**Лекция 4**

**Возрастные аспекты клинической психологии. Психологические особенности пациентов, страдающих заболеваниями органов сердечно- сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта.**

**План.**

1. **Возрастные аспекты клинической психологии.**
2. **сихологические особенности пациентов, страдающих заболеваниями органов сердечно- сосудистой системы.**
3. **Психологические особенности пациентов, страдающих заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта.**

Возрастные аспекты клинической психологии изучают психические процессы и состояния, анализ протекания возрастных кризисов, психосоматические взаимовлияния на различных этапах развития человека — от периода новорождённости до глубокой старости.

**Некоторые темы, которые рассматриваются в рамках этого раздела:**

возрастные особенности психологических нарушений при различных заболеваниях;

психическое развитие аномального ребёнка, детский аутизм, проблема дизонтогенеза и задержки психического развития;

психологические аномалии подросткового возраста;

особенности детских и подростковых форм патологического реагирования;

психологические аспекты психического инфантимума;

психологические проблемы гериатрии и геронтологии.

Также в рамках возрастной клинической психологии рассматриваются психологические особенности всего репродуктивного процесса в целом (зачатия, беременности, родов, ранних этапов постнатального онтогенеза), основы организации перинатальной психологической помощи женщинам и членам их семей, в том числе при перинатальных утратах.

Неспособность четко отграничить норму от патологии в детском и подростковом возрасте и уклониться от активного лечения ("со временем пройдет") отражает существование актуальной научной проблемы.

**Предметом изучения возрастной клинической психологии выступают психические процессы и состояния, анализ протекания возрастных кризисов, психосоматические взаимовлияния на различных этапах развития человека — от периода новорожденности до глубокой старости.**

Для формирования индивидуально-психологических качеств человека значимыми оказываются как биологическая, так и сосоставляющие личности, что особенно важно, поскольку "выпадение" даже самого хорошего "материала" — инчеловеческого мозга — из социума в самом начале его эволюции приводит к полному подавлению развития ребенка, В ходе развития ребенка к началу каждого возрастного периода между ребенком и окружающей его микросредой складываются исключительные и неповторимые отношения, которые составляют суть социальной ситуации развития ребенка.

Для каждого возрастного периода характерен свой, новый тип отношений между ребенком и окружающей его социальной средой. Становление психики ребенка, его развитие возможны при адекватном вовлечении в мир социальных взаимоотношений и обучении запасам знаний, накопленных предыдущими поколениями. Обучение, по мнению Выготского, всегда должно идти впереди развития, создавая у ребенка "ближайшую зону развития". "Ближайшая зона развития" — это разница между тем, что ребенок может делать сам и что — с помощью взрослых.

Развитие и обучение неверно рассматривать как изолированные процессы: они едины. Обучение, следуя впереди, должно учитывать закономерности психологического развития ребенка и его возможности. Поэтому для врача и клинического психолога практика крайне важно понимать закономерности развития психики ребенка, т. е. оно (развитие) не является простым количественным переходом от одного возраста к другому, а всегда представляет собой определенные качественные скачки.

**При этом нужно анализировать, по крайней мере, два параметра:**

*изменение места, которое ребенок занимает в системе челове-*

*ческих отношений;*

*изменение деятельности в данных конкретных жизненных ус-*

*ловиях.*

**Для диагностики психического развития ребенка особенно важна оценка его ведущей которая характеризуется:**

* *формированием внутри нее новых видов деятельности, характерных для следующего возрастного периода;*
* *созреванием или перестройкой частных процессов (например*
* *воображения — в абстрактное мышление и т. д.);*
* *основными психологическими изменениями личности.*

Однако ведущий тип деятельности и социальная среда, в которой растет и развивается ребенок, очень быстро начинают вступать в противоречие с новыми потребностями ребенка и старыми условиями их удовлетворения. Именно эти противоречия выступают движущими силами развития психики. **Поэтому критериями развития психики выступают:** новообразования — те психические и социальные изменения, которые впервые возникают на данной возрастной ступени и определяют сознание ребенка, его отношение к среде, внутреннюю и внешнюю жизнь. Сами новообразования, в свою очередь, оказываются важными проявлениями развития, когда стабильный переход прерывается скачкообразными изменениями в психике ребенка в виде возрастных кризисов; возрастные кризисы — особые, относительно непродолжительные по времени (до года) периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими психологическими изменениями.

