Введение

семья психосоматический воспитательный эмоциональный

Семья - основополагающая ячейка, где осуществляется социализация ребенка. Отклонения в поведении несовершеннолетних в большинстве случаев обусловлено семейной дезадаптацией. Особое значение семьи в том, что именно здесь человек приобретает свой первый опыт общественного существования, в семье закладываются основы его сознания и характера, моральные качества и волевые свойства. Она создает безопасную психологическую атмосферу, привычную среду обитания и душевный комфорт. Поэтому от обстановки в семье, от личного примера родителей, от правильности их поведения по отношению к окружающему миру, к детям во многом зависит какими вырастут сами дети.

Сам психосоматический подход в клинике внутренних болезней можно охарактеризовать как совокупность множества факторов, некоторые из них мы хотели обозначить.

Многие исследования в области психосоматики посвящено изучению его роли в развитии восприимчивости к заболеваниям. Исходя из исследований на животных, ранний жизненный опыт, в частности опыт сепарации с матерью, последовательно вызывает патофизиологические изменения, такие как повышение активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой активации, может развить индивидуальную склонность к определенным заболеваниям у человека во взрослой жизни. Важными представляются события, имеющие отношение к физическому или сексуальному насилию в детстве, особенно в свете взаимодействия этого фактора с хроническими болями неясной этиологии, синдромом раздраженного кишечника.

Общеизвестные данные о влиянии значимых жизненных событий любого возраста появления, развитие или рецидив заболевания. Введение структурированных методов сбора данных и их контроль позволило установить связь между значимыми событиями и определенными заболеваниями, включающих эндокринные, сердечно-сосудистые, респираторные, желудочно-кишечные, аутоиммунные, кожные, опухолевые.

Влияние событий жизни на склонность к различным заболеваниям исследуется также в рамках изучения влияния стрессовых факторов на здоровье индивида. Роль жизненных изменений и стресса с упрощенной линейно описывает их взаимодействие теории превратилась в настоящий момент в комплексную многофакторную концепцию: теорию аллостатической нагрузки.

Цель работы - изучение роли семьи в психосоматическом развитие ребенка.

Глава 1. Особенности психосоматических расстройств

1.1 Понятие психосоматических расстройств

Очень часто врачи сталкиваются ситуациями, когда нет возможности точно установить причины возникновения того или иного заболевания. Довольно часто встречаются ситуации, когда никаких физиологических предпосылок для развития заболевания нет, но болезнь прогрессирует. Тогда и начинают говорить о психосоматических заболеваниях.

Идея о возможности влияния психического состояния на физическое здоровье не нова, об этом говорил еще древнегреческий философ Платон, который утверждал, что душа и тело являются единым целым. Позже его идеи поддержали многие ученые, и сегодня все чаще становится понятно, что наши эмоции часто руководят нашим физическим состоянием.

Традиционно под психосоматическими расстройствами понимают такие заболевания, этиологию и патогенез которых в значительной степени влияют психологические, психосоциальные и культурные факторы [11]. Существуют семь психосоматических расстройств, которые считают классическими ("Чикагская Семерка"): язва, бронхиальная астма, ревматоидный артрит, язвенные колиты, повышенное давление, тиротоксикозы и мигрень.

Срок психосоматика используется больше в методологическом смысле для того, чтобы подчеркнуть тип подхода к изучению и лечению определенных расстройств телесных функций. Кроме этого термин часто используется в нозологическом смысле, чтобы указать на ряд заболеваний, этиология которых, как полагают, в значительной степени зависит от индивидуальной эмоциональной динамики.

Истинные причины возникновения психосоматических заболеваний до сих пор остаются невыясненными, методы их лечения в предпочтительности имеют симптомоориентований характер. Этиология этих расстройств не укладывается в традиционные медицинские модели понимания болезней, поскольку требует учета не только телесных изменений, но и индивидуальной психологической динамики. Для объяснения психосоматических расстройств необходимо выйти за рамки сугубо медицинского подхода. Однако именно эта необходимость вызывает наибольшие трудности, поскольку психологические факторы этих заболеваний являются чрезвычайно сложными для изучения [11].

Существуют два больших класса теорий психосоматических расстройств: специфические и общие. Первые считают, что каждому заболеванию соответствует специфический психологический фактор, который проявляется в особенностях эмоциональной динамики, в констелляции личностных черт, фиксациях на определенных стадиях психосексуального развития и т. Д. Второй подход основывается на том, что для всех психосоматических расстройств существуют общие факторы, которые влияют на их этиологию. Именно эти теории находятся в фокусе нашего внимания.

Наиболее известен объяснения психосоматозов с помощью механизмов общего адаптационного синдрома. В русле этой теории возникновения соматических симптомов связывают со степенью интенсивности или продолжительности стрессовых жизненных событий. Данные многочисленных опытов с животными, обследование людей, переживших экстремальные условия существования, свидетельствуют о том, что длительная интенсивная угроза жизни может стать стимулом для психосоматических реакций [3]. Однако концепция стресса не может объяснить причины возникновения этих реакций, когда нет непосредственной опасности для жизни, в условиях, которые большинству людей могут казаться вполне нормальными.

Попытка ответа на эти ключевые вопросы мы находим в психоаналитических концепциях психосоматозов, которые основное внимание уделяют факторам развития и функционирования его.

