



«ПСИХОСОМАТ УКА»

Три этапа в развитии концепций психосоматической медицины по G. Engel (1952)

- **В XIX веке считалось, что первично заболевают клетки организма, что влечет за собой поражение структуры органа, и на этой основе возникают функциональные нарушения;**
- **В начале XX века господствовало убеждение о первоначальном развитии функциональных расстройств, приводящих к клеточной патологии с последующим нарушением структуры органов.**
- **Со времени утверждения в правах гражданства психосоматической медицины (середина XX века) возникает иная трактовка многих патологических состояний.**
Считается, что вначале появляются психологические расстройства, влекущие за собой функциональные нарушения, которые могут со временем усложниться клеточной патологией и, как следствие, поражением структуры.

- *После Первой мировой войны в немецкой психиатрии появляется прилагательное «психосоматический», которое позже распространяется в других странах, в первую очередь в США, для отграничения определенной группы болезней.*
- *В 30-40-х годах XX века рядом зарубежных исследователей была предпринята попытка выделения из числа соматических заболеваний группы психосоматических болезней, в возникновении и рецидивировании которых ведущая роль принадлежала психогенному фактору (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, гипертиреоз и др.).*

ПСИХОСОМАТИКА

Невроз поражает душу,
которая избирает тот или иной
орган специально для того,
чтобы проявить это свое
поражение вовне.

Карл Ясперс



ПСИХОСОМАТИКА

*(от греч. **psyche** — душа и **soma** — тело),*

**в широком смысле термин,
принятый в медицине для обозначения
такого подхода к объяснению болезней,
при котором особое внимание
уделяется роли психических факторов
в возникновении, течении и
исходе соматических заболеваний.**

ПСИХОСОМАТИКА –

болезни, вызванные психическими причинами

Клиническая характеристика психофизиологических расстройств

- ***Психосоматическими*** обычно считают расстройства функций органов и систем, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов (стресс, разного рода конфликты, кризисные состояния и т. д.).
- Термин «***психосоматическое заболевание***», или «***психосоматическое расстройство***», является наиболее распространенным. Значительно реже употребляются такие его синонимы, как «психофизиологическое расстройство», «болезнь стресса», «патология современной цивилизации», «болезнь адаптации и дезадаптации» и т. д.

История изучения проблемы психосоматических взаимосвязей

- Психосоматическая проблема как таковая возникла в древности, когда у истоков научной медицины стояли две школы, отражающие два подхода к трактовке общей концепции болезни:
- первая – гиппократическая школа **Косса**;
- вторая – школа первых анатомов **Книдоса**.

Первая трактовала болезнь как расстройство отношений между субъектом и действительностью (динамическая, гуморально-духовная, «психосоматическая» концепция);

вторая рассматривала болезнь как поражение какой-то материальной структуры (механическая, органная ориентация).

- **Исходные формулы оценки болезни и больного при этом различны.**
- В первом случае – "человек болен", во втором – "у человека есть болезнь".
- Это противопоставление (патология органа или патология отношения) проходит через всю историю медицины

В диалоге «Хармид» Платон рассказывал Сократу об одном юноше, который страдал головной болью :

- «Если будет хорошо с глазами, то хорошо пойдёт и с головой, а если будет хорошо с головой, то будет хорошо и всему телу, а **тело нельзя лечить без души**. Ибо от души идет всё - как доброе, так и злое, как на тело, так и на всего человека... А душа должна лечиться особыми целебными разговорами... Однако эти целебные разговоры должны быть и красивыми речами. Благодаря речам такого рода в душе преобладает благоразумие».

Психосоматическая медицина возникла (точнее, вновь возродилась) как своеобразная реакция на узкий, локалистический подход в медицине.

- Возник особый интерес к роли в болезни **психологических и социальных** факторов.
- Это тем более актуально, что по статистическим данным примерно 1/3 больных, приходящих на прием к врачу, страдают функциональными или эмоционально обусловленными расстройствами.

Факторы зависимости здоровья

- от образа жизни -
на 50 %
- от наследственности -
на 20—25 %
- от факторов окружающей
среды –
на 20-25 %
- от уровня развития
здравоохранения –
на 5-10 %



Господствует мнение, что психосоматические болезни принадлежат к **болезням цивилизованного мира.**

Считается, что высокий уровень жизни чреват этими болезнями цивилизации и что у «детей природы» и в развивающихся странах таких болезней нет или они редки.

- **Психика и соматика** – две стороны единого процесса, **психосоматическое заболевание** – выражение того, что процесс разорван – наступила некоторая рассогласованность.
- **Психосоматическая эра** началась с работ **Фрейда** по конверсионной симптоматике истерии.
- **Фрейд** считал, что симптом – это выражение конфликта между требованиями инстинкта и защитами

- **Психосоматозы** - расплата современного человека за умение властвовать над собой, т.е. постоянный контроль и сдерживание своих потребностей.
- **Сеченов писал**: "Любой стресс должен оканчиваться двигательной реакцией, если человек сдерживает ее, то **эта реакция переадресуется с мышц на внутренние органы** и эта реакция выходит через изменения функции внутренних органов.
- Об этом писали Сеченов, Анохин, Павлов: **"Наши страсти должны загоняться в мышцы."**



ОСНОВНЫЕ ТЕОРИИ психосоматической патологии

ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ ПСИХОСОМАТОЗОВ

Психоаналитическая теория З. Фрейда - в основе лежат идеи внутриличностного конфликта: наличие в психике человека 2-х одинаковых по силе мотивов, но противоположных по направленности.

Неофрейдисты (Г. Салливан, Э. Фромм, К. Хорни) рассматривали ПС заболевание как результат нарушения биологических и социальных механизмов адаптации к общеприродной и социальной среде.

Теория "**групповой психодинамики**" : групповой конфликт ведет к деструктивным формам поведения, неврозам. Если нет возможности проявления этого бессознательного нежелания поддерживать контакт с группой в указанных формах, то "протест группе" выражается в соматическом заболевании. Симптомы болезни символизируют конфликты между индивидом и его социальным окружением.

Зигмунд Фрейд



Зигмунд Фрейд

- **КОНВЕРСИОННАЯ МОДЕЛЬ**
- Как первую психосоматическую модель психоанализ развил понятие **конверсии**. Фрейд описал её как истерический симптомокомплекс.
- **Классическими примерами её были:**
психогенные параличи руки, истерические припадки, истерическая дисбазия (нарушение ходьбы) или психогенная анестезия (нарушение чувствительности).

КОНВЕРСИОННАЯ МОДЕЛЬ

- **подавленные** в результате психической травмы воспоминания и связанная с ними психическая энергия может путем конверсии проявляться в соматических симптомах
- **«загадочный скачок из душевного в соматическое»**

- **Понятие *психологической защиты*** обязано своим происхождением психоаналитической теории и ее основателю – З.Фрейду.
- Впервые оно было сформулировано в 1894 г.
- Согласно Фрейду, защитные механизмы являются врожденными; они запускаются в экстремальной ситуации и выполняют функцию **«снятия внутреннего конфликта»**

ФРАНЦ АЛЕКСАНДЕР



ВЕКТОРНАЯ КОНЦЕПЦИЯ

**Теория специфического
психодинамического
конфликта**

Теория «психосоматической специфичности» Ф. Александера

Франц Александер (Alexander F., 1891-1964) предложил обширную и связанную теорию объяснения психосоматических связей. Возникновение и течение болезней управляется тремя группами переменных:

- 1) личностная диспозиция ("психодинамическая конфигурация с соответствующими процессами психологической защиты"), которая складывается с детства.
- 2) провоцирующая эмоциогенная жизненная ситуация, когда какие-либо переживания и события предшествуют болезни, оживляя центральный бессознательный конфликт.
- 3) определенная конституция - "соматическая подверженность" или «неполноценность органа».

Александер большое значение придавал "вегетативному сопровождению" эмоций в возникновении патологии органа. Если эмоция неотреагирована в действиях или в символической форме (конверсия), то это приводит к хроническим вегетативным сдвигам и в конечном итоге к деструкции органа.

Ф. Александер (F. Alexander)

- Теория специфического психодинамического конфликта
- впервые в 1950г. предложил теорию, в которой психологические гипотезы связывались с физиологическими и патологическими соматическими процессами.
- психосоматическое заболевание – это не символизация эмоций (как считал З. Фрейд), а физиологический ответ органа на хронически существующее или периодически повторяющееся **эмоциональное состояние.**

Ф. Александер (F. Alexander)

- Часть эмоций реализуется через **симпатическую** нервную систему, а другие – через **парасимпатическую**.
- Первые ведут к таким заболеваниям как **гипертоническая болезнь, артриты, мигрень, диабет**, а вторые – к **язвенной болезни, бронхиальной астме, язвенному колиту**.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАССТРОЙСТВ ПО УРОВНЮ ВЫТЕСНЕНИЯ

Истерические конверсии.

A large blue downward-pointing arrow with a white outline, indicating a flow from the first level to the second.

Вегетативные неврозы.

A large blue downward-pointing arrow with a white outline, indicating a flow from the second level to the third.

Психосоматозы.

Концепция "личностных профилей" Ф. Данбар

Американский врач F. Dunbar (1943) пыталась найти корреляцию между соматическими типами реакций и постоянными личностными параметрами. Она изучила большое количество больных с различными соматическими заболеваниями и заметила значительное сходство в особенностях личности больных одной нозологии.

Концепция «**профиля личности**» - определенные болезни как бы коррелируют с определенным типом личности.

Ф. Данбар описала «**коронарную**» личность, склонную к ангинозным жалобам и развитию инфаркта миокарда. В последующем были описаны: «**язвенная личность**», «**артрическая личность**» и т.д., полагая, что личностные профили имеют важное диагностическое, прогностическое и терапевтическое значение.

ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТНОГО ПРОФИЛЯ (F. Dunbar, 1934)

- нет анализа психосоматических соотношений и траектории развития РЛ в процессе течения соматического заболевания

Предиспозиция

Личностный профиль

«Ангинозная»

Выдержанность, последовательность, целеустремленность, высокая мотивация достижения

«Астматическая»

Подавление реакции на фрустрирующее воздействие (депрессии, гнева), тревожность, подчиняемость, интрапунитивность

«Мигренозная»

Перфекционизм, совестливость, упорство в работе

«Гипертоническая»

Скрытая агрессивность и враждебность

«Язвенная»

Педантизм, мелочность, эмоциональная холодность, застенчивость и одновременно амбициозность

Классическим является описание личности «коронарного» больного, который обозначили-

тип А (Розенман Р., Фридман М.)

