

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

ПСИХОСОМАТИКА И ПСИХОЛОГИЯ ТЕЛЕСНОСТИ С ПРАКТИКУМОМ
сборник учебно-методических материалов
для специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Благовещенск, 2017

*Печатается по решению
редакционно-издательского совета
факультета социальных наук
Амурского государственного
университета*

Составитель: Павлова Е.В.

Психосоматика и психология телесности с практикумом: сборник учебно-методических материалов для специальности 37.05.01 Клиническая психология. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2017. – 64 с.

© Амурский государственный университет, 2017

© Кафедра психологии и педагогики, 2017

© Павлова Е.В., составление

СОДЕРЖАНИЕ

1. Краткое изложение лекционного материала	4
2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям	58
3. Методические рекомендации (указания) к лабораторным занятиям	61
4. Методические указания для самостоятельной работы студентов	63

1. КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА.

Тема 1. Понятие и базовые проблемы психологии телесности.

Понятие психологии телесности. Феноменология телесности. Тело как культурный феномен. Телесность и социально-исторические реалии. Семиотика телесности. Смысловое опосредование телесности. «Физическое Я» и картина тела. Возрастные особенности восприятия собственного тела. Здоровье и болезнь в контексте психологии телесности.

Важность исследования телесности человека настолько очевидна, что она стала центральной проблемой целого цикла биологических и медицинских наук. С реальностью телесного существования человек сталкивается постоянно. Хотя в обыденной жизни он часто не замечает своего тела, у телесности есть много способов себя обнаружить. Один из самых распространенных и наиболее неприятных – болезни, когда тело проявляет себя в совокупности болезненных интрацептивных ощущений. Помимо этого существует и весьма обширная область «нормальной» телесности: существование тела обнаруживается практически в каждый момент нашей жизнедеятельности в виде ли «слабости», «усталости», или, напротив, «силы», «возбуждения» и пр. Тело совершенно «явным» образом обнаруживает себя в области сексуальности, эротики, религиозного опыта, пусть даже иногда и в превращенной форме «телесного усмирения». Если в современной философии тело понимается как «решающий момент в генезисе объективного мира», а в современном психоанализе оно представляет собой первичную, «ядерную» форму существования субъекта, то для психологии его как бы не существует. Не существует не только в том смысле, что современная психология остается в значительной степени бесполой, но и в том, что если попытаться на основании психологических публикаций создать некий схематический образ человека, учитывая внимание, уделяемое отдельным областям физического тела, то мы получим «гомункулуса», состоящего из огромного мозга, не очень больших половых органов и еще, может быть, лица. Не существует и никакой собственно психологической концепции телесности; тело понимается как область, абсолютно рядоположная организму, как некий материальный субстрат или, скорее, «место обитания» психического, и несмотря на свою самоочевидную важность телесность оказалась «теоретически невидимой» для психологии. Обсуждая телесное восприятие, авторы учебников по психологии излагают данные, которые скорее можно отнести к анатомии или физиологии интрацептивных анализаторов, нежели к психологии.

Как отмечает Т.Ш. Тхостов, декларируя психосоматическое единство человека, психология занимается преимущественно явлениями сознания или высшей психической деятельности, а телесность остается для нее чуждым, натурально организованным и природно готовым к жизни качеством. Утвердившийся в психологии «бестелесный» подход сводит всю сущность человека к его сознанию, не замечая того, что сама телесность в ходе прижизненного развития теряет свой природный, натуральный характер, очеловечиваясь и приобретая качественные изменения. «...Гораздо раньше, чем человек начнет манипулировать с внешними объектами, практически с первых дней жизни ему постепенно, поэтапно прививают навыки культурного осуществления таких важных человеческих функций, как умение по-человечески есть, пить, выделять экскременты, ходить и пр.». Телесность человека – это первый в онтогенезе предмет овладения и трансформации в универсальное орудие и знак. Эта трансформация не безразлична и для самой функции, и для ее понимания.

Главная идея, введенная в современную психологию Л.С. Выготским, его учениками и последователями, заключается в том, что натуральные психические функции, превращаясь в собственно человеческие, «высшие», прижизненно формируемые, социальные по происхождению, – радикально меняются. Человек овладевает своими психическими функциями, опосредствуя их «психологическими орудиями» – знаковыми системами. Натуральные и «опосредствованные» функции схожи только внешне, они разным образом реализуются, по-разному управляются. Опосредствованные функции создаются над натуральными «путем надстройки новых образований над старыми, с сохранением старых образований в виде подчиненных слоев внутри нового целого».

Однако, как ни парадоксально, из исследования процесса становления человека – социализации и опосредствования его функций, – выпала одна из фундаментальных сторон – природная

жизнедеятельность самого человека, его телесное бытие. Это касается как освоения социализированных форм осуществления телесных функций (еды, питья, выделений, сексуальных отпращиваний), так и огромной области культурных способов переживания и проявления телесных болезненных расстройств.

Интрацепция осталась неразработанной областью психологии и трактовалась как «низшая», архаичная, физиологическая форма перцепции, на которую не распространялись общепсихологические закономерности человеческого восприятия. При таком подходе клиническая психология сталкивается с серьезными теоретическими затруднениями в осмыслении целого ряда фактов. Физиологическое понимание интрацептивного восприятия, связывающего качество и интенсивность субъективного переживания с качествами и интенсивностью стимула, не подтверждается ни клиническим опытом, ни специальными научными исследованиями, ни обыденным опытом человека. Существует целый спектр крайних случаев таких расхождений: от отсутствия каких бы то ни было ощущений, несмотря на значительные телесные повреждения, до ипохондрических ощущений, обладающих всеми признаками психологической реальности, но не имеющих под собой действительных оснований. Подобные диссоциации очень часто встречаются в клинической практике: ипохондрический синдром, например, является наиболее распространенным, но при этом и наименее исследованным психопатологическим феноменом.

Интрацептивное восприятие не может быть однозначно определено свойствами раздражения, а зависит от оценки ситуации, значения телесного ощущения, его смысла, мотивации человека, принадлежности к определенной культуре, индивидуального опыта и других психологических факторов, влияние которых на телесное восприятие невозможно отрицать, но весьма трудно понять, оставаясь в рамках «натуральной» схемы. Изучение механизмов такого влияния имеет очень длительную историю «и, однако, вопреки этой длительности истории психосоматической идеи, трудно назвать какое-либо другое направление медицинской мысли, которое породило бы столько же ожесточенных споров, которое было бы так же бедно согласованными представлениями о природе (т.е. о закономерностях, принципах, механизмах) фундаментальных фактов, в реальности которых... никаких сомнений не возникает».

Решение этой проблемы весьма актуально и в практическом смысле. Игнорирование наукой какого-либо феномена еще не означает его отмены, и он заставляет с собой считаться, проявляясь зачастую в патологической форме. «Бестелесная» психология и педагогика упускают целые пласты важнейшей реальности человеческого существования, сталкиваясь с ней лишь в форме «ущербности», искаженного развития или патологии, а «организменная» медицина демонстрирует свою нарастающую дегуманизацию, кризис доверия, беспомощность теоретического понимания и лечения расстройств, патогенез которых выходит за рамки физиологических изменений.

Актуальность этой проблемы усиливается с ростом числа психосоматических заболеваний, неврозов, трудностями проведения эффективной реабилитации, с расширением парамедицинской альтернативной практики. По мнению экспертов Всемирной Организации здравоохранения, одной из самых важных медицинских проблем ближайших десятилетий будет невозможность эффективного лечения большого числа больных, обращающихся в учреждения медико-санитарной помощи с постоянными жалобами, которые трудно соотнести с тем или иным органическим поражением.

Тема 2. Понятие психосоматики и психосоматических расстройств.

Понятие психосоматики. Комплексный подход к лечению человека в период Античности. Причины разделения психологии и медицины. Позиция современной медицины по отношению к лечению соматических заболеваний. Появление идей психосоматики в работах Хайнрота. Психосоматика и соматпсихика. Понимание психосоматических расстройств З. Фрейдом. «Психосоматическая медицина» Ф. Александера. Развитие идей психосоматической медицины во второй половине XX века. Современное понимание психосоматических расстройств.

Проблема психосоматических соотношений – одна из наиболее сложных проблем современной медицины, несмотря на то что тесная взаимосвязь психического и соматического замечена и изучается в течение нескольких веков, со времен Гиппократов и Аристотеля. В 1818 г. немецкий врач из Лейпцига Хайнрот ввел термин «психосоматический». Ему принадлежали слова: «Причи-

ны бессонницы обычно психически-соматические, однако каждая жизненная сфера может сама по себе быть достаточным ей основанием». В 1822 г. немецкий психиатр М. Якоби ввел понятие «соматопсихическое» как противоположное и в то же время дополняющее по отношению к «психосоматическому». В общепринятый врачебный лексикон термин «психосоматика» вошел лишь столетие спустя. Термин «психосоматический» окончательно прижился в медицине благодаря венским психоаналитикам, и с этого времени психосоматическая медицина обозначилась как «прикладной психоанализ в медицине». Дойч, эмигрировав в сороковые годы в США, вместе с коллегами Фландерс-Данбар, Францем Александером и др. вызвал интерес к психосоматическим проблемам, и уже к концу 50-х годов в американской научной литературе было опубликовано около 5000 статей о соматической медицине глазами психологов. Среди тех, кто развивал это направление, следует назвать таких известных аналитиков, как Адлер, Сонди. В России наиболее близко к этому направлению подошли ученые школы И.П. Павлова при разработке метода экспериментального невроза.

По данным ВОЗ, от 38 до 42% всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматических больных. Строго говоря, психосоматическое направление не является самостоятельной медицинской дисциплиной – это подход, учитывающий многообразие причин, приведших к болезни. Отсюда многообразие методов и техник, позволяющих работать с человеком целостно.

По мере эволюции человека постепенно нарушался универсальный механизм приспособления его психики к окружающей среде. Вместе с изменением психологии человека и среды его обитания проявлялись новые и численно увеличивались имеющиеся психологические симптомы и синдромы. В ходе эволюции человек приобрел присущие ему как биологическому виду силу, гибкость, подвижность, способность к терморегуляции, определенные характеристики органов чувств. Древние инстинктивные программы поведения человека помогали противостоять голоду, холоду, нападению врагов и хищников. По мере развития человеческой истории менялись нагрузки, от которых нет программ генетической защиты, и теперь приспособление к среде зависит от психических возможностей человека во много раз больше, чем от силы его мышц, крепости костей и сухожилий и скорости бега.

Психосоматический подход начинается тогда, когда пациент перестает быть только носителем больного органа и рассматривается целостно. Тогда психосоматическое направление можно рассматривать и как возможность «исцеления» от деперсонализированной медицины.

По современным представлениям, к психосоматическим заболеваниям и расстройствам относят:

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

Функциональные синдромы. В этой группе находится преобладающая часть «проблемных пациентов», которые приходят на прием с пестрой картиной часто неопределенных жалоб, которые могут затрагивать сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания или мочеполовую систему. В отличие от конверсионных симптомов, отдельный симптом не имеет специфического значения, будучи неспецифическим следствием нарушенной телесной функции. Александер описал эти телесные проявления как сопровождающие признаки эмоционального напряжения без характерных черт и обозначил их органами неврозами.

Психосоматозы – психосоматические болезни в более узком смысле. В основе их – первично телесная реакция на 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, или психосоматозами. Первоначально выделяли 7 психосоматозов («holyseven»): бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная

гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз. Позже этот список расширился – к психосоматическим расстройствам относят рак, инфекционные и другие заболевания.

Несмотря на то что слово «психосоматика» употребляется очень часто как в обиходе, так и в научной литературе, на сегодняшний день не существует единого определения этого термина. В целом его значение вытекает из слов, которые в него входят (душа и тело). С одной стороны, этот термин подразумевает научное направление, которое устанавливает взаимоотношения между психикой и телесными функциями, исследует, как психологические переживания влияют на функции организма, как переживания могут вызывать те или иные болезни. С другой стороны, под термином «психосоматика» подразумевается ряд феноменов, связанных с взаимовлиянием психического и телесного, в том числе целый ряд патологических нарушений. В-третьих, под психосоматикой понимают направление медицины, ставящее своей целью лечение психосоматических нарушений («психосоматическая медицина»).

В настоящее время психосоматика является междисциплинарным научным направлением:

- она служит лечению заболеваний и, следовательно, находится в рамках медицины;
- исследуя влияние эмоций на физиологические процессы, она является предметом исследования физиологии;
- как отрасль психологии она исследует поведенческие реакции, связанные с заболеваниями, психологические механизмы, воздействующие на физиологические функции;
- как раздел психотерапии она ищет способы изменения деструктивных для организма способов эмоционального реагирования и поведения;
- как социальная наука она исследует распространенность психосоматических расстройств, их связь с культурными традициями и условиями жизни.

В период создания психосоматической медицины как науки, стремившейся преодолеть разрыв между телесным и психическим, была создана жесткая однолинейная модель психосоматического заболевания. В последующем она была заменена представлением о возможности возникновения любого заболевания при взаимодействии как физических, так и психосоциальных факторов, что привело к многофакторной открытой модели болезни. В силу этого обстоятельства на место проблемы узкого круга психосоматических расстройств пришел интегральный психосоматический подход.

Патогенез психосоматических расстройств чрезвычайно сложен и определяется:

1. неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;
2. наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам;
3. нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности ЦНС);
4. личностными особенностями;
5. психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;
6. фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;
7. особенностями психотравмирующих событий.

Перечисленные факторы не только участвуют в происхождении психосоматических расстройств, но и делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических нарушений.

История современной психосоматической медицины начинается с психоаналитической концепции Фрейда, который совместно с Брейером доказал, что «подавленная эмоция», «психическая травма» путем «конверсии» могут проявляться соматическим симптомом. Фрейд указывал, что необходима «соматическая готовность» – физический фактор, который имеет значение для «выбора органа».

Эмоциональная реакция, выражающаяся в форме тоски и постоянной тревоги, нейровегетативно-эндокринных изменений и характерном ощущении страха, является связующим звеном между психологической и соматической сферами. Полное развитие чувства страха предотвращено защитными физиологическими механизмами, но обычно они лишь уменьшают, а не уст-

раняют полностью эти физиологические явления и их патогенное действие. Этот процесс можно рассматривать как торможение, то есть состояние, когда психомоторные и словесные выражения тревоги или враждебных чувств блокируются таким образом, что стимулы, поступающие из ЦНС, отводятся к соматическим структурам через вегетативную нервную систему и, таким образом, приводят к патологическим изменениям в различных системах органов.

При наличии эмоционального переживания, которое не блокируется психологической защитой, а, соматизируясь, поражает соответствующую ему систему органов, функциональный этап поражения перерастает в деструктивно-морфологические изменения в соматической системе, происходит генерализация психосоматического заболевания. Таким образом, психический фактор выступает как повреждающий.

К психосоматическим заболеваниям относят те нарушения здоровья, этиопатогенез которых – истинная соматизация переживаний, то есть соматизация без психологической защиты, когда, защищая душевное равновесие, повреждается телесное здоровье.

Сверхактуальное переживание фиксируется, образуя установочную доминанту, являющуюся функциональным очагом психической патологической импульсации. Свойственное больным смутное чувство физического дискомфорта обуславливает при определенных воздействиях реализацию болезненных ощущений и их фиксацию.

Необычная импульсация, поступающая из внутренних органов в ЦНС, усиливает эти ощущения, что в конечном счете приводит к формированию патологического состояния. Таким образом, негативные эмоции висцерального происхождения как бы подкрепляются личностными реакциями таких больных на тот или иной симптом или состояние организма в целом. Повторение психотравмирующих воздействий астенизирует нервную систему, кора становится более чувствительной к внешним воздействиям и интероцептивным сигналам. Поэтому появление выраженных соматических ощущений может быть вызвано не только психогенным влиянием как таковым, но и любым незначительным нарушением деятельности внутренних органов и даже патологическим восприятием их обычной работы. Сформировавшийся очаг патологической импульсации обростает нейрогуморальными связями с теми или иными системами организма.

Считается, что в этом процессе ключевым звеном является долговременная память.

Центром тяжести психосоматического страдания оказывается всегда орган, наиболее уязвимый и важный для жизнедеятельности организма в представлении индивида. «Выбор органа» свидетельствует о преимущественной направленности защитно-приспособительных механизмов, вызывающих повреждающий эффект по мере нарастания дезинтеграции в стрессовых ситуациях.

Инициатива в выборе органа принадлежит всегда корковым связям, влияющим на эмоциональные подкорковые аппараты и программирующим степень вовлечения тех или иных органов в стрессовую ситуацию. Какой именно эффекторный путь окажется предпочтительнее для выхода на периферию эмоционального возбуждения, зависит, в конечном счете, от особенностей данной эмоции, от особенностей нервной конституции человека и от всей истории его жизни.

Очаг психической импульсации взаимодействует с соматическими системами организма и образует устойчивую функциональную систему, патологическую в своей основе, но одновременно и защитную, поскольку она является частью механизмов гомеостаза в рамках измененного болезнью существования и приспособления организма к патопластическому воздействию фиксированного переживания.

Предполагается существование так называемого препси-хосоматического личностного радикала – тех личностных особенностей, которые приводят к заболеванию; это очаг психосоматической импульсации, фиксированное патопластическое переживание. Он формируется в детском и подростковом возрасте.

В современной психосоматике различают предрасположенность, разрешающие и задерживающие развитие болезни факторы. Предрасположенность – это врожденная (например, генетически обусловленная), а при определенных условиях и приобретенная готовность, которая выливается в форму возможного органического или невротического заболевания. Толчком к развитию такого заболевания являются трудные жизненные ситуации. Если манифестируют невротические или соматические заболевания, то они развиваются по собственным закономерностям, которые,

однако, тесно связаны с факторами окружающей среды. Например, значение способствующих развитию болезни факторов при хронических заболеваниях стало известно лишь в последнее время. В любом случае для диагностики как психосоматического, так и невротического заболевания необходимо понимание ситуационного характера его происхождения. Констатация наличия психосоматических нарушений не приводит к отрицанию основного диагноза. Если сегодня говорят о психосоматическом, биопсихосоциальном 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, избегнув болезни. Однако в жизни встречаются личностные проблемы, которые вызывают настолько тягостную фиксацию и душевный разлад, что в определенных жизненных ситуациях приводят к негативным эмоциям и неуверенности в себе. Именно в 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 взаимодействии – все это имеет значение в качестве взаимодействующих между собой факторов психосоматических заболеваний.

Тема 3. Концепции происхождения психосоматических расстройств

Проблема определения причин и механизмов развития психосоматических заболеваний. Конверсионная модель формирования психосоматических симптомов З. Фрейда. Модель вегетативного невроза и теория векторов Ф. Александера. Модель двухэшелонной линии обороны Митчерлиха. Психосоматический симптом как результат нарушения объектных отношений или утраты объекта. Эго-психология Кохута. Концепция десоматизации Шура. Психосоматический симптом как следствие алекситимии. Психосоматический симптом как следствие ролевого конфликта (теория Я. Морено). Когнитивные модели возникновения психосоматических расстройств. Психосоматический симптом как результат дисфункции семейной системы. Концепция структурно-дискретной организации психики С.П. Семенова. Концепции Прихожана и Б.Г. Ананьева.

Любое психосоматическое заболевание является свойством человеческого организма как системы. Оно не выводится отдельно ни из психических, ни из физиологических (включая наследственные) свойств индивида. Его невозможно объяснить, исследуя только какую-то одну подсистему – соматическую и психическую. Более того, возникновение психосоматического заболевания, как правило, обусловлено изменениями в психологическом поле индивида, в той системе, частью которой этот организм является. Только взаимодействие между окружающей средой и психической и соматической подсистемами организма может привести к новому состоянию организма, определяемому как психосоматическое заболевание. Понимание всех этих связей, сложной работы системы, включающей в себя самого индивида, позволяет эффективно работать с психосоматическими заболеваниями, создавать условия для определенного эффективного воздействия на возникшее заболевание, прежде всего, методами психотерапии.

Основным методом психосоматики является психотерапия. Сегодня существует два основных подхода к работе с психосоматическими заболеваниями.

Первый – психоцентрический, где во главу угла ставится влияние на возникновение психосоматического заболевания психического стресса, психического статуса или других психологических характеристик пациента.

Второй подход – соматоцентрический, где изучаются нозогенные реакции, т.е. влияние течения болезни и клинических проявлений на субъективное восприятие пациентом своего заболевания. Именно в рамках первого психоцентрического подхода, как правило, и осуществляется психологическая психотерапия.

Конверсия – смещения психического конфликта, попытка разрешить его через различные симптомы в области тела:

А) моторные (параличи), Б) чувствительная (утрачивается чувствительность частей тела либо появляется блуждающий болевой синдром), В) соматические симптомы (при образовании симптома либидо отрывается от вытесненных представлений и преобразуется в соматическую сферу).

Симптом символизирует вытесненный конфликт. Фрейд полагал, что практически любой бессознательный конфликт имеет эдипальную природу, т.е. является триангулярным. Описал механизм диссоциации (активный процесс психической защиты, вытеснения из сознания нежелательных элементов): плохая мысль (говорить нельзя) = вытеснение = симптом = эмоциональное облегчение.

Функции симптома: 1) маскирует нежелательные эмоции, 2) служит самонаказанием, 3) обеспечивает вторичные выгоды, 4) может служить средством коммуникации, 5) позволяет больному манипулировать соц. окружением, снижая болезненность конфликтной ситуации.

Отрицательная эмоция => симптом => снижение силы симптома => симптом без опоры на эмоции исчезает.

Несколько позже Фрейд предложил другую трактовку симптома: симптом как эквивалент приступа тревоги (нарушение дыхания, нарушение сердечного ритма, дрожь, потливость и др.).

Бессимптомный конфликт + невозможность внешнего проявления => эмоциональное напряжение => устойчивое изменения в нервной системе => изменение тканей, органов.

В отличие от конверсии здесь нет эмоционального облегчения, отсутствует символизация в выборе органа, формируется соматопсихическая реакция.

Векторная теория: вектора (динамические силы биологических структур организма; психодинамические тенденции переживаний и поведения: желание объединить, получить, принять; желание исключить, удалить, отдать; желание сохранить и наполнить).

Александр предполагает, что эти «векторы» в рамках объектных отношений могут становиться носителями как либидинозных, так и деструктивных импульсов, их полярность отражается в специфических «эмоциональных силлогизмах». Стремление к поглощению может, например, проявляться в потребности как что-то принять, так и что-то отнять. Стремление к выделению может проявиться как в потребности что-то дать, так и в желании что-то агрессивно выбросить. Стремление к удержанию может означать стремление что-то сохранить у себя, чтобы выстраивать свое Я, но может означать и утаивание чего-то от других. Мясичев и Карвасарский пытались выяснить от чего зависит выбор пораженного органа – выбор обусловлен генетически. Малкина-Пых: инициатива в выборе органа принадлежит всегда корковым связям, влияющим на эмоц. подкорковые аппараты и программирующие вовлеченность тех или иных органов в стресс. Это зависит от: самой эмоции, конституции человека, истории жизни человека.

Модель Митчерлиха – модель двухфазного вытеснения, защиты, обороны.

Организм человека обладает хорошо развитой, многоуровневой, иерархически организованной психической защитой. От этой системы психической защиты и от качества этой системы зависит выносливость человека, его здоровье или болезнь. Это – центральное звено.

В системе психических защит человека выделяются два типа: нормальные и патологические. Нормальные защиты – это активные целенаправленные действия (изменение, коррекция ситуации), обсуждение проблем, поиск иных способов (соц.поддержка), рационализация. Защиты патологического уровня – это невротические защиты: вытеснение, конверсия (содержание конфликта замещается симптомом). Если эта симптоматика проигнорирована, то на смену функциональным расстройствам могут придти более стойкие изменения – невротическое развитие личности. Если конфликт продолжается, может возникнуть патологическая защита 2 этапа: настоящие телесные изменения – эффект соматизации, более глубокое подавление.

Таким образом, в соответствии с моделью двухэшелонной линии обороны А. Митчерлиха развитие психосоматического процесса представляется в такой последовательности:

1) Сначала человек пытается справиться с конфликтом при помощи исключительно психических средств на психосоциальном уровне в норме (нормальные защиты).

2) Если не получается – пытается справиться с помощью патологических защит.

3) Если по каким-либо причинам не удастся справиться с угрожающим собственному существованию конфликтом чисто психическими средствами, т. е не «срабатывает первая линия обо-

роны», подключается защита второго эшелона – соматизация, которая со временем может привести к структурным изменениям в том или ином органе.

Психодинамическое направление. Объекты – люди и их отдельные свойства, с которыми человек вступает в отношения во внешнем мире, а также внутренние психические представления, которые создаются человеком на основе внешних отношений. Объектные отношения связаны с представлением человека о других людях и о себе, другой объект всегда оценивается через себя.

Концепция Малер рассматривала процесс «сепарации и индивидуализации». Сепарация – процесс, в ходе которого младенец постепенно формирует внутриспсихическую презентацию самого себя, отличную и отделенную от презентации его матери. Индивидуализация – усилие ребенка по построению собственной уникальной идентичности и восприятию себя как отличающегося от других людей. В идеале оба процесса идут параллельно и одновременно.

Интернализация – процесс изменения психики ребенка при его отношениях с внешним миром (Кернберг). С возрастом она становится все более сложной, проходит три этапа:

1) Интроекция. Следы памяти младенца состоят из трех элементов: а) объект-образы (или объект-представления); б) Я-образы (или Я-представления); в) произвольные влечения (склонность к специфическим аффективным состояниям).

Процесс запоминания зависит от того, как ребенок чувствует и воспринимает кого-то во внешнем мире. Затем воспоминания о другом человеке соединяются с воспоминаниями о себе вместе с аффектами и чувствами, существовавшими в ребенке в этот момент. Если инстинкт, ищущий высвобождения, был «либидинальным», то настроение (аффект) будет положительным и принесет удовольствие. Так образуется триада опыта: Я-объект, Ты/Другой-объект и аффективная окраска этих отношений. Постепенно ребенок начинает собирать множество различных и не скоординированных между собой объектных отношений, каждое из которых связано со своим настроением. Кернберг описывает их как объектные отношения, «обладающие положительной или отрицательной валентностью».

2) Идентификация. С течением времени нервная система новорожденного продолжает совершенствоваться и структура психики становится более сложной. К трем годам ребенок с начала осознавать роли, которые он принимает в ответ на соответствующие роли других людей, и учиться им. Они становятся частью его внутреннего мира. Отношения с объектами, дающими позитивные чувства, связываются воедино, отрицательные чувства также объединяются.

3) Эго-идентичность. Происходит консолидация эго-структур с чувством непрерывности Я, чувство постоянства в личных взаимоотношениях (непротиворечивая концепция мира объектов) и признание этого постоянства как характеристики личности со стороны межличностного окружения, а также осознание личностью этого признания. Ребенок развивает более реалистичный взгляд на то, кто он есть. Он начинает сознавать, что мать кормящая и шлепающая – та же самая фигура, а Я, который любит мать, – тот же, что и Я, который обижается на нее. Интернализированные объекты других создают представляемый мир, т. е. внутреннюю модель внешнего мира в психике. Она используется личностью для того чтобы предсказать поведение мира. Но интеграция увеличивает появление тревоги, вызванное попытками соединить конфликтующие объектные отношения. Как защита происходит вытеснение и формируется бессознательное.