**Для них характерны:**

• ***различность границ начала и конца;***

***• резкое обострение в середине возрастного периода;***

***• относительная детей по сравнению с периодом стабильного развития;***

***• негативный, разрушительный характер ("пустыня отрочест-***

***ва", Л.Н. Толстому).***

Чем неполноценнее первичный материал и чем хуже учитывает социум индивидуальные особенности развития ребенка, тем острее проявляются возрастные кризисы и тем хуже они могут отразиться на будущей личности. Поэтому для клинического психолога важно значение периодов и основных закономерностей развития психики в каждом из них. **В настоящее время многими психологами принята следующая возрастная периодизация:**

***Период новорожденности(до 1 месяца);***

***период младенчества (1-12месяцев);***

***период раннего детства (1—4 года);***

***дошкольный период (4—7 лет);***

***младший школьный возраст (7-12лет);***

***подростковый период (12-16лет);***

***ранняя юность (16-19 лет);***

***поздняя юность (19—21 год);***

***молодость (ранняя зрелость) (21—35 лет);***

***зрелость (35—60 лет);***

***первая старость (пожилой возраст) (60—75 лет);***

***старость (преклонный возраст) (75—90 лет);***

***долгожительство (старше 90 лет).***

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания выступают в качестве одной из основных причин смертности и инвалидности населения, как во всем мире, так и в Беларуси [[1, с. 397](#_bookmark0)]. С целью эффективной профилактики, снижения заболеваемости, смертности, инвалидности населения от сердечно-сосудистых заболеваний в Республике Беларусь разработана Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность на 2021 – 2025 годы».

Как отмечает М.Г. Киселёва, болезнь выступает в качестве «кризисной ситуации развития», которая способствует тому, что человеку необходимо претерпеть некоторые личностные изменения [[2, с. 13](#_bookmark0)]. Это, в свою очередь, приводит к перестройке иерархии его мотивов, переподчинению новому главному смыслообразующему мотиву сохранения жизни и восстановление здоровья, названому А.Ш. Тхостовым «сдвиг цели на мотив» [[3, с. 34](#_bookmark0)]. То, какой отпечаток нанесет болезнь на жизнь человека, в меньшей мере зависит от диагноза, поставленного врачом, а в большей степени, от того, какую картину своей болезни он «нарисует» в процессе познания себя как пациента. Результатом познания станет внутренняя картина болезни, представляющая собой феномен, возникающий при любых заболеваниях человека, в результате которого у пациента формируется образ собственной болезни, который оказывает влияние на психическую жизнь человека, а также на динамику забо- левания [[4, с. 65](#_bookmark0)].

А.В. Солодухин, О.А. Трубникова, М.С. Яницкий, А.В. Серый, О.Л. Барбараш отмечают, что у пациентов с патологией кардиологического профиля, чаще всего, является сформированная внутренняя картина болезни, которая включает представления о симптомах заболевания, прогноз от ожидаемого и получаемого лечения [[5, с. 45](#_bookmark0)]. Значительное место в структуре внутренней картины болезни больных может занимать тревога, источником которой могут быть элементы внутренней картины болезни, которые вызывают чувство не- уверенности, обреченности, ограничивают пациента в повседневной деятельности.

Факторы, обусловливающие тревогу, множественны, переменны, и каждый имеет свой «удельный вес». Перечисленные факты вызывают нестабильность структуры внутренней картины болезни. При обострении болей может произойти нарушение гармоничного отношения к своему состоянию и формирование дезадаптивных форм внутренней картины болезни. Чем сильнее выражены неприятные болезненные ощущения, дискомфорт, тем ярче проявляет себя тревожный компонент в структуре внутренней картины болезни. Формирование внутренней картины болезни зачастую происходит без должного психотерапевтического влияния, а в некоторых случаях даже под воздействием ятрогений.

База исследования: Учреждение «Гомельский областной клинический кардиологический центр». Выборочную совокупность составили 100 человек, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы в возрасте от 35 до 63 лет, из них 53 человека с диагнозом «артериальная гипертензия», 47 пациентов с диагнозом «ишемическая болезнь (острый инфаркт)». В соответствии с целью исследования был определен следующий психодиагностический инструментарий: анкета пациента кардиологического профиля; методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова).