Две ключевые особенности позволили постфрейдианському психоанализа приблизиться к аналитическому дослидженняпсихосоматичних заболеваний. Первая заключается в том особом внимании, которое было уделено доедиповим стадиям онтогенеза, когда ребенок впервые начинает выделять себя из окружающего мира, чувствует свою индивидуальность. Вторая особенность заключается в перемещении исследовательского фокуса динамики инстинктов на механизмы и этапы развития его.

Как теоретическое знание и как терапевтический инструмент психоанализ имеет значительные ограничения при применении к психосоматическим расстройствам. Психоаналитические методы направлены прежде всего на обработку символического, содержательного материала, из которого состоит структура невротических симптомов. Свободная ассоциация облегчает доступ к подавленным переживаний, которые сопровождают невротический симптом. В случае психосоматической реакции психоаналитика может встретить "молчание" соматического симптома. Свободная ассоциация не дает в таких случаях ощутимых результатов. Считается, что психосоматические симптомы не несут символической нагрузки [4]. Именно это приводит к их "молчания". Психосоматические реакции имеют своим источником те стадии психического развития, на которых ребенок еще не владела языком. Некоторые авторы акцентируют внимание на том, что психотерапевтическое обработки соматических симптомов может спровоцировать психотические реакции [10]. Поэтому терапия психосоматозов значительно отличается от классических моделей психотерапевтической интервенции.

Несмотря на строгие ограничения псхоаналитикам все же удавалось с успехом работать с психосоматическими пациентами. По мнению Д. Мак-Дауголл терапевтический эффект достигается за счет медленного, постепенного освобождения примитивных, архаичных импульсов, которые лежат в основе психосоматозов. Дальнейшая работа ведется уже с теми чувствами, которые возникают у пациента ассоциативно [9]. Г.Аммон предлагает использовать терапевтические процедуры, направленные на укрепление функций его, увеличения его силы и способности противостоять архаичным импульсам [11].

Историческое развитие психосоматики как науки претерпело много взлетов и падений, часто оказываясь на шатких и жестко критикуемый позициях.

Предполагая, что причины болезней совершенно естественны, Гиппократ предлагал врачам целостный подход к диагностике, основанный на получении информации "... из рода жизни, из возраста каждого больного, из речей больного, обычаев, молчание, мыслей, сна, отсутствия сна, из сновидений, которые они и когда появляются, с подергиваний, с зуда, из слез, из пароксизмов, из извержений, из мочи, из мокроты, с рвота ». Медицина XIX - XX веков бурно развивалась в экспериментальном плане, и внимание ученых было приковано к отдельным наукам: цитологии, микробиологии, то есть от целостного подхода к больному взгляд ученых двигался по пути дивергенции.

Психосоматический подход, однако, не остановился в развитии, и определенным образом прогрессировал в рамках психоаналитической теории. С конца XIX века З. Фрейд в сотрудничестве с Брёйером изучал пациентов, которые демонстрируют истерическую симптоматику.

Позже было описано, что в основе таких нарушений лежит механизм конверсии: трансформации неприемлемого внутрипсихических конфликта в соматический эквивалент. Развитие теории «символического языка органов» связано с попытками объяснения тех или иных симптомов проявлением мыслей, стремлений, фантазий, вытесненных в бессознательное. Основатель аналитической психологии Карл Густав Юнг заметил в процессе своих исследований направленных ассоциаций, определенные слова вызвали явное соматическую реакцию. Одна из важнейших личностей в психосоматической медицины, Г. Гроддек, считал соматическую симптоматику проявлением всей личности, определенным способом самовыражения, недоступного для реализации другими путями. При лечении пациентов Гроддек интерпретировал симптоматику как трансформированный язык такой психической структуры, как «Оно». Американский психоаналитик Ф. Александер в своей работе «Психосоматическая медицина» отразил свои взгляды на связь эмоциональной сферы и телесной симптоматики. Подавлена эмоциональная реакция имеет свой соматический эквивалент как нормальное физиологическое сопровождение хронизированного эмоционального состояния. Глубина вытесненного специфического эмоционального конфликта определяет форму психогенного заболевания: истерическая конверсия, вегетативный невроз, психосоматическое заболевание, причем каждому, по мнению Ф. Александера, характерен свой интрапсихический конфликт [13].

В совместной работе с Ш. Селесник Ф. Александер подчеркивал всеобъемлющую связь эмоциональных факторов (в том числе и стрессовых) с органическими функциями человека. Именно отношение к пациенту как к личности определяет психосоматический подход в медицине. Важны все факторы, которые каким-либо образом вступают во взаимодействие с соматическим состоянием человека, независимо от характера этого взаимодействия, рассматривая его как двустороннюю связь [1, 13].

Еще в то время, когда медицина основывалась исключительно на клиническом опыте, многие врачи отмечали распространенность некоторых болезней у лиц с определенным физическим или психическим складом.

Например, Альварес разработал концепцию о пептические-язвенной личности. Д. Дрейпер обнаружил, что у многих пациентов, страдающих язвенной болезнью, стоят зависимые и, как он назвал, женские черты личности. Ф. Данбар применила к опыту врачей методы психодинамической диагностики. Она исследовала профили личности и связывала их с определенными заболеваниями [13].

Зарубежный психосоматический подход качественно исследуется, связывается с экономически выгодными являются перспективными тенденциями в оказании медицинской помощи. В них подчеркивается мультидисциплинарный характер психосоматической медицины [19, 36, 23].

В Японии и Германии психосоматическая медицина самостоятельный и независимый статус в тесной связи с предоставлением помощи в клинике внутренних болезней. В США семейная медицина признает психосоциальный подход и внедряет его уже на стадии обучения врача-специалиста [22].

