

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ
ПРЕДПОСЫЛОК ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Согласно современным представлениям, одним из основных факторов возникновения и развития психосоматических расстройств являются эмоционально-негативные состояния [14, 52]. Интенсивные и длительные эмоционально-негативные состояния усиливают функцию нейроэндокринной системы, что приводит к дезинтеграции физиологических механизмов адаптации организма, лежащей в основе возникновения психосоматических расстройств, которые в свою очередь усиливают эмоциональный расстройство. Таким образом, возникает полисистемный психосоматический цикл [13].

Тем не менее, несмотря на значительное количество работ, посвященных доказательству роли эмоционально-негативных состояний в возникновении и развитии психосоматических расстройств, вопрос специфического вклада эмоций в и патогенез до конца не изучен. В связи с этим *целью* проведения настоящего исследования явилось выявление особенностей эмоциональных состояний при психосоматических заболеваниях.

Теоретическая значимость заключается в том, что проведенное экспериментальное исследование, интегрировав научные представления из психологии и медицины, позволившее изучить особенности эмоциональных состояний у пациентов с различными психосоматическими заболеваниями и предположить один из возможных механизмов формирования психосоматических расстройств, дополняет теоретические представления медицинской психологии и психосоматической медицины и открывает новые возможности для практической реализации научно-обоснованных направлений психологической профилактики нарушений здоровья.

Практическая значимость работы заключается в том, что полученные результаты могут быть использованы при разработке клиничко-психологических методов оценки эмоциональных состояний, дополняющих традиционно используемые методы психодиагностики и повышения эффективности диагностики психосоматических расстройств.

Термин «психосоматика» был введен в 1818 г. немецким врачом И. Хейнротом для обозначения соматических феноменов, возникновение которых было тесно связано с психоэмоциональными сдвигами [13]. Тем не менее, еще в античные времена Гиппократ утверждал, что гораздо важнее знать, какой человек болен, чем то, какой именно болезнью. Древнеиндийский врач Бхаскаре Бхатте считал, что тоска, гнев, печаль и испуг лежат в основе возникновения и развития любой болезни [3]. В средние века доминировали взгляды о грехе и наказании за него в виде болезней, что свидетельствует о регрессе научной мысли [27].

В настоящее время под психосоматическими расстройствами понимают нарушения функций органов и систем организма, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит психологическим, психосоциальным и культурным факторам [13].

Современные представления о психосоматических заболеваниях имеют очевидный междисциплинарный характер. К числу базовых учений принадлежат следующие [27]:

- психоаналитические теории (З. Фрейда, А. Адлера, Л. Сонди и т.д.);
- концепции психофизиологических связей и соотношений (И. П. Павлов, Г. Селье, Р. Лазарус и т.д.);
- социопсихосоматические воззрения.

В частности, З. Фрейд придерживался идеи, что соматическое заболевание связано с Оно, т.е. представляет собой трансформацию нереализованной сексуальной энергии в нарушение функций вегетативных систем по механизму истерической конверсии в соответствии с фантастической эротической символикой [5].

Тем не менее, современные данные свидетельствуют, что для развития психосоматических расстройств имеют значение наследственно-генетические, и пре- и постнатальные предпосылки уязвимости физиологических и нейрофизиологических систем, и дополнительные экзогенные вредности [11].

Многочисленные исследования в этой области показали, что формирование симптомов психосоматических расстройств обусловлено следующими факторами [7]:

- неосознанным внутри- или межличностным конфликтом или неудовлетворенностью какой-либо потребности;
- особенностями личности и темперамента;
- особенностями способов переработки эмоций, установления основных защитных механизмов;
- индивидуальным опытом и условиями жизни;
- видом и силой актуальной психотравмы;
- наследственной предрасположенностью;
- раннее перенесенными заболеваниями, особенно с длительно сохраняющимися следовыми реакциями.

В настоящее время ключевым моментом патогенеза психосоматических расстройств считается психическая травма с последующим развитием актуального конфликта [12, 58]. При этом механизм развития психотравмы заключается в возникновении фрустрации (негативного эмоционального состояния) при столкновении любой потребности с препятствиями в ее удовлетворении [23]. Этологическая роль внутриличностного конфликта в возникновении и развитии психологических расстройств определяется в том, что он происходит на бессознательном уровне и не осознается, а, следовательно, не контролируется.

