**Модуль 1. Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с сердечно-сосудистыми психосоматическими заболеваниями**

**Тема №2.**

**Тема:** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с сердечно-сосудистыми психосоматическими заболеваниями. (Продолжение).

***Теоретическая часть занятия:***

Студенты выполняют тестовые задания по теме занятия. Заканчивают теоретический вводный обзор по курсу «Психосоматика», отвечая на оставшиеся вопросы. *В завершении занятия студенты представляют преподавателю устный отчет по проведенной работе, протокол беседы (составляется в свободной форме) и описание психического статуса* *больного.*

**Вопросы:**

1. Вводный обзор по курсу «Психосоматика» (Продолжение).

1.8.Принципы психокоррекции ПСР в психодинамическом, когнитивно-поведенческом, экзистенциально-гуманистическом и системном подходах.

1.9. Методы психологической коррекции психосоматических расстройств.

2. Психологические аспекты этиопатогенеза психосоматических расстройств сердечно-сосудистой системы. Тип поведенческой активности.

3. Клиническая картина артериальной гипертонии. Клиническая картина ишемической болезни сердца, включая инфаркт миокарда.

***Практическая часть занятия:***

*Клинико-психологическое исследование пациента кардиологического профиля:*

1. Уточнение жалоб больных при поступлении и на момент осмотра.

2. Уточнение анамнеза заболевания и анамнеза жизни.

3. Описание психического статуса на момент осмотра (схема описания психического статуса – см. Приложение 1).

4. Формулирование цели экспериментально-психологического исследования.

**Основные понятия темы:** клинико-психологическое исследование, открытые вопросы, закрытые вопросы, триада Роджерса, психологический анамнез жизни, психологический анамнез болезни, психический статус, психологическая коррекция, тип поведенческой активности.

**Рекомендуемая литература:**

1. Дереча, В. А. Основы психосоматики [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов фак. клин. психологии / В. А. Дереча, Г. И. Дереча ; ОрГМА. - Электрон. текстовые дан. - Оренбург : [б. и.], 2013. - 1 эл. опт. диск. - Загл. с титул. экрана. - (в конв.) : Б. ц. (89 с.)
2. Дереча, В. А. Практикум по психосоматике [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов фак. клин. психологии / В. А. Дереча, Г. И. Дереча ; ОрГМА. - Электрон. текстовые дан. - Оренбург : [б. и.], 2013. - 1 эл. опт. диск. - Загл. с титул. экрана. - (в конв.) : Б. ц.
3. Клиническая психология [Текст] : учебник / ред. Б. Д. Карвасарский. - 3-е изд., стер. - СПб.: Питер, 2007. - 960 с.
4. Кулаков, С. А. Основы психосоматики [Текст] : практикум / С. А. Кулаков. - СПб. : Речь, 2003. - 288 с. : ил. - (Психологический практикум).
5. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика [Текст] : справочное издание / И. Г. Малкина-Пых, 2009. - 1024 с.
6. Сидоров П.И. Клиническая психология: Учеб. для студентов мед вузов/ П.И. Сидоров, А.В. Парняков. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. - 880 с.: ил.

**Теоретический материал к Модулю 1 к теме 2.**

**1.8. Принципы психокоррекции ПСР в психодинамическом, когнитивно-поведенческом, экзистенциально-гуманистическом и системном подходах.**

***Психоаналитическое (психодинамическое) направление в консультировании***– берет начало от классического психоанализа Зигмунда Фрейда. Направление также называется *психодинамическим,* т. к. рассматривает все явления психической жизни человека (мысли, эмоции и поведение) как результат взаимодействия и конфликта (т. е. *динамики*) противоположно направленных мотивационных сил. Психическая патология возникает в том случае, если интрапсихический конфликт решается за счет подавления одного из противоборствующих импульсов. Оставаясь неосознанным, этот импульс сохраняет свой энергетический потенциал и находит опосредованное выражение через симптомы психической патологии. Целью психоаналитического консультирования является помощь клиенту в осознании и конструктивном разрешении внутриличностного конфликта и создании условий для успешного решения подобных конфликтов в будущем. Такие условия создает расширение восприятия Эго (т. е. усиление способности клиента осознавать свои потребности и влечения) и изменение содержания Суперэго таким образом, чтобы Суперэго представляло человеческие, а не жесткие моральные стандарты. Таким образом, консультирование в рамках психоаналитического направления позволяет не только смягчить или устранить полностью симптом болезни (благодаря разрешению бессознательного конфликта, лежащего в его основе), но и реконструировать отношения клиента с самим собой и другими людьми на основе лучшего самопонимания.

Хотя психоаналитическое консультирование является психодинамическим, само понятие *психодинамического подхода к консультированию* шире. Психодинамическое направление включает разнообразные подходы к консультированию, основанные на динамической модели функционирования психики, согласно которой мысли, эмоции и поведение человека – как адаптивные, так и психопатологические – представляют собой результат взаимодействия конфликтующих сил, присутствующих в индивидууме. По этой причине психодинамический подход включает не только модели консультирования, основанные на психоаналитической теории З. Фрейда, но также личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова, которая основана на *теории отношений* В.Н. Мясищева и многие другие.

***Поведенческий подход в консультировании* –** включает различные модели консультирования, целью которых является устранение нежелательных форм поведения и выработка полезных для клиента навыков поведения. В основе поведенческого консультирования лежит представление о том, что неадаптивное поведение и клинические симптомы являются результатом того, что человек чему-то не научился или научился неправильно (усвоенная неадаптивная реакция, которая сформировалась в результате неправильного научения).

Наиболее успешно поведенческое консультирование применяется при фобиях, поведенческих расстройствах и зависимостях, то есть тех состояниях, при которых возможно выделить какой-то определенный симптом как «мишень» для консультативного вмешательства.

***Когнитивный (когнитивно-поведенческий) подход в консультировании*** – возник в результате интеграции методов поведенческого консультирования и когнитивных теорий личности. Когнитивно-поведенческое консультирование основано на положении о том, что поведение человека зависит от особенностей восприятия и переработки информации, поступающей из внешнего мира, т. е. от когнитивных процессов. Симптомы психической патологии возникают в результате искажений в восприятии реальности, на основе дезадаптивных убеждений и ошибок мышления. Целью когнитивно-поведенческого консультирования является изменение нелогичных или нецелесообразных мыслей и убеждений человека, а также дисфункциональных стереотипов его мышления и восприятия. Когнитивное консультирование успешно применяется при депрессиях и тревожно-фобических расстройствах.

***Экзистенциально-гуманистическое направление в консультировании*** – включает разнообразные подходы, школы и методы, которые в самом общем виде объединяет идея личностного роста, личностной интеграции, восстановления способности личности к свободному сознательному выбору с чувством ответственности за этот выбор. Эта цель может быть достигнута за счет переживания, осознания (осознавания), принятия и интеграции *опыта,* уже существующего или полученного в ходе консультации. По этой причине экзистенциально-гуманистическое направление в консультировании часто обозначают термином *«опытное».*

Клиент может получить новый уникальный опыт, способствующий личностной интеграции, различными путями: этому опыту могут способствовать другие люди *(клиент-центрированное консультирование К. Роджерса, экзистенциальное консультирование Р. Мея и И. Ялома)*, непосредственное обращение к ранее закрытым аспектам собственного «Я», в т. ч. телесным *(гештальт-консультирование Ф. Перлза)* и соединение с высшим началом *(психосинтез Р. Ассаджиоли)*.

