициативу в интервью, высказать то, что он считает нужным. Также на этом этапе собирается необходимая информация о личности пациента: диагноз (выписка из заключения невролога), краткая история болезни, сфера деятельности пациента, super ego, эмоциональная сфера, отношения с телом, информация о матери и отце (с помощью вопроса «какая она/он?»), детство, выгода от болезни.

. Заключительный этап. Обобщение полученной информации. Возвращение обобщённых результатов пациенту.

Полученная в ходе клинического интервью информация подвергается обобщению, и по ней составляется заключение на пациента. Затем все полученные заключения анализируются, и из них делаются итоговые выводы.

## 2.2 ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРКИ

Исходя из объекта исследования, для выборки необходимы работающие люди, у которых есть головная боль напряжения.

Несмотря на большую распространённость головной боли напряжения, подбор выборки представляет большую сложность, так как люди, страдающие ей, редко обращаются к врачу, а если обращаются, то находятся на амбулаторном лечении. В связи с этим, в выборку также брались пациенты с миофасциальным синдромом, в который вторичная головная боль напряжения включалась в качестве симптома.

Исследование проводилось в неврологической клинике.

В итоге, в выборку попало 5 пациентов. Хотя такая выборка является непоказательной даже для качественных методов исследования, из неё тоже можно сделать вывод: редкость обращения людей к врачу говорит о том, что люди стремятся игнорировать заболевание или заниматься самолечением.

# **3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

У всех пациентов наблюдаются высокие показатели по шкалам желаемого. Средние показатели превышают 8 баллов. При этом, почти все отмечают, что предъявляют завышенные требования к себе, которые не могут выполнить.

Все пациенты отмечают, что детство у них было тяжёлым и им приходилось выполнять много работы, помогать родителям. При этом мать описывается ими как либо больная, либо сильно устающая. Также наблюдается сильная super ego фигура. Примечательно наличие навязчивого чувства вины, предположительно, перед матерью, идущее из детства.

Super ego у пациентов гипертрофированно. Все пациенты стремятся наращивать темп в работе, называют себя ответственными людьми. Головные боли для них не являются помехой, несмотря на них они продолжают работать. Так как причина возникновения головной боли напряжения продолжает воздействовать, то со временем ситуация усугубляется.

Все исследованные пациенты имеют невротический тип личности. У всех наблюдается алекситимия разной степени тяжести. Во всех случаях отмечается тревожность.

Особо обращает на себя внимание тот факт, что всех пациентов беспокоит шейный остеохондроз. М. Сандомирский пишет, что боли, расцениваемые как проявление остеохондроза, либо провоцирующие действительные обострения его, психологически часто бывают связанны со сдерживаемой агрессией [8].

В своей работе «Воспитание народоубийц» К. Бассиюни пишет о том, что воспитание, построенное по принципу повиновения и принуждения (о том, что описанные пациенты описывались именно по этому принципу, говорит наличие у них гипертрофированного super ego), формирует в человеке «революционный потенциал» - скрытая агрессия, которая направленна на отделение от контролирующего объекта и обретение автономии [1]. Кроме того, таким людям значимо ощущать, что их не опекают, не угнетают и не контролируют, что они имеют возможность жить и действовать по собственной воле. Это является следствием неразорванной симбиотической связи.

В свете вышеописанного можно предположить, что остеохондроз шейного отдела позвоночника у пациентов связан именно с скрытой агрессией, которую К. Бассиюни описал как «революционный потенциал». В этом случае, можно расценить гипертрофированное super ego как попытку сопротивления контролю по принципу «сила-бессилие» (говоря иначе - сиблинговый (конкурентный) тип поведения). Постоянный сиблинговый тип поведения не приводит к расслаблению и заставляет человека предъявлять всё большие требования к себе. Именно поэтому и возникает головная боль напряжения.

Можно сделать вывод, что у пациентов проблема заключается в не прохождении Эдипова комплекса. Была слишком сильная отцовская фигура, с которой невозможно было конкурировать на тот момент. Потому пациенты продолжают попытки конкуренции с интроектом этой фигуры.

