Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Психолого-социальный факультет

Кафедра общей психологии и педагогики

.05.01 Клиническая психология

Клинико-психологические основы психосоматических заболеваний

Курсовая работа

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Глава 1. Клинико-психологические основы психосоматических заболеваний

.1 Психосоматические теории и модели

.2 Патогенез психосоматических заболеваний и расстройств

Глава 2. Психологическая картина при психосоматических заболеваниях

.1 Психосоматическая личность и ее особенности

.2 Роль диагностики в практике клинического психолога с психосоматическими пациентами

Выводы

Заключение

Список использованной литературы

Введение

Проблема психосоматических занимает одну из лидирующих позиций в психологии и медицине. Ведь несмотря на то, что феномен психосоматики был замечен еще в древности, на сегодняшний день эта тема до сих пор открыта для обсуждений, новых исследований и доказательств. Все психосоматические расстройства возникают на фоне нарушений, связанных с нервно-психическими факторами, как например тяжелое психологическое переживание или травма, особенная эмоциональная реакция организма человека на то или иное событие. Психология важную роль в лечении болезней и даже в болезни. Каждое физическое заболевание ухудшается беспокойством, страхом и другими негативными чувствами. Поэтому достаточно часто врачи направляют своих пациентов к психологу, когда понимают, что эмоционально они не справляются со своей болезнью и нуждаются не только в медикаментозном лечении, но и в психологической коррекции.

Актуальность данной работы обусловлена тем, что в век технологий, с развитием цивилизации, современный человек практически каждый день сталкивается со стрессовыми ситуациями и эмоциональными потрясениями. Все это истощение жизненно систем организма человека, он не в быть и к ним, чего возникают и расстройства. Согласно статистическим данным сборника «Здравоохранение в России: 2015», доля больных с психосоматическими расстройствами за последние 50 лет увеличилась на 32-40% [25, с. 45].

Объектом исследования служат заболевания.

Предметом исследования являются клинические и причины, вызывающие психосоматические расстройства.

Целью работы изучить и причины, расстройства психических на соматические ощущения.

Задачи:

) определить феноменологию психосоматических заболеваний;

) установить основные направления клинико-психологического сопровождения психосоматических заболеваний.

Методологической основой исследования является диалектико-материалистический подход к пониманию окружающего мира и категории психического в нем; принципы детерминизма, единства сознания и деятельности; общелогические методы познания - анализ, синтез, дедукция, а также научные труды, посвященные проблеме психосоматических расстройств и заболеваний:

Степень разработанности проблемы исследования. Основы психосоматических заболеваний рассмотрены в фундаментальных трудах зарубежных ученых, таких как «Психопатология жизни» «Новые по введению в психоанализ» и «Очерк психоанализа» З. Фрейда, «Функциональная патология» Г. Бергмана, «Теория личности» Ф. Александра, «Теория личностных профилей» Ф.Данбара; а также в современных работах отечественных ученых: «Основы психосоматики» С. Кулакова, «Стресс. Вегетозы. Психосоматика» С. , «Психосоматика: Справочник психолога» И. Г. Малкиной-Пых.

Практическая значимость исследования: результаты исследования применимы при обучении будущих специалистов как в области психологии, так и в области медицины.

Глава 1. Клинико-психологические психосоматических заболеваний

.1 Психосоматические теории и модели

Психосоматика (психосоматические заболевания) - направление психологии, изучением влияния психологических на ряда заболеваний (бронхиальной астмы, болезни, болезни 12-перстной кишки, хронического полиартрита) [16, с. 303]. факторы играют роль и при заболеваниях: мигренях, расстройствах, злокачественных новообразованиях. следует истинные психосоматозы, которых психическими и лечение должно быть прежде на их и коррекцию (психотерапия и психофармакология) и заболевания, включая инфекционные, на которых и факторы оказывают существенное влияние, неспецифическую (сопротивляемость) организма, при этом не первопричиной их возникновения.

На всей описывалось о том, что ум, на органические и на то, что в теле, или менее интенсивно с и паттернами. Еще Гиппократ (460-377 г. до н. э.), Отец медицины, высказывался о телесного и в и призывал при устранять болезни, а не симптомы заболевания. Гуморальные дисбалансы, которые, как считается, вызывают болезнь, по его мнению, характерные и хронические эмоциональные состояния. Хотя Гиппократ, возможно, ошибался, но он дал предварительное относительно связи эмоциями и здоровьем [27, с. 384].