Внутренние объекты формируются раньше слов, поэтому их проще выразить через символы и фантазию. При утрате объекта либо при распаде отношений с ним, психосоматический симптом появляется как замещающий.

Потеря объекта: процесс действительный, угрожающей воображаемой потере объекта.

У психосоматического больного лабильная самооценка, лабильное Я, утрата объекта воспринимается как нарциссическая травма.

Аффективные состояния, связанные с потерей объекта:

- givingup (бросаемый/теряемый);
- givenup (брошенный/прекращенный).

Этапы развития симптома: 1) потеря/угроза потери объекта 2) появление аффективных комплексов, 3) снижение иммунитета, 4) психосоматическое заболевание (генетическая предрасположенность, символический выбор органа)

Роль аутоиммунных механизмов велика при: астме, болезни Корка, онкологических заболеваниях, колите.

Детали работы: 1) детально день за днем описать год, предшествующий болезни, 2) работа с выявленной утратой.

В Эго-психологии, разработанной Кохутом, пациент рассматривается как человек, нуждающийся в определенных реакциях со стороны других людей для поддержания самоуважения и целостности Я.

Для Кохута развитие стабильного согласованного уникального Я – основной вопрос развития личности. В результате нарушения данного процесса наблюдается психопатология.

Психосоматический симптом может появиться в результате замещения любви родителей или их отражения, когда пациент имеет возможность получить внимание от персонала медицинских учреждений, проходя многочисленные обследования и лечение.

Эго-объекты играют решающую роль в формировании у человека согласованного Я. Эго-объект можно представить себе как человека, который обеспечивает важный набор функций для развития Я. Однако некоторые авторы подчеркивают, что правильнее говорить о функциях Эго-объекта, чем об Эго-объектах, так как решающую роль в действительности играют функции сами по себе.

Три полюса Я:

1) претенциозный (экзбиционистский): потребность ребенка во внимании взрослых, через эмпатию и похвалу у ребенка формируется самопринятие, самоуважение, важно научить ребенка самоподдержке.

2) идеализирующий: потребность ребенка идеализировать родителей, ребенок чувствует неуверенность, собственную неценность.

3) полюс близняшества (потребность в чувстве сходства с другими людьми)

Этапы развития Я: 1) Маленький ребенок в первый год жизни не имеет Я, его ощущение себя фрагментарно и несогласованно. Потребность в эмпатии, психологической поддержке.

2) Только на втором году жизни через реакцию важных для него воспитателей он начинает вырабатывать организованное сущностное «ядерное» ощущение себя. Потребность в идеализации родителей

3) развитие полюса близняшества (от 2.5 лет)

4) достижение согласованного ядерного эго (от 2 до 3 лет)

Эго-психология – здесь здоровое Я существует в межсубъектном поле. Не существует Я, полностью отделенного от других людей.

Шур разработал модель десоматизации – ресоматизации. Он отмечал, что в детстве у человека есть психофизиологические переживания, включающие эмоции и телесные проявления.

Десоматизация – процесс разделения эмоций и телесных реакций в ход которого либидозные и агрессивные энергетические движения нейтрализуются.

Психические и соматические процессы становятся более зрелыми, происходит дифференциация вегетативной и центральной НС, возникает произвольность, следовательно, отходит на второй план процессы отвода агрессивного и либидозного напряжения – активные действия замещаются речью и внутренними переживаниями.

Ресоматизация – возвращение ранее преодоленного, соматического способа реагирования, тогда психосоматический симптом возникает, когда при сильной нагрузке нарушается психодинамическое равновесие (баланс между сознательным/бессознательным), происходит внезапный прорыв бессознательного материала в форме преэдипальных или эдипальных инстинктивных желаний, механизмы защиты Я не срабатывают.

Все формы психосоматических расстройств сопровождается «нарциссический регресс», который проявляется в органической симптоматике. В рамках этой концепции регрессивной ресоматизации функций Я Шур устанавливает также связь между конверсионным и симптомами и их органическими эквивалентами.

Психосоматическая болезнь - болезнь слабого эго связанная с возвратом на предыдущие стадии развития. Шур рассматривал психосоматическую регрессию как шаг назад к первоначальному

уровню, на котором душа и тело ещё реагировали как единое целое, соматически разряжая напряжение. Ресоматизация возможна при «слабости» и нестабильности «Я», когда в отягощающих ситуациях активизируются бессознательные, невротические конфликты, а под давлением неуверенности в себе может наступить регресс на инфантильно-соматические, физиологические формы реагирования. Предполагается, что привычная фиксация таких форм реагирования соответствует постулату специфичности, а «выбор органа» определяется как ранними детскими травмами, так и наследственной предрасположенностью. Лечение - работа в формировании и укреплении границ эго.

Концепция психосоматического симптома как результата алекситимии основана на характерной для всех пациентов особенности: при заметной бедности фантазии и конкретно-предметном мышлении они проявляют определенную «душевную слепоту» – «алекситимию». Происходящие при этом как бы «отщепление», «блокировка» чувств; необходимые для функционирования психологических механизмов защиты, способность к символообразованию, ограничены.

Мышление как бы становится механистичным: больные говорят только о конкретных и актуальных предметах, например, о своей машине или о погоде. Именно в сложных ситуациях психосоматически отягощённые пациенты, проявляющие эмоциональную подавленность, не могут правильно оценить и описать своё состояние. Выявляется бедность сновидений, мечтаний, обеднение межличностных взаимодействий, связанное с сухостью вербального общения. Больные не способны рефлексировать свое эмоциональное состояние и проявлять эмпатию по отношению к другим людям, которых они, в лучшем случае, представляют такими же, как они сами. Больные не способны рефлексировать свое эмоциональное состояние и проявлять эмпатию по отношению к другим людям, которых они, в лучшем случае, представляют такими же, как они сами. Алекситимия появляется в семейной среде, где нет места выражению чувств, вызванных реальной жизнью.

Ролевые конфликты являются одними из основных причин различных психических расстройств. Поэтому они занимают в теории и практике психодрамы центральное место.

Ролевой конфликт с отцовским кластером связан с тем, что отцы часто отсутствовали в семейной системе или были деструктивной фигурой, из-за чего был затруднен переход на социальный ролевой уровень (неадекватное прохождение эдипальной фазы).

Морено считал, что особенности нашего реагирования на людей «формируются прошлыми переживаниями и культурными паттернами общества, в котором личность живет; им могут соответствовать особые виды продуктивного поведения. Каждая роль – это слияние частных и коллективных элементов». Роли он подразделяет на психодраматические (связанные с психологическим измерением «я сам»), психосоматические (физиологическое измерение) и социальные. Болезнь возникает в результате нарушений наследственности, внешних патогенных влияний или нарушений социоэмоциональной среды. Болезнь – застой и регрессия, здоровье – направленное бытие, прогрессия, смелость. Человеческое развитие – это постоянная прогрессия от соматических ролей, имеющих уже к концу эмбриональной стадии, к трансцендентным ролям.

Нарушение ролевого развития происходит вследствие:

- 1) перескакивания на другие ролевые уровни, минуя промежуточные;
- 2) неизменно поступательного направления развития;
- 3) застоя развития;
- 4) регрессии, т. е. частичного или полного отхода с уже достигнутых ролевых уровней.

Ролевые конфликты развиваются в рамках одной роли, разных ролей, внутри человека (интраперсонально), между разными людьми (интерперсонально). В диагностике подобных состояний основное значение имеет психодрама.

Базисные схемы – глубинные мировоззренческие установки человека по отношению к самому себе и окружающему миру. Опыт отношений с родителями, их правила, установки интериорируются и становятся обыденной философией жизни, ложатся в основу жизненных сценариев. Когнитивное не является первоисточником или причиной неадаптированного поведения. Мысли пациента в такой же степени влияют на его чувства, как чувства – на мысли.

«Схема» – когнитивная репрезентация прошлого опыта, организующая и направляющая информацию, касающуюся личности самого человека. Задача психотерапевта: помочь пациентам в понимании того, как они истолковывают реальность. Когнитивные – вербальные суждения или образы восприятия любой модальности – связаны с лежащими в их основе убеждениями, установками и представлениями.

Выраженная активация дисфункциональных схем образует ядро так называемых расстройств оси (депрессия), дисфункциональные схемы замещают ориентированные на реальность адаптивные схемы в таких функциях, как обработка информации, припоминание и предсказание. При депрессии, например, доминирующим становится стиль поведения, основой которого является самоотрицание; при тревожных расстройствах отмечается гиперактивный индивидуальный стиль реагирования на опасность; при панических расстройствах мобилизован стиль поведения, соответствующий неизбежной катастрофе.

Схемы имеют дополнительные, структурные качества: широта (узкие, дискретные или широкие), гибкость или жесткость (возможность их изменения) и интенсивность (их место в когнитивной организации). Они также могут быть описаны в терминах их валентности – степени, в которой они активированы в данный момент.

Типичные дисфункциональные убеждения и дезадаптивные стратегии, выраженные в расстройствах личности, делают людей восприимчивыми к жизненному опыту, который повышает их когнитивную уязвимость. Так, зависимое расстройство личности характеризуется чувствительностью к утрате любви и помощи; нарциссическое расстройство – чувствительностью к ущемлению чувства собственного достоинства. Когнитивная уязвимость основана на экстремальных, ригидных и императивных убеждениях.

Уровни негативно-ориентированных когнитивных элементов: 1) автоматические мысли, образы, отражающие процесс переработки текущей информации; 2) когнитивные конструкты или базисные схемы, используемые для классификации, интерпретации, оценки.

Сверхвалентные, аффективно-заряженные схемы, лежащие в основе систематических ошибок мышления, называют «когнитивными искажениями». Наиболее распространенные из них: произвольные умозаключения, сверхобобщение, селективная выборка, преувеличение или преуменьшение, персонализация, максимализм, дихотомическое мышление. Бек и Эллис обнаружили в качестве содержания базовых схем три основные темы: фиксация на реальной или мнимой утрате – смерти близких, крушении любви, потери самоуважения; негативное отношение к себе, к окружающему миру, будущему; тирания долженствования, т. е. предъявление к себе жестких бескомпромиссных требований типа «я всегда должен быть хорошим».

Система имеет следующие характеристики:

1) система как целое – больше, чем сумма ее частей; 2) что-либо, затрагивающее систему в целом, влияет на каждую отдельную единицу внутри системы; 3) расстройство или изменение одной части системы отражается на других частях и системе в целом.

Проблемы в семейной жизни часто связаны с дилеммами в адаптации к некоторым средовым влияниям или изменениям (горизонтальные стрессоры: отделение юноши от родительской семьи, миграция семьи, развод). Все это заставляет расстаться со старыми стереотипами и создавать новые отношения.

Наряду с тем, что система находится в состоянии постоянного изменения, она должна стремиться к сохранению своей идентичности по отношению к окружению. Управление и регулирование системы осуществляется через корректирующие импульсы управления (негативная обратная связь), усиливающие импульсы управления (позитивная обратная связь). Негативная обратная связь соотносена с поддержанием динамического равновесия и выживанием, а позитивная необходима для изменения структуры и целевой направленности системы. Равновесие реализуется через механизмы обратной связи, предоставляющей системе информацию о нарушениях равновесия. При получении системой таких сигналов в ней активизируются механизмы, нацеленные на восстановление нарушенного равновесия.

Члены гармоничной семьи быстро и адекватно реагируют на изменение внешней и внутренней ситуации. Реакцией на «обратную связь» является позитивное изменение в семье, рост и креа-

тивность ее членов. В таких семьях родительская, супружеская, детская подсистемы имеют четкие границы. В гармоничной семье семейные правила гибкие и служат позитивными ориентирами для роста каждого члена семьи.

Формы системных нарушений: «Нормативные временные сдвиги», или «горизонтальные (нормативные) стрессоры» отражают движение между стадиями жизненного цикла семьи (начало семейной жизни, рождение ребенка, смену профессии, уход детей из дома и др.). Симптоматическое поведение возникает при «застревании», препятствиях или неадекватной адаптации в процессе прохождения какого-либо этапа жизненного цикла семьи.

Горизонтальные стрессоры (жизненный цикл семьи) – смена периодов кризисов развития и периодов стабилизации. Вертикальные стрессоры в деятельности семьи – это патологизирующее семейное наследование (вариант социального наследования).

«Системные сдвиги» включают небольшие изменения в балансе взаимоотношений внутри системы. Могут провоцироваться транзиторными стадиями (домохозяйка решает вернуться на работу), возникать независимо. Поступок на транзиторной стадии может нарушить стабильность в супружеской подсистеме, приведя семью к кризису. Независимый сдвиг - смерть матери мужа, контролировавшей его, супруг эмоционально «выпадает» из брака, находя интересы во внебрачной среде.

«Системная травма» – непредсказуемые жизненные события, такие, как смерть одного из членов семьи, физическая болезнь или внезапное завершение карьеры. Эффект подобных событий может быть разрушительным для семьи, несмотря на ее попытки к ним приспособиться.

Дисгармоничные семьи – ригидные семейные системы, которые пытаются сохранить привычные стереотипы взаимодействия между элементами своих подсистем и другими системами вне зависимости от изменения внешних условий. Блокируются актуальные потребности самого «слабого» члена семьи, и у него возникает какое-либо заболевание (соматическое, психосоматическое, психическое). Он становится «носителем симптома», позволяет удерживать старые взаимоотношения между членами семьи. Симптоматическое поведение появляется в результате стереотипных «застывших» ролевых взаимодействий, нередко служит «коммуникативной метафорой», отражая некоторые закрытые темы, прямое обсуждение которых нарушило бы семейные правила. Если семья рассматривается как саморегулирующая система, а симптом – как механизм регуляции, то в случае ликвидации симптома вся система оказывается временно нерегулируемой.

Чаще всего «носитель симптома» в дисгармоничных семьях появляется в результате следующих обстоятельств: 1) члены семьи игнорируют проблему на системном уровне, не разделяют ответственность за симптом; 2) закрытые внешние рамки дисгармоничных семей ограничивают взаимодействие членов семьи с другими системами, не позволяют получить ресурс извне для решения проблем, блокируют рост и развитие семейной системы; 3) диффузные границы между подсистемами стимулируют процесс «хронической беспомощности» у всех членов семьи, но особенно – у «идентифицированного пациента»; 4) нередко кризис, создаваемый «идентифицированным пациентом», – единственный способ испытать эмоции в семье.

АП (Акупунктурное программирование) - оригинальный метод односеансной терапии, созданный в 1979 году ленинградским психотерапевтом С. П. Семёновым.

Многие психосоматические заболевания возникают на основе программы, заложенной воспитанием. В лечении этих расстройств одним рациональным подходом трудно достичь результата. Для получения лечебного эффекта необходимо перепрограммировать установки, роли, внести новую информацию в сознание пациента. Согласно этой системной теории, основными структурными элементами нервно-психической организации являются различного рода нервно-психические целостности меньшего порядка. Взаимосвязь и взаимодействие их друг с другом и образуют собственно психику индивида. Эти подсистемы психической организации автор называет словом «ТОТы»: автономные комплексы, архетипы, гештальты, субличности, психические целостности иной природы.

Все ТОТы бывают: врождённые (априорные) и приобретённые (онтогенетические). Врождённые ТОТы - общие для всех людей (архетип). ТОТы, приобретённые человеком в ходе индивидуального существования: ТОТы травматического генеза, интегрирующие патологический опыт

(механотравм, болезней, психотравм); ТОТы психологического происхождения, которые соединяют в себе и несут опыт интерперсонального общения, долгосрочных конфликтов, особенно конфликтов, возникших в родительской семье; ТОТы, которые являются интрапсихическим эквивалентом соответствующих подсистем культуры: их человек интериоризирует в процессе онтогенеза. Каждый ТОТ занимает место в структуре психики, которое соответствует уровню функциональной активности связанной с ним морфофункциональной системы. Изменение функциональной активности любой морфофункциональной системы всегда изменяет и статус соответствующего ТОТа в структуре психической организации. В теоретических предпосылках создания АП автор исходил из следующей гипотезы: Если каким-то способом активизировать некий ТОТ, это будет означать одновременно и переход в активное состояние соответствующей морфофункциональной системы. АП - это метод, специально рассчитанный на изменение состояния пациента. Клинический опыт автора показал, что большинство хронических заболеваний - это такая деформация жизни, при которой большую часть времени человек находится в патогенном состоянии. На поведенческом уровне особые состояния души передаются той или иной ролью.

АП – это не только программирование, но и ролевая психотерапия, на сеансе АП происходит реорганизация и ослабление "патологической" роли, определяющей болезнь пациента. Кроме того, в ходе психотерапевтического воздействия усиливаются ослабленные ТОТы (дискриминационное использование стимулов). Принципы практического использования АП: организм и психика дискретны, переход из одного состояния в другое совершается всегда скачком. Терапевт, проводящий однократный сеанс, ведёт себя активно и директивно, он отвечает за то, что на сеансе будут обсуждаться согласованные темы и цели. Пациент имеет возможность в любое время продолжить лечение, получить поддерживающую терапию, и в этом смысле односеансная терапия не ограничена во времени. АП является способом лечения, который, учитывая этиологические и патогенетические особенности заболевания, обеспечивает высокие результаты за счёт изменения и создания эффективной системы поведенческих стратегий. Цель достигается сочетанием воздействия словом и различных «закрепителей» (якорей), которые попадают одновременно и вовлекают в процесс вербально-визуальный, вербально-аудиальный и невербальный каналы восприятия информации. Методика односеансного лечения сфокусирована и направлена на достижение определённой цели; подразумевает, что перемена в пациенте может произойти внезапно, не обязательно во время сеанса. АП стремится придать пациенту сил, сделать его активным участником процесса.

Пригожий выявил основную особенность термодинамики необратимых процессов в открытой системе, находящейся вдали от равновесия (в нелинейной области). Эта особенность состоит в способности удерживать «неравновесное равновесие», то есть совершать колебания около точки равновесия. Такое равновесие было названо диссипативным. Его отличает динамическое постоянство состояния системы, получаемое через непостоянство ее колебательных состояний. Точка диссипативного равновесия снижает поток энтропии, идущий извне и изнутри. Под нелинейностью понимается отступление от пропорциональной (описываемой линейными функциями и уравнениями) зависимости между причиной и следствием. Нелинейная связь между явлениями имеет более сложный характер (описываемый нелинейными функциями и уравнениями). Нелинейность означает, во-первых, что малые по своим масштабам события могут породить грандиозные последствия. Возможен так называемый «эффект бабочки»: в фантастическом рассказе Брэдбери герой, отправившись в прошлое, случайно губит бабочку, и это меняет ход истории его страны. Во-вторых, для нелинейных процессов характерны ситуации, в которых будущее неоднозначно определяется настоящим (начальными условиями). Математически это выражается в том, что нелинейные уравнения при некоторых критических условиях приводят не к одному, а к нескольким решениям. Это означает, что в критической точке возникают различные варианты последующего хода событий, различные альтернативы пути дальнейшей эволюции системы.

Обострение заболеваний внутренних органов выступает в качестве многоуровневой дезадаптации. Переход от обострения болезни к фазе стойкой ремиссии осуществляется за счет механизмов компенсации более высокого уровня, чем предыдущий. Хроническая болезнь оказывает влияние практически на все сферы жизнедеятельности человека. В целом, наихудшие результаты по

оценке качества жизни среди болезней адаптации обнаруживаются у больных с ревматоидным артритом, бронхиальной астмой, язвенной болезнью, ишемической болезнью сердца.

Ключевые психосоматические условия для развития заболеваний внутренних органов по Ананьеву:

1) нарушение сбалансированного функционирования адаптационно-компенсаторных механизмов;

2) формирование «структурного аттрактора болезни»;

3) дискретный переход через точки бифуркации адаптационно-компенсаторных возможностей с поведенческого на эмоциональный и с эмоционального на когнитивный уровни функционирования индивидуума. Выйти в ремиссию можно благодаря включению адаптивных механизмов, например с помощью адаптации к болезни, иначе говоря, через изменение структуры отношения к болезни или компенсацию, т. е. через возвращение первичного шаблона здорового реагирования.

Социально-психологические факторы создают условия «хаоса» и выполняют следующие функции: 1) Триггерная/запускающая осуществляется в виде толчка; 2) Модулирующая - играет роль адаптивно-компенсаторного реагирования (здоровье) либо переводит в неблагоприятное течение (болезнь). При наличии болезни есть два выхода: либо в благоприятное течение заболевания (устойчивую ремиссию), либо в неблагоприятное – обострение заболевания. Негативные модели семейных отношений при болезнях адаптации выступают источниками, провоцирующими неблагоприятное течение заболевания, в то же время семья служит особым полигоном реализации компенсаторных механизмов, способных стабилизировать течение заболевания. Основная часть пациентов живет в дисфункциональных семьях. В этих семьях наблюдается выраженная неудовлетворенность браком, в два раза превышающая данный показатель в гармоничных семьях.

Тема 4. Виды и формы психосоматических расстройств.

Многообразие феноменов, определяемых как психосоматические расстройства. Классификация психосоматических расстройств по МКБ-10. Соматоформные расстройства. Конверсионные расстройства. Соматизированные расстройства. Соматоформные болевые расстройства. Ипохондрия. Дистрофическое расстройство. Неуточненные соматоформные расстройства. Ограничения МКБ-10 при работе с психосоматическими расстройствами.

Психосоматические расстройства подразделяются на некоторые виды: 1) Психосоматические реакции; 2) Функциональные невротические расстройства органов; 3) Соматоформные расстройства; 4) Конверсионные расстройства; 5) Психосоматические заболевания.

Психосоматические реакции – это кратковременные изменения со стороны различных систем организма. К ним можно отнести: учащение пульса, повышение артериального давления, изменение частоты и глубины дыхания, покраснение или бледность кожных покровов, внезапную мышечную слабость, кратковременное нарушение стула или мочеиспускания.

Эти проявления, как правило, физиологические и кратковременные расстройства, возникающих после психических переживаний. По некоторым данным, к психосоматическим реакциям следует также отнести ряд временных изменений, фиксируемых с помощью биохимических методов исследования: изменения сахара в крови, ее свертываемости или иммунной активности и т.д.

Функциональные невротические нарушения – это функциональные расстройства, которые преимущественно сконцентрированы и характерны для заболеваний определенных органов (патологии сердца, кишечника, желудка). Изменения в этих органах явно носят функциональный характер. То есть после медицинского обследования: врачебного осмотра, анализов, диагностики (ЭКГ, УЗИ, рентгена) обнаружить объективных признаков поражения этих органов не удается.

Для соматоформных расстройств характерно множество постоянных жалоб на неприятные и тягостные ощущения, по описаниям больных приближающиеся к сенестопатиям. функциональные расстройства, наблюдающиеся со стороны нескольких органов, при отсутствии объективных признаков их повреждения. Отчетливо просматривается взаимосвязь жалоб пациента с психологическими факторами. Выделяют различные варианты соматоформных расстройств:

1)соматизированные; 2)недифференцированные; 3)конверсионные; 4)болевые; 5)ипохондрические; 6)дисморфофобические; 7)неуточненные.

В отечественной психиатрии соматоформные расстройства относят к психогенной патологии и связывают с динамикой конституционально – личностных особенностей больного.

В симптоматике конверсионных расстройств отчетливо и символически проявляется личностные особенности больных и влияние психотравмирующего фактора. В происхождении классических психосоматических заболеваний, к которым, как правило, относят: 1)язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки; 2)бронхиальную астму; 3)гипертоническую болезнь; 4)нейродермит; 5)неспецифический полиартрит; 6)тиреотоксикоз; 7)язвенный колит.

Для всех этих заболеваний определенную этиологическую роль играет неблагоприятный психологический фактор. Он также обостряет течение заболевания, приводит к рецидивам и существенно окрашивает клиническую симптоматику болезни. Однако, объективные методы исследования выявляют органическое повреждение тканей различных органов, как правило, обусловленное продолжительным нарушением функции этих органов.

Главной особенностью является повторное предъявление соматической симптоматики одновременно с настойчивыми требованиями медицинских обследований, несмотря на повторные отрицательные их результаты и заверения врачей, что симптомы не имеют соматической природы. Если у больного имеются какие-либо соматические заболевания, они не объясняют природы и степени выраженности симптомов или страдания или жалоб пациента.

Исключены: диссоциативные расстройства (F44.-) выдергивание волос (F98.4) детская форма речи [лепет] (F80.0) сюсюканье (F80.8) кусание ногтей (F98.8) психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках (F54) сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями или болезнями (F52.-) сосание пальца (F98.8) тики (в детстве и подростковом возрасте) (F95.-) синдром де ла Туретта (F95.2) трихотилломания (F63.3)

F45.0 Соматизированное расстройство

Многочисленные, повторные, часто меняющиеся физические симптомы (хотя бы 2 года). Длительная и сложная история контактов со службами медицинской помощи, множество безрезультатных исследований, диагностических манипуляций. Симптоматика может относиться к любой части тела или системе органов. Течение расстройства хроническое и неустойчивое и часто ассоциируется с нарушением социального, межличностного и семейного поведения. Непродолжительно существующие (менее двух лет) и менее ярко выраженные примеры симптоматики относятся к недифференцированным соматоформным расстройствам (F45.1).

Болезнь Брике, Множественное психосоматическое расстройство

Исключена: симуляция [сознательная симуляция]

F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство

Жалобы пациента многочисленны, вариабельны и устойчивы, но не удовлетворяют полной и типичной клинической картине соматизированного расстройства.

F45.2 Ипохондрическое расстройство

Устойчивая озабоченность возможностью иметь у себя тяжелое, прогрессирующее заболевание/я. Пациент предъявляет устойчивые соматические жалобы или проявляет устойчивое беспокойство по поводу их возникновения. Нормальные ощущения воспринимаются как беспокоящие; сосредоточивает внимание на одном-двух органах/системах организма. Депрессия и тревога.

Расстройство, выражающееся в озабоченности собственным здоровьем, Дисморфофобия (небредовая), Ипохондрический невроз, Ипохондрия, Нозофобия

Исключены: бредовая дисморфофобия (F22.8), бред, фиксированный на функционировании или внешнем виде собственного тела (F22.-)

F45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы

Симптоматика подобна той, которая возникает при повреждении органа или системы органов, преимущественно или полностью иннервируемых и контролируемых вегетативной нервной системой (СС, ЖКТ, дыхательной и мочеполовой). Симптомы 2 типов, ни один не указывает на нарушение органа/системы: 1) жалобы, основанные на объективных признаках вегетативного раз-

дражения (сердцебиение, потливость, покраснение, тремор, страх болезни); 2) субъективные жалобы неспецифического/изменчивого характера (быстротечные боли по всему телу, ощущение жара, тяжести, усталости/вздутия живота).