После рассмотрения головной боли напряжения через эдипальные отношения становится понятно, почему у пациентов не наблюдалось выгоды от головной боли напряжения в трудовой сфере. Это обосновывается тем, что она возникала не как чрезмерные усилия в работе, а как следствие постоянной внутренней борьбы с интроецированной отцовской фигурой.

# **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В ходе работы были рассмотрены ключевые понятия, такие как: головная боль напряжения, выгода от болезни и психосоматическое заболевание.

Был составлен дизайн исследования на основе качественных методов исследования. Затем было проведено исследование на пациентах неврологической клиники. В ходе исследования была обнаружена трудность, которая заключалась в сложности нахождения пациентов с необходимым диагнозом, так как они редко обращаются к врачам.

Тем не менее, даже на малой выборке стало видно, что говорить о выгоде от головной боли напряжения в трудовой сфере не уместно, так как она связана не с самой трудовой сферой, а является следствием эдипальной проблематики.

Кроме того, было замечено, что головная боль напряжения сопровождается остеохондрозом. Необходимо провести более широкомасштабное исследование пациентов с головной болью напряжения и остеохондрозом. Возможно, в этих случаях уместно говорить о головной боли напряжения как о вторичной относительно остеохондроза в психосоматическом аспекте.

Гипотеза о том, что в большинстве случаев симптом головной боли напряжения возникает как средство получения первичной выгоды, связанной с трудовой деятельностью, не подтвердилась.

# **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Бассиюни К. Воспитание народоубийц / К. Бассиюни СПб.: Академический проект, 1999. 224 с.

2. Бегоян А.Н. Анатомия психотравмы: боль, болезнь и исцеление // Армянский журнал психического здоровья, том 3.,номер 2.2012; 34-39.

3. Бройтгам В. Психосоматическая медицина: краткий̆ учебник / В. Бройтгам, П. Кристиан, М. Фон Рад. - М.: ГЭОТАРМЕДИЦИНА, 1999. - 376 с.

4. Вейн А.М. Головная боль // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 1996. - № 3. - С. 5-7.

5. Головные боли [Электронный ресурс] / 2012. - Режим доступа: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/ru/index.html

. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика / И.Г. Малкина-Пых. - М.: ЭКСМО, 2005. 992 с.

. Мещерякова Б.Г. Большой психологический словарь / Б. Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. - СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2004. - 672 с.

. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: практическое руководство / М.Е. Сандомирский. - М.: Класс, 2005. - 592 с.

. Склют М.И. Головная боль: классификация и диагностика [Электронный ресурс] / М.И. Склют, Л.С. Гиткина. - Электрон. дан. - Минск.: Медицинские новости, 1999. - Режим доступа: http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=2575

. Страчунская Е.Я. Головная боль напряжения // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1995. - №4. - С.94.

. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции / З. Фрейд. - СПб.: Питер, 2012. - 384 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

**Приложение 1**

Карта клинического интервью.

ФИО пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата проведения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Бланк самооценки:



Протокол клинического интервью:

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

Клиническое интервью провёл: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение 2**

Заключения на пациентов.

**Пациент 1.**

Женщина 32 года.

**Диагноз**: Миофасциальный синдром, мигрень. В анамнезе шейный остеохондроз.

**Результаты по шкалам**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Шкала | Есть | Желаемо |
| «здоровье» | 8,5 | 9,5 |
| «удовлетворённость работой» | 7,5 | 8 |
| «успешность в работе» | 7,5 | 8 |
| «требовательность к себе» | 7 | 8 |
| «выполнение требований к себе» | 5,5 | 9 |

**Сфера деятельности**: раскройщик натяжных потолков.

**Краткая история болезни**: Заболела около 3,5 лет назад. Изначально боль была пульсирующая, затем приобрела изматывающий характер. Боли начались после однократного вождения чужой машины.

**Super Ego**: Отзывается о себе как об ответственном человеке, несмотря на показания шкалы «выполнение требований к себе».

**Эмоциональная сфера**: Пациентка тревожна. Эмоционально стабильна. Склонна вытеснять чувство гнева, но после этого начинаются приступы боли. Радость давно не переживала. Наблюдается алекситимичность.

