МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт
(наименование института полностью)

Кафедра «Педагогика и психология»
(наименование)

37.04.01 Психология
(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья
(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему Особенности тревожности женщин на этапе взрослости

Обучающийся О.С. Меерзон
(Инициалы Фамилия) (личная подпись)

Научный руководитель д-р. пед. наук., профессор И.В. Непрокина
(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2025

Оглавление

Введение…… 3

Глава 1 Теоретическое обоснование проблемы исследования связи личных особенностей и возникновения соматического заболевания……..... 8

1.1 Психосоматические расстройства: природа, характер протекания, возможность изучения. Эмоциональные взаимосвязи психического и физического……. 8

1.2 Возникновение стресса и его специфическое влияние на развитие психосоматического заболевания…… 24

1.3 История изучения, проявления и психосоматика артериальной гипертензии…… 29

Глава 2 Эмпирическое исследование наличия связи артериальной гипертензии и психологических факторов у женщин……... 39

2.1 Организация и методы исследования…… 39

2.2 Результаты исследования наличия связи артериальной гипертензии и психологических факторов у женщин……. 45

2.3 Рекомендации по снижению риска возникновения соматического заболевания, в частности, артериальной гипертензии…… 60

Заключение…… 62

Список используемой литературы…….. 63

Введение

Актуальность исследования. Актуальность данного исследования была вызвана тем, что болезни современных людей в развитых странах редко связаны с настоящей нехваткой чистого воздуха или воды, тепла или качественного питания. Если причина не кроется в нездоровом образе жизни, то болезни и симптомы – это способ снятия глубинных внутренних переживаний и не разрешенных конфликтов.

Психосоматика – это направление в медицине и психологии, которое изучает влияние психологических факторов на возникновение и течение соматических (телесных) заболеваний.

С точки зрения психосоматики человеческое тело воспринимается сознанием как часть единого процесса «психика – мозг (коммуникатор) – тело». Различные органы и системы организма обладают разным набором функций. В зависимости от индивидуального восприятия эмоциональных конфликтов в них включается та или иная система органов. Психосоматический конфликт всегда ассоциируется с функцией того органа, который на данный момент страдает.

В последние несколько лет можно слышать все больше разговоров о том, что большинство расстройств, с которыми люди обращаются к медикам, имеют эмоциональную, психическую основу. В книге «Психосоматика» Антонио Менегетти пишет о том, что «всё есть психосоматика». Осознание того, что мысли оказывают непосредственное влияние на наше тело, может оказать значительно влияние на процесс выздоровления [23].

По данным ВОЗ более миллиарда человек в мире страдает артериальной гипертензией, а за последние 30 лет число таких больных увеличилось вдвое. Артериальная гипертензия входит в список «чикагской семерки» - выделенной в 30-е годы XX века группы психосоматических заболеваний.

Острота проблемы изучения факторов возникновения артериальной гипертензии вызвана тем, что данное заболевание значительно повышает риск

развития серьёзных сердечно-сосудистых заболеваний, таких как инфаркт и инсульт. В последнее время наблюдается тенденция роста заболеваемости среди молодого возраста. При этом женщины страдают от артериальной гипертензии в два раза чаще, чем мужчины.

Знание о том, как психологические факторы влияют на возникновение артериальной гипертензии у женщин может помочь значительно снизить риск возникновения данного заболевания, а при наличии данного заболевания может повысить шансы на выздоровление.

Проведённый анализ исследуемой темы позволяет определить противоречие, что несмотря на многочисленные исследования в данной области, существует необходимость более глубокого изучения связи между тревожностью и возникновением соматического заболевания, а также в более глубоком изучении факторов риска повышения тревожности и профилактике возникновения соматического заболевания.

Согласно выделенному противоречию, можно сформулировать проблему исследования, заключающуюся в выявлении факторов, способствующих повышению тревожности у женщин, а также проверить связь между повышенным уровнем тревожности и возникновением соматического заболевания.

Объект исследования: психологические особенности женщин.

Предмет исследования: исследование влияния психологических особенностей на соматическое здоровье женщин в возрасте от 30 до 50 лет на примере возникновения артериальной гипертензии.

Цель исследования: выяснить, каким образом личные, психологические особенности женщин влияют на их психологическое и, как следствие, соматическое здоровье. В качестве примера соматического заболевания была взята артериальная гипертензия.

Гипотеза исследования: строится на предположении о том, что личные особенности оказывают существенное влияние на психологическое и соматическое здоровье женщины. В частности, тревожные, и слишком

эмоционально реагирующие женщины чаще страдают от артериальной гипертензии.

Так как кровеносные сосуды регулируются вегетативной нервной системой, работа которой непосредственно зависит от эмоционального состояния, есть все основания полагать, что психическое напряжение, стресс будут приводить к повышению артериального давления, и, как следствие, к возникновению артериальной гипертензии.

Для достижения поставленной цели исследования предусматривается решение следующих задач:

– изучить специфику психосоматических расстройств, их природу, характер протекания, а также степень влияния эмоций на психику и соматику;

– изучить влияние стресса на организм и его последствия на здоровье. Проверить гипотезу о том, что стресс значительно повышает риск возникновения артериальной гипертензии;

– провести эмпирическое исследование для определения связи между личными особенностями женщин и их соматическим состоянием, в частности, наличия у них артериальной гипертензии;

– сделать обоснованные выводы о факторах, способствующих повышению тревожности у женщин, разработать рекомендации по профилактике артериальной гипертензии.

Теоретико-методологическую основу исследования составили: концепции профессионального стресса В.А, Бодрова, Н.В. Водопьяновой, теория стресса и копинга Р.С. Лазаруса, С. Фолкмана, теория стресса Г. Селье.

Методы исследования:

– теоретические методы – анализ научной российской и зарубежной литературы, а также интернте-ресурсов по проблеме исследования;

– эмпирические выводы: методика «Шкала тревоги Бека», методика «Шкала личностной тревожности Спилбергера – Ханина», метод наблюдения и диагностическая беседа.

– методы математической статистики – сравнительный, корреляционный анализ.

Опытно-экспериментальная база исследования и выборка: экспериментальную базу составили женщины на этапе взрослости в возрасте от 30 до 60 лет в количестве 30 человек. Все женщины проживают в городе Москва, однако обладают разным социальным статусом, семейным положением и заняты в различных сферах деятельности.

Этапы исследования.

На первом этапе была определена база исследования, определены методики исследования.

На втором этапе было проведено комплексное исследование связи личной тревожности и наличия соматического заболевания (артериальной гипертензии).

На третьем этапе проведён анализ результатов исследования и осуществлена разработка рекомендаций по профилактике повышения уровня тревожности, и, как следствие, профилактика возникновения соматического заболевания.

Новизна исследования: выявлена связь между психологическими факторами и возникновением соматического заболевания, в частности, артериальной гипертензии. Определение факторов, способствующих повышению тревожности, могут быть использованы в профилактике возникновения соматического заболевания.

Теоретическая значимость исследования: расширение представлений о факторах, способствующих повышению тревожности у женщин, а также связи между личными особенностями женщин и возникновением соматического заболевания.

Практическая значимость работы состоит в том, что знание о том, как личные особенности влияют на психологическое и соматическое здоровье могут значительно снизить риски возникновения то или иного соматического заболевания, а также заметно улучшить психологическое состояние. В

частности, знания о том, какие личные особенности повышают риск возникновения артериальной гипертензии могут помочь снизить риск возникновения данного заболевания.

Научная достоверность выводов обеспечивалась комплексным анализом выполненных раннее научно-исследовательских работ, достоверностью методов сбора и анализа данных, соответствием методов ислледования целям и задачам исследования, достоверностью и обоснованностью выводов, репрезантативностью анализируемых данных, качественным и количественным анализом полученных данных.

Личное участие автора заключалось в сборе и анализе большого колличесвтва литературы и уже существующих исследований по данной теме, а также количественном и качественном анализе полученных данных, обработке и интерпретации полученных результатов.

