Содержание

Введение

. Психосоматика как научная дисциплина

.1 История развития психосоматики

.2 Современные представления о психосоматических болезнях

. Диагностика в психосоматике и стратегии поведения личности

.1 Стратегии поведения личности как объект исследования психосоматики

.2 Осуществление диагностики у пациентов с психосоматическими расстройствами

. Терапия психосоматических заболеваний

Заключение

Список использованной литературы

# Введение

С развитием научно-технического прогресса за последние века жизнь человека в значительной мере изменилась. С одной стороны новые технологии облегчили труд и сделали возможным удовлетворение базовых проблем большей части человечества. С другой стороны напряженный ритм жизни, вызванный трансформацией в производственных и управленческих отношениях, ускорение процессов производства и развитие каналов коммуникации привели к росту стрессов и психологической нагрузки на человека.

Современная личность за десять лет получает больше информации и переживает больше стрессов, чем ее предки за всю свою жизнь. Далеко не все люди быстро адаптируются к подобным условиям. Многие представители современного общества страдают от продолжительного дистресса, в результате которого у них развиваются психические и психосоматические расстройства. Безусловно, психосоматические болезни не являются абсолютно новым явлением, но значительный рост заболеваемости наметился именно в индустриальном и постиндустриальном обществе.

Реакцией научного мира на подобные изменения стало появление нового междисциплинарного направления теоретических исследований и практических мероприятий, получившего название психосоматики (от лат. «психо» - душа и «сома» - тело»). Конечно, психосоматика является синтетической отраслью знания, изучающей сложные связи между социальными причинами, эмоциональным статусом человека, его духовно-нравственным состоянием и состоянием его соматического (телесного) здоровья. Но, почерпнув многое из медицины, психологии и других наук, она выработала собственные объект, предмет, цели и методы исследования, а также терапии, став не просто теоретической отраслью знаний, а важной частью практики в клинической психологии и медицине. Поэтому в нашей работе мы рассмотрим основные положения психосоматики как науки.

. Психосоматика как научная дисциплина

1.1 История развития психосоматики

Психосоматика - это межотраслевая научная дисциплина, занимающаяся изучением взаимосвязи соматических заболеваний (болезней тела) и психологических причин их возникновения.

Объектом изучения психосоматики являются личность пациента, страдающего психосоматическим расстройством и индивидуальные психосоматические проявления. А предметом - психосоматические явления, их структура, функции, эволюция при различных видах телесных и психических патологий.

Люди с древних времён имели некоторые размытые представления о связи психических явлений с телесным здоровьем, тогда речь шла о влиянии души на тело. Впервые в научной литературе термин «психосоматика» был использован в 1818 г. философом и психиатром Ф. Гейнротом (1773 - 1843), который полагал, что большинство недугов тела обусловлены психогенными факторами, прежде всего, морального характера. Так, по его мнению, чувства злобы, стыда, сексуальной неудовлетворённости могли провоцировать развитие эпилепсии, раковых опухолей, туберкулёза.

Спустя десятилетие психоаналитик М. Якоби ввёл другой термин «соматопсихика», подчёркивая связь телесности с психическими явлениями. В начале ХХ в. в 1913 г. другой психоаналитик П. Федерн опубликовал доклад об успешном излечении больного астмой при помощи методов психоанализа. Его работа базировалась на представлениях основоположника психоанализа Зигмунда Фрейда (1856 - 1939), который утверждал, что истерия и конверсия, в основе кторых лежит внутренний конфликт, могут выражаться в виде соматических симптомов. Эти симптомы очень разнообразны, от головной боли, вегетативных проявлений до развития тяжёлых телесных заболеваний, например, параличей. При этом каждый соматический симптом не случаен, он сигнализирует о психогенной причине, вызвавшей его, например, болезни нижних конечностей могут свидетельствовать о подсознательном нежелании «двигаться вперёд», страхе будущего, болезни органов зрения от нежелания видеть травмирующую ситуацию и т.д. Именно теория Фрейда о подсознательном вытеснении легла в основу его понимания психосоматических заболеваний. Да и сами истерия и конверсия по Фрейду могут иметь, как психическую, так и соматическую природу, ведь болезнь с одной стороны позволяет снять напряжение, вызванное внутренним конфликтом, а с другой стороны реализовать накопившуюся энергию, хотя бы в виде заботы о своем физическом здоровье.