Обобщая выводы отечественных и зарубежных исследователей, мы можем говорить о том, что, уделяя больше внимания психологическим факторам в оказании медицинской помощи, мы имеем возможность значительно улучшить его качество. Психосоматический подход может реализовываться посредством учета механизмов стрессового воздействия [22, 23], преморбидные черт личности, способствующие развитию заболевания (модель алекситимии и др.) Или, наоборот, профилактически значимых, а также важно описание психосоматического статуса больного, внутренней картины болезни.

.2 Взгляды на природу психосоматических расстройств

Постепенное и систематическое изложение психоаналитических взглядов на природу психосоматических расстройств представлено в работах французского аналитика Джойс Мак-Дауголл. На основе 25-летней аналитической практики Д.Мак-Дауголл формулирует такие гипотезы о сущности и особенностей психосоматозов:

. Определенные аллергические, гастрични и другие реакции могут быть соматическим проявлением попытки защитить себя от вполне архаических страхов, которые переживаются как угроза жизни или как угроза потери идентичности.

. Для достижения этой цели психическое в момент опасности направляет примитивные психические сигналы тревоги, не используя язык. Поэтому переживания опасности не может осмысливаться.

. Сигнал может привести психосоматической дисфункцию, такую, например, как гиперсекреции желудочного сока, повышенное кровяное давление и др.

. Такие реакции имеют тенденцию к повторению, компульсивное характер.

. Эмоции, возникающие не могут узнаваться субъектом обычным символическим путем. Они непосредственно передаются телу по примитивным невербальным каналам, при этом вызывают психосоматические симптомы.

. психосоматические расстройства имеют "вторичную пользу". Физические страдания, которые они вызывают, компенсируются бессознательного убеждением, что болезнь выполняет защитную функцию, такую как определение границ тела. Таким образом уменьшаются страхи быть поглощенным, слитым, которые сопровождают архаичные импульсы. Анализ соматических симптомов предоставляет доступ к ассоциированным с ними фантазий, которые открывают, что физическая атака против собственного тела является в то же время атакой против Интернализованная тела матери.

. Примитивные страхи тесно связанные с расстроенными отношениями мать-младенец, бессознательного страхами быть брошенным или отвергнутым матерью.

. В некоторых случаях физическая болезнь переживается как убедительное доказательство того, что тело является живым. Индивидуальное (self) таким образом борется с ощущением "внутренней смерти", которое вытекает из переживаний того времени, когда человек был еще младенцем [10; 28].

Д.Мак-Дауголл считает, что психосоматики воспринимают и переживают психологические события на уровне тела. Там, где "нормальная" человек реагирует с помощью психических переживаний, психосоматик соответствует телесными сдвигами. Любая стрессогенных событие будет переживаться психосоматика без обращения к эмоциям и чувствам. Нечеткие границы его, дефицит чувства идентичности спутанность и неопределенность в различении психической и физической сфер жизнедеятельности, поэтому психическая или психологическая угроза воспринимается психосоматика как физическое, то есть как угроза целостности тела.

Определение границ собственного тела (телесное эго) и чувство идентичности происходят в период, когда человек был еще младенцем. Если в этот, ключевой для формирования его, период ребенок не получает достаточной поддержки, понимания со стороны матери, то его страхи за свою жизнь в дальнейшем будут определять возможность появления психосоматических симптомов.

На бессознательном уровне психосоматик не отделяет психическую область от физической, так стимулы психологического уровня могут автоматически вызвать телесные реакции. Фактически границы тела психосоматика находятся там же, где лежат границы его психической и психологической активности. Поэтому, угрозы, опасности психологического сорта воспринимаются как угрозы телу, опасность для жизни. Дефицит чувство идентичности, континуальности жизни, ее уникальности и беззупиности заставляет психосоматика на психологическом уровне искать компенсации в компульсивному соблюдении социальных стандартов. Выполнение стандартов на бессознательном уровне восполняет недостаток идентичности, подтверждающим право на существование. Соответственно, нарушение правил переживается как угроза целостности, страх потери самого себя.

Подтверждение положением, выдвинутым Д.Мак-Дауголл, можно найти в целом ряде работ психоаналитического образцу. Джеймс (1979) утверждает, что психосоматические расстройства имеют несимволические природу и ассоциируются с нарциссической синдромом [4]. Кушенхоф (1995), анализируя клинические случаи, подчеркивает важность рассмотрения границ тела и его для образования общей теории и психосоматических расстройств [7]. Ковенским (1991) считает, что "психосоматические манифестации связанные с нарциссической взаимодействием его-другие" и не несут символической нагрузки [6]. Шовель (1994) рассматривает психосоматозов как следствие недостаточно чиитких границ его, что приводит к глубокому расстройству процессов мышления, "которые трудно отделить от телесных репрезентаций" [2]. Нарушение связей между ментальными и соматическими процессами в качестве основной причины психосоматических реакций рассматривает Йенсен (1995), по его мнению терапия психосоматозов имеет восстанавливать же связи [5].

К сожалению авторы упомянутых работ оперирующие эмпирическими данными, а анализом клинических случаев для подтверждения своих гипотез. Это в определенной степени снижает доказательную ценность работ, но все же дает основание для более тщательного исследования основных положений концепции Д. Мак-Дауголл.