Анализ результатов анкетирования пациентов кардиологического профиля показал, что 52 % пациентов кардиологического профиля составляют мужчины, 48 % – женщины. Возраст пациентов колеблется от 35 до 63 лет, из них 19 % пациентов принадлежит к воз- растной категории 30 – 40 лет, 32 % пациентов – в возрасте 41 – 50 лет, 49 % пациентов в возрасте 50 лет и выше. Диагноз 53 % пациентов кардиологического профиля – артериалная гипертензия, у 47 % пациентов поставлен диагноз «ишемическая болезнь (острый ин- фаркт)». Диагноз 31 % пациентов был поставлен до 5 лет, 18 % – 5 – 10 лет назад, 32 % па циентов – 11 – 15 лет назад, 15 % – 16 – 20 лет назад, 4 % пациентов диагноз был поставлен более 21 года назад.

Что касается образования, то 12 % пациентов имеют общее среднее образование, 10 % – общее базовое, 21 % – профессионально-техническое, 33 % – среднее специальное и 24 % паиентов имеют высшее образование.

Семейное положение пациентов достаточно разное, большинство из них в настоящее время находятся в браке (34 %), 32 % являются вдовцами, 13 % пациентов находятся в разводе, такой же процент пациентов состоит в гражданском браке, 8 % больных не замужем (холосты). Что касается основного рода занятий пациентов, то 34 % больных является работающей категорией граждан, 28 % пациентов находится на пенсии, 21 % составили безработные, 11 % – домохозяйки, то есть женщины, находящиеся либо в декретном отпуске, либо в отпуске по уходу за ребенком-инвалидом), 6 % – это студенты. У 73 % пациентов есть дети.

О наличии вредных привычек признались 58 % пациентов. 43 % пациента употребляют табак, в большинстве своем выкуривают примерно от 5 до 20 сигарет в день. Что касается употребления алкоголя, то 34 % больных указали, что употребляют алкоголь менее одного раза в месяц, 22 % употребляют алкоголь раз в неделю, 22 % вовсе не употребляют алкоголь, 10 % распивают спиртные напитки 2 – 3 раза в неделю. О том, что употребляют алкоголь ежедневно, признались 3 % пациентов.

Что касается информированности о заболевании, то большинство пациентов отметили, что не нуждаются в дополнительной информации о заболевании, об возможных осложнения, о рекомендуемом образе жизни при заболевании. Однако третья часть пациентов, все же нуждается в дополнительной информации по данным вопросам.

Большинство пациентов черпают информацию о своем заболевании (82 %) из различных сайтов Интернета, 39 % больных в качестве источника информации о заболевании выделили врача, 18 % – родственников, 21 % – СМИ.

Важно отметить, что 29 % пациентов принимают лечение только в период обострения заболевания, что препятствует эффективному лечению заболевания, 43 % пациентов принимают лечение только при нахождении на стационарном лечении, 28 % больных кардиологического профиля придерживаются регулярно рекомендаций врача и назначенному лечению.

Результаты исследования типа отношения к болезни у пациентов кардиологического профиля, полученные с помощью методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова), представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты исследования типа отношения к болезни у пациентов кардиологического профиля, полученные с помощью методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Тип** | **Количество человек (n = 100)** | | **Достоверность различий с помощью**  **критерия φ\*-углового преобразования Фишера** |
| **Пациенты**  **с диагнозом АГ (n = 53)** | **Пациенты с диагнозом ИБ (ОИ)**  **(n = 47)** |
| Гармоничный | 6 | 6 | – |
| Анозогнозический | 27 | 6 | φ\*эмп = 4,277 при ρ ≤ 0,01 |
| Ипохондрический | 5 | 8 | – |
| Меланхолический | 4 | 2 | – |
| Сенситивный | 6 | 5 | – |
| Смешанный (ипохон-  дрически-сенситивный) | 5 | 20 | φ\*эмп = 3,988 при ρ ≤ 0,01 |

С помощью критерия φ\*-углового преобразования Фишера были выявлены статистически значимые различия в следующих типах отношения к болезни у пациентов с диагнозом «артериальная гипертензия» и пациентов с диагнозом «ишемическая болезнь сердца» (острый инфаркт):

* анозогнозический тип отношения к болезни (φ\*эмп = 4,277 > φ\*кр= 1,64 при ρ ≤ 0,05 и φ\*эмп= 4,277 > φ\*кр= 2,31 при ρ ≤ 0,01). Число пациентов с диагнозом «артериальная гипертен- зия» с анозогнозическим типом отношения к болезни статистически значимо больше числа паци- ентов с диагнозом «ишемическая болезнь сердца» (острый инфаркт) (при ρ ≤ 0,01);
* смешанный (ипохондрически-сенситивный) тип отношения к болезни (φ\*эмп = 3,988 > φ\*кр= 1,64 при ρ ≤ 0,05 и φ\*эмп= 3,988 > φ\*кр= 2,31 при ρ ≤ 0,01). Число пациентов с диагнозом «ишемическая болезнь сердца» (острый инфаркт) со смешанным (ипохондрически-сенситивным) типом отношения к болезни статистически значимо больше числа пациентов с диагнозом «артериальная гипертензия» (при ρ ≤ 0,01).