Трудолюбивые, работоспособные, обладают здоровым карьеризмом, враждебностью по отношению к другим.

Активны, честолюбивы и не умеют отдыхать.

Внешний вид: спешка, нетерпение, постоянно напряженная лицевая мускулатура, чувство цейтнота. Мания работы, перенапряжение. Они часто недостаточно квалифицированы для выполняемой деятельности.

Личность типа В,

- характеризуются спокойствием, дружелюбием, широтой интересов, умением находить баланс между своими интересами и потребностями окружающих.

Добродушны, философски настроены, контролируют себя, неагрессивны, нечестолюбивы, прощают, доверчивы, часто имеют хобби, которое более значимо, чем работа. **У типа В в 2.5 реже развивается инфаркт, чем у типа А.**

- люди с таким характером отличаются высокой устойчивостью к стрессу, хорошим соматическим здоровьем и большей продолжительностью жизни

- Описывают также **характер типа С**, при котором отмечается пассивность, склонность к самобичеванию, пессимизм, стремление посвятить свою жизнь служению другим, более совершенным людям, неумение выразить свои чувства и потребности
- **депрессия,**
- **выученная беспомощность,**
- **недостаточная эмоциональная экспрессивность,**
- **подавление негативных эмоций,**
- **отсутствие социальной поддержки.**
- **Тип С связывают с повышенным риском злокачественных новообразований.**

Модель алекситимии

- - **своеобразная ограниченность фантазии**. Речь такого человека бедная, связана с текущим моментом, утомляет собеседника и производит впечатление тупости;
- - типичная **неспособность выражать переживаемые чувства**, свои внутренние проблемы и ощущения, часто переходить на жесты вместо слов, ссылаться на слова родственников;
- - большое желание вступать в контакты с другими людьми и поддерживать отношения, **но отношения получаются «пустыми» из-за неспособности выражать свои чувства и разбираться в чужих**;
- - наличие «**ключевой фигуры**» в жизни психосоматического пациента, благодаря ей больной существует. Потеря этой «ключевой фигуры» часто обнаруживается как провоцирующая ситуация в начале болезни или при ухудшении состояния.

Алекситимия



Неспецифические теории возникновения психосоматических расстройств

Теория условных рефлексов:

Русский физиолог И.П. Павлов (1849-1936) в рамках высшей нервной деятельности различал условные и безусловные рефлексы.

Безусловные (врожденные, подкорковые) рефлексы соответствуют тому, что понимается под инстинктами и побуждениями, и служат удовлетворению элементарных потребностей.

Условные рефлексы прижизненны и являются результатом научения. **При построении психосоматических теорий модель условных рефлексов оказалась более значимой.**

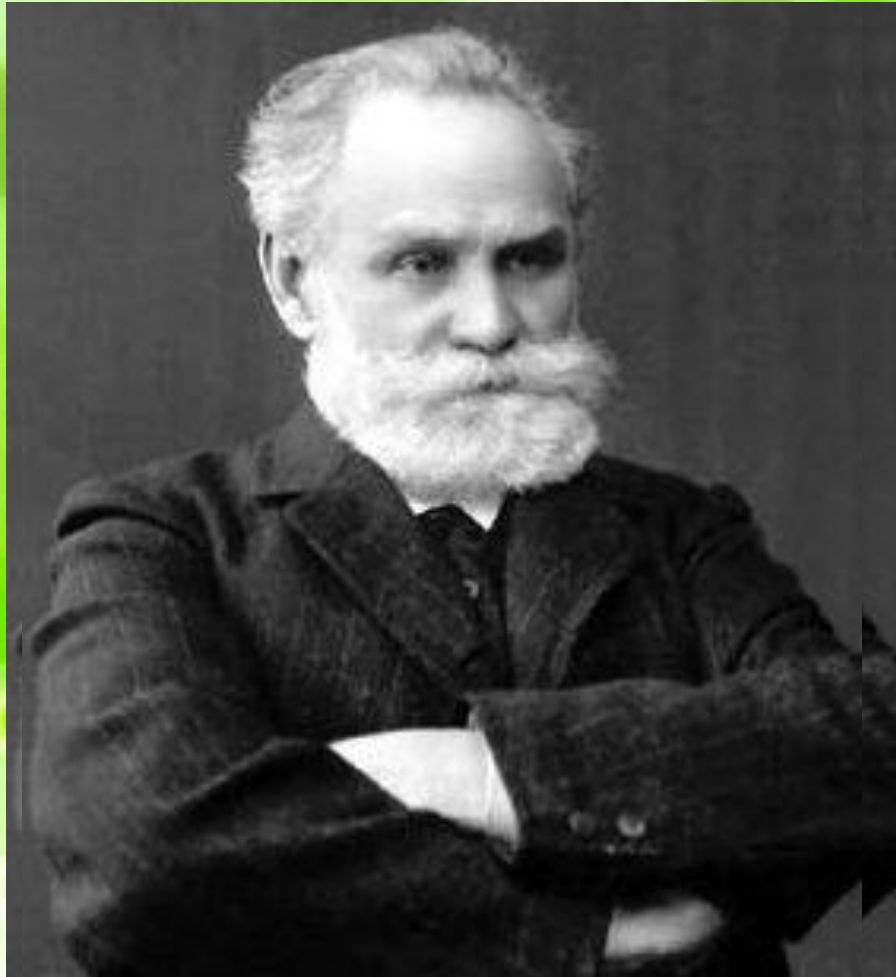
Кортико-висцеральная гипотеза

(Быков К.М., Курцин И.Т., 1960): психосоматические заболевания связаны с первичным нарушением корковых механизмов управления внутренними органами, обусловленными перенапряжением процессов возбуждения и торможения в коре мозга.

Хронический неспецифический стресс (Г.

Селье): **адаптационный синдром** протекает различно в зависимости от того, в какой исходной ситуации находится организм. Именно в фазе истощения происходит слом регулирующих механизмов с необратимыми соматическими изменениями. Таким образом, общий адаптационный синдром может быть **посредником между психосоциальным стрессом и психосоматическим заболеванием.**

И. П. ПАВЛОВ



ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СВЯЗИ

2 вида нервной деятельности:

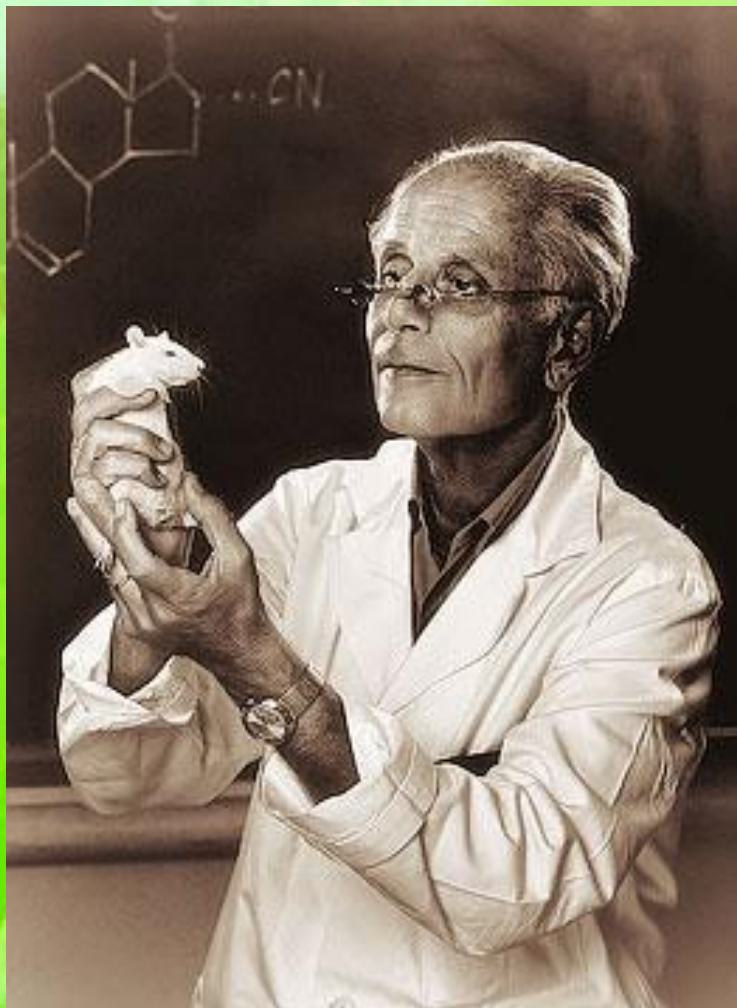
- деятельность низшей нервной системы. **Задача – интеграция связей отдельных частей организма между собой;**
- высшая нервная деятельность.
Задача – гарантировать нормальные сложные взаимосвязи всего организма с окружающим миром

РЕФЛЕКСЫ

- **безусловные** – контролируются подкоркой, врожденные;
- **условные** – контролируются корой и являются результатом научения.

Это элементарное предметное мышление, которое служит адаптации организма к окружающему миру

ГАНС СЕЛЬЕ



**ДЛИТЕЛЬНЫЙ ИЛИ
ИНТЕНСИВНЫЙ СТРЕСС
СОЗДАЕТ
ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ
К СОМАТИЧЕСКИМ
РАССТРОЙСТВАМ**

***УОЛТЕР КЭННОН*- реакции в экстремальных ситуациях**



***ПЕРЕЖИВАНИЕ ЧУВСТВ
СТРАХА И ГНЕВА
ВЫЗЫВАЕТ
ВЕГЕТАТИВНЫЕ
СДВИГИ***

Понятие фрустрации и конфликта

- **Под фрустрацией понимают психическое состояние, обусловленное невозможностью удовлетворения актуальных и доминирующих потребностей.**
- **Проявлениями фрустрации бывают самые различные отрицательные эмоции** (досада, разочарование, тревога, раздражение, злоба, отчаяние).

ИЕРАРХИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ по А.МАСЛОУ

Самореализация

Уважение

Причастность

Безопасность

Физиология

- Существуют разные подходы к классификации потребностей, однако, большинство исследователей выделяют три типа потребностей: ***биологические, социальные и идеальные.***

Биологические потребности

- **Потребности**, обеспечивающие нормальную жизнедеятельность организма, хорошо известны — это потребности в **пище, воде, оптимальных экологических условиях** (содержание кислорода в воздухе, атмосферное давление, температура окружающей среды и т.п.).
- Особое место в этом ряду занимает **потребность в безопасности**.
Неудовлетворенность этой потребности рождает такие ощущения, как тревога и страх.