Система «psyche - душа/ soma - тело» была философской темой, по мере, за последние 2500 лет. В Греции (500-428 до н. э.) различие между ними. В 1600-х Р. предположил, что функция души связана с мышлением/умственными способностями, и что все функции являются физического мира [14, с. 128].

Немецкий врач Р. Вирхов основателем клеточной патологии в XIX века. Согласно его болезней не вообще, а быть болезни органов и клеток. Ф. Александер писал следующее: «Влияние на мысль - пример и поныне актуальных взглядов на клеточной патологии. Наблюдение за изменениями в органах, возможным благодаря и технике тканей, определило этиологической мысли» [1, с. 336].

В 1892 году З. сотрудничал с Й. Брейером в истерических симптомов, пересмотренных как «расстройства конверсии». и психоанализа как на проблемы, возникающие у пациентов. заявил о вере в то, что истерические представляют ненормальную разряда. Когда человек знаменательное событие, З. предлагает, что разрядка чувств привычной реакцией. такой устраняется по мере возникновения события, развиваться симптомы. образом было это воплощение между болезнью и эмоциональной [33, с. 120]. З. Фрейд концепции Эго, Ид и Суперэго, описать структуру психики. нервная и «эго» взаимозависимы. Согласно , в случае, эго с глубокими примитивными тела, это то, где эго другую фрейдистскую концепцию, «ид». (эго) с (ид) [39, с. 359].

Термин «психосоматика» в врачей венскому психоаналитику Ф. Дойч в 1922 год. Он концепцию неврозов, где акцент на органа, предшествующим процессом болезни.

Важнейшим к психосоматических являются и реакционные реакции, как реакции Х. Селье. В то время как еще студент-медик Селье группу симптомов, общих для фазы болезненных [32, с. 501]. Он это с «синдромом болезни», теперь понимается как поведенческих и изменений, сохранить метаболические в вызова или стресса, как аппетита и потеря веса, поведенческой активности, (анхедония) и чувствительности к боли (гипералгезия и аллодиния) [41, с. 9]. Как Селье продолжал исследовать органической и «теорию стресса» - ярлык, он из техники, относится к силам, действующих данных форм сопротивления. В организмах эти силы вовлечены в к и против тех, которые приводят к и разрушению. Однако, стресс-ответ слишком интенсивный или в длительного времени без адекватного к равновесию, он стать и беспокойством, и [42, с. 183]. Факторы, которые или такое состояние, называются стрессорами. индивидуумы эффекты стресса в разных в от восприимчивости, то есть у кого-то, у кого уже есть атеросклероз, риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, стрессом [39, с. 359].

Ф. Данбар другой к психосоматических нарушений. Согласно его теории, в психосоматических лежат особенности индивида, особую тех или иных органов. Например, такая человека, как тревожность, привести к ишемической болезни сердца, а независимость - к травматизму [37, с. 23]. При этом, по мнению Ф. Данбар, лицам, психосоматическими заболеваниями, и определенные черты - такие, как (а) к от реальности и вовлеченность в ситуацию, с (б) недостаточной способностью к описанию своих переживаний [38, с. 45].

В России в XX века И.П. Павлов и его начали физиологию работы системы. В 1904 году И.П. Павлов был Нобелевской премии за нервной кровообращения и пищеварения. В работах И.П. Павлов и его раскрывает роль нервной в регуляции функций, а появление психосоматических заболеваний. Он писал: «… интерес так экспериментальные неврозы: если два рефлекса на друг к другу раздражители, а они во с действием, безусловного раздражителя, в на возникают поведения, вегетативные расстройства (выпадение шерсти, лабильность) до однозначных соматических (необратимая гипертензия, коронарные нарушения, миокарда)» [3, с. 77].

В современной клинико-психологической традиции разработано достаточное количество теорий и моделей возникновения психосоматических заболеваний, а также способов их классификации. Они создавались и разрабатывались в разные исторические эпохи и отражают соответствующие представления людей о человеческой природе, психологии, медицине.

Характерологически ориентированные направления и типологии личности. Связь отдельных типов характера с определенными телесными заболеваниями прослеживается еще со времен Гиппократа. В древние времена он, а после Гален описали разные виды темпераментов человека - меланхоликов, сангвиников, холериков, и флегматиков. Данная дифференцировка нашла дальнейшее развитие в психологических теориях конституции Э. Кречмера и У. Шелдона. В настоящее время применение этого характерологического направления приобретает большое значение в исследовании определенной типологии "личностей риска", как это, например, предлагает рабочая группа Rosenman и Friedman в разработке для лиц с угрозой развития инфаркта миокарда (так называемого поведения типа А).