**Отношения с телом**: характеризует как договорные, но склонна игнорировать телесные ощущения.

**Мать**:

 Незаметная - «ощущение её присутствия есть, но её не видно».

 Грустная.

 Сейчас мать представляется мудрой.

**Отец**:

 Агрессивный.

 Не сдержанный.

 Склонен к навязыванию интересов.

**Детство**: В детстве пациентка выполняла много работы по дому, так как заставляла бабушка. Если не делала, то мать огорчалась, и у пациентки возникала вина. В детстве пациентка чувствовала вину перед матерью.

**Дополнительно**: Пациентка говорит, что не знает, чего сейчас хочет.

**Выгода от болезни**: Выгоды от болезни в трудовой и личностной сфере не наблюдается. Заметных изменений на работе и вне её после заболевания нет.

**Заключение**: Пациентка имеет чрезмерно сильное super ego. Алекситимична. Предъявляет к себе завышенные требования, которые не способна выполнить. Наблюдается навязчивое чувство вины. Несмотря на заболевание, ведёт привычный образ жизни. Наблюдается скрытая форма мазохизма по типу «отработки» вины.

**Пациент 2 .**

Мужчина 48 лет.

**Диагноз**: Головные боли напряжения. В анамнезе шейный остеохондроз.

Результаты по шкалам:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ШкалаЕстьЖелаемо |  |  |
| «здоровье» | 5 | 7,5 |
| «удовлетворённость работой» | 7,5 | 8 |
| «успешность в работе» | 6,5 | 9 |
| «требовательность к себе» | 9,5 | 8 |
| «выполнение требований к себе» | 7 | 8,5 |

**Сфера деятельности:** Владелец малого бизнеса.

**Краткая история болезни:** Заболел около 2 месяцев назад. Начались сильные боли в спине, сопряжённые с головной болью. Симптомы начались после появления трудностей в работе. После заболевания ситуация на работе ухудшилась.

**Super Ego**: Пациент осознаёт, что очень требователен к себе, но говорит, что «должен обеспечивать семью» (Женат. Двое детей).

**Эмоциональная сфера**: пациент склонен вытеснять эмоции.

**Отношения с телом:** у пациента сохранны элементарные телесные ощущения, но они отделены от психики.

**Мать:**

 Добрая.

 Заботливая.

 Сильно уставала.

 Много работала.

**Отец:**

 Строгий.

 Контролирующий.

 Справедливый.

**Детство**: В детстве много помогал родителям, так как жил в небогатой семье. Помощь родителям считал своим долгом.

**Выгода от болезни:** наблюдается выгода от болезни в трудовой сфере. Пациент интерпретирует заболевание как дополнительную трудность и стремиться продолжать работать.

**Заключение**: у пациента наблюдается патологическое чувство долга перед super ego фигурой. Как только пациент не справляется с обязанностями перед super ego, возникает соматизация, но он не способен осознать взаимосвязь, так как наблюдается разрыв связи с телом. Учитывая описание пациентом матери, как «сильно уставала» и «много работала», а так же сильное super ego, можно предположить навязчивое чувство вины перед матерью.

**Пациент 3.**

Женщина 76 лет.

**Диагноз**: Миофасциальный синдром. В анамнезе шейный остеохондроз.

**Результаты по шкалам:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ШкалаЕстьЖелаемо |  |  |
| «здоровье» | 3 | 6 |
| «удовлетворённость работой» | 9 | 9 |
| «успешность в работе» | 9 | 9 |
| «требовательность к себе» | 7 | 5 |
| «выполнение требований к себе» | 7 | 7 |

**Сфера деятельности:** С 55 лет на пенсии. Занимала высокую руководящую должность.

**Краткая история болезни:** Головные боли появились ещё в школе. С института головные боли стали хроническими. Когда начала работать, боли появлялись только в вечернее время. Отмечает особо сильные приступы боли после приезда проверочных комиссий. После выхода на пенсию головные боли сильно усилились.