социальные потребности

- *Социальные потребности* в качестве первоосновы включают следующие их виды:
 - потребность **принадлежать к определенной социальной группе;**
 - потребность занимать в этой группе **определенное положение** в соответствии с субъективным представлением индивида об иерархии этой группы;
 - потребность **следовать поведенческим образцам**, принятым в данной группе. Они направлены на обеспечение взаимодействия индивида с другими представителями своего вида

идеальные потребности

- *Идеальные потребности* составляют биологически обусловленную основу для саморазвития индивида. В эту группу включаются:
 - *потребность в новизне;*
 - *потребность в компетентности;*
 - *потребность преодоления.*

- **Конфликт**ом мы называем существенное противоборство интересов, которые не могут быть полностью удовлетворены без ущерба для одной из сторон

- **Межличностный конфликт**

вызван противоборством интересов нескольких людей: мужа и жены, родителей и детей, начальника и подчиненных, ученика и учителя, врача и больного.

- **Внутриличностный конфликт** – это переживание, вызванное внутренним столкновением нескольких противоборствующих потребностей индивида, негативная окраска которого задерживает принятие решения

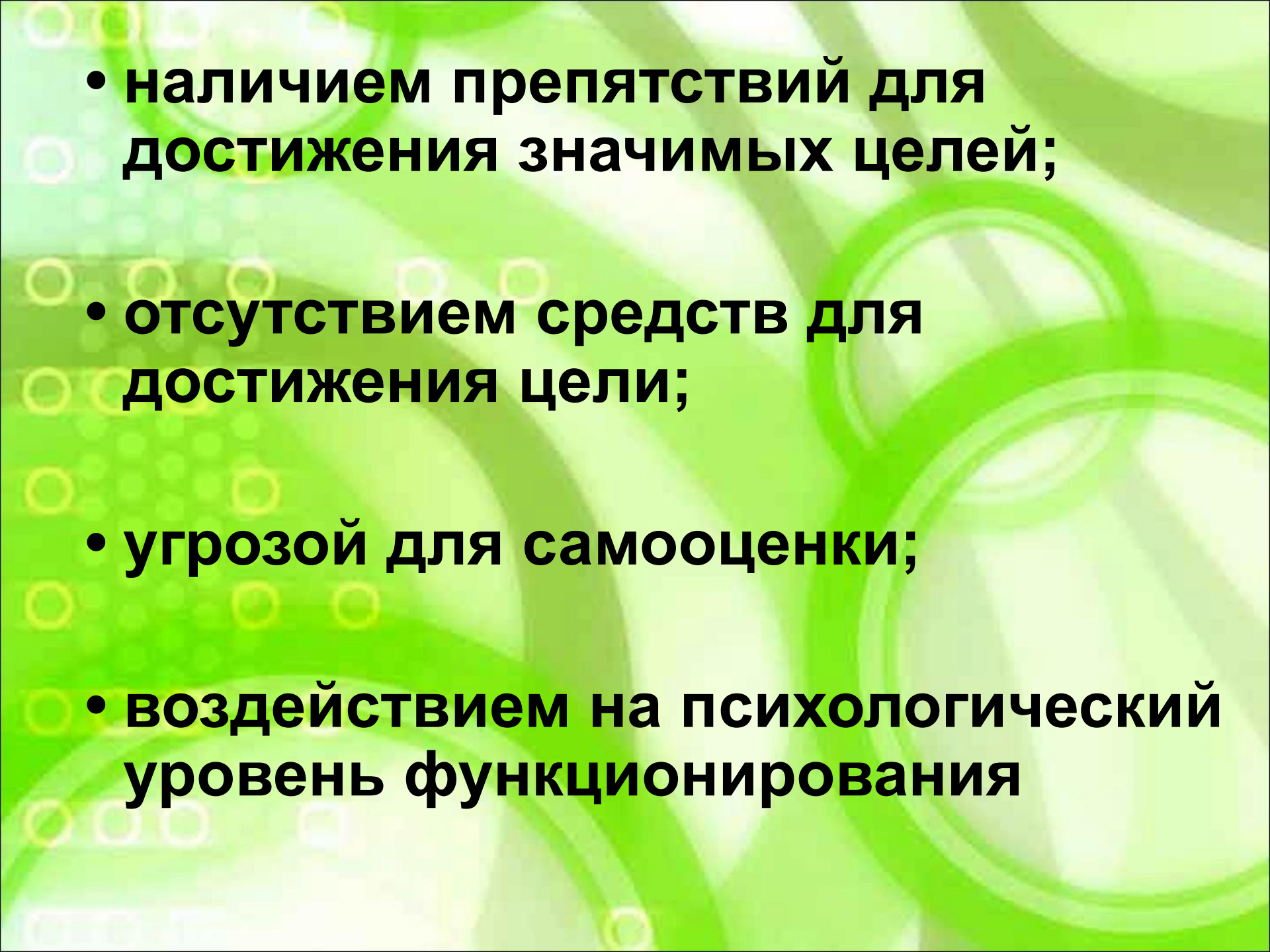
- ***Внутриличностному*** конфликту соответствуют такие чувства, как тревога, сомнения, колебания, самообвинение, раздражение, разочарование, отсутствие перспективы, ощущение внутреннего тупика.
- ***Внутриличностный*** конфликт рассматривают как одну из основных причин неврозов и психосоматических заболеваний.

- **Адаптация – это процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды при сохранении психического и физического здоровья**

- под **социально-психологической адаптацией** понимают процессы, обеспечивающие адекватную организацию микросоциального взаимодействия и достижение общественно значимых целей.
- Социально-психологическая адаптация тесно связана с двумя другими аспектами **единой адаптации человека**:
- с собственно **психической адаптацией**, обеспечивающей поддержание психического гомеостаза и сохранение душевного здоровья,
- и с **психофизиологической адаптацией**, реализующей оптимальную организацию психофизиологических соотношений и сохранение соматического здоровья

- Любая сложная система, а человек является сложноорганизованной, многоуровневой системой, будет стабильна лишь при наличии достаточных **адаптационных возможностей**

- Проблема **психологической адаптации** человека к различным **стрессогенным** ситуациям приобретает в современном обществе все большее значение.
- С психологической точки зрения стрессовыми по своему характеру являются для человека так называемые **трудные ситуации**, которые характеризуются рядом **общих признаков**:

- 
- **наличием препятствий для достижения значимых целей;**
 - **отсутствием средств для достижения цели;**
 - **угрозой для самооценки;**
 - **воздействием на психологический уровень функционирования**

Стресс, стресс!

В переводе с
английского
stress -
давление,
нажим,
напряжение.



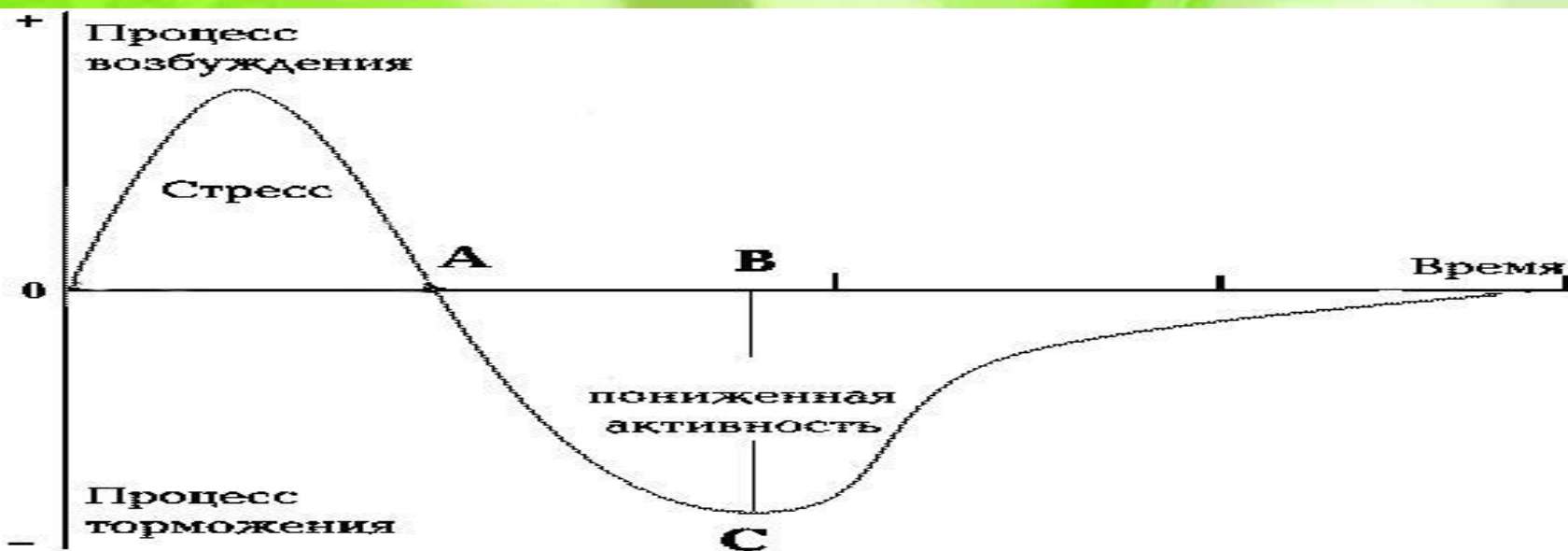
Виды стресса

- **Острый стресс- его разновидности:**
 - **ситуация конфликта** – условия противоречивых требований;
 - **фрустрация** – блокирование реализации значимой (актуальной) потребности;
 - **кризис** – «эпоха перемен», когда возникает необходимость резкого изменения стереотипов деятельности

Хронический стресс

- **Человек сталкивается не с массивными и интенсивными воздействиями на психику, как при остром стрессе, а с умеренными или даже слабыми, но постоянно повторяющимися и длительно действующими**

- Защитная реакция при продолжающемся или повторяющемся действии стрессора включает **три стадии**, объединенные понятием **«общий адаптационный синдром»**.
- Эта реакция универсальна и направлена на защиту человека и на сохранение целостности его организма.



- **На первой стадии – тревоги**

– в организме происходят такие изменения, как напряжение мышц, учащенное дыхание, ускоренный пульс, повышенное артериальное давление, чувство тревоги.