Кардинальный невроз, Синдром да Косты, Гастроневроз, Нейроциркуляторная астения, Психогенные формы: аэрофагии, кашля, диареи, диспепсии, дизурии, метеоризма, икоты, глубокого и частого дыхания, учащенного мочеиспускания, синдром раздраженного кишечника, пилороспазма.

Исключены: психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках.

F45.4 Устойчивое соматоформное болевое расстройство

Устойчивая, резкая мучительная боль, которую нельзя полностью объяснить физиологическим нарушением/соматическим заболеванием. Возникает в связи с эмоциональным конфликтом/психосоциальными проблемами, что позволяет рассматривать их как основную этиологическую причину. Результат - заметное усиление внимания личностного или медицинского характера. Боль психогенной природы (в ходе депрессивного расстройства или шизофрении) не может быть отнесена к этой рубрике.

Психалгия. Психогенная: боль в спине, головная боль

Исключены: боль в спине БДУ, боль: БДУ, острая, хроническая, неустранимая, головная боль напряженного типа.

F45.8 Другие соматоформные расстройства

Другие расстройства чувствительности, функций или поведения, возникающие не вследствие соматических нарушений. Расстройства, которые не опосредованы через вегетативную нервную систему, ограничены определенными системами или участками тела и имеют тесную временную связь с травмирующими событиями или проблемами.

Психогенная: дисменорея, дисфагия, включая «глобус истерикус», зуд, кривошея, Скрежет зубами

F45.9 Соматоформное расстройство неуточненное

Психосоматическое расстройство БДУ

Диссоциативные [конверсионные] расстройства (F44)

Полная/частичная потеря нормальной интеграции между памятью на прошлые события, способностью осознать себя как личность и непосредственными ощущениями и способностью управлять движениями тела. Исчезают через несколько недель или месяцев, если их возникновение связано с травмирующим событием. Хронические расстройства (параличи и потеря чувствительности) развиваются на основе неразрешимых проблем. Симптомы часто соответствуют представлению о том, как должно было бы проявляться психическое заболевание. Мед. обследование не выявляет нарушений. Потеря функции - выражение эмоционального конфликта, потребностей. Симптомы развиваются с психологическим стрессом, проявляются внезапно. В эту рубрику включены только расстройства физических функций, в норме произвольно контролирующихся, и потеря чувствительности.

Включены: конверсионная: истерия, реакция, истерия, истерический психоз.

Исключена: сознательная симуляция

F44.0 Диссоциативная амнезия

Потеря памяти не вызвана органическим психическим заболеванием и не объясняется забывчивостью, усталостью. Амнезия сконцентрирована на травмирующих событиях, частична, избирательна. Полная и генерализованная амнезия редка, является частью амбулаторного автоматизма (фуги) (расстройство так и классифицируется). Диагноз не ставится при наличии органического заболевания мозга, интоксикации или чрезмерной усталости.

Исключены: амнестическое расстройство, вызванное употреблением алкоголя или другого психоактивного вещества, амнезия: БДУ, антероградная, ретроградная, неалкогольный органический амнестический синдром, амнезия после приступа эпилепсии.

F44.1 Диссоциативная fuga

Имеет все черты диссоциативной амнезии в сочетании с целенаправленными передвижениями, выходящими за обычный каждодневный предел. В период фуги имеет место амнезия, но поведение пациента может казаться абсолютно нормальным. Исключено: fuga после приступа эпилепсии

F44.2 Диссоциативный ступор

Диагностируется на основании выраженного уменьшения или отсутствия произвольных движений и нормальных ответных реакций на внешние раздражители (свет, шум, прикосновение), но обследование не находят физической причины. Абсолютная очевидность психогенной причины в виде недавних стрессовых событий или проблем. Исключены: органическое кататоническое расстройство, ступор: БДУ, кататонический, депрессивный, маниакальный.

F44.3 Транс и одержимость

Временная потеря ощущения себя как личности и полная неосознанность окружающего. Состояния транс непроизвольны, возникают вне религиозных или культурно-приемлемых ситуаций.

Исключены: состояния, связанные с: острыми или преходящими психотическими расстройствами, расстройством личности органической этиологии, постконтузионным синдромом, интоксикацией, вызванной употреблением психоактивных веществ, шизофренией

F44.4 Диссоциативные двигательные расстройства

Полная или частичная потеря способности двигать конечностью или конечностями. Тесное сходство почти с любым видом атаксии, апраксии, акинезии, афонии, дизартрии, дискинезии, припадка или паралича. Психогенная: афония, дисфония.

F44.5 Диссоциативные конвульсии

Похожи на эпилептический припадок, но прикусывание языка, кровоподтеки, непроизвольное мочеиспускание редки. Сознание сохранено либо заменено состоянием ступора или транс.

F44.6 Диссоциативная анестезия или потеря чувственного восприятия

Области кожной анестезии имеют границы, связаны с представлениями пациента о функциях тела, отличающимися от медицинских знаний. Потеря различий между сенсорными модуляциями, которая необязательно обусловлена неврологическими повреждениями. Потеря чувственного восприятия сопровождается жалобами на парестезию. Потеря зрения и слуха при диссоциативных расстройствах редко тотальна.

F44.7 Смешанные диссоциативные [конверсионные] расстройства

Сочетание расстройств, классифицированных в рубриках F44.0-F44.6

F44.8 Другие диссоциативные [конверсионные] расстройства

Синдром Ганзера, Сложная личность. Психогенное: замешательство, сумеречное состояние

F44.9 Диссоциативное [конверсионное] расстройство неуточненное.

Достоверный диагноз требует наличия всех нижеприведенных признаков:

а) наличие в течение не менее 2 лет множественных соматических симптомов, без мед. объяснения;

б) неверие различным врачам, которые пытались разубедить в существовании органических нарушений, отказ следовать их советам;

в) некоторая часть нарушения социального и семейного функционирования может быть отнесена за счет природы симптомов и обусловленного ими поведения.

Важна дифференциация со следующими расстройствами:

Соматические расстройства. Сложно отделить от соматических заболеваний, начинающихся с неспецифических проявлений. Врачу необходимо выделить из множества симптомов те, которые характерны для перечисленных заболеваний.

Аффективные/депрессивные и тревожные расстройства. Депрессия и тревога различной степени часто сопровождают соматизированные расстройства, однако их не следует описывать отдельно (искл.: они достаточно явны и стабильны для того, чтобы оправдать собственный диагноз).

Ипохондрическое расстройство. При соматизированном расстройстве акцент на: симптомы и их индивидуальное проявление, просит о лечении для того, чтобы удалить имеющиеся симптомы тогда как при ипохондрическом расстройстве внимание направлено больше на наличие предпола-

гаемого прогрессирующего и серьезного болезненного процесса, его последствий; просит об обследовании для того, чтобы подтвердить природу предполагаемой болезни.

Бредовые расстройства (шизофрения с соматическим бредом и депрессивные расстройства с ипохондрическими идеями). Причудливые особенности идей, сочетающиеся с меньшим их числом и более постоянной природой соматических симптомов - наиболее типичны для бредовых расстройств.

Недлительное (менее 2-х лет) и менее выраженное по интенсивности сочетание симптомов классифицируется как недифференцированное соматоформное расстройство.

Критерии DSM-III-R для соматоформного болевого расстройства:

А. Схваченность болями в течение по крайней мере 6 мес.

Б. 1) обследование не удается обнаружить органического фактора или патофизиологических расстройств, которые могли бы обусловить боль или 2) органическая патология присутствует, жалобы на боль значительно превышают то, что могло наблюдаться в результате имеющихся физических причин.

Соматоформные болевые расстройства содержат гетерогенные подгруппы из болевых симптомов: боль в нижней части спины, головная боль, атипичные боли лица, хронические болевые ощущения в тазовых органах. Боли могут быть посттравматическими, невропатическими, неврологическими, ятрогенными; боли в поперечно-полосатых мышцах, другие психические расстройства, иногда другие расстройства отсутствуют. Соматоформные боли обусловлены психологически (но этому мало доказательств).

Патологические болевые ощущения трудно отличить от психогенной боли (взаимно не исключают друг друга). Патологическая боль колеблется по интенсивности, высоко чувствительна к влияниям со стороны эмоциональной и когнитивной сферы, внимания и ситуаций. Боль, которая не поддается влиянию со стороны этих факторов, скорее всего психогенна. Если боль колеблется, то прибывая, то убывая, по времени не связана с отвлечением внимания или анальгетиками, возможен психогенный компонент боли.

Лечение: реабилитация больного (обсуждение психологической обусловленности болей в начале лечения, объяснить значимость психологических факторов, подчеркивать, что у боли «реальный» характер). Медицинское воздействие: антидепрессанты, гипноз, стимуляция нерва через кожу.

Ипохондрии - чрезмерная озабоченность своим здоровьем, схваченность тревогой о нем. Ипохондрия - нереалистическая трактовка соматических симптомов и ощущений, приводит к схваченности страхом или убеждением в наличии серьезного заболевания, даже если нет никакой соматической болезни. Диагностические критерии для ипохондрии:

А. Охваченность страхом перед наличием тяжелого заболевания и убежденность в его наличии, основанная на трактовке соматических признаков и ощущений (псевдо-доказательства заболевания).

Б. Обследование не подтверждает диагноз соматического расстройства, которое могло бы лежать в основе физических признаков и ощущений или неоправданных интерпретаций их субъектом и наличие симптома А, не являющегося просто симптомом панических припадков.

В. Страх перед болезнью, уверенность, что она остается, несмотря на медицинское заключение.

Г. Продолжительность расстройства составляет не менее 6 мес.

Д. Убежденность в проявлениях, не достигает бредовой интенсивности, соматический тип (признает возможность страха быть больными, или предполагают, что они псевдо-больны).

Ипохондрия устойчива к проводимой терапии. Некоторым такое лечение помогает, если они лечатся в психиатрическом учреждении, внимание фокусировано на редукции стресса и воспитании умения справиться с хроническим заболеванием. Помогает групповая терапия, обеспечивает социальную поддержку и общение, в которых больной нуждается. Фармакотерапия улучшает состояние, если в основе нарушений лежат состояния, сензитивные к лекарствам (тревожность, тяжелая депрессия). Вторичную И. по отношению к некоторым психическим первичным расстройствам следует лечить по всем правилам.

Дисморфофобическое расстройство (дисморфофобия, дисморфомания) – патологическое состояние, при котором человек буквально одержим своими физическими недостатками, как существующими, так и не существующими.

Эксперты считают, что это связано с проблемами обмена серотонина. Плохое регулирование серотонина играет роль в формировании обсессивно-компульсивного расстройства, тревожных расстройств, депрессии.

Первые симптомы появляются уже в подростковом возрасте (человек начинает интересоваться внешностью своей и сверстников). Чаще расстройству подвержены девочки (становятся агрессивными, замкнутыми, выбирают кумиров из звезд). Симптомы: постоянные мысли о своей внешности; трата времени на то, чтобы привести себя в порядок, страх, что все видят недостатки, страх осуждения, необходимость одобрения, «симптом зеркала» (рассматривают себя в нем или наоборот избегают), избегают фотографироваться, социальная ограниченность.

В лечении ведущая роль остается за психотерапией. Психотерапевт может помочь больному посмотреть на себя с другой стороны. Задача специалиста примирить больного с собственным «видимым-невидимым» недостатком, научить жить не «зацикливаясь». Подходит когнитивно-поведенческая терапия.

Соматоформное расстройство неуточненное - нарушение здоровья, относящееся к группе невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

Самые распространенные симптомы – это тревога и депрессия, которые вызывают следующие соматические проявления: 1) Астенический синдром: слабость, повышенная утомляемость. 2) Чувство онемения, покалывания в любой части тела. 3) Нарушение чувствительности, гиперестезия. 4) Приливы жара, озноб. 5) Потливость, бледность или покраснение кожи (чаще всего лица, рук). 6) Болевые ощущения в любой части тела. 7) Чувство перебоев, замирания сердца, частый или редкий пульс. 8) Снижение или повышение аппетита. 9) Сухость во рту, привкус во рту, нарушения вкуса. 10) Икота, отрыжка, чувство боли, тяжести в животе, тошнота, рвота. 11) Вздутие живота, диарея или запор. 12) Кашель, одышка. 13) Учащенное мочеиспускание, императивные позывы к мочеиспусканию. 14) Чувство неполного опорожнения кишечника, мочевого пузыря. 15) "Истерический ком" (ощущение комка в горле, вызывающее дисфагию), а также другие формы дисфагии. 16) Тремор рук, подергивания. 17) Мышечное напряжение. 18) Психогенный зуд. 19) Психогенную дисменорею. 20) Снижение полового влечения, эрекции.

Тема 5. Частная психосоматика

Понятие частной психосоматики. Психосоматические болезни органов дыхания. Сердечно-сосудистые заболевания. Психосоматика пищевого поведения и желудочно-кишечные заболевания. Болезни эндокринной системы. Кожные и гинекологические психосоматические заболевания. Болезни опорно-двигательного аппарата. Психовегетативные расстройства. Функциональные сексуальные расстройства. Онкологические заболевания. Инфекционные болезни. Головная боль и психосоматические аспекты депрессии. Картина личности при различных психосоматических расстройствах.

Частная психосоматика занимается изучением психологических особенностей больных с различными психосоматическими заболеваниями. Здесь специалист в первую очередь будет определять картину личности больного (его психологический портрет), особенности психологической диагностики и психотерапевтические подходы, способные дать положительный результат в каждом отдельном случае. Как правило, психосоматическая личность (человек, склонный к определенному психосоматическому заболеванию или реагированию) обладает устойчивыми психологическими характеристиками, знание которых может помочь в психотерапевтической работе с конкретным симптомом.

Эмоциональное состояние человека определяет как видимые показатели дыхания – его частоту и глубину, так и физиологические функции легких. Таким образом, дыхание – это не только физиологическая функция, которая осуществляется и регулируется потребностями человека. Оно является фундаментальным свойством состояния собственного Я.

Бронхиальная астма многофакторно обусловленная болезнь (психосоматические, инфекционные и аллергические компоненты). Эмоциональные факторы у биологически предрасположенного к ней человека могут привести в действие астматический процесс. Психологическая метафора БА – затруднение выживания, неспособность «дышать полной грудью» в этом сложном мире.

Недостаток заботы и ее избыток в равной мере лишают способности быть нестесненным, «дышать свободно». Дети бессознательно ищут выхода, срабатывает жизненный инстинкт, и более тяжелые проявления болезни у них появляются для того, чтобы менялась «тактика спасения». Взрослые пациенты с бронхиальной астмой забывают свою детскую историю, но обострение их заболевания происходит, как правило, когда надо проявить смелость, ответственность, независимость или суметь пережить печаль, одиночество.

Основные характеристики такого «профиля личности» у больных БА определяются как: 1) склонность «подавлять депрессию и агрессию»; 2) сдерживать эмоции при стрессовой ситуации; 3) высокая тревожность; 4) проявления алекситимии.

Особенности: 1) агрессивность проявляется в виде приступов удушья (не реализуется адекватно; 2) скрытое желание любви и поддержки (возможны расстройства в сексуальной сфере); 3) недоверчивость, подозрительность; 4) сверхчувствительность к запахам, вязанным с нечистотами; 5) зависимость от мнения окружающих; 6) нарушена способность брать и отдавать, тенденции к сокращению, идентифицированию себя с другими; 7) конфронтация «желания нежности» и «страха перед нежностью» (отношение матери к ребенку амбивалентно - люблю и ненавижу);

Нервно-психический вариант развития БА у взрослых (проявления заболевания выступают в роли защитного механизма, сформировавшегося из-за различных внутри- и межличностных конфликтов детского возраста):

1) неврастеноподобный: постоянное недовольство собой реальным и вечное стремление к воображаемому недостижимому идеалу расщепленной личности. Болезнь позволяет уйти от необходимости следовать созданному идеалу (путем смягчения невротических требований к себе).

2) истероподобный: повышенный уровень притязаний к значимым лицам микросоциального окружения, искажение образа «Мы» в семьях в случаях, когда желаемого результата больной достигает с помощью приступа. Тенденция перекладывать ответственность за себя на окружающих, повышенные требования к окружающим, сниженными к себе.

3) психостеноподобный: повышенная тревожность, блокирование эмоций, внутренняя незрелость, зависимостью от лиц значимого окружения, низкой способностью к самостоятельным решениям. Приступ БА появляется при необходимости принять ответственное решение из-за нарастания тревоги.

4) смешанный, или «шунтовый»: приступ появляется у робкого, тревожного больного при вовлечении его в качестве арбитра в конфликт родственников. Приступ необходим для разрядки непродуктивной невротической конфронтации членов семьи и для получения внимания и заботы зависимым астматиком. Заключает черты истероподобного механизма (манипулирование) и психостеноподобного (тревожность, зависимость).

Психотерапия направлена на повышение жизненных возможностей, способности брать на себя ответственность за свою жизнь. Целью является коррекция эмоциональных расстройств и неадекватных форм поведения. Достигают этого путем перестройки значимых отношений больного. Психотерапия показана: 1) больным, у которых этот механизм патогенеза является ведущим; 2) больным с нервно-психическими расстройствами и неадекватными реакциями личности, затрудняющими реабилитацию; 3) больным с большим риском формирования нервно-психического компонента (личностные и микросоциальные факторы риска, неразумные стили воспитания и т.д.)

Собирается тщательный психологический анамнез, который должен содержать данные о нервно-психических заболеваниях родителей, о психосоматических заболеваниях членов семьи, данные о периоде беременности и взаимоотношениях в семье в этот период, а также о родах и взаимоотношениях в это время.

Гипервентиляция. Больные отличаются депрессивным фоном характера с ипохондрическими и фобическими чертами. Латентный страх скрывают за выраженным фасадным поведением. Чрезвычайно нормативны и импонируют как адаптивные пациенты с высоким чувством долга.

В поведенческом выражении своих эмоций больные сильно стеснены (неспособны переживать и отреагировать агрессивные побуждения). Описывают себя как людей, которые должны «все в себе пережевать» или «слишком много хлебнуть». Склонны к зависимым отношениям с доминирующим партнером (воспроизводят усвоенный в детстве шаблон поведения). Преимущественно больные происходят из семей, в которых они при заботливых, но эмоционально фрустрирующих родителях подвергаются не учитывающему индивидуальные особенности нормативному воспитанию. Связь с более слабым родителем была сильнее, т. к. здесь предоставлялись относительно лучшие возможности отношений. Агрессивные побуждения по отношению к доминирующему родителю, переживаемые как экзистенциальная угроза, подавляются ребенком. Приобретается опыт, что безопаснее всего жить с более сильным партнером, даже если ценой безопасности становятся подавляемые собственные притязания.

Конфликтная ситуация, провоцирующая приступ, содержит элементы реальной или воображаемой фрустрации или обиды, с одной стороны, страх потери зависимых отношений, обеспечивающих безопасность, с другой. Нередко приступ следует за ситуациями, требующими от больного направленной вовне, самоутверждающей и агрессивной активности, которую он не в состоянии продуцировать вследствие общего чувства беспомощности и бессилия или из страха потери лишаящего власти, но гарантирующего безопасность, значимого лица.

Патологические нарушения в сердечно-сосудистой системе связаны со страхом, гневом, яростью, тоской и другими отрицательными эмоциями. Происходящий при этом выброс адреналина вызывает сужение сосудов, учащение пульса и усиление сокращения миокарда, что, в свою очередь, приводит к состоянию беспокойства и страха. Главную роль в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний играют подавляемая враждебность и поведение типа А.

Эссенциальная гипертония: хроническое заболевание, основным клиническим признаком которого является длительное и стойкое повышение артериального давления. В формировании играет роль и непосредственное взаимодействие в семье.

Часто начинается в ситуации хронического напряженного ожидания, длительном состоянии страха, нехватка времени и нарастающее напряжение, хронически подавляемая агрессия из-за страха.

У взрослого от сверхсовестливого и гиперответственного рождаются усиленные чувства гнева, со временем требующие все больших усилий для их сдерживания. Так развивается порочный круг, который приводит к хроническому состоянию напряжения.

Психотерапия. В рамках поведенческой терапии следует добиваться собственной ответственности пациента при использовании метода биологической обратной связи и применении методик снятия напряжения. Пациенты должны понять, какие ситуации приводят к повышению артериального давления, научиться контролировать свои успехи и неудачи. Могут успешно использоваться методы терапии, фокусированной на решении, символдрамы, арт-терапии, креативной визуализации, транзактного анализа, семейной психотерапии.

Ишемическая болезнь сердца. Психические факторы действуют только совместно с соматическими факторами риска. Выделяют три варианта таких связей: 1) Эмоции и душевные нагрузки оказывают прямое влияние на коронарное кровообращение; 2) Психосоматические влияния оказывают влияние на обмен жиров и вызывают общий атеросклероз, атеросклероз коронарных сосудов; 3) Психосоматические факторы приводят к злоупотреблению курением и алкоголем, оказывают воздействие на поведение (ожирению).

Межличностные разочарования с выраженным характером расставания и профессиональными неудачами с отчетливым эмоциональным компонентом потери представляют для потенциального больного инфарктом в особенности большую угрозу. Поскольку у пациента одновременно имеется нарциссическая обида, появляется неустойчивость уверенности и чувства благополучия.

К факторам риска относятся напряженный жизненный ритм, стремление к успеху и социальной значимости, беспокойно-напряженная деятельность.

Стадии ишемической болезни: Синдром гиперактивности. Честолюбие и трудолюбие, злость доминирующий стиль поведения. Гневливая раздражительность, потребность в соперничестве, враждебности. Синдром сверхкомпенсации. Хроническое напряжение. Увеличение продолжи-

тельности работы. Нарушение ночного сна, изменение соотношения между субъективным самочувствием и объективно существующими формами перегрузки. Синдром крушения. Истощение и депрессия на фоне стереотипного поведения гиперактивного агрессора.

Психотерапия Основные направления-лечения: 1) индивидуальное консультирование, сообщение информации о здоровом образе жизни с особым учетом когнитивных процессов; 2) обучающие, ориентированные на симптом методики, вовлекающие тело; 3) психотерапия, работающая с сопротивлением и переносом.

Показания к психотерапевтическому ведению после инфаркта лишь в тех случаях, когда больной испытывает давление страданием, с которым он не в состоянии справиться сам и поэтому обращается за психологической помощью Методы терапии: фокусированной на решении, символдрамы, арт-терапии, креативной визуализации, транзактного анализа, семейной, поведенческой терапии.

Кардиофобический невроз Конфликт разрыва у высокоамбивалентной личности: способность к самозащите и ограниченность своих возможностей, угнетающая зависимость. Конфликт в виде разрыва связан с вызывающей его ситуацией, со всем, что угрожает одиночеством в представлении больного. Наблюдается зависимость, нарастающее сокращение жизненных связей, щажение себя, уход от трудностей. Избегание сексуальных контактов, занятий спортом (всего, что связано с учащением сердцебиения).

Вследствие страха, тревоги происходит выброс адреналина, приводит к тахикардии, повышенной возбудимости с повышением давления, уменьшается полезный эффект работы сердца, наступает гипоксия, которая вызывает страх и тревожное беспокойство с проекцией на сердце.

Психотерапия. Методом выбора является раскрывающая психотерапия (устраняет симптоматику, помогает больному в преодолении конфликтной ситуации). При депрессивно-невротических состояниях и тенденции к неблагоприятной регрессии показана групповая терапия. Методы терапии: фокусированной на решении, символдрамы, арт-терапии, креативной визуализации, транзактного анализа, семейной психотерапии.

Нарушения сердечного ритма. Приступы спровоцированы ситуационными факторами и конфликтами в периоды внутреннего напряжения и при кумуляции эмоций. Провоцирующими приступ ситуациями для них являются ситуации искушения, которые близки к «эмоциональной самоотдаче» или скрытой агрессии, которая при угрожающем крушении защиты разряжается в виде приступа.

Психотерапия. Могут использоваться методы терапии, фокусированной на решении, символдрамы, арт-терапии, креативной визуализации, транзактного анализа, семейной психотерапии.

Удовлетворение голода вызывает ощущение защищенности, хорошего самочувствия. Во время кормления ребенок ощущает утешение телесного неблагополучия. В переживании младенца остаются нераздельными чувства сытости, защищенности и любви.

При фрустрации витальных потребностей младенца у него могут остаться нарушения развития (закладывается основа для позднего развития тенденций к захвату, зависти). Если мать не обращается с любовью к ребенку, это может иметь следствием развитие у него агрессивности (вытеснение и амбивалентное отношение к матери).

Ожирение.

Родители систематически на любое внешнее выражение ребенком потребности отвечают предложением пищи (недостаток силы Я, фрустрации не могут прорабатываться и должны лишь стираться за счет «подкрепления»). Наблюдается тесная привязанность к матери, доминирование матери в семье. Мать чрезмерной заботой задерживает двигательное развитие, готовность к социальному контакту.

Проявляются черты внутренней задержанности, апатически-мрачного отчаяния и признаки бегства в одиночество. Больные чувствуют себя ранимыми, несостоятельными. Став массивным и внушительным, человек кажется себе более сильным и защищенным. Иногда отчетлива временная связь усиления тяги к еде с какой-то фрустрацией. За счет регрессивного приравнивания значений любви и питания человек с избыточным весом утешает себя едой за отсутствие любви к себе.

Особенность психологической защиты - преобладание механизма по типу реактивных образований (гиперкомпенсации). Типичны незрелые протективные механизмы защиты, один из которых проекция, а другой – регрессия.

Причины: 1) Фрустрация при утрате объекта любви; 2) Общая подавленность, гнев, страх перед одиночеством и чувство пустоты могут стать поводом к импульсивной еде. 3) Ситуации, требующие усиленной деятельности и повышенного напряжения

Еда имеет значение замещающего удовлетворения, служит для укрепления связей, безопасности, ослабляет боль, чувство утраты, разочарования.

Нервная анорексия.

Имеется локальный страх перед нормальной едой, увеличением массы тела и достижением средних показателей, необходимых для сохранения здоровья. По личностной структуре и внутреннему созреванию женщины с анорексией оказываются не готовыми к своей зрелости (больше переживают физическое созревание, считая ее чуждой). Внешне социально компенсированны, добросовестны и послушны вплоть до полной подчиняемости. Обладают высоким интеллектом и являются блестящими учениками. Интересы духовны, идеалы аскетичны, трудоспособность высокая.

Провоцирующей ситуацией нередко является первый эротический опыт, который не перерабатывается. Психодинамический процесс определяется амбивалентным конфликтом близости/дистанции с матерью. Подавляется оральная агрессивность; отрицаются все оральные потребности.

Для семьи характерны: вязкость, чрезмерная заботливость, избегание конфликтов, ригидность и вовлеченность детей в родительские конфликты.

Пациентки пытаются привлечь к себе внимание медиков детской беспомощностью, утонченностью и рассудительностью. Рассматривают лечение как что-то совершенно ненужное. Если поступление в стационар неизбежно, стремятся добиваются определенных привилегий.

Булимия Симптоматика: 1) появление очерченных во времени приступов переедания; 2) активном контроле веса путем рвот или использования слабительных.

