

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Сибирский федеральный университет

## **ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ**

Учебно-методическое пособие

*Электронное издание*

Красноярск  
СФУ  
2012

УДК 159.9(07)  
ББК 88.6я73  
О-753

Составитель: К.С. Карташова

О-753 **Основы** психосоматики: учебно-методическое пособие [Электронный ресурс] / сост. К.С. Карташова. – Электрон. дан. – Красноярск: Сиб. федер. ун-т, 2012. – Систем. требования: PC не ниже класса Pentium I; 128 Mb RAM; Windows 98/XP/7; Adobe Reader V8.0 и выше. – Загл. с экрана.

**В учебно-методическом пособии** в соответствии с ГОС ВПО РФ освещены теоретические вопросы истории и современного состояния психосоматики, рассмотрены объект, предмет, категории психосоматики, модели связи психики и тела, этиология, патогенез, типология психосоматических расстройств, принципы диагностики и терапии при работе с психосоматическими расстройствами.

Учебно-методическое пособие включает: введение с указанием цели, задач и результатов курса «Основы психосоматики»; тематический план лекционно-семинарских занятий; основные тезисы лекций; задания для самостоятельной работы; список литературы для подготовки к занятиям.

Предназначено для студентов всех форм обучения направления 030300 «Психология».

УДК 159.9(07)  
ББК 88.6я73

© Сибирский  
федеральный  
университет, 2012

Учебное издание

Подготовлено к публикации редакционно-издательским  
отделом БИК СФУ

Подписано в свет 18.05.2012 г. Заказ 7698.  
Тиражируется на машиночитаемых носителях.

Редакционно-издательский отдел  
Библиотечно-издательского комплекса  
Сибирского федерального университета  
660041, г. Красноярск, пр. Свободный, 79  
Тел/факс (391)206-21-49. E-mail [rio@sfu-kras.ru](mailto:rio@sfu-kras.ru)  
<http://rio.sfu-kras.ru>

## Оглавление

Введение .....	4
Тематический план лекций по курсу «Основы психосоматики» .....	5
Тема 1. Введение в психосоматику.....	6
Тема 2. Краткая история изучения психосоматических соотношений.....	7
Тема 3. Психосоматика как наука. ....	9
Тема 4. Теории и модели формирования психосоматических расстройств. ...	10
Тема 5. Развитие телесности в онтогенезе. ....	14
Тема 6. Этиология психосоматических расстройств.....	16
Тема 7. Патогенез психосоматических заболеваний.....	17
Тема 8. Характеристика психосоматических нарушений.....	19
Тема 9. Концепции «внутренней картины» здоровья и болезни в современной психосоматике. ....	22
Тема 10. Диагностика и коррекция в психосоматике.....	25
Библиографический список.....	28

## Введение

Целью включения дисциплины «Основы психосоматики» в план бакалаврской подготовки по направлению «Психология» в контексте обучающих, воспитательных и развивающих целей основной образовательной программы является подготовка грамотного выпускника, ориентирующегося в теоретических концепциях психологического и психофизического здоровья/болезни, механизмах формирования психосоматических расстройств. Цель изучения дисциплины заключается в обеспечении студентов системой теоретических знаний в области психосоматики, выступающей как одна из основных социально значимых отраслей современной клинической психологии, для подготовки к профессиональной деятельности в сфере «человек-человек».

Цель преподавания дисциплины: ознакомить с системой теоретико-прикладных знаний. В рамках подготовки студентов по направлению «Психология» данный курс формирует:

1. Научное представление о психосоматике как отрасли клинической психологии, основных видах психосоматических расстройств и механизмах их формирования.

2. Навык постановки исследовательских задач в сфере определения роли и степени влияния психологического фактора на возникновение и течение соматической патологии.

3. Знание о методах диагностики и коррекции психосоматических расстройств, их психопрофилактики.

Задачами изучения дисциплины выступают:

1. Изучение теорий психосоматогенеза.

2. Формирование представлений о видах психосоматических расстройств.

3. Формирование навыка постановки исследовательских задач в области психосоматики.

В результате изучения дисциплины будущий профессионал должен:

- знать предмет и методологические основы психосоматики, основные теории психосоматогенеза, методы психологической профилактики и коррекции психосоматических расстройств;

- уметь выявлять и описывать роль психологического фактора в возникновении соматических заболеваний; различать стадию и вид психосоматического расстройства;

- иметь навыки постановки исследовательских задач в области психосоматики;

Тематический план курса включает: теоретические вопросы истории и современного состояния психосоматики, объект, предмет, модели связи психики и

тела, формирования психосоматических нарушений, типологию и симптоматику психосоматических расстройств.

В учебно-методическом пособии «Основы психосоматики» приведены: тематический план лекционного курса, основные тезисы лекций<sup>1</sup>, задания для самостоятельной работы к каждой теме, перечень литературы к курсу.

Самостоятельное изучение теоретического материала включает в себя: чтение и тезисное конспектирование текстов из списка литературы к курсу; составление опорных конспектов лекций; письменные ответы на вопросы; реферирование статей и фрагментов монографий по схеме: указание целей и задач реферируемой работы, выписка ключевых понятий, которые в ней рассматриваются, тезисы основных положений, которые автор выносит на обсуждение, формулировка на основе прочитанного проблемного вопроса; создание иллюстративного материала по лекционным темам.

### **Тематический план лекций по курсу «Основы психосоматики»**

Тема 1. Введение в психосоматику.

Тема 2. Краткая история изучения психосоматических соотношений.

Тема 3. Психосоматика как наука.

Тема 4. Теории и модели формирования психосоматических расстройств.

Тема 5. Развитие телесности в онтогенезе.

Тема 6. Этиология психосоматических расстройств.

Тема 7. Патогенез психосоматических заболеваний

Тема 8. Характеристика психосоматических нарушений.

Тема 9. Концепции «внутренней картины» здоровья и болезни в современной психосоматике.

Тема 10. Диагностика и коррекция в психосоматике.

---

<sup>1</sup> Лекции включают разработки составителя пособия и материалы авторов, перечисленных в списке литературы к курсу

## Тема 1. Введение в психосоматику

### *Краткое содержание лекции:*

Представление о тесной взаимосвязи самочувствия человека с его психическим, и прежде всего эмоциональным, состоянием является одним из важнейших в современной медицине и медицинской психологии.