В 1922 г. термин «психосоматика» впервые был использован в медицинской литературе. Этот год и можно считать официальной датой зарождения науки. А вот ее развитием и становлением занимались другие учёные. Так, в 1040-50-хх г. изучением психосоматики занимался выдающийся американский психоаналитик и врач Франц Александер (1891 - 1964). Результатом его исследований стала книга «Психосоматическая медицина». По мнению Александера болезнь провоцируется не только соматическими или психогенными факторами. Он выделял три группы факторов: соматические (наследственность, предрасположенность органов к болезням, неблагоприятные внешние условия и т.д.), «личностную диспозиция» (навыки психологической защиты, выработанные человеком с детства) и провоцирующую психологическую ситуация (например, внутренний конфликт, психологическая травма, в современном понимании - стресс). Разрабатывая свою теорию он использовал не только представления Фрейда, но и А. Адлера (1870 - 1937), а также результаты личных наблюдений.

Ф. Александер разработал т.н. концепцию специфичности. Согласно ей все психологические факторы являются нейтральными и лишь «личностная диспозиция», отношения пациента к ним делает их травмирующими. Выявить те или иные психогенные причины соматических заболеваний можно лишь при помощи психоаналитических методик. При этом сознательные эмоции пациента не причиняют ему вреда, лишь вытеснение и подавление эмоций (как правило, негативных) ведёт к появлению телесных недугов или отдельных симптомов. Для того, чтобы понять истинные причины психосоматических заболеваний нужно не только понять актуальную жизненную ситуацию больного, но и проследить за характером развития его личности.

На основании концепции психосоматической специфичности возникла школа психосоматики Александера, занимавшаяся изучением взаимосвязи физиологических реакций с психическими процессами, в частности при протекании внутренних конфликтов. Согласно представлениям этой школы те или иные типы эмоций у человека вызывают соответственные вегетативные реакции. И если человек не «выплёскивает» эмоцию, то есть не реагирует, то происходит нарушение вегетативных реакций, что приводит к соматическим заболеваниям. Наиболее часто человек подавляет эмоции, связанные с сексуальными переживаниями, страхом, виной, чувством неполноценности, агрессией. При этом выделяются три типа психосоматических заболеваний: конверсионные симптомы, функциональные синдромы и психосоматозы.

Конверсионные симптомы представляют собой символическую реакцию на невротический конфликт личности, например глухота или параличи при истерии. Данные симптомы - реакция моторики и органов чувства человека.

В более тяжёлых случаях на невротический конфликт реагируют внутренние органы, тогда речь идет о возникновении функциональных синдромов, выражающихся в жалобах на проблемы с сердечно-сосудистой системой, пищеварительным трактом и т.д. неопределённого характера. Этот тот случай, когда терапевт не может диагностировать соматическое заболевание при наличии клинической картины телесного недуга.

Психосоматзы - это телесные заболевания, вызванные влиянием внутреннего конфликта на «орган - мишень». К ним наиболее часто относят бронхиальную астму, сахарный диабет, язвенную болезнь желудка и кишечника, заболевания кожи. Однако, мнения учёных относительно перечня психосоматозов в значительной мере отличаются. Споры ведутся до сих пор.

# 1.2 Современные представления о психосоматических болезнях

Помимо Александера большой вклад в современную психосоматику сделали Элен Ф. Данбар (1902 - 1959) и Абрахам Маслоу (1908 - 1970).

Ф. Данбар сделал акцент именно на уязвимости определенных органов перед конфликтными переживаниями. Так ишемическая болезнь сердца провоцируется тревожностью, а склонность к травам - гипертрофированным чувством независимости. По его мнению, все пациенты, страдающие психосоматическими недугами склонны к отрешённости от реальности, недостатку включенности в актуальную жизненную ситуацию и неспособности вербально выразить свои переживания. Но в зависимости от преобладания тех или иных симптомов можно говорить о психосоматическом типе, профиле личности, например, «коронарном» или «язвенном». На основе теории Данбара (во многом подвергнутой критике) строили свои теории П. Сифнеос и М. Шур.

Питер Сифнеос (1920 - 2008) внёс в психологию и медицину понятие алекситимии - психического расстройства, заключающегося в неспособности человека ориентироваться в собственных эмоциях, в т.ч. связанных с телесной частью собственного «Я». Для людей страдающих алекситимией характерна скудность воображения при чрезмерной вовлеченности во внешний мир. Не понимая своих эмоций, человек не может отреагировать на них, а значит, происходит накопление «неотреагированных эмоций» и развитие психосоматических заболеваний. Причинами алекситимии могут быть, как возрастные нарушения, нарушения развития головного мозга, так и индивидуальные особенно эмоциональной сферы человека. Существует мнение, что во многом современное общество само провоцирует распространение алекситимии, поощряя сдержанность и скрытность собственных эмоций у людей.