Кроме того, личное участие автора исследование заключалось в предоставлении рекомендаций по улучшению качества жизни участникам исследовании на основании полученных данных.

Апробация результатов работы заключалась в оценке и одобрении коллегами надежности, целесообразности и новизны результатов исследования.

Положения, выносимые на защиту:

– существует связь между определенными психологическими факторами и определенными личными характеристиками и возникновением соматического заболевания, в частности, артериальной гипертензии;

– повышенный уровень тревожности оказывает негативное влияние на соматическое здоровье женщин, в частности, значительно увеличивает риск возникновения артериальной гипертензии.

Структура магистерской диссертации. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, содержит один рисунок, 2 таблицы, список используемой литературы (50 источников). Основной текст работы изложен на 66 страницах.

Глава 1 Теоретическое обоснование проблемы исследования связи личных особенностей и возникновения соматического заболевания.

1.1 Психосоматические расстройства: природа, характер протекания, возможность изучения. Эмоциональные взаимосвязи психического и физического.

В рамках психосоматики – заболевание или симптом – это адаптация тела к неким физическим и психическим условиям. Как пишет Мария Величко в книге «Психосоматика. Когда болеет тело, а причины в душе», все болезни человека возникают по причине психологических несоответствий и расстройств, возникающих в душе, мыслях или бессознательных переживаниях человека [16].

В рамках научного направления психосоматики исследуются связи между личными особенностями человека, его характером, реакцией на те или иные события и соматическими заболеваниями. Изначально здоровье является нашим естественным природным состоянием. Человеческое тело – это система, способная к самовосстановлению и регулирующая равновесие между всеми клетками организма. Так, все физические явления, происходящие с телом, ранее существовали на психическом или энергетическом уровнях. Другими словами, сначала возникает некий конфликт, который впоследствии не получается разрешить, который не находит необходимого эмоционального выхода и остается болеть в душе. В результате этого в теле возникает соответствующий телесный симптом [23].

Мозг не отличает событий от тех, что происходят у нас в мыслях. Мозг определяет наши мысли и чувства, ни одно действие не обходится без его участия. Как пишет психосоматический терапевт Марии Величко, эмоция, пережитая в какой-то стрессовой, конфликтной ситуации, определяется мозгом определенным образом, после чего мозг запускает программу отклонения в работе какого-то органа. Если телу не удается произвести

успешную адаптацию вовне, мозг ищет возможность адаптации к ситуации в теле. Как следствие, в клетках начинается патологический процесс и возникает симптом болезни [16].

Каждая клетка организма выполняет следующие функции: питается, дышит кислородом, очищается, защищается, воспроизводится и взаимодействует с окружающей средой. Во время стрессовой ситуации, когда человеку не хватает, например, воздуха (в том числе и воображаемого), организм будет переживать биологический шок. Если напряжение продолжается длительное время, мозг начинает находить бессознательное решение на уровне органов тела [23].

Часто конфликт происходит еще в детстве – программирующей части, проживаемой в жизни впервые. Затем происходит другой конфликт, сходный по типу эмоции предыдущему. Как утверждает доктор Хамер, между конфликтами существует определенная связь, так называемый трек, записанный в программирующей фазе и активизирующийся через какое-то время в виде развивающегося симптома [23].

По мнению Марии Величко, чаще симптом проявляется уже в фазе восстановления, во время течения восстановительных процессов. Самопрограммирующийся, самый ранний конфликт связан с не разрешенным до конца, нестабильным конфликтом. Другими словами, после некоторого конфликта уже наступала стадия исцеления, однако снова активируется трек и человек снова попадает в состояние стресса и так по кругу. Человек снова предпринимает попытку исцелиться, восстанавливается, но снова возникает трек через воспоминания и ассоциации, связанные с програмирующим конфликтом, или биошоком, названным СДХ (Синдоромом Дирка Хамера). Получается, что стадия восстановления никогда не завершается, так как идёт беспрерывная активация треков, а конфликт становится зависшим, или самопрограммирующимся [16].

Если же конфликт проживается слишком долго, как правило, более шести месяцев, у тела появляется потребность отключиться от него, что

приводит к синдрому выгорания, чувству нарастающего эмоционального истощения. Человек чувствует собственную несостоятельность, постоянную неудовлетворённость собственной жизнью, теряет интерес к происходящему, становится ожесточенным и негативно настроенным по отношению к окружающим. Всё вышеперечисленное ведет к новому витку психосоматических заболеваний и неврозов.

О единстве психического и телесного говорили еще во времена глубокой древности. Древнегреческий философ Платон в своем сократическом диалоге «Хармид» называл величайшей ошибкой медицины то, что врачи для тела и врачи для души существуют по отдельности – именно поэтому многие болезни ускользают от их внимания. Древнегреческий врач Гиппократ связывал различные темпераменты со склонностью к определенным болезням: сангвиников – к нарушениям кровообращения, холериков – к заболеваниям желчных путей.

При этом важно упомянуть, что Лаин Энтральго, испанский историк медицины, подвергал сомнению факт того, что учения о психосоматике были популярны в то время. (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999).

Медики не разделяли идеи Платона и Аристотеля, считая их философией, а не медициной. Древние греки не уделяли особое внимание психосоматике, объясняя различные патологии исключительно соматикой. Так, Гиппократ объяснял истерию у женщин заболеванием матки.

Также всем известно, что многие заболевания, связанные с психическими отклонениями, объяснялись вселением дъявола, а больные считались одержимыми. И напротив, такое заболевание, как ожирение, в эпоху средних веков считалось характеристикой здоровья. Голоданию же приписывали божественное значение, и больные анорексией воспринимались как живущие в святости люди.

Декарт, Спиноза, Лейбниц стали изучать связь души и тела в XVII веке. Все они сходились во мнении о том, что душа пребывает в непрерывном взаимодействии с телом. Впервые термин «психосоматика» был употреблен

начале XIX века немецким врачом Иоганном Хайнротом. Он впервые охарактеризовал такие заболевания, как связанные с психосоматическими причинами. Так, эпилепсия и туберкулёз, по мнению Хайнрота, могли быть связаны с сексуальными проблемами, а также эмоциями стыда и злости.

Огюст Льебо из Нанси применял техники гипноза в излечении своих пациентов от различных телесных симптомов. Эжен Дюбуа также утвержал, что способен силой слова избавить больного от различных симптомов, однако правдивость его высказываний не представляется возможным проверить.

Фридрих Ницше считается одним из основных создателей психосоматического подхода. Созданная им философия исходит из тела и «нуждается в нем как в путеводной нити».

Ницше впервые четко связал разум и тело и, по сути, был родоначальником нескольких концепций из области психоанализа, связанных с учениями о бессознательном и об аффектах. К сожалению, медиков, способных использовать его идеи, в Европе тогда не нашлось. И уже Зигмунд Фрейд продолжил развивать идеи Ницше.

Как пишет психоаналитик Жизель Арру-Ревиди, в конце XIX века было издано множество трудов, которые определяли различные заболевания как психосоматические. Было установлено, что истерия связана с некоторыми соматическими заболеваниям и оказывала влияние на желудок, сердце, кишечник. Так, даже появился термин «желудочная истерия». Так, почти соматические болезни в это время стали связывать с истерией. Истерией стали объяснять такие заболевания, как гастрит, рассеянный склероз, диабет, туберкулез и даже брюшной тиф. По мнению Жизель Ару Ревиди, именно поэтому в 1952 году в США диагноз «истерия» отменили вообще.

Как писал Франц Александер: «истерический симптом – это уникальное творение пациента, изобретенное им для выражения индивидуального психологического содержания» (Александер, 2000, с. 46). Так, утрата некой функции у больного отражает только его субъективное отношение к работе

организма – оно может быть, как безразличным, так и чрезмерно утрированным.