В происхождении, течении, лечении и исходе практически всех заболеваний (хотя и очень разной степени) играют важную роль психические факторы, поэтому необходимо применять психосоматический подход ко всем болезням, с которыми встречается врач. В связи с этим сейчас все шире внедряется психосоматическое направление в медицине, которое занимается изучением психологических механизмов и факторов возникновения и течения болезней, поиском связей между характером психического стрессового фактора и поражением определенных органов и систем.

Т.о. содержанием психосоматического подхода является привлечение психологических данных для лучшего понимания физических симптомов и патофизиологических процессов, для лучшего понимания и лечения психических расстройств.

По оценке представителей психосоматической медицины, около 50% всех органических заболеваний в индустриально развитых странах имеют психогенный характер. Наряду с гипертонией, язвой желудка, тиреотоксикозом и т.п. к психосоматическим заболеваниям относят также бронхиальную астму, сахарный диабет, глаукому, ревматоидный артрит и др. Психологические факторы играют роль и при других заболеваниях: мигренях, эндокринных расстройствах, злокачественных новообразованиях. Однако следует различать заболевания, возникновение которых определяется психическими факторами и лечение которых должно быть направлено прежде всего на их устранение и коррекцию (психотерапия и психофармакология), и остальные заболевания, включая инфекционные, на динамику которых психические и поведенческие факторы оказывают существенное воздействие, меняя неспецифическую резистентность организма, которые при этом не являются первопричиной их возникновения.

Современная психосоматика изучает оба аспекта взаимоотношений психики и тела, а в начале 19 века для разграничения этих сфер применялись термины «психосоматический» и «соматопсихический». Появление термина «психосоматический» относится к 1818 году (Heinroth Хайнрот), а термина «соматопсихический» к 1822 (Jakobi Якоби). В отечественных переводах 40-50 х годов многие авторы избегали понятия психосоматический из-за семантического сходства с понятием психоаналитический, поэтому возникло два термина в сущности относящихся к одному и тому же кругу явлений. Термин

«соматопсихический» употреблялся в нашей литературе также и потому, что по мнению отдельных ученых полнее отражал материалистический подход в психологии и физиологии. Наиболее часто же наблюдается двусторонний, но единый характер психосоматических соотношений со взаимным переходом психогении в соматогению и наоборот.

Новалис создал своего рода «психофизиологию», которая представляет собой учение о болезни, интуитивно объединяющее тело, душу и дух индивидуума. Он считал понятие «психосоматическое болезненное состояние» неточным, утверждая что «болезни должны рассматриваться как телесное сумасшествие, в частности как навязчивая идея» (1897). Новалис защищал максимально широкую концепцию психосоматики: «любое заболевание можно назвать психическим» (1898).

#### *Вопросы для самостоятельной работы:*

Задание 1. Дайте определение терминам «психосоматика» и «соматопсихика». Сопоставьте на примерах принципы психосоматического и соматопсихического исследовательских подходов.

Задание 2. Составьте схему связей психосоматики с другими науками, опишите междисциплинарный характер психосоматики.

Задание 3. Сравните термины: «психосоматика» и «психосоматическая медицина».

Задание 4. Охарактеризуйте современные бытовые и научные взгляды на проблему психосоматики.

### **Тема 2. Краткая история изучения психосоматических соотношений.**

#### *Краткое содержание лекции:*

История интереса людей к взаимоотношениям психики и тела началась с образованием первых человеческих сообществ. В примитивном обществе считалось, что болезнь вызывают духовные силы. Чтобы изгнать злого духа применяли заклинания и трепанацию черепа. По мнению некоторых ученых уже медицина Месопотамии была психосоматической во всех проявлениях. История психосоматики как части медицинской практики восходит к Гиппократу и Аристотелю, т.к. именно Гиппократ как бы объединял психическое и соматическое; прямо не говоря об этом и не отмечая это специально в своих трудах. Вместе с тем, он это подчеркивал, и об этом свидетельствует определение меланхолии, которое дал Гиппократ: «меланхолики страдают не только плохим настроением, но и испытывают боли в животе, как будто их колот тысячами

иголок». 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...».

Многие философы на протяжении веков рассуждали о взаимоотношениях души и тела. Безусловно, одним из духовных отцов становления психосоматического подхода следует считать Фридриха Ницше. Он создал философию, которая «исходит из тела и нуждается в нём, как в путеводной нити», говорил о «разуме тела», его «множественности с единым смыслом». Ницше не только предвосхитил ряд концепций Фрейда в учении о бессознательном и об аффектах, но и дал много указаний врачам по этому вопросу.

Однако классическая медицина не обращая внимания на философские рассуждения продолжала накапливать знания об отдельных органах и системах. Только в 19 веке ученые вновь вернулись к древнегреческой идее целостности организма и тому, что необходимо лечить больного, а не болезнь.

После 1920 г. в разных регионах Германии возник большой интерес к психофизиологическим исследованиям. В опытах с гипнозом Густавом Хейером (G. Heyer) и Э. Витковером (E. Wittkower) было обнаружено относительно специфическое влияние психических раздражителей и представлений на соматические функции, например на деятельность желудка и жёлчного пузыря. С середины 19 века исследование соотношений психики и соматики продолжились уже в рамках психологии: уже к концу 50-х годов в американской научной литературе было опубликовано около 5000 статей о соматической медицине глазами психологов, а в 1950 г. Александр Мичерлих (A. Mitscherlich) открыл в Гейдельберге первую психосоматическую клинику при университете.

В отечественной науке многие ученые используя теорию Павлова также занимались вопросами психосоматики. Бехтерев В.М. не только провозглашал, но и доказывал в своих работах возможность возникновения соматических расстройств под влиянием психических изменений, более того, он был убежден, что в научное определение организма входит среда, влияющая на него.

Также изучением вопросов психосоматике в медицинском направлении занимались: Крель (объектом лечения стала личность больного, изучал влияние аффектов на телесные функции и соматические заболевания), Вайцзеккер (ввел категорию субъекта в область патологии, благодаря чему появилась возможность учета жизненной ситуации в патогенезе), Бергман (открыл стадию «функционального нарушения побуждений» и доказал ее значимость для патогенеза психосоматических заболеваний).



*Вопросы для самостоятельной работы:*

Задание 1. Дайте определение понятию « психосоматическая проблема».

Задание 2. Перечислите философские предпосылки развития психосоматики.