Психосоматическое заболевание представляет собой защиту от стресса, который приводит к эмоциональному напряжению в сочетании с устойчивым изменением вегетативной нервной системы. Однако, когда стресс длительный и напряженный, могут возникнуть необратимые изменения в вегетативной нервной системе человека, что приводит к необратимым изменениям в органах [1].

Жизнь современного человека связана с постоянным нервно-психическим напряжением и хроническим стрессом, обусловленными ломкой привычных стереотипов, сложной социально-экономической обстановкой в государстве, а также межличностными конфликтами, сильными переживаниями и постоянной необходимостью принимать ответственные решения.

Психосоматические расстройства по своему физиологическому существу представляют собой адаптивный механизм. Согласно представлениям Г. Селье, стресс в небольших дозах способен мобилизовать резервы организма и способствовать лучшему приспособлению к меняющимся условиям среды.

Согласно определению Г. Селье, стресс (или адаптационный синдром) представляет собой феномен неспецифической реакции организма в ответ на разнообразное повреждающее воздействие, которое в свою очередь называется стрессором [29]. Г. Селье выделил три стадии стресса:

- стадия тревоги;
- стадия резистентности (адаптации);
- стадия истощения.

Каждая из перечисленных стадий характеризуется своими физиологическими, психологическими и другими реакциями [9].

Стадия тревоги начинается с момента столкновения организма со стрессором и стремления адаптироваться к нему. Вторая стадия характеризуется адаптацией организма к новым условиям среды. Однако, если воздействие стрессора оказалось продолжительным, то через определенное время произойдет истощение ресурсов организма, что приведет к срыву адаптации и как следствие к развитию патологического процесса, который может завершиться смертью или болезнью индивида (стадия истощения).

Физиологические проявления стресса заключаются в первую очередь в изменении активности нервной и эндокринной систем, координационным центром которых является гипоталамус. При первичном эмоциональном возбуждении, возникающем при столкновении со стрессором, гипоталамус запускает нервно-гуморальную реакцию организма.

В ответ на воздействие стресса происходит активация симпатического отдела вегетативной нервной системы, основной функцией которой является обеспечение выживания организма в критической ситуации [29]. Все симпатические эффекты обеспечиваются секрецией адреналина (при страхе) и норадреналина (при гневе), которые приводят к усилению сердцебиения, расширению зрачков, повышению мышечного тонуса, а также мобилизацией всех метаболических и энергетических процессов в организме.

При истощении возможностей симпатической нервной системы запускается активация парасимпатического отдела, основная задача которого восстановление и сохранение ресурсов, что на уровне организма проявляется слабостью, падением артериального давления, снижением тонуса мышц и желудочно-кишечными расстройствами и т.д.

Гуморальная реакция организма на воздействие стрессоров обусловлена в первую очередь секрецией гормонов коркового слоя надпочечников (глюкокортикоидов), которые усиливают все обменные процессы в организме. Глюкокортикоиды обеспечивают адаптацию метаболических процессов на каждой стадии развития стресса.

Теоретически стрессовый фактор может воздействовать бесконечно долго. Согласно представлениям Г. Селье, адаптационные возможности организма в таких условиях ограничены, поэтому физиологический стресс может перейти в патологический, что сопровождается развитием психосоматических заболеваний (артериальной гипертензии, неспецифического колита и др.).

Многочисленные исследования по изучению механизмов возникновения психосоматической патологии позволили сформулировать концепцию синдрома хронического адаптивного напряжения, согласно которой при сбое регуляторных механизмов наступает декомпенсация, проявляющаяся клинической симптоматикой [18].

Согласно классификации психолога Л. ЛеКрона, причинами психосоматических реакций могут выступать [10]:

- конфликт (борьба между двумя противоположными желаниями или тенденциями может приводить к условной победе одной из частей, но тогда вторая часть начинает «партизанскую войну», признаком которой и могут стать психосоматические симптомы);
- язык тела (физическое отражение состояния человека, которое может выражаться в боли определенного органа, мигренью, нарушении работы желудочно-кишечного тракта и т.д.);
- мотивация или условная выгода (проблемы со здоровьем, которые приносят определенную условную выгоду их обладателю);
- опыт прошлого (причиной болезни может стать травматический опыт прошлого);
- идентификация (физический симптом может образовываться вследствие идентификации с человеком, имеющим подобный же симптом или заболевание);

- внушение (симптомы могут возникать посредством внушения);
- самонаказание (психосоматический симптом может выполнять роль бессознательного самонаказания, обусловленного реальной, но чаще воображаемой виной, которая мучает человека).