Внешне благополучны (идеальная фигура, успешны и активны). Низкая самооценка. Ориентация на мнение окружающих. Семья: коммуникации импульсивны, имеется потенциал насилия, высокая конфликтность, слабые связи между собой, малоуспешное проблемно-решающее поведение. Больные рано принимают ответственные задания и родительские функции. Опасения не справится контролируются заботливым поведением; слабые аспекты личности сдерживаются, реагируются в приступах булимии.

Голод понимается как угроза в результате потери контроля, контроль над телесными функциями приравнивается к способности справиться с проблемами. Приступ переедания – снижение напряжения. Рвота вызывается, чтобы поддерживать постоянство веса тела, что для больной является мерой и индикатором того, что самоконтроль и самоопределение вновь возвращены.

Булимик: перфекционисты; склонны к унынию, навязчивостям; импульсивны, готовы рисковать; имеют низкую и неустойчивую самооценку; не удовлетворены собственным телом; ставят себе нереалистичные цели; строят личные отношения по «булимической» схеме: пылкое увлечение – резкий разрыв; имеют неприятные детские воспоминания, связанные с приемом пищи.

Болезни желудочно-кишечного тракта

Эмоциональное состояние человека при принятии пищи оказывает влияние на дальнейший процесс ее переваривания. Агрессия, опасение, страх, депрессия, тормозят функции ЖКТ, нарушают моторику и приводят к функциональным, органическим изменениям структуры ЖКТ.

Опорожнение кишечника связывается с агрессивными чувствами, направленным против личности. Анальная зона - подавленная борьба против авторитета. Вместе с тем неспособность что-то удержать, преувеличенная бескорыстная отдача вплоть до переживания полной утраты связаны с частым выделением кала. При эмоциональной диарее ведущей причиной являются осознанно пережитые ситуации страха и повышенного требования со стороны окружающих.

Телесные феномены, относящиеся к пищевому поведению и пищеварению, соотносятся с определенными эмоциональными процессами: 1) трудности овладения (стоматит, симптомы сли-

зистой рта); 2) неспособность что-то проглотить (нарушения питания, глотания); 3) быть отвергаемым, презираемым (потеря аппетита, изжога, рвота, похудение); 4) безуспешные хронические усилия что-либо переварить, усвоить; 5) хроническая невозможность что-либо переработать (боли, энтероколит, раздражимость толстого кишечника); 6) невозможность отдать что-либо (хронические запоры); 7) желание выбросить что-либо (хронический понос).

Язва Типологии язвенных больных: 1) Псих. здоровый (адекватная самооценка, стабильное отношение; провокатором болезни является ситуативная нагрузка; характерна утрата чувства безопасности, неспособность принимать самостоятельно решение). 2) С неврозом характера (больной демонстрирует псевдонезависимые реакции. Очень сильно переживает обиды, потери, неудачи). 3) Социопатический (пассивно-агрессивный тип личности, зависимы, ревнивы с антисоциальным поведением). 4) Типичный психосоматический (с бедной фантазией, пассивны, без заботы о других). 5) Нормопатический (больные ориентированы на нормативное поведение, механизм возникновения язвы тогда, когда больной находится в состоянии принять решение, которое не подчиняется норме) Также выделяют: гиперактивный (желание зависимости очень сильно, но отвергаются, агрессивно преследует свою цель, компенсаторно стремится к независимости) и пассивный (прямо выражает потребности в зависимости; язвенный приступ наступает, «когда желания зависимости встречают отказ»; страх быть покинутым, жизненная стратегия быть защищенным).

Запоры Анальная триада Фрейда: упрямство – любовь к порядку – бережливость. Детство со строгой матерью, требовательна к дарению и получению подарков (получил - делись). Самоотдача = собственные обязанности, защитные формы поведения, страх утраты угрожающий. Александер: «Я ничего не могу ожидать от других и поэтому могу им ничего не давать, я должен удержать то, что у меня есть». Иногда запор развивается как компенсация чрезмерного наслаждения тратами (добродушные люди). Хронический запор в детстве следует понимать как протестную реакцию, в т. ч. как протест против чрезмерно педантичного обучения опрятности.

Связи переживаний: 1) Телесный радикал протестной реакции. 2) Попытка удержать, чтобы овладеть, выстоять. 3) Отступление в страхе. 4) Страх и защита от большой отдачи. 5) Связь дефекации с «грязными» побуждениями, чувство вины.

Эмоциональная диарея. Страх перед авторитарными фигурами, чувство беспомощной зависимости; чувства бессилия, желание признания, беспомощная зависимость от сильных объектов.

Александер писал о хронической диарее: «Сильная потребность дарить и делать добро. Больной может вступать в отношения зависимости от других, но при этом он чувствует, что он должен что-то сделать, чтобы компенсировать все, что он получил. Компенсация через испаржжение желудка».

«Синдром раздраженной кишки» Тенденция к obsессивно-невротической переработке переживаний при депрессивной структуре, высокий уровень страха. Реактивные структуры: контроль проявления чувств, внешне выглядят бодрыми, упорядоченными, скрывают страхи, отсутствие самостоятельности, внутренняя ориентация на близость с родителями и авторитетными лицами.

Язвенный колит и болезнь Крона Депрессивная структура личности. Связь с родительским домом. Семьи сплочены, отграничены от окружающего мира, неэмоциональны, Способность к интроспекции.

Нарушения глотания Психосоматическое значение имеют: 1) заглатывание воздуха (аэрофагия); 2) затруднение глотания с чувством давления в горле или без него; 3) нарушения глотания со рвотой (так называемый рвотный невроз); 4) «синдром комка» – страх глотания.

Акт глотания не может регулироваться, хотя для этого нет органических причин.

Нарушение процесса глотания - отвращения к еде, настроенность на протест. Рвота связана с чувством отвращения. «Синдром комка»: опасение подавиться и погибнуть от удушья, но нет жалоб на ощущение кома в горле. При этих страхах на первый план выступает ситуация конфликта и разрыва отношений зависимости, когда амбивалентность связей концентрируется на чувстве зависимости с высоко-амбивалентной установкой и с желанием смерти и соответствующим чувством вины. Ощущение комка в горле является симптомом истерии.

Гипотериоз Повышенная утомляемость, нарушение памяти, вялость, сонливость, зябкость, хрупкость волос и ногтей, понижение температуры тела, низкое артериальное давление, запоры.

Наблюдается отсутствие заинтересованности, безынициативность в повседневной деятельности и социальной активности. Фрустрация в желаниях и наклонностях, агрессивные фантазии. Психотерапия Медикаментозное лечение или диета, ликвидация дефицита йода. Изменение внешних обстоятельств, дающее возможность реализовать истинные побуждения. Методы психосинтеза, гештальт-терапии, когнитивной психотерапии, транзактного анализа, поведенческой терапии, семейной психотерапии, нейролингвистического программирования.

Гипертериоз. Александер: отсутствию защищенности, надежности в самом раннем детстве.. Неудовлетворенное желание привязанности, идентификация с объектом стремлений. Неуверенность, страх, низкая самооценка. Готовность пациентов проявлять заботу о других. Страхи и потребность в зависимости проявляются в виде принятия на себя ответственности. Стремление к социальному успеху, труду и ответственности носит функцию самоуспокоения.

Психотерапия: фокальная переработка конфликтных пусковых ситуаций. Успешно используются методы транзактного анализа, арт-терапии, когнитивной психотерапии, гештальт-терапии, психосинтеза.

Сахарный диабет. Психосоматические концепции: 1) Конфликты и неоральные потребности удовлетворяются с помощью еды. 2) Еда = любовь, при отнятии любви возникает эмоциональное переживание состояния голода и голодный (диабетический) обмен веществ. 3) Постоянный страх ведет к постоянной готовности к борьбе или бегству с гипергликемией без сброса психофизического напряжения.

Чувство незащищенности и эмоциональной заброшенности, желание заботы о себе, зависимость от других, чувствительность к отказам в удовлетворении оральных желаний.

Психотерапия Успешно используются методы транзактного анализа, арт-терапии, креативной визуализации, терапии, фокусированной на решении, психосинтеза. Позитивная психотерапия (способность активизировать все жизненные процессы и так ускоренно расти и преждевременно стареть (гипертиреоз); способность замедлять жизненные процессы и тем самым избегать перегрузок (гипотиреоз)).

Крапивница: остро возникающее поражение кожи с четко отграниченными волдырями; наблюдается чаще всего на лице (сильный зуд, красные волдыри разного размера).

Для психосоматических форм хронической крапивницы характерны готовность к переживаниям и определенная структура личности. Крапивница возникает у тех, кто испытывал на себе жестокое обращение (не было возможности рассказать). При этом отмечается, что страдающая сторона не в состоянии найти выход из положения и представить себе возможное решение проблемы. Характерны отношения зависимости от более сильных личностей с мазохистской обвинительной установкой.

Аллергия: аллергики в детстве травмируются матерями, проявляющими гиперопеку или холодность. Налицо зависимость от этого объекта влечения, агрессивная реакция невозможна, и агрессия направляется на себя. Мазохистское отношение к объекту, который в то же время позволяет сохранять эмоциональную связь благодаря направленности агрессии на собственную личность, признается сторонниками психоанализа. Черты личности больных: 1) сильная склонность к пассивной позиции в межличностных контактах; 2) высокая готовность к страху в сочетании с низкой толерантностью страха; 3) сильная ранимость в любовных отношениях; 4) высокий уровень неуверенности в поведении.

Кожный зуд.

У чувствительных и предрасположенных к этому людей негативные эмоции могут вызывать кожный зуд или усиливать его.

Часто можно наблюдать, что больные в состоянии раздражительности и психического напряжения, страха или возбуждения значительно чаще жалуются на ощущение кожного зуда или жжения, чем эмоционально уравновешенные больные. У одного и того же человека неизменные кожные заболевания в периоды более сильного нервного напряжения, фрустрации, разочарований, в сложных, тяжелых жизненных ситуациях более часто сопровождаются зудом. Сексуальное беспокойство, чувство вины, гнев и страх могут вызывать зуд. Пациенты с психогенным кожным зудом склонны к невротической любви к порядку и блокированы в своем выражении агрессии.

Атопический нейродермит (эндогенная экзема).

Экзема грудного возраста рассматривается как выражение нарушений отношения с матерью. Факторы болезни: 1) Дети имели матерей с инфантильной структурой личности, проявлявших к ним враждебность, замаскированную под боязливость, матерей, которые неохотно дотрагивались до них, неохотно ухаживали за ними и систематически воздерживались от кожного контакта с ними. 2) Особенное значение имеет двусмысленное поведение матери: то, что от нее исходит, не соответствует ни ее внутренней установке, ни ее действиям в отношении ребенка.

Подростковый и взрослый контингенты: заболевание, в особенности руководимое автономными центральными нервными процессами, и тем самым тесно связанное с личностью больного. Пациенты часто характеризуются выраженной пассивностью. Им трудно дается самоутверждение. Появление заболевания сопровождают конфликтные партнерские отношения. Нейродермит, как косвенный показатель повышенной враждебности. Приступы нейродермита часто возникают при проблемах в партнерских отношениях, разлуке или появлении лиц, которые имеют большую эмоциональную притягательность для больных. Нередко обнаруживаются переживания и проявления сильных чувств, ожиданий, желания близости, сексуальности и ее фрустрации вследствие собственной амбивалентности или отказа партнера.

Аногенитальный зуд часто вызывается раздражителем местного действия, инфекцией или каким-либо иным заболеванием. Характеризуется сильным раздражением, эксфолиациями и воспалительными высыпаниями. Зуд в анальной области в особенности характерен при раздражительности, депрессии, ипохондрии. Местная терапия и лечение внешних кожных изменений не всегда снимает зуд. Почесывание и прикосновение к зудящим участкам кожи становится тогда самоцелью. Связанное с этим удовольствие, следующее за этим чувство вины и новые, побуждаемые агрессивными чувствами атаки на кожу образуют закрытую самоподкрепляемую систему, своего рода вечный двигатель. Почесывания могут стать эквивалентом мастурбаций и часто становятся привычкой, которая способствует стабилизации симптоматики.

Псориаз: Усиление расстройства наблюдается на фоне неспецифических, психически отягочающих ситуаций, как переживания потери объекта и угрозы безопасности и здоровью больных. Они демонстрируют такие симптомы, как страх, подавленность и выраженное поведенческое реагирование. Больные склонны к демонстративности.

Околоротовой дерматит Заболевание проявляется локализующимся на лице сильным воспалением кожи, которое захватывает главным образом область вокруг рта и другие участки лица.

Дерматологи обратили внимание на то, что заболевание встречается чаще у личностей определенного типа. Это очень деловые, чаще незамужние женщины среднего возраста, которые имеют проблемы в отношениях с мужчинами.

Позитивная психотерапия при кожных заболеваниях. Заболевания кожи и аллергия - способность кожей чувствовать напряжения; сигнализировать при помощи кожи о том, что не может быть выражено иначе, и тем самым достигать того, что раньше не могло быть достигнуто по-другому.

Основные психологические причины возникновения женских болезней:

1) Проблемы в отношениях с собой, своей женственностью, принятием своего тела, нелюбовь к себе. 2) Уязвленное самолюбие, чувство незащищенности.

3) Подсознательное убеждение (возможно, в результате воспитания), что секс – грязное и греховное занятие. Неумение получать наслаждение и удовольствие от жизни, в том числе в форме секса.

4) Обида, злость, агрессия в отношении мужчин. Чаще всего после неудавшихся отношений. Иногда такая установка может передаваться от матери или другой женщины в семье в процессе воспитания.

5) Последствие психологической травмы, например, при изнасиловании или неудачном первом сексуальном опыте, при измене, расставании.

6) Страх, сомнения, недоверие к мужчине. Часто женские болезни сопровождают женщину, живущую с мужчиной, которого не любит или к которому испытывает обиду.

7) Избегание мужчин, подавление женских потребностей.

8) Страх иметь ребёнка, подсознательное нежелание иметь детей. Травмы собственного детства, обида на родителей, усвоенные в детстве установки, препятствующие становлению женственности и гармоничным отношениям с мужчинами.

Молочница: глубокая внутренняя тоска по невинности. Во время протекания заболевания сексуальные отношения становятся невозможными, организм реализует глубинную установку. Человек жалеет об утраченной душевной чистоте и хочет, чтобы окружающие верили в его невинность. Молочница может говорить о пережитом или подавленном гневе. Также характерны высокая значимость чужой оценки и самонаказание за несоответствие. Молочница, которая плохо поддается лечению и длится буквально годами, может быть связана и с глубинными травмами (насилие, конфликты) и переживаниями, вплоть до неосознанного запрета проявлять свою сексуальность в принципе.

Эрозия шейки матки. На эмоциональном уровне появлению эрозии предшествует сильная обида на мужчину/мужчин, партнера. Нереализованная энергия обиды буквально «разъедает» женщину изнутри. Возможное решение проблемы - изменение мировоззрения, если требуется - работа с убеждениями в области секса и принятия собственного тела. Прощение, отпускание травматичного опыта с обязательным выражением гнева.

ПМС, болезненная менструация, нарушение цикла: глубокое неприятие собственной женственности. Пережитые в детстве обиды, а также гнев и ненависть по отношению к матери блокируют нашу связь со своей внутренней женщиной во взрослом возрасте. Если мама вызывает раздражение, страх или гнев, девочка принимает решение не быть как она – не быть женщиной. Возможное решение: очень глубокий процесс познания и признания собственной женственности, разбор страхов и убеждений. Восстановление баланса мужского и женского. Исследование отношений с родителями обоого пола.

Миома матки. Миома - доброкачественная опухоль, которая заполняет матку. Может проявиться нереализованное подсознательное желание завести потомство. Причем чаще всего с этим связаны некоторые аспекты самоидентификации женщины («настоящая женщина только та, которая имеет детей»). Страх старости и собственной «бесполезности». Возможное решение: найти альтернативный способ реализации материнского потенциала. Найти такую сферу деятельности, в которой можно будет реализовать неиспользованные силы, любовь и внимание. А самое главное преодолеть страх старости и заново воспринять всё богатство женских вариантов самореализации.

Цистит следствие сильного, невыраженного гнева, когда человек затаивает, скрывает обиду на окружающих. Он не говорит им, что ему не нравится, по его мнению другие должны догадаться сами, а раз не догадываются то или не заметили, то ли потому что «плохие» по определению. Цистит возникает в ответ на болезненное «эмоциональное залипание» в обиде или на каком-либо желании, которое не может реализоваться так как его выполнение зависит от другого человека. Возможное решение: важно принять на себя ответственность за свою жизнь, поможет развитие умения выражать гнев в безопасных для окружающих условиях и формирование навыка безусловной любви к себе.

Вагинит (воспаление слизистой оболочки влагалища). Злость на партнера. Чувство вины на сексуальной почве. Наказание себя. Убежденность, что женщины бессильны влиять на противоположный пол. Проблемы с наружными половыми органами отражают боязнь оказаться не на высоте, страх за свою женственность, сомнения в своей женственности. Воспаление вульвы и влагалища отражает то, что вы чувствуете себя уязвленной как женщина.

Фригидность - страх разного рода: перед жизнью, перед мужчинами, перед отцом. Строгий отец, заикленный на нравственности и порядочности, запугивающий дочь насильниками и испытывающий презрение к проституткам, невольно формирует у дочери негативное подсознательное отношение к сексу. Обычно фригидностью страдают женщины, выросшие в семьях, где между матерью и отцом не хватало любви и взаимопонимания.

К ревматическим заболеваниям относятся болезни, протекающие с болевыми ощущениями и ограничениями движений мышц и суставов. В их число можно включать различные ревматические заболевания с поражением суставов, протекающие как в воспалительной, так и в дегенеративной форме, а также несуставные формы ревматизма, прежде всего ревматизм мягких тканей.

Ревматические поражения мягких тканей (фибромиалгия). В отличие от органических ревматических заболеваний они имеют изменчивые локализацию и симптоматику, при этом отсутствуют объективные признаки воспаления. Для таких больных характерен внутренний конфликт между самопожертвованием и стабильностью, жертвенностью и эгоизмом, кротостью и агрессивностью. Такая амбивалентность, как и хронически сдерживаемая агрессивность, приводит к повышению мышечного тонуса в типичных местах, что впоследствии проявляется болевыми ощущениями. Людей с болями в спине часто преследуют фантазии о возможности «убежать, уйти, улечь прочь» из угнетающей их ситуации или отношений.

В психическом состоянии отчётливо выражены переживания страха и депрессии. Больные с мышечным ревматизмом мало склонны к гиперком-пенсированному поведению, их характеризует тенденция к зависимости и желание заботы, отчётливо определяется склонность к самопожертвованию. Они часто демонстрируют повышенный самоконтроль и стремление к перфекционизму, не могут позволить себе здоровых агрессивных импульсов, разочарование и обиду они пытаются компенсировать «внутренней стойкостью». Характерной является тенденция к преувеличенной готовности помочь, которая проявляется не спонтанно, а по внутреннему принуждению. Внешне агрессивная окраска помощи, предлагаемой этими больными, получила в литературе обозначение как «злое смирение» и «любящая тирания».

Ревматоидный артрит. У всех больных ревматоидным артритом с достаточным постоянством встречаются три черты характера: 1) стойкие проявления сверхсовестливости, обязательности и внешней уступчивости, сочетающиеся со склонностью к подавлению всех агрессивных и враждебных импульсов; 2) мазохистски-депрессивные проявления с сильной потребностью к самопожертвованию и чрезмерным стремлением к оказанию помощи, сочетающиеся со сверхнравственным поведением и склонностью к депрессивным расстройствам настроения; 3) выраженная потребность в физической активности до развития заболевания.

В целом, можно говорить об отсутствии в человеке равновесия между мягкостью и жёсткостью. Обычно тенденция к мягкости подавляется усилением моторной напряжённости, мышечными действиями, у женщин – «мужским протестом». Наблюдается самоограничение в жизненных отношениях, в собственном теле, в коммуникативной сфере и в социальном поведении. Как правило, такие люди до болезни были тихими и незаметными, при этом достаточно активными, деятельными и неутомимыми. Их отличает старательность и добросовестность, они берутся за всё и упорно трудятся.

Остеохондроз.

Остеохондроз шейного отдела. Положение головы отражает, «склоняет ли голову» человек перед трудностями и препятствиями. Однако если человек имеет неадекватные установки, при которых вынужден чрезмерно самоутверждаться, прикладывает к своему самоутверждению невероятные волевые усилия, находится в постоянном напряжении в попытках самоутвердиться или пытается упрямо достичь поставленной цели, то при этом часто развивается шейно-плечевая невралгия.

Остеохондроз грудного отдела. Психосоматика грудного отдела позвоночника более всего отражает настроение человека. Отчаяние, утрата мужества, печаль приводят к согнутой спине, как бы «вынуждают человека согнуться». У подростков наблюдается сутулость (из-за их внутренней установки, что они не могут соответствовать внешним и внутренним требованиям, которые «предъявляет» им жизнь).

Психосоматика поясничного отдела. Хронические боли в поясничном отделе часто возникают как следствие психического отягощения. У женщин, подавленных «грузом» семейных забот, а также тех, кто компенсирует неуверенность в себе, в своем соответствии профессиональным или семейным требованиям тем, что держат нарочито прямую осанку, усиленно напрягают спину, чтобы казаться уверенными. Может быть следствием фрустрации – подавленного, неудовлетворенного состояния, возникающего, когда не сбылись ожидания или надежды, когда желания не соответствуют возможностям, когда не удовлетворяются те или иные потребности (в сфере личных отношений). У мужчин чаще всего такое состояние возникает из-за профессиональной нереализованности, а также действительных или надуманных «мужских» неудач.

Психовегетативные расстройства: множество симптомов (тревога, чувство внутреннего напряжения, нарушения сна, раздражительность, неадекватные и разные по модальности эмоциональные реакции, фобии, панические атаки).

Пусковые факторы: 1) нарушения ритма дня-ночи, сна-бодрствования; 2) ускоренный темп жизни; 3) наплыв раздражителей; 4) растущая утрата идеалов.

К сфере объектных отношений к вегетативным нарушениям приводят чаще всего следующие факторы: 1) финансовые заботы; 2) изоляция, утрата корней, недостаток межлического контакта; 3) конфликты, связанные с любовью, признанием или сексуальностью; 4) перенапряжение вследствие двойной нагрузки в профессии и быту;

Психовегетативные синдромы: 1) перенапряжение при воспитании детей; 2) конфликты в профессиональной сфере; 3) трудоголизм.

Личность человека тихого, малозаметного и замкнутого, склонного к развитию обсессивно-депрессивных и ипохондрических черт. Психодинамически часто описывается проблематика зависимости/независимости, коренящаяся в неудовлетворяющих, разочаровывающих отношениях со значимыми лицами в детстве. Тенденции к самостоятельности и экспансивные импульсы подавляются, замещаясь страхом быть покинутым. У истоков вегетативных нарушений стоит потеря внутренней уверенности. Если жизненные привычки обуславливают хроническую перегрузку, ретикулярная система уже не может обеспечить требуемый уровень адаптации: больной декомпенсируется. Эта вегетативная декомпенсация протекает двумя этапами:

1) Синдром вегетативного раздражения (раздражительность, внутреннее напряжение и страх)

2) Синдром вегетативного истощения (повышенная утомляемость, истощаемость и депрессивные проявления).

В основе повышенной утомляемости, не исчезающей и после продолжительного сна, лежат в основном так называемые парадоксальные ситуации, когда больной одерживает успех в делах, по отношению к которым испытывает внутреннее сопротивление. Помимо этого предъявляется и целый ряд жалоб: нарушения сна, внутренняя дрожь, беспокойство, постоянное возбуждение, эпизоды потливости, снижение аппетита, желудочно-кишечные жалобы, сердцебиения, головные боли.

Можно доказать, что частота соматических и психических нарушений коррелирует с личностным фактором, который традиционным образом определяется как «нервозность». Личностный фактор с возбудимостью, эмоциональной лабильностью и колеблющимся настроением характеризуется как нейротизм и обнаруживается с помощью психологических тестов. Однако такая личность характеризуется также высокой познавательной и эмоциональной дифференцированностью. У таких людей высокая чувствительность в сфере восприятия и переживаний в отношении психофизически и эмоционально непреодолимых трудностей, которые делают их более ранимыми в отношении противоречий в профессиональной деятельности.

Половая холодность женщины (фригидность) - снижение или отсутствие у женщины полового влечения, возбудимости, оргазма - может носить как временный, так и постоянный характер, возникать как с начала половой жизни (первичная), так и в процессе ее у женщины, испытывавшей оргазм (вторичная фригидность).

Аноргазмия часто сочетается со снижением полового влечения или его отсутствием (алибидемией), однако может наблюдаться и при его сохранности. Стойкая аноргазмия может наступить и в том случае, если женщина усилием воли подавляет наступление оргазма. Также ее может вызвать испуг. Паторефлекторная фригидность относится к нарушениям невротического характера и является следствием торможения сексуальных функций психическими факторами. Чувство неприязни к мужу, неуверенность в прочности семейных отношений. К длительной задержке полового влечения могут привести психотравмирующие переживания, вызывающие сильный стресс (насилие, измена мужа). Психотравмирующие переживания, вызвавшие разочарование в мужчине как в личности, могут способствовать развитию избирательной фригидности, то есть оргазм возникает при половом акте с другими мужчинами. Тормозящее влияние может оказывать и непривычное, не соответствующее ожиданию поведение партнера. Одной из частых причин психогенной фри-

гидности является невроз ожидания. Обычно он возникает у женщин тревожно-мнительных, а также у женщин, еще до брака ожидавших от половой близости чего-то необычного.

Дисрегуляторная фригидность развивается вследствие систематического практикования прерываемых половых актов. В основе срывов нервной регуляции лежат стрессовые ситуации, обусловленные ожиданием момента прерывания акта в связи со страхом беременности.

Абстинентная фригидность: развитие является следствием длительного воздержания от половых сношений. Расстройство характерно для лиц среднего и пожилого возраста.

Ретардационная фригидность носит временный характер и связана с некоторым запаздыванием развития полового чувства. Способность к переживанию оргазма не у всех женщин развивается одинаково быстро. Чрезмерная строгость воспитания, ведущая к резкому подавлению сексуальности девушки, может несколько тормозить развитие полового чувства, особенно в начале замужества. Конституциональная фригидность: врожденная недостаточность сексуальных функций.

Симптоматическая фригидность представляет собой проявление какой-либо основной болезни. Умственное и физическое переутомление является самой частой причиной временного ослабления полового влечения у женщины.

Проявления половой холодности при неврозах, психопатиях и психотических состояниях встречаются весьма часто. При гипостенической форме невращения часто отмечаются временное ослабление полового влечения, снижение половой возбудимости, утрата яркости оргастических переживаний; при раздражительной слабости - более быстрое наступление оргазма. К нарушениям половой функции у женщины, возникшим по механизму истерического симптомообразования, можно отнести защитную половую фригидность. Она является особой формой психогенной фригидности и ограждает женщину от полового возбуждения, не ведущего к половому удовлетворению.