***Системный семейный подход к консультированию***– это консультирование пациента в семье и при помощи семьи. Он основан на следующих положениях:

* семья это больше, чем группа людей, поэтому переживания, поведение, особенности психики отдельного человека во многом определяются семейным контекстом, в который он включен;
* семья как система стремится, с одной стороны — к сохранению сложившихся связей, с другой — к развитию и переходу на более высокий уровень функционирования;
* болезнь или дезадаптивные симптомы одного из членов могут быть рассмотрены как дисфункциональный способ стабилизации системы;
* поэтому консультирование должно быть направлено не на устранения симптома, а на изменение отношений внутри семейной системы, поддерживающих этот симптом.

**Коротко:**

**Психоаналитический (психодинамический) подход к психокоррекции и психологическому консультированию:**

***Концепция личности.***

Личность детерминирована бессознательными психическими процессами (в первую очередь – бессознательными врожденными потребностями) и ранними детскими переживаниями.

Фрейд выделял две группы таких потребностей – *инстинкты жизни* (Эрос) и *инстинкты смерти* (Танатос). Неофрейдисты (Адлер, Юнг, Фромм, Хорни) полагали, что источником развития является врожденная потребность в другом человеке, как источнике *безопасности, привязанности,* *тепла* и *развития собственной идентичности.*

Личность, по Фрейду, состоит из трех главных компонентов – «ид» (базальные потребности), «эго» (рассудок) и «суперэго» (мораль). Каждый компонент личности имеет собственную направленность (*ид* – немедленное получение удовольствия; *эго* – адаптация потребностей организма к требованиям социума, защита от физического и морального ущерба, который может последовать за немедленным удовлетворением потребностей ид; *суперэго* – стремление к совершенству), поэтому они часто вступают в конфликт друг с другом. Ведущую роль в урегулировании интрапсихических конфликтов и достижении динамического равновесия играет Эго.

Личность и поведение являются результатом усилий Эго в примирении бессознательных психических конфликтов и требований реального мира.

***Концепция здоровья.***

Психическое здоровье определяется как динамическое равновесие между различными внутренними потребностями, а также между ними и требованиями внешней среды (у Фрейда – между биологическими потребностями и социальными требованиями, у Адлера – между потребностью в общности с другими людьми и стремлением к личному превосходству и др.). Другими словами, это постоянный поиск компромисса.

Трудности в достижении такого компромисса возникают, если человек плохо осознает свои потребности (функция *Эго*), имеет слишком строгие моральные стандарты (функция *Суперэго*), либо испытывает потребности, трудно совместимые с нормами общества.

Поэтому для восстановления психического здоровья необходимо *усилить Эго над Ид* (т. е. усилить способность к осознанию своих потребностей), *смягчить требования Суперэго* (т. е. пересмотреть свои моральные стандарты) и научиться эффективно перераспределять энергию социально недопустимых влечений на конструктивные жизненные цели – близость с другими людьми и творчество (*сублимация*).

***Концепция патологии.***

Есть две модели развития психической патологии: модель травмы и модель конфликта.

*Модель травмы:* в основе психических расстройств лежат вытесненные в бессознательное ранние травматические переживания сексуального характера (соблазнение, инцестуозные отношения, мастурбация, изнасилование).

*Модель конфликта:* сущность невроза – это конфликт между *бессознательным* (первичные, врожденные потребности и влечения, составляющие содержание Ид) и *сознанием* (нормы, правила, запреты, требования, существующие в обществе и являющиеся элементами Супер-Эго). Вытесненные в бессознательное инстинктивные потребности сохраняют свой энергетический потенциал и проявляются либо в социально приемлемых формах поведения (за счет сублимации), а если это невозможно или недостаточно, то в виде невротических симптомов.

***Цели психокоррекции и консультирования.***

Задача консультанта-психоаналитика состоит в том, чтобы *вскрыть и перевести в сознание* бессознательные тенденции, влечения и конфликты, способствовать осознанию. Психоаналитик строит процесс таким образом, чтобы облегчить проявление и понимание бессознательного. Для этого психоаналитик должен подвергнуть *анализу* ряд психических феноменов, в которых бессознательное находит свое выражение. Такими феноменами являются свободные ассоциации, символические проявления бессознательного, перенос и сопротивление.

В результате анализа проявлений бессознательного достигается *катарсис* (отреагирование, освобождение от травмирующих эмоций) и *инсайт* (например, понимание связи между невротическим симптомом и вытесненными травматическими переживаниями, понимание психологической выгоды от симптома), благодаря чему происходит облегчение или полное устранение невротического симптома.

Фрейд считал терапевтичным уже само осознание истинных причин заболевания, однако другие психоаналитики пришли к выводу, что не менее значимой является помощь клиенту в изменении своего поведения и установлению других отношений с самим собой и окружающими людьми в соответствии с материалом, осознанным в процессе психоанализа.

***Особенности терапевтических отношений.***

Лечебная модель является медицинской и авторитарной: «врач — пациент» или «родитель-ребенок».

Психоаналитик вмешивается в процесс мышления клиента настолько мало, насколько это возможно, и не иначе как посредством собственных интерпретаций. Соблюдение *правила нейтральности* психоаналитика необходимо для того, чтобы снизить вероятность его влияния на бессознательное клиента и искажение получаемого для анализа материала. Отчасти для этого используется *кушетка,* ведь терапевт, сидящий позади кушетки, находится вне поля зрения пациента.

Кроме того нейтральность консультанта облегчает возникновение *переноса* у клиента, который является ценным источником информации об опыте отношений клиента со значимыми для него людьми (в первую очередь – с родителями).

**Когнитивно-поведенческий подход к психокоррекции и психологическому консультированию:**

***Концепция личности.***

Личность — это опыт, который человек приобрел в течение жизни.

*Радикальный бихевиоризм* – психика = поведение – совокупность реакций организма на воздействия внешней среды (т.е. на набор фиксируемых стимулов). Человек – носитель определенных форм поведения, которые вырабатываются в результате взаимодействия организма с внешней средой при условии их подкрепления. Игнорируется роль внутренних психических процессов, поскольку они недоступны для непосредственного наблюдения, фиксации и измерения.

*Методологический бихевиоризм* – среда влияет на человека не только непосредственно («стимул – реакция»), но и опосредованно, преломляясь через когнитивные и мотивационные процессы («стимул – внутренние психические процессы – реакция»).

*Когнитивная психология* – поведение человека зависит от особенностей восприятия и переработки информации, поступающей из внешнего мира, т. е. от когнитивных процессов. Личность = совокупность когнитивных схем, с помощью которых происходит восприятие реальности.

***Концепция здоровья.***

*Бихевиоризм:*

Здоровье = адаптация, следовательно, человек здоров, если его поведение обеспечивает необходимый уровень адаптации.

*Когнитивная психология:*

Психическое здоровье соотносится со способами переработки информации, обеспечивающими эффективное решение разнообразных жизненных задач и проблемных ситуаций.

*или*

А. Бек: Здоровая личность – это личность, способная осознавать, применять и совершенствовать собственные когнитивные схемы, в соответствии с меняющимся опытом и меняющейся реальностью.