Задание 3. Перечислите медицинские предпосылки развития психосоматики.

Задание 4. Охарактеризуйте следующие подходы к изучению психосоматической проблемы: соматоцентрический подход, дуалистический, психоцентрический подход.

### **Тема 3. Психосоматика как наука**

*Краткое содержание лекции:*

Пезешкиан вводит 3 понятия психосоматики:

- в узком смысле – это специфическое научное и лечебное направление, которое устанавливает взаимосвязи между душевными переживаниями и реакциями организма. Сюда относятся соматические заболевания и функциональные расстройства организма, возникновение и течение которых зависит преимущественно от психосоциальных обстоятельств.

- в широком смысле – это направление, изучающее комплексное взаимовлияние личности больного и социума.

- во всеобъемлющем смысле – влияние болезни на жизнедеятельность человека в рамках всего общества и культуры.

Современное определение психосоматики: это область науки, изучающая соматические заболевания, имеющие психогенное происхождение, в частности, вызванные нарушениями в эмоциональной сфере.

Психосоматика сейчас – это область междисциплинарных исследований (биологических, физиологических, медицинских, психологических, социальных и др. наук):

- 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.

Объект психологического исследования в психосоматике: личность психосоматического пациента и психосоматические проявления в их индивидуально-психологическом и личностном контексте.

Предмет психологического исследования в психосоматике: изучение генезиса, структуры и функций психосоматических явлений как в процессе онтогенетического развития человека, так и при различных формах телесной и душевной патологии (заболеваниях).

Психосоматика сейчас утверждает взаимосвязь психологических и медицинских факторов при любых заболеваниях, провозглашает биопсихосоциальный подход как к диагностике, так и к лечению.

#### *Вопросы для самостоятельной работы:*

Задание 1. Дайте определения понятиям: «организм», «индивид», «тело», «телесность», «психосоматический феномен нормы», «психосоматическое развитие», «психосоматический симптом».

Задание 2. В чем суть концепции психосоматического единства?

Задание 3. Охарактеризуйте современный холистический подход в изучении психосоматических отношений.

Задание 4. Перечислите основные задачи психологического исследования в психосоматике.

### **Тема 4. Теории и модели формирования психосоматических расстройств**

#### *Краткое содержание лекции:*

Существует несколько групп теорий, созданных для объяснения механизмов влияния психики на телесные функции:

1. «Психологические». К ним относятся различные гипотезы, которые ставят своей задачей через психические процессы объяснить возникновение психосоматических заболеваний (характерологические (концепции профиля личности), психоаналитические, эмоциональные, теории стресса).

Происхождение характерологических теорий восходят к Гиппократу и Галену, которые описав 4 темперамента приписали им сходство с определенными болезнями. Считалось, что сангвиникам свойственны расстройства кровообращения, холерикам и флегматикам – печеночные болезни. В XX в. это направление развил Кречмер, который у лептосома находил склонность к

легочному туберкулезу, язве желудка, у пикника – к ревматизму, атеросклерозу и печеночным заболеваниям, у атлета – к эпилепсии и мигрени. Также, в этом направлении работали Шелдон и Dunbar – теория профилей личности (личности импульсивные, живущие сегодняшним днем, плохо контролирующие себя склонны к несчастным случаям, а лица, страдающие ИБС терпеливы, целеустремленны, последовательны, имеют самообладание и способны жертвовать непосредственными радостями жизни для достижения отдаленной цели). Другая теория возникновения психосоматических расстройств — это теория акцентуации личности, представленная К.Леонгардом (1981) и А.Е.Личко (1983), позволяющая понять связь между изменениями личности и соматическими нарушениями.

Психоаналитики (Александр, Данбар) связывают особенности психофизического созревания и здоровья с ранним развитием, душевными конфликтами и эмоциональными (сексуальными, агрессивными) факторами. Фрейд создал конверсионную модель психосоматических расстройств на примере истерических симптомов паралича руки, аффективного приступа. Гродек распространил применение конверсионного механизма на понимание других болезней, в том числе и внутренних органов. По его мнению физические симптомы символически отражают влечения, содержащиеся в бессознательной сфере.

Эмоциональные теории начали развиваться с открытия, что личности психосоматических больных необычны – они банальны, пусты, не способны к развитию, фантазированию. В критической ситуации вместо представлений они реагируют движением, т.е. у них преобладает автоматическая телесная регуляция. Франц Александр развил концепцию эмоциональной специфичности (так называемую теорию «вегетативного невроза») и пришел к выводу, что психосоматические расстройства возникают как результат психофизиологических проявлений, специфичных для постоянного эмоционального напряжения. Он впервые объяснил возникновение психосоматических расстройств связью психологических механизмов с органической патологией. Бронхиальная астма детерминирована стремлением докричаться до матери, язва желудка – неудовлетворенным стремлением быть любимым, которое превращается в желание насытиться и сопровождается повышенным отделением желудочного сока. Т.о. для больных с психосоматическими расстройствами характерны типичные конфликтные ситуации – когда личность лишается возможности открыто участвовать в борьбе и проявлять агрессивность, симпатическая система надолго остается в состоянии повышенного возбуждения.

«Теории психосоциального стресса» (Ф.Бассин) указывает, что только «значащие» для личности в данной социальной ситуации переживания способны наиболее глубоко воздействовать на физиологические механизмы в организме.

Умение обуздать эти переживания и психологически их переработать, чтобы они потеряли свою исключительную остроту и не провоцировали патогенное состояние заключается один из важнейших путей психологической помощи и саморегуляции.

## 2. Физиологические, нейрогуморальные, кортико-висцеральные теории.

Примерно в одно время, параллельно с разработками психологов, изучавших эмоциональную жизнь, велись работы, подводившие физиологическую базу под те или иные эмоциональные проявления.

«Нейрогуморальные теории». Основываясь на физиологических механизмах стресса как психосоциального воздействия в широком смысле (в частности его влияния на иммунную и эндокринную систему) исследователи объясняют возникновение так называемых болезней адаптации (гипертензии, язвы, вирусной инфекции). Ограниченность этих теорий связана с игнорированием конкретной специфики реакций человека на стресс.