Псевдофригидность является результатом неправильных оценочных суждений женщины в случаях несоответствия темпераментов и диапазона приемлемости супругов, при предъявлении к себе неадекватных требований.

Одной из причин психогенных нарушений половой функции у мужчин является невроз ожидания неудачи. Чаще всего он возникает у молодых людей после двух-трех неудачных попыток начать половую жизнь. Первая неудача обычно вызывает лишь чувство настороженности, но, если за ней следуют новые неудачи, возникает глубокая тревога и боязнь потерпеть фиаско – “опозориться”. При онанофобии эта боязнь может возникнуть до начала половой жизни.

Невроз ожидания чаще всего возникает у лиц тревожно-мнительных. Наличие слабой половой конституции также предрасполагает к его возникновению. Он нередко наблюдается у молодых людей, обладающих крупными, хорошо развитыми половыми органами, создающими дополнительные сложности при попытке дефлорации. Близость девушки, ласки, пока больной одет, вызывают эрекцию, но стоит лечь в постель, как под влиянием боязни неудачи эрекция становится слабой или исчезает.

Позитивная психотерапия при сексуальных расстройствах.

Фригидность – способность сказать «нет» своим телом; нарушение эрекции – способность самоустраниться из конфликтной сферы сексуальности; преждевременная эякуляция – способность быстро достигать своей цели.

Рак - это одновременно изменение клетки как таковой и сбой в механизме воспроизведения некоторой группы клеток. Рак возникает у человека, который в детстве пережил серьезную психологическую травму и всю жизнь носил все свои отрицательные эмоции в себе. К психологическим травмам, способным вызвать серьезные болезни, относятся: травма отвергнутого, травма покинутого, унижение, предательство и несправедливость.

Рак молочной железы

Женщины, которые уже раньше были психически менее выносливыми, имели сложности в межличностных отношениях, в сексуальной и профессиональной сферах, чаще имеют данное онкологическое начало. В многочисленных психосоматических исследованиях онкологических больных показана взаимосвязь эмоций, центральной нервной и иммунной систем.

У раковых больных часто обнаруживается: 1) ранняя утрата важных лиц близкого окружения пациента; 2) неспособность больного открыто выражать враждебные чувства; 3) сохранение «пу-повины» с кем-либо из родителей; 4) сексуальные нарушения.

Многие авторы этиологически связывают личностный риск с отягощающими переживаниями в детстве при раке молочной железы, с жестоким детским опытом холодного отношения со стороны близких при раке легкого. Часто рак свидетельствует о том, что где-то в жизни человека имелись нерешенные проблемы, которые усилились или осложнились из-за серии стрессовых ситуаций, произошедших в период от полугода до полутора лет до возникновения рака. Типичная реакция заключается в ощущении своей беспомощности, отказа от борьбы. При этом чаще всего они относятся к психологическому типу, склонному связывать себя с каким-то одним объектом или ролью (с человеком, работой, домом), а не развивать собственную индивидуальность.

Этапы развития психологического процесса онкологического заболевания: 1. Детские переживания, приводящие к формированию того или иного типа личности. 2. На человека обрушиваются драматические события, вызывающие у него стресс. 3. Возникшие стрессовые ситуации ставят перед человеком проблему, с которой он не может справиться. 4. Не видя возможности изменить правила своего поведения, человек чувствует свою беспомощность и неразрешимость создавшейся ситуации. 5. Человек отказывается от решения проблемы, теряет гибкость, способность изменяться и развиваться.

У многих пациентов наблюдаются: доминирующая детская позиция в коммуникации, тенденция к экстернализации локуса контроля, высокая нормативность в ценностной сфере, высокий порог восприятия негативных ситуаций, сложность понимания сущностных признаков в когнитивной сфере. В рамках личности риска у женщин с предрасположенностью к раку молочной железы описывается неспособность проявлять свои чувства и изливать свой гнев.

Рак желудка. Желудок отвечает за переваривание стресса острой ситуации изменений и прочих процессов.

Рак матки. Матка, как неотъемлемая часть женского организма отвечает за телесные удовольствия, статус материнства и общего удовлетворения партнерскими отношениями.

Выделяют четыре психологических этапа, выводящих человека из кризиса к здоровью: 1) когда человек узнает, что болен и что его заболевание может быть смертельным, он начинает по-новому видеть свои проблемы; 2) человек принимает решение изменить свое поведение, стать другим; 3) физиологические процессы, происходящие в организме, реагируют на вспыхнувшую надежду и вновь появившееся желание жить; 4) выздоровевший больной чувствует себя «лучше, чем просто хорошо».

Первой задачей является необходимость помочь пациентам поверить в эффективность лечения и способность своего организма сопротивляться заболеванию. После этого их можно научить справляться со стрессовыми ситуациями. Особенно важно, чтобы они изменили свои взгляды на самих себя (или восприятие тех проблем, с которыми столкнулись перед началом заболевания). Больные должны поверить в собственные силы, знать, что они могут разрешить все свои проблемы более эффективно.

Инфекционные болезни – результат взаимодействия микроорганизмов с организмом человека. Выраженность и характер течения инфекционной болезни зависят от особенностей возбудителя болезни и состояния защитных сил организма человека.

В связи с этим иммунную систему в последнее время определяют как связующее звено в функциональной психосоматической цепи. Для возникновения и течения инфекционных заболеваний важно то, что универсальные, в целом типичные для данной болезни связи проявляют свое специфическое содержание в каждом конкретном случае прежде всего на фоне индивидуальной истории жизни и особенностей субъективных переживаний пациента, значение и тяжесть которых в каждом отдельном случае должны тщательно изучаться.

Простуда. Невротики заболевают инфекциями верхних дыхательных путей в 2–3 раза чаще и болеют ими дольше, чем все население в среднем. Восприимчивость человека к респираторным вирусам зависит от его эмоционального состояния. Безделье тоже может вызывать стресс и повышенный выброс катехоламинов и кортизола. Кашель означает в переносном смысле освобождение

от невыполнимых эмоций, напряжения и конфликтов, которые связаны с гневом, агрессией или страхом. Чтобы понять их значение, необходима позитивная эмоциональная диагностика.

Простой герпес – проявляется лихорадочными высыпаниями размером от булавочной головки до чечевицы, которые затем высыхают и отпадают без рубцевания. Внутренние и внешние нагрузки легко нарушают равновесие и тем самым могут быть ответственны за возникновение нового приступа болезни. Провоцирующие факторы многообразны и могут быть как экзогенными (солнечное или ультрафиолетовое облучение, сопутствующие инфекционные заболевания, экзаменационные нагрузки, одиночество), так и эндогенными (внутренние конфликты).

В типичной конфликтной ситуации часто отмечаются чувство вины, которое возникает из-за конфликта в сексуальной сфере, и страх загрязнения, но могут быть и конфликты иного рода. Люди, склонные к рецидивам герпеса, имеют и другие психосоматические или невротические синдромы.

Ангина. Следует также учитывать изменения иммунитета, например, вследствие вирусных заболеваний, физических и психических стрессовых ситуаций и конфликтов. Клинические наблюдения подтверждают склонность к учащению ангин в подростковом и юношеском возрасте, когда наступают кризы в перегруженной конфликтами сексуальной сфере. Остро возникающие приступы ангины могут быть связаны с кризисными обострениями и потрясениями «генеративной сферы», т. е. часто с амбивалентными сексуальными желаниями.

Туберкулез. Одна из причин легочной фтизы – глубокое, настойчиво потрясающее страдание (на длительное время затягивается выбор профессии или супружеского партнера). Постоянно изнуряющие напряжения и конфликты, разочарования, длительный страх или постоянные раздоры могут повлиять на возникновение заболевания. Болезнь представляет эквивалент жизненно важного решения. Выздоровление наступает, когда ситуация разрешается извне, в силу чего внутреннее решение заболеть становится излишним.

Личность больного имеет один общий признак: большую ранимость ко всякому отнятию любви, потребность остаться вблизи матери, в узкой зоне безопасности, в центре которой находится мать.

Область перегрузок, предшествующих легочному туберкулезу, относится к сфере профессиональных отношений (аттестация, попытка добиться самостоятельности или повышения по службе, переход на другую работу).

Психотерапия. В случае простудных заболеваний и ангины показаны методы психотерапии, вскрывающие конфликт – когнитивная психотерапия, транзактный анализ, гештальт-терапия. В условиях стационара или санатория часто показана конфликт-центрированная, поддерживающая и ведущая больного индивидуальная психотерапия.

Позитивная психотерапия при простудных заболеваниях

Простудные заболевания и насморк – способность перерабатывать «мелочи» повседневной жизни верхними дыхательными путями и тем самым временно завоевывать бережное отношение; способность показать, что всем этим уже «полон по ноздри».

Головная боль как побочный симптом встречается при многих соматических и психических заболеваниях.

Головные боли могут сопровождать следующие нарушения: 1) При психосоматических реакциях на острую травму или острый конфликт. 2) В рамках нарушений личностного развития.

Примером простой аномалии развития является депрессия истощения, выступающая как следствие длительной эмоциональной нагрузки и протекающая в трех стадиях.

1) астенически-гиперэстетическая (раздражительность, чувствительность).

2) психосоматические жалобы.

3) депрессивная симптоматика в психической сфере, истощение адренергической нервной системы.

Головные боли у психопатических личностей выступают в рамках дисфорических состояний и в отягощающих ситуациях. Головные боли как психосоматические симптомы эндогенных психозов.

Функциональные головные боли могут выступать в форме сосудистых болей и болей, связанных с напряжением. Как при хронической головной боли, так и при мигрени, у больных обнаруживается преимущественно уровень интеллекта выше среднего.

Головная боль напряжения. Головная боль напряжения, возникающая по невротическим причинам, может быть обусловлена внешним и/или внутренним трудовым конфликтом. Чрезмерные притязания и ожидания успеха, приводят к разочарованию, когда их изживание задерживается чувством вины, исходящим из детства. Повышенное честолюбие с чрезмерной активностью, однообразной жизнью. Стремление к совершенству и повышенный уровень притязаний характерны для таких больных. Длительное напряжение мышц является сопровождающим проявлением и выражением фрустрации, внутренней напряженности, никогда не приводящей к определенности, удовлетворенности и развязке.

Часто пациенты с головными болями – выходцы из семей, где очень высоко ценятся разум и достижения. Дети усваивают концепцию, что они живут не ради себя, а прежде всего для своей рациональной деятельности.

Характерными концепциями для лиц с головными болями являются: «у меня нет времени», «прежде всего работа», «я все сделаю сам», «я не делаю наполовину» и «нужно же хоть чуть-чуть думать головой».

Также типичными являются личностные черты, усиливающие восприятие неблагоприятных окружающих факторов. У таких людей отмечаются склонность сделать все не просто хорошо, а наилучшим образом, высокие амбиции, добросовестность, повышенная эмоциональность, затруднения в двусмысленных ситуациях, сильная потребность в социальном одобрении и альтруизм, часто сопровождаемый чувством вины из-за недостаточной альтруистичности.

Психотерапия. Переработка конфликта может, как правило, происходить в рамках краткосрочной терапии, действенность которой часто повышается в результате сопровождающего психофармакологического лечения. Хронические и фиксированные личностные состояния лучше всего поддаются методам групповой терапии (арт-терапия, психодрама, телесно-ориентированная психотерапия, гештальт-терапия, транзактный анализ); при необходимости их дополняют краткими психотерапевтическими беседами.

Мигрень. Приступы мигрени представляют собой особую форму головных болей, характеризующуюся преимущественно латеральной пульсирующей болью, тошнотой, рвотой, светобоязнью и сопровождающей неврологической симптоматикой. Мигрень служит скрытию душевных конфликтов, которые больной «не должен» сообщать. На фоне подавленной враждебности, приступ мигрени может давать больному элементы вторичного удовлетворения: он дает возможность манипулировать семьей или наказывать окружающий мир. Типичный пациент с головными болями – это обязательный, добросовестный, аккуратный, неуклонно стремящийся к достижениям и успеху человек, который, тем не менее, терпит крушение, почти достигнув своей цели.

Психотерапия. Раскрывающая глубинно-психологическая психотерапия (гештальт-терапия, психосинтез, терапия, фокусированная на решении, когнитивная, позитивная и семейная психотерапия). Нейролингвистическое программирование (диссоциация).

При депрессии страдают практически все сферы – эмоциональная, интеллектуальная, волевая и обязательно мотивационная, что проявляется в жалобах пациента и в изменении его поведения. Стойкое снижение настроения при депрессии сочетается с утратой интереса к тому, что раньше воспринималось больным как привлекательное, приносящее удовлетворение или радость. Пропадает не только чувство удовлетворения в результате такой деятельности. У больного, страдающего депрессией, нет мотивации, не возникает желания приступить к этой деятельности, а интерес к самой деятельности сменяется равнодушием и раздражением. При всех типах депрессивного состояния страдают также и первичные биологические мотивации: нарушается сон, аппетит, сексуальная функция. Степень этих расстройств зависит, как правило, от тяжести депрессивного состояния.

Психические симптомы: подавленность, неспособность к принятию решений, замедление мышления, апатия или внутреннее беспокойство, страх, тоскливые мысли, потеря чувств, внутренняя пустота.

Психомоторные симптомы: психомоторная заторможенность (скованность, гипо- и амимия, снижение выразительности эмоций) или психомоторная ажитированность (внешнее беспокойство, неусидчивость, компульсивная малопродуктивная деятельность).

Психосоматические симптомы: нарушения витальных чувств (физическая слабость, отсутствие бодрости).

Вегетативные нарушения в узком смысле: головокружения, нарушения сердечного ритма, сухость во рту, запоры, нарушения дыхания.

Вегетативные нарушения в широком смысле: нарушения сна, ощущения боли, сжатия, холода, снижение аппетита и веса, нарушения менструального цикла, импотенция.

Типичными ситуациями заболевания при депрессиях являются утрата чувства безопасности, разлука, изоляция, возрастание ответственности. Обнаруживается желание симбиотического общения к доброй матери и ее авторитету, так же как к хорошему лечащему врачу, психотерапевту. Это перенесение имеет разные аспекты, больной нередко колеблется между сверхуступчивым пассивным поведением, не откликающимся на предложение помощи, и упорными активными тенденциями, отражающими поиски признания.

Защита больного депрессией заключается в характерных формах реагирования типа навязчивой любви к порядку и щепетильности, когда больной хочет устранить все, что мешает, всякий беспорядок, всякую агрессивность, всякую грязь, все, что не находит признания. Больному требуется постоянно «делать добро», т. е. он старается своей деятельностью, своей близостью к другим людям, своим безупречным образом жизни отвергнуть таящиеся в нем агрессивные и деструктивные тенденции. Депрессия представляется как распад этой характерной защиты, как изоляция от полезного объекта, как подверженность самоупрекам. Особая тенденция к соматизации депрессивного расстройства психодинамически объясняется тем, что нарушенная симбиотическая зависимость от внешнего реального объекта смещается на зависимость от внутреннего объекта – одного из органов своего тела.

Для постановки диагноза имеют значение определенные характерные признаки.- Необходимо изучить предыдущие сходные, возникавшие в кризисных ситуациях соматические нарушения или состояния душевного упадка. При этом следует обращать внимание на настроение больных и их потребности.

В течение дня часто очевидны колебания настроения, нередко со значительным улучшением к вечеру. Расстройства сна, самобичевание сопровождают апатию и утрату трудоспособности. Утомляемость как ведущий и основной симптом вместе с утратой трудоспособности стоят на первом плане и при эндогенной депрессии.

Для депрессий характерна «реакция в последний момент»: когда врач хочет закончить беседу и больному угрожает одиночество, он задерживает врача, жалобно смотрит на него, заново торопливо излагает свои переживания, не прибавляя ничего нового или существенного. Депрессии у других членов семьи также имеют значение для постановки диагноза.

В случаях ларвированной или маскированной депрессии не только важно думать о депрессии, надо также уметь задавать решающие вопросы. Ниже приводятся вопросы, ответы на которые облегчают распознавание депрессии; некоторые дальнейшие вопросы и ответы на них должны сделать возможным распознавание эндогенных депрессий.

Лечение должно быть направлено на психологические и возникающие в процессе заболевания дополнительные влияния. Больной депрессией всегда связан прочными узами с психотерапевтом. В этом заключается наилучшая защита от суицидальных тенденций. При невротических и реактивных депрессивных состояниях не следует медлить с психологической переработкой конфликта; ее необходимо проводить уже в остром периоде, так как психотерапевтическая беседа именно в это время может дать облегчение. Показана длительная психотерапия – раскрывающая, индивидуальная или групповая, особенно в тех случаях, когда к этому имеются предпосылки со стороны личности.

В 50-60 гг. 20 века сложилась концепция профиля личности. Основная идея состоит в том, что для каждого психосоматического расстройства характерна определенная личностная структура. К общим характеристикам профилей личностей при различных психосоматических расстрой-

ствах относят: 1) наличие хронических переживаний; 2) наличие подавления эмоций, т.е. их вытеснение; 3) стремление к невротическому соперничеству (конкуренция), т.е. невротик сравнивает себя с различными людьми и часто не в свою пользу.

В психосоматической медицине предполагается существование пре-психосоматического личностного радикала - личностных особенностей, которые приводят к заболеванию, т.е. очага психосоматической импульсации, фиксированного переживания. Он формируется в детском и подростковом возрасте, чаще у лиц холерического и флегматического темпераментов. Основной причиной формирования этого радикала является ущемление фундаментальных притязаний личности, особенно чувства достоинства, вытекающего из доминирующего инстинкта. При поражениях мозга и при наличии психофизиологического дефекта проявления радикала усугубляются.

Для всех психосоматических личностей в той или иной степени характерны общие признаки: ущемленность и связанная с ней обостренность чувства достоинства, эгоцентричность, сужение интересов, ограниченность и искажение иерархии ценностей, целей и потребностей, что проявляется в неадекватности притязаний, составляющих жизненный замысел индивида. Характерна утрата мужественности, истероидность, озлобленность. Психосоматический субъект отделен от своего бессознательного и тесно привязан к окружающему миру. Психосоматическая регрессия расценивается как регрессия «Я» на примитивный защитный уровень с тенденциями в виде соматизации.

Тема 6. Общие принципы и методы диагностики психосоматических заболеваний

Общие положения и базовые принципы в диагностике психосоматических заболеваний. Диагностическая беседа. Клинико-биографический метод. Специализированные психологические тесты в психосоматической практике (Торонтская алекситимическая шкала, опросник Бека, Гиссенский опросник соматических жалоб, опросник Сердюка для изучения самооценки социальной значимости болезни). Использование тестов диагностики психических свойств и состояний в работе с психосоматическими пациентами. Проективные тесты в работе с психосоматическими пациентами. Методы анализа продуктов и процессов деятельности.

В сфере психосоматики существуют две исходные ситуации, которые определяют направленность диагностической беседы:

1) Речь идёт о пациентах с известным соматическим заболеванием. Чтобы оказать больному помощь в переработке своей болезни и способствовать его соучастию в лечении, нужно определить роль психических влияний на болезнь, состояние и установки больного (соматопсихический вопрос).

2) Речь идёт о больных, у которых жалобы или соматические симптомы имеют психическую обусловленность. В таких случаях необходимо выяснять участие психических факторов в возникновении и течении заболевания. (психосоматический вопрос).

При тяжёлом соматическом заболевании диагностическая беседа направлена на определение в первую очередь нынешнего внешнего и внутреннего состояния больного. Необходимо разобраться в особенностях личности больного и истории его жизни, предшествовавшей болезни.

Больной должен ознакомиться с точкой зрения врача, уяснить себе, какие взгляды врача и советы приемлемы для него в связи с дальнейшим течением болезни и предполагаемыми терапевтическими мероприятиями. Желательно поговорить и о сильных, здоровых сторонах личности больного. Важны сведения как о сохранных, так и о нарушенных вегетативных функциях.

Чем более свободно и менее формально протекает беседа, чем больше пациент раскрывает себя врачу, тем больше возможностей обнаружить «сценический» характер его поведения. Врач со своей стороны может оценить легко обнаруживаемые или скрытые психосоматические связи, отметить выявленные им соотношения симптомов, оставить открытым вопрос о неизвестных пока обстоятельствах, которые, по его мнению, позволили бы обсудить с больным вопросы прогноза и возможностей лечения.

Предположение о наличии той или иной этиологической связи обеспечивается в психосоматике позитивными данными. Констатируются временные и понятные связи между появлением соматических нарушений и изменениями внешней или внутренней ситуации в жизни больного.

Самую важную помощь оказывают диагностическая беседа и психосоматический анамнез.

Такая диагностическая беседа требует не менее 30 мин, но обычно занимает значительно больше времени.

Рекомендуется использовать даже едва уловимое структурирование процессов как метод исследования, позволяющий оценивать как потребности, так и свободу пациента, которые в его собственном представлении противоречат друг другу, но врачу позволяют составить общую картину болезни:

1) Вопрос о жалобах, давших основание для обращения к врачу. 2) Следующий вопрос позволяет уточнить время появления болезненных переживаний. 3) Вопрос о жизненной ситуации к моменту начала болезни. 4) При ретроспективном взгляде жизненные ситуации, вызывающие болезни, могут обнаруживаться в детстве, юности и зрелом возрасте. 5) В конечном итоге создаётся картина личности больного в целом.

При этом не следует допускать, чтобы из-за слишком большого количества вопросов и жёсткого ограничения спонтанности обеднела информация, сообщаемая больным. Благодаря внимательной, эмоционально открытой, располагающей к откровенности беседе с врачом ситуация обычно складывается благоприятно. Сам врач должен несколько сдерживать себя, чтобы дать больному возможность свободно изложить свои мысли, воспоминания, мнения. Беседа должна во многом вести к созданию новых представлений даже из несовпадающих сообщений. Больной должен быть открытым и критичным в отношении своих воспоминаний, новых ассоциаций и взглядов, если они могут стать плодотворными. Наиболее важными оказываются те моменты беседы, когда пациент вдруг умолкает, как бы наткнувшись на внутреннюю преграду. Паузы в разговоре – это «ворота» для прорыва вытесненных до того воспоминаний, необузданных фантазий и, может быть, для наступающего озарения. Всегда следует помнить, что слишком структурированная, жёстко поставленная тема, чрезмерное количество вопросов ограничивают свободу пациента. Ошибочно также воспринимать молчание больного «аналитически» и путать ситуацию первого интервью с ситуацией психоаналитического сеанса.

Диагностическая беседа (интервью) – самый надёжный метод на практике. Особое значение имеют интервью для установления МКБ и DSM – диагнозов и как базис для клинических решений. Кроме того, диагностическая беседа служит не только для сбора информации, но одновременно выполняет консультирующую функцию и терапевтическую функцию. Присоединение к пациенту во время интервью, когда появляются первые данные о расстройстве и собирается анамнез, может являться уже начальной фазой клинико – психологического вмешательства.

Цель беседы в психосоматики - установить достоверную связь между симптомом и жизненным событием, либо доказать отсутствие этой связи.

Задачи беседы: 1) Определить внешнее и внутреннее состояние пациента 2) Определение особенностей личности пациента и истории его жизни 3) обнаружить «сценический» характер поведения 4) выяснение того, что пациент утаивает от психотерапевта

Клинико-биографический метод

Алгоритм:

1) Семейный анамнез (Недавние изменения в организации семьи включают любые сдвиги в семье или их социальном окружении. Общая характеристика семьи: состав (полная, неполная), гармоничная, проблемная, асоциальная, стадия жизненного цикла, семейные истории и мифы, горизонтальные и вертикальные стрессоры. История жизни нескольких поколений, связанная с важной темой, отражающей предъявляемые жалобы, ограничивающие взаимодействия, установки).

2) История развития ребенка (Возраст, состояние здоровья и вид занятий родителей к моменту беременности, ее желательность, ожидание пола ребенка, радость или разочарование кого – либо из родителей по поводу пола ребенка, его внешности, характера. Наличие хронических заболеваний родителей. Предшествующие беременности, их желательность, исход. Наличие аборт, их мотивы)

Характер «поведения» ребенка на первом году жизни в целом: спокойным или беспокойным был ребенок, были ли проблемы с питанием, сном и т. п. в этот период. Отметить наличие «страхов» раннего возраста. Подчеркнуть характер реакции ребенка на другого человека. Выявляются

сроки моторного развития (сроки возникновения новых моторных навыков), их последовательность. Важным показателем собственно эмоционального развития ребенка в этом возрасте является изменение характера игровой активности в присутствии значимых лиц. Отдельно отмечаются заболевания и/или травмы первого года жизни.

Оценка развития ребенка в период от одного года до 3-х лет. Выявляется в первую очередь, где находился ребенок в этот период, характер и протекание периода адаптации к детскому учреждению, коллективу. Значимые изменения в семейном и социальном статусе родителей, произошедшие в этот период. Анализируются темпы, сроки и особенности речевого развития, в том числе возраст возникновения местоимения «я», появление простых и сложных фраз. Далее выясняются особенности эмоционального развития и развития коммуникативных навыков. Отмечаются особенности познавательных интересов. Выясняются особенности состояния здоровья ребенка.

История развития ребенка в период от 3-х лет до 5– 5,5-летнего возраста. Основные разделы и показатели психологического анамнеза этого периода тождественны предыдущим. Необходимо отметить особенности протекания «кризиса трех лет»; адаптация в детском учреждении; особенности игры как ведущей деятельности этого возраста.

История развития ребенка в период от 5,5 до 7 лет. Проблемы, возникшие в этот период, или нарастание ранее имевшихся проблем как в плане поведения ребенка, так и в плане познавательного развития. Уровень «готовности» к школьному обучению. Уровень истощаемости и работоспособности, темповые особенности ребенка, возбудимость и трудности регуляции собственного поведения. Наличие частых респираторных заболеваний или обострение хронических, тяжелых инфекционных заболеваний.

Развитие ребенка в младшем школьном возрасте (от 7 до 10-11 лет). Отмечается характер протекания процесса адаптации к регулярному обучению и собственно трудности овладения программным материалом по отдельным предметам базового школьного компонента. Необходимо отметить сроки и условия возникновения отмечаемых жалоб. Влияние частоты пропусков занятий по болезни и ухудшение общего состояния здоровья ребенка в ответ на нарастание проблем обучения и поведения.

3) Анамнез заболевания. Время возникновения симптомов. Связь с особенностями жизни и деятельности, с другими заболеваниями и факторами, жизни. Наличие промежутков без симптомов, с чем, по мнению клиента, они связаны. Что изменилось в лучшую сторону в жизни клиента и его семьи с появлением симптомов, что – в худшую.

Диагностическая беседа дает возможность собрать психосоматический анамнез, привести соматические симптомы в понятную смысловую связь с внешней и внутренней историей жизни больного.

Первоочередная цель: нахождение связей во времени между началом соматических проявлений и анамнестически достоверными жизненно важными изменениями, в констатации их отсутствия. Если такие связи устанавливаются, то дальнейшая беседа должна прояснить, понимает ли сам пациент значимость для развития заболевания тех неприятностей, которые возникли у него в связи с конфликтами и кризисами. Это предполагает знание личности пациента, условий его развития в детстве, конфликтов в процессе социализации, фиксации на них до последнего времени и уязвимости в отношении них с учетом ослабления актуальности прошлых переживаний.