***Концепция патологии.***

*Бихевиоризм:*

Невротический симптом (невротическое поведение) рассматривается как неадаптивное или патологическое поведение, возникшее в результате неправильного научения.

*Когнитивная психология:*

В основе патологии лежат дисфункциональные когнитивные схемы, ведущие к искажениям в восприятии реальности.

***Цели психокоррекции и консультирования.***

*Поведенческое консультирование* (модификация поведения) направлено на управление поведением человека, на переучивание, редукцию или устранение симптома и приближение поведения к определенным адаптивным формам поведения.

Важной задачей *когнитивного консультирования* является выявление и корректировка автоматических мыслей и дезадаптивных убеждений. Другой задачей консультанта является обучение клиента умению оценивать свое мышление и изменять его самостоятельно.

Когнитивное консультирование, как и поведенческое консультирование, направлено на снижение выраженности симптомов заболевания, помощь пациенту в его попытках контролировать свои чувства и становление адаптивного поведения. Различие в том, что когнитивный консультант изменяет не непосредственно неадаптивное поведение, а мысли и установки, лежащие в основе такого поведения.

***Особенности терапевтических отношений.***

Роль и позиция консультанта должна соответствовать роли и позиции учителя или технического инструктора, а отношения между пациентом и консультантом носят обучающий (воспитательный, образовательный) характер и могут быть определены как отношения типа «учитель—ученик». Поведенческий консультант вмешивается во внутреннюю жизнь клиента лишь в той степени, в которой это необходимо для решения его актуальных проблем («принцип минимального вмешательства»).

**Экзистенциально-гуманистический подход к психокоррекции и психологическому консультированию:**

***Концепция личности.***

Человек свободен от прошлого опыта и внешних влияний (в той степени, в которой осознает это влияние), он может свободно выбирать свое будущее. Однако это возможно только в том случае, если он принимает на себя ответственность за собственную жизнь и осуществляет свою *экзистенцию* – подлинное существование.

Личность – уникальное, целостное образование, которую невозможно понять за счет анализа отдельных проявлений и составляющих.

Основными мотивами, движущими силами и детерминантами личностного развития являются специфически человеческие свойства — стремление к *развитию,* к наиболее полному использованию своих талантов, способностей и потенциала личности *(самоактуализация)*, к осуществлению определенных жизненных *целей,* раскрытию *смысла* собственного существования.

***Концепция здоровья.***

Психически здоровый человек открыт по отношению к опыту, способен к свободному самостоятельному выбору, управляет собой и своей жизнью, стремится к личностному росту и самореализации.

Неотъемлемой характеристикой психического здоровья является также существование в любви с другим человеком.

***Концепция патологии.***

Невроз рассматривается как результат: невозможности самоактуализации (Роджерс, Маслоу), отчуждения человека от самого себя и от мира (Мей), переживания человеком чувства бессмысленности собственного существования (Франкл), подавления спонтанности и креативности (Морено), нарушения процесса саморегуляции организма вследствие отказа от собственных потребностей и следования ценностям, навязанным извне (Перлз).

***Цели психокоррекции и консультирования.***

Целью консультирования является помощь человеку в становлении самого себя в качестве *самоактуализирующейся* личности, помощь в поисках путей самоактуализации, в раскрытии *смысла* собственного существования, в осознании *ответственности* за формирование собственного внутреннего мира и выбор жизненного пути, в достижении *аутентичного* существования, в *интеграции Я* за счет концентрации внимания и осознавания различных аспектов («частей») собственной личности, собственных эмоций, субъективных телесных стимулов и пр.

***Особенности терапевтических отношений.***

Терапевтический союз представляет собой взаимодействие двух равных людей или отношения по типу «Взрослый — Взрослый» или «Личность – Личность».

Терапевтические изменения могут быть достигнуты при условии, что консультант *конгруэнтен* по отношению к собственному опыту во взаимоотношениях с клиентом (т. е. в состоянии осознавать чувства, которые он испытывает и сообщать о них клиенту, если это требуется), а также испытывает и адекватно выражает *безусловное позитивное отношение* к клиенту и *эмпатическое понимание* взглядов и состояний клиента.

**Системный семейный подход к психокоррекции и психологическому консультированию:**

***Концепция личности.***

Личность рассматривается не изолированно, а в контексте интерперсональных и культурных связей и в первую – в контексте семьи.

*Семья* это больше, чем группа людей, поэтому переживания, поведение, особенности психики отдельного человека во многом определяются семейным контекстом, в который он включен.

Семья как система стремится, с одной стороны — к сохранению сложившихся связей, с другой — к развитию и переходу на более высокий уровень функционирования.

***Концепция здоровья.***

Здоровье отдельной личности зависит от «здоровья» семьи в целом. В связи с этим семьи делятся на «здоровые» или гармоничные и дисгармоничные.

Различие между ними заключается в том, что члены гармоничной семьи быстро и адекватно реагируют на изменение внешней и внутренней ситуации (переезд на новое место жительства, рождение ребенка, взросление детей и др.), в то время как члены дисгармоничной семьи пытаются сохранить привычные стереотипы взаимодействия друг с другом и за пределами семьи вне зависимости от изменения внешних и внутренних условий.

Способность гармоничной семьи гибко реагировать на изменения обеспечивают следующие ее характеристики: все члены общаются между собой, умеют слушать друг друга; разделяется ответственность и обязанности между всеми ее членами; ее члены поддерживают друг друга, умеют распределить и выполнять обязанности другого члена в случае изменения ситуации (командировка, болезнь); учат уважать других людей, их различия во вкусах; уважают вкусы, выбор друзей, времяпровождение подростка и др.

***Концепция патологии.***

Корни проблем лежат не внутри самой личности, а в системе (т. е. в семье), элементом которой является эта личность.

Болезнь или дезадаптивные симптомы одного из членов семьи могут быть рассмотрены как дисфункциональный способ стабилизации семейной системы.

***Цели психокоррекции и консультирования.***

Консультирование направлено *не* на устранение симптома, а на изменение отношений внутри семейной системы, поддерживающих этот симптом.

В связи с этим общие цели разных моделей семейного консультирования можно представить следующим образом: трансформация взглядов членов семьи на их проблему от индивидуально-личностного к системному подходу (т. е. понимание того, как отношения в семье способствуют возникновению и сохранению симптома); создание альтернативных моделей разрешения проблем через прямое или косвенное вмешательство; прерывание дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи, улучшение коммуникативного стиля между членами семьи.

***Особенности терапевтических отношений.***

Консультант сохраняет нейтральную позицию по отношению к членам семьи, находится «вне системы», поскольку находясь «внутри системы», т.е. в коалиции или конфликте с кем-то из ее членов, он будет вынужден подчиняться ее закономерностям и не сможет вести работу по ее реконструкции.

В остальном в зависимости от конкретной модели психотерапии семейный консультант действует в рамках психодинамической, когнитивно-поведенческой или экзистенциально-гуманистической парадигмы.