Не менее интересны взгляды на природу психосоматических расстройств, которые развил Гюнтер Аммон, немецкий психоаналитик, один из основателей так называемой динамической Психиатрии. На основании анализа клинических интервью более 1200 пациентов, построения их личностных профилей, он развил структурную модель динамического психиатрического лечения. Согласно этой модели критическим для психического здоровья является развитие первичных, центральных и вторичных эго-функций, которые зависят от взаимодии его и первичной семейной группы.

Аммон (1979) считал, что психосоматические расстройства выражают структурный дефицит его, который имеет свое начало в раннем симбиозе ребенок-мать. Взаимоотношения ребенка с матерью могут быть построены таким образом, что болезнь является для ребенка единственным средством эмоционального контакта. Ребенок воспринимается матерью как вещь и служит для нее компенсацией собственных структурных дефицитов, последние связаны с интенсивными архаичными страхами потери идентичности. Возможно психогенетически источник психосоматозов находится еще на пренатальной стадии развития. Независимо от стадии развития динамика симбиоза мать-ребенок может быть понята только в связи с динамикой целостной интерперсонального первичной картины со всеми ее составляющими. Его ребенка во всех сферах развивается в зависимости от материнских способностей воспринимать, спиивчуваты и преодолевать проблемы. Брак этих способностей влияет на структуру его ребенка и вызывает расстройство первичных, вторичных и центральных его-функций [1]. Первичные и центральные функции образуют сердцевину Я, как автономного субъекта, вторичные функции представлены мышлением, памятью, речью.

Сейчас о его-структуру психосоматических пациентов. Страх потери идентичности, проявляющийся у матери, усложняет индивидуальное развитие ребенка. Мать может воспринимать ее только как слабую и недостаточную существо, которому постоянно чего-то не хватает и постоянно может заболеть. Взаимоотношения с ребенком мать видит сквозь призму постоянной угрозы заболевания. Дефициента взаимодействие с матерью вызывает расстройство центральной эго-функции, которая контролирует агрессию. При этом деструктивная агрессия связывается прежде всего с телесными симптомами. Психосоматики демонстрируют отсутствие конструктивной агрессии.

Кулл (1985) использовал для исследования психосоматической динамики "Тест структуры его", разработанный Г.Аммоном. Групповой профиль психосоматика по сравнению с нормальной выборке показал значимое увеличение "дефицитной" агрессии и "дефицитного" нарциссизма, значимое снижение показателей конструктивной агрессии, тенденции к повышенному деструктивного нарциссизма, высокий уровень "дефицитной" тревоги и пониженный потенциал демаркации (способности отделять себя от окружения). Дефициты центральных эго-функций агрессии и нарциссизма обусловленные низким уровнем "социальной энергии" (Концепт Г.Аммона, который вўдбивае частоту и полноту социальных интеракций) в ранние годы. Недостаточность его, возникающая, заполняется фиктивной идентичностью психосоматического заболевания. Расстройство позволяет пациинту отделиться от симбиоза и достичь необходимой поддержки [8]. Ценность этого эмпирического доказательства снижает то, что он получен на основании теста, который был разработан для того, чтобы подтвердить теорию Г.Аммона.

Симбиоз мать-ребенок для психосоматики не имеет плодотворного окончания, ребенку не удается полностью отделиться от матери и функционировать как автономная существо. Таким образом формируется дефект в первичных эго-функциях, которые отвечают за его идентичность и индивидуальные границы. По образному выражению Г.Аммона в психосоматика наблюдаются "дыры" в его, то есть структурное дефект границ Я. Дефекты первичных и центральных его-функций часто стимулируют ребенка к сверхнормативного развития вторичных функций, таких как интеллект, мышление, память, координация. В целом, психосоматические болезни могут быть поняты как проявления целого ряда расстройств его, связанных с дефицитами идентичности.

Зэка рассматривает связь психосоматических расстройств с развитием границ его и идентичности. Анализ клинических случаев позволяет ее утверждать, что психосоматика присущи специфические "защитные маневры" (генетически наиболее примитивные), нацелены на уничтожение "внутреннего пространства" и предоставления организма двухмерного модуса существования [12]. С помощью такой защиты пациент решает проблемы с идентичностью и нечеткими границами его, избегает чрезвычайно интенсивных архаических переживаний, поскольку двухмерность на символическом уровне не оставляет "места" для чувств. Человек без эмоций, без чувственного внутренней жизни превращается в робота, вот почему Г.Аммон називавпсихосоматични расстройства "удалением от гуманности", а терапию этих расстройств считал задачей, "гуманизирует" [1]. Всего в Динамический Психиатрии психосоматические симптомы рассматриваются не как следствие вытеснения инстинктивных импульсов и психологических конфликтов, но как проявление "серьезного нарциссического дефекта", "дыры" в его (структурный аспект), который возникает на симбиотической стадии развития вследствие неудовлетворительной нарциссической поддержки со стороны матери (генетический аспект). Психосоматозов можно понять как соматическое решение, попытка достичь интеграции его, которая предупредила его разрушения и психоз [1]. Психосоматические расстройства связаны с нарушениями границ его (прежде всего телесных) и недостатком его-идентичности. Эта точка зрения пересекается с уже изложенной позицией Д.Мак-Дауголл. Придания со стороны Г.Аммона включая такой фактор как "недостаточная способность к конструктивному агрессии", проявление деструктивной агрессии в соматическом симптоме [1]. С психодинамической точки зрения психосоматические расстройства являются защитой от бессознательного примитивных импульсов ("архаической истерии" по терминологии Д. Мак-Дауголл). Они сопровождаются радикальным обеднением эмоциональной сферы, "дегуманизацией", переходом к неестественно прагматического "безпочуттевого" модуса существования. С точки зрения психических структур психосоматозов является следствием дефектов его (дефицит идентичности, недостаточно четкое "телесное эго"). Соматические симптомы восстанавливают утраченную интеграцию его. Экономический взгляд на проблему позволяет заметить недостаток конструктивной агрессии, иногда нарциссическую компенсацию. Генетическая перспектива находит источник психосоматических проблем на доедипових стадиях развития, в неудовлетворительном симбиозе мать-ребенок, не позволяет ребенку отделить собственно его от материнского, установить границы сформировать идентичность. Традиционная для психоанализа склонность искать причины заболеваний на ранних стадиях онтогенеза в случае с психосоматическими заболеваниями делают их понимания несколько односторонним. Действительно критическим для недостатка его-идентичности симбиотическую период или на идентичность могут влиять крепкие стрессы на последующих стадиях онтогенеза? Насколько постоянными и постоянными являются структурные дефекты его, образующиеся в детстве? До какой степени они могут быть компенсированы так называемыми вторичными функциями? В психоанализе принято толкование как способ мышления, оно предполагает анализ и объяснение выраженных случаев психосоматических расстройств, которые уже произошли. Возможно анализ этих случаев действительно дает основание говорить о структурных дефектах его.