- **Она отражает мобилизацию всех ресурсов в организме.**

- Устойчивость организма при этом снижается



- **На второй стадии – резистентности** – организм начинает приспосабливаться к продолжающемуся воздействию стрессора.

- **В ходе этой стадии устанавливается повышенная сопротивляемость стрессору**

- **Устойчивость (резистентность)**

организма становится выше исходного уровня



- **Третья стадия – истощения**, возникающая при воздействии сверхсильных или сверхдлительных раздражителей, сопровождается **снижением резистентности организма** и в тяжелых случаях может привести к его гибели



- Селье подразделял стрессы на **конструктивные и деструктивные**, подчеркивая, что не всякий стресс является вредным.
- ***Конструктивный стресс***, пройдя стадию тревоги, завершается ***адаптацией организма к новой ситуации, повышением его устойчивости***

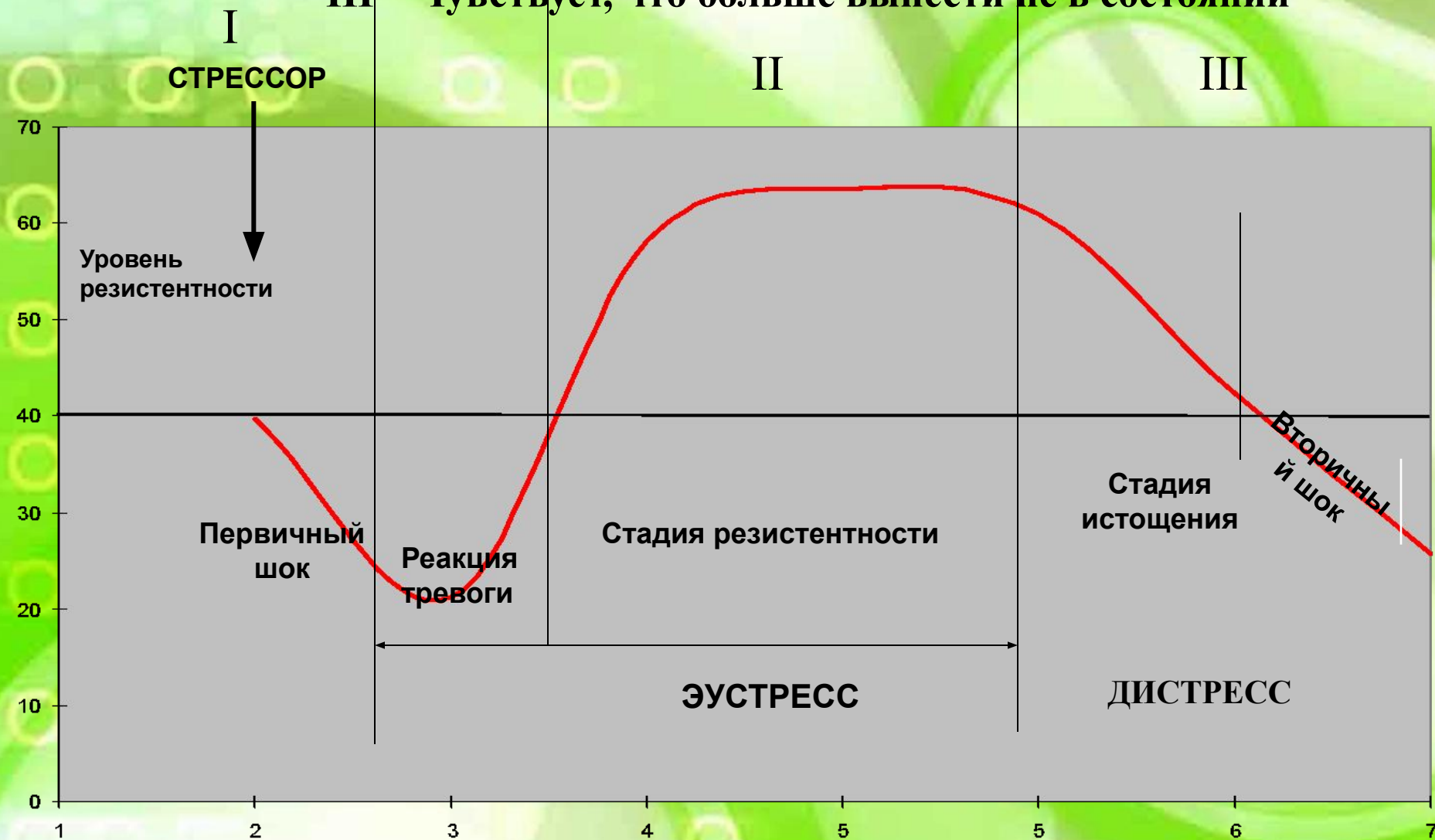
- Однако если стресс-фактор отличается **большой интенсивностью или продолжительностью**, если **имеет место неправильная его оценка**, если сочетается несколько стресс-факторов и организм ослаблен по другим причинам, то стресс может стать **деструктивным**.

- В таких случаях реакции адаптации достигают уровня истощения и запускаются процессы разрушения – **защиты через болезнь, дезадаптацию.**
- ***Дезадаптация*** – это состояние нарушенного гомеостаза (динамического равновесия организма и внешней среды).

I – Человек ощущает затруднения

II – Втягивается

III – Чувствует, что больше вынести не в состоянии



Общий адаптационный синдром



- Итак, в самом общем виде условия возникновения реакции на стресс таковы: **любой раздражитель получает двойную интерпретацию — объективную (в коре больших полушарий) и субъективную (в лимбической системе).**
- В случае, если **субъективная** оценка говорит об угрозе, т.е. имеет **негативную аффективную окраску** (страх, гнев), она приобретает роль триггера, автоматически запуская последовательность соответствующих **физиологических реакций**

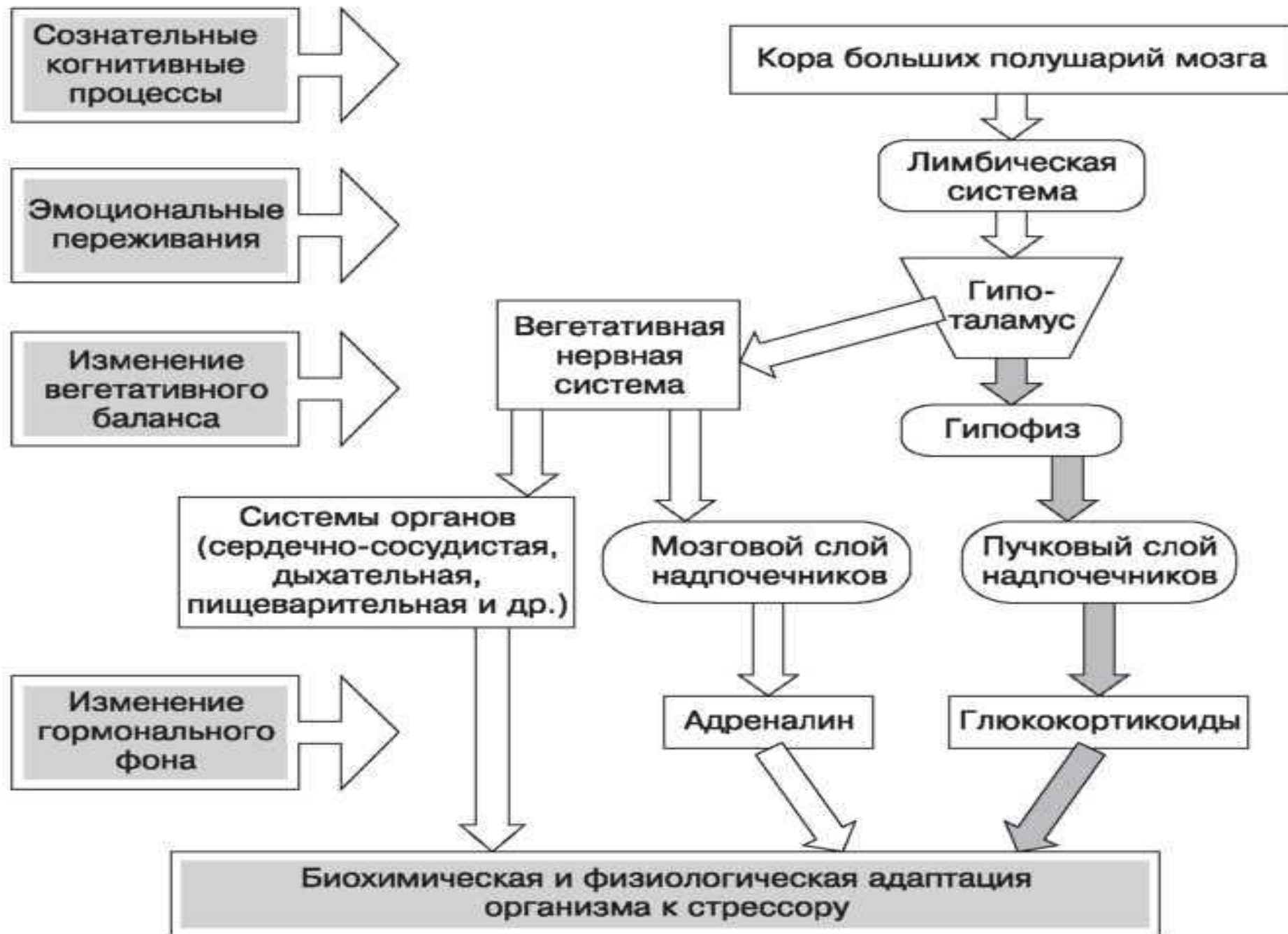
Организм человека справляется со стрессом тремя путями.

- 1. Стрессоры анализируются в **высших отделах коры головного мозга**, после чего определенные сигналы поступают к **мышцам, ответственным за движения**, подготавливая организм к ответу на стрессор

- 2. Стрессор оказывает влияние и на **вегетативную нервную систему**. Учащается пульс, повышается давление, растет уровень эритроцитов и содержание сахара в крови, дыхание становится частым и прерывистым. Тем самым увеличивается количество поступающего к тканям кислорода. **Человек оказывается готовым к борьбе или бегству.**

- **Основным путем распространения стрессогенной реакции в организме является вегетативная нервная система и, в первую очередь, ее симпатический отдел.**

- 3. Из анализаторных отделов коры сигналы поступают в гипоталамус и надпочечники. Надпочечники регулируют выброс в кровь **адреналина**, который является **общим быстродействующим стимулятором**.