С исследования истерии берет свое начало психоанализ. Психоанализ зародился в результате того, что медицина во второй половине XIX века не рассматривала организм как целостный механизм. Становилось всё более понятным, что работа различных частей тела осуществляется именно с помощью единой системы, где все отдельные части тесно взаимосвязаны. И главным элементом данной системы как раз и является личность.

Продолжая развивать идеи Ницше, Зигмунд Фрейд в 1984 году ввел понятие «конверсия», который означал преобразование психического конфликта и его разрядки в телесных симптомах. Фрейд называл данное преобразование прыжком из психики в соматическую иннервацию. Фрейд сравнивал данную конверсию с экономической концепцией. Так, если отделить энергию либидо от какого-то подавленного представления, то она превратится в энергию иннервации. Через невротическое вытеснение конверсия отделяется от конфликта с бессознательными влечениями.

Итак, истерия помогала обезвреживать нестерпимое представление о чем-либо с помощью превращения нарастающего раздражения нервной системы в соматические проявления.

Многие, однако, подвергали учение Фрейда критике, так как с помощью его учения трудно было проследить, как именно происходит переходит от психического к физическому. Интересно, что сам Фрейд определял этот прыжок как таинственный. Британский психиатр и психоаналитик Чарльз Райкрофт, однако, писал о том, что если симптомы истерии рассматривать как символические проявления некоего смысла, то никакой тайны здесь не возникает. (Райкрофт, 1995, с. 76).

Зигмунд Фрейд, в свою очередь, старался представить конверсию гораздо более легко определяемой как конкретную форму поведения. Другими словами, симптомы конверсии обладали особым значением – с их помощью

тела помогает выразить различные подавленные, глубоко спрятанные представления.

Важно, что отклонения на уровне тела существуют только лишь в голове у больного – именно поэтому ранее страдающие от истерии больные часто воспринимались только лишь как симулирующие недуг. Фрейд сравнивал тело таких больных со сценой, где определенный психический конфликт разыгрывается как театральное представление.

Исследования истерии показали взаимосвязь между эмоциональным состоянием человека и физическими изменениями. Фрейд указал на то, что если эмоции не имеют выхода через традиционные каналы в обыденной жизни, то это неизбежно приведет к проявлениям на уровне соматики. Конверсия и соматизация, по сути, очень близкие друг к другу явления, так что грань между ними иногда слишком стирается.

Франц Александр (Александер, 2000) писал о том, что конверсионный симптом похож по своей сути на любую другую передачу возбуждения, то есть при истерии переход от психического к семантическому происходит так же, как при любом произвольном движении, плаче, смехе, однако отличие его в том, что сознание не воспринимает его побудительный импульс.

Фрейд, описывая конверсию, утверждал, что для возникновения истерического симптома необходима «соматическая готовность» – физиологический фактор, имеющий первостепенное значение при выборе «страдающего» органа. Таких факторов может быть множество – детский телесный опыт, генетическая диспозиция.

Последователь Фрейда, венский психоаналитик Феликс Дейч, объяснял с помощью конверсии всевозможные патологические со матические процессы. Венский психоаналитик Отто Фенихель ввел такое понятие, как «прегениальная конверсия», которые объясняют отклонения как связанные с неудовлетворением базовых потребностей в заботе, близости, чувстве тепла.

Позднее американский психоаналитик Лео Рэнджелл, пробовали ограничить понятие конверсии, когда поняли, что данное понятие

распространяется на многие другие конфликты, связанные с психосоматическими заболеваниями.

Ещё одним объектом исследований психосоматики стали такие заболевания, как неврастения и невроз страха. В переписке с немецким психоаналитиком Вильгельмом Флиссом Зигмунд Фрейд предполагал, что неврастения связана с сексуальным неудовлетворением и говорил о вреде здоровью, который влечет за собой прерванный половой акт. Невроз страха Фрейд характеризовал как вызванный безосновательной тревогой и так же был вызван не получившим выхода сексуальным возбуждением.

Среди телесных проявлений приступа тревоги Фрейд упоминал такие вегетативные симптомы, как потливость, головокружение, диарею, нарушение ритма дыхания и сердечного ритма, тремор и всевозможные спазмы. Невроз страха неразрывно связан с ипохондрическими настроениями больного.

Описывая невроз страха, так же, как и неврастению, Фрейд снова упоминал конверсию. Важно, что во время истерии напряжение тела приводит к эмоциональным реакциям, а при неврозе страха, наоборот, телесное напряжение, не получив разрядки, сохраняется внутри тела и приводит к возникновению соматических симптомов. Другими словами, данные симптомы в данном случае выступают отождествлением неврозоподобных состояний.

В 1908 году французский врач-невролог Ипполит Бернхейм выпустил статью «Неврастения и психоневрозы». В данной статье писал о доказательствах связи психики и различных соматических проявлениях, которые Бернхейм называл душевными. Кроме того, сами психические проявления скрывают под собой различные органические проявления. Бернхейм пришел к выводу о том, что у неврастении, депрессии и фобий одинаковая этиология – усиление коленных рефлексов, разные размеры зрачков, парезы. При этом Бернхейм утверждал, что неврастения не подлежит терапии.

Зигмунд Фрейд соглашался с Бернхеймом в идее о том, что актуальные неврозы не могут быть излечены с помощью психоанализа. Несмотря на то, что от этого заболевания невозможно было полностью излечиться, можно было успешно заниматься профилактикой его появления.

Итак, Фрейд полагал, что основной причиной неврастении являлась избыточная сексуальная жизнь, а невроза страха – недостаточная сексуальная жизнь, а не психологические травмы прошлого, с которыми возможно было бы успешно работать аналитически.

В своей работе «О диком психоанализе», опубликованной в 1910 году, Зигмунд Фрейд ещё раз пишет о том, что актуальный невроз вызван соматическими факторами сексуальной жизни личности. При этом, о степени влияния психических факторов и последствии их вытеснения пока говорить сложно. Фрейд приводит в пример пациентку, причиной тревоги которой являлось отсутствие сексуального удовлетворения. Пациентка пришла к выводу о собственной неизлечимости, так как исключала возможность возвращения к мужу и не могла заниматься мастурбацией или заводить любовные связи не стороне исключались в силу ее высокой нравственности.

В 1926 в своей работе «Торможение, страх и симптом» Зигмунд Фрейд неожиданно пришёл к противоположному выводу о том, что, страх приводит к вытеснению, а не наоборот. Это означало, у истерии, невроза страха и истерии есть свои предвосхищающие их причины, которые не ограничиваются только текущей ситуацией, связанной с отсутствием сексуальной удовлетворенности.

Несмотря на то, что Фрейд исключал возможность излечения этих заболеваний с помощью психоанализа, который в то время был ориентирован исключительно попутку разгадать символику соматических симптомов, изучение данных заболеваний сыграло огромную роль в зарождении и становлении психосоматической медицины. Невроз страха и неврастения явились тем самым связующим связном, которое привело к укреплению психоанализа и привело к изучению различных психосоматических заболеваний.

Особое место в изучении связи между психики и тела заняла работа Зигмунда Фрейда «О нарцизме». Здесь Фрейд пишет о взаимосвязи соматического отклонения с распределением энергии либидо, которое ведёт к изменениям Я. Больной или ипохондрик начинает терять интерес к тому, что не связано с его физическим страданием. Из-за болезни он попадает в состояние, которое называется вторичным нарциссизмом – только собственное Я становится для него объектом либидинозного катексиса, он не способен любить кого-либо, кроме себя, направляя всю энергию на себя. Направить либидо на внешний мир или другого человека такой больной способен только после выздоровления. Фрейд приводил в пример слова Буша, описывающего страдающего от зубной боли поэта: «Душа пребывает исключительно в тесной ямке больного зуба»

Работа Зигмунда Фрейда «Я и Оно» показала новый взгляд на связи между Я и соматическими проявлениями. Фрейд пишет о том, что границы Оно открыты для соматических реакций, а влечения отражают внутренние происхождения раздражений. Человеческое Я, прежде всего, имеет телесные проявления и состоит в непосредственных отношениях с так называемой «сомой». Собственное тело, при этом, это область, способная одновременно воспринимать и внутренние, и внешние импульсы. Я, по Фрейду, выходит из соматических ощущений и отражает проекцию психики на поверхность тела.