П. Марти заметил, что людям, страдающим психосоматическими заболеваниями присуща шаблонность мышления и речи, то есть некоторая бедность абстрактного мышления, что характерно и для алекситими. Подобная черта часто коррелирует с эмоциональной бедностью и депрессиями. Возможной причиной этих проявлений может являться асимметрии полушарий головного мозга. Это проливает свет на связь психосоматики и нейропсихологии. В целом эти нарушения сопровождаются инфантилизацией личности.

Понятие инфантилизма использовал и М. Шур в своей теории ресоматизации. Грудной ребенок не может выражать эмоции словесно, поэтому он выражает их телом - в виде крика, слез, моторики, вегетативных реакций. В случае возникновения телесного реагирования на эмоции имеет место регресс к детскому эмоциональному реагированию. Ресоматизация соответствует регрессии, как способу психологической зашиты личности.

Взрослый человек, подавляющий свои эмоции, не позволяет реагировать на них вербально, переживает процесс телесного реагирования. Появляется телесный дискомфорт, который может перерасти в устойчивый симптом и даже болезнь. Некоторые исследователи считают, что пациенты, больные неврозом и психосоматозами на самом деле больше всего страдают от своей инфантильности и в первую очередь для излечения необходимо психологическое взросление личности (десоматизация). При этом речь идет не об общей, а об избирательной инфантильности. По А. Беку (1921 г.р.) регрессии может предшествовать когнитивный сдвиг, когда в состоянии стресса человек начинает реагировать на инстинктивном уровне, возвращаясь к более раним формам эмоционального реагирования. Взрослый человек, чтобы сохранить здоровье должен уметь осознанно использовать весь набор эмоционального реагирования, включая и детские формы (например, при общении с детьми и инфантильными пациентами). Хотя иногда осознанная регрессия может иметь и психотерапевтическое значение, например методика «первичного крика» по А. Янову. Таким образом, можно достичь связи сознательных и подсознательных процессов.

А. Митчерлих (1908 - 1982) предложил концепцию двухфазной психологической защиты (или вытеснения). На основе регрессии у человека возникает первичный психологический и вторичный телесный конфликт, при этом они могут сменять друг друга, формируя картину смешанных невротических и психосоматических проявлений. Поэтому в клинической психологии и медицине появился термин «соматизация», означающий следствие психологической защиты в виде телесного реагирования и физиологических симптомов. При этом подразумевается, что психологическая защита была неудачной и нерациональной. Соматизация выступает в качестве наглядного выражения процесса вытеснения в психике человека. Согласно статистике около 30% пациентов, обращающихся за помощью к терапевтам, страдают от психосоматических заболеваний.

Согласно концепции Карен Хорни (1885 - 1952) причиной психосоматических заболеваний может стать тревожность личности. В первую очередь это касалось детской тревожности, однако применяя данную теорию по отношению к взрослым пациентам, исследователи опять же сталкивались с инфантильными чертами личности. Но можно взглянуть на проблему и с другой стороны, используя постулат «все болезни родом из детства».

Именно К. Хорни углубляла представление Фрейда о базовом внутреннем конфликте и вывела классификацию этих противостояний. Конфликт «приближение - избегание» характеризуется желанием человека получить удовольствие и страхом. Конфликт типа «избегание - избегание» зарождается в условиях стрессовой ситуации и предстоящего сложного выбора «из двух зол». В конфликте «приближение - приближение» выбор осложняется стремлением личности к перфекционизму. Развитие этих конфликтов вызывает депрессию и психосоматические реакции, т.к. нормальное реагирование на эмоции ухудшается, или отсутствует.

Фредерик Перлз (1893 - 1970) и др. учёные, например современный отечественный психолог М. Литвак видят во внутренних конфликтах борьбу «взрослого» и «ребёнка» в структуре личности. Подсознание («ребёнок») всегда старается найти слабые стороны в сознательной психологической защите, и, находя их, обуславливает картину кинической депрессии и психосоматических расстройств. Для осознания внутреннего конфликта и переведения его в плоскость сознательного реагирования необходима психокоррекция

А. Маслоу называл главной причиной возникновения психосоматических заболеваний невозможность самореализации и самоактуализации, как важных потребностей в структуре человеческой личности («пирамиды Маслоу»). Самовыражение в иерархии потребностей Маслоу стоит на самом верху, после физиологических потребностей, потребности в защите, социальных потребностей и самоуважения. То есть достигнуть самореализации человек не может, если не удовлетворены его базовые потребности. И чем больше неудовлетворённых базовых потребностей, тем больше вероятность возникновения психосоматического заболевания. Однако, даже среди благополучных людей, которые удовлетворили прочие потребности, возможны проблемы с самореализацией из-за неправильных стратегий поведения, в частности реагирования на стресс.