Усиливается
потоотделение

Повышается
свертываемость
крови

Учащается
дыхание
и расширяются
дыхательные
пути

Печень увеличивает
выброс сахара
в кровь

Мышцы
напрягаются

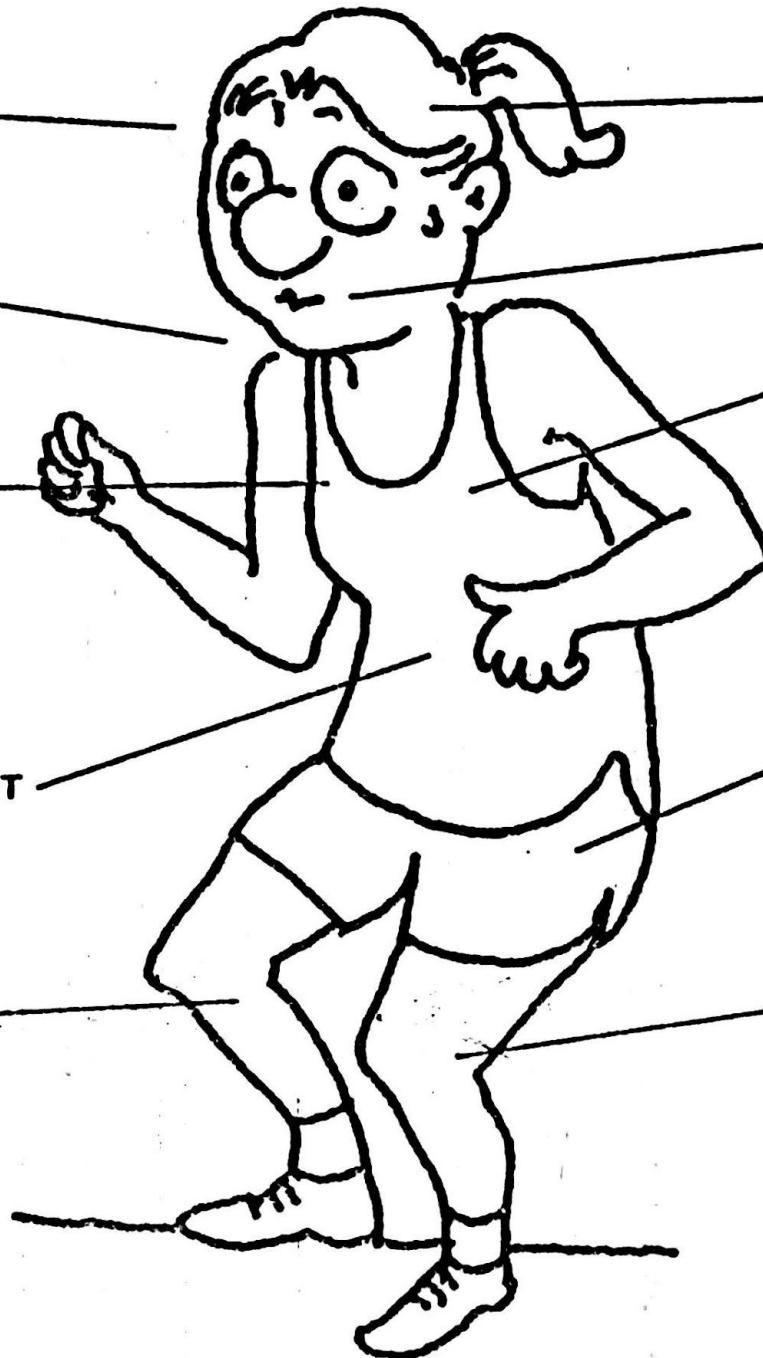
Возрастает
бдительность

Пересыхает во рту

Сердце бьется
учащенно,
повышается
кровенное
давление

Сокращаются
сфинктеры
мочевового пузыря
и прямой кишки

Кровь от кожи
и кишечника
придиывает
к мышцам



Психофизиологический механизм стресса

(+) Выброс в кровь адреналина из надпочечников

Эти гормоны действуют как мощные стимуляторы усиливающие весь обмен веществ.

В результате улучшаются кратковременные возможности и деятельность организма

(-) Но, если все это не переходит мгновенно в действие, долговременные последствия могут включать нарушения:

•сердечно-сосудистые (сердечные заболевания и приступы);

•почечные, вызванные повышенным кровяным давлением;

•регуляции уровня сахара в крови, ведущие к диабету и гипогликемии

(+) Поступление в
кровенное русло
гормонов щитовидной
железы.

Эти гормоны
интенсифицируют обмен
веществ, увеличивая
скорость, с которой
энергия может быть
усвоена и превращена в
**психическую
активность**

(-) Но, если допустить
слишком длительное
усиление обмена веществ, это
приведет к **истощению**,
потере веса и, в конечном
счете, к физическому
коллапсу.

(+) Поступление в
кровенное русло
холестерина из печени.

Это способствует
дальнейшему повышению
энергетического уровня,
обеспечивая **работу
мышц.**

(-) Но постоянно растущий
уровень холестерина в крови
тесно связан с возрастающим
риском артериосклероза
(**уплотнением артерий**),
главным фактором при
сердечных приступах.

(+) Поступление в
кровенное русло
кортизона из

надпочечников приводит к
ослаблению
аллергических реакций,
которые могли бы мешать
дыханию

(-) Но это же понижает
защитные реакции организма
по отношению ко всем видам
инфекции и может увеличить
риск возникновения
различных инфекционных
заболеваний

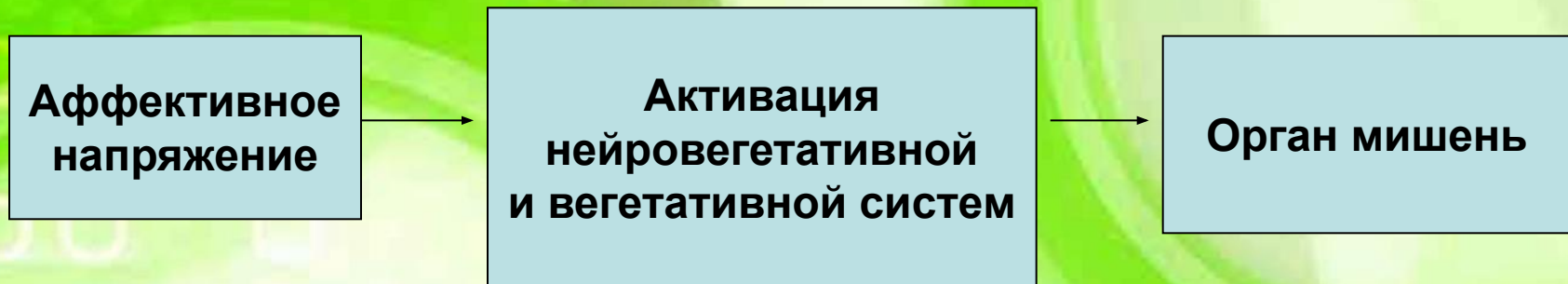
(+) Кровеносные сосуды сужаются, и кровь уплотняется.

Благодаря этому она течет медленнее и в случае ранений свертывается быстрее

(-) Но сердце должно работать с большим напряжением, чтобы продвигать сгустившуюся кровь через сузившиеся артерии и вены. При этом возрастают и нагрузка на сердце, и вероятность возникновения тромбов, что увеличивает риск тромбоза сосудов

Стресс в патогенезе развития ПСР

- **Различные психологические проявления стресса находят отражения в стрессовых изменениях физиологических функций (Авдеев Д., Пезешкиан Х., 1993)**
- **Модель возникновения психосоматоза:**



Стресс в патогенезе развития ПСР

ПСР реализуются при участии трех основных структур мозга:

- 1) **неокортекс** (процессы памяти, речи, суждений, тормозных реакций)
- 2) **гипоталамус** (источник эмоций и координатор активности вегетативной и эндокринной систем)
- 3) **лимбическая система** (взаимодействие первых двух центров и ответственна за поведенческие реакции человека в конкретных жизненных ситуациях)

С этими структурами связаны две эндокринные системы:

- 1) **Гипоталамус-гипофиз- кора надпочечников, реализующая реакцию психоэмоционального стресса**
- 2) **Гипоталамус- симпатикус- мозговое вещество надпочечников, ответственная за защитные реакции организма**

Пример популярного опросника «Испытываете ли Вы стресс?»

- Вам трудно заснуть?
- Вы просыпаетесь около 5 утра?
- Часто видите во сне кошмары?
- Вы раздражительны?
- Вы читаете все подряд, смотрите TV все свободное время?
- Вы хотите сузить круг общения?
- У Вас напряжены шея, плечи?
- Повышается иногда давление?
- Часто болит голова?
- Проблемы с аппетитом?
- Есть боли в области левого подреберья?
- Участились простуды?

Если Вы ответили «да» на 6 и более вопросов – Вы находитесь в стрессорной ситуации

Теория жизненных событий (Holmes T.H., Rahe R.H., 1967)

Жизненная стрессовая травматизирующая ситуация ставит перед человеком проблемы, с которыми он не может справиться самостоятельно на должном уровне. **При этом имеет значение частота и тяжесть переживаемых событий.** Авторы создали теорию жизненных событий и разработали специальную шкалу для определения уровня выраженности стресса в повседневной жизни. В шкале содержится ряд житейских событий, выраженность стрессогенного влияния которых оцениваются в баллах. В течении года у человека набирается таких событий в среднем на 150 баллов. Если их число возрастает более чем в 2 раза (300 баллов), то вероятность заболевания у такого человека составляет 80%. Если число событий в сумме составляет от 300 до 200 баллов, то риск болезни составляет 50%, а при сумме баллов от 200 до 150 – риск физической реакции на стресс составляет 30%

Шкала жизненных событий Холмса и Рейха

(определение уровня выраженности стресса в повседневной жизни)

В течение года у человека набирается стрессовых событий в среднем на 150 баллов.

300 баллов - вероятность заболевания - 80%,

300 - 200 баллов – риск - 50%,

200 - 150 – риск физической реакции на стресс составляет 30%.