Интересно так же, что несмотря на важность понимания того факта, что ощущение Я впервые начали отождествлять с чувством собственного тела, к сожалению, Фрейд не стал уделять этому особое внимание в своих работах.

Список симптомов, которые Зигмунд Фрейд относил к неврозу страха, и сейчас относят к проявлениям психосоматического расстройства, однако теперь уже у них есть конкретные определения – это тахикардия, гиперемия, спазмофилия, булимия.

До сих пор исследователи не могут ответить на вопрос – стоит ли сводить понятие конверсии к первоначальному содержанию концепции Фрейда, символизирующую выход сексуального конфликта.

Несмотря на то, что концепции Фрейда касательно исследования и лечения болезней считаются довольно противоречивыми, они и сейчас являются основополагающими в психосоматическом подходе излечения болезней. При этом, его выводы относительно собственных исследований часто звучали довольно противоречиво. Фрейд полагал, что его открытия недолговечны и в скором будущем их сместят новые открытия из физиологии и биологии. Фрейд выражал обеспокоенность о том, что кроме собственной убежденности в связи психического и физического, ему особо нечего больше предъявить.

В то же время, Фрейд боялся нарушить границу физического и биологического в процессе лечения и держать от биологии дистанцию.

Тем не менее, ни у кого нет сомнений в том, что вклад Фрейда в становление психосоматики довольно значителен. Его концепции касательно невроза страха и истерии и сейчас являются основными в психосоматическом подходе.

Эмоциональные взаимосвязи психического и соматического. Эмоции, наряду с чувствами, составляют очень важную сторону внутренней жизни человека. В каждом моменте времени можно выделить определенное эмоциональное состояние: радость, горе, гнев, злость, удивление, негодование.

Слово «эмоция» в переводе с латинского («emovere») означает «потрясать, волновать» и означает психический процесс некоторой продолжительности, который отражает субъективное, личное отношение к существующим или абстрактным ситуациям. Эмоциями пронизаны все аспекты отношений с окружающими, профессиональная деятельность, познание, общение. Та или иная эмоция вызвана конкретными потребностями или мотивами. Объекты, ведущие к удовлетворению потребностей и приближающие к достижению целей, способствуют возникновению положительных эмоций, таких как радость, интерес, удовольствие. И наоборот, то, что отдаляет нас от достижения целей и препятствует

реализации потребностей вызывает отрицательные эмоции, такие как страх, грусть, печаль, тревога [39].

Эмоции – это особый вид психических процессов или состояний, отражающих в форме переживаний значимость происходящих ситуаций или явлений.

Возникновение эмоций обусловлено работой лимбической системы мозга, связанной с вегетативной нервной системой. В гипоталамусе находятся особые образования, названные центрами удовольствия, которые отвечают за ощущение удовольствия, страдания, агрессия или успокоения. Многоуровневость и многокомпонентность эмоциональных реакций обеспечиваются сложной деятельностью корковых и подкорковых отделов мозга.

Различные эмоциональные состояния характеризуются определёнными вегетативно-соматическими реакциями, такими как расширение сосудов и ускорение пульса при переживании гнева, снижение и ослабление пульса при переживании страха.

Вегетативная нервная включает в себя два компонента – симпатический и парасимпатический. Работа симпатической нервной системы связана с выбросом в кровь адреналина и проявляется учащением сердцебиения, повышением кровяного давления, расширением зрачка, повышением уровня сахара в крови, ускорением обмена веществ и повышением мышечной работоспособности. Работа парасимпатической нервной системы, напротив, выражается торможением организма и характеризуется сужением зрачков, снижением пульса, расширением сосудов и замедлением обмена веществ.

При изучении психосоматики важно различать три пласта эмоций.

Первичные эмоции – подлинные, висцеральные эмоции, или эмоции органа. Это первые эмоции, которые прослеживаются сразу после конфликта или стресса.

Самым простым примером данной эмоции может быть чувство голода. Если человек проголодался и у него нет возможности найти еду, организм

начнет испытывать стресс и стараться решить проблему с помощью собственных внутренних ресурсов – вырабатывать глюкоген, чтобы глюкоза поступила в кровь и дала энергию для жизни. Такие маленькие конфликты случаются очень часто и проживаются нашим организмом либо с помощью рационального мышления, то есть сознательно, либо бессознательно, при помощи запуска внутренней программы в конкретный орган, что иногда может привести в физиологической патологии.

Первичная эмоция спонтанна, выражает рефлекторную реакцию на событие и ощущается всем телом. Когда человек не блокирует эту истинную для самого себя эмоцию, то резко снижает вероятность получения болезни. Первичные эмоции отличает то, что они спонтанны, мгновенны, естественны, неподдельны и имеют четкую продолжительность по времени.

Поэтому для человека крайне важно в момент конфликта или стресса осознать происходящее в данный момент в теле и назвать данную эмоцию максимально конкретно и понятно для самого себя: «я чувствую грусть» или «я чувствую отвержение» или «я чувствую себя подавленным». Данный подход к осознаванию и называнию собственных эмоций будет лучшей профилактикой проблем со здоровьем.

Вторичные эмоции – выученные, общепринятые, политкорректные, которые часто скрывают первичные эмоции.

Вторичные эмоции – это те, которые общество разрешает проявлять в различных ситуациях. Так, вторичная эмоция возникает, когда человек противостоит собственным потребностям, отказывается слышать себя, отдаляется от себя в пользу чьих-либо ожиданий. В результате это приводит к симптому, который как будто призывает человека вернуться к себе и пытается заставить уважать свои проявления.

Человек выбирает вторичные эмоции для того, чтобы поддерживать некую систему на прежнем уровне, сохранить прежнюю расстановку сил.

Так, когда маленький ребенок реагирует на конфликты в семье яростью и родители его за это наказывают, ему в следующий раз удобнее быть

грустным. Ребенок запрещает себе выражать ярость и открыто злиться на происходящее, чтобы ситуация не стала еще хуже, поэтому грусть становится вторичной реакцией. Этот механизм замещения эмоции становится автоматическим и переходит с ребенком во взрослую жизнь и бессознательно проявляется даже в тех ситуациях, в которых можно было бы открыто выражать истинную, первичную эмоцию.

Блокирование эмоций может происходить в двух формах: прямой (когда эмоция полностью блокируется, так как системе человека она недопустима) и косвенной (когда эмоция замещается другой эмоцией).

Третичные эмоции – межпоколенные, трансгенерациональные, доставшиеся от значимых личностей во время формирования личности. Человек чаще всего их не осознает, считая их частью себя.

Третичная эмоция – это не принятая предками эмоция, которая как будто ищет принятия у потомков, которую человек получил по наследству. Третичная эмоция – это шок, пережитый предками и записанный в генах человека.

Третичная эмоция представляет собой перевёрнутую, иррациональную эмоцию, не соответствующую истинным чувствам человека, потому что происходит бессознательная идентификация себя с кем-то из предков. Человек может ощущать грусть, страх, боль, которые были свойственны его предку.

Дисфункциональные, депрессивные эмоции возникают при мысли об утратах, неудачах, собственной несостоятельности и никчемности, часто вызваны негативным представлением человека о самом себе, своем жизненном опыте, и также связаны с представлением о будущем.

Подавление – один из наиболее частых способов борьбы с негативными эмоциями. Человек всеми силами пытается сдержать и заблокировать, например, страх или обиду, однако эмоция никуда не пропала и начинает буквально разъедать его изнутри. Организм становится похож на машину, которую поставили на ручник, но в которой при этом постоянно нажимают педаль газа. Рано или поздно данные действия приведут к поломке. То же

самое происходит и с организмом –длительно подавляемые, заблокированные эмоции с большой вероятностью приведут к поломке организма – к психосоматическим симптомам и заболеваниям.