При выборе комплекса тестовых методик для исследования должны быть учтены следующие принципы: 1) Относительная простота применяемых методик. 2) Быстрота их проведения. 3) Полнота изучения исследуемого явления. 4) Взаимная дополняемость применяемых методик. 5) Высокая суммарная валидность. 6) Достаточная чувствительность к изменению наблюдаемого явления у здоровых и больных, а также к изменению показателей в течение лечения.

Большинство личностных тестов имеет характер опросника: таковы тест-опросник Г. Айзенка (EPI) и методика многофакторного исследования личности Р. Кеттелла (16PF). Наибольшее распространение получил тест MMPI – миннесотский многомерный личностный перечень, который содержит 566 вопросов и пытается охватить клинически определяемые черты личности (ипохондрические, истерические, психопатические свойства, тенденции маскулинизации-феминизации, па-

раноидные, психастенические, шизоидные и маниакальные черты, а также социальная инверсия), а также его сокращенный вариант – опросник Мини-мульти, содержащий 71 вопрос.

Для изучения оценки пациентами своего самочувствия, активности и настроения используют тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН), построенный на принципах полярных профилей; для определения уровня тревожности как свойства психики и состояния пациентов – шкалу личностной и реактивной тревожности Спилбергера, адаптированную Ю. Л. Ханиным; для определения уровня нейротизма, а также показателей экстра- и интроверсии – личностный опросник Айзенка.

Для определения особенностей реагирования пациентов на заболевание рекомендуется личностный опросник Бехтеревского института – ЛОБИ (Личко, Иванов, 1980; Вассерман и др., 1990) в сочетании с опросником для изучения самооценки социальной значимости болезни (Михайлов и др.).

Особое положение среди психологических тестов занимают проективные диагностические методы, например, тест Роршаха, цель которого состоит в определении личностных конфликтов посредством свободных реакций пациентов на слабо структурируемый тестовый материал.

Особое положение в клинико-психологической, а тем самым и в психосоматической диагностике занимают опросники, которые построены скорее в прагматическом стиле, без непосредственного отношения к теории. Гиссенская анкета жалоб состоит из вопросов, касающихся жалоб на общее самочувствие, боль, нарушение эмоциональности, а также истериформных жалоб, которые распространены в амбулаторной психотерапевтической практике. Все эти тесты стандартизованы на репрезентативной выборке населения и группах больных, так что с их помощью можно оценивать ответы отдельных пациентов.

Горонтская алекситимическая шкала. Алекситимия характеризуется четырьмя типичными признаками с разной степенью их выраженности в каждом отдельном случае (Бройтигам и др., 1999).

1) Своеобразная ограниченность способности фантазировать. 2) Типичная неспособность выражать переживаемые чувства. 3) Примечательно, что психосоматические пациенты очень приспособлены к товарищеским отношениям, что даже определяется как «гипернормальность». 4) Из-за задержки на симбиотическом уровне и связанного с этим недостатка дифференцировки «субъект – объект» вытекает неспособность к истинным отношениям с объектом и к процессу переноса.

Алекситимия рассматривается как некая совокупность признаков, характеризующих психический склад индивидов, предрасполагающий их к специфически психосоматическим заболеваниям. В последние годы ее рассматривают как фактор риска развития многих заболеваний.

Опросник Бека предназначен для диагностики депрессивных состояний.

Тестирование можно проводить в групповом и индивидуальном вариантах. Результаты опросника высоко коррелируют с личностной и ситуативной тревожностью и алекситимией.

Все утверждения опросника Бека являются прямыми, поэтому для подсчета общего результата необходимо просто просуммировать все баллы, соответствующие выбранным утверждениям.

Гиссенский опросник соматических жалоб выявляет интенсивность эмоционально окрашенных жалоб по поводу состояния физического здоровья, которая высоко коррелирует с маскированной депрессией. Для правильной интерпретации необходимо выяснить, нет ли у обследуемого установленных соматических заболеваний с подтвержденными диагнозами.

Опросник имеет 5 шкал: 1) Истощение. 2) Желудочные жалобы. 3) Ревматический фактор. 4) Сердечные жалобы. 5) Общий балл.

Нормативов для отдельных шкал не предусмотрено. Оценивается общий балл исходя из того, что при максимально возможной сумме в 100 баллов среди здоровых людей 50 % имеет менее 14 баллов, 75 % – менее 20, 100 % – менее 40 баллов.

Опросник Сердюка - клинико-психологическая тестовая методика, предназначенная для определения субъективного восприятия степени влияния соматического заболевания на образ жизни больного.

Самооценка больными влияния заболевания на их социальный статус является существенной частью «внутренней картины болезни», а следовательно и важной «точкой приложения» психотерапевтического воздействия на больного в процессе его реабилитации, ибо изменение отношения больного к своему страданию, наряду с купированием невротической симптоматики и воздействием на патогенетические механизмы психосоматического заболевания - одна из главных задач психотерапии в соматической клинике.

Опросник состоит из 10 вопросов, отражающих мнение больного о влиянии болезни на ту или иную сферу его жизни: ограничение ощущения силы и энергии; ухудшение отношения к больному в семье; ограничение удовольствий; ухудшение отношения к больному на работе; ограничение свободного времени; ограничение карьеры; снижение физической привлекательности; формирование чувства ущербности; ограничение общения; материальный ущерб. Каждый пункт оценивается по 5-балльной шкале Ликкерта.

Психологические тесты – это стандартизованные психодиагностические методы, предназначенные для изучения и оценки (как количественной, так и качественной) своеобразных свойств личности в ее переживаниях и поведении. Эти тесты в принципе не выходят за пределы того, что можно получить в диагностической беседе с пациентом. Значение психологических тестов заключается в том, что они составлены таким образом, что с их помощью можно получить объективную оценку состояния пациента, независимую от субъективных мнений исследователей.

Существует огромное количество психологических тестов, основанных на самоотчетности пациентов, а также проективные тесты, где различный материал используют в качестве стимульного (тесты Люшера, Розенцвейга, Роршаха и т. д.). Интерпретация психодиагностических тестов иногда сложна и предполагает многовариантность трактовок. Полнота интерпретации зависит от квалификации психодиагноста.

Ответы на тесты с большим количеством вопросов удобно заносить в стандартный бланк с последующей обработкой результатов с помощью масок, на которых прорези соответствуют ответам, относящимся к определенной шкале. Широкое распространение получил компьютеризированный опрос с автоматической обработкой результатов тестирования.

Большинство личностных тестов имеет характер опросника: таковы тест-опросник Г. Айзенка (EPI) и методика многофакторного исследования личности Р. Кеттела, тест MMPI.

Для изучения оценки пациентами своего самочувствия, активности и настроения используют тест дифференциальной самооценки функционального состояния, построенный на принципах полярных профилей; для определения уровня тревожности как свойства психики и состояния пациентов – шкалу личностной и реактивной тревожности Спилбергера, адаптированную Ю. Л. Ханиным; для определения уровня нейротизма, а также показателей экстра- и интроверсии – личностный опросник Айзенка.

Для определения особенностей реагирования пациентов на заболевание рекомендуется личностный опросник Бехтеревского института – ЛОБИ (Личко) в сочетании с опросником для изучения самооценки социальной значимости болезни.

Особое положение среди психологических тестов занимают проективные диагностические методы, например, тест Роршаха, цель которого состоит в определении личностных конфликтов посредством свободных реакций пациентов на слабоструктурируемый тестовый материал.

Особое положение в психосоматической диагностике занимают опросники, которые построены в прагматическом стиле, без непосредственного отношения к теории. Примером этого является Гиссенская анкета жалоб, которая состоит из вопросов, касающихся жалоб на общее самочувствие, боль, нарушение эмоциональности, а также истерифорных жалоб, которые распространены в амбулаторной психотерапевтической практике. Все эти тесты стандартизованы на репрезентативной выборке населения и группах больных, так что с их помощью можно оценивать ответы отдельных пациентов.

Психологические тесты могут дополнить, но никак не заменить общую диагностику. В индивидуальной клинической диагностике они имеют вспомогательное значение. Роль тестов в психосоматических исследованиях возрастает, если они проводятся среди большого числа пациентов, т. к. здесь используются систематические и сопоставимые для всех пациентов данные.

Тест Роршаха. Стимульный материал теста Роршаха состоит из 10 стандартных таблиц с черно-белыми и цветными симметричными аморфными изображениями. Обследуемому предлагается ответить на вопрос о том, что изображено, на что это похоже. Ведется дословная запись всех высказываний обследуемого, учитываются время с момента предъявления таблицы до начала ответа, положение, в котором рассматривается изображение, а также любые особенности поведения. Завершается обследование опросом, который осуществляется экспериментатором по определенной схеме.

Каждый ответ оценивается по пяти категориям: 1) Локализация. 2) Детерминанты. 3) Уровень формы. 4) Содержание. 5) Оригинальность-популярность.

Диагностические показатели теста Роршаха не имеют строго однозначного психологического значения. Однозначность достигается непосредственным контактом с обследуемым, его углубленным изучением. Дифференциально-диагностическое значение данных, получаемых при использовании теста, тем определеннее, чем больше изучаемая совокупность показателей, относящихся к конкретной задаче.

Сонди-тест Стимульный материал состоит из 48 стандартных карточек с портретами психически больных людей. Карточки-портреты разделены на 6 серий, по 8 в серии. Обследуемому предлагается во всех сериях портретов выбрать по два наиболее и наименее понравившихся. При интерпретации полученного материала исходят из того, что если четыре или более портретов одной категории больных получили благоприятную или неблагоприятную оценку, то данную «диагностическую область» следует признать значимой для обследуемого. Отсутствие выбора свидетельствует об удовлетворенных потребностях, а неудовлетворенные, действующие с большой динамической силой, приводят к позитивному или негативному выбору.

ТАТ – тематический тест апперцепции (Морган и Мюррей) Стимульный материал ТАТ составляет стандартный набор из 31 таблицы: 30 черно-белых картин и одна пустая таблица, на которой обследуемый может вообразить любую картину. В используемых изображениях представлены относительно неопределенные ситуации, допускающие их неоднозначную интерпретацию. В то же время каждый из рисунков обладает особой стимулирующей силой, провоцируя, например, агрессивные реакции или способствуя проявлению установок обследуемого в сфере семейных отношений.

Рассказы обследуемого записываются дословно, с фиксацией пауз, интонации, выразительных движений, других особенностей. Завершает обследование опрос, основная задача которого – получение дополнительных данных об обследуемом. В итоге исследователь получает сведения об основных стремлениях, потребностях обследуемого, воздействиях, оказываемых на него, конфликтах, возникающих во взаимодействии с другими людьми, и способах их разрешения, другую информацию.

Рисуночные проективные тесты. Наиболее популярными в психологии являются такие тесты, как тест Махвера «Нарисуй человека», тест Гудинафа – Харриса «Рисование», тест «Автопортрет» в интерпретациях Бернса и Рида.

Эти методики позволяют создать «психофизический» портрет индивидуальности на основе впечатлений реципиента о своем теле. Сопоставление выделенной терапевтом структуры признаков характера с представлениями его носителя об особенностях своей психофизики расширяет границы объективного восприятия целостного образа респондента. В отличие от диагностических методик, построенных на вербальной оценке, информативность проективного рисунка, выделяющего дисфункции, значительно убедительнее для человека, проходящего психофизическую коррекцию, чем описание сложных умозрительных моделей, не совсем понятных и, как следствие этого, не полностью принимаемых тестируемым. Достоверность диагностики обусловлена и сопоставлением зон напряжения на рисунке и теле, и через реальное ощущение реципиентом дискомфорта и даже боли в различных частях тела.

Тест «Образ себя» Анализ исследований тестового рисунка «образа себя» в выборках, относящихся к различным культурным группам, позволил выделить ряд наиболее важных и универсальных критериев для описания и создания психологического портрета человека: 1) Уровень стереотипизации в представлении «образа себя» (Акцент в подавляющем большинстве

случаев делается на фрагментах лица, игнорируются конечности; фигуры изображаются статичными, тяжелыми, в однообразной позиции). 2) Характер эстетической ориентации. Тела воспроизводят в грубой форме, без должного внимания. 3) Уровень осознания телесной конгруэнтности. Голова и конечности, как правило, не уравновешены, пропорции и размеры их не соблюдены. 4) Уровень рефлексии. Изображение, как правило, носит внеличностный характер.

Тест «Телесные состояния». Этот тест одновременно является и методом коррекции состояния пациентов, применяемым в групповой телесно-ориентированной терапии. Он раскрывает чувствительный мир человека при восприятии им своего тела. Перед началом рисования пациентам следует достигнуть состояния релаксации, чтобы прочувствовать характер телесных ощущений, вспомнить наиболее частые и типичные, комфортные и дискомфортные проявления в разных частях тела. Только после столь тщательно и вдохновенно проведенной процедуры реципиенты воспроизводят в красках свои ощущения на рисунке. Интересно, что в результате нового телесного опыта информативность изображения увеличивается и респонденты впервые осознают ранее не замечавшиеся и не дифференцировавшиеся ими ощущения. Одновременно расширяется и психологический спектр переживаний тела; с познанием материальной сущности меняется и оценка своей самости, своего места в мире и своего отношения к человеку в целом.

Изучение материализованных результатов психической деятельности человека, материальных продуктов его предшествующей деятельности. В продуктах деятельности проявляется отношение человека к самой деятельности, к окружающему миру, отражается уровень развития интеллектуальных, сенсорных, моторных навыков. Суть состоит в том, что некоторые психические процессы и свойства личности изучаются опосредованно, по материальным продуктам деятельности человека.

Объектами психологического анализа: произведения, картины, изобретения и пр. Особенно ценны черновые варианты, незаконченные продукты творчества, а также дневники, письма, воспоминания.

Важное место в изучении психики дошкольника занимает метод анализа продуктов деятельности. Анализируются продукты изобразительной и конструктивной деятельности, музыкальной деятельности, рассказы и сказки, пересказ известных литературных произведений. Иногда предполагается анализ процесса создания продукта.

Организация анализа продуктов деятельности требует соблюдения ряда условий:

- 1) Четкая формулировка цели.
- 2) Подбор испытуемых (с учетом возраста).
- 3) Создание одинаковых условий для всех.
- 4) Поддержание естественных условий, как и в эксперименте.
- 5) В случае необходимости разрабатываются способы фиксации процесса создания продукта.
- 6) В случае необходимости следует разработать и заучить наизусть вопросы к ребенку для беседы.
- 7) Критерии оценки полученного продукта разрабатываются в соответствии с поставленной в исследовании целью.

Достоинства: 1) возможность собрать за короткое время достаточно большой фактический материал; 2) при постоянном использовании возможность получить качественные и количественные характеристики особенностей психики детей; 3) возможность неоднократного повторения для выяснения закономерности полученного факта; 4) сохранение естественности в проявлении психических особенностей ребенка.

Недостатки: 1) можно применять только тогда, когда ребенок уже начал овладевать определенным видом деятельности. 2) Обработка полученных данных требует специально разработанных схем анализа, что зависит от умения исследователя выделить все психологические особенности полученного продукта (возможно нарушение объективности).

По целям и приемам реализации различают: 1) Биографический метод (особенности жизненного пути одной личности). 2) Метод психологического анамнеза. 3) Контент-анализ (один из наиболее разработанных и строгих методов анализа документов, детальный психологический анализ как данного вида деятельности в целом, так и деятельности конкретных лиц). Близкими к методу А. п. д. являются проективные методики исследования личности, которые занимают промежуточное положение между тестированием и А. п. д. С первым их роднит то, что процедура применения проективной методики такая же, как и любого другого психологического теста: испытуемому да-

ется инструкция выполнить определенное задание. Однако акцент переносится на процедуру анализа и интерпретации продуктов деятельности испытуемых.

Тема 7. Многоосевая диагностика психосоматических заболеваний.

Понятие многоосевой диагностики и ее преимущества в работе с психосоматическими пациентами. Оси (направления) диагностики: клинические расстройства; расстройства личности, задержка умственного развития; соматические болезни; психосоциальные проблемы и проблемы, обусловленные окружающей средой; глобальная регистрация уровня функционирования. Многоосевая диагностика детей и подростков. Построение обследования при использовании многоосевой диагностики.

На характер протекания психосоматических расстройств влияет множество факторов: наследственность, закономерности течения заболевания, ход индивидуального развития, возраст и пол; системные влияния (психотерапия и другие виды помощи), «случайные события», факторы риска, защитные факторы самого пациента и его окружения. Под защитными факторами понимают влияния, способные задержать, смягчить или предотвратить проявление заболевания, их действие не обязательно сопровождается положительными или радостными переживаниями.

Под многоосевой диагностикой понимают описание индивида по нескольким осям, при этом каждая ось характеризуется своим специфическим содержанием. Многоосевые системы чаще всего содержат в себе разные аспекты, которые были собраны воедино в какой-то мере суммарно и теоретически не обоснованно. Достоинство многоосевого способа рассмотрения состоит в том, что он допускает более дифференцированное описание индивида, чем одномерное рассмотрение. В МКБ-10 многоосевая диагностика находится в стадии подготовки, в DSM-IV – это важная составляющая часть.

Выделяются следующие оси. Ось 1. Клинические расстройства, другие клинические релевантные проблемы (состояния, которые нельзя отнести к какому либо психическому расстройству, но дающие повод для наблюдения или лечения). Ось 2. Расстройства личности, задержка умственного развития (в категории расстройств, которые диагностируются главным образом в детском или подростковом возрасте). Ось 3. Соматические болезни. Ось 4. Психосоциальные проблемы и проблемы, обусловленные окружающей средой. Ось 5. Глобальная регистрация уровня функционирования (шкала с десятью делениями, наивысший уровень в течение минимум двух месяцев за прошедший год)

Многоосевая классификация отражает понятие функциональный диагноз. Функциональный диагноз – это диагноз индивидуальной приспособляемости больного, его бытия в болезни, он отражает взаимодействие больного с социальным окружением и обществом. В формировании функционального диагноза, наряду с критериями биологического значения, важную роль играют психологический и социальный аспекты, отражающие психологические факторы функциональной недостаточности и внешние условия адаптации, связанные с особенностями психосоциальных воздействий окружения на больного.

Она включает в себя шесть осей или измерений: Ось 1. клинический психиатрический синдром, Ось 2. нарушения развития, Ось 3. уровень интеллекта, Ось 4. физические болезни и нарушения, Ось 5. аномальные психосоциальные условия, Ось 6. степень тяжести имеющихся нарушений.

Категории первой оси охватывают нозологические формы, описанные в МКБ-10 под шифрами F0–F5, а также F9; категории второй оси – F80–F83, а также F6; категории третьей оси частично расположены в рубрике F7; категории четвертой оси расположены в разделах A–E и G–Y МКБ-10. ВОЗ предложила схему психосоциальных влияний, обозначенную как пятая ось многоосевой классификации. В ней группа 1–4 отражает внутрисемейные отношения; группы 5, 7 и 8 – особенности микросоциального окружения; группа 6 включает острые стрессовые события, а группа 9 – факторы, связанные с психическим расстройством.

Психосоциальные влияния (пятая ось)

1. Нарушенные внутрисемейные отношения. 1.1. Недостаток тепла во взаимоотношениях родителей и детей. 1.2. Дисгармония между взрослыми в семье. 1.3. Враждебное отношение к ребенку. 1.4. Телесные наказания. 1.5. Сексуальные злоупотребления (инцест).

2. Психические расстройства, отклоняющееся поведение или препятствия нормальному развитию ребенка в семье. 2.1. Психическое расстройство или отклоняющееся поведение одного из родителей. 2.2. Препятствие нормальному развитию ребенка со стороны одного из родителей. 2.3. Препятствие нормальному развитию ребенка со стороны братьев или сестер.

3. Неадекватные или искаженные внутрисемейные коммуникации.

4. Неадекватные условия воспитания. 4.1. Гиперпротекция. 4.2. Недостаточный родительский надзор и управление. 4.3. Воспитание, не формирующее опыт у ребенка. 4.4. Несоответствующие требования и запреты родителей.

5. Отклоняющееся микросоциальное окружение. 5.1. Воспитание в интернате. 5.2. Длительный конфликт между родителями. 5.3. Изолированная семья. 5.4. Условия жизни с возможными психосоциальными вредностями.

6. Острые, отягощающие жизненные события. 6.1. Потеря любви. 6.2. Стресс вследствие помещения в чужую семью. 6.3. Стресс вследствие появления нового члена семьи. 6.4. События, приводящие к понижению самооценки. 6.5. Сексуальные злоупотребления вне семьи. 6.6. Другие события, вызывающие беспокойство и стресс.

7. Отягощающие факторы микросоциального окружения. 7.1. Дискриминация одного из членов семьи. 7.2. Миграция или эмиграция семьи.

8. Хронические интерперсональные трудности коммуникации в школе или на работе. 8.1. Конфликтные отношения с одноклассниками или коллегами. 8.2. Роль «козла отпущения». 8.3. Хронический стресс в школе или на работе.

9. Отягощающие обстоятельства вследствие психических отклонений у детей. 9.1. Воспитание в интернате вследствие психического расстройства. 9.2. Нарушения поведения вследствие помещения в незнакомую среду. 9-3. Другие обстоятельства, приводящие к снижению самооценки.

Определение степени тяжести расстройства позволило в рамках многоосевой классификации (шестая ось) создать глобальный оценочный код.

На характер протекания психосоматических расстройств влияет множество факторов:

- 1) наследственность;
- 2) закономерности течения заболевания;
- 3) ход индивидуального развития (рост, созревание, индивидуализация, формирование, обучение);
- 4) возраст и пол;
- 5) системные влияния (психотерапия и другие виды помощи);
- 6) «случайные события» (жизненные события, факторы окружающей среды).

Под термином «защитные факторы» понимают влияния, способные задержать смягчить или предотвратить проявление заболевания, причем их действие не обязательно сопровождается положительными или радостными переживаниями.

В МКБ-10 многоосевая диагностика находится в стадии подготовки, в DSM-IV – это важная составляющая часть. Выделяются следующие оси:

Ось 1. Клинические расстройства, другие клинические релевантные проблемы (состояния, которые нельзя отнести к какому-либо психическому расстройству, но дающие повод для наблюдения или лечения)

Ось 2. Расстройства личности, задержка умственного развития (в категории расстройств, которые диагностируются главным образом в детском или подростковом возрасте)

Ось 3. Соматические болезни

Ось 4. Психосоциальные проблемы и проблемы, обусловленные окружающей средой

Ось 5. Глобальная регистрация уровня функционирования

Категории первой оси охватывают нозологические формы, описанные в МКБ-10 под шифрами F0–F5, а также F9; категории второй оси: F80–F83, а также F6; категории третьей оси: частич-

но расположены в рубрике F7; категории четвертой оси расположены в разделах А–Е и G–Y МКБ-10.

Параллельно с МКБ-10 ВОЗ предложила схему психосоциальных влияний, обозначенную как пятая ось многоосевой классификации.

Тема 8. Психотерапия психосоматических заболеваний.

Общие вопросы терапии психосоматических пациентов. Внутренняя картина болезни. Нозогении (психогенные реакции) при психосоматических заболеваниях. Суггестивная психотерапия. Психосинтез. Терапия, фокусированная на решении. Позитивная психотерапия. Гештальт-терапия. Когнитивно-поведенческая психотерапия. Символдрама (метод кататимного переживания образов). Транзактный анализ. Терапия искусством (арт-терапия). Креативная визуализация. Психодрама. Танцевально-двигательная терапия. Телесно-ориентированная психотерапия. Семейная психотерапия. Нейролингвистическое программирование (НЛП).

Психотерапия определяется как целенаправленная вербальная или невербальная коммуникация с больным для воздействия на его болезненное соматическое и психическое состояние. Психотерапия является методом коммуникации, позволяющим изменять миры внутренних символов человека.

В психологии акцентируют внимание на семи источниках психосоматических заболеваний:

1) это внутренний конфликт, конфликт частей личности, сознательного и бессознательного в человеке; 2) мотивация, или условной выгодой; 3) эффект внушения другим лицом; 4) «элементы органической речи» («у меня сердце за него болит»); 5) идентификация, попытка быть похожим на кого-то, на идеал; 6) самонаказание; 7) травматический опыт прошлого.

Важнейшая задача психотерапевта в беседе с психосоматическим больным – помочь ему выявить, хотя бы частично, скрытую озлобленность. Еще одна существенная причина трудности консультирования психосоматической личности состоит в ее «эмоциональной безграмотности», неспособности вербализовать свои внутренние переживания, нехватке символического мышления.

Методы психотерапии, применяемые в психосоматической медицине:

1) Глубинно-психологические методы ставят своей целью раскрытие психологического конфликта, который стоит за психосоматическими симптомами, перестройку личности в целом и ее отношений с окружающим миром. К этой группе относится психоанализ, различные направления психодинамической психотерапии, экзистенциально-гуманистические методы (гештальт-терапия, психодрама и др.). Необходимые условия применения: способность пациента к саморефлексии и наличие достаточного времени для проведения курса психотерапии. Данные методы не применяют в острой стадии заболевания, т. к. это может привести к утяжелению состояния.

2) К методам, ориентированным на симптом и модификацию поведения, можно отнести когнитивно-поведенческую психотерапию, а также гипнотерапию и другие суггестивные и ауто-суггестивные методы.

Кроме того, при психосоматических заболеваниях используют различные виды невербальной и полувербальной психотерапии (телесно-ориентированная терапия, дыхательная гимнастика, упражнения по мышечной релаксации, музыкальная терапия, танцевальная терапия, символдрама).

Психотерапия при психосоматических заболеваниях

1) Установление психологического контракта. Выяснение концепции болезни пациента и его представлений о собственной способности влиять на симптомы. Беседа (в форме рациональной психотерапии) о психологических факторах риска болезни и сути психологического лечения: доступное, метафорическое объяснение патогенеза заболевания пациента, влияния психического состояния на возникновение симптоматики. Установление психологического контракта: выяснение целей пациента и в случае готовности пациента – обсуждение проблемы болезни в мировоззренческом аспекте.

2) Психокоррекционная работа. Выяснение образного представления симптома, болезни. Выяснение образного представления желаемого состояния, результата терапии. Экологическая проверка: выяснение ограничивающих факторов, обстоятельств, делающих выздоровление, исчезно-

вание симптома нежелательным (проработка условной желательности болезни). Проработка вариантов перехода от нынешнего состояния к желаемому, выбор оптимального образного представления процесса выздоровления (техники НЛП по работе с субмодальностями, линией жизни пациента и т. п.). Обучение пациента релаксации. Обратная связь: контроль визуализации пациента через несколько дней с целью коррекции (использование самоотчета или рисунков).

Суггестивная терапия – форма психотерапии, в которой устранение телесных и психических нарушений достигается за счет применения внушения. При этом оказывается целенаправленное влияние на функциональные нарушения, вегетативные нарушения, состояния напряжения, а также телесные недуги. Суть терапии состоит в том, что пациенту передают в форме устного сообщения правильные установки. Суггестивные формулировки описывают состояние, которое должно быть достигнуто, при этом они должны даваться только в позитивной форме – не допускается использование отрицательных языковых конструкций.