***Список использованной литературы:***

1. Клиническая психология [Текст]: учебник для студентов мед. вузов и фак. клин. психологии / ред. Б. Д. Карвасарский. – 5-е изд., доп. – СПб. [и др.]: Питер, 2014. – 896 с.: ил. – (Учебник для вузов).
2. Клиническая психология [Текст]: учебник для студентов высш. учеб. заведений, обуч. по направлению и специальностям психологии: в 4 т. / МГППУ. фак. психологического консультирования; ред. А.Б. Холмогорова. – М.: Академия, 2013. – (Высш. проф. образование). Т. 1: Общая патопсихология / А.Б. Холмогорова. – 2-е изд., испр. – 2013. – 464 с.
3. Психотерапия [Текст]: учебник для студентов мед. вузов / ред. Б. Д. Карвасарский. – 4-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2012. – 672 с. : ил. – (Учебник для вузов).
4. Психотерапевтическая энциклопедия [Text] : энциклопедия / В. А. Абабков [и др.]; под ред. Б. Д. Карвасарского. - 2-е доп.и перераб. - СПб. : Питер, 2000. - 1024 с. - (Золотой фонд психотерапии).
5. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности [Текст]. – СПб.: Питер, 2014. – 608 с. – (Мастера психологии).
6. Александров А.А. Психотерапия: Учебное пособие. — СПб: Питер, 2004. — 480 с. — (Серия «Национальная медицинская библиотека»).
7. Бурлачук, Л.Ф. Психотерапия [Текст] : психолог. модели / Л.Ф. Бурлачук, А.С. Кочарян, М.Е. Жидко ; ред. Л.Ф. Бурлачук. - 3-е изд., доп. - СПб. [и др.] : Питер , 2012. - 496 с. : ил. - (Учеб. для вузов).
8. Желателев Д.В. Основы консультативной психологии. Учебное пособие. СПб., 2012. – 84 с.
9. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы. – М.: Смысл, 1999.

**1.9. Методы психологической коррекции психосоматических расстройств.**

1. ***Психоанализ.*** Психоаналитические сессии проводится в виде частых сеансов (по 3—4 ч в неделю) с использованием определенных церемоний и ритуалов: пациенту предлагается в свободной форме высказывать все, что ему приходит в голову. Консультант находится позади пациента и концентрируется на его рассказе. Внешние факторы отходят на задний план. Цель лечения: повторное переживание и регрессия детских переживаний, вскрываемых в свободных ассоциациях и сновидениях. В ходе лечения необходимо возобновление детских эмоциональных установок в отношении своих родителей;
2. ***Семейная психотерапия.*** Поскольку семейные обстоятельства могут вызывать и поддерживать психосоматические расстройства, данный метод также является весьма эффективным при коррекционной работе.

При семейной психотерапии разговор ведется не только с пациентом, но и с членами его семьи. Решающим здесь является то, что целью лечения становится не отдельный человек, а система семейных отношений в целом, которую необходимо понять и изменить.

Например, при выраженной зависимости следует рекомендовать еще более тесное слияние членов семьи, в результате чего происходит обретение уверенности в собственных силах с опорой на семью;

1. ***Поведенческая психотерапия.*** Данное направление рассматривает болезнь как заученную форму поведения. Суть психотерапии, ее ядро — анализ поведения. Пациента в представлениях или в реальности (в жизни) ведут к устранению психотравмирующей ситуации. Проблемы поведения подавляются путем его игнорирования. Имеет значение самоподкрепление: пациент для достижения определенной цели поведения, т. е. подавления неправильного поведения, награждает себя положительным подкреплением (похвалой).

Такие методы самоконтроля дают чувство собственной значимости, ответственности за свое поведение, придают пациенту активность.

В последние годы в психосоматической медицине с большим успехом применяется методика создания обратной биологической связи.

С помощью обратной биологической связи пациент приучается модифицировать соматические процессы путем непосредственных обратных предписаний в нужном ему или окружающим направлении.

Данная методика эффективна при лечении аритмий, повышенного артериального давления, головных болей, мигрени;

1. ***Гипноз*** — лечение внушением. С помощью гипноза устраняют острую функциональную симптоматику: рвоту, диарею (понос), приступы бронхиальной астмы. При гипнозе сознание пациента суживается, полностью лишается воли и контролируется специалистом – консультантом, или врачом.

На гипнотическое внушение опирается и аутогенная тренировка (АГТ) — один из активных методов коллективно-индивидуальной психотерапии. АГТ осуществляется через приемы самоубеждения и самовоспитания, является интеллектуальным и волевым процессом, рационально перестраивающим личность.

АГТ воспитывает у клиента самостоятельность, чувство ответственности, инициативность, независимость. Реализации своих целей АГТ достигает косвенно — за счет условных физиологических реакций, вызванных словами и представлениями, связанными с этими словами.

Вначале появляется мысль, затем слова, произнесенные шепотом или мысленно. Мысль всегда вызывает ответную реакцию — движение, действие.

Сочетание повторных самовнушений с повторными образными представлениями в избранном положении приводит через условно-рефлекторные связи нервной системы к ответственным специфическим физиологическим реакциям; в результате у человека появляется чувство спокойствия, расслабления, тепла, свободного дыхания, улучшается аппетит;

1. ***Телесно-центрированные методики психотерапии*** осуществляется через телесное самовосприятие к упражнениям по снятию напряженности, основанным на АГТ.

На первом этапе (2—3 месяца) пациента обучают переживать состояние покоя, чувства тяжести и теплоты, которые он затем в течение дня может вызывать у себя сам. Второй этап ведет к общему телесному и душевному расслаблению, духовному самопогружению. К телесно-центрированным методикам относится также функциональная разрядка, позволяющая снимать напряжение и изменять самовосприятие. Пациент должен почувствовать определенные части тела и привести их во внутреннюю связь с другими частями тела. Одновременно преодолеваются напряжение и отчуждение, а целью лечения является обретение себя через свое тело. В концентрационной двигательной терапии используется восприятие своего тела, движения и совместные с другими пациентами упражнения (вести кого-то и быть ведомым, касаться кого-то и позволять прикасаться к себе);

1. ***Группы самопомощи,*** нацеленные на общение пациентов между собой (обсуждаются связанные с их болезнью психические и социальные последствия), а также на улучшение сотрудничества с терапевтом; в таких группах при беседах с «товарищами по несчастью» клиенты быстрее находят решение своей проблемы, становятся более самостоятельными и зрелыми. Полезно создание групп самопомощи при таких психосоматических расстройствах, как нарушение аппетита, особенно при ожирении, алкоголизме и наркомании.

*Отдельные методики психокоррекционной работы при психосоматических расстройствах. URL.: http://kontrolnaja.ru/dir/other/212706/*

Проведению мероприятий, как отмечалось выше, предшествует глубокое и всестороннее изучение и диагностирование пациента, на заключительном этапе которого проводится индивидуальная беседа. На основе проведенной работы и обязательного психологического тестирования выделяется "мишень" психокоррекционного воздействия и определяются соответствующие психотехники.

Учитывая наличие в структуре психосоматических нарушений высокого уровня тревожности, эмоциональной возбудимости и раздражительности, сопровождающихся мышечной напряженностью, а также изначальной низкой готовности к совместной активной психокоррекционной работе, наиболее адекватной является следующая структура проведения психотерапии.

На **первом этапе** применение ***элементов рациональной психотерапии*** для выявления особенностей расстройств, установление доверительных отношений, разъяснения ошибочного отношения к своему состоянию.

На **втором этапе** применение методики ***психической саморегуляции:*** управление ритмом дыхания, нервно-мышечной релаксации, аутогенная тренировка, функциональная музыка, комплексные методики, используемые в форме индивидуальной и групповой психотерапии.