Как правило, человек, постоянно подавляющий свои эмоции, привык соответствовать ожиданиям других людей, стремится постоянно казаться хорошим, боится осуждения и критики со стороны окружающих и поэтому не может позволить себе гнев или злость. Так, сдерживаемые слезы могут привести к проблемам с носоглоткой и дыхания, а невысказанные переживания выразятся гомом в горле или болями в груди [39].

Швейцарский психиатр Эйген Блейлер дал следующую классификацию психосоматических расстройств в зависимости от эмоциональной реакции на раздражающую ситуацию:

– психосоматозы;

– функциональные психосоматические синдромы – «соматизированные» формы неврозов;

– иные психосоматические расстройства, связанные с личными особенностями эмоционального реагирования и поведения.

Психосоматозы ещё называют органические психосоматические болезни. В их основе лежит реакция тела на некое конфликтное переживание, которая выражается в определенных патологических изменениях в органах. При этом подверженность данного органа этим изменениям может быть связана с генетикой.

Чаще всего первые проявления психосоматозов случаются в подростковом возрасте при наличии устойчивых черт характера. После дебюта данное заболевание становится хроническим и периодически обостряется как реакция на определенные эмоции, испытываемые больным. То есть триггером является эмоциональная реакция на значительные для человека ситуации.

Тем не менее, длительно происходящие при этом функциональные изменения могут перерасти в настоящие органические изменения и подлинную органическую патологию.

Так появилась первая семерка типично психосоматических болезней:

– артериальная гипертензия;

– язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;

– воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона);

– нейродермит (атопический дерматит);

– бронхиальная астма;

– тиреотоксикоз (гиперфункция щитовидной железы);

– ревматоидный артрит.

Данный список заболеваний получил название «Чикагская семерка», автором которого был врач-психоаналитик Чикагского Университета Франц Александр.

В наше время к психосоматическим заболеваниям так же стали относить ожирение, сахарный диабет, ишемическую болезнь сердца, а также вегето-сосудистую дистонию.

Функциональные психосоматические синдромы – «соматизированные» формы неврозов являются ответной реакцией на неврозы. Подобные неврозы еще называются «неврозами органов» или вегетативными неврозами. Симптомы в данном случае являются телесным проявлением эмоций и соответствующими психическими состояниями. Так, иногда депрессия может маскироваться под какое-либо соматическое заболевание, отсюда и название данного вида депрессий – соматизированные депрессии [42].

Реакций на эмоции могут явиться и различные психосоматические синдромы, такие как мигрень, расстройства пищеварительного тракта, такие как диарея, запор, синдром раздраженного кишечника, расстройства дыхания психогенного характера, в том числе бронхиальная астма, расстройства вегетативной и сердечно-сосудистой систем, а том числе тахикардия, боли в

сердце без явно выраженной патологии как реакция на эмоционально сложную ситуацию, а также многочисленные расстройства сексуального характера.

Иные психосоматические расстройства, связанные с личными особенностями эмоционального реагирования и поведения являются реакцией на некоторые сильные эмоции может стать различное деструктивное, саморазгружающее поведение, такое как алкоголизм, наркомания, курение, а также переедание, что резко негативно сказывается на соматическое состояние. Считается, что даже склонность к получению травм зависит от личных особенностей человека, которые противоположны аккуратности, осторожности. Расстройство пищевого поведения, в частности, чрезмерное злоупотребление принятием пищи может так же быть реакцией на сильные эмоции, которые подавляются путем удовольствия от вкусовых ощущений. Данная модель поведения с большой долей вероятности может привести к конкретным заболеваниям, таким как ожирение, гипотиреоз, сахарный диабет.

Кандидат медицинских наук Тухтарова И.В. дополнительно выделяет четвертую группу конверсионных симптомов. Данные симптомы вызваны невротическим, или психологическим, конфликтом. Среди подобных психосоматических реакций организма – психогенная слепота, психогенная глухота, различные болезненные ощущения в теле, которые не связаны с травмами и не связаны с органическими патологиями, а также истерические параличи. Тело начинает выступать как будто сценой для проигрывания эмоций человека, которые после подавления перешли в бессознательное.

По данным, представленным Всемирной Организацией Здравоохранения, от 38 до 42% всех обращающихся к терапевтам больных, можно отнести к психосоматическим. В ряде заболеваний, в частности, относящихся к «Чикагской семерке», роль психосоматических факторов, а также, эмоционального состояния человека, огромна.

При лечении крайне важно учитывать единство эмоциональных связей взаимосвязей между психическим и физическим, так как только такой

принцип может обеспечить правильный подход к избавлению от соматического заболевания.

1.2 Возникновение стресса и его специфическое влияние на развитие психосоматического заболевания

Согласно психогенетическим исследованиям, реакции людей на те или иные стрессовые факторы на 30-40% зависят от унаследованных генов и на 60-70% зависят выработанных условных рефлексов, жизненного опыта, моделей воспитания, собственных навыков.

Если человек в течение первых семи лет столкнется с сильных психотравмирующим событием, это приведет к усугублению стрессовых реакции на протяжении всей последующей жизни.

Многочисленные исследования выявили взаимосвязь между развитие психологического стресса и индивидуальными характеристиками человека, такими как возраст, состояние здоровья, темперамент, самооценка, локус контроля, психологическая устойчивость. Так, дети гораздо более уязвимы перед воздействием стрессового фактора. Им свойственна гораздо более длительная реакция на стресс, более высокий уровень напряжения, недостаточно сформированная способность к быстрой адаптации, гораздо более быстрая по сравнению со взрослыми истощаемость.

К возникновению стресса может привести множество самых различных факторов, среди которых состояние неопределенности, отсутствие уверенности в завтрашнем дне, недостаток сна и отдыха, переизбыток информации и постоянно повышенный уровень шума, необходимость соответствовать различным социальным ролям, а также социальные и экономические кризисы, нестабильная политическая обстановка, пандемии, катастрофы [28].

Кроме того, стресс может возникать как реакция на прошлые психотравмирующие ситуации, в этом случае когнитивные процессы напрямую связаны с психоэмоциональными. Примером таких стрессов являются различные фобии, посттравматическое стрессовое расстройство, переживания, вызванные ревностью, а также чувство необоснованной тревоги.

Тревога – это эмоция, которая возникает как следствие катастрофических мыслей о будущем: «а что если?», «а вдруг случится что-то плохое». Причинами тревоги часто являются преувеличение степени опасности, вероятности наступления ужасных и неконтролируемых событий и, в то же время, ощущение собственной беспомощности и уверенность в неспособности справиться с проблемой. Мышление часто оторвано от реальности и застелено мрачным будущим [30].

Влияние стресса на организм колоссально. Попадая в стрессовую ситуацию, мозг пытается сделать всё возможное, чтобы она прекратилась. Главная роль в этом отводится симпатической нервной системе, которая отвечает за выживание, борьбу и адаптацию.

Стрессовое состояние, при котором доминирует симпатическая нервная система, называется симпатиконией. Для симпатиконии характерны повышенное давление, учащенный пульсом, спазм сосудов, холодные конечности, повышение глюкозы, расстройства пищеварительной системы, отёчность, нарушения сна, потеря мышечной ткани, гиперактивность и суетливость, а также навязчивые мысли и кошмары.

Механизм реагирования на стрессовую ситуацию вырабатывался живыми организмами еще за миллионы лет до эволюции.

Мозг одинаково реагирует и на явную угрозу, например, на медведя или змею, и на мнимую, например, на начальника или новости по телевизору. В обоих случаях мозг посылает в организм сигнал, после которого в теле начинаются изменения.

Как считал Ганс Селье, при слишком сильной интенсивности стрессового фактора или при неадекватной реакции гормональной системы в

организме возникают нарушения, проявляющиеся на соматическом уровне. К наиболее частым болезням, вызываемым стрессом, относятся язвенная болезнь желудка, гипертония и другие патологии сосудов, инфаркт, инсульт, стенокардия, онкология, а также кариес и даже болезни десен.