Таким образом, психоаналитический подход определяет психосоматозов как самостоятельную группу психических патологий, этиология которых имеет большее сходство с этиологии психозов, чем в этиологии неврозов. Психосоматические симптомы понимают как защитную реакцию, которая должна компенсировать дефекты, дефициты структуры его. К таким дефектам относятся недостаток его-идентичности, нарушены границы его (прежде всего телесные). Возникновение структурных дефектов большинство авторов связывают с особенностями симбиоза мать-ребенок на довербальных стадиях онтогенеза. Психосоматические симптомы также защитой против архаичных страхов потери идентичности, растворения границ его, внутренней смерти. Однако ценные аналитические инсайты требуют обдумывания в рамках общепсихологическую тезауруса для того, чтобы их можно было проверить эмпирически.

В дальнейшем мы надеемся исследовать связь между психосоматическими расстройствами и структурными дефицитами его, прежде всего его-идентичностью. Выбор именно этой характеристики обусловлен тем, что это й наиболее проработан психоаналитический конструкт из всех упоминались выше (границы его, архаичные страхи и др.). Существует многочисленная литература, посвященная эмпирическим исследованиям его-идентичности, поэтому мы надеемся, что этот конструкт будет значительно легче операционализуваты в отличие от остальных психоаналитических терминов. Учитывая присущую психоанализа концептуальную сложность и трудности верификации, последнее соображение приобретает особую значимость.

Многие исследования в области психосоматики посвящено изучению роли пациента в развитии восприимчивости к заболеваниям. Исходя из исследований на животных, ранний жизненный опыт, в частности опыт сепарации с матерью, последовательно вызывает патофизиологические изменения, такие как повышение активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой активации, может развить индивидуальную склонность к определенным заболеваниям у человека во взрослой жизни. Важными представляются события, имеющие отношение к физическому или сексуальному насилию в детстве, особенно в свете взаимодействия этого фактора с хроническими болями неясной этиологии, синдромом раздраженного кишечника. Наявнисть в анамнезе факта жестокого обращения в детстве значимо связано с некоторыми негативными для здоровья 'я последствиями: функциональными расстройствами, аутоагрессивными тенденциями в поведении [22].

Общеизвестные данные о влиянии значимых жизненных событий любого возраста появления, развитие или рецидив заболевания. Введение структурированных методов сбора данных и их контроль позволило установить связь между значимыми событиями и определенными заболеваниями, включающих эндокринные, сердечно-сосудистые, респираторные, желудочно-кишечные, аутоиммунные, кожные, опухолевые.

Влияние событий жизни на склонность к различным заболеваниям исследуется также в рамках изучения влияния стрессовых факторов на здоровье индивида. Роль жизненных изменений и стресса с упрощенной линейно описывает их взаимодействие теории превратилась в настоящий момент в комплексную многофакторную концепцию: теорию аллостатической нагрузки.

Таким образом, внешне значимые жизненные изменения - не единственный источник психологического стресу.Поточни жизненные ситуации не должны быть отвергнуты специалистами как незначительные факторы, поскольку хронические повседневные стрессы могут переживаться каждым как тяжелые и превышают навыки совладания отдельного индивида.

На данный момент в отечественном здравоохранении поддерживаются программы здорового образа жизни. В психосоматической медицине поведенческие паттерны, характеризующие нездоровый образ жизни, считаются фактором риска для развития большинства распространенных заболеваний, таких как диабет, ожирение, сердечно-сосудистые расстройства.

Биопсихосоциальная модель предполагает, что личностные переменные взаимодействуют с социальными и экологическими факторами и приводят к различиям в выборе жизненных ситуаций, их особенностям. В этом смысле личностные характеристики (например, тип акцентуации характера) могут определять то, как пациент относится к болезни, что она значит для него, особенности взаимодействия с другими людьми, в том числе с медицинским персоналом.