Психиатр и невролог Виктор Франкл (1905 - 1997), развивая идею Маслоу, называл главной причиной психосоматических заболеваний отсутствие жизненных смыслов, а психолог из США Карл Роджерс (1902 - 1987) - т.н. экзистенциальный кризис. Под этим кризисом он понимал состояние тревоги при невозможности найти смысл жизни, разрешить вопрос существования личности, свойственное, как правило, развитому обществу.

Другой учёный Пауль Шильдер (1886 - 1949) предположил, что в основе психосоматических заболеваний лежат познавательные процессы личности, в частности те, что касаются аспектов познания собственного тела. Он ввёл понятие «карты тела», где каждый орган соответствует тем или иным представлениям и по которой можно подобрать «ключ» к пониманию болезней. Так представления о тревоге ассоциируются у человека с сердцем, а страхи перед недоброкачественной пищей могут связываться с представлениями о пищеварительном тракте. То есть те или иные образы в мышлении способны порождать ответную вегетативную реакцию и вегетативные хронические нарушения. При помощи формирования правильной «карты тела» у пациента можно выработать адекватные представления и излечить его от психосоматических заболеваний. На это подходе основана психокоррекция Фельденкрайза. Современная «карта тела» представляет собой проекцию частей тела в головном мозге человека, а также сенсорное и пространственно-временное осознование личности. И если говорить о пространственно-временном содержании «карты тела», то А. Бек видит причину психосоматических болезней в негативном содержании категория «Я», «мир» и «будущее», а Дж. Келли - в неспособности человека предсказывать поведение окружающих и связанных с ней негативных переживаниях.

По мнению Уильяма Глассера (1925 - 2013) психосоматические болезни, как и депрессия появляются тогда, когда личность неправильно контролирует своё поведение в окружающем мире. Психосоматическая реакция - это также инфантильные попытки контролировать ситуацию (аналогично тому, как в детстве человек пытался выглядеть больным или несчастным, чтобы привлечь внимание родителей). Иногда это происходит в форме самооправдания неправильного поведения, иногда в форме торможения естественных эмоциональных реакций. Происходит этого из-за недостаточного понимания личностью собственных потребностей и собственного потенциала для контроля над жизненной ситуацией. При этом психологическая защита блокирует осознание «выбора страданий», ведь никто не хочет осознавать, что он сам является причиной собственных неудачи и болезней. Нередко такие люди подпадают под негативное контролирующее влияние родственников, что также вызывает соматизацию психологических проблем.

Депрессивная реакция и «психосоматика» могут возникать и в случае «обусловленной» или «выученной» беспомощности (по М. Селигману), когда человек не может изменить ситуацию и становится подчинённым, пассивным. Е. Кленингер видит эту схему в виде агрессивных эмоций при утрате значимого для личности объекта и депрессивных эмоций при невозможности это сделать. И те и другие эмоции слабо выражены и не осознаны, вызывают психосоматические нарушения. Д. Клерман полагает, что подобная форма реагирования проводит к патологии лишь в гипертрофированном виде, в других же случаях, она служит адаптации личности.

По мнению К. Фостера депрессия и психосоматические болезни возникают, если личность утратила навыки адаптивного поведения. Утрата этих навыков происходит из-за нарушения системы подкрепления эмоций. Так, гнев вызывает негативное подкрепление и чтобы избежать его, человек подавляет свой гнев, что и вызывает телесные недомогания и заболевания. В случае непоследовательного подкрепления в детстве, во взрослом возрасте формируется склонность к депрессиям и психосоматическим заболевания. Нарушения адаптации могут вызывать и изменения внешней среды, например потеря близкого человека, места работы, являвшихся источником положительного подкрепления эмоций. Это теорию развивали также Левинсон и Костелло.

Таким образом, мы можем видеть, что в психосоматике сформировалось несколько подходов. Психоаналитический подход (Александер, Данбар, Хорни и др.) делает акцент на внутреннем психологическом конфликте, как главном факторе развития психосоматических заболеваний. Для когнитивного подхода (П. Шильдер, А. Бек, Д. Келли) свойственно рассмотрение познавательных процессов в качестве ведущих стимулов развития личности, нарушение кторых может влиять на телесное здоровье человека. В рамках поведенческого подхода (Е. Клингер, Л. Клерман, К. Фостер и др.) учёные отстаивают мнение о том, что стратегия поведения, в частности избегание, может вызвать психосоматическую болезнь. Наконец сторонники гуманистического подхода (А. Маслоу, В. Франкл, К. Роджерс) видят причину психосоматических нарушений в кризисах, вызванных невозможность самовыражения личности.

Все это формирует современную теорию и практику психосоматики и психосоматической медицины.