Психоаналитические концепции. З. Фрейдом была заложена научная основа в виде конверсионной модели, благодаря которой в последующие годы развивались психосоматические исследования. Согласно модели, разработанной З. Фрейдом, ущемленные эмоции человека могут порождать конверсионные симптомы. Вытесненные из сознания социально неприемлемые инстинкты (агрессивные, сексуальные) прорываются, принимая ту или иную символическую форму. К теориям данного направления относятся также теория де- и ресоматизации Шура, модель отказа от веры в будущее Энгеля и Шмале, концепция потери объекта Фрайбергера, концепция двухфазной защиты, или двухфазного вытеснения, Митчерлиха.

Теория специфического психодинамического конфликта Александера. Ф. Александера принято считать основоаоложником современных представлений о психосоматике. Все вышеперечисленные теории зарождения психосоматических расстройств исходили из дифференцированных психологических конструкций, причем соматическое лечилось исключительно на психологическом уровне. Александер впервые в 1950 году предложил теорию, согласно которой симптомы вегетативного невроза являются не попыткой выражения подавленного чувства, а физиологическим сопровождением определенных эмоциональных состояний. Александер говорит о вегетативном неврозе в случае постоянного физиологического сопровождения эмоциональных состояний напряжения при отсутствии действия, направленного внутрь и сбрасывающего напряжение. На втором этапе обратимые функциональные симптомы ведут к необратимым изменениям в органах и тканях.

Интегративные модели. Самостоятельная линия развития психосоматической теории, ориентированная по-другому, изначально происходит из изучения большого количества больных людей с так называемыми функциональными нарушениями без патологической органической основы. К данным моделям относятся интегративная модель здоровья, болезни и болезненного состояния по Вайнеру, биопсихосоциальная модель Икскюля и Везиака, медицинская антропология В. Вайцзеккера.

Концепция алекситимии. Данная концепция подразумевает неспособность к эмоциональному резонансу и "оперативному мышлению" (конкретное мышление, свобода от сновидений), невозможность выразить собственные переживания, эмоции и ощущения, неспособность человека быть в контакте с собственным внутренним миром. Человек как бы отделен от всего того в себе самом, что не поддается строго логическому упорядоченному анализу. Все нюансы собственных душевных движений остаются для него скрытыми. Алекситимия рассматривают как некую совокупность признаков, которые характеризуют психический склад людей, предрасполагающих их к психосоматическим заболеваниям. Ее рассматривают как фактор риска развития множества заболеваний.

Теория стресса. Подразумевает экспериментально-психологические, клинико-физиологические, биохимические и цитологические исследования последствий эмоционального стресса, которые устанавливают влияние экстремальных и стрессовых ситуаций на восприимчивость и особенности патогенеза, течения и терапии психосоматических заболеваний. В данное направление входит большое число отдельных направлений изучения психосоматической патологии (например, стресс и адаптационные реакции, стресс и стрессорные повреждения, стресс-факторы и картина их субъективного переживания).

Нейрофизиологическое направление. В основе данного направления лежит стремление установить взаимосвязи между отдельными психофизиологическими характеристиками (например, некоторые неокортикально-лимбические характеристики или симпатико-парасимпатикотрофные проявления) и динамикой висцеральных проявлений (активацией органных функций). Принципиальной основой концепции является наличие функциональных систем. Данное направление изучает нейрофизиологическое обеспечение стойких патологических состояний и объясняет возникновение психосоматических расстройств нарушенными кортико-висцеральными взаимоотношениями. Суть этой теории заключается в том, что нарушения кортикальных функций рассматриваются как причина развития висцеральной патологии. При этом учитывается, что все внутренние органы имеют свое представительство в коре головного мозга. Влияние коры больших полушарий на внутренние органы осуществляется лимбико-ретикулярной, вегетативной и эндокринной системами.

Концепция враждебности. Согласно этой гипотезе, гнев и враждебность могут играть существенную роль в этиологии различных тяжелых соматических заболеваний.

Итак, представленные основные концепции психосоматической патологии показывают, что невозможно вычленить изолированно специфические психические или физиологические особенности человека, которые бы охватывали весь спектр проявлений симптомов при данном виде заболеваний. Однако все гипотезы сходятся в одном, что социальная дезадаптация служит основной причиной возникновения психосоматической патологии.

1.2 Патогенез психосоматических заболеваний и расстройств

психосоматический заболевание пациент диагностика

Причинно-следственная связь психологии определенного человека и возникших соматических заболеваний очень сложная и весьма неоднозначная, зависящая во многом от частных случаев, поэтому нельзя составить единой схемы их взаимодействия.