Психические заболевания, в частности депрессия и тревожные расстройства, в значительной степени связаны с соматическими нарушениями. Психические расстройства повышают риск развития инфекционных и неинфекционных болезней; в то же время многие заболевания повышают риск возникновения психических отклонений, а коморбидные психические патологии усложняют выявление и лечение заболеваний в клинике внутренних болезней. Потенциально отношения между соматическими расстройствами и психиатрическими симптомами располагаются в континууме от случайных совпадений в прямой причинно-следственной связи, иллюстрирует роль органических факторов в развитии психического расстройства. Это органические психические расстройства, в лечении которых важной особенностью является влияние на психические симптомы, такие как, например, депрессия при синдроме Кушинга.Видомо, что ранняя диагностика депрессии в первичной медицинской помощи является важнейшей задачей. Депрессия является частым спутником заболеваний в клинике внутренних болезней. Важное клиническое значение имеет также и спектр тревожных расстройств [22].

Психосоматический подход не является только по существу введением психиатрической диагностики в клинику внутренних болезней, так как часто многие психические нарушения не переходят в разряд клинической патологии. Однако осознание того, что психологические симптомы, которые не достигают порога психического расстройства, влияющие на качество жизни и влекут за собой патофизиологические последствия, привело к развитию психосоматических исследований.

Исследователи показывают, что целью лечения должно быть постижение индивидуальных характеристик здорового человека, в том числе и его психологических особливостей.Причому важно не только оценивать качество жизни, но и вводить глобальное измерение, диагностику психической сферы. В противном случае мы рискуем, изменив органические показатели заболевания, приведя соматическое состояние с параметрами нормы, упустить нарушения психического функционирования, которые, как нами уже было отмечено, или приведут к конкретным нарушениям, спровоцировав нездоровое поведение индивида или увеличат вероятность возникновения нового заболевания или рецидивухроничного .

Психосоматический подход в клинике внутренних болезней способен развиваться с учетом некоторых важных факторов. В первую очередь, это принятие во внимание психологических характеристик, особенно ориентированных на выявление легких отклонений.

Так, в настоящее время находится все больше доказательств того, что влияние психических переменных, таких как депрессия, расстройства настроения соматических больных, связано с худшим прогнозом и заслуживает особого рассмотрения [24, 31, 33]. Результат многих исследований связывает развитие тяжелых соматических заболеваний с конкретным образом жизни [16, 28]. В профилактической медицине широко известные преимущества изменения образа жизни, особенно в приложении к ишемической болезни сердца и диабета второго типа. Кроме того, психокоррекционное вмешательства признано эффективным при регуляции опасных для здоровья поведенческих паттернов, таких как курение [14].

Глава 2. Роль семьи в психосом развитие ребенка

.1 Эмоциональные факторы формирование личности ребенка в семье

Эмоциональный потенциал семьи имеет большие возможности воспитательного воздействия на ребенка. В сочетании с идейными установками родителей эмоциональные факторы выступают основной предпосылкой развития морального достоинства ребенка. На основе положительного оценочного отношения родителей формируется эмоционально-ценностное отношение ребенка к себе - отношение к своему "Я", потребность в уважении окружающих.

Раскрытие того, как формируются духовные потребности ребенка, в частности в уважении близких взрослых, является необходимым для оптимизации всего процесса семейного воспитания. Знание родителями возрастных особенностей становления такой необходимости, основных факторов, обусловливающих ее оптимальное развитие, - все это обеспечивает высокую результативность воспитательных воздействий, а именно: у детей формируется положительное эмоциональное отношение к взрослому, стремление быть соответствующим его нравственных требований, то есть возникает то желание быть хорошим, которое является эффективным управлением поведением детей.

Не только под влиянием взрослых, но и в их отсутствие дети, у которых сформирована потребность в уважении (личностном отношении к себе), стремятся оправдать моральные ожидания старших. Поэтому стремление "быть хорошим" закладывается в семье.

Аффективная насыщенность общения между членами семьи, преобладание положительных и отрицательных эмоций существенно отражается на самочувствии ребенка, его мировосприятии и осознании образа близких взрослых. Именно с тех особенностей, которыми отмечается наиболее типичная гамма переживаний членов семьи, их настроений, аффектов, эмоциональных контактов, проявлений любви и уважения друг к другу, и состоит психологический климат семьи как микро-коллектива.

Под психологическим климатом следует понимать относительно устойчивую атмосферу (психологический настрой) семьи, проявляется: в отношении членов семьи друг к другу; в отношении совместных семейных целей, ценностей, предпочтений.

Обладая особыми возможностями в формировании эмоционального, чувственного развития ребенка, семья тем самым создает предпосылки для развития индивидуальности ребенка, поскольку ничто так не выражает ее субъективный мир, как чувство. Иными словами, вклад семьи в развитие личности уникален. Подытоживая, следует отметить, что психологический климат семьи чрезвычайно важным условием развития ребенка. Ведь семья - это первое среду, в которой оказывается ребенок с момента рождения. Именно отношения с ближайшим окружением определяют сформируется она как развитая личность, реализуется ее потенциал в будущем.

.2 Улучшение воспитательных возможностей семьи

Внешкольное педагогика - это педагогика воспитания свободной ребенка, которая строится на основе закона творчества, предусматривающий привлечение детей к реальной сотворчества интеллектуального диалога, гармонизации общения, успех, способность чувствовать себя свободными на случай ошибки, иметь право на неудачу. Работа педагогов внешкольных учреждений направлена на развитие ребенка как всесторонне развитой личности и наивысшей ценности государства, на развитие ее творческого потенциала, интеллектуальных и творческих способностей, на воспитание высоких моральных качеств.