К суггестивной терапии относятся:

1) Гипноз- это особое состояние сознания, возникающее под влиянием направленного психологического воздействия, отличающееся как от сна, так и от бодрствования и сопровождающееся значительным повышением восприимчивости к специфически направленным психологическим факторам при резком понижении чувствительности к действию всех других факторов внешней среды.

По И.П. Павлову, гипноз - промежуточное состояние между бодрствованием и сном, при котором на фоне заторможенных с разной степенью интенсивности участков головного мозга присутствует бодрствующий пункт в коре больших полушарий, обеспечивающий возможность «раппорта» между гипнотизируемым и гипнотизером. По Фрейдю, гипноз – это перенесение в сфере бессознательного на личность гипнотизера врожденных воспоминаний о племенном вожде, вытесненных отношений детей к родителям.

2) Внушение – это различные способы вербального и невербального эмоционально окрашенного воздействия на человека с целью создания у него определенного состояния или побуждения к определенным действиям. Посредством внушения могут быть вызваны различные ощущения, представления, эмоциональные состояния, волевые побуждения, изменения соматовегетативных функций организма. При внушении воспринимается без должной критической обработки. Различают гетеросуггестию– внушение, производимое другим лицом, и аутосуггестию– самовнушение.

Внушение, вызванное каким-либо процессом, действием, называют реальным, вызванное же с помощью слов – вербальным. Страх, гнев, экстаз и другие эмоционально насыщенные состояния способствуют резкому повышению внушаемости и создают возможность осуществления массового внушения наяву. Внушение в бодрствующем состоянии показано при всех формах неврозов с целью коррекции девиантного поведения.

Осложнения при гипнотизации. Следует различать осложнения, вызванные гипнозом, и осложнения, возникающие в результате внушений в состоянии гипноза. Остановимся на некоторых из них: 1) Утрата раппорта во время сеанса. 2) Спонтанный катарсис. 3) Истерический гипноид. 4) Спонтанный сомнамбулизм. 5) Гипнотическая летаргия.

Показания: 1) истерический невроз, моно-симптомы (паралич, расстройства речи, слуха, амнезиях), 2) психогенный мутизм, заикание, респираторных тиках, 3) детям при аллергических иммунных нарушениях, ночном энурезе, 4) нарушения сна, неврастении, 5) наркомания, алкоголизм и табакокурение, 6) заболевания кожи.

Противопоказания: 1) психозы, шизофрениии с бредом отношения или физического воздействия, 2) дебилность, 3) больных, у которых гипнотизация провоцирует эпилептиформные припадки. 4) интоксикация, лихорадка, нарушения сознания, 5) острый инфаркт миокарда

Самовнушение. Непроизвольное самовнушение обычно опосредовано дополнительными, усиливающими аутосуггестию факторами и несет в себе мощный эмоциональный заряд. Произвольное самовнушение возможно, если сосредоточить мысли и внимание на каком-либо одном представлении.

Путем самовнушения можно влиять не только на психические процессы, но и на некоторые висцеральные функции организма. Самовнушение, так же как и внушение, возможно в бодрст-

вующем состоянии или в состоянии аутогипнотического транса. В лечебной практике применяются методы Куэ, Джекобсона, Шульца.

Произвольное самовнушение (метод Куэ) – это лечебный метод, позволяющий подавить болезненные, вредные по своим последствиям представления и заменить их полезными и благотворными. Куэ сравнивал болезненные представления с застрявшими в предсознательной части Эго штифтами, которые можно постепенно выбить и заменить другими. Формула самовнушения должна быть простой и не носить насильственного характера. Подсознательное Я принимает эту формулу за истину, как приказ, который необходимо выполнить. Лечение начинается с предварительной беседы, во время которой разъясняется влияние самовнушения на организм, приводятся примеры целебного воздействия внушения и самовнушения при различных заболеваниях. Далее врач совместно с больным составляет формулу самовнушения, которая может меняться в процессе лечения. Во время сеанса больной занимает удобную позу сидя или лежа, закрывает глаза, расслабляется и шепотом, без всякого напряжения 20 раз произносит одну и ту же формулу самовнушения. Сеанс самовнушения продолжается 3–4 минуты, повторяется 2–3 раза в день в течение 6–8 недель.

Психосинтез используется как метод психотерапии психосоматических расстройств в первую очередь тогда, когда их причиной является глубокий и сложный конфликт между различными группами сознательных и бессознательных сил пациента или же когда они происходят в результате глубинных и мучительных кризисов. Психосинтез – динамическая концепция психической жизни человека, разработанная итальянским психологом Роберто Ассаджиоли. Психосинтез относится к транс-персональной психологии (выходящая за рамки отдельной персоны). Суть: определенный подход к строению и функционированию внутреннего мира человека. Схематично внутренний мир человека был представлен в виде сферы, погруженной в поле коллективного бессознательного. Внутренний мир человека состоит из низшего, среднего и высшего бессознательного поля сознания, сознательного Я и высшего Я.

Задача психосинтеза – посредством специальных техник помочь человеку глубоко изучить собственную личность, установить контроль над различными элементами своей личности. Психосинтез заключается в формировании или перестройке личности вокруг нового центра, что в результате позволяет человеку стать хозяином своей жизни, избавиться от психических и соматических расстройств, развить свои способности. Практика психосинтеза состоит в выявлении индивидуальных субличностей и нахождения осознанного компромисса.

Основными задачами психосинтеза, по Ассаджиоли, являются: 1) постижение своего истинного (высшего) Я, 2) постижение на основании этого внутренней гармонии, 3) налаживание адекватных отношений с внешним миром, в том числе и с окружающими людьми.

Процесс психосинтеза: 1) Выбор новой личности, к которой мы стремимся. 2) Использование всех имеющихся в распоряжении энергий. 3) Развитие недостающих для формирования «идеальной модели» элементов личности. 4) Координация и соподчинение различных элементов психики, осознание гармонической целостной структуры личности.

В концепции терапии, фокусированной на решении, подчеркивается, что чувство вины является деструктивным для психотерапии, а самообвинение и обвинение своих близких являются препятствием к сотрудничеству пациента и его близких с врачом, причиной низкой эффективности и длительности классической психотерапии. Поэтому психотерапевты, фокусированные на решении, принципиально не фиксируются на поиске причин дискомфорта своих пациентов, а занимаются поиском и реализацией ресурсов для его преодоления.

Основные постулаты и принципы психотерапии, фокусированной на решении:

1) Качество жизни (Человек не волен освободиться от всех болезней и проблем, но у него есть возможность сменить «черное» видение своей жизни и проблемы на более диалектичное). 2) Конфронтация, «борьба» с проблемой в большинстве случаев не эффективна. 3) Рамки любой психотерапевтической концепции всегда уже, чем индивидуальные особенности и опыт конкретных пациентов и их семей. 4) Анализ причин проблемы не должен сопровождаться самообвинительными переживаниями пациента и его обвинениями своих близких.

Вышеприведенные постулаты диктуют стратегические принципы:

1) Акцент на ресурсах и позитивной динамике проблемы 2) Использование опыта, мировоззрения, интересов и эмоций пациента, характера симптома или проблемы 3) Позитивистский подход: ненормативное видение проблемы, опора на субъективную «концепцию здоровья/болезни» пациента 4) Экономичность и краткосрочность 5) Преимущественная ориентация на будущее пациента 6) Сотрудничество и гласность, подразумевающие передачу ответственности за принятие решений пациенту. 7) Техническая пластичность и подстройка к конкретному пациенту

Цель краткосрочной психотерапии: «проанализировать» проблему, а в том, чтобы найти продуктивные способы ее осмысления и практические идеи обращения с ней.

Основа ее – в рассмотрении человека как особой ценности. Патопсихологические симптомы трактуются как формы реакции адаптации. От терапевта требуется не устранение нарушения или отклонения, а стимулирование резервных возможностей пациента и его психологических способностей.

Позитивная интерпретация симптомов или всего заболевания нередко противопоставляется общепринятой, традиционной их интерпретации. С точки зрения позитивной психотерапии в каждом симптоме можно найти не только плохое, но и хорошее начало. Основной целью позитивной психотерапии является изменение точки зрения пациента на свою болезнь и как следствие – новые возможности в поисках резервов в борьбе с недугом.

Формы переработки конфликта, соответствующих четырем измерениям способности к познанию: 1) тело/ощущения; 2) деятельность/разум; 3) контакты/традиции; 4) будущее/фантазия.

Четыре сферы переработки конфликта могут уже здесь указать терапевту на существенные аспекты расстройств, которые обычно незаметны в круговерти обычной медицинской диагностики и терапии.

При возникновении и проявлении заболевания большую роль играет так называемый актуальный конфликт. Он может быть результатом воздействия макropsихотравмы или формируется под воздействием постоянно действующих микropsихотравмирующих факторов.

Терапевтическая модель разделена на пять этапов:

1) Дистанцирование от конфликта: психотерапевт должен помочь пациенту отстраниться от создавшейся конфликтной ситуации. 2) Проработка конфликта. Нужно тщательно проработать каждую его деталь. 3) Ситуативное одобрение 4) Вербализация. Этот этап лечения подразумевает обсуждение конфликта 5) Расширение жизненных целей.

Позитивная психотерапия может сочетаться с другими методами психотерапии или применяться самостоятельно. Чаще всего практикуется кратковременная терапия, состоящая из 20–30 занятий длительностью около 50 минут. Имеется опыт лечения психосоматических заболеваний, таких, как болезни желудка и кишечника, ревматические жалобы, диабет и астма.

Гештальт-терапия - традиционно рассматривается как один из эффективных методов терапии в работе с широким спектром интрапсихических и межличностных конфликтов. Благодаря целостному взгляду на человека, предполагающему единство его психологического, биологического и социального существования, ее парадигма оказывается продуктивной для понимания и терапии психосоматических расстройств. Цель: снятие блокировки и стимулирование процесса развития человека, реализация его возможностей и устремлений за счет создания внутреннего источника опоры и оптимизации процессов саморегуляции.

Основной теоретический принцип: способность индивида к саморегуляции ничем не может быть заменена. Особое внимание уделяется развитию у пациента готовности принимать решения и делать выбор. Ключевой аспект: осознание и переживание контакта с самим собой и окружением. Также важно раскрытие их значений и функций в настоящее время. Основные понятия: фигура и фон, осознание и сосредоточение на настоящем, полярности, защитные функции и зрелость. В основе нарушений лежит ограничение способности индивида к поддержанию оптимального равновесия со средой, нарушение процесса саморегуляции организма.

Наиболее часто встречающиеся формы нарушения взаимодействия между индивидом и его окружением: интроекция, проекция, ретрофлексия, дефлексия и слияние.

Принципы гештальт-подхода: 1) Принцип целостности – человек представляет собой целостный организм в единстве его биологических, психологических, социальных и духовных аспек-

тов, представляет единый гештальт со своей окружающей средой 2) Принцип равновесия – здоровый организм способен поддерживать гомеостатическое равновесие со своей средой. 3) Принцип творческого приспособления – здоровый организм приспосабливается к изменяющимся условиям среды.

В гештальт-терапии существует также стратегия работы с соматическими и психосоматическими заболеваниями, состоящая из четырех этапов. 1) Генерализация проекции. Пациенту предлагается побыть своей болезнью и поговорить от ее имени. 2) Проявление активной нереализованной потребности, стоящей за больным органом, осознание этой потребности. 3) Выражение заблокированного чувства, осознанной потребности по отношению к личному окружению. 4) Интеграция полученного опыта, включение его в систему целостной личности.

При работе с пациентом следует проанализировать функциональное значение болезни, степень ее жизненной важности, т. е. выяснить, что значит для него быть больным такой болезнью; выяснить, в чем заключается личностный смысл этой болезни для окружения, семьи, какое экзистенциальное послание может скрываться за этим симптомом и какими альтернативными путями оно может быть передано окружающим.

Показания: смерть близкого, развод, потерю работы, болезни органов дыхания, психосоматика расстройств пищевого поведения, сердечно-сосудистой системы, кожные расстройства, заболевания органов пищеварения и дыхания, проблемы границ и пространства, головные боли.

Противопоказана: клиентам с серьезными нарушениями в структуре сознания, которым сложно провести границу между теоретическими моделями поведения и непосредственным переходом к действиям.

Терапевты когнитивно-поведенческого направления предполагают, что психопатологические и психосоматические расстройства являются следствием неточной оценки событий, и, следовательно, изменение оценки этих событий должно вести к изменению состояния пациента.

Подобно поведенческой терапии, когнитивно-поведенческая терапия учит пациентов по-другому реагировать на ситуации, вызывающие приступы паники или агрессии. В этом случае устраняются иррациональные суждения, возникшие на фоне тревоги и косвенным образом поддерживающие ее путем оспаривания их уместности.

Клинической областью, сблизившей когнитивный и поведенческий подходы, явилась невротическая депрессия. Аарон Бек, наблюдая больных с невротической депрессией, обратил внимание на то, что в их переживаниях постоянно звучали темы поражения, безнадежности и неадекватности. Бек заключил, что депрессия развивается у людей, воспринимающих мир в трех негативных категориях: 1) негативный взгляд на настоящее 2) безнадежность в отношении будущего; 3) сниженное чувство собственного достоинства.

Другим примером является рационально-эмотивная терапия Альберта Эллиса. Эллис исходит из того, что тревога, чувство вины, депрессия и другие психологические проблемы вызываются не психотравмирующими ситуациями как таковыми, а тем, как люди воспринимают эти события, что они думают о них. Терапия Эллиса стремится в первую очередь идентифицировать подобные наносящие ущерб личности, и вызывающие проблемы мысли, которые пациент приобрел в результате неправильного научения, а затем помочь пациенту заменить эти малоадаптивные стереотипы мышления на более реалистические, используя при этом моделирование, поощрение и логику.

Когнитивные факторы и стратегии преодоления оказывают влияние на физиологические процессы: при тягостных представлениях наблюдаются: повышение артериального давления, учащение дыхания, изменение кровообращения и другие соматические приспособительные реакции.

В психосоматике когнитивные лечебные методики всегда могут сыграть роль в тех случаях, когда у больного вырабатываются специфическое ожидание, представления и оценка неблагоприятного течения болезни, т. е. болезненное поведение, и когда можно на основе этого добиться того, что изменение познавательных процессов приведет к облегчению. Специальные методы, направленные на изменение познавательных процессов и их последствий, связаны с подавлением

нежелательных мыслей и чувств, обусловливанием представлений и мыслей, перестройкой автоматизированного познания, с техникой обращения с проблемами и с познавательными методами преодоления стресса.

Психовоспитательные методики, с помощью которых осуществляются стратегии по подкреплению поведения, благоприятного для здоровья, и отказ от поведения, оказывающего болезнетворное влияние (курение, алкоголизм, нарушения диеты, злоупотребление медикаментами).

Поведенческая терапия лечит: мужские и женские сексуальные проблемы (импотенция, преждевременная эякуляция, оргазмическая дисфункция и вагинизм), энурез, стресс и гипертонию, головные боли, расстройства пищевого поведения, астму, эпилепсию, расстройства сна, тошноту у онкологических больных в связи с лучевой терапией, страхи госпитализации и операции у детей и др.

Символ-драма (Г.Лейнер) - метод глубинно-психологически ориентированной психотерапии (кататимно-имагинативная психотерапия).

Показания: 1)нейро- и психовегетативные нарушения и психосоматические заболевания средней тяжести; 2)состояния страха и фобии; 3) депрессивные невроты; 4) невроты с преимущественно психической манифестацией (кроме невротоз навязчивых состояний); 5) обусловленные невротическим развитием личности нарушения адаптационной способности; 6) психоневротические нарушения и невротическое развитие личности в детском возрасте; 7) нарушение адаптационной способности в подростковом и юношеском возрасте.

Противопоказания: 1) недостаточное интеллектуальное развитие; 2) острые или хронические психозы или близкие к психозу состояния; 3) церебрально-органические синдромы; 4) тяжелые депрессивные расстройства; 5) недостаточная мотивация; 6) явно выраженные истерические невроты; 7) нарциссические синдромы.

Основу метода составляет свободное фантазирование в форме образов-«картин» на заданную психотерапевтом тему. Психотерапевт выполняет при этом контролирующую, сопровождающую, направляющую функцию. Испытуемого усаживают в удобное кресло или на диван, просят закрыть глаза и вводят в состояние релаксации. Затем испытуемый должен установить глубокое и регулярное дыхание. После просят представить серию из двенадцати символических сюжетов. После того как проведена вводная процедура и пациент начал представлять образы, его просят внимательнее присмотреться к тому, что окружает предложенный мотив, например появившийся луг, так, как это было бы в действительности.

Во время занятия терапевт предлагает пациенту по возможности сообщать подряд обо всех всплывающих образах. Психотерапевт постоянно поддерживает взаимосвязь с пациентом. Психотерапевт занимает позицию, как будто описываемые пациентом сцены действительно реальны.

После сеанса лучше предложить ему 10–15 минут побыть в приемной и полностью прийти в себя.

Основная ступень

Основной ступени символдрамы соответствуют мотивы, символическое значение которых представляет широкое пространство для спонтанного развития индивидуальных проекций. Это:

1) Луг (уравновешенный, плодородный мир). 2) Ручей (количество воды - показатель либидо). 3) Гора. («психическое движение» вверх). 4) Дом (символ «Я»). 5) Лес (символ бессознательного).

Средняя ступень

Представление значимого лица, Мотив для исследования установки на сексуальность (Мужчин -куст розы на краю луга, женщин – машину, водителя), Мотив для исследования установки на агрессивные импульсы (представить льва).

Классическая психодрама (Дж. Морено) – это терапевтический групповой процесс, в котором используется инструмент драматической импровизации для изучения внутреннего мира пациента. Именно психодрама является первым методом групповой психотерапии, разработанным для изучения личностных проблем, конфликтов, мечтаний, страхов и фантазий. Она основывается на предположении, что исследование чувств, формирование новых отношений и моделей поведения более эффективно при использовании действий, реально приближенных к жизни.

Правильно используя ее элементы, можно лечить, учить, воспитывать и стимулировать личностный рост. Можно обнаруживать внутренние конфликты и тут же работать с ними, моделировать будущее, оплакивать утраты и открывать в себе новые возможности.

Основными компонентами психодрамы: Ролевая игра. Спонтанность. Катарсис, эмоциональное освобождение, инсайт.

Основан на процедуре анализа структуры личности. В качестве личностных структур, как интериоризаций социального опыта, здесь рассматриваются особенности и взаимодействие трех состояний Я: «Родитель» (авторитарные тенденции индивида), «Ребенок» (подчиненная позиция), «Взрослый» (умение отстаивать собственное мнение, организовать взаимоотношения с другими на основе равноправного партнерства).

Существует несколько ключевых идей, которые лежат в основе теории транзактного анализа: модель эго-состояний, транзакции, поглаживания, жизненный сценарий и игры.

Основная цель этого психотерапевтического метода – актуализация «Взрослого» в человеке, реконструкция личности на основе пересмотра жизненных позиций, непродуктивных стереотипов поведения, формирование новой системы ценностей. В процессе терапии должен учитываться актуальный психологический конфликт и влияние социальных факторов.

Транзактный анализ позволяет проанализировать игры людей, страдающих психосоматическими расстройствами, и преимущества, вытекающие из них. Транзакции бывают параллельные (дополняющие), пересекающиеся и скрытые. Поглаживания: вербальные или невербальные, позитивные или негативные, условные или безусловные.

Игры и анализ игр. Можно выделить несколько характерных особенностей, присущих играм.

1) Игры постоянно повторяются. 2) Игры проигрываются вне осознания Взрослого. 3) Игры всегда заканчиваются тем, что игроки испытывают рзкетные чувства (эмоция, зафиксированная и поощряемая в детстве, переживаемая в самых различных стрессовых ситуациях и не способствующая взрослому решению проблем). 4) Игроки во время игр обмениваются скрытыми транзакциями. 5) Игры всегда включают в себя момент удивления или смущения.

Арт-терапия (А.Хилл) - все виды занятий искусством, которые проводятся в больницах и центрах психического здоровья. Эффективность применения искусства в контексте лечения основывается на том, что этот метод позволяет экспериментировать с чувствами, исследовать и выражать их на символическом уровне. Психотерапевты отмечают положительное влияние арт-терапии не только на улучшение общего физического и психического состояния больных, но также и на избавление их от психосоматических нарушений. В процессе арт-терапии изменяется отношение человека к собственному прошлому травматическому опыту, переживаниям и болезням, а достигнутый психотерапевтический эффект выражается в упорядочивании психосоматических процессов.

Техника «Рассказ в картинках». Главная задача арт-терапевта в этой своеобразной изобразительной игре – помочь пациенту: 1) в вербализации осознанного материала и связанных с ним переживаний; 2) в осмыслении тех символических образов, которые воспринимаются им как опасные для него; 3) в формировании у него новых интересов, значимых для его дальнейшего психосоциального развития. «Рассказ в картинках» имеет диагностическую ценность (можно получить гораздо больше информации, чем с помощью многочисленных бесед).

Польза: 1) Предоставляет возможность для выражения агрессивных чувств в социально приемлемой манере. 2) Ускоряет прогресс в терапии. 3) Дает основания для интерпретаций и диагностической работы в процессе терапии. 4) Позволяет работать с мыслями и чувствами, которые кажутся непреодолимыми. 5) Помогает укрепить терапевтические взаимоотношения. 6) Способствует возникновению чувства внутреннего контроля и порядка. 7) Развивает и усиливает внимание к чувствам. 8) Усиливает ощущение собственной личностной ценности, повышает художественную компетентность. 9) В процессе проведения группы позволяет разрешать конфликты между членами группы и помогать им в достижении гармонии.

Недостаток: крайне личностный характер заданий может стимулировать нарциссизм и уход в себя. Структурированные занятия: заданность темы и/или изобразительных средств. Неструктурированные занятия участники самостоятельно выбирают тему, материалы, инструменты.

Части занятия: 1) невербальная, творческая, неструктурированная рисование), 2) вербальная, апперцептивная и формально более структурированная (интерпретация, ассоциации).

Этапы: 1) Разогрев (настрой на творчество). 2) Актуализация визуальных, аудиальных, кинестетических ощущений. 3) Индивидуальная изобразительная работа (разработка темы). 4) Активизация вербальной и невербальной коммуникации. 5) Коллективная работа в малых группах. 6) Рефлексивный анализ.

Механизм работы воображения используется в подходе, который можно назвать как созидательная, творческая, управляемая визуализация. Методика «Созидающей визуализации» (Шаки-Гавэйн). Сначала пациент овладевал техникой постепенного расслабления, ему предлагалось мысленно представить каждую группу мышц и освободить ее от напряжения. Затем в состоянии расслабления пациент должен был визуализировать процесс лечения.

Эрнест Росси писал, что то, о чем человек думает, во что верит, оказывает глубокое воздействие на заболевание. Росси считают, что управляемое фантазирование и визуализация передаются иммунной системе и воздействуют на нее.

В целом, практические задачи в ходе психокоррекционной работы с пациентами, страдающими психосоматическими расстройствами, связаны, во-первых, с обучением больных и развитием у них способностей сознательного контроля и управления, воздействия на собственное телесное состояние и, во-вторых, с психотерапевтической проработкой негативных влияний личной истории. Сам по себе метод управляемой визуализации нацелен на настоящее пациента. Освоение процедуры визуализации как бы налаживает связи между внутренними телесными процессами, происходящими в этот момент в организме и обычно не поддающимися сознательному контролю человека, и его психикой

В ходе психологической коррекции, основанной на методе управляемой визуализации, обязательно также подключать работу с целями и планами на будущее, с теми задачами, которые возникнут у пациента при изменении его статуса с больного на здорового – при появлении большего числа степеней свободы его бытия и в то же время возникновения большей ответственности.

В креативной визуализации использование воображения происходит, чтобы создать отчетливый образ того, что мы хотим. Затем внимание фокусируется на этой идее или картине постоянно, придавая ей положительную энергию до тех пор, пока она не станет реальностью; другими словами, пока действительно достигается то, что было визуализировано

Упражнение. Сначала подумайте о том, чего вы хотели бы достичь. Для этого упражнения выберите что-нибудь простое, что вы легко себе представляете. Полностью расслабьте тело. Считайте от 10 до 1, с каждым счетом чувствуя себя более расслабленно. Когда вы почувствуете полное расслабление, начинайте представлять в точности то, что вы хотите.

Этапы: 1) Поставить задачу. 2) Создать четкую мысленную картину. 3) Сосредоточиться на ней чаще. 4) Передать ей положительную энергию.

При помощи креативной визуализации разум может связаться с телом. Это процесс бессознательного или сознательного формирования представлений и мыслей и передачи их телу в виде сигналов и команд. Сознательная креативная визуализация позволяет создавать и направлять к телу положительные образы и мысли вместо негативных, «больных». Найти более конструктивное решение наших проблем можно, если понять и изменить свои внутренние убеждения. Вместо того, чтобы думать о болезни как о неизбежной катастрофе, воспринимайте ее как мощное и полезное послание. Аффирмация - положительная установка на то, что нечто воображаемое уже существует. Правила составления аффирмаций таковы: 1. Составлять утверждения в настоящем времени 2. Делать утверждения в позитивной формулировке. 3. Чем короче и проще аффирмация, тем она эффективнее. 4. Всегда выбирать ту аффирмацию, которая полностью подходит вам лично. 5. Создавая аффирмаций, надо все время помнить, что вы создаете нечто новое. 6. Аффирмаций не предназначены для противостояния вашим чувствам и эмоциям или для их изменения. 7. Используя аффирмаций, попытайтесь создать чувство веры, убежденности.

Танцевально-двигательная терапия является областью психотерапии, использующая движение и творческое выражение в контексте психотерапевтических отношений, в которых происходит смещение с чисто вербального подхода к телесно-ориентированному.

Главное достоинство танцевально-двигательной терапии в сравнении с другими видами терапии состоит в том, что она является общедоступной, так как при занятии этим видом терапии акцент ставится не на качестве выполненных движений, а на тонкости выражения человеком собственных эмоций во время движения, честном выражении чувств и абсолютной свободе движений.

Танцевально-двигательная терапия применима для борьбы с: эмоциональными и межличностными конфликтами, страх перед неудачей, недостаточность коммуникационных навыков, заниженная самооценка, помощь людям, пережившим тяжелую потерю близкого человека, изнасилование, тяжелые психические заболевания, хронические заболевания.

ТДТ помогает снять напряжение, меняет отношение человека к собственному телу, к себе в целом и другим людям, расширить, восстановить диалог человека с самим собой, научить его понимать язык своего тела. Помогает клиентам пережить, распознать и выразить свои чувства, эмоции. Позволяет человеку без риска высказать все, что может и не может быть выражено словами.

Семейная танцевальная терапия, где можно решить семейные проблемы; детские группы для дошкольников и школьников, развивающие творческие способности, коммуникативные навыки ребенка, помогающие подготовиться и адаптироваться в школе. Существуют детско-родительские группы, корректирующие дисгармоническое развитие ребенка.