На **третьем этапе** применение ***социально-психологического тренинга рациональных моделей поведения*** и ***элементы семейной психотерапии.***

Стержнем **рациональной психотерапии** является правильная, доступная пониманию пациента трактовка причин и характера возникновения его состояния, что позволяет сформировать к нему адекватное отношение и устойчивую положительную установку на излечение. Метод включает в себя разъяснение, внушение наяву, эмоциональное воздействие, дидактические и риторические приемы.

Уже с первой минуты знакомства психолога с пациентом начинается работа коррекции. Уже в процессе собирания анамнеза пациент должен почувствовать, что ему уделено внимание, что его страдания небезразличны врачующему и не представляют собой просто еще один случай заболевания.

Главное при рациональной терапии – логика, определенность и последовательность суждений с понятной для пациента формой изложения. В рамках рациональной психотерапии, кроме соответствующих личностных качеств и профессионального опыта, консультирующему необходимо практическое умение устанавливать продуктивный контакт с пациентом на когнитивном и эмоциональном уровнях. Этому способствует использование вербальных и невербальных приемов коммуникации, таких как "подстройки", "синхронизации", "ведения".

**Методики психической саморегуляции** направлены на изменение представленного в сознании человека психического образа жизненной ситуации, что способствует мобилизации процессов психосоматического взаимодействия, оптимизации психоэмоционального состояния и восстановлению полноценного функционирования.

Применение методик психической саморегуляции позволяет редуцировать тревогу, страх, раздражительность, конфликтность; активизировать память и мышление; нормализовать сон и вегетативные дисфункции; увеличить эффективность профессиональной деятельности; обучить приемам самостоятельного формирования позитивных эмоциональных состояний. Учитывая выраженную изначальную пассивность пациентов и их достаточно высокую внушаемость, наиболее эффективными являются методики психической саморегуляции с использованием в начале обучения гетеротренинга и последующим постепенным увеличением роли самого пациента (аутотренинга) в процессе их освоения.

Психическая саморегуляция включает выработку навыков управления вниманием, регуляции ритма дыхания и мышечного тонуса, оперирование чувственными образами и вербальными формулами, что позволяет осуществлять целенаправленное программирование своего состояния и поведения. Это достигается посредством обучения пациента вхождению в особое состояние "аутогенного погружения" различной степени. В начале формируется состояние релаксации, которому свойственно ощущение тепла, тяжести во всем теле, отвлечение от внешних раздражителей, переживание состояние покоя, отдыха, внутренней безмятежности, снятие тревоги, беспокойства и нормализация вегетативных дисфункций.

На основе релаксации достигаются более глубокие стадии "аутогенного погружения", сопровождающиеся ощущениями легкости, невесомости тела, внутренней свободы, что создает предпосылки для формирования состояний с высокой активностью, работоспособностью и деятельного изменение сознания с целенаправленным волевым программированием своего функционального состояния и поведения.

Нельзя переходить к освоению новых ощущений раньше, чем больной научился легко вызывать у себя ощущения, обучение которым проводилось на предыдущих сеансах. Метод открывает широкие возможности тренировки вегетативной нервной системы для овладения регуляцией и работой внутренних органов. Кроме того, возникающие в коре головного мозга фазовые состояния, позволяют успешно использовать различные суггестивные формулы[[1]](#footnote-1). Все изложенное говорит об эффективности аутогенной тренировки.

**Социально-психологический тренинг с элементами семейной психотерапии** – обработка рациональных моделей поведения в коллективе и семье с целью создания оптимального психологического климата м восстановления полноценной социально-психологической адаптации. Это необходимый элемент комплексного подхода к коррекции психосоматических нарушений.

Проблему коррекции межличностных отношений на уровне микро и макроокружения зачастую можно решить только в группах.

***Групповая коррекция позволяет:***

* уяснить особенности своих межличностных отношений и поведения, возможность их оценки в различных ситуациях, корректировать самооценку на основе обратной связи в атмосфере эмоциональной открытости и доверия;
* снять ореол исключительности психологических проблем;
* получить эмоциональную поддержку от других участников группы, имеющих общие проблемы и цели;
* апробировать и освоить новые навыки поведения, иметь возможность экспериментировать с различными стилями межличностных отношений;
* разрешить имеющиеся межличностные конфликты, в том числе семейные.

Кроме упомянутых выше психологических методов коррекции пациентов с психосоматическими нарушениями используются и другие методы, оказывающие влияние на эмоциональное состояние пациентов.

*Психосоматические расстройства и особенности психокоррекции. - URL.: http://www.bestreferat.ru/referat-149500.html. (Дата обращения: 05.04.2017 г.)*

**Арт-терапия** (от англ. art, искусство) — направление в психотерапии и психологической коррекции, основанное на искусстве и творчестве. В узком смысле слова, под арт-терапией обычно подразумевается терапия изобразительным творчеством, имеющая целью воздействие на психоэмоциональное состояние пациента [1].

Главная цель арт-терапии состоит в гармонизации психического состояния через развитие способности самовыражения и самопознания. Ценность применения искусства в терапевтических целях состоит в том, что с его помощью можно на символическом уровне выразить и исследовать самые разные чувства и эмоции: любовь, ненависть, обиду, злость, страх, радость и т. д. Методика арт-терапии базируется на убеждении, что содержания внутреннего «Я» человека отражаются в зрительных образах всякий раз, когда он рисует, пишет картину или лепит скульптуру [2], в ходе чего происходит гармонизация состояния психики.

С точки зрения психоанализа, основным механизмом арт-терапии является сублимация [3].

**История возникновения.** Термин «арт-терапия» (буквально: лечение искусством) ввел в употребление художник Адриан Хилл в 1938 году при описании своей работы с туберкулезными больными в санаториях. Эти методы были применены в США в работе с детьми, вывезенными из фашистских лагерей во время Второй мировой войны. В начале своего развития арт-терапия отражала психоаналитические взгляды З. Фрейда и К. Г. Юнга, по которым конечный продукт художественной деятельности клиента (будь то рисунок, скульптура, инсталляция) выражает его неосознаваемые психические процессы. В 1960 г. в Америке была создана Американская арт-терапевтическая ассоциация [3].

**Виды арт-терапии.**

1. Арт-терапия в узком смысле слова — рисуночная терапия, основанная на изобразительном искусстве.
2. Эмоциональная живопись [4]. Рисунок брызгами красок по технике Д. Поллока.
3. Библиотерапия (в том числе сказкотерапия) — литературное сочинение и творческое прочтение литературных произведений.
4. Музыкотерапия
5. Драматерапия
6. Танцевальная терапия
7. Куклотерапия [3]
8. Логоритмика
9. Глинотерапия

**Показания для проведения арт-терапии.** Трудности эмоционального развития, стресс, депрессия, сниженное настроение, эмоциональная неустойчивость, импульсивность эмоциональных реакций, переживание эмоционального отвержения другими людьми, чувство одиночества, межличностные конфликты, неудовлетворенность семейными отношениями, ревность, повышенная тревожность, страхи, фобии, негативная «Я-концепция», низкая самооценка [3].