Настоящее повлияло на содержание внешкольной работы с детьми и подростками. Рыночные отношения, конкуренция, свободный выбор области деятельности способствуют усилению потребности личности в дополнительном образовании, раннем профессиональном самоопределении. И главное - усиливается внимание и заинтересованность родителей в внешкольной деятельности детей, растет спрос на дополнительные образовательные услуги.

Родители - лучшие воспитатели, а потому, прежде всего, они отвечают перед собственной совестью, народом, государством за воспитание своих детей. Именно в семье складываются и постепенно меняются те или иные жизненные установки личности, которые и определяют сущность его духовности, ее моральный облик.

Главная цель совместной деятельности внешкольного учреждения с родителями воспитанников - это повышение общей культуры родителей по вопросу семейно-семейного воспитания и оказания практической помощи в решении возможных проблемных ситуаций. Такая работа очень важна, особенно тогда, когда дети переживают сложные периоды в жизни. В это время происходят качественные и психологические изменения в личности ребенка, когда он естественно самоутверждается, задумывается над своим «Я». Именно в этот ответственный период зависит от того, могут ли родители быть мудрыми педагогами для того, чтобы повести развитие внутренних сил и творческого потенциала ребенка в нужном направлении.

К большому сожалению, сегодня лишь незначительная часть родителей может направить в верное русло воспитания своего ребенка. Ученые констатируют, что 65% молодых родителей, рожая детей, не имеют ни малейшего представления о цели, задачи, формы и методы воспитания детей в семье; 20% - руководствуются опытом народной педагогики, воспитывая своих детей так, как их самих воспитывали родители. И только 15% имеют надлежащие психолого-педагогические знания, ознакомлении с научно-педагогической литературой. Причин, по которым родители не обладают необходимым багажом знаний по вопросу семейно-семейного воспитания, много.

Понимание того, что именно в семье на основе положительного психологического климата закладывается фундамент полноценного физического и психического развития ребенка, побуждает педагогов внешкольного учреждения в пристального изучения запросов, потребностей и требований современной семьи, то есть, к тесному взаимодействию. Залогом успешного взаимодействия будут: эффективное использование различных форм и методов, привлечение родителей к сотрудничеству, творчество педагогов, дипломатичность, индивидуальный подход к каждой семье.

Учитывая специфику работы внешкольного учреждения, работа с родителями будет иметь другие формы, чем в общеобразовательной школе. Такую работу необходимо начинать с изучения запросов и трудностей, с которыми сталкиваются родители в процессе воспитания ребенка путем опроса и анкетирования. На основе обработанных результатов составляется план работы. В внешкольном учреждении целесообразно использовать следуя формы работе с родителями:

) индивидуальные (анкетирование, предыдущие визы родителей с детьми, собеседования, консультации).

) наглядно-письменные (родительские уголки, тематические стенды, выставки, семейные газеты, ящик идей и предложений).

) групповые (консультации, практикумы, встречи с психологом, социальным педагогом).

) коллективные (родительские конференции, встречи за круглым столом, заседания родительского лектория, дни открытых дверей).

Эффективность взаимодействия внешкольного учреждения и родителей начинается с осознания их общей цели по переходу от стадии выяснения к стадии точного предсказания путей их наладку, создание условий для дальнейшего их развития, используя при этом каждый шаг к педагогического сотрудничества с другими влияниями, взаимодействующих друг с другом и производят единый общий влияние на личность ребенка.

Выводы

Психические заболевания, в частности депрессия и тревожные расстройства, в значительной степени связаны с соматическими нарушениями. Психические расстройства повышают риск развития инфекционных и неинфекционных болезней; в то же время многие заболевания повышают риск возникновения психических отклонений.

Это органические психические расстройства, в лечении которых важной особенностью является влияние на психические симптомы, такие как, например, депрессия при синдроме Кушинга.Видомо, что ранняя диагностика депрессии в первичной медицинской помощи является важнейшей задачей. Депрессия является частым спутником заболеваний в клинике внутренних болезней. Важное клиническое значение имеет также и спектр тревожных расстройств.

Психосоматический подход, не является только по существу введением психиатрической диагностики в клинику внутренних болезней, так как часто многие психические нарушения не переходят в разряд клинической патологии. Однако осознание того, что психологические симптомы, которые не достигают порога психического расстройства, влияющие на качество жизни и влекут за собой патофизиологические последствия, привело к развитию психосоматических исследований.

Исследователи показывают, что целью лечения должно быть постижение индивидуальных характеристик здорового человека, в том числе и его психологических особливостей.Причому важно не только оценивать качество жизни, но и вводить глобальное измерение, диагностику психической сферы. В противном случае мы рискуем, изменив органические показатели заболевания, приведя соматическое состояние с параметрами нормы, упустить нарушения психического функционирования, которые, как нами уже было отмечено, или приведут к конкретным нарушениям, спровоцировав нездоровое поведение индивида или увеличат вероятность возникновения нового заболевания или рецидивухроничного .

Психосоматический подход в клинике внутренних болезней способен развиваться с учетом некоторых важных факторов. В первую очередь, это принятие во внимание психологических характеристик, особенно ориентированных на выявление легких отклонений.

Психосоматический подход включает в себя рассмотрение взаимодействия врача и больного как особого типа партнерства, с учетом таких его критериев, как понимание самоэффективности пациента и его комплаенс.

Признается важным учет и лечение коморбидной психической патологии, подчеркивается, что фармакологическое и / или психотерапевтическое вмешательство заметно уменьшают депрессивные симптомы, общее функционирование и качество пациента жизни [9, 29].