Жизненные события	Баллы
1. Смерть супруги, супруга, ребенка (матери, отца)	100
2. Развод	73
3. Разрыв с партнером	65
4. Увольнение с работы, перемещение по службе	47
5. Беременность (для мужчин – беременность партнерши)	40
6. Рождение ребенка	39
7. Пересмотр личных привычек (одежды, манеры, знакомства)	24
8. Изменение условий работы или рабочего времени	20
9. Изменение привычного режима питания	15
10. Штраф за нарушение правил уличного движения	12

- В свете современных представлений о развитии психосоматических заболеваний особого внимания заслуживает **Био-психо-социальный подход** - *основная парадигма в психосоматической медицине и клинической психологии*

Социогенез - онтогенетическое развитие социальных ролей и отношений

Поведенческие процессы (адаптивное, девиантное, асоциальное, зависимое поведение и т.п.)

Психогенез – онтогенетическое развитие психических функций: когнитивных (мышление, память, восприятие, внимание), эмоциональных, мотивационных, интеракционных

Нейропсихологические и нейрохимические, нейроэндокринологические и нейроиммунологические процессы

Биогенез – онтогенетическое развитие систем и функций организма (соматических – соматогенез)

Стиль и качество жизни

Биопсихосоциальная модель онтогенеза

Системно-динамическая концепция возникновения психосоматических заболеваний (Сидоров П.И., 2006)



ПСИХОСОМАТОГЕННАЯ СЕМЬЯ



САЛЬВАДОР МИНУХИН



ПСИХОСОМАТОГЕННАЯ СЕМЬЯ

- Семейный «клубок».
- Чрезмерно выраженная заботливость друг о друге, особенно в отношении здоровья.
- Жесткая модель семьи.
- Эти семьи мало способны к преодолению и социально ригидны.

Г. СТАЙЕРЛИН

- Это система, которая жестко связана внутри себя, очень взаимозависима, очень замкнута на себя (изолирована от внешнего мира).
- В этой семье господствуют 3 направления внутрисемейных отношений:
 - 1. Связывание.***
 - 2. Отторжение.***
 - 3. Делегирование.***

- **1. Связывание.** Это отношения, которые замедляют или блокируют развитие ребенка. Ребенок развивается прежде всего в контакте с окружающим миром, а тут ему этого не дают.
- **2. Отторжение.** Это те отношения, которые ведут к чувству заброшенности, одиночества («Не путайся под ногами», «Не мешай маме»)
- **3. Делегирование.** Ребенок воспитывается таким образом, чтобы из него выросло то, что не удалось родителям.

Характеристики психосоматогенных семей:

- 1) **сверхвключенность родителей** в жизненные проблемы ребенка, которая мешает развитию самостоятельности, следовательно, защитные механизмы более слабые и способствуют развитию внутреннего конфликта;
- 2) **сверхчувствительность каждого члена семьи к дистрессам другого;**
- 3) **низкая способность** менять правила взаимодействия при меняющихся обстоятельствах, при которой взаимоотношения в семье ригидные;
- 4) **тенденция избегать выражения** несогласия и открытого обсуждения конфликтов; риск возникновения внутренних конфликтов;
- 5) ребенок и его заболевание часто играют **роль стабилизатора** в скрытом супружеском конфликте

- Для **психосоматогенной семьи** характерно не поощрение свободного выражения чувств и отреагирования отрицательных эмоций, вследствие чего ребенок присваивает стереотипы подавления отрицательных эмоций, что приводит к их соматизации

- Ведущая роль на ранних этапах развития принадлежит матери, которая формирует у ребенка язык тела.
- Психосоматическая мать описывается, как авторитарная, сверхвключенная, доминирующая, открыто тревожная и латентно враждебная, требовательная и навязчивая.
- К качествам таких матерей можно отнести: высокую личностную тревожность и внутреннюю конфликтность

РЕНЕ ШПИЦ



**ПСИХОСОМАТИКА
МЛАДЕНЧЕСТВА
И
ДЕТСТВА**

Рене Шпиц

Непрерывное возбуждение, избирательно направленно на одну их функциональных сфер.

Материнская гиперопека с отстранением отца.

Качественная и временная
непоследовательность и рассогласованность
отношений.

Выводы:

- Итак, в свете рассмотренных выше факторов и концепций, психосоматическая болезнь имеет сложную этиологию и патогенез, существуют как биологические факторы, влияющие на возникновение ее развития, так и социально-психологические
- Любая болезнь может быть рассмотрена как психосоматическая, т.к. везде присутствует влияние социально- психологических факторов
- Любая соматическая болезнь, существующая в чистом виде, становится психосоматической, когда человек начинает ее эмоционально переживать, когда формируется внутренняя картина болезни

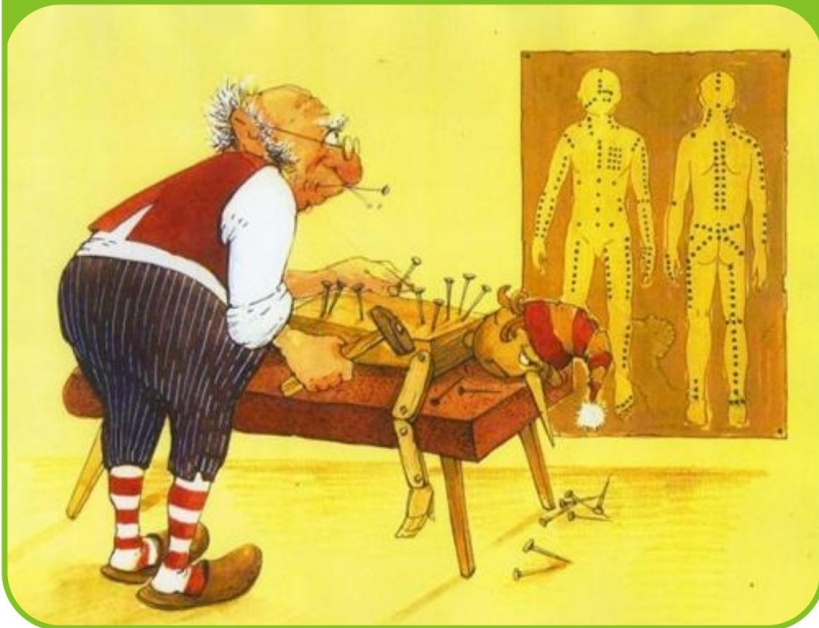
Выводы:

- В основе существования и формирования любой болезни, а значит психосоматической болезни, лежит принцип циркулярности.
- Принцип циркулярности гласит, что события, происходящие в системе (а человеческий организм, безусловно, является системой), подчиняются не линейной причинности, а круговой.
- Следовательно, **любые телесные нарушения** формируют **психологические сдвиги** в такой же степени, в какой **психологические факторы** порождают **телесную патологию**.



Психосоматика. Глубинная проработка.

Работа с телом



Работа с психикой



Выводы:

Системный же взгляд на лечение соматических и психосоматических пациентов позволяет предположить:

- воздействуя на оба системных параметра, одновременно подходя к соматическим проблемам и воздействуя на психологические, можно добиться наиболее полного и принципиального исцеления, предоставив человеку возможность обрести более здоровое во всех смыслах существование, на пути к самой высокой его вершине – на пути к себе...

- 1) **На вершине пирамиды осознания** лежит наблюдаемое поведение или симптом. Которые нам не нравятся, но мы почему-то не можем это изменить или от этого избавиться.
- 2) Под ним толстый слой причин, скрывающихся в нашей **личной истории**. Это многочисленные психологические травмы, полученные нами за время жизни. О некоторых мы помним, но самые тяжелые, самые ранящие вытесняются из области сознательного в бессознательное,
- 3) Под этим пластом - еще более глубокий - **опыт, полученный в родительской семье**.
- 4) И еще глубже - **события, происходившие в роду**. Родовая память есть у каждого из нас, каждый занимает определенное место в своей родовой системе, и хотим мы этого или нет, подчиняется ее законам. Законы эти объективны как закон тяготения, и не зависят от наших желаний и эмоций. Зачастую мы и не подозреваем об этой скрытой лояльности семье и роду.

Психологические причины

**На сегодняшний день
выделяют
7 главных причин,
вызывающих
или провоцирующих
возникновение
психосоматических
расстройств**



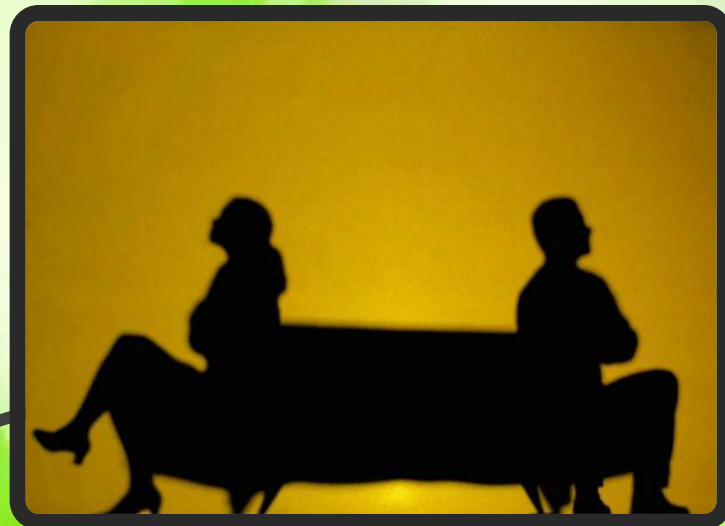
7 REPRODUCTIVE SYSTEM
In men, excess amounts of cortisol, produced under stress, can affect the normal functioning of the reproductive system. Chronic stress can impair testes-

7 причин возникновения психосоматических расстройств

- 1. Внутренний конфликт.**
- 2. Вторичная выгода, условная выгода, мотивация.**
- 3. Внушение.**
- 4. Самовнушение.**
- 5. Стремление быть похожим на кого-то.**
- 6. Наказание.**
- 7. Психологические травмы.**

1) Конфликт — к образованию психосоматического симптома может приводит внутренний конфликт между различными частями личности.

Обычно одна из этих частей осознана, другая скрыта в бессознательном.



1. Внутренний конфликт

Внутренний конфликт впервые описанный в рамках психоанализа.

Конфликт возникает между сознательной и бессознательной частями личности.

Бессознательное эгоистично, инстинктивно, а сознательное социально.

Возникающий конфликт между этими субстанциями личности разжигает целую войну, в которой обязательно будет победитель.

Но такая победа слишком разрушительна для человека.

В итоге, если победит сознательное, в теле человека возникнут “зажимы”, “застои”, провоцирующие различные заболевания.

А если верх возьмет бессознательное, то человек может посвятить свою жизнь “растрачиванию себя”.