Проведенное эмпирическое исследование позволило изучить психологические особенности внутренней картины болезни пациентов, страдающих заболеваниями сердечно- сосудистой системы. Пациенты с диагнозом «артериальная гипертензия» отличаются анозогнозическим (эйфорическим) типом отношения к болезни, а именно активным уходом мыс- лей о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При ощущении с отчетливыми признаками, симптомами болезни они их воспринимают как «несерьезные» проявления заболевания или считают это случайным изменением самочувствия. В силу несерьезного отношения к заболеванию они нередко отказываются от медицинского обследования и лечения, хотят разобраться самостоятельно, не обращаясь за помощью к врачам, надеяться на то, что «все обойдется». Другими словами у пациентов отмечается пренебрежи- тельное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Они продолжают или стремятся продолжать жить той жизнью, что и до постановки диагноза, получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь. Однако нарушение режима и врачебных рекомендаций может пагубно сказаться на течении болезни.

Пациенты с диагнозом «ишемическая болезнь сердца» (острый инфаркт) отличаются смешанным (ипохондрически-сенситивным) типом отношения к болезни, чрезмерным сосредоточением на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Постоянно рассказывают о них врачам, медперсоналу и окружающим. Преувеличивают реально существующие и выискивают несуществующие неприятные ощущения в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Желание лечиться сочетается с отсутствием веры в успех. Требуют тщательного обследования у более авторитетных специалистов, при этом испытывают страх вреда и болезненности процедур. Они чрезмерно ранимы, уязвимы, озабочены возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Для них характерны опасения, что окружающие станут жалеть их, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать неблагоприятные слухи о причине болезни. Они испытывают страх стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим. Настроение колеблется, что связано, главным образом, с межличностными контактами.

Что касается информированности о заболевании, то большинство пациентов отметили, что не нуждаются в дополнительной информации о заболевании, об возможных осложнения, о рекомендуемом образе жизни при заболевании. Однако третья часть пациентов все же нуждается в дополнительной информации по данным вопросам. Большинство пациентов черпают информацию о своем заболевании (82 %) из различных сайтов Интернета, 39 % больных в качестве источника информации о заболевании выделили врача, 18% – родственников, 21 % – СМИ. Важно отметить, что 29 % пациентов принимают лечение только в период обострения заболевания, что препятствует эффективному лечению заболевания, 43 % пациентов принимают лечение только при нахождении на стационарном лечении, 28 % больных кардиологического профиля придерживаются регулярно рекомендаций врача и назначенному лечению.

Полученные результаты эмпирического исследования дают возможность объективизировать мишени психокоррекционной работы с целью предотвращения возникновения и развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, а также определить психологические ресурсы, способствующие поддержанию психологического благополучия в ситуации болезни. Кроме этого полученные теоретические данные позволят разработать коррекционно-развивающие программы для проведения психологической реабилитации пациентов сердечно-сосудистого профиля с учетом их социально-психологического статуса.

# Список использованных источников

1. Дюбкова-Жерносек, Т. П. Динамика поведенческих факторов риска сердечно- сосудистых заболеваний в белорусской популяции / Т. П. Дюбкова-Жерносек // Женщины- ученые Беларуси и Казахстана : сб. материалов Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 1–2 марта 2018 г. / редкол.: И.В. Казакова [и др.]. – Минск : РИВШ, 2018. – С. 397–400.
2. Киселёва, М. Г. Влияние индивидуально-психологических особенностей пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на эффективность психологического сопровождения послеоперационного восстановления : дис. ... к. пс. н. / М. Г. Киселёва. – Москва, 2012. – 210 с.
3. Тхостов, А. Ш. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни / А. Ш. Тхостов, Г. А. Арина // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях : сб. науч. трудов / под ред. М. М. Кабанова. – Л.: Изд-во ЛНИПИ им. Бехтерева. – 1990. – С. 30–38.
4. Киселева, М. Г. Психологические факторы и течение сердечнососудистых заболеваний / М. Г. Киселева // Национальный психологический журнал. – 2012. –

№ 1. – С. 124–130.