«Физиологические теории» изучают физиологические механизмы развития психосоматического процесса. Одни авторы связывают патологические процессы при психосоматических расстройствах с деятельностью гипоталамо-гипофизарной системы совместно с ретикулярной формацией ствола мозга. Другие называют основным местом эмоционального конфликта промежуточный мозг. Из этой мозговой структуры шоковые реакции распространяются на вегетативную и соматическую нервную системы и приводят к откликам органов. Современное развитие эти теории получили в работах вегетологов. В частности, А.М.Вейн (1991) предложили несколько иную, трехчленную схему формирования психосоматических расстройств: психическое воздействие → эндокринная и вегетативная системы → функциональные нарушения, т.е. психическое воздействие через вегетативную нервную систему приводит к нарушению функций органов и систем.

«Кортико-висцеральная теория». В 1960 г. Быков и И.Т.Курцин создали гипотезу о кортико-висцеральном происхождении психосоматических заболеваний. Их возникновение связано с первичным нарушением корковых механизмов управления висцеральными органами, обусловленным перенапряжением возбуждения и торможения в коре мозга. В клинических условиях ими были созданы экспериментальные неврозы сердца, сосудов, желудка и кишечника, синдромы коронарной недостаточности, язвы желудка и т.д. Пусковыми механизмами психосоматических расстройств могут быть факторы внешней и внутренней среды или нарушения экстеро – и интероцептивной сигнализации, приводящие к конфликтной ситуации между возбуждением и торможением в коре и подкорке, что в итоге вызывает невроз или психоз. Было сделано заключение, что в большинстве случаев носителями психосоматических расстройств являются личности со слабым и сильным

неуравновешенным типом нервной системы. Избирательность локализации болезненного процесса связана с функциональным состоянием органа, его повышенной реактивностью и пониженной сопротивляемостью.

*Вопросы для самостоятельной работы:*

Задание 1. Охарактеризуйте суть психоаналитической концепции возникновения психосоматических расстройств.

Задание 2. Опишите конверсионную модель и модель психосоматического образования симптомов по З.Фрейду.

Задание 3. Раскройте концепцию о вегетативном неврозе Ф.Александера.

Задание 4. Опишите теорию профилей личности Ф.Данбар.

Задание 5. В чем значение феноменов десоматизации и ресоматизации (М.Шур) для психосоматогенеза.

Задание 6. Охарактеризуйте концепцию двухфазного вытеснения А. Митчерлиха.

Задание 7. Перечислите поведенческие подходы в психосоматике. Опишите концепцию типов поведения (М. Фридман и Р.Розенман), поведенческий тип А и Б.

Задание 8. Дайте определение «алекситимии», опишите основные признаки, происхождение, структуру этого феномена. Раскройте роль алекситимии в происхождении психосоматического симптома.

Задание 9. Охарактеризуйте роль кортико-висцеральных связей в возникновении психосоматических расстройств (Павлов И.П., Быков К.М., Курцин И.Т.).

Задание 10. В чем роль концепций стресса и совладающего поведения в разработке проблем психосоматики?

Задание 11. Сравните концепции поисковой активности В.Ротенберга и выученной беспомощности М.Селигмана.

Задание 12. Опишите интегративную модель здоровья, болезни и болезненного состояния по Г.Вайнеру.

Задание 13. В чем суть биопсихосоциальной модели психосоматического симптомогенеза (подходы Энгеля, Т.Иксюля и В.Везиака)?

## Тема 5. Развитие телесности в онтогенезе

### *Краткое содержание лекции:*

Понятие «психосоматическое развитие» включает в себя такой аспект социализации телесности, как закономерное становление в онтогенезе механизмов психологической регуляции телесных функций, действий и феноменов. Содержанием этого процесса является освоение знаково-символических форм регуляции, трансформирующей природно-заданные потребности (пить, есть и т. д.), телесные функции (дыхание, реакции боли), либо создающей новые психосоматические феномены (образ тела, образ боли, самочувствие). Характер психосоматического феномена является производным от психологических новообразований и трансформируется в соответствии с логикой психического развития.

Путь социализации телесных феноменов пролегает через усвоение (означивание) и порождение телесных знаков, расширение сети телесных действий. Первичный носитель психосоматического феномена диада «мать-дитя», благодаря ему символический план изначально существует наряду с натуральным планом психосоматического феномена. В совместно-разделенных телесных действиях матери и ребенка мать выполняет функцию означивания и наполнения смыслом витальных потребностей и телесных действий ребенка. В диаде телесные действия ребенка изначально оказываются вписанными в психологическую систему «образа мира». Содержание и структура телесных действий определяются развитием системы значений и смыслов.

Одной из ранних форм существования значения и, видимо, центральной для анализа процесса психосоматического развития является та его форма, которая себя осуществляет на языке чувственной (сенсорной и эмоциональной) модальности - как начальное звено процесса формирования образа тела и как посредник между более поздними и развитыми формами значения.

Следующий этап развития телесных, психосоматических феноменов связан с организующей ролью системы значений уже на уровне репрезентации, на уровне символического манипулирования в плане представлений. Главным медиатором телесных действий становится вербализуемый образ тела, обретающий многообразие смысловых, характеристик в контексте целостного «образа мира». Так, боль до ее означивания и наделения определенным смыслом ребенок не отличает от дискомфорта, а значит и не получает своего специфического поведенческого эквивалента реагирования. Власть коммуникативного смысла над телесными симптомами ребенка столь велика, что в самом процессе коммуникации симптом не только может появляться, оформляться, но и исчезать. Этап абсолютного преобладания коммуникативного смысла телесных феноменов

совпадает с периодом симбиотической привязанности ребенка к матери, и ограничивается во времени моментом возникновения у ребенка автономных, инструментальных, управляемых им самим телесных действий, манипуляций с собственным телом.

С возрастом коммуникативный план телесности теряет свою актуальность, оттесняется в «психологический архив». Однако он не исчезает, а в ситуации соматической болезни может резко актуализироваться и даже служить источником возникновения особого класса психосоматических симптомов - истерической конверсии (коммуникация на языке болезненного телесного состояния).

Следующий этап развития психосоматических феноменов связан с включением в них гностических действий, облетающих самостоятельный смысл и преобразующих психосоматическую связь. Этот этап характеризуется интересом ребенка к собственному телу, поиском средств вербального и иного символического обозначения телесных событий. Феноменология телесности описывается уже не формулой «Я есть тело», а иначе: «У меня есть тело».