. Диагностика в психосоматике и стратегии поведения личности

.1 Стратегии поведения личности как объект исследования психосоматики

психосоматика личность расстройство терапия

В предыдущем разделе мы смогли убедиться, что многие ученые считают психосоматические нарушения следствием неправильного поведения людей, в частности реагирования на стресс. В современной психосоматике поведение человека считается второй важной причиной после алекстимии, вызывающей психосоматические нарушения. Стратегиям поведения уделяется очень много внимания.

В психологической литературе используется ряд терминов (копинг, копинговые действия, копинг - стратегии, копинговые стили, копинг - поведение), с помощью которых определяют индивидуальную адаптационную реакцию человека к сложной жизненной ситуации. Под сложной жизненной ситуацией большинство исследователей понимают ситуацию, которая объективно нарушает нормальную жизнедеятельность личности и является сложной для ее самостоятельного решения. Естественно, что успех выхода из сложной жизненной ситуации зависит, прежде всего, от самого человека. Важными показателями в субъективной картине сложной жизненной ситуации являются представление о ситуации и способах ее преодоления.

Работы, посвященные изучению способов такого преодоления или копингов, появились в зарубежной психологии во второй половине XX в. Понятие «копинг» происходит от английского слова «cope» (преодолевать). В роботах немецких авторов используется термин «bewaltіgung» (преодоление). Copіng - индивидуальный способ взаимодействия с ситуацией в соответствии с ее личностной логикой, значимостью в жизни человека и его психологическими возможностями. В работах отечественных психологов мы встречаем интерпретацию понятия «копинг» как преодоление (стрессопреодоление) или психологическое преодоление стресса. Определение поведения преодоления охватывает круг проблем, в решении которых раскрываются разные концептуальные подходы и интерпретации исследуемого феномена. Рассмотрим их подробнее.

По мнению Маслоу, копинг - это готовность индивида решать жизненные проблемы путем приспособления к обстоятельствам, что предусматривает сформированность умения использовать определённые средства для преодоления стресса. В случае выбора активных форм поведения повышается эффективность устранения влияния стрессоров на личность. Особенности важны навыки, связанные с «Я-Конценцией», локусом контроля, эмпатией, условиями среды. По мнению учёного, копинг противопоставляется экспрессивному поведению.

Основоположниками понятия «копинг» считаются психологи Ричард Лазарус (1922 - 2002) и Сьюзанн Фолькман (1930), которые называли копинг - стратегии, стратегией овладения и урегулирование взаимоотношений с окружающей средой. Р. Лазарус в своей книге «Psychologіcal Stress and Copіng Process» («Психологический стресс и процесс его преодоления») обратился к копингу для описания осознанных стратегий преодоления стресса и других событий, вызывающих тревогу. Эти авторы ввели также в наш словарь такие понятия, как жизнестойкость (hardіness) и стрессоустойчивость.

В отечественной психологии А.В. Либина ввела термин «совладание».

Понятие «копинг» интерпретируется по-разному в разных психологических школах.

Первый подход - неопсихоаналитический, разрабатывался в работах Н. Хаан, где copіng трактуется в понятиях динамики Эго, как одно из средств психологической защиты, которая используется для послабления напряжения. Копинг - процессы рассматриваются как эго - процессы, направленные на продуктивную адаптацию личности к сложным ситуациям.

Р. Лазарус и С. Фолькман тоже рассматривают копинг как динамический процесс, который определяется субъективностью переживания ситуации, стадией развития конфликта, столкновеньем субъекта с внешним миром. Они обозначили психологическое преодоление как когнитивные и поведенческие усилия личности, направленные на снижение влияния стресса.

В.А. Бодров в рамках ресурсного подхода, отмечает, что источником развития психологического стресса могут быть внешние сообщения и внешняя информация. Суть ресурсного подхода заключается в том, что эффективное сохранение психического и физического здоровья некоторыми людьми и их адаптация к разным сложным жизненным ситуациям объясняется удачным «распределением ресурсов» (commerce of resources).

С точки зрения психодинамического подхода, реакции на кризис, сложные ситуации определяют те качества подсознания, которые в повседневной жизни не проявляются в поведении. Н.В. Родина отождествляет копинг - стратегии с «верхушкой айсберга» антикризисного поведения - стратегии осознаются индивидом, тогда как психологические защитные механизмы отображают глубинную, несознательную линию преодоления сложных ситуаций, при этом они являются первичными по отношению к копинг-стратегиям. Копинг рассматривается как структурная «надстройка» личности, что возникает в результате социализации, вследствие взаимодействия кризисных, затруднительных ситуаций и неосознанных мотивов личности.