1. Сидоров, К. Р. Тревожность как психологический феномен / К. Р. Сидоров // Вестник Удмуртского университета. – 2013. – № 2. – С. 42–52.

**Психологические особенности пациентов, страдающих заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта.**

**К проблемам желудочно-кишечного тракта принято относить: язву желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, а также гастриты, рефлекс-эзофагит и т.д.** Первые три официально относятся к так называемой “holy seven” - “святой семерке” классических психосоматических заболеваний. Но и остальные диагнозы, при всем их широком распространении в популяции, могут иметь психосоматическую основу . Успешное консультирование клиентов с такими проблемами  также во многом связано с пониманием   их личностных особенностей, которые  влияют на  работу ЖКТ.

Перечисленные выше проблемы ЖКТ (как психосоматические заболевания) нужно отличать от дефектов  желудочно-кишечного тракта, вызванных соматическими факторами (ожоги,  отравления, инфекции и пр.)

 Кровоснабжение, моторика и секреция желудка прямо связаны с аффективными состояниями человека. Депрессивные мысли, страх, отчаяние  подавляют секреторные функции, ухудшают кровоснабжение стенок желудка.  Конфликтные состояния, хроническая агрессивность усиливают желудочную секрецию и  могут вызывать эрозию слизистой поверхности желудка [6]. Желудок и органы брюшной  полости обладают "высоким  потенциалом страха", т.е.  активно на страх реагируют[3].

Например, такая проблема, как язвенная болезнь (ЯБ) возникает как следствие увеличения  секреции соляной кислоты, повышения  кислотности и нарушения защиты слизистых оболочек пищеварительных  органов. Причиной возникновения ЯБ называют также особого вида бактерий (Helicobacter pilory)[5]. Нарушение баланса пищеварительной активности, негативное действие желудочной микрофлоры особенно губительно в условиях  длительного перенапряжения, интенсивного стресса, под воздействием негативных переживаний [5]. Поэтому необходимо изучение влияния психологических  факторов на возможность возникновения ЯБ и других проблем с ЖКТ.

**Психологические конфликты**

Пионером в исследовании психологических особенностей больных язвенной  болезнью и проблемами ЖКТ можно считать американского врача Ф.Александер (1950). Он провел несколько тысяч клинических интервью и выдвинул гипотезу о том, что возникновение и течение язвенной болезни связано с проявлениями орального интрапсихического  конфликта. Конфликтная ситуация возникает, когда потребности, связанные с оральной  сферой переживаний, оказываются фрустрированными. Фрустрация приводит к регрессии и потребности накормить самого себя. Эта потребность реализуется в  стимуляции секреторной функции желудка даже вне фазы переваривания, что приводит к  повреждениям тканей пищеварительных органов [3].

Потребность в зависимости может человеком не осознаваться, ей может  противостоять осознанное стремление к самостоятельности. В этом случае  психологический конфликт человека  связан с отвержением  сильных оральных тенденций, поскольку они несовместимы со стремлением Я к  независимости. Сознательная установка у таких клиентов  может быть  выражена так: “Я деятелен, продуктивен, беру на себя ответственность, забочусь о  других, мне комфортно в  лидерской  позиции, я  являюсь ориентированной на себя и даже  агрессивной личностью”. Одновременно в бессознательном находится  в  точности  противоположная установка чрезмерно сильной потребности в любви, зависимости и  помощи" [3].

Исследование Рысс Е.С. (1986), показывает что у людей с проблемами ЖКТ был выявлен  глубокий внутриличностный конфликт, основу которого составляли фрустрированная потребность в эмоциональной привязанности и компенсаторное  лидерство в социальных отношениях [4]. Важным психологическим фактором в  патогенезе заболевания является формирование  патологического стереотипа эмоционального реагирования, сложившееся в детстве,  под  воздействием ранней эмоциональной депривации.

Пусковым фактором язвенной болезни( В.Зандер (1976) является бессознательный конфликт *зависти*. Большинство обследованных им больных  обнаружили сильные чувства зависти и злобы, которые сопровождались выраженными непроизвольными реакциями желудка. Интрапсихический конфликт заключается  в противоречии между неосознанной завистью, злостью к конкурентной личности и  сознательными импульсами долга и обязанностями перед ней.