Основным механизмом развития психосоматических расстройств после стресса является механизм самой стрессорной реакции, которая заканчивается на конечном органе, т.е. том органе, в котором после активации проявляются клинические признаки (сердечно-сосудистая, дыхательная система, желудочно-кишечный тракт, кожа).

Согласно современным представлениям, в условиях воздействия на человека психической травмы (стресса) возможно два пути [13]:

- человек остается психически и соматически здоровым при адекватной стрессустойчивости и влиянии оптимальных методов психологической защиты;
- возникает невроз или психосоматическое расстройство.

Клинически психосоматические расстройства проявляются в виде [27]:

- психических нарушений, реализующихся в форме соматизированных синдромов;
- психогенных психических расстройств, отражающих реакцию личности на соматическое заболевание (нозогенные реакции);
- экзогенных психических расстройств возникающих вследствие соматической вредности (соматогенные расстройства);
- соматической патологии, манифестирующей под влиянием психогенных факторов.

В настоящее время не существует единой классификации психосоматических расстройств. Традиционно принято выделять триаду психосоматических расстройств [3]:

- психосоматические функциональные расстройства (пограничные, невротические) – общие (психогенный энурез, энкопрез и т.д.) и системные (кардионевроз, импотенция и т.д.) неврозы;
- органические психосоматические расстройства (классические психосоматозы) – собственно психосоматические заболевания (язвенная болезнь желудка, гипертоническая болезнь и т.д.);
- психосоматические расстройства в более широком смысле – психодеструктивные заболевания (алкоголизм, наркомания и т.д.).

Классификация, разработанная Ю. М. Губачевым и Е. М. Стабровским, учитывает многофакториальность психосоматической патологии и основывается на выделении ведущего фактора при ее возникновении, выделяя ситуационный, личностный, церебральный и соматический варианты психосоматических заболеваний [4].

А.Б. Смулевич выделяет две группы психосоматических расстройств с учетом коморбидности («перекрывания») соматической и психической патологии [26]:

- психосоматические состояния, которые в свою очередь включают:
 - соматическую патологию, сопровождающуюся тревожно-фобическими расстройствами и т.д.;
 - соматическую патологию, усиленную соматоформными расстройствами;
 - психическую патологию;
- психореактивные состояния, которые также классифицируются на:
 - нозогении;
 - соматогении.

По всей видимости, отсутствие единой классификации психосоматических расстройств свидетельствует о недостаточной изученности механизмов их генеза, соотношения отдельных клинических форм и их динамики.

Значительное разнообразие клинических проявлений психосоматических расстройств обуславливает тот факт, что они встречаются в совершенно разных международной классификации болезней (МКБ-10). Поэтому терапия этих расстройств должна включать широкий круг лечебных и профилактических мероприятий и проводится при участии не только врача-терапевта, но также психиатра и психотерапевта.

Таким образом, современные представления об этиопатогенезе психосоматических расстройств ведущим фактором в их возникновении признают психосоциальные факторы, среди которых важную роль играют длительное психическое напряжение, интрапсихический невротический конфликт, а также острые психотравмирующие ситуации в сочетании с личностными особенностями субъекта.

Проведенный в настоящей дипломной работе анализ и систематизация данных доступной литературы о современном состоянии выбранной проблемы показали, что под психосоматическими расстройствами понимают нарушения функций органов и систем организма, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит психологическим, психосоциальным и культурным факторам [13]. Современные представления о психосоматических заболеваниях имеют очевидный междисциплинарный характер. Данные литературы свидетельствуют, что для развития психосоматических расстройств имеют значение наследственно-генетические, и пре- и постнатальные предпосылки уязвимости физиологических и нейрофизиологических систем, и дополнительные экзогенные вредности [11].

В настоящее время ключевым моментом патогенеза психосоматических расстройств считается психическая травма с последующим развитием актуального конфликта [12, 58]. По своей психофизиологической сути психосоматические расстройства представляют собой адаптивный механизм,

который способен мобилизовать резервы организма и способствовать лучшему приспособлению к меняющимся условиям среды.