Существует сотни явных и скрытых закономерностей взаимодействия психического состояния и возникновения телесных расстройств. К примеру, врачи давно обратили внимание, что пациенты, часто прибывающие в состоянии стресса, в большей степени подвержены инфекционным заболеваниям. В какой-то степени раздражение, переживания, злость, характерные для стрессовых ситуаций, являются пусковыми механизмами к появлению болезни. В таком эмоциональном состоянии организм слабо сопротивляется возникшей инфекции.

Установлено, что при стрессе активируется центральная нервная система, которая запускает стрессовую реакцию: активизируется периферическая нервная система, под действием которой железами внутренней секреции выделяются различные гормоны. Вследствие чего в организме происходит нарушение протекающих в нем жизненно важных биохимических процессов, которое и приводит к патогенным изменениям в различных органах и тканях. Подвергаются нарушениям и органы, отвечающие за иммунитет.

В условиях психологического стресса в крови резко повышается уровень гормонов - глюкокортикоидов, высокая концентрация которых подавляет иммунную систему организма, защищающую человека и животных от чужеродных веществ и инфекций, которые проникают в организм извне, к примеру, вирусов и бактерий, а также от собственных измененных клеток, превратившихся в патологические.

Американскими исследователями был установлен интересный факт: у людей, подвергшихся воздействию психологического стресса, значительно снижено содержание лейкоцитов в крови, а ведь именно лейкоциты играют важную роль в процессе иммунологической защиты организма. Поэтому люди, находящиеся в стрессовом состоянии, чаще болеют инфекционными заболеваниями. Нарушая систему иммунитета, стресс делает организм беззащитным перед инфекцией. Человек, длительное время прибывающий в состоянии психологического стресса, как правило, не осознает крайнюю слабость нервной системы и не может ее предотвратить.

По современным представлениям, к психосоматическим заболеваниям и расстройствам относят:

Конверсионные симптомы. Невротический конфликт получает соматический ответ и переработку. Симптом имеет символический характер, проявление симптомов может восприниматься как попытка решения этого конфликта. Конверсионные проявления затрагивают в большей части произвольную моторику и органы чувств. Примерами являются такие заболевания как истерические параличи, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены;

Функциональные синдромы. В данной категории находится преобладающая часть "проблемных пациентов", приходящих на прием с яркой картиной часто неопределенных жалоб, которые могут затрагивать сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания или мочеполовую систему. Беспомощность врача относительно этой симптоматики объясняется среди прочего многообразием понятий, которыми обозначаются эти жалобы. Часто у таких больных имеются только функциональные нарушения отдельных органов или систем; какие-либо органические изменения, как правило, не обнаруживаются. В отличие от конверсионных симптомов, отдельный симптом не имеет специфического значения, так как является неспецифическим следствием нарушенной соматической функции. Это некие сопровождающие признаки эмоционального напряжения без характерных черт;

Психосоматозы. Это психосоматические болезни в более узком смысле. В их основе лежит первично соматическая реакция на какое-либо конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа. Заболевания, связанные с органическими изменениями, принято называть истинными психосоматическими болезнями. Первоначально выделяли семь психосоматозов ("holy seven"): бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз. Позже этот список расширился - к психосоматическим расстройствам многие относят рак, инфекционные заболевания. При патогенезе психосоматических заболеваний нужно иметь ввиду, что процесс является очень сложным и,согласно И.Г. Малкиной-Пых, должен определяться следующими факторами:

. Неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;

. Наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам;

. Нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности ЦНС);

. Личностными особенностями;

. Психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;

. Фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;

. Особенностями психотравмирующих событий [21, с. 134].

Все факторы, приведенные И.Г. Малкиной-Пых, принимают активное участие в происхождении психосоматических расстройств, делая человека уязвимым к психоэмоциональным стрессам, препятствуют психологической и биологической защите, способствуют соматическим нарушениям.

Психосоматическая медицина, фокусируется на лечении пациентов с сопутствующими психическими и общими заболеваниями. Многие считают, что психосоматическая медицина появилась в прошлом веке. Однако речь при этом идет не о возникновении новой концепции в медицине, а о возрождении принципов медицины древности, подходившей к заболеванию как к специфически индивидуальному явлению, как к болезни конкретного человека, болезни души и тела. Психосоматическая медицина имеет древние корни.