**Ю.М.Губачев выделяет  3 основных варианта  психологического  конфликта у  людей, имеющих проблемы с ЖКТ**

1. *Симптомы болезни  сглаживали остроту сложившихся в жизни  неразрешимых ситуаций [2]. А обострение болезни  позволяло отсрочить  необходимость  немедленного разрешения проблем.*
2. *Конфликт определяется несоответствием между требованиями социально- психологического окружения клиента и его стереотипом  реагирования.  Изменение стереотипа реагирования  и приобретение новых социально психологических навыков у таких людей происходят медленно и трудно, в условиях  постоянного внутреннего напряжения и сопротивления.*
3. *Конфликт связан с попытками клиента резко  изменить отношение к себе и окружающим в связи с изменением социального статуса. Это провоцировало обострение проблем с ЖКТ.*

Состояния социально-психологической дезадаптации,  неспособность конструктивно разрешать актуальные житейские  проблемы, обусловлены глубинным интрапсихическим конфликтом клиентов , связаны с фрустрированной потребностью в зависимости.

**Клинические описания больных с проблемами ЖКТ**

Депрессивные  проявления - чаще среднепопуляционных. Ощущения: печаль с внутренним  чувством пустоты, расстройства сна, высокий уровень тревоги, подавленная агрессивность, чувством вины и  нерешительностью [2]. Со временем симптоматика меняется и возможно появление сверхценных идей в рамках  ипохондрического синдрома.

**Психологические типы больных по Ф.Александеру (1950)**

1. ***Пассивный тип - выражает свои потребности в зависимости и привязанности. У него субдепрессивный фон настроения (страх  быть покинутым). Эти больные стремятся быть  защищенными. Зависимость и  пассивность связаны с сильной привязанностью к матери. Им не удается стать независимыми  от матери. Обострение ЯБ наступает "когда  бессознательные или сознательные желания зависимости встречают отказ" [6].***
2. ***Гиперактивный тип - человек отказывается признать свои  потребности в зависимости, подавляет их,  находится в состоянии фрустрации. Эти люди амбициозны, настойчивы, имеют пробивной характер. Они не позволяют себе нуждаться в помощи, ведут себя  независимо. "Этот тип ищет успеха, но в целом неуспешен, поскольку предметом его  стремлений являются признание себя и престиж" [3].***

И у первого и второго типа клиентов есть неудовлетворенная  потребность в зависимости и  привязанности; У двух типов клиентов различаются внешние проявления этой неудовлетворенности.

Т.о. психологические особенности клиентов с проблемами ЖКТ,  специфичность их личности заключаются в том, что эти люди о*тличаются структурой личности, в  которой заложена возможность противостояния, конфликта между фундаментальными  психологическими установками зависимости и доминирования.* Эти особенности связаны не с самими чертами  личности, а со взаимосвязями, возникающими между чертами.

**Отсюда можно сформулировать общие рекомендации по работе с такими клиентами.**

1. *Обучение клиентов навыкам релаксации. Различные виды аутотренинга и медитации (особенно при групповой форме проведения, показывают как можно быть одновременно расслабленным и активным [2].*
2. *Отношения с клиентом должны строиться с учетом его психологического типа.*
3. *Психологическая помощь дает возможность клиенту открыто выразить свою потребность в зависимости, не опасаясь негативной оценки.  Это  уменьшает внутреннее напряжение.*
4. *Вовлечение  семьи в психотерапевтический процесс, разрешение внутрисемейных  конфликтов, поддержка и понимание больного со стороны семьи [3].*

**Литература:**

1. Белов В.А. Особенности личности и психосоматические взаимоотношения  у больных язвенной болезнью желудка (двенадцатиперстной кишки) и  хроническим неспецифическим язвенным колитом //Журнал невропат. и психиатр.  1971. Т. 71. N 9. С. 1385-1390.
2. Губачев Ю.М., Жузжанов О.Г., Симаненков В.И. Психосоматические аспекты  язвенной болезни. Алма-Ата: Казахстан, 1990.213 с.
3. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на  приеме у врача. Санкт-Петербург, 1996. 255 с.
4. Рысс Е.С., Щерба Н.Н., Соловьева С.Л. Анализ клинико-психологических  особенностей больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки //  Клиническая медицина. 1986. Т. 64. N 9. С. 66-69.
5. Magni G., di-Mario F. Psychological factors and peptic ulcerdisease: A review //  Integrative Psychiatry. 1986. Vol.4(1). P. 44-50.
6. Журнал «Практическая психология и социальная работа», №9, ноябрь 1998г.   Ю.А Ващенко