**Задачи арт-терапии.** Согласно К. Рудестаму, задачи арт-терапии [2]:

1. Дать социально приемлемый выход агрессии и другим негативным чувствам.
2. Облегчить процесс лечения (психотерапии) в качестве вспомогательного метода.
3. Получить материал для психодиагностики.
4. Проработать подавленные мысли и чувства.
5. Установить контакт с клиентом.
6. Развить самоконтроль.
7. Сконцентрировать внимание на ощущениях и чувствах.
8. Развить творческие способности и повысить самооценку.

*Арт-терапия // Википедия. [2017—2017]. Дата обновления: 10.03.2017. URL: http://ru.wikipedia.org/?oldid=84184026 (дата обращения: 10.03.2017).*

**!!! Психокоррекция при соматоформных расстройствах**

Начинается с консультаций специалистов (невролог, кардиолог, гастроэнтеролог, гинеколог, уролог, онколог и др.) и с тщательного поиска возможной органической основы страдания, отсутствие которой закрепляет диагноз невротических нарушений. В то же время от специалиста требуется еще больше серьезного внимания именно к соматической сфере больных, что, с одной стороны, успокаивает их, а с другой, - настраивает на правильное отношение к своей болезни, как к психологическому расстройству.

Прерогатива отдается психотерапии: релаксационным и суггестивным методам, когнитивно-бихевиоральной терапии, биологически обратной связи, гештальт-техникам, инсайт – ориентированной психотерапии. Поскольку для больных с соматоформными расстройствами очень значимы поддержка и социальное взаимодействие, лечить их следует групповыми подходами.

Что касается фармакотерапии, то, как и при других психогениях, здесь показаны бета-адреноблокаторы; короткие курсы транквилизаторов; вегетативная стабилизация с помощью карбамазепинов, ноотропов, метаболических и вазоактивных средств, иглоукалывания. Одним из обязательных подходов в лечении соматоформных расстройств является назначение антидепрессантов – лучше сбалансированного действия (тианептин, пирлиндол, кломипрамин, мапротилин).

**!!!Психокоррекция при органических психосоматозах**

Предусматривает обязательное участие в нем, наряду с основным специалистом, также психотерапевта и (или) клинического психолога. *Глубоко должна быть изучена личность пациента и его психобиография.* Необходимо выявить также психологические комплексы и актуальные переживания больных и преобладающую форму их психологической защиты, а также типичные паттерны реагирования и поведения в стрессовых ситуациях.

*Психотерапия* является обязательным компонентом в комплексном лечении психосоматических заболеваний (релаксационные методы, когнитивно-поведенческая терапия, биологическая обратная связь, краткосрочная динамическая психотерапия).

**Используемая литература:** Дереча, В. А. Основы психосоматики [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов фак. клин. психологии / В. А. Дереча, Г. И. Дереча ; ОрГМА. - Электрон. текстовые дан. - Оренбург : [б. и.], 2013. - 1 эл. опт. диск. - Загл. с титул. экрана. - (в конв.) : Б. ц. (89 с.)

**2. Психологические аспекты этиопатогенеза психосоматических расстройств сердечно-сосудистой системы. Тип поведенческой активности.**

**ПСИХОКОРРЕКЦИЯ И ОСОБЕННОСТИ ПСИХИКИ У БОЛЬНЫХ**

**ПРИ БОЛЕЗНЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

(Габбасова Э.Р.)

У всех народов сердце связывается с состоянием эмоций. Существуют выражения: «сердце сжимается от страха», «на сердце тяжело или легко», «любить всем сердцем». Если человек эмоционален, добр, отзывчив на несчастия других, про него говорят, что «он все близко принимает к сердцу». Эмоциональным переживаниям соответствуют и различные ощущения в сердце. С другой стороны, в представлении человека, сердце — это «мотор» или «насос», при внезапной остановке работы которого может наступить смерть. И связи с этим наиболее частой из всех нозофобий является кардио­фобия — страх умереть от патологии сердца.

Под влиянием эмоций происходит возбуждение симпатического отдела вегетативной нервной системы и усиленное выделение надпочечниками адреналина, который также оказывает симпатико-тоническое действие, в результате чего происходит пере­распределение крови: усиленный приток ее к сердцу, легким, цент­ральной нервной системе, конечностям и отток от брюшной полос­ти. Происходящие изменения периферического кровообраще­ния служат основой для появления различных ощущений, таких как ощущение напряжения в голове, биение в висках, шум в ушах, пред­обморочная «пустота в голове» и др. При эмоциональном стрессе, наряду с изменением рит­ма сердечной деятельности, происходят изменения кровоснабжения сердечной мышцы, которыми и объясняются наблюдаемые при стрессе ощущения. Изменения ритма сердечной деятельности, часто наступающие психогенно, могут вызывать различные страхи, особенно, страх смерти в результате панического расстройства. Лица, страдающие кардиофобией, в первую очередь обращаются к специалистам по внутренним болезням. При их осмотре в большинстве: случаев не обнаруживается каких-либо нарушений со стороны сер­дечно-сосудистой системы, но специалист должен сознавать, что такие больные, требуют подчас даже большего внимания, чем пациенты, страдающие органическим поражение сердца и сосудов. Если врач говорит им, что нарушения возникли на «нервной почве», то они часто обижаются, начинают искать другого врача, собирать заключения ЭКГ и сравнивать мнения врачей. Деонтологическую ошибку совершают и врачи, идущие на поводу у пациентов и назначающие пусть слабодействующие, но «сердечные» средства. Тем самым они невольно поддерживают и закрепляют, у них убежденность в наличии заболевания сердца. При этом также усугубляются имеющиеся у больного психические изменения, кото­рые могут переходить в невротические состояния и ипохондрическое развитие личности. Психокоррекция в этих случаях играют важную роль в лечении таких пациентов.

Из психических нарушений для кардиологических больных характерны: алекситимия, депрессия, тревога, фобии, нарушения сна, раздражительность, реже встречается ипохондрия, поведенческие расстройства.

Некоторые авторы считают, что при значительном органичес­ком поражении сердца невротические симптомы и психогенные ре­акции на болезненное состояние менее выражены. Так, известно, что больные с органическими поражениями сердца и пороками кла­панов в стадии компенсации или субкомпенсации, как правило, «не жалуются на сердце», не замечают нарушений его деятельности. Психогенные реакции личности на сердечно-сосудистые расстройства у больных этой группы наблюдаются в остром начальном периоде заболевания: тревога, растерянность, снижение настроения, иногда вялость, апатия на фоне выраженной астении.

Значение неврогенного и психогенного факторов в развитии приступов стенокардии и инфаркта миокарда отмечалось с давних пор. Г.Ф. Ланг относил грудную жабу к заболеваниям нейрогуморального аппарата и считал, что решающую роль в ее возникновении играют неотреагированные отрицательные эмоции. Он подчеркивал, что «ишемическая болезнь миокарда» развивается у алекситимичных, волевых, целеустремленных людей, склонных к глубокому и длительному пе­реживанию отрицательных эмоций.