В медицинской практике принято делить психосоматические расстройства на 7 типов:

. Недифференцированное соматоформное расстройство. Ему присуще такие симптомы как потеря аппетита, боль, усталость и жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта. Люди с таким видом заболевания испытывают один или несколько симптомов из разных частей тела в течение как минимум шести месяцев или более;

. Соматические нарушения. Симптомами, с которыми часто обращаются пациенты, являются боль, желудочно-кишечные симптомы, сексуальные симптомы, усталость, менструальные симптомы и неврологические симптомы. Люди с таким заболеванием в возрасте от 18 до 30 лет, испытывают эти симптомы на протяжении многих лет и в разных частей своего тела без объяснения причин;

. Неопределенное соматоподобное расстройство. Физические симптомы этой проблемы со здоровьем включают наличие ложных признаков беременности, таких как прекращение менструации, расширение брюшной полости, изменения груди, боли при выполнении физических нагрузок, чувство желания рвать и движение плода;

. Конверсионное расстройство. Его наиболее распространенные симптомы включают внезапные приступы болезни, невозможность озвучивания голоса, бессознательность, опускание верхних век, проблемы со зрением, невозможность использовать одну или несколько частей тела и потерю ощущения. Состояние человека, при которым он не может добровольно контролировать свои чувства и движения тела;

. Ипохондрический синдром. Симптомом этого является страх, вызванный ложным убеждением, что симптомы человека являются результатом опасной проблемы со здоровьем, которая может отрицательно повлиять на то, как функционирует тело человека. Пациенты с таким типом расстройства постоянно посещают разных врачей с целью доказать, что они на самом деле больны опасной болезнью;

. Болевой синдром. Для него специфичны такие симптомы, как мучительные боли в одной или нескольких частях тела, которые могут привести к тому, что человек не может жить полноценной жизнью. Люди, у которых есть это заболевание, испытывают боль в течение длительного времени без объяснения причин.

. Расстройство, связанное с воображаемой деформацией тела. Люди, у которых диагностируется это заболевание, - это те, кто обычно пытается найти много разных способов скрыть несовершенства своих частей тела, независимо от того, будет ли он участвовать в косметическом хирурге или нет [22, с. 86].

Следует отметить, что констатация наличия психосоматических нарушений не приводит к отрицанию основного диагноза. Если сегодня говорят о психосоматическом заболевании, то это лишь указывает на связь "предрасположенность - личность - ситуация". Человек, находящийся в гармоничных отношениях со своей средой, может перенести экстремальные соматические и психические нагрузки, не доводя до болезни. Однако в жизни встречаются личностные проблемы, которые вызывают такой душевный разлад, что в определенных жизненных ситуациях приводит к негативным эмоциям и неуверенности в себе. Именно в таких сложных ситуациях психосоматически отягощенные пациенты, проявляющие эмоциональную подавленность, не могут правильно оценить и описать свое состояние.

Таким образом, в современном понимании патогенеза психосоматических заболеваний признается многофакторность в объяснении их природы. Соматическое и психическое, влияние предрасположенности и среды, фактическое состояние окружающей среды и ее субъективная переработка, физиологические, психические и социальные воздействия в их совокупности и взаимодополнении - все это имеет значение в качестве взаимодействующих между собой факторов психосоматических заболеваний.

Глава 2. Психологическая картина при психосоматических заболеваниях

.1 Психосоматическая личность и ее особенности

В пятидесятых годах прошлого века сложилась концепция профиля личности, разработанная Ф. Донбар. Основная идея этой концепции заключается в том, что возникновение определенного психосоматического расстройства неслучайно и зависит от личностных характеристик пациента. Существуют так называемые общие характеристики профиля психосоматической личности, к ним относится:

) присутсвие хронических переживаний;

) подавленные (вытесненные) эмоции;

) сравнивание себя с другими людьми (невротическая конкуренция).

Психосоматическая медицина предполагает существование препсихосоматического личностного радикала - это набор личностных особенностей, приводящих к соматическому заболеванию (очаг психосоматической импульсации). Его формирование начинается еще в детстве и в подростковом возрасте, чаще всего у людей, относящихся к холерическому и флегматическому видам темпераментов. Основная причина формирования препсихосоматического личностного радикала - ущемление притязаний, амбиций личности, в частности чувства собственного достоинства, вытекающего из доминирующего инстинкта. Проявление радикала усугубляется при поражениях мозга и при наличии психофизиологического дефекта.

В той или иной степени для всех психосоматических больных характерны определенные признаки:

) ущемленность и развитое в этой связи обостренное чувство достоинства;

) скудность интересов;

) эгоцентризм;

) ограниченная иерархия моральных ценностей, потребностей, жизненных целей;

) утрированная мужественность;

) истеричность, озлобленность, грубость.