Психологическое назначение копинг - поведения заключается в том, чтобы как можно лучше адаптировать человека к требованиям ситуации, овладеть ею, ослабить или смягчить ее требования, избегнуть или привыкнуть к ним и таким образом погасить стрессовое действие ситуации, а значит избежать развития депрессии и психосоматических расстройств.

Использование активных поведенческих стратегий преодоления стресса и относительно низкая восприимчивость к стрессовым ситуациям оказывают содействие улучшению самочувствия. А к его ухудшению и нарастанию отрицательной симптоматики приводят старание избегнуть проблемы и применение пассивных стратегий, направленных не на решение проблемы, а на уменьшение эмоционального напряжения.

При этом реализация копинг - стратегий может проходить в трех сферах: поведенческой, когнитивной и эмоциональной.

В целом к базовым копинг - стратегиям научные работники и практики относят стратегию «решения проблем», «поиска социальной поддержки» и «избегания». Для них характерны следующие особенности:

. Стратегия решения проблем - это активная поведенческая стратегия, применяя которую человек стремится использовать личностные ресурсы для поиска возможных способов эффективного решения проблемы;

. Стратегия поиска социальной поддержки - это активная поведенческая стратегия, применяя которую человек для эффективного решения проблемы обращается за помощью и поддержкой к окружающей среде: семье, друзьям;

. Стратегия избегания - это поведенческая стратегия, применяя которую, человек стремится избегнуть контакта с окружающим миром, вытесняет необходимость решения проблемы.

К способам избегания можно отнести «уход» в болезнь, активизацию употребления алкоголя, наркотиков. Вариантом активного способа избегания является - суицид и аутодеструкция. Стратегия избегания - одна из ведущих поведенческих стратегий, которая оказывает содействие формированию дезадаптивного псевдопреодолевающего поведения. Результатом такого поведения становится возникновение психических и психосоматических заболеваний.

Классическая копинг - таксономия, предложенная М. Стюарт и М. Райхертсом, упорядочивает действия и реакции преодоления по их ориентации: на ситуацию (активное влияние, бегство, пассивность); на репрезентацию (поиск или подавление информации); на оценку (создание смысла, переоценка, изменение цели).

.2 Осуществление диагностики у пациентов с психосоматическими расстройствами

Поэтому диагностика психосоматики чаще всего начинается с диагностической беседы, которая позволяет определить не только жалобы пациента, но и его отношение к жизни, стратегии поведения.

На первом этапе беседы после установления контакта, психолог или психотерапевт должен выяснить время возникновения конверсионных симптомов, а в более тяжелых случаях - и функционального синдрома или психосоматоза. Это период следует сопоставить с важными событиями в жизни пациента. Если найден жизненный кризис, проблема, повлиявшая на развитие психосоматического недуга, то важно узнать, понимает ли сам больной причину своего заболевания. С этой целью диагност должен углубиться не только в личность пациента, но изучить условия его воспитания в детстве, конфликты в процессе социализации и общественной жизни. Лучше вызывать воспоминания больного в форме свободных ассоциаций.

Важно учитывать весь комплекс внешних и внутренних факторов, которые могли повлиять на возникновение психосоматической патологии. Необоходимо узнать, что именно вызывает трудности в жизни больного, как он преодолевает эти трудности, как при этом взаимодействует с семьёй, друзьями, коллегами, как сам относится к своей болезни. При этом учитываются и невербальные сигналы, например поза, жесты, мимика пациента, что позволяет понять сдерживает ли он свои эмоции. В отношениях с психотерапевтом пациент, скорее всего, проявит привычные ему стратегии психологической защиты. Специалист в работе с пациентом может использовать подбадривание, провокации, следя затем, чтобы не потерять доверие со стороны больного. У пациента должно возникнуть ощущение, что он и сам узнает нечто новое о своей личности и жизни.

Особенно важны в диагностической беседы паузы, когда пациент молчит. Это, значит, что он вспоминает и переосмысливает, поэтому лучше не торопиться и не перебивать его. Нередко психологи и психотерапевты стакиваются с сопротивлением больного, который отрицает психогенную природу своей болезни. Это может усложнить процесс диагностики.

При проведении последующих бесед специалист может применить тестовые методики исследования. Важно, чтобы они были простыми, не требовали много времени, могли дополнять друг друга, имели высокую суммарную валидность. Наиболее часто при работе с пациентами, страдающими психосоматическими расстройствами используют личностные тесты: Торонтскую шкалу алекситимии, тест-опросник Г. Айзенка (EPI) и методику многофакторного исследования личности Р. Кеттела, Миннесотский многоаспектный личностный опросник, тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН), личностный опросник Бехтеревского института - ЛОБИ, реже другие специализированные тесты, например, тест Роршарха, шкалу депрессии Бека или Зунга.