Физиологические проявления стресса заключаются в первую очередь в изменении активности нервной и эндокринной систем, координационным центром которых является гипоталамус. При первичном эмоциональном возбуждении, возникающем при столкновении со стрессором, гипоталамус запускает нервно-гуморальную реакцию организма.

Многочисленные исследования по изучению механизмов возникновения психосоматической патологии позволили сформулировать концепцию синдрома хронического адаптивного напряжения, согласно которой при сбое регуляторных механизмов наступает декомпенсация, проявляющаяся клинической симптоматикой [18].

В настоящее время отсутствует единая классификация психосоматических расстройств, что свидетельствует о недостаточной изученности механизмов их генеза, соотношения отдельных клинических форм и их динамики. Современные представления об их этиопатогенезе ведущим фактором признают психосоциальные факторы, среди которых важную роль играют длительное психическое напряжение, интрапсихический невротический конфликт, а также острые психотравмирующие ситуации в сочетании с личностными особенностями субъекта. Представления об этиопатогенезе психосоматических расстройств ведущим фактором в их возникновении признают психосоциальные факторы, среди которых важную роль играют длительное психическое напряжение, интрапсихический невротический конфликт, а также острые психотравмирующие ситуации в сочетании с личностными особенностями субъекта.

Значительное разнообразие клинических проявлений психосоматических расстройств обуславливает тот факт, что они встречаются в совершенно разных международной классификации болезней (МКБ-10). Поэтому терапия этих расстройств должна включать широкий круг лечебных и профилактических мероприятий и проводится при участии не только врача-терапевта, но также психиатра и психотерапевта.

Под состоянием человека понимают совокупность определенных характеристик (свойств, процессов, функций и т.д.), обуславливающих эффективность деятельности, работоспособность, уровень активности систем и т.д. [2]. При этом психические состояния представляют собой определенное соотношение и взаимодействие различных компонентов психики за определенный период [6].

Эмоциональные состояния рассматриваются как часть психических состояний и возникают при невозможности отреагировать на значимый раздражитель, либо при неэффективности разрядки (четвертого этапа) и удовлетворения потребности.

В данной работе дипломной работе эмоциональные состояния рассматривались как часть психических состояний. Основной целью возникновения и функционирования эмоций является сохранение целостности личности как единой системы. Исходя из этого их можно определить как психическое явление отражения в форме переживания значимости воздействия внешних и внутренних стимулов, направленное на сохранение целостности личности и организма.

Эмоционально-негативным состоянием называется целостная характеристика психической деятельности человека за определенный период времени, отличающаяся ощущением дискомфорта, неблагополучия, неудовольствия (негативными эмоциональными реакциями), ведущая к временному расстройству деятельности [24].

К наиболее распространенным эмоционально-негативным состояниям относят депрессию, тревожность и агрессивность [21].

По данным современных исследований, наиболее часто в основе различных соматических заболеваний лежат депрессия, тревога и агрессивность, оказывающие неблагоприятное влияние на их течение и прогноз, а также снижающие приверженность к лечению. Кроме того, в литературе, посвященной данной проблеме, имеются указания на то, что в возникновении психосоматических расстройств решающее значение имеет не только интенсивность и длительность эмоционального напряжения, но также склонность к подавлению эмоций и отсутствие их эффекторного отреагирования [20].

Затяжные эмоционально-негативные состояния вызывают напряжение нейроэндокринной системы, дисфункциям которой, как указывалось выше, отводится ведущая роль в развитии соматической патологии.

Кроме того, сопутствующие эмоционально-негативным состояниям увеличение частоты психотравмирующих событий и снижение социальной поддержки приводят к повышению психосоциальной уязвимости в отношении соматических заболеваний.

Депрессия представляет собой аффективное расстройство, характеризующееся негативным эмоциональным фоном, изменениями мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения. Тревожность представляет собой личностную черту, отражающую склонность индивида испытывать состояние тревоги. Под агрессивностью понимают свойство личности, характеризующееся наличием деструктивных тенденций, в основном в области субъект-субъектных отношений.

Напряжение нейроэндокринной системы при интенсивных и/или длительных эмоционально-негативных состояниях приводит к дезинтеграции физиологических механизмов адаптационных систем организма и при наличии органа-мишени возникает психосоматическое расстройство, которое, в свою очередь, усугубляет эмоционально-негативные состояния [25]. К тому же специфические системы убеждений и соответствующие им формы поведения (пессимизм, направленность внимания на поиск

угрозы, односторонность оценки ситуации и проч.) депрессивных, тревожных и агрессивных людей провоцируют увеличение частоты стрессовых ситуаций с соответствующими психофизиологическими сдвигами.