Психосоматический пациент тесно привязан к окружающей его действительности и отделен от своего внутреннего мира. Наиболее предрасположены к возникновению психосоматических расстройств алекситимики. Такие люди отличаются недостаточной эмоциональностью, ослабленным чувством сопереживания, неспособностью самовыражаться. Так как алекситимики не способны осознавать своих эмоциональных конфликтов, а значит и избавляться от эмоционального напряжения, то появление психосоматических расстройств есть результат накопленных стрессовых ситуаций, неразделенных эмоций.

Таким образом, наличие определенного набора личностных характеристик психосоматических больных может помочь определить причины возникновения многих болезней на стадии первичной диагностики пациента.

2.2 Роль диагностики в практике клинического психолога с психосоматическими пациентами

При постановке диагноза психосоматического психотерапевты две основные методики: беседа и тестирование.

Диагностическая беседа. В ходе диагностической психотерапевт психосоматический анамнез, составляет болезни, в неосмысленные симптомы пациента в связь с внутренней его жизни.

Главная цель диагностической заключается в том, найти во между началом соматических и важными в жизни или же в их отсутствия. Если связи установились, то беседа прояснить, ли сам пациент, что те и ситуации, напряжения, произошедшие в период его жизни, значительную роль в развитии его заболевания.

Диагностическая беседа направлена на нынешнего и состояния пациента. Если протекает и раскрывается психотерапевту, то у больше раскрыть заболевания. Психотерапевту необходимо выявить, что же пытается утаить, на другой даваемой информации.

Существует едва уловимое диагностической беседы, позволяет составить более картину болезни:

. задают вопросы о жалобах, привели к врачу: "Что вас сюда привело?" Если пациент предварительно информирован, он конкретные или уже готовый диагноз: "стенокардия", "язва", "ревматизм". Нужно пациента о болезни подробнее, он о проблеме словами. При этом фиксировать его обороты, эмоциональность его высказываний.

. следует узнать о рамках болезни: "Когда вы это почувствовали впервые?". зафиксировать улучшений, и от пациента как более информации.

. для понятия конфликтов и психосоциальных является вопрос о ситуации к начала болезни: "Что в вашей жизни, это случилось?" Это о неудачах, ситуациях, важных в жизни. должен у себя воспоминания, желательно в свободных ассоциаций. Если между жизненными переживаниями и установить не (даже при беседах), то поставить под психосоматическую заболевания.

. В врач создает личности пациента. Если его переживания и поведение, то оценить симптоматики, заболевания и данных анамнеза. "Что это для вас? Как вы это пережили?" - такие приводят пациента к собственных способов реагирования.

Диагностическая беседа отчасти провокации. оперирует подбадриванием, вопросами, наталкивают на ответы, но не на них внимание, лишь для размышления. При этом отрешиться от представления, что все о себе знает. Беседа должна во вести к новых даже из несовпадающих сообщений. должен быть и в своих воспоминаний, ассоциаций и взглядов, если они стать плодотворными.

Психологические в практике. При выборе комплекса методик для психосоматических должны быть следующие принципы:

. Относительная простота методик;

2. их проведения;

3. изучения исследуемого явления;

. дополняемость применяемых методик;

. Достаточная чувствительность к наблюдаемого у и больных, а также к показателей в лечения.

Психологические тесты - это один из психодиагностических методов, для изучения и своеобразных личности в ее и поведении. Значение тестов в том, что они таким образом, что с их можно объективную состояния пациента, независимую от мнений исследователей. Это путем высокой в и теста. психологические тестовые возникли на теории или ею. Компьютеризированные и on-line версии многих тестов в на сайтах:

Большинство тестов характер опросника: тест-опросник Г. и многофакторного исследования Р. . распространение получил тест MMPI - многомерный перечень, содержит 566 вопросов и охватить определяемые личности, а также его вариант - Мини-мульт, 71 вопрос. Для изучения оценки своего самочувствия, и используют тест дифференциальной функционального (САН), на принципах профилей; для уровня как свойства психики и пациентов - личностной и тревожности Спилбергера, Ю. Л. Ханиным; для уровня нейротизма, а также экстра- и - опросник Айзенка. Для определения особенностей пациентов на рекомендуется личностный опросник института - ЛОБИ в с для самооценки значимости болезни. Особое положение среди тестов проективные методы, например тест Роршаха, цель состоит в личностных конфликтов свободных пациентов на слабоструктурируемый тестовый материал.