Целью тестирования является определение основных качеств личности пациента, его отношения к болезни и способов преодоления проблем. При этом важно выявить сопутствующие психические расстройства, например, неврозы, депрессию, тревожные расстройства. В сочетании с диагностическими беседами это позволяет определить причину возникновения психосоматического нарешения, поставить диагноз и выбрать наиболее эффективную терапию.

3. Терапия психосоматических заболеваний

Лечений психосоматических заболеваний после постановки диагноза проводится в несколько этапов: предоставление неотложной помощи (возможно с госпитализацией), кратковременное и длительное лечение. Длительное лечение включает психотерапию, медикаментозное лечение психических и соматических нарушений, реабилитацию.

При назначении медикаментозной терапии специалисты придерживаются принципов индивидуальности, комбинаторики и динамической коррекции состояния больного. Это значит, что для каждого пациента подбирается определенный набор лекарств, их дозировка, производится коррекция лечения в зависимости от изменения состояния пациента. Но медикаментозная терапия малоэффективна без психотерапии.

Методы психотерапии подбираются индивидуально в зависимости от причин возникновения психосоматического заболевания. Это может быть суппортивная психотерапия, групповая и семейная психотерапия, аутотренинги, клинико-психосоматическое лечение (стационарное) и т.д. Практикующие специалисты делают акцент на многообразие методов лечения, что повышает их эффективность. Помимо психотерапии важно проводить терапию соматических симптомов, например, назначать больным ЛФК, массажи, физиотерапевтические процедуры, дыхательные упражнения. При наличии подлинных соматических заболеваний важно не усугубить их течения. Терапия может проводиться при участии невролога, терапевта, педиатра, если речь идет о лечении ребенка. Но приоритетным является лечение психиатра. Смена врачей не должна исключать преемственность, чтобы избежать резкой смены терапевтических методов.

Таким образом, в настоящее время предложенные принципы терапии психосоматических расстройств можно систематизировать, выделив следующие основные направления:

. Клинико-психологические (общие) принципы (индивидуализации, опосредованности, отношений, среды, гуманизма);

. Клинико-динамические принципы (системности - комплексности, этапности, предпочтительности терапии);

. Клинико-патогенетические принципы (обязательность использования антидепрессантов, дифференцированность терапии депрессивных расстройств, проведение седативной терапии с учетом аффекта тревоги, локализации соматических расстройств, церебрально-органической недостаточности и особенностей личности больного).

При распределении психосоматических больных учитывается внутренняя картина болезни и наличии нозогений. Внутренняя картина отражает отношение пациентов к болезни. Здесь выделяются ситуационный и личностный вариант. В первом варианте течение болезни в основном обусловлено внешними факторами, например неблагоприятными жизненными условиями. Во втором варианте ключевую роль играют психологические деформации личности. Пациентом со второй картиной чаще требуется длительная психотерапия, в то время как пациентам с ситуационным вариантом развития болезни - среднесрочный комплекс психотерапевтических и физиотерапевтических методов для уменьшения соматизации.

У больных соматическими болезнями могут развиваться нозогении - психогенные реакции на болезнь, как травмирующий фактор. На формирование нозогений оказывает влияние и внутренняя картина соматического заболевания.

Различают невротические, аффективные и патохарактерологические нозегении. Для невротических нозогений характерно наличие тревожно-фобических расстройств и «невротического отрицания». Больной испытывает страх перед болезнью, перед воображаемой невозможностью реабилитации, он пытается либо преувеличить, либо отрицать влияние болезни на его жизнь, становится очень мнительным, склонным к ипохондрии.

Аффективные нозогении чаще сводятся к возникновения депрессии или гипомании. У пациентов может наблюдаться сильная подавленность или наоборот приподнятость настроения, граничащая с эйфорией, они неадекватно оценивают свое состояние.

Патохарактерологические синдромы представлены следующими вариантами: гипернозогнозическим в виде сверхценных идей (ипохондрия здоровья) и синдромом «патологического отрицания болезни».

Для лечения нозогений в психосоматике разработано сочетание психотерапии и психофармакотерапии. А гуманистическая психотерапия, гештальт-терапия, арт-терапия зарекомендовали себя как эффективные средства борьбы с алекситимией. Излечить эту причину развития психосоматических заболеваний трудно, но можно снизить остроту негативных проявлений.

Отличается психотерапия при различных типах психосоматических заболеваний в зависимости от пораженных органов, например, психотерапия при бронхиальной астме, отличается от психотерапии при желудочно-кишечных заболеваниях или патологиях опорно-двигательного аппарата. В последнее время очень актуальным направлением психосоматики стало лечение нервной анорексии и др. пищевых расстройств.