Изучая последствия стресса у авиадиспетчеров, чья работа связана с огромной ответственностью, а ошибка может стоит человеческих жизней, Ганс Селье пришел к выводу, что 35% из них страдают от язвы. По данным статистики американских учёных, 50% хирургов США умирают от болезней, связанных с сосудами, не дожив до 50 лет.

Помимо соматических заболеваний стресс ведет и к психологическим последствиям, одним из которых является невроз. Невроз характеризуется потерей интереса к жизни, депрессивными мыслями, моральную неспособность справляться с привычными задачами, а также оказывается значительно влияние на все сферы жизни – профессиональную, межличностную и семейную.

Как правило, организм начинает давать соматическую реакцию уже в постконфликтной фазе. После того, как стрессовая ситуация закончилась, организм стремится вернуться к предыдущему состоянию, другими словами, возвращать первоначальные настройки, то есть самовосстанавливаться и компенсировать возникшие во время стресса изменения. Таким образом, фаза выздоровления будет характеризоваться определенными соматическими проявлениями: снижением артериального давления и частоты сердечного ритма, расширением сосудов и расслаблением мышц, слабостью, сонливостью, более медленным дыханием.

При этом на одну и ту же стрессовую ситуацию кто-то отреагирует проблемами с кишечником, кто-то кожными реакциями, а кто-то инфарктом или инсультом. Несмотря на то, что мозг и органы дают одинаковую биологическую реакцию, появление того или иного симптома зависит от целого ряда факторов – психики, восприимчивости, уровня тревожности, социальных норм и культурных особенностей [26].

Чем интенсивнее и длительнее был стресс, или, активная фаза конфликт, тем дольше будет и выздоровление, или постконфликтная фаза выздоровления.

Интересно, что согласно исследованиям, психически нездоровые люди, глубоко ушедшие в себя, например, аутисты, практически не болеют психосоматическими заболеваниями, например, гастритом или гипертонией. Их мозг как будто выключен, взаимодействие с внешним миром отсутствует, психическая реакция на происходящее отсутствует, а значит, нет и реакции тела.

В 1936 Ганс Селье опубликовал статью, которую он назвал «Синдром, вызываемый различными повреждающими агентами». Изменения, происходящие в организме вследствие различных стрессовых факторов, Селье назвал генерализованным адаптационным синдромом.

Данный синдром имеет три стадии: реакция тревоги, стадия резистентности и стадия истощения.

Во время первой стадии организм мобилизует все свои защитные механизмы, увеличивая тем самым сопротивляемость стрессовому фактору. Если организму удаётся справиться с данным воздействием и не погибнуть, наступает следующая, вторая стадия – стадия резистентности.

На данной стадии происходит рациональное расходование ресурсов адаптации. Так, если сравнить данную стадию со стадией тревоги, где клетки коры надпочечников довольно быстро истрачивают свои запасы, выделяя в ток крови секреторные гранулы, то на данной стадии, напротив, кора надпочечников заметно насыщается секреторными гранулами. Следовательно, стадия тревоги способствует сгущению крови, а стадия резистентности, наоборот, разжижает кровь.

В итоге все показатели, разбалансированные на стадии тревоги, выходят на стадии резистентности на новый уровень. Создается впечатление, что происходит стабилизация всех параметров организма, однако длительный

стресс, в силу ограниченных ресурсов, неизбежно приводит к третьей стадии – стадии истощения.

Несмотря на то, что симптомы стадии истощения схожи с симптомами стадии тревоги, с помощью собственных ресурсов организма на третьей стадии справиться с раздражителем уже не получится. Ситуацию возможно решить либо убрав причину стресса, либо добавив помощь со стороны внешней среды.

Ганс Селье сравнивал три эти стадии адаптации с разными стадиями жизни. В детстве реагирование на различные стрессовые факторы максимально, во взрослом возрасте организм приспосабливается к стрессовым ситуациям и сопротивляемость увеличивается и в пожилом возрасте организм слабеет, а вместе с тем сопротивляемость снижается.

Изучая влияние стресса на организм, важно учитывать стрессовые факторы, приводящие к нервно-эмоциональному напряжению. Организм может также отреагировать не только на действительно опасную ситуацию, но и просто на упоминание об этой ситуации. Стресс может быть вызван совершенно разнообразными раздражителями: это и может быть и экстремальная температура (жара, холод), и многочисленные эмоциональные потрясения, причем как отрицательные, так и положительные.

Стресс, вызываемый неприятными, отрицательными ситуациями, Селье определил как дистресс, а стресс, вызываемый приятными ситуациями, Селье назвал эустресс. Так, если требования среды к человеку и наоборот не удовлетворяются, возникает дистресс. Эустресс же возникает в случае, когда эти требования удовлетворены.

Селье пришёл к выводу о том, что совершенно разные ситуации могут вызывать очень схожие стрессовые реакции. Получается, что для организма не так уж важно, положительно или отрицательно воспринимается та или иная ситуация, действие и горестного события, и радостного примерно одинаково.

К радостному событию организму точно так же приходится адаптироваться, как и к негативному, и при неспособности адаптироваться к

нему точно так же может наступить болезнь, как и в случае с горестным переживанием.

Селье также пришел к выводу о том, что при небольшой выраженности стрессового фактора, который Селье назвал местным адаптационным синдромом, у организма вырабатывается более высокая устойчивость к другим стрессовым ситуациям подобного рода. Если же степень выраженности стрессового фактора увеличивается и пересиливает адаптационные ресурсы организма, что приводит к различным, упомянутым выше соматическим заболеваниям (мигрени, язве, астме, гипертонии, нейродермиту).

Итак, длительное психологическое напряжение, различные провалы, отсутствие ощущения безопасности обеспечивают наиболее высокий уровень стресса. Наряду с органическими изменениями, последствием хронического стресса является невроз, который часто идёт вкупе с депрессивными настроениями, потерей интереса к жизни и потерей уверенности в себе.

На протяжении своей жизни каждый человек сталкивается с множеством стрессовых ситуаций, избежать их невозможно никому. Задача каждого человека, по возможности, предотвращать или, по крайне мере, снижать их отрицательное воздействие. Число нервных расстройств с каждым годом растёт, что говорит об увеличении количества напряженности в повседневной жизни [28].

1.3 История изучения, проявления и психосоматика артериальной гипертензии

Во время Гражданской войны в 1871 году американский врач Джейкоб Мендес Да Коста заметил, что некоторые солдаты страдали от сердечно-сосудистых симптомов, таких как учащенное сердцебиение, повышение

артериального давления, одышка и усталость, однако эти симптомы не были связаны с органическими поражениями сердца.

Да Коста предположил, что эти симптомы были результатом умственного или эмоционального стресса, испытываемого солдатами во время войны. Комплекс разнообразных симптомов, представляющих собой также ощущение упадка сил, преходящего ухудшения зрения, повышенного сердцебиения, экстрасистолии, головокружения, мигреней и потери сознания, получил название синдрома Да Косты, а также стал именоваться как «синдром раздраженного сердца».

Данные симптомы, характерные для данного синдромы, стали ассоциироваться с соматоформными расстройствами – состояниями, при которых пациенты испытывают физические симптомы, однако органической патологии при этом не выявляется.

Позже данный синдром стал наблюдаться не только у военных или спортсменов, но также и у городских жителей, и наиболее часто у женщин, которые, как правило, вели малоподвижный образ жизни. Синдром Да Косты так же стал рассматриваться как невроз тревоги или эмоциональная реакция психопатической личности. Несмотря на обилие различных названий, все они обозначили психогенное нарушение работы сердца и кровеносных сосудов.

В 1918 г. Бернард Оппенгеймер ввел понятие «нейроциркуляторная астения» для обозначения функциональных нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы, а именно артериальной гипертензии или артериальной гипотензии, обусловленных неадекватностью её регуляции.