Психологические тесты дополнить, но не общую диагностику. В индивидуальной клинической они вспомогательное значение. Роль в психосоматических возрастает, если они среди большого числа пациентов, так как используются и для всех данные.

Выводы

В результате исследования клинико-психологических основ психосоматических заболеваний выявлено следующее:

. Определена феноменология психосамотических заболеваний, которая заключается главным образом в причинно-следственной связи между эмоциональным фоном человека и его физическим состоянием. При этом явление психосоматики - сугубо индивидуальное: типы психосоматических расстройств, с которыми сталкиваются молодые люди, сильно отличаются от тех, с которыми сталкиваются люди в возрасте, симптомы заболеваний отличаются от поколения к поколению, от человека к человеку. Так как каждая душа (психо) и тело (сомато) различны, проявления психосоматических расстройств, даже связанные с одним заболеванием, могут быть иными (в зависимости от ряда факторов: темперамент, физическое здоровье, личностные особенности и так далее);

. Установлены основные направления клинико-психологического сопровождения психосоматических заболеваний. Важную роль здесь занимает так называемая диагностическая беседа - одна из методик работы с психосоматическими больными на стадии постановки диагноза, в ходе которой врач собирает нужный объем информации о пациенте и, что очень важно, устанавливает с ним психологический контакт. Так же в клинической практике используются психологические тесты, подобранные индивидуально с учетом определенных принципов, которые помогают изучить и дать дополнительную оценку свойствам личности пациента. Специфика клинико-психологического сопровождения обусловлена особенностями личности психосоматических больных (подавленные эмоции, своеобразная ограниченность способности фантазировать, типичная неспособность выражать переживаемые чувства, алекситимия, эгоцентризм).

Заключение

Наиболее распространенными психосоматическими заболеваниями являются заболевания, связанные с сердечно-сосудистой системой, желудочно-кишечным трактом, дыхательной системой, эндокринной системой, аллергическими реакциями. На возникновение психосоматических расстройств и болезней влияют такие факторы, как наследственная предрасположенность, нарушения деятельности нервной системы, особенности личностного характера, неблагоприятные социальные факторы, физическое и психическое состояние здоровья в момент стрессовых ситуаций и депрессий, особенности и тяжесть психотравмирующего события.

В ходе изучения клинико-психологических основ психосоматических заболеваний выявлены отличительные черты характера и манеры поведения психосоматической личности, осложняющие диагностику и лечение таких пациентов. В проведенном исследовании решены задачи по определению феноменологии психосоматических заболеваний и установлению основных направлений клинико-психологического сопровождения психосоматических заболеваний. Достигнута цель по изучению и выявлению причин, которые вызывают расстройства психических реакций на соматические ощущения.

Список использованной литературы

Специальная литература

1. Александер Ф. медицина. и применение. М.: Ин-т ОГИ, 2004. 336 с.

. Аммон Г. терапия. - СПб.: Речь, 2000. 238 с.

3. Бабский Е.Б. И.П. Павлов. М., 1949.

4. Бройтигам В., П., Рад М. Психосоматическая медицина <http://lib.uni-dubna.ru/search/files/ps\_broit\_psi\_med/~ps\_broit\_psi\_med.htm>. Пер. с нем. Москва: Медицина, 1999. 376 с.

. Василюк, Ф.Е. Психология переживания. преодоления ситуаций. М.: Издательство Московского университета, 1984. 240 с.

. Васильченко Г.С. О системных и их патогенетическом течении. М.: Медицина, 1969. 184 с.

. Вассерман Л. И., Е. А., Щелкова О. Ю. Психологическая и в клинике: научно-практическое руководство. Науч.ред.: Л.И,Вассерман. СПб.: Речь, 2011

. Вотчал Б.Е. Роль факторов в происхождении, течении и соматических болезней. М.: Медицина, 1972. с.79-81.

. Гиндикин В.Я. и психические расстройства: клиника, лечение, диагностика. М.: Триада-Х, 2000. 256 с.

. Депрессии в и практике. Вопросы и терапии: Сб. науч. тр. М.: Медицина, 1984. 180 с.

. Десятников В.Ф. депрессии. М.: Знание, 1987. 62 с.

. Исаев Д.Н. медицина детского возраста. СПб., 1996. 454 с.

. Истаманова Т.С. расстройства внутренних органов при неврастении. М.: Медгиз, 1958. 262 с.

. Зубарев, В.М., Н.М., О.В., Южаков В.Н. Особенности психических у с соматическими заболеваниями. Психологическая отношения к при нервно-психической и соматической патологии. научных трудов. Л., 1990, с.128-129.