Экспериментальное исследование эмоциональных предпосылок заключалось в изучении особенностей эмоционально-негативных состояний и психосоматических жалоб, а также их корреляции.

Проведенное изучение эмоционально-негативных состояний у участников экспериментального исследования определило относительно большую частоту выявления высокого уровня тревожности (как ситуационной, так и личностной), легкого депрессивного состояния и агрессивности. Кроме того, в клинических группах больных психосоматическими заболеваниями обнаружена различная структура агрессивных форм поведения.

В структуре психосоматических жалоб были обнаружены достоверные различия как между группами психосоматических больных, так и от представителей контрольной группы.

Проведенный корреляционный анализ вывил высокую и очень высокую зависимость между проявлениями эмоционально-негативных состояний больных в клинических группах и выраженностью их психосоматических жалоб.

Статистический анализ результатов, полученных в ходе проведенного экспериментального исследования, позволил выявить особенности эмоционально-негативных состояний у больных бронхиальной астмой, гипертонической болезнью, хроническим гастритом и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, а также выявить их отличия от эмоционально-негативных состояний у практически здоровых лиц (контрольной группы). Также были выявлены особенности психосоматических жалоб у таких больных, а также их корреляции с уровнем тревожности, депрессии и агрессии пациентов.

Таким образом, проведенной в данной дипломной работе экспериментальное исследование полностью подтвердило выдвинутые гипотезы, предполагавшие, что:

- эмоциональные состояния больных психосоматическими заболеваниями отличаются от эмоциональных состояний практически здоровых лиц;
- у больных различными психосоматическими заболеваниями эмоциональные состояния отличаются.

Полученные в ходе экспериментального исследования результаты были учтены для составления рекомендаций по профилактике и коррекции эмоционально-негативных состояний.

Данные рекомендации предполагают комплексный подход к диагностике и коррекции повышенной тревожности, депрессии и агрессивности больных психосоматическими заболеваниями. Все составленные программы коррекции, рекомендованные к применению лечащими врачами и клиническими психологами, должны способствовать снижению эмоционально-негативных состояний пациентов и контролю за проявлениями симптомов и обострениями психосоматических заболеваний.

Разработанные рекомендации основаны на общих принципах терапии психосоматических заболеваний, а также коррекции эмоционально-негативных состояний, к которым прежде всего относится необходимость совместной работы.

Во время активной фазы болезни, во время госпитализации приоритетным является врачебное наблюдение, которое должно быть всеобъемлющим и осуществляется разными специалистами. Когда острые симптомы находятся под контролем, необходимо начинать систематическую психотерапию, основная задача которой заключается в облегчении хронических эмоциональных стрессов пациента. Если эмоциональный стресс от нерешенных конфликтов остается, у пациента неизбежно возникнет рецидив. Устойчивое излечение возможно только тогда, когда исключается или существенно снижается патогенетический конфликт.

Ожидаемые результаты применения данных методических рекомендаций:

- контроль и коррекция эмоционально-негативных состояний должна привести к уменьшению выраженности психосоматических симптомов и снижению частоты обострений хронических психосоматических заболеваний;
- обучение методам саморегуляции при повышенной тревожности, депрессии и агрессивности пациентов позволит контролировать и снижать выраженность симптомов психосоматических заболеваний.

Самостоятельно справиться с эмоционально-негативными состояниями довольно сложно, поэтому таким больным необходима помощь специалистов соответствующего профиля. Длительность психотерапии зависит как от метода, так и от индивидуальных особенностей человека, оптимальная частота психотерапевтических сеансов – 1-2 раза в неделю.

Литература:

- [1] Абдуллаева, Д. Т. Нарушение психоэмоционального статуса у детей с бронхиальной астмой // Научная дискуссия: вопросы медицины. сб. ст. по материалам LVII междунар. науч.-практ. конф. – № 1 (43). – М., Изд. «Интернаука», 2017. – 92 с. – С. 6-12.
- [2] Бутузова, Ю. А. Психологическая сущность эмоционального состояния личности // Омский научный вестник. – 2011. - № 5 (101). – С. 173-175.
- [3] Великанова, Л. П. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы (Часть 1) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 79-91.