Самый частый страх, который упоминают страдающие от артериальной гипертензии больные, это смерть от кровоизлияния из-за слишком высокого давления или инфаркт миокарда. Фобии, возникающие на фоне этих страхов, проходят с ярко выраженными вегетативными симптоматическими проявлениями.

Проявления артериальной гипертензии. За работу внутренних органов и секреций отвечает вегетативная нервная система. Так, когда человек отдыхает,

в теле запускается процесс расслабления, а когда напрягается, занимается физической нагрузкой или испытывает чувство страха, организм запускает программу повышенной активизации.

Другими словами, вегетативная нервная система реагирует на происходящие события и подстраивает под них организм.

Вегетативная нервная система состоит из симпатического и парасимпатичсекого отделов. Симпатический отдел – это своего рода «газ» нервной системы, а парасимпатический отдел – её «тормоз».

Если же организм постоянно находится в состоянии мобилизации, человеческий мозг воспринимает данную ситуацию как постоянно нажатую педаль газа. Сосуды находятся в постоянном напряжении, в постоянно активнм состоянии. Формируется постоянное вегетативное напряжение [38].

Невная система начинает как будто бы уменьшаться, становиться тоньше. Любые внешние раздражители начинают выводить из равновесия, реакция даже на незначительные неприятности становится чрезмерно эмоциональной.

Артём Толоконин объясняет психосоматику артериальной гипертензии на простом примере: если сначала взять штангу весом 3 килограмма и постепенно увеличивать её до пяти, пятнадцати, двадцати пяти килограммов и т.д, то организм вынужден адаптироваться к этому грузу. То же самое происходит с сердечно-сосудистой системой – в какой-то момент она привыкает к постоянному напряжению, «грузу» проблем, и находится в состоянии постоянного реагирования на них [42].

По мнению Селье, изучающего стресс, для организма нет особой разницы, психологический или физический стресс ему приходятся испытывать, реакции будут довольно похожими. Так, страдающий от гипертонии привык держать на себе «груз» психоэмоциональных конфликтов. Сосуды привыкли находится в состоянии постоянной адаптации к этому конфликту, чтобы быть в состоянии урегулировать эту нагрузку. Так как конфликты не разрешаются, а только копятся и копятся, сосуды пребывают в

постоянно напряженном состоянии, давление привыкает быть постоянно повышенным. Данная тенденция в определенный момент, скорее всего, приведет к состоянию гипертонического криза, то есть состоянию чрезвычайно высокого артериального давления.

Страдающий от гипертонии человек привык все тотально контролировать, а сам по себе контроль говорит о повышенной тревожности, что и приводит к постоянному повышению давления.

Иногда артериальная гипертензия может быть бессимптомной, но чаще данное заболевание сопровождается следующими симптомами:

– головные боли, чаще по утрам;

– головокружение или ощущение нестабильности;

– шум в ушах или звон;

– утомляемость или чувство слабости;

– затуманенное зрение или другие изменения в зрении;

– одышка при физической нагрузке;

– боль в груди или ощущение дискомфорта;

– учащенное сердцебиение или ощущение пропусков в работе сердца .

Для тех, у кого артериальная гипертензия протекает без каких-либо симптомов, единственным способом выявления данного заболевания становится регулярное измерение артериального давления.

На риск развития артериальное гипертензии влияют следующие факторы:

– с возрастом риск развития артериальной гипертензии увеличивается;

– избыточный вес, ожирение – лишний вес усиливает нагрузку на сердце и сосуды;

– малоподвижный образ жизни – недостаток физической активности провоцирует повышение артериального давления;

– нездоровое питание – высокое содержание соли в продуктах, а также потребление в пищу продуктов с низким содержанием калия способсвуют повышению артериального давления;

– гены – подтвержденнй диагноз у предков повышает риск появления артериальной гипертензии;

– стресс – хронический стресс повышает артериальное давление;

– злоупотребление алкоголем и курение – вредные привычки повышают риск развития артериальной гипертензии [41].

Связь артериальной гипертензии и психологических факторов. В статье «Артериальная гипертензия как психосоматическое заболевание», которую приводит научный журнал «Успехи современного естествознания», утверждается, что в данное время преобладает многофакторная модель возникновения артериальной гипертензии.

Среди важнейших факторов возникновения артериальной гипертензии - генетические факторы и факторы окружающей среды, среди которых, в свою очередь, основными считаются психосоциальный и диетический факторы. Кроме того, на артериальную гипертензию значительное влияние оказывает стресс, идущий вместе с тревожными и депрессивными расстройствами.

В статье утверждается, что пусковым крючком в запуске артериальной гипертензии является длительное психоэмоциональное напряжение, а для возникновения хронического заболевания особо важную роль играют психологические особенности человека и характер. Данные особенности эмоционального реагирования и определяют возникновение артериальной гипертензии.

Соматическое проявление артериальной гипертензии состоит в следующей работе организма. Вегетативная нервная система, которая напрямую контролируется нашими эмоциями, регулирует диаметр кровеносных сосудов.

Эмоциональное длительное напряжение вызывает сокращение круговой мышцы артерии, что и способствует повышению артериального давления. Данный процесс представляет собой приспособительную реакцию организма. Так, в обстоятельствах необходимости быстрого реагирования или необходимости спасаться бегством организм приводится в состояние боевой

готовности. И в случае, когда реакции на накопившееся напряжение не происходит, то есть человек не совершает никакого действия, спазм сосудов не исчезает – артериальное давление остаётся повышенным в состоянии неопределённости. Если же у человека присутствует генетическая предрасположенность, а эмоциональное напряжение длительно, то и возникает артериальная гипертензия. Наиболее популярные эмоции, приводящие к возникновению данного заболевания – это страх, гнев, злость, так как они провоцируют повышение артериального давления. В случае, когда человека старается подавить в себе эти негативные эмоции, повышается тревожность, работа вегетативной нервной системы начинает сбоить, что приводит сперва к ситуативной, а впоследствии, и к хронической артериальной гипертензии.

Исследования, проведённые на гипертониках, показали, что абсолютное большинство участников исследования привыкли подавлять собственные чувства, привыкли к очень высокому уровню самоконтроля. Как правило, страдающие атериальной гипертензией – очень вежливые, привыкшие уступать, чрезмерно приспосабливающиеся к другим люди. Однако, привычка пересиливать себя оказывать крайне негативное влияние на чувство собственного достоинства, придаёт ощущение собственной неполноценности, провоцирует внутри негативные чувства, которые больные артериальной гипертензией привыкли подавлять.

Психодинамические наблюдения за больными артериальной гипертензией продемонстрировали существование конфликта между зависимыми и самоутверждающими тенденциями и ограничение выхода агрессивных импульсов, направленных на самоутверждение. Человек, чье артериальное давление повышенено, не способен справиться с этим конфликтом каким-либо доступным, экологичным способом.

Негативные чувсва, которые больные артерилаьной гипертензией не могут выражать на уровне тела, приводят к постоянному стимулированию сердечно-сосудистой системы. Другими словами, организм находится к

состоянии постоянной боевой готовности, однако этого «боя» так и не наступает. Длительная боевая готовность приводит к тому, что в организме происходят органические изменения, давление становится постоянно повышенным. Возникает артериальная гипертензия.

В монографии «Мир Науки», 2021, опубликованной Костиной Л.А. и Кубековой А. на основании эмпирического исследования были выявлены психологические портреты страдающих от артерильной гипертензии 2 и 3 стадиии.

Средний возраст участниц исследования составил 46 лет, артериальное давление на постоянной основе повышено (систолическое/диастолическое: 160-179 / 100-109 мм. рт.с.), с частыми гипертоническими кризами. В ходе беседы выяснилось, что наиболее частая модель поведения данного типа больных – «уход в работу». Интересно, что несмотря на тяжелое состояние человек все равно продолжает усиленно работать. Кроме того, типичными для больных из этой группы оказались постоянные конфликты с родственниками.