Танцетерапия имеет возможность работать с сильными эмоциями. Именно через движение (хлестание, толкание) можно дать выход и трансформировать сильные эмоции.

Задачи: 1) формирование безопасного пространства, терапевтических отношений. 2) Найти способ соответствия друг другу мыслей, чувств и действия. 3) Освобождение и раскрытие информации, которая лежит в основе симптомов, болей, разного рода телесных дискомфорта и ограничений в движении. 4) Развитие самоуважения самопринятия и глубинного доверия к себе и к жизненному процессу, развитие постоянного контакта с ресурсами.

Существует три основные области работы танцетерапевта:

1) Тело и его движения. Цель: активизация тела, осознания своих телесных ощущений 2) Межличностные отношения. В результате групповой ТДТ большинство участников переживают более глубокий и богатый уровень общения, выражая чувства через движения тела, во время движения под общий ритм. 3) Самосознание. Исследование собственных движений, телесных ощущений углубляет самосознание, способствует личностному развитию и совершенствованию.

ТДТ позволяет решить свои личностные проблемы, связанных с отношениями с другими людьми, тревогами и страхами, кризисными жизненными ситуациями, потерей жизненного смысла, непониманием себя. Индивидуальная форма: исследование репертуара своих движений, благодаря чему открываются невыраженные эмоции, которые были заблокированы в теле и освоение новых движений.

Групповая форма: процесс групповой ТДТ основан на том, что терапевт направляет спонтанность движений участников, развивает их. Типичная групповая сессия включает в себя 3 части: разогрев, его развитие и завершение.

К потере контакта с телом приводят: 1) Любого рода физическое, эмоциональное или психологическое насилие. 2) Ранние детские болезни, трудные роды, дефекты при рождении, травмы тела. 3) Другие травмы тела, включая несчастные случаи и хирургические вмешательства. 4) Плохие ранние объектные отношения. 5) Неадекватные или нарушенные границы в межличностных отношениях членов семьи. 6) Критика и чувство стыда. 7) Раннее оставление или игнорирование ребенка. 8) Религиозное обесценивание чувственности, потребности и роли тела. 9) Выживание в катастрофах, стихийных бедствиях, войнах.

Телесно-ориентированная психотерапия (В. Райх) (соматическая психология) - одно из основных направлений современной практической психологии; синтетический метод «исцеления души через работу с телом», с запечатленными в теле переживаниями и проблемами человека.

Особенно эффективна ТОП для лечения психосоматических заболеваний, неврозов, последствий психических травм и ПТСР, депрессивных состояний. Особенность ТОП в целостном подходе к человеку Личность = Тело + Разум + Душа.

Преимущество ТОП в том, что она позволяет, изящно обходя сопротивление клиента, очень бережно подойти к его внутренним переживаниям. А главное, психология тела – это кратчайшая дорога к бессознательному, а значит к истокам проблем. Вместе с тем работа с телом направлена не только на решение психологических проблем и лечение психических нарушений, но и на общее оздоровление организма. основополагающим постулатом, обеспечившим последующий вектор развития данного направления психотерапии, стало понятие мускульного/ мышечного панциря (зажимы создаются в качестве защиты против беспокойства, которое возникает у ребенка на основе сексуальных желаний и сопровождается страхом наказания). Впоследствии такие эго-защиты становятся постоянными чертами характера, образуется характерный панцирь. В. Райх выделял 7 сегментов панциря: 1) Глаза (страх: раскрытие глаз широко, чтобы задействовать веки и лоб; гимнастика для глаз). 2) Рот (гнев, плач: имитация плача, движений губами, кусания, гримасничания). 3) Шея (гнев, крик: крики, пение, рвотные движения, высовывание языка, наклоны и вращения головы). 4) Грудной сегмент (смех, печаль, страстность: работа над дыханием). 5) Диафрагма (сильный гнев). 6) Живот (страх нападения, злость, неприязнь). 7) Таз (возбуждение, гнев, удовольствие).

Семейная психотерапия – модификация отношений между членами семьи как системы с помощью психотерапевтических и психокоррекционных методов и с целью преодоления негативной психологической симптоматики и повышения функциональности семейной системы. В семейной терапии психологические симптомы и проблемы рассматриваются как результат, дисфункциональных взаимодействий членов семьи. СП реализует интерперсональный подход к решению проблем, задача психотерапевта состоит в том, чтобы изменить с помощью соответствующих воздействий семейную систему в целом.

В семье или заменяющей ее группе, в которой живет психосоматический больной, имеется структура, опирающаяся на страдание заболевшего. За счет больного в семье создается патологическое равновесие. Психосоматический больной часто является «носителем проблем» семьи. Тем самым больной осуществляет, с одной стороны, разгрузочную функцию, поскольку забота о нем препятствует выплескиванию подпороговых внутрисемейных конфликтов.

Картина взаимодействия в психосоматических семьях характеризуется запутанностью, чрезмерной заботливостью, избеганием конфликта, ригидностью и несоблюдением границ между поколениями. Такая семья функционирует лучше всего, когда кто-то в ней болен. Концепция семейной психосоматики имеет целью не только коррекцию заболевшего члена семьи, но и прежде всего улучшение внутрисемейных отношений.

В проведении СП выделяются 4 этапа: 1) диагностический (семейный диагноз); 2) ликвидация семейного конфликта; 3) реконструктивный; 4) поддерживающий.

Семейный диагноз - типизация нарушенных семейных отношений с учетом индивидуально-личностных свойств членов семьи и характеристик болезни одного из них. На втором этапе осуществляется выявление и прояснение истоков семейного конфликта и ликвидация его посредством эмоционального отреагирования каждого члена семьи, вовлеченного в конфликт, в результате установления адекватного контакта с психотерапевтом. На этапе реконструкции семейных отношений осуществляется групповое обсуждение актуальных семейных проблем либо в отдельно взятой семье, либо в параллельных группах пациентов со сходными проблемами и их родственников. На поддерживающем этапе в естественных семейных условиях закрепляются навыки эмпатического общения и возросший диапазон ролевого поведения, заслушиваются ответы о динамике внутрисемейных отношений, проводится коррекция приобретенных навыков общения в реальной жизни.

Наиболее часто в СП применяются психотехнические приемы, используемые в групповой психотерапии: 1) эффективное использование молчания; 2) умение слушать; 3) обучение с помощью вопросов; 4) повторение; 5) суммарное повторение; 6) уточнение и отражение эмоций 7) конфронтация; 8) проигрывание ролей; 9) создание «живых скульптур»; 10) анализ видеомagneфонных записей.

Принцип системности формирования семейных отношений, взаимосвязь отдельных личностей и межличностных отношений, согласно которой стиль общения, характер взаимодействия, тип воспитания, личностные особенности членов семьи образуют замкнутый, постоянно воспро-

изводящийся гомеостатический цикл. СП является методом разрушения такого цикла, когда он становится патологическим, и создания конструктивных альтернатив семейного функционирования.

Семейная система может быть описана по нескольким параметрам: 1) особенности взаимоотношений членов семьи; 2) гласные и негласные правила жизни в семье; 3) семейные мифы; 4) семейные границы; 5) стабилизаторы семейной системы; 6) история семьи.

НЛП занимается исследованием структуры субъективного опыта – нашего собственного способа построения своего уникального внутреннего мира, поэтому оно вполне подходит для того, чтобы исследовать здоровье и воздействовать на него

Здоровье и болезнь с точки зрения НЛП являются субъективными переживаниями. Мы сами определяем уровень своего здоровья, оценивая свои ощущения. (Что значит для вас быть здоровым? Как это можно ощутить?).

Основные положения НЛП (принципы): 1) Карта не есть территория. Человеческие существа никогда не могут постичь всей полноты действительности. То, что мы познаем, – лишь наше восприятие этой действительности. Люди реагируют на свое собственное восприятие реальности, каждый человек обладает своей собственной индивидуальной «картой мира». Смысл коммуникации заключается в реакции, которую оно вызывает; люди уже обладают всеми ресурсами, необходимыми для эффективных действий; любое поведение представляет собой выбор лучшего варианта из имеющихся в данный момент.

2) Жизнь и сознание являются системными процессами. Процессы, происходящие в человеке и при взаимодействии его с окружающей средой, являются системными, невозможно полностью изолировать какую-либо часть системы от всей остальной системы. Люди не могут не оказывать влияния друг на друга. Окружающая обстановка и контексты меняются. Для успешной адаптации и выживания необходима определенная гибкость. Между миром и нашим представлением об этом мире («картой») существует неустранимое различие.

Модель «НС – ЖС». «Стартуя» в исцеление, вы находитесь в вашем настоящем состоянии (НС) – болезненном и проблемном. Ваша цель – желаемое состояние здоровья (ЖС) – тот результат, которого вы хотите добиться. Для того чтобы это продвижение осуществилось, вам нужны: 1) Точное знание, куда вы идете; 2) Ресурсы 3) Техники

Модель SCORE (счет) определяет первичные компоненты, необходимые для эффективной организации информации о проблемном пространстве, относящемся к конкретной цели или процессу исцеления. Название модели состоит из: симптомы, причины, результаты, ресурсы, эффекты. Данные элементы представляют собой то минимальное количество информации, которое необходимо собрать для эффективного обращения с проблемным пространством. 1) Симптомы являются наиболее осознанными сторонами представляемой проблемы 2) Причины – это основные элементы, отвечающие за создание и поддержание симптомов. 3) Результаты – это конкретные цели или желаемые состояния, которые должны прийти на смену симптомам. 4) Ресурсы – это основные элементы, ответственные за устранение причин симптомов и выражение и поддержание желаемых результатов. 5) Эффекты – это более долговременные следствия достижения конкретного результата.

Система «фрейм-результата». Чтобы достичь успеха, необходимо ясно представлять себе результат. Хорошо сформулированная цель должна быть: определена в позитивных и вполне конкретных сенсорных категориях, практична и достижима, необходима как таковая, предполагать процедуру проверки и разнообразие средств для ее достижения. Последовательно ответьте на вопросы: 1) Результат. 2) Признаки. 3) Условия. 4) Средства. 5) Ограничения. 6) Последствия. 7) Ценность.

Существуют два важных вопроса, касающиеся любой проблемы здоровья: На какие факторы вы можете воздействовать? Какой из них вызовет наиболее сильное изменение? Одни факторы поддаются нашему влиянию в значительной степени, другие – только частично, а третьи вовсе не поддаются. При работе со здоровьем имеет практическую пользу представление о различных уровнях контроля и влияния.

НЛП рассматривает человека как живую систему, получающую информацию о мире, перерабатывающую ее, на основе этой переработки делающую определенные выводы, на основе которых выбирается тип взаимодействия со средой. Поддержание гомеостатических характеристик, успешное взаимодействие со средой зависит от точности информации, которую система получает от среды. Тактикой терапевта является: установление раппортных отношений, сбор информации об актуальном и желаемом состоянии пациента, создание модели обоих этих состояний, выбор и проведение терапевтической техники, позволяющей изменить настоящее состояние в сторону желаемого. Раппорт – это особый контакт с пациентом, позволяющий терапевту проводить терапевтическую интервенцию. Описывают две стадии раппортных отношений – подстройка и ведение. Подстройка на поведенческом уровне – прямое зеркальное повторение элементов невербального поведения пациента (позы, моргания, дыхания, темпа речи и т. д.). Ведение – изменение терапевтом элементов невербального поведения и вслед за этим такое же изменение на бессознательном уровне, осуществляемое пациентом.

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

Основная цель проведения практического занятия заключается в закреплении знаний, полученных в ходе прослушивания лекционного материала.

Практические занятия проводятся в форме заслушивания докладов и обсуждения материала. Обсуждение направлено на лучшее усвоение изученного материала, освоение научных основ, эффективных методов и приемов решения конкретных практических задач, на развитие способностей к творческому использованию получаемых знаний и навыков.

Практическое занятие по данной дисциплине проводится также в форме устного опроса студентов по плану практических занятий, предполагающего проверку знаний усвоенного лекционного материала.

В ходе подготовки к практическому занятию студенту следует просмотреть материалы лекции, а затем начать изучение учебной литературы. Следует знать, что освещение того или иного вопроса в литературе часто является неполным, ориентированным в большей степени на одни разделы дисциплины, и в меньшей – на другие. Поэтому не следует ограничиваться одним учебником, научной статьей или монографией, а рассмотреть как можно больше материала по интересующей теме, представленного в системе ЭБС.

Студенту рекомендуется следующая схема подготовки к практическому занятию:

1. Проработать конспект лекций;
2. Прочитать основную и дополнительную литературу, рекомендованную по изучаемому разделу;
3. Ответить на вопросы плана практического занятия;
4. Выполнить домашнее задание;
5. При затруднениях сформулировать вопросы к преподавателю.

При подготовке к практическим занятиям следует руководствоваться указаниями и рекомендациями преподавателя, использовать основную литературу из представленного им списка. Для наиболее глубокого освоения дисциплины рекомендуется изучать литературу, обозначенную как «дополнительная» в представленном в рабочей программе дисциплины списке.

При подготовке доклада на практическое занятие желательно заранее обсудить с преподавателем перечень используемой литературы, за день до практического занятия предупредить о необходимых для предоставления материала технических средствах, напечатанный текст доклада предоставить преподавателю.

Если при изучении отдельных вопросов возникнут трудности, студент может обратиться к преподавателю за консультацией (устной или письменной).

Таим образом, значительную роль в изучении предмета выполняют практические занятия, которые призваны, прежде всего, закреплять теоретические знания, полученные в ходе прослушивания и запоминания лекционного материала, ознакомления с учебной и научной литературой, а также выполнения самостоятельных заданий. Тем самым практические занятия способствуют получению наиболее качественных знаний, помогают приобрести навыки самостоятельной работы.

Практические занятия

Тема 1. Понятие и базовые проблемы психологии телесности.

1. Понятие психологии телесности. Феноменология телесности.
2. Тело как культурный феномен.
3. Семиотика телесности.
4. Смысловое опосредование телесности.
5. Возрастные особенности восприятия собственного тела.
6. Здоровье и болезнь в контексте психологии телесности.

Тема 2. Понятие психосоматики и психосоматических расстройств.

1. Понятие психосоматики.
2. Появление идей психосоматики в работах Хайнрота.
3. Понимание психосоматических расстройств З. Фрейдом.
4. «Психосоматическая медицина» Ф. Александера.
5. Развитие идей психосоматической медицины во второй половине XX века.
6. Современное понимание психосоматических расстройств.

Тема 3. Концепции происхождения психосоматических расстройств.

1. Конверсионная модель формирования психосоматических симптомов З. Фрейда.
2. Модель вегетативного невроза и теория векторов Ф. Александера.
3. Психосоматический симптом как результат нарушения объектных отношений или утраты объекта.
4. Эго-психология Кохута.
5. Концепция десоматизации Шура.
6. Психосоматический симптом как следствие ролевого конфликта (Я. Морено).
7. Когнитивные модели возникновения психосоматических расстройств.
8. Психосоматический симптом как результат дисфункции семейной системы.
9. Отечественные концепции происхождения психосоматических расстройств.

Тема 4. Виды и формы психосоматических расстройств.

1. Классификация психосоматических расстройств (работа с МКБ-10 и DSM-IV).
2. Соматоформные расстройства.
3. Конверсионные расстройства.
4. Соматизированные расстройства.
5. Соматоформные болевые расстройства.
6. Ипохондрия.
7. Диморфическое расстройство.

Тема 5. Частная психосоматика.

1. Психосоматические болезни органов дыхания.
2. Сердечно-сосудистые заболевания.
3. Психосоматика пищевого поведения и желудочно-кишечные заболевания.
4. Болезни эндокринной системы.
5. Кожные и гинекологические психосоматические заболевания.

6. Болезни опорно-двигательного аппарата.
7. Психовегетативные расстройства.
8. Онкологические заболевания.
9. Инфекционные болезни.
10. Головная боль.
11. Психосоматические аспекты депрессии.

Тема 6. Общие принципы и методы диагностики психосоматических заболеваний.

1. Общие положения и базовые принципы в диагностике психосоматических заболеваний.
2. Диагностическая беседа и клинико-биографический метод.
3. Специализированные психологические тесты в психосоматической практике
4. Использование тестов диагностики психических свойств и состояний в работе с психосоматическими пациентами.
5. Проективные тесты в работе с психосоматическими пациентами.
6. Методы анализа продуктов и процессов деятельности.

Тема 7. Многоосевая диагностика психосоматических заболеваний.

1. Понятие многоосевой диагностики и ее преимущества в работе с психосоматическими пациентами.
2. Характеристика осей (направлений) диагностики.
3. Многоосевая диагностика детей и подростков.
4. Построение обследования при использовании многоосевой диагностики.

Тема 8. Психотерапия психосоматических заболеваний.

1. Общие вопросы терапии психосоматических пациентов.
2. Суггестивная психотерапия: возможности, ограничения, техники.
3. Психосинтез: возможности, ограничения, техники.
4. Терапия, фокусированная на решении: возможности, ограничения, техники.
5. Позитивная психотерапия: возможности, ограничения, техники.
6. Гештальт-терапия: возможности, ограничения, техники.
7. Когнитивно-поведенческая психотерапия: возможности, ограничения, техники.
8. Символдрама и психодрама: возможности, ограничения, техники.
9. Транзактный анализ: возможности, ограничения, техники.
10. Арт-терапия и креативная визуализация: возможности, ограничения, техники.
11. Танцевально-двигательная терапия: возможности, ограничения, техники.
12. Телесно-ориентированная психотерапия: возможности, ограничения, техники.
13. Семейная психотерапия: возможности, ограничения, техники.
- Нейролингвистическое программирование: возможности, ограничения, техники.
14. Нейролингвистическое программирование: возможности, ограничения, техники.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ЛАБОРАТОРНЫМ ЗАНЯТИЯМ

Основная цель проведения лабораторного занятия заключается в закреплении знаний, полученных на лекциях и практических занятиях, формирование умений практического применения полученных знаний.

Лабораторные работы предполагают отработку умений, сформированных на практических занятиях. Для успешного выполнения работы вначале необходимо повторить теоретический материал по соответствующей теме. При первом прочтении выделяются смысловые блоки для дальнейшего анализа. При повторном прочтении определяются точные формулировки ответов на вопросы для анализа. Отчет о лабораторной работе оформляется письменно и сдается на проверку непосредственно после занятия.

Лабораторные работы выполняются студентами в микрогруппах, что способствует развитию коммуникативных качеств, общекультурных и профессиональных компетенций.

Лабораторные занятия

Тема 3. Концепции происхождения психосоматических расстройств.

Анализ конкретного случая развития психосоматических заболеваний (по книге С.А. Кулакова Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2003). Рассматриваются случаи Ирины (с. 57), Виктории (с. 141), Алексея (с. 102).

Вопросы для анализа случаев:

1. Назовите психотравмирующие событие, приведшие к формированию психосоматических заболеваний.

2. Какая эмоция являлась доминирующей в каждом из рассматриваемых событий?

3. При помощи какой концепции (модели) можно объяснить возникновение психосоматического расстройства в каждом из рассматриваемых случаев?

После ответа на вопросы по каждому из случаев заполняется следующая таблица:

№ п/п	Событие	Эмоция	Симптом / заболевание
1			
2			

Тема 4. Виды и формы психосоматических расстройств.

1) Работа с МКБ-10. Студенты знакомятся списанием психосоматических расстройств по МКБ-10.

2) Анализ конкретного случая развития психосоматических заболеваний (по книге С.А. Кулакова Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2003). Рассматривается случай Павла (с. 70).

Вопросы для анализа случая:

1. Назовите психотравмирующие событие, приведшие к формированию психосоматических заболеваний.

2. Какая эмоция являлась доминирующей в каждом из рассматриваемых событий?

3. При помощи какой концепции (модели) можно объяснить возникновение психосоматического расстройства?

4. Определите код каждого из описанных психосоматических расстройств по МКБ-10.

Тема 5. Частная психосоматика.

1) Анализ конкретного случая развития психосоматических заболеваний (по книге С.А. Кулакова Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2003). Рассматриваются случаи Натальи (с. 95), Татьяны (с. 131).

Вопросы для анализа случаев:

1. Назовите психотравмирующие событие, приведшие к формированию психосоматических заболеваний.

2. Какая эмоция являлась доминирующей в каждом из рассматриваемых событий?

3. При помощи какой концепции (модели) можно объяснить возникновение психосоматического расстройства в каждом из рассматриваемых случаев?

После ответа на вопросы по каждому из случаев заполняется следующая таблица:

п/п	Событие	Эмоция	Симптом / заболевание

2) Анализ собственных заболеваний студентов (за последние два года). Оценка вероятности того, что эти заболевания являются психосоматическими (работа в микрогруппах).

Тема 6. Общие принципы и методы диагностики психосоматических заболеваний.

1) Работа с диагностическими методиками, рассмотренными на практическом занятии.

2) Работа с автобиографией Оксаны Л. (по книге С.А. Кулакова Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2003. – с. 110).

Тема 7. Многоосевая диагностика психосоматических заболеваний.

Отработка навыков многоосевой диагностики психосоматических заболеваний. Работа осуществляется в парах.

Тема 8. Психотерапия психосоматических заболеваний.

Отработка умений использования техник психотерапии психосоматических заболеваний. Студенты разбиваются на тройки (клиент, психолог, супервизор) и отрабатывают 1-2 техники (по выбору). Затем оформляется отчет о проделанной работе.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Для работы со студентами рекомендуют к применению следующие формы самостоятельной работы.

Работа с литературой

Важной составляющей самостоятельной внеаудиторной подготовки является работа с литературой по всем формам занятий: семинарским, практическим, при подготовке к зачетам, экзаменам, тестированию, участию в научных конференциях.

Один из методов работы с литературой – повторение: прочитанный текст можно заучить наизусть. Простое повторение воздействует на память механически и поверхностно. Полученные таким путем сведения легко забываются.

Более эффективный метод – метод кодирования: прочитанный текст нужно подвергнуть большей, чем простое заучивание, обработке. Чтобы основательно обработать информацию и закодировать ее для хранения, важно провести целый ряд мыслительных операций: прокомментировать новые данные; оценить их значение; поставить вопросы; сопоставить полученные сведения с ранее известными. Для улучшения обработки информации очень важно устанавливать осмысленные связи, структурировать новые сведения. При изучении дисциплины важным вариантом кодирования информации является составление схем и таблиц. В этом случае помимо вербальной (словесной), задействуется моторная память, что способствует более полному усвоению материала.

Изучение научной учебной и иной литературы требует ведения рабочих записей. Форма записей может быть весьма разнообразной: простой или развернутый план, тезисы, цитаты, конспект.

План – структура письменной работы, определяющая последовательность изложения материала. Он является наиболее краткой и потому самой доступной и распространенной формой записей содержания исходного источника информации. По существу, это перечень основных вопросов, рассматриваемых в источнике. План может быть простым и развернутым. Их отличие состоит в степени детализации содержания и, соответственно, в объеме.

Выписки представляют собой небольшие фрагменты текста (неполные и полные предложения, отделы абзацы, а также дословные и близкие к дословным записи об излагаемых в нем фактах), содержащие в себе основную идею (идеи) прочитанного текста. Выписки представляют собой более сложную форму записи содержания исходного источника информации. По сути, выписки – не что иное, как цитаты, заимствованные из текста. Выписки позволяют в концентрированной форме и с максимальной точностью воспроизвести наиболее важные мысли автора, статистические и фактологические сведения.

Тезисы – сжатое изложение содержания изученного материала в утвердительной (реже опровергающей) форме. Отличие тезисов от обычных выписок состоит в том, что тезисам присуща значительно более высокая степень концентрации материала. В тезисах отмечается преобладание выводов над общими рассуждениями. Записываются они близко к оригинальному тексту, т.е. без использования прямого цитирования.

Аннотация – краткое изложение основного содержания исходного источника информации, дающее о нем обобщенное представление. К написанию аннотаций прибегают в тех случаях, когда подлинная ценность и пригодность исходного источника информации исполнителю письменной работы окончательно неясна, но в то же время о нем необходимо оставить краткую запись с обобщающей характеристикой.

Резюме – краткая оценка изученного содержания исходного источника информации, полученная, прежде всего, на основе содержащихся в нем выводов. Резюме весьма сходно по своей сути с аннотацией. Однако, в отличие от последней, текст резюме концентрирует в себе данные не из основного содержания исходного источника информации, а из его заключительной части, прежде всего выводов. Но, как и в случае с аннотацией, резюме излагается своими словами – выдержки из оригинального текста в нем практически не встречаются.

Конспект представляет собой сложную запись содержания исходного текста, включающая в себя заимствования (цитаты) наиболее примечательных мест в сочетании с планом источника, а также сжатый анализ записанного материала и выводы по нему.

При выполнении конспекта требуется внимательно прочитать текст, уточнить в справочной литературе непонятные слова и вынести справочные данные на поля конспекта. Нужно выделить главное, составить план. Затем следует кратко сформулировать основные положения текста, отметить аргументацию автора. Записи материала следует проводить, четко следуя пунктам плана и выражая мысль своими словами. Цитаты должны быть записаны грамотно, учитывать лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля. Необходимо указывать библиографическое описание конспектируемого источника.

Самостоятельная работа студентов является обязательной для каждого студента, а её объём определяется учебным планом. Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов.

Самостоятельная работа – одна из важнейших форм овладения знаниями. Самостоятельная работа включает многие виды активной умственной деятельности студента: слушание лекций и осмысленное их конспектирование, глубокое изучение источников и литературы, консультации у преподавателя, подготовка к практическим занятиям, экзаменам, самоконтроль приобретаемых знаний и т.д.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки рабочей программы, особое внимание уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса.

Тематика заданий для самостоятельной работы включает в себя задания для самостоятельной работы.

Задания для самостоятельной работы:

1. Конспект «История становления психосоматики и психосоматической медицины»;
2. Работа с МКБ-10 и DSM-IV (с описанием отдельных групп заболеваний), сравнительный анализ двух классификаций.
3. Поиск примеров к вопросам практического занятия (по теме 5 «Частная психосоматика»);
4. Выполнение заданий, полученных на лекции;
5. Подготовка к практическому занятию.

Важным направлением самостоятельной работы студентов при изучении дисциплины «Психосоматика и психология телесности» является выполнение заданий, полученных в ходе лекции. Совокупность заданий по каждой теме направлена на дополнение конспекта лекции, уточнение понятий, составление схем и т.д. Так, студентам может быть предложено выписать значение терминов, более подробно рассмотреть то или иное явление, проанализировать социально-исторический контекст возникновения и становления того или иного подхода к пониманию психосоматических заболеваний и т.д. Конкретный состав заданий определяется количеством аудиторных часов и часов для самостоятельной работы, предусмотренных для изучения темы. Общим для всех заданий является их малый объём и направленность на дополнение конспекта лекции. Выполняются задания, как правило, в лекционных тетрадях.

Подготовка к практическому занятию включает повторение материала лекции, чтение дополнительной литературы, конспектирование материала в соответствии с планом практических занятий.