В психосоматической медицине выделяют «коронарный тип личности» (Данбар Ф., 1948), или тип личности А, входящий в группу риска по коронарной болезни. Для людей этого типа характерны ам­бициозность, стремление к успеху, одержимость работой, излишняя впечатлительность, нетерпеливость, вспыльчивость, агрессивность, сочетающиеся с повышенным чувством ответственности и подавле­нием внутренних побуждений путем контроля за своими эмоциями, что приводит к постоянному аффективному напряжению. В поведе­нии лиц, предрасположенных к развитию ишемической болезни сердца, отмечается склонность к «сизифову труду» — чрезмерная ак­тивность в работе, не приносящая удовлетворения, неумение отды­хать. Для больных личностного типа А характерно также боязливо-ажитированное поведение в условиях болезни: внутреннее напряже­ние во внеприступном периоде, состояния боязливости и тревоги перед возможным приступом стенокардии. В динамике патологиче­ских изменений обнаруживаются своеобразная психосоматическая спираль: определенные личностные черты способствуют возникно­вению заболевания — заболевание усиливает преморбидные черты — усиление преморбидных и появление новых личностных черт при­водит к утяжелению течения заболевания. У больных легко возника­ют астенические состояния, эмоциональная лабильность, возможны также истерические и фобические проявления как реакция на бо­лезнь. А.Б.Смулевичем с соавт. были показаны, что 84% из всех пси­хических расстройств, возникающих у больных ИБС, приходится на психогении, в том числе вызванные врачом. При этом невротические проявления, особенно ипохондрического характера, затрудняют лечение таких больных.

Установлено также, что лица, получающие удовлетворение от работы и личной жизни, менее подвержены коронарной болезни, несмотря на имеющиеся конфликты. Все эти особенности необходимо учитывать при проведении лечебно-профилактической работы с больными данным заболеванием. В профилактике такого грозного заболевания, как инфаркт миокарда, должны найти место не только мероприятия, воздействующие на основные патогенетические фак­торы, но и направленные на устранение факторов риска, включая уменьшение отрицательных эмоциональных влияний. В обучении больного избегать факторов риска основная роль принадлежит пси­хотерапевтическим беседам, которые должны проводиться как леча­щими врачами, так и клиническими психологами и психотерапевта­ми в период реабилитации.

Нарушения психической деятельности при инфаркте миокарда обусловлены следующими причинами: расстройством мозгового кровообращения, которое сопровождает инфаркт миокарда, кисло­родным голоданием, возникающим в связи с расстройством сердеч­ной деятельности и нарушением дыхания, распадом некротических участков и поступлением в кровь токсических продуктов. Особое значение придается рефлекторному влиянию болевых импульсов на центральную нервную систему. Это рефлекторное воздействие свя­зано с нарушением деятельности вегетативной нервной системы.

Немаловажную роль играют и психогенные компоненты, являю­щиеся реакцией больного на болезнь. Психотравмирующее воздей­ствие данной патологии заключается в ее остроте, вероятности ле­тального исхода или возможности последующей инвалидизации.

Выделяют несколько этапов в развитии нарушений психической деятельности при инфаркте миокарда. В продромальном периоде по­являются изменения психической деятельности, которые могут оце­ниваться как признак ишемии головного мозга. Больные испытыва­ют ощущение «неясной затуманенной головы», нечетко восприни­мают окружающее, не могут сосредоточиться при умственной дея­тельности, страдают от головной боли, головокружений. Эти симптомы, как правило, сопровождаются изменениями в эмоциональной сфере — появляются предчувствия опасности, тревога, тоска, иногда эйфория. Указанные расстройства имеют «сигнальное значение». Специалист должен знать, что такие жалобы больного служат предвестником инфаркта миокарда. Назначением сосудорасширяю­щих и успокаивающих средств можно предотвратить развитие этого заболевания.

В беседах с больными, длительно страдающими гипертонической болезнью, особенно в пожилом возрасте, надо объяснить «си­гнальное значение» указанных симптомов (не запугивая больного и не внушая ему этих расстройств), стремиться научить больного правильно относиться к своим ощущениям и своевременно обращаться к врачу.

Основным проявлением острого периода является болевой синд­ром, который часто сопровождается безотчетным страхом смерти. В таком состоянии больные или лежат неподвижно в состоянии некоторой отрешенности от окружающего, либо у них наблюдаются тревожное состояние, двигательное беспокойство, суетливость, растерянность.

Имеется некоторая корреляционная зависимость между локализацией инфаркта и характером изменений психической деятельности. При инфаркте задней стенки миокарда чаще наблюдаются безот­четный страх смерти, тревога, тоска.

У ряда больных в картине психических нарушений уже в первые дни после инфаркта могут преобладать апатия и адинамия. Такие больные лежат спокойно, не предъявляют никаких жалоб, не про­являют ни к чему интереса. Подобные проявления могут свиде­тельствовать о развитии у них депрессивных состояний, имеющих важное прогностическое значение. В работах, посвященных изуче­нию психических расстройств при инфаркте миокарда, было неод­нократно показано, что наличие депрессии, особенно у мужчин, увеличивает в 3—4 раза риск ранней смерти и смерти в течение 6 месяцев после инфаркта, а также возможность возникновения повторных инфарктов, остановки сердца. Поэтому в случае выяв­ления у больного признаков депрессии, необходимо консультиро­вать его не только у клинического психолога, но и у психиатра и добавлять к основным лекарственным сред­ствам антидепрессанты.

*Иванов К.М., Габбасова Э.Р., Билецкая М.П., Маликова Т.В. Клиника внутренних болезней и ее психологические аспекты. Учебное пособие. - Оренбург, Санкт-Петербург, 2013. – 275 с.*

**3. Клиническая картина артериальной гипертонии. Клиническая картина ишемической болезни сердца, включая инфаркт миокарда.**

**АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ**

Границу между нормальным и повышенным артериальным давлением определили эмпирически. Оказалось, что при артериальном давлении выше 90 мм рт. ст. можно с помощью лечения существенно снизить летальность и количество осложнений. Следовательно, именно этот уровень нужно считать артериальной гипертонией.

Согласно современной классификации ВОЗ артериальной гипертонией считают давление выше **140 ммрт ст. для систолического и 90 мм рт. ст. для диастолического давления**. Оптимальным давлением для человека считается величина **120 мм рт. ст. систолического и 80 мм рт. ст. диастолического артериального давления.**

Различают гипертонию систолическую, обусловленную увеличением минутного объема крови или ригидности артерий, и диастолическую, наступающую вследствие повышения сопротивления кровотоку на уровне артериол. Систолическая и диастолическая гипертонии обычно сочетаются, но могут существовать и по отдельности. Когда причину артериальной гипертонии удается выяснить, гипертонию называют симптоматической. Когда её установить не удается, принято говорить об эссенциальной (идеопатической) гипертонии, или гипертонической болезни.

С учетом высоты артериального давления и характера течения болезни все артериальные гипертонии принято разделять на доброкачественные и злокачественные. Гипертоническая болезнь доброкачественного течения является в настоящее время наиболее распространенным типом артериальной гипертонии.

В течение некоторого времени артериальная гипертония может протекать без субъективного ощущения нездоровья и без объективных признаков нарушения структуры и функции отдельных органов. Выявить болезнь в подобных случаях можно только посредством измерения высоты артериального давления. При этом необходимо учитывать, что умеренное его повышение наблюдается и у здоровых людей, что принято оценивать как ответную реакцию больного на необычную ситуацию, каковой, несомненно, и является первое в жизни измерение артериального давления. Только результаты более или менее длительного наблюдения за больным позволяют отличить устойчивую артериальную гипертонию от этих кратковременных ситуационных повышений артериального давления у здоровых людей.