В образе тела смысловая трансформация выдвигает на первый план функциональную ценность определенных частей тела и сопряженных с ними телесных актов. Данному этапу соответствует новый класс телесных действий - подражательные и имитирующие. Ребенок подражает болеющим взрослым, неосознанно обучается семейным симптомам, способам их эмоционального переживания и преодоления, стереотипам реагирования на боль, болезнь и т. д. Освоенные и присвоенные в этом периоде значения, смыслы и телесные действия уже во взрослом возрасте могут сказаться в процессе симптомообразования - в виде актуализации выученных симптомов, изменения смысловых, ценностных характеристик телесного страдания (например, в виде фобического реагирования на телесные ощущения в области сердца, желудка и т. д.).

Новый этап социализации телесности связан, видимо, с возникновением рефлексивного плана сознания, способного трансформировать устоявшиеся и порождать новые смысловые системы. Разделение телесного и духовного Я делает тело и его феномены участником внутреннего диалога, порождающего новые жизненные смыслы. Дефицит рефлексивных психологических средств в дальнейшем может приводить к устойчивому существованию потенциально патогенного алекситимического стереотипа психологической регуляции или к привычному истерическому способу симптомообразования психосоматических расстройств в жизненно трудных ситуациях.

### *Вопросы для самостоятельной работы:*

Задание 1. Дайте определение понятию «телесность», сравните его с понятием «психосоматический статус».

Задание 2. Охарактеризуйте основные этапы развития телесности в онтогенезе.

Задание 3. Опишите феномены нормы и психосоматические феномены патологии, наиболее ярко проявляющиеся в период с новорожденности до подросткового возраста.

## **Тема 6. Этиология психосоматических расстройств**

### *Краткое содержание лекции:*

Этиология психосоматических расстройств чрезвычайно сложна и определяется следующими факторами:

1. Неспецифическая наследственная и врожденная отягощенность соматическими нарушениями и дефектами (хромосомные мутации, которые в основном приводят к поражению лимбической системы).

2. Наследственная предрасположенность к психосоматическим расстройствам существует при: артериальной гипертензии (22-62 %), бронхиальной астме (65-85 %), нейродермите (66 %), язвенной болезни, ревматоидном артрите, тиреотоксикозе.

3. Нарушения в центральной нервной системе, приводящие к нейродинамическим сдвигам.

4. Личностные особенности (замкнутость, сдержанность, недоверчивость, тревожность, сенситивность (чувствительность), склонность к легкому возникновению фрустраций (разочарований), преобладание отрицательных эмоций над положительными, невысокий уровень интеллектуального функционирования в сочетании с выраженной нормативностью и установкой на достижение высоких результатов).

5. Психическое и физическое состояние во время психотравмирующих событий. Возникновение в момент переживания житейских трудностей чувства безысходности, неверия в свои силы, отчужденности, отсутствие активности и предприимчивости приводит к заболеванию, тогда как энергичная позиция в отношении происходящего, способность принимать на себя ответственность, уверенность в возможности управлять событиями отмечается у тех, кто остается здоровым.

6. Фон неблагоприятных семейных и других социальных факторов. Если число событий, приводящим к серьезным изменениям в жизни индивида



возрастает более чем в 2 раза по сравнению со средним числом, то вероятность заболевания составит 80 %. Все изменения семейных взаимоотношений, препятствующие развитию индивидуальности ребенка, не позволяющие ему открыто проявлять свои эмоции, делают его ранимым в отношении эмоциональных стрессов. В то же время, наличие прочной социальной поддержки благоприятно сказывается на сопротивляемости к заболеваниям. Нарушенные внутрисемейные контакты в раннем возрасте, особенно между матерью и ребенком, в дальнейшем увеличивают риск развития психосоматических заболеваний.

#### 7. Особенности психотравмирующих событий.

Перечисленные факторы не только участвуют в генезе психосоматических расстройств, но каждый отдельно или в разных комбинациях делают человека уязвимым к эмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических расстройств.

#### *Вопросы для самостоятельной работы:*

Задание 1. Сравните патогенность основных этиологических факторов психосоматических расстройств. Какие факторы на Ваш взгляд наиболее опасны в детском и подростковом возрасте?

Задание 2. Опишите личностные особенности, повышающие психосоматический риск.

Задание 3. Перечислите социальные факторы, влияние которых на здоровье является необратимым.

Задание 4. Охарактеризуйте роль детского возраста и семейных отношений в возникновении и развитии психосоматических заболеваний.

### **Тема 7. Патогенез психосоматических заболеваний**

#### *Краткое содержание лекции:*

Изменения в психосоматической регуляции лежат в основе возникновения психосоматических болезней, или психосоматозов. В общем виде механизм возникновения психосоматозов может быть представлен следующим образом: психический стрессовый фактор вызывает аффективное напряжение, активизирующее нейроэндокринную и вегетативную нервную систему с последующими изменениями в сосудистой системе и во внутренних органах. Первоначально эти изменения носят функциональный характер, однако при

продолжительном и частом повторении они могут стать органическими, необратимыми.

Схема патогенеза психосоматических заболеваний включает следующие элементы:

1. Личностные особенности, неадекватный способ реагирования на стресс.
2. Эмоциональные нарушения, хроническое аффективное напряжение.
3. Психовегетативный синдром.
4. Психосоматические расстройства.
5. Органическая недостаточность мозговых систем, невротические изменения личности.
6. Изменение реактивности органа-мишени.
7. Психосоматическое заболевание.

1. Среди индивидуальных особенностей личности, способствующих возникновению заболеваний в результате внешних воздействий, выделяют темперамент. Такие его стороны, как низкий порог чувствительности к раздражителям, интенсивность реакций, трудности адаптации к новым впечатлениям с преобладанием отрицательных эмоций делают человека (а особенно ребенка) очень чувствительным к стрессам.

Среди заболевших после перенесенных стрессов преобладают те личности, которые отличаются большим нигилизмом, чувством бессилия, отчужденностью, непредприимчивостью.

Активность увеличивает шанс благоприятного исхода после воздействия стресса, отказ от поиска выхода из ситуации делает организм уязвимым к возникновению заболеваний.

Уменьшают патогенное воздействие агрессоров чувство собственной значимости, энергичная позиция в отношении окружения, способность принимать на себя большие обязательства, уверенность в возможности контролировать события.