Мотивация или условная выгода — к этой категории относятся проблемы со здоровьем, которые приносят определенную условную выгоду их обладателю. Образование симптома происходит на бессознательном уровне, это не обман и не симуляция. Симптом реален. Но он «обслуживает» какую-то определенную цель.



2. Вторичная выгода, условная выгода, мотивация

Заболевание вызванное такой причиной крайне сложно поддается излечению. Все дело в том, что болезнь приносит человеку пользу, как бы абсурдно это не звучало.

Например, пока человек болеет он сполна получает заботу от близких, на него не возлагают ответственность за решение многих проблем, он свободен от долга ходить на нелюбимую работу.

Исцеление приведет к тому, что ему придется заниматься тем, чем не хочется. Болезнь позволяет получить что-то. Именно из-за того, что такая ситуация позволяет человеку получать и удовлетворять какие-то из потребностей, **излечение происходит на фоне мощного сопротивления и отрицания больного.**

3. Внушение

Данный фактор появления психосоматических заболеваний характерен для **инфантильных, поддающихся внушению личностям и детям.**

Когда ребенку или взрослому систематически повторяют (внушают): “Недотепа, лентяй, эгоист, и т.д., то личность **начинает проявлять в поведении внушаемую модель.**

И **признаки** таких оскорблений, при условии хорошей и легкой внушаемости личности, очень быстро становятся **доминирующими.**

Черта личности в сочетании с низкой самооценкой порождают психосоматическое расстройство.

Внушение — симптомы могут возникать посредством внушения. Это происходит, когда идея о собственной болезни принимается человеком на бессознательном уровне автоматически, то есть без критики. ***Вольно или невольно внушить симптом могут люди, обладающие большим авторитетом или случайно оказавшиеся рядом в момент особого эмоционального накала.***



4. Самовнушение

Сколько не повторяй людям,
что **мысли материализуются**, мало кто к этому
действительно прислушивается.

Когда мы озвучивает такие мысли как:

“У меня от этого мозг опухает”,

“Так и чешутся руки...” и т.д.

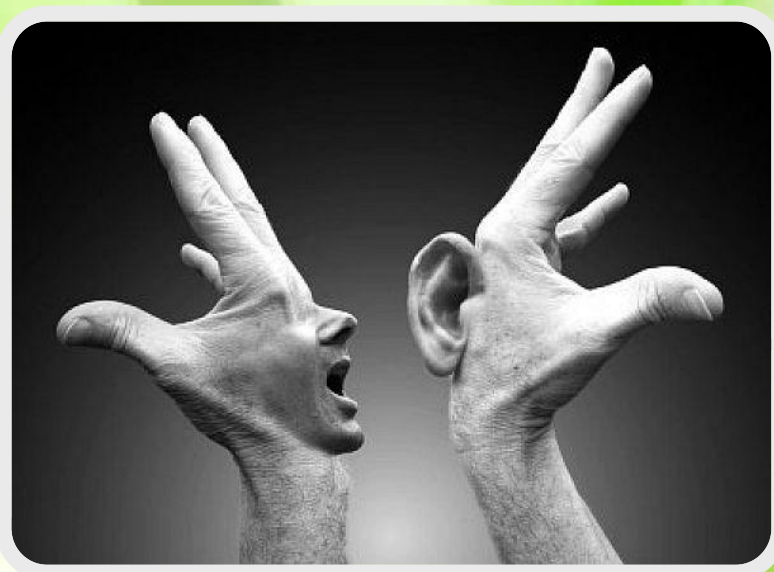
мы программируем

организм на выполнение команд.

Организм будет сопротивляться, будет вас
оберегать.

Но в конце концов, капля камень точит,
и на прием врачу вы пойдете с жалобой на то,
что так долго заказывали себе.

Язык тела — в некоторых ситуациях тело физически отражает то состояние, которое могло бы быть выражено одной из образных фраз ряда: «это одна сплошная головная боль», «я его не перевариваю», «из-за этого у меня сердце не на месте», «у меня связаны руки». Тогда болит определенный орган, сложно дышать, возникают мигрени, нарушается работа желудочно-кишечного тракта и так далее.



5. Стремление быть похожим на кого-то

Многие, кто не слишком хорошо себя понимает,
кто не может найти

свой гармоничный внешний образ
или хочет быть успешным

копируя во всем своего кумира,
не замечают,

что тем самым забывают о собственном теле.

И существуют отдельно от него.

Тело из-за такого отчуждения начинает болеть,
возвращая тем самым человека “в себя”.

Идентификация — физический симптом может образовываться вследствие идентификации с человеком, имеющим подобный же симптом или заболевание. Как правило, это происходит при сильной эмоциональной привязанности к этому человеку.



6. Наказание

**Заболевания,
возникающие на основе чувства вины,
представляют собой акт самонаказания.**

**Одним из ярких примеров
физического самонаказания являются
частые или повторяющиеся травмы.**

**Но не только травмы относятся к
самонаказанию.**

**Огромное количество болезней, вызывается
чувством вины.**

Самонаказание — это наказание связано с реальной, а чаще воображаемой виной, которая мучает человека. Самонаказание облегчает переживание вины, но может существенно осложнить жизнь.



Опыт прошлого — причиной болезни может стать ***травматический опыт прошлого, чаще — тяжелый детский опыт.*** Это может быть какой-либо эпизод, либо длительное воздействие, которое, хоть и произошло давно, но продолжает эмоционально влиять на человека в настоящем. Этот опыт как бы отпечатывается в теле. И ждет, когда найдется способ его переработать.



7. Психологические травмы

**Прошлый опыт хранит в себе
много информации,
порой сильно травмирующей.**

**Детские травмы или потери близких
вызывают сложные,
тяжело поддающиеся излечению
хронические заболевания**

- Для выработки **эффективной стратегии** психотерапии необходимо четкое определение источников психосоматического заболевания

Психологический аспект психосоматического процесса

- **1. Попытка справиться с конфликтом или травмой психически** – отреагировать агрессией или ввести в действие невротические защиты. Если попытка удалась – травма может быть аннулирована, либо возникает невротический симптом.
- **2. Стадия защиты.** Она наступает в ситуации, если не удалась 1 стадия. Может быть соматизация в виде функционального или вегетативного нарушения.
- **3. Если нарушение оказывается ярко выражено, то возникает стадия психосоматоза,** и тогда оказывается поврежден тот или иной внутренний орган.

Основные типы психосоматических проявлений

- **1. Психосоматические реакции**, к которым могут быть отнесены сердцебиение влюбленного, вегетативные реакции при виде "давнишнего врага", потеря аппетита при печали и др.
- Особенностью **реакций** является их быстрое исчезновение с изменением ситуации. Они характерны для всех людей и не базируются на серьезных психических аномалиях.

Основные типы психосоматических проявлений

- **2. Конверсионные симптомы — символическое выражение невротического (психологического) конфликта.**
- *Все они — первичные психологические феномены без тканевого участия организма.*

Основные типы психосоматических проявлений

- **3. Психосоматические функциональные синдромы**
- **Фактически речь идет о функциональных нарушениях отдельных органов или систем, как правило, не сопровождающихся тканевыми изменениями.**
- **Эти состояния часто назывались органными неврозами**

Основные типы психосоматических проявлений

- **4. Органические психосоматические болезни (психосоматозы)**— в их основе лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми патологическими изменениями в органах.
- **5. Психосоматические расстройства, связанные с особенностями эмоционально-личностного реагирования и поведения** — склонность к травмам и другим видам саморазрушающего поведения (алкоголизм, наркомания, табакокурение, переедание с ожирением и другие).

Резюмируя современные концепции развития психосоматических заболеваний, мы приходим к следующей цепочке:

Психологическое воздействие --> изменения эмоциональной сферы --> формирование устойчивого патологического регуляторного паттерна --> функциональные нарушения --> органические изменения --> формирование соматогенных изменений характера

Базовой эмоцией при возникновении психосоматических изменений является **тревога**

- **Неприятные, смутные ощущения
напряжения, беспокойства, ожидание
неблагоприятного развития событий,
наличием беспредметных дурных
предчувствий, страха**
- **Обязательный патогенетический фактор
психосоматической патологии**



Разновидности тревоги

(по проф. Краснову В.Н.)

в диапазоне от нормы к патологии

1. Тревожность – как особенность характера
2. Тревога - как механизм адаптации (реакция тревожного ожидания и готовности к преодолению препятствий)
3. Патологическая тревога как болезнь



Уровни тревоги (В.В.Дунаевский, 1995)

- А. Чувство внутренней напряженности ощущается лишь **временами**, не препятствуя деятельности. Работоспособность может даже повыситься. Критическое отношение к своей тревожности.
- Б. Чувство тревоги приобретает **более постоянный характер**. Появляются мысли о безнадежности, безвыходности положения. В осуществлении деятельности появляются затруднения, хотя контроль сохранен. Отмечаются вегетативные расстройства в виде гипергидроза, тремора, тахикардии и др.

- В. Чувство тревоги **становится постоянным**, оно полностью завладевает сознанием. Критическое отношение становится невозможным. Появляется растерянность, суетливость, несобранность. Больные вздрагивают, совершают ненужные движения и действия. Продуктивная деятельность становится невозможной.
- Г. Сознание сужено, движения беспорядочные или, наоборот, отмечается скованность, заторможенность. Больные стремятся к паническому бегству или прячутся. Зрачки и глазные щели расширены, отмечается холодный пот, бледность кожи, прерывистое дыхание, нечленораздельные восклицания. Это уже **психотическое состояние**.
- Д. Состояние глубокого ступора, оцепенения. Возможна даже **смерть** в результате резкого торможения жизненно важных центров.

СИМПТОМЫ ТРЕВОГИ

Психические

**Напряжённость,
невозможность
расслабиться**

Беспокойные мысли

**Плохие предчувствия и
опасения**

**Раздражительность и
нетерпеливость**

**Трудности концентрации
внимания**

Нарушения сна

Соматические

**Приливы жара или холода,
потливость**

Приступы сердцебиения

Одышка, «комочек в горле»

Головокружение и головная боль

**Дрожь, ощущение «ползания
мурашек»**

Нарушения работы ЖКТ

Нарушения мочеиспускания

Сексуальные нарушения

- Связь между психикой и телом осуществляется через вегетативную нервную систему и проявляется в виде различных **вегетососудистых реакций**.
- Психогенная ситуация как провоцирующий фактор запускает вначале общую неспецифическую реакцию адаптации.
- Наиболее часто встречаются три типа таких реакций:

- **1. Реакция со стороны выделительных органов** — слюнотечение, потливость, рвота, учащенное мочеиспускание, понос («медвежья болезнь»).
- Подобные реакции могут возникать при волнении перед экзаменом, ответственным докладом и т.д.;





- **2. Температурная реакция.**
- *(субфебрилитет (37,0-37,5 °C));*
- Повышение температуры часто наблюдается у детей в любой стрессовой ситуации (прорезывание зубов, сильный плач, переутомление).
- Температурная реакция характерна и для некоторых женщин, причем в длительной психотравмирующей ситуации





- **3. Реакция со стороны сердечнососудистой системы** в виде сердечных спазмов, повышения (понижения) артериального давления, учащенного сердцебиения и т.п.