. Ковалев В. В. и при соматической болезни. Роль фактора в происхождении, и лечении соматических болезней. М.: Медицина, 1972. с. 102-114.

. Краткий психологический / Под общ. ред. А.В Петровского, М.Г. Ярошевского. Ростов н/Д.: Феникс, 1999. с.303

. Крылов А.А., Г.С. в современной клинике болезней // медицина. 1998. Т.76, №9. с.60-63.

. Кулаков, С.А. психосоматики, 2003.

. Малкина-Пых И. Г. «Справочник психолога»; ЭКСМО; 2008 г.; 992 стр

. Малкина-Пых, И.Г. помощь в ситуациях. М.: Изд-во Эксмо, 2005. 960 с.

. Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика: Справочник психолога. М.: ООО"Издательство - Пресс", ООО "Издательский дом Инфра", 2000.

. Мясищев В.Н взаимоотношения и соматического в и медицине. М.: Медицина, 1963.

. Проблемы психологии в и психосоматической / Под. ред. Т. З. и О. П. Модникова. Ульяновск, 1998.

. Психосоматика. Хрестоматия. Минск, 1999.

. Статистический сборник «Здравоохранение в России: 2015» 45с.

. Тарнавский Ю.Б. Под телесного недуга: проблемы психосоматики. М.: Знание, 1990. 63 с.

. Тополянский В.Д., М.В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986. 384 с.

. Ушаков Г.К. нервно-психические расстройства. М.: Медицина, 1978. 400 с.

. Функциональные нарушения в клинике внутренних болезней: обзор / Под ред. И.К. Шхвацабая. М.: ВНИИМИ, 1980. 68 с.

. Царегородцев Г. И., Г. X. Некоторые философские психосоматической . Роль фактора в происхождении, и соматических болезней:

докладов. М., 1972. с. 56-75.

Литература на иностранном языке

31. Alexander F. Psychosomatic medicine. Its Principles and Applications. First edition. ed. Mew York: W.W. Norton & Company inc.; 1950.

32. Alexander F, Bacon C, Wilson GW, Levey HB, Levine M. (1934) The influence of psychological factors upon gastro-intestinal disturbances. Psychoanal Quart, 1934 Oct; 3: 501.

. Boadella D. 1975. Wilhelm Reich: The Evolution of his Work. Chicago: Laurel. р. 120

. Danan A. 2004. Compreensão Psicossomática do Paciente. In: Sami-Ali, et al. Manual de Terapias Psicossomáticas. Porto Alegre: Artmed Editora. p. 105-132.

35. Dunbar, H.F., Psychosomatic Diagnosis, P.B. Hoeber, Inc., (New York), 1943.

36. Dunbar, H.F., Mind and Body: Psychosomatic Medicine, Random House, (New York), 1947.

. Dunbar, H.F., Your Child’s Mind and Body; a Practical Guide for Parents, Random House, (New York), 1949.

. Dunbar, H.F., Psychiatry in the Medical Specialties, McGraw-Hill, (New York), 1959.

. Frank JB, Weihs K, Minerva E, Lieberman DZ. 1998. Women’s mental health in primary care. Medical Clinics of North America 82(2):359-381.

. Freud S & Breuer J (1895) Studies on hysteria. In: Standart Edition, Strachey J Ed, Hogarth Press, London; 1964: Vol 2.

41. Gröer M, Meagher MW, Kendall-Tackett K. 2010. An overview of stress and immunity. In: Kendall-Tackett K, editor. The Psychoneuroimmunology of Chronic Disease: Exploring the Links Between Inflammation, Stress, and Illness. 1st ed. Washington (DC): American Psychological Association. p. 9-22.

42. Gröer M, The Women’s Health Research Group at the University of South Florida College of Nursing. Allostasis: A model for women’s health. In: KendallTackett K, editor. The Psychoneuroimmunology of Chronic Disease: Exploring the Links Between Inflammation, Stress, and Illness. 1st ed. Washington (DC): American Psychological Association. p. 183-218.

. Jung CG, 1993. On the nature of dreams. In: De Laszlo VS. The Basic Writings of C. G. Jung. New York (NY): Random House.

. Kathol RG, Kunkel JS, Weiner JS, McCarron RM, Worley LLM, Yates WR, Summergrad P, Huyse F. 2009. Psychiatrists for medically complex patients: Bringing value at the physical health and mental health/substance-use disorder interface. Psychosomatics 50(2):93-107.