2. Хронические отрицательные эмоции приводят к изменению функционирования организма. Неотреагированный гнев, подавленная агрессия, реализуясь через симпатическую нервную систему, приводят к гипертонической болезни, артритам, мигрени, гипертиреозу, диабету. Неутоленные стремления к зависимости, признанию, удовлетворению сексуальных потребностей посредством парасимпатической нервной системы преобразуются в язвенную болезнь, язвенный колит, бронхиальную астму.

3. Ведущим фактором, вызывающим психовегетативный синдром, являются психогенные заболевания, следовательно очевидна ведущая роль острого или хронического эмоционального стресса. Клиника этого синдрома состоит из: пароксизмальных вегетативных расстройств (колебания АД, нарушение сердечного ритма, ощущение нехватки воздуха, одышка, нарушение деятельности

ЖКТ, гипергидроз, терморегуляционные расстройства, расстройства мочеиспускания и др.), эндокринных нарушений (незначительные тиреотоксические проявления, колебания уровня сахара, дисменоррея), эмоциональных нарушений (тревога, страх, сниженное настроение, повышенная утомляемость, нарушенный сон). Внутри психовегетативного синдрома сохраняются взаимоотношения между нарушенной мотивационно – эмоциональной системой и неадекватным (избыточным или недостаточным) вегетативным сопровождением. Степень психовегетативных расстройств хорошо отражает уровень нарушения адаптивной, приспособительной деятельности, обеспечиваемой головным мозгом, и особенно, лимбико-ретикулярным комплексом.

5. При психосоматических состояниях функциональные и органические нарушения в органах и системах в большинстве случаев параклинически верифицированы. Гомеостаз, который определялся на основе данных кардиоинтервалографии, был нарушен у 92% обследованных. Почти 70% больных с психосоматическими расстройствами имели нарушения гомеостаза с преобладанием тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что параклинически подтверждает наличие эмоциональных нарушений.

*Вопросы для самостоятельной работы:*

Задание 1. Опишите подробно патогенетический механизм возникновения психосоматического расстройства.

Задание 2. Опишите подробно патогенетический механизм возникновения психосоматического заболевания.

Задание 3. Проанализируйте патогенез следующих нарушений: психогенная одышка, сахарный диабет.

## **Тема 8. Характеристика психосоматических нарушений**

*Краткое содержание лекции:*

Собственно определение психосоматических расстройств было впервые дано психоаналитиками, в частности, S.L.Halliday в 1943 году: «Психосоматическим заболеванием следует считать такое, природа которого может быть понята только из установления несомненного влияния эмоционального фактора на физическое состояние».

С этого времени началась путаница между понятиями «психосоматического расстройства» и «психосоматического заболевания»

Наиболее часто в нашей стране используется следующая дефиниция «Психосоматические расстройства - расстройства функций органов и систем, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов (например, переживанием острой или хронической психологической травмы, специфическими особенностями эмоционального реагирования личности, которая дана для определения психогенно обусловленных состояний).

Под психосоматическими расстройствами понимаются симптомы и синдромы нарушений соматической сферы, обусловленными индивидуально-психологическими особенностями человека и связанные со стереотипами его поведения, реакциями на стресс и способами переработки внутриличностного конфликта.

К группе психосоматозов относятся соматические болезни, роль психического фактора в этиопатогенезе которых является существенной, а иногда главенствующей. Психосоматическое заболевание формируется на основе такого диффузного состояния и отличается четко очерченной клинической симптоматикой, т.е. органическими нарушениями.

К психосоматическим расстройствам относят: нарушения сна, аппетита, тики, головные боли, диэнцефальные, вегетососудистые нарушения, функциональные нарушения в отдельных системах организма.

Выделяют следующие функциональные синдромы (психосоматические расстройства):

- Расстройства сердечно-сосудистой системы: тахикардия, различные нарушения сердечного ритма, не сопровождающиеся органическими изменениями (так называемые сердечные спазмы, короткие аритмии), синдром вегетососудистой дистонии (дисфункции симпатического или парасимпатического отдела, нарушения цикла «сон-бодрствование», нарушения терморегуляции (субфебрилитет)), чувство сдавливания в области сердца, сопровождающееся одышкой, страхом удушья и развития инфаркта миокарда, парестезии.

- Расстройства дыхательной системы: гипервентиляционный синдром (ускорение и учащение дыхания, связанные с чувством нехватки воздуха, стеснения в груди, судорожное сведение конечностей, парестезии в области рта, аэрофагия, метеоризм), кашель «закатывание» (надрывность, чувство неудовлетворения после каждого следующего откашливания, подкашливание, направленное на снятие неприятных симптомов в горле), «дыхание вздохами» (углубленные прерывающиеся вздохи, шумные выдохи, скованность грудной клетки).

- Расстройства желудочно-кишечного тракта: функциональные симптомы (аэрофагия – заглатывание человеком большого количества воздуха с формирующимся чувством переполнения желудка и потребностью освободить его с помощью отрыжки; метеоризм – «бурление и урчание» в животе,

сопровождается чувством дискомфорта, болью, запоры и диарея) и нарушение пищевого поведения (анорексия, булимия).

- Расстройства мочеполовой системы: энурез, психогенная импотенция, аноргазмия, вагинизм, диспареуния (болевые ощущения во время коитального контакта), преждевременная эякуляция.

- Болевой синдром,

- Зуд.

Систематика психосоматических расстройств.

Все исследователи классифицируют психосоматические расстройства, придерживаясь локализационного принципа, т.е. психосоматические расстройства выделяются на основе поражения того или иного органа или системы.

Лишь некоторые исследователи предлагают подразделять психосоматические расстройства с учетом их выраженности, в частности:

- психосоматические реакции, связанные с особенностями эмоционально-личностного реагирования и поведения (склонность к травмам, алкоголизм и др.).

- психофизиологические (психосоматические) состояния (функциональные расстройства, вегетативные неврозы)

- и органические психосоматические заболевания, т.е. сформировавшиеся заболевания с органическим субстратом, которые вначале возникают психогенно (гипертоническая и язвенная болезни, бронхиальная астма и др.).

### *Вопросы для самостоятельной работы:*

Задание: опишите симптомы и основные теории возникновения следующих нарушений:

- нарушения сердечно-сосудистой деятельности вегетативного генеза,
- эссенциальная гипертония,
- ишемическая болезнь сердца,
- кардиофобический невроз,
- бронхиальная астма,
- гипервентиляционный синдром,
- аллергические заболевания,
- инфекционные заболевания,
- нейродермит,
- язвенная болезнь желудка,
- заболевания пищевода,
- синдром «раздраженного желудка»,
- заболевания кишечника,
- нарушения пищевого поведения,

- дисфункция щитовидной железы,
- сахарный диабет,
- нарушения репродуктивной функции,
- нарушения мочеполовой системы,
- заболевания опорно-двигательного аппарата,
- онкологические заболевания.