Длительное существование артериальной гипертонии приводит к характерным изменениям сосудов мозга, сердца и почек. Правильная оценка этих изменений позволяет иногда при первом же обследовании больного отличить артериальную гипертонию от ситуационных повышений артериального давления.

Головные боли являются одним из наиболее характерных симптомов артериальной гипертонии. Нередко они являются её единственным признаком. Обычно боли носят пульсирующий характер и локализуются в затылке. Они могут возникать даже при небольших повышениях артериального давления.

Кроме головных болей бывают головокружения, быстрая утомляемость как физическая, так и психическая, повышенная психическая возбудимость, приливы к голове, плохой сон, сердцебиение, длительные боли в области сердца, в левой руке, шум, пульсирующий в ушах или голове и т.д.

При гипертонических кризах, т.е. резких повышениях артериального давления, может быть сильная головная боль, головокружение, сердцебиение, а, иногда, и одышка, вплоть до развития астматического состояния. Нередко наблюдается рвота и тошнота мозгового происхождения.

К более поздним проявлениям артериальной гипертонии относятся субъективные ощущения, вызываемые сердечной недостаточностью. Наиболее ранние из них – одышка при физических нагрузках. Позже появляются приступы сердечной астмы.

Сердце у больных, пока нет еще его недостаточности, существенно не увеличено. Затем происходит увеличение его мышечного слоя (гипертрофия) и расширение полостей, прежде всего левого желудочка (дилатация). О состоянии сосудов головного мозга судят по данным осмотра глазного дна (офтальмоскопия). По мере прогрессирования болезни появляются изменения сосудов. Позднее в сетчатке обнаруживаются кровоизлияния. Поражение почек проявляется вначале нарушением их концентрационной и разводящей функций. Позднее в моче появляется белок и клинически признаки почечной недостаточности – рвота, тошнота, кожный зуд.

Смерть больных с артериальной гипертонией чаще наступает от сердечной недостаточности, инфаркта миокарда, мозговых кровоизлияний, почечной недостаточности.

Эссенциальная (первичная) гипертония (гипертоническая болезнь) может протекать доброкачественно и злокачественно. В большинстве случаев эта болезнь носит семейный характер, однако в ее возникновении большую роль играют факторы внешней среды. Развитие заболевания медленное. Ведущим симптомом является гипертония. В начале нет изменений функции почек, патология сосудов прогрессирует медленно или быстро в зависимости от злокачественности гипертонии. Смерть больного обычно наступает вследствие ослабления сердечной деятельности или в связи с мозговыми явлениями сосудистого происхождения.

Вторичные (симптоматические) гипертонии связаны с каким-либо заболеванием, являясь клиническим синдромом. К вторичным гипертониям относятся следующие формы: ренальная гипертония развивается при первичных заболеваниях почек, почечно-сосудистая – вследствие сужения почечных артерий, эндокринные гипертонии – при эндокринных заболеваниях (первичном гиперальдостеронизме, феохромоцитоме, синдроме Кушинга, тиреотоксикозе и т.д.), сосудистая гипертония при пороках сердца и поражениях крупных сосудов, гипертония при заболеваниях нервной системы.

Принципы **лечения** основываются на снижении общего риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности и коррекции уровня артериального давления. Снижение общего риска может быть связана с воздействием на обратимые факторы риска (курение, нарушение жирового обмена, сахарный диабет), лечение сопутствующих клинических состояний (сердечной недостаточности, почечной недостаточности, недостаточности кровообращения сосудов головного мозга). При известной причине артериальной гипертонии она, по возможности, должна быть устранена.

**АТЕРОСКЛЕРОЗ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА**

Ишемическая болезнь сердца развивается вследствие несоответствия между снабжением миокарда кислородом и его потребностями в кислороде.

Работоспособность сердца обусловлена главным образом образованием энергии вследствие окисления субстратов. В нормальном сердце величина кровотока в коронарных сосудах тесно сопряжена с потреблением кислорода миокардом. Содержание кислорода в венозной крови после потребления его миокардом составляет всего 25%.

Основным фактором, вызывающим ишемическую болезнь сердца является атеросклероз коронарных сосудов. К другим факторам относят нервные (стресс), гуморальные причины, нарушения метаболического контроля (например, при физическом перенапряжении), внесосудистые сдавливающие факторы (при поражениях околосердечной сумки, опухолях).

К клиническим формам ишемической болезни сердца относятся различные виды стенокардии (стабильная, нестабильная, вазоспастическая), инфаркт миокарда, внезапная сердечная смерть, безболевая (бессимптомная) ишемия миокарда.

Атеросклероз следует рассматривать как «хроническое очаговое поражение артерий, характеризующееся отложением и накоплением во внутренней оболочке сосуда липопротеидов и доставляемого ими холестерина и сопровождающееся как структурно-клеточными изменениями, так и реактивным разрастанием соединительной ткани с образованием фиброзных бляшек в артериальной стенке» (Климов А. Н., Нагорнев В. А., 1985). Этим определением подчеркивается, что атеросклероз – это болезнь, которая протекает длительно; первичным субстратом, вызывающим морфологические изменения, свойственные атеросклерозу, является холестерин, поставляемый липопротеидами, а завершающим морфологическим элементом атеросклеротического процесса служит атеросклеротическая бляшка. Таким образом, атеросклероз тесно связан с нарушением липидного обмена. При ишемической болезни сердца острое или подострое уменьшение доставки кислорода к миокарду обусловлено разрывом атеросклеротической бляшки с последующим тромбозом, сужением сосуда и возникновением его закупорки (микроэмболия).

По возможности оказывать профилактическое воздействие выделяют четыре группы факторов риска развития атеросклероза.

К первой относятся те факторы риска, в отношении которых доказано, что профилактическое вмешательство на них способно уменьшить риск развития ишемической болезни сердца. Это курение, повышенный уровень холестерина, артериальная гипертония, тромбогенные факторы.

Ко второй группе относятся факторы риска, в отношении к которым показана вероятность снижения частоты осложнений коронарной болезни сердца при профилактическом вмешательстве – сахарный диабет, низкая физическая активность, период менопаузы у женщин.

В третьей группе факторы риска четко ассоциируются с увеличением частоты ишемической болезни сердца и их модификация, по-видимому, должна привести к снижению частоты возникновений осложнений ишемической болезни сердца – психосоциальные факторы, потребление алкоголя. Для жизни современного человека, особенно в условиях большого города, характерен напряженный, наполненный стрессами и эмоциями ритм жизни. В ответ на частые эмоциональные ситуации приспособительные реакции сердечно-сосудистой системы нарушаются из-за большого количества секретируемых в кровь катехоламинов. Это приводит, с одной стороны, к повышению проницаемости эндотелия сосудов для липопротеидов, а с другой – к активации синтеза холестерина и жирных кислот в печени с повышением их концентрации в крови.

В четвертой группе факторы риска, ассоциирующиеся с повышением риска осложнений ишемической болезни сердца, но которые не могут быть модифицированы – это возраст, пол (риск выше у мужчин), семейный анамнез.

*Иванов К.М., Габбасова Э.Р., Билецкая М.П., Маликова Т.В. Клиника внутренних болезней и ее психологические аспекты. Учебное пособие. - Оренбург, Санкт-Петербург, 2013. – 275 с.*

1. Банщиков В., Невзорова Т. Психиатрия. - М., 1969. - С.324. [↑](#footnote-ref-1)