**Super Ego**: У пациентки наблюдается завышенное чувство ответственности (считает, что слишком).

**Эмоциональная сфера**: Терпелива. Утверждает, что всегда находится в хорошем настроении. Во время обострения головной боли повышается тревожность (тревожится по поводу здоровья). Пациентка алекситимична.

**Отношения с телом:** Связь с телом плохая (практически не испытывает телесных ощущений).

**Мать:**

 Добрая.

 Понимающая.

**Отец:**

 Строгий.

 Справедливый.

 Внимательный.

**Детство**: проживала в деревни, потому «дел всегда было много».

**Дополнительно**: Предпочитает занимать активную жизненную позицию. После выхода на пенсию «нашла себе кучу новых занятий».

**Выгода от болезни**: выгод от болезни в трудовой сфере нет. Всегда продолжала работать несмотря ни на что, так как «должна закончить работу».

**Заключение**: сверхсильное super ego вынуждает постоянно доказывать свою значимость через труд.

**Пациент 4.**

Женщина 81 год.

**Диагноз**: Миофасциальный синдром. В анамнезе шейный остеохондроз.

Результаты по шкалам:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ШкалаЕстьЖелаемо |  |  |
| «здоровье» | 5,5 | 10 |
| «удовлетворённость работой» | 10 | 10 |
| «успешность в работе» | 10 | 10 |
| «требовательность к себе» | 10 | 10 |
| «выполнение требований к себе» | 10 | 10 |

**Сфера деятельности:** Работала начальником экономического бюро.

**Краткая история болезни:** Боли начались после инсульта 3 года назад.

**Super Ego**: Завышенный уровень ответственности.

**Эмоциональная сфера**: Алекситимична.

**Отношения с телом**: практически не испытывает телесных ощущений.

**Мать:**

 самая лучшая.

Отца не было.

**Детство:** В детстве приходилось много работать, так как, когда пациентка была в 7 классе, мать заболела раком.

**Заключение:** в детстве пациентке пришлось взять на себя ответственность за дом, а также уход за тяжело больной матерью в ущерб собственным желаниям и потребностям. Как следствие, у пациентки развилось гипертрофированное super ego, которое заставляет во всём быть лучшей.

**Пациент 5.**

Мужчина 51 лет.

**Диагноз**: Миофасциальный синдром. В анамнезе шейный остеохондроз.

**Результаты по шкалам:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ШкалаЕстьЖелаемо |  |  |
| «здоровье» | 6,5 | 9,5 |
| «удовлетворённость работой» | 6,5 | 9,5 |
| «успешность в работе» | 7,5 | 9,5 |
| «требовательность к себе» | 10 | 9 |
| «выполнение требований к себе» | 7,5 | 8 |

**Сфера деятельности:** Работал главным энергетиком, сейчас директор по производству.

**Краткая история болезни:** Во время работы иногда были приступы боли. Ушёл с работы полгода назад. Через некоторое время после ухода с работы начались головные боли.

**Super Ego**: высокий уровень ответственности.

**Эмоциональная сфера**: Способен испытывать широкий спектр эмоций. После ухода с работы стал очень тревожным («тревожусь по иррациональным мелочам»), немного после начались частые головные боли (головные боли усиливаются вместе с тревогой). Во время приступа тревоги наблюдается тремор, страх, угнетённое настроение, тахикардия.

**Отношения с телом**: хорошая связь тела и психики. Эмоции сопровождаются телесными ощущениями.

**Мать:**

 Больная.

**Отец:**

 Весёлый.

 Жизнерадостный

 Учил быть сдержанным.

 Строгий.

**Детство:** В детстве пациент не был послушным. «Дел в детстве было много, не до скуки было». Чувствовал ответственность за мать. Испытывал чувство вины и страха.

**Дополнительно:** Жизнь после ухода с работы стала однообразной. Активность упала. Чувствовал удовлетворённость работой, только постоянно наращивая темп. В последнее время появился страх смерти, экзистенциальная тревога, желание новизны, ощущение безысходности. Отмечает, что чувствует неловкость после ухода с работы, так как не может обеспечивать семью на прежнем уровне.

**Заключение**: сверхсильное super ego вынуждает постоянно доказывать свою значимость через труд.