## **Тема 9. Концепции «внутренней картины» здоровья и болезни в современной психосоматике**

### *Краткое содержание лекции:*

В отечественной литературе проблема соотношения личности и болезни рассматривается в двух аспектах:

- как система отношений «личность и болезнь» – роль личности в этиологии заболевания, в выходе из болезни, в процессе реадaptации;
- система отношений «болезнь и личность» – выяснение проблемы непосредственных и опосредованных соматогений, возникающих у больного в результате тяжелых заболеваний, изучение влияния патологического процесса и его способности изменять личность.

Соматопсихическое направление было заложено трудами С.С. Корсакова, П.Б. Ганнушкина, В.А. Гиляровского, И.К. Краснушкина. В центре внимания находился вопрос влияния соматической болезни на личность.

В связи с появлением работ по изучению субъективной стороны заболевания был введен целый ряд терминов, определяющих отражение болезни в психике человека.

Внутренняя картина болезни (Р.А. Лурия) – «все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений ... его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах ... – весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм». Р.А. Лурия придерживался деления внутренней картины болезни на два уровня, предложенного А. Гольдшейдер, но особое значение отводил «интеллектуальному» уровню как обладающему большим влиянием на течение патологических процессов.

Переживание болезни (Е.А. Шевалев, В.В. Ковалев) – общий чувственный и эмоциональный фон, на котором проявляются ощущения, представления, психогенные реакции и другие психические образования, связанные с болезнью. В.В. Ковалев выделил шесть основных типов переживания болезни: депрессивный,

дистимический, ипохондрический, фобический, истероидный, эйфорический и анозогнозический.

Реакция адаптации (Е.А. Шевалев, О.В. Кербиков) – комплекс приемов, вырабатываемых личностью в целях преодоления сознания неполноценности, переживаний ограничения физических и психических возможностей, преодоления изменившегося самочувствия и различных проявлений болезни. Эти реакции могут быть компенсаторного, псевдоаутического характера (искусственное ограничение контактов, подсознательная маскировка симптомов, сознательное изменение режима дня, характера работы и т. п.), возможны псевдокомпенсаторные реакции (отрицание и игнорирование болезни при тяжелых соматических заболеваниях). Другими словами, заболевший человек на основе своей концепции болезни определенным образом изменяет привычный образ жизни, свою трудовую деятельность.

Позиция к болезни (Я.П. Фрумкин, И.А. Мизрухин) – реакция личности на возникновение патологических проявлений. Особое значение имеет отношение больных к симптомам, наиболее полно отражающим патогенетическую сущность болезни.

Отношение к болезни (Л.Л. Рохлин) – определяется понятием «сознание болезни», которое включает:

- гнозис болезни – познание болезни на основе интероцептивных ощущений больного, имеющихся у него медицинских знаний, личного опыта собственной болезни или болезни близких;
- общие сдвиги в психике больного;
- отношение больного к заболеванию определяется рядом факторов: спецификой заболевания, особенностями личности и нервной системы заболевшего, факторами социальной среды, формирующими сознание и поведение больного.

В настоящее время в качестве понятия, определяющего отражение болезни в психике человека, наиболее распространен термин, предложенный А.Р. Лурия, – «внутренняя картина болезни». Он охватывает разнообразные стороны субъективной картины заболевания. Это сложное, структурированное понятие включает, по крайней мере, четыре уровня психического отражения болезни в психике заболевшего:

- 1-й уровень – чувственный, уровень ощущений;
- 2-й уровень – эмоциональный (различные виды реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия);
- 3-й уровень – интеллектуальный (представления, знание больного о своем заболевании, размышления о его причинах и возможных последствиях);

- 4-й уровень – мотивационный (отношение больного к своему заболеванию, изменение поведения и образа жизни в условиях болезни).

Внутренняя картина здоровья – целостное представление, «для-себя-знание» о здоровье. Внутренняя картина здоровья определяет переживание человеком своего актуального состояния как здоровья или болезни, т.е. болезнь практически никогда не воспринимается и не переживается сама по себе, но всегда — в контексте жизненного пути личности, в соотношении со здоровьем, как оно дано в прошлом и видится в прогнозе будущего. Структура внутренней картины здоровья представлена чувственными (ощущениями и переживаниями), когнитивными (представления о здоровье, установки на него, ценности здорового образа жизни), поведенческими компонентами. «Взаимодействие» уровней внутренней картины здоровья и устойчивость базовых характеристик дает возможность выстраивать мотивацию собственной жизни, основанную на переживании ее осуществимости как возможности реализовать свое здоровье.

Сформированность внутренней картины здоровья предполагает наличие и активное применение в повседневной деятельности и стрессовых ситуациях указанных компонентов. Адаптивное «здоровое» поведение, построенное на основе показателей сформированности внутренней картины здоровья, предполагает способность субъекта извлечь уроки из прошлого опыта, создать новую модель поведения, отвечающую в той или иной мере новым требованиям среды, поддержать свою активность на необходимом для достижения оптимального результата уровне, т.е. обеспечивает самореализацию, в том числе и профессиональную. Личностный смысл здоровья, его переживание на биологическом, психическом и социальном уровнях является основой для построения системы здоровьеразвивающего поведения и то, насколько эффективно будет это поведение, предположительно также можно оценить по перечисленным критериям.

#### *Вопросы для самостоятельной работы:*

Задание 1. Раскройте историю формирования понятий о внутренней картине здоровья и болезни.

Задание 2. Охарактеризуйте модели внутренней картины болезни и здоровья.

Задание 3. Опишите динамику внутренней картины здоровья и болезни, личностного смысла здоровья и болезни в разных возрастах.

Задание 4. Как связаны восприятие болезни / здоровья с совладающим поведением и динамикой выздоровления?