Использование психотерапевтических подходов (когнитивно-поведенческая терапия, развитие навыков управления стрессом, краткосрочная психодинамическая терапия) в контролируемых исследованиях дало значительное улучшение в ряде соматических порушень. Це также могут быть меры, которые организуют социальную поддержку, улучшают настроение и развивают поведение, ориентированное на здоровье я, самоконтроль и регуляцию (например, при бронхиальной астме), улучшают эмоциональное раскрытие, тем самым уменьшая степень алекситимии.

Роль семьи в формировании характера, самооценки ребенка, его становлении является главной и важнейшей .. Именно семья прежде влияет на гибкую психику ребенка и поэтому несет главную ответственность за поведение и личностные особенности своего ребенка.

Родителям важно помнить, что результативность их воспитательных воздействий во многом зависит от понимания внутреннего мира ребенка, вдумчивого отношения к ее желаний, стремлений, мотивов, интересов. Родители должны всегда пытаться распознавать истинные причины детского поступка. «Нет сомнений в необходимости родительской строгости и неумолимости по недостойного поведения детей, нарушения моральных норм, правил добродетели, требований, регулирующих взаимодействие с природой и человеческие отношения. Однако обязательным компонентом этой строгости должно быть благородство, готовность взрослого быть во всем примером для ребенка, всячески побуждать ее к высоконравственных поступков, а не только наказывать за каждый проступок ».

Если родители умеют отделить отношение к ребенку от оценки ее поступка, готовы прощать и допо¬магають исправиться, такая позиция родителей способствует тому, что у ребенка формируется положительное отношение к себе, понимание своих преимуществ и недостатков, готовность позитивно изменять свое поведение.

В заключение хотелось бы отметить, что хронические заболевания в настоящее время является одной из основных причин инвалидности и обращения за медицинской помощью, потребляющего более половины расходов на здравоохранение. В настоящее время по-прежнему актуальна необходимость включать в организацию медицинской помощи рассмотрение функционирования пациента в повседневной жизни, в работе, выполнении социальных ролей, с учетом его интеллектуального потенциала, эмоциональной стабильности и благополучия, стало также важной частью клинических исследований. Эти аспекты психосоматического подхода приобретают особое значение в случае хронических заболеваний, когда лечение не может быть реализовано без включения активности самого больного, а также его семьи, опекунов и т.д.

Список использованных источников

Арина Г. А. Психосоматический симптом как феномен культуры // Телесность человека: междисциплинарные исследования. - М., 1993. - С. 48-57.

Былкина Н. Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий (аналитический обзор ) // Психол. журн. 1997. № 2. С. 149-159.

Булах О. Г. Проблема школьной дезадаптации - в контексте жизнедеятельности семьи // Практич. психология и логопедия. 2003. № 1-2 (4-5). - С. 42-49.

Грановская Р. М., Никольская И. М. Защита личности: психологические механизмы. - СПб.: Знание, 1999. - 329 с.

Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков: Анамнез, этиология и патогенез. - Л.: Медицина, 1988. - 248 с.

Захаров А. И. Дневные и ночные страхи у детей. - СПб.: СОЮЗ, 2000. - 448 с.

Иванова В. Д. Смысл болезни в контексте семейных взаимоотношений // Вестн. Моск. ун-та. Сер.14. Психология. 1993. № 1. - С. 31-39.

Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. - СПб.: Питер, 2000. - 512 с.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). - М.: Медицина, 1979. - 608 с.

Лапланш Ж., Понталис Ж.- Б. Словарь по психоанализу. - М.: Высш шк., 1996. - 623 с.

Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей: Учебное пособие. - М.: МГУ, 1985. - 168 с.

Максимова Н. Ю., Милютина Е. Л. Курс лекций по детской патопсихологии: Учебное пособие. - Ростов н / Д.: Феникс, 2000. - 576 с.

Мухина В. С. Детская психология. - М.: Апрель Пресс, 1999. - 352 с.

Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. - М.: МГУ, 1987. - 168 с.

Николаева В. В., Арина Г. А. Клинико-психологические проблемы психологии телесности // Психол. журн. 2003. № 1. - С. 119-126.

Павлова О. В. Психосоматические аспекты патогенеза хронических кожных заболеваний // Психол. журн.. 2003. № 5. - С. 88-95.

Психология человека от рождения до смерти. Полный курс психологии развития. Под ред. член-корр. РАО А.А. Реана. - СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. - 416 с.

Психология социальных ситуаций / Сост. и общ. ред. Н. В. Гришиной. - СПб.: Питер, 2001. - 416 с.

Романова Е. С., Потемкина О. Ф. Графические методы в психологической диагностике. - М.: Дидакт., 1991. - 256 с.

Сатир В. Вы и ваша семья. Руководство по личностному росту. Пер. с англ. - М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. - 320с.

Снегирева Т. В. Кража // Моск. психотер. журн. 1996. №1. - С. 73-95.

Спиваковская А. С. Психотерапия: игра, детство, семья. Т.2. - М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2000. - 464 с.

Холмогорова А., Гаранян Н. Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // Моск. психотер. журн. 2000. №2. - С. 5-48.

Тхостов А. Ш. Болезнь как семиотическая система // Вестн. Моск. ун-та. Сер.14. Психология. 1993. - С. 3-24.

Тхостов А. Ш. Психология телесности. - М.: Смысл, 2002. - 287 с.

Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. - СПб.: Речь, 2003. - 336 с.G. The clinical application to the psychosocial model // Amer. J. Psychiat. 1980. V. 137(5). - P. 535-540.