- Любая **неспецифическая реакция** сопровождается тревогой или страхом.
- При повторных воздействиях психогенных факторов или в условиях длительной психотравмирующей ситуации ответная реакция на стресс приобретает специфичность в виде поражения отдельных органов и/или систем организма.
- На начальном этапе соматические расстройства функциональны.
- В дальнейшем болезнь принимает стойкий или в ряде случаев необратимый характер.

Классификация психосоматических расстройств - М. Bleuler (1981)

- 1) Психосоматозы** в узком смысле- ГБ, ИБС, БА, ЯБ, ревматоидный артрит, псориаз, неспецифический язвенный колит, нейродермит, СД
- 2) Психосоматические функциональные расстройства**- пограничные, функциональные, невротические реакции на психогенное воздействие: потливость, заикание, тик, нарушения деятельности кишечника)
- 3) Психосоматические расстройства в более широком смысле** - нарушения, связанных с индивид. личностными особенностями (склонность к травматизму)

- **Вегетоневрозы (вегетозы)** – функциональные психосоматические расстройства, когда, нет собственно органической патологии органа, но страдает его функция.

А. Кардионевроз.

Б. Гипервентиляционный синдром.

В. Панические атаки.

Г. Вегето-сосудистая дистония или вегето-сосудистый невроз.

СОМАТОФОРМНЫЕ ВЕГЕТАТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ

Синдром психоневрологических расстройств:

- 1) психогенная гиперэстезия;
- 2) психогенная боль головы;
- 3) психогенные невралгии;
- 4) псевдокорешковый синдром;
- 5) синдром "неспокойных ног";
- 6) психогенные дискинезии;
- 7) гипоталамический синдром.

Психогенные урологические расстройства :

- 1) психогенная дизурия;
- 2) психогенная цисталгия.

Психогенные реакции кожи (нейродерматит).

Термoneвроз.

Функциональные расстройства деятельности сердца:

- 1) психогенные кардиалгии;
- 2) психогенные нарушения сердечного ритма;
- 3) кардиофобия;
- 4) синдром псевдокоронарной недостаточности.

Сосудистая дистония:

- 1) артериальная гипотензия;
- 2) артериальная гипертензия.

Психогенный псевдоревматизм:

- 1) костномышечные алгии;
- 2) вегетативные нарушения;

ОБОЗНАЧЕНИЯ ОРГАННЫХ НЕВРОЗОВ

ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ

W. Thiele, 1958

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СОМАТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

R. Kanaan et al, 2009

НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ ДИСТОНΙΑ

В.И. Маколкин с соавт., 1995

СОМАТИЗИРОВАННАЯ ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ

Л.П. Маринчева с соавт., 2008

СОМАТИЗИРОВАННОЕ РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ

А.И. Погосов, Ю.В. Богушевская, 2009

- **Заболевания психосоматической специфичности (психосоматозы) - органические психосоматические заболевания.**

А. Заболевания сердечно-сосудистой системы:
артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца.

Б. Заболевания желудочно-кишечного тракта:
язва желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит.

В. Заболевания эндокринной системы:
сахарный диабет 1 типа, гипертиреоз.

Г. Заболевания дыхательной системы:
бронхиальная астма.

Д. Заболевания опорно-двигательного аппарата:
ревматоидный артрит.

Е. Кожные заболевания:
нейродермит, псориаз, крапивница.

Практическими задачами психосоматики являются:

- 1. Профилактика психосоматических и соматопсихических расстройств.
- Существует три уровня профилактики:
Первичная – чтобы подобных заболеваний принципиально не возникало. Существует два ее уровня – глобальная профилактика, т.е. в общегосударственных масштабах, и индивидуальная, с конкретными людьми. Занимается формированием саногенных (оздоравливающих) представлений у граждан.
Вторичная – это выявление групп риска (невротики, акцентуированные личности, алекситимики, психопаты и т.д.).
Третичная – профилактика осложнений заболевших.

2. Диагностика:



Для анализа используются данные, полученные в рамках следующих плоскостей жизни пациента:

- **биологической** (соматической) – включает анализ биохимической, нейрофизиологической, психофизиологической сфер, происходит исследование соматических процессов физическими или химическими способами;
- **психической** (психологической) – включает анализ переживаний, поведения и деятельности;
- **социальной** – включает анализ межличностных систем (социальных условий, семейной ситуации);
- **экологической** – анализ условий проживания, материальных условий, качества жизни



Практическими задачами психосоматики являются:

- **3. Психологическая помощь:**

А. Психотерапия – работа с личностью пациента, ее мотивациями, самосознанием, образом мира и т.д.

Б. Психокоррекция – работа с отдельными симптомами.

В. Психологическое консультирование – помощь в решении конкретных проблем

Практическими задачами психосоматики являются:

- 4. Реабилитация:

- А. Социальная.

- Б. Профессиональная

- В. Семейная.

Цель реабилитации – стимулирование внутренних компенсаторных механизмов личности (выработка активной жизненной позиции).



Принципы терапии психосоматических заболеваний

- ***На первом этапе*** психосоматического заболевания психогенный фактор и личностные нарушения преобладают, имеется бессознательный психологический конфликт, что и обуславливает ведущую роль психотерапевтических методик лечения на этой стадии заболевания. Можно применять **патогенетическую психотерапию**, которая направлена на перестройку системы отношений и установок больного, оптимизацию функционирования механизмов психологической защиты.

Принципы терапии психосоматических заболеваний

- ***На втором этапе*** психосоматического заболевания усиливаются функционально-соматические нарушения, формируются "порочные круги" патологического функционирования в страдающих системах, усугубляются личностные нарушения. Психотерапевтические усилия становятся менее эффективными, требуется более активная медикаментозная коррекция нарушений.

- **На третьем этапе** психосоматического заболевания преобладающими становятся соматические нарушения ("органическая" стадия). В терапии (период обострения) используются преимущественно медикаменты и **симптоматическая психотерапия** (включая коррекцию "масштаба переживаний", коррекцию внутренней картины болезни).
- На этапе реконвалесценции можно применять **патогенетическую психотерапию**, которая направлена на перестройку системы отношений и установок больного.

Каждая клетка
тела реагирует
на каждую
нашу мысль
и
каждое слово.



**Разделить в человеке тело и душу
можно лишь условно.
Соответственно и болезни делят
на
телесные и душевные
искусственно**

1 правило:

«Не огорчайтесь
по пустякам!»»



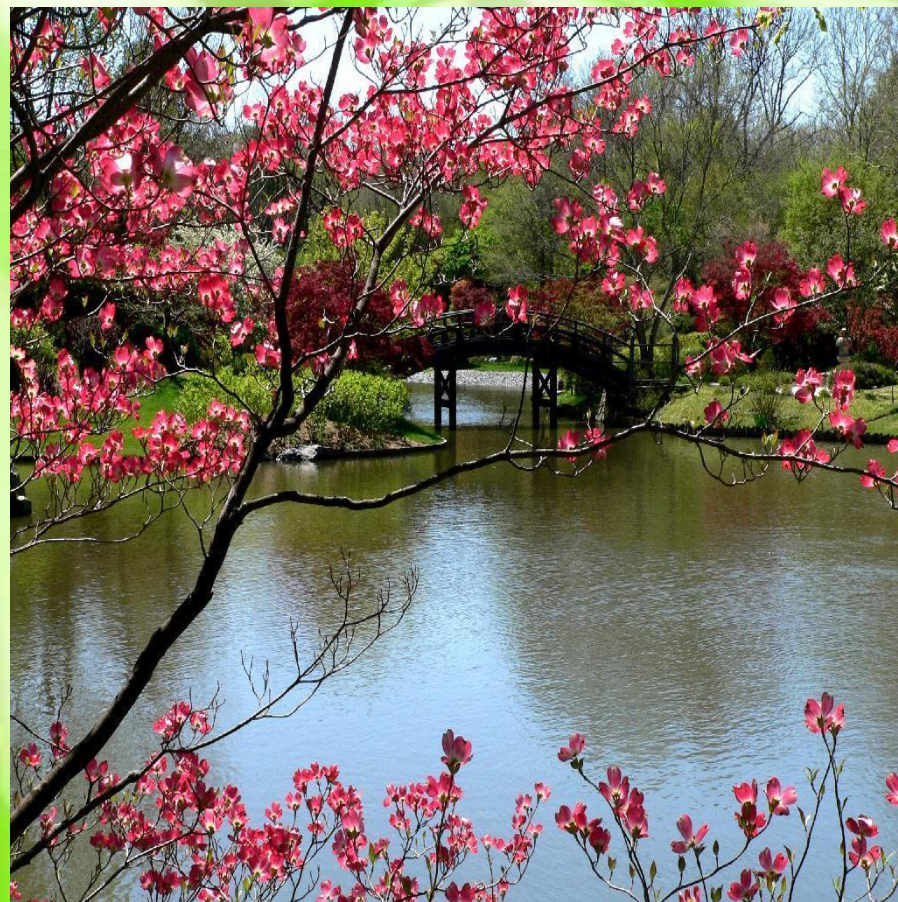
2 правило:

«Всё пустяки!»»



Добрые советы, как удалить «ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ШРАМЫ»

- *Постарайтесь вообразить себя слишком большим и слишком сильным, чтобы воспринимать обиды.*
- *Будьте сами себе хозяином.*
- *Расслабьтесь и еще расслабьтесь.*





«Боже, даруй мне
смирение **принять то,**
что я не могу изменить,
мужество **— изменить**
то, что могу
и мудрость, **чтобы**
отличить одно от
другого . . . »

(Слова из молитвы)

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ**





**СПАСИЛО ЗА
ВНИМАНИЕ!**



БЛАГОДАРИ ЗА
ВЪЗНАМЕ