## Тема 10. Диагностика и коррекция в психосоматике

### *Краткое содержание лекции:*

При постановке психосоматического диагноза в распоряжении психотерапевта имеются две основные методики — диагностическая беседа и психологическое тестирование. Диагностическая беседа дает возможность собрать психосоматический анамнез, чтобы привести не осмысленные пациентом соматические симптомы в понятную смысловую связь с внешней и внутренней историей его жизни. Первоочередная цель заключается в нахождении связей во времени между началом соматических проявлений и анамнестически достоверными жизненно важными изменениями или же 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 соматическом заболевании диагностическая беседа направлена на определение в первую очередь нынешнего внешнего и внутреннего состояния пациента (Бройтигам и др., 1999). Что знает пациент о своем заболевании? Какое значение имеет оно для него сейчас и в его жизни в целом? Имеется ли у него свой взгляд, в соответствии с которым он сам, его родные, психотерапевты или кто-либо еще ответственны за это заболевание? Соответствует ли его знание о болезни, ее причинах и течении психотерапевтической оценке?

При выборе комплекса тестовых методик для исследования психосоматических пациентов 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, применяющихся для исследования психосоматического больного имеет характер опросника: тест-опросник Г. Айзенка (EPI), методика многофакторного исследования личности Р. Кеттела (16PF), миннесотский многомерный личностный перечень (MMPI), который

содержит 566 вопросов и пытается охватить клинически определяемые черты личности.

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 (Райгородский, 1999; Столяренко, 2000).

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., 2002).

Принципы психосоматической психотерапии:

1. Принцип системности. Необходимость сочетанного, одновременного, параллельного воздействия на биологический и психический компоненты заболевания. Предполагает воздействие на функциональные связи отдельных структур в целом, предопределяя не простое суммирование эффектов, а их взаимодействие.

2. Принцип «клиники терапии». Тактика динамической коррекции, поскольку заболевание у одного и того же больного на разных этапах лечения представляет разные стороны патогенетических механизмов.

3. Принцип индивидуализации. Индивидуальный подход к терапии определенного заболевания и определенного больного. Касается и выбора средств лекарственной терапии и методов психологической коррекции.

4. Принцип опосредованности. Действие каждого из средств лечения имеет компонент психического опосредования (установками ребенка, родителей, врача).

5. Принцип отношений. Любое лечение – не воздействие врача на болезнь или больного, а процесс отношений врача и больного. В этой системе есть сознательные и бессознательные цели, ожидания, мотивации.

6. Принцип среды.

7. Принцип гуманизма. Терапия не может быть удовлетворительной, если ее средства и методы игнорируют интересы личности и ее развития.

*Вопросы для самостоятельной работы:*

Задание 1. Перечислите основные диагностические принципы, применяемые в психосоматическом исследовании.

Задание 2. Опишите процесс диагностического обследования психосоматического больного: этапы, специфика контакта.

Задание 3. Охарактеризуйте основные подходы к коррекции психосоматических расстройств, критериально оцените их эффективность.

## Библиографический список

### *Основная литература:*

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. М.,1998
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. М., 2000.
3. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. М., 2000
4. Березин Ф. Б. Некоторые механизмы интрапсихической адаптации и психосоматическое соотношение. – В кн.: Бессознательное: природа, функции, методы исследования. Тбилиси, 1978, т. 2, с.281-291
5. Волков В.Т., Стрелис А.К. и др. Личность пациента и болезнь. Томск, 1995.
6. Залевский Г.В. К истории, состоянию и проблемам современной клинической психологии.//Сибирский психологический журнал.1999, вып.10, с.53-56
7. Залевский Г.В. Психология здоровья – проблемы образования и культуры. Материалы Всероссийской конференции (Томск, 5-7 октября 2005 г.).//Сибирский психологический журнал. № 22, 2005, с.153-157
8. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. – СПб, 2005
9. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. СПб, 2007.
10. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. СПб., 2000.
11. Кискер К.П., Фрайбергер Г., Розе Т.К., Вульф Э. Психиатрия, психосоматика, психотерапия. М., 1999.
12. Курек Н.С. Дефицит психической активности: пассивность личности и болезнь. М., 1996.
13. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и патогенные заболевания. М.,1944
14. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика – Эксмо, 2008
15. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. - М., 2005.
16. Менделевич В.Д.,Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина.Часть 2.Психосоматическая медицина. – М.: «МЕДпресс- информ», 2002.
17. МКБ-10 Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Женева. Всемирная организация здравоохранения, 1992. Перевод. СПб, 1994.
18. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М.,1987
19. Перре М., Бауман У. (ред.) Клиническая психология.2-е изд., СПб.-М., 2002

20. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.В.Карвасарского, СПб., 2000.
21. Соколова Е. Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995.
22. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Л., 1984.
23. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. – М., 1986
24. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002.
25. Урванцев Л.П. Психология в соматической клинике. Ярославль, 1998.
26. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. - М.: Медицина, 1987.

*Дополнительная литература:*

1. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. Методическое пособие. С-Пб., 1994.
2. Аммон Г. Психосоматическая терапия. – СПб: Изд- во «Речь», 2000.
3. Антропов Ю.Ф., Щевченко Ю.С.– Лечение детей с психосоматическими расстройствами - СПб.: Речь, 2002.
4. Бодров В.А.Психологический стресс: развитие и преодоление.- М.:ПЕР СЭ. 2006.
5. Заболевания вегетативной нервной системы. Руководство для врачей.//Под редакцией профессора Вейна А.М.-М.:Медицина,1991.
6. Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б, Мазур Е.С.Саморегуляция поведения в норме и патологии//Психологический журнал, 1989. - Т.10. - № 2. - С.122-132.
7. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. - Л., Медицина,1980.
8. Кулаков С.А.Основы психосоматики.- СПб.: Речь, 2003.
9. Курцин И.Т.Теоретические основы психосоматической медицины.- Изд-во «Наука», Ленингр. отд.-Л., 1973.
10. Менегетти А. Психосоматика / Пер. с итал. Славянской ассоциации Онтопсихологии. – М.:ННБФ «Онтопсихология», 2003.
11. Психология телесности между душой и телом/ред.сост. В.П.Зинченко, Т.С.Леви. М.: АСТ:АСТ МОСКВА, 2005.
12. Смирнов В.В., Резникова Т.Н. Основные принципы и методы исследования «внутренней картины болезни» // Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина,1983, с.38 – 61.
13. Тхостов А.Ш.,Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни //В сб.:Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно – психической и соматической патологии.-Л, ЛНИПНИ им В.М.Бехтерева.,1990- С.44-49.