- [4]. Губачев, Ю. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Медицина, 1981. – 216 с.
- [5] Даштандог, Б. К вопросу психосоматического направления в контексте медицинской психологии // Сибирский педагогический журнал. – 2010. - № 2. – С. 380-383.
- [6] Ильин, Е. П. Эмоции и чувства. – СПб: Питер, 2001. – 752 с.
- [7] Карвасарский, Б. Д. Невротические расстройства внутренних органов. – Кишинев, 1988. – 164 с.
- [8]. Карелин, А. А. Большая энциклопедия психологических тестов. – М.: Эксмо, 2007. – 416 с.
- [9] Китаев-Смык, Л. А. Психология стресса. – М.: Наука, 1983. – 356 с.
- [10] Колесникова, И. С. Психосоматика: влияние психологических факторов на соматические заболевания // Научное сообщество студентов XXI столетия. ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ: сб. ст. по мат. XXVI междунар. студ. науч.-практ. конф. № 11 (25). [Электронный ресурс] URL: [http://sibac.info/archive/guman/11\(26\).pdf](http://sibac.info/archive/guman/11(26).pdf) (дата обращения: 05.05.2019).
- [11] Кузнецова, Е. В. Психология стресса и эмоционального выгорания: учеб. Пособ. Для студ. Факультета психологии. – Куйбышев: Изд-во ФГБОУ ВПО «Новосибирского государственного Педагогического университета, 2012. – 96 с.
- [12] Лакосина, Н. Д. Медицинская психология. – М.: Медицина, 1987. – 272 с.
- [13] Менделевич, В. Д. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
- [14] Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 168 с.
- [17] Платонов, Ю. П. Основы этнической психологии. Учеб. пособие. – СПб.: Речь, 2003. – 452 с.
- [18] Попков, В. М. Факторы, влияющие на развитие психосоматической патологии // Bulletin of Medical Internet Conferences. – 2011. – Vol. 1, Iss. 7. – С. 6-12.
- [19] Практикум по психологии состояний: Учебное пособие /Под ред. проф. О. А. Прохорова. – СПб.: Речь, 2004. – 480 с.
- [20] Рагозинская, В. Г. Особенности эмоциональных состояний психосоматических больных // Вестник КГУ им. Н. А. Некрасова. – 2009. – Т. 15. – С. 150-154.
- [21] Рагозинская, В. Г. Эмоциональные состояния и их нейрофизиологические корреляты у больных психосоматическими заболеваниями: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.04. – СПб., 2010. – 24 с.
- [22] Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1998. – 672 с.
- [23] Ротенберг, В. С. Психонейроиммунология – новый аспект старой проблемы // Природа. – 1991. – № 2. – С. 29-31.
- [24]. Севостьянова, С. С. Негативные эмоциональные состояния и их психокоррекция у детей подросткового возраста // Вестник КГПИ. – 2016. - № 3. – С. 74-79.
- [25] Сидоров, П. И. Психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 568 с.
26. Смулевич, А. Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. - № 2. – С. 35-40.
- [27] Собенников, В. С. Соматизация и психосоматические расстройства: монография. – Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. – 230 с.
- [28] Штрахова, А. В. Современная психосоматика: методологические проблемы и возможности их преодоления // Вестник ЮУрГУ. – 2009. - № 42. – С. 86-90.
- [29] Щербатых, Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб. : Питер, 2006. – 256 с.

АННОТАЦИИ

Н.К. Лотова

Теоретические исследования эмоциональных предпосылок психосоматических расстройств

Актуальность теоретического исследования обусловлена широкой распространенностью психосоматических расстройств среди населения. Сложный мультифакториальный патогенез и отсутствие единых диагностических критериев затрудняют своевременное их выявление, а также снижают эффективность проводимого лечения. Ранняя диагностика психосоматических расстройств затруднена неоднозначной неочевидной взаимосвязью между симптомами и осознаваемыми проявлениями психической активности. При этом роль связующего звена отводится эмоциям.

Ключевые слова: депрессии, психосоматические расстройства, психосоматические состояния, стресс, теоретическое исследование, эмоции.

ОБ АВТОРАХ

Лотова Надежда Константиновна – заведующая кафедрой социально-экономических наук Якутской госсельхозакадемии, профессор Российской академии естествознания, кандидат педагогических наук, г. Якутск, РФ. E-mail: n_lotova@mail.ru