Современная психосоматика развивается в направлении совершенствования решения терапевтических задач. В ближайшем будущем будут совершенствоваться методики психосоматических исследований и поведенческой терапии, усиливаться функциональные и институциональные связи между медициной, психологией и психосоматикой.

# Заключение

Психосоматика - это междисциплинарная область научных знаний, занимающаяся изучением взаимосвязи соматических заболеваний (болезней тела) и психологических причин их возникновения.

Объектом изучения психосоматики являются личность пациента, страдающего психосоматическим расстройством и индивидуальные психосоматические проявления. А предметом - психосоматические явления, их структура, функции, эволюция при различных видах патологий.

Активное развитие психосоматики как науки началось с начала прошлого века. За это время сформировался ряд подходов к пониманию психосоматических явлений. Психоаналитический подход (Александер, Данбар, Хорни и др.) делает акцент на внутреннем психологическом конфликте. Для когнитивного подхода (П. Шильдер, А. Бек, Д. Келли) свойственно рассмотрение познавательных процессов в качестве ведущих причин развития болезней. В рамках поведенческого подхода (Е. Клингер, Л. Клерман, К. Фостер и др.) учёные отстаивают мнение о том, что стратегия поведения, в частности избегание, может вызвать психосоматическую болезнь.

На основании этих подходов современные специалисты рассматривают психосоматические заболевания как результат неправильного поведения личности, когда человек выбирает не стратегию решения проблем и поиска социальной поддержки в борьбе со стрессом (копинг - стратегию»), а тактику избегания (уход в болезнь, аддикции и т.д.). Эмоциональное напряжение в таком случае нарастает, нарушаются механизмы психологической защиты и происходит соматизация, то есть телесная реакция на стресс. Немаловажную роль играет и специфическое психическое расстройство - алекситимия. Поэтому в ходе психосоматической диагностики, включающей беседы и тестирование, специалист должен определить характер психосоматического расстройства и выбрать индивидуальную программу терапии для пациента. При этом психиатр тесно сотрудничает с медиками иного профиля.

# Список использованной литературы

1. Андреев И.Л., Березанцев А.Ю. Психосоматика, психотерапия, личность (теоретический аспект) // Российский психиатрический журнал. 2012. № 2. С. 39-46.

. Бакирова З.А., Мочалов С.М., Куксо П.А. Последствия нарушения психоэмоциаонльной сферы человека // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2010. Т. 12. № 3-2. С. 382-385.

. Гигнгер С., Гингер А. Практическое пособие для психотерапевтов. - М.: Академический проект, 2014. - 240 с.

. Жукова Н.В. Клиника внутренних болезней. Основы психосоматики. Психиатрия. - М.: Человек, 2010. - 48 с.

. Краснов А.А. и др. Основы психосоматики. - СПб.: Издательство Санкт-Петербургского университета, 2012. - 112 с.

. Кулаков С.А. Психосоматика. - М.: Речь. - 320 с.

. Лебедева В.Ф., Семке В.Я., Якутенок Л.П. Психические расстройства при соматических заболеваниях. - Томск, Изд-во «Иван Федоров», 2010. - 326 с.

. Маслоу А. Мотивация и личность. - СПб.: Питер, 2014 с.

. Петрова Н.Н. Основы психосоматической медицины. - СПб.: Издательство Санкт-Петербургского университета. - 72 с.

. Психосоматика. Телесность и культура. Под ред. В.В. Николаевой. - М.: Академический проект, 2009. - 311 с.

. Семыкина Е.Ю. Тяжёлая жизненная ситуация и копинг - поведение в исследованиях зарубежных и отечественных психологов // Гуманитарные и социальные науки Межвузовский сборник научных трудов. Магнитогорск, 2011. С. 160-167.

. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия. Исцеление души и тела. - М.: Феникс, 2014. - 350 с.

. Степанова О.П. Копинг - поведение психосоматических больных // Личность в условиях современных социальных изменений материалы Всероссийской научно-практической конференции. Магнитогорск, 2010. С. 152-164.

. Стресс, выгорание, совладание в современном контексте. - М.: Институт психологии РАН, 2011. - 512 с.

. Терещук Е.И. Единство души и тела // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2012. № 1. С. 147-153.

. Федотова М.А., Беляева Н.С. Гармонизация личности: инновационный подход // Социально-гуманитарные знания. 2013. № 11. С. 135-141.

. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза. - М.: Канон+РООИ «Реабилитация», 2012. - 288 с.

. Шанина Г.Е. Психогигиена и психопрофилактика. - М.: Логос, 2013. - 148 с.