Наиболее заметные черты, характерные для этой группы, это активные и конфликтные, что говорит о таких наиболее популярных способах поведения, как «конкуренция» и «компромисс», другими словами, говорит либо об оборонительном поведении, либо о самоотверждающе-доминирующем.

Итак, то, что отличает больных артериальной гипертензией от здоровых людей, это следующие стратегии поведения: «конкуренция», «приспособление», «компромисс» и «избегание». Также у больных гиепртонией второго типа был отмечен умеренный уровень ситуативной (40,8) и личной тревожности (42,2), при этом была отмечена тенденция к более высоким значениям.

Исходя из данного исследования, можно сделать вывод о том, что у данного типа больных присутствует склонность воспринимать большинство ситуаций как опасные и выдавать чрезмерную тревожную реакцию. Кроме того, чрезмерная тревожность может быть связана с подавлением агрессии и иниыми негативными эмоциями, которые являются результатом конфликтных

отношений с окружающими. Сам по себе низкий порог стрессовой устойчивости крайне негативно сказывается на сердечно-сосудистой системе.

Исходя из исследования анализа показателей проективного теста руки Э. Вагнера, у больных артериальной гипертензией второго типа выявлены высокие показатели по по шкалам «агрессия», «директивность», «аффектация», «зависимость», «пассивные безличные ответы», «галлюцинации», «описание», «напряжение», «активные безличные ответы», «отказ от ответа» и «склонность к открытому агрессивному поведению».

Среди психологических черт таких больных выделяют неуравновешенность, активно-оборонительные, агрессивные тенденции, сильные переживания фрустрирующих ситуаций, склонность к импульсивной реализации эмоционального напряжения, в том числе в виде агрессивных реакций. Такие больные слишком подозрительны, склонны избегать собственные эмоции, часто склонны подчинить себе другого человека, могут доминировать над другими и демонстрировать собственное превосходство.

Много энергии больного уходит на то, чтобы сдерживать свои чувства в стрессовых ситуациях, но действия не происходит. Больному артериальной гипертензией приходится приспосабливаться к жизни с болезнью, происходит изменение реальности и «уход в болезнь».

В статье «медико-психологические аспекты лечения гипертонической болезни» Научный журнал «Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований» подробнейшим образом рассматриваются психоэмоциональные аспекты возникновения данного заболевания.

В статье утверждается, что несмотря на первостепенные психогенные факторы, провоцирующие артериальную гипертензию, развитие данного заболевание происходит независимо от того, продолжает ли оставаться травмирующая стрессовая ситуация.

Важно учитывать и тот факт, что само по себе наличие данного заболевания провоцирует возникновение эмоционального напряжение. У больного происходит изменение психики, возникает привычка застревать на

негативных ситуациях, эмоциональное реагирование становится нелабильным. Все эти факторы ведут к повышению артериального давления.

Таким образом, образуется замкнутый круг – психоэмоциональные расстройства приводят к соматическим проявлениям, и они, соответственно, усугубляют психоэмоциональное напряжение.

Наиболее типичный портрет человека, страдающего артериальной гипертензией – это сдержанный, целеустремленный, категоричный в суждениях, очень чувствительный, стремящийся сделать окружающих счастливыми, чересчур ответственный, перфекционист, слишком близко к сердцу принимающий неудачи. Важно не забывать и о том, что огромное число больных артериальной гипертензией не знают о том, что их кровяное давление повышено.

Ситуацию осложняет то обстоятельство, при котором родственники больных артериальной гипертензией умирали от инсульта или инфаркта. В этом случае сам факт повышенного давления воспринимается ими как гораздо более стрессовая ситуация. Часто они начинают концентрироваться на болезни, могут впасть в депрессию, начинают страдать от тревожного расстройств, начинают слишком сильно тревожится за своё здоровье.

Артериальная гипертензия начинает отрицательно сказываться на качестве сна, что неизбежно влияет на настроение, может наступить апатия, больные отказываются от привычных хобби, занятий, которые раньше приносили им удовольствие.

Крайне важной для страдающего артериальной гипертензией может оказаться личность врача, так как при лечении данного заболевания очень важно успокоить больного, и помимо назначения лекарственных препаратов обучить больного методам аутогенной тренировки. Кроме того, врачу важно донести до больного тот факт, что то, что происходит с больным сейчас, является функциональными реакциями организма и они обратимы при правильно подобранной терапии и изменении образа жизни.

Существует совершенно противоположная группа больных, которая, наоборот, отрицает наличие болезни и, соответственно, отказывается от лечения.

Согласно исследованиям, при артериальной гипертензии присутствуют следующие соматические симптомы – головная боль, быстрая утомляемость, проблемы со сном, чрезмерная раздражительность, часто возникает чрезмерное беспокойство за собственное здоровье, могут случаться истерики, присутствуют частые смены настроения, ухудшается память, иногда возникает ипохондрия.

Как правильно, самому больному бывает сложно самостоятельно понять свой конфликт и разрешить его. Человек не понимает связи между психикой и соматикой, ему сложно «распаковать» собственный «психоэмоциональный» конфликт.

Выявление психосоматического сценария – основа для успешного излечения психосоматического заболевания. Задача психосоматического подхода состоит в том, чтобы объединить знания классической медицины и психоэмоциональных конфликтов больного или тех конфликтов, которые были переданы ему от родственников.

Часто, чтобы избавить от психосоматического заболевания необходимо избавиться, часто с помощью психотерапевта, от собственных искаженных представлений о себе, понять, какой механизм адаптации был запущен в организме, к каким изменениям в теле привела реакция на ту или иную ситуацию.

Только восстановив полную версию психосоматического сценария, подробно изучив симптомы и чувства пациента, то есть составив полную картину причин, приведшим к заболеванию, можно сильно повысить шансы на успешное, истинное исцеление.

Глава 2 Эмпирическое исследование наличия связи артериальной гипертензии и психологических факторов у женщин

2.1 Организация и методы исследования

Проведение эмперического исследования влияния личных особенностей женщин на возникновения соматического заболевания (артериальной гипертензии) было проведено в несколько этапов:

– подготовительный этап (выбор наиболее оптимальных и соответствующих целям исследования методов и метододик, обоснование выбора);

– практический (сбор данны, проведение тестирования и интервью, анализ невербалики);

– аналитический (качественный и количественный анализ проведенного исследования, анализ и интерпретация полученных результатов, формирование выводов на основании проведенного исследование, предложение рекомендаций по снижению рисков развития соматического заболевания и рекомендации по наиболее эффективному избавлению от него).

Практическая значимость работы состояла в том, чтобы определить, как личные особенности влияют на психологическое и соматическое здоровье, и как данное знание может значительно снизить риски возникновения то или иного соматического заболевания, а также заметно улучшить психологическое состояние.

Кроме того, практическая значимость работы состояла в том, чтобы проверить гипотезу о том, что личные особенности оказывают существенное влияние на психологическое и соматическое здоровье женщины. В частности, тревожные, и слишком эмоционально реагиующие женщины чаще страдают от артериальной гипертензии.

Выборку участиц исследования можно считать репрезантативной, так как женщины были выбраны случайно, и обладают различными параметрами, такими как возраст, уровень дохода, социальный статус и род деятельности.

Для проведения эмпирического исследования, получения и анализа результатов, направленных на проверку гипотезы исследования, применялись методики, валидные исследуемым психологическим особенностям.

Методика «Шкала тревоги Бека». Цель методики – определить степень тревожности у женщин. Количественные показатели данной методики позволяют выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов тревоги и степень выраженности тревоги (отсутствие тревоги, незнаительный уровень тревоги, средняя выраженность тревоги, высокий уровень тревоги): значения от 0 до 9 баллов свидетельствуют об отсутствии тревоги, значения от 10 до 21 балла свидетельствуют о незначительном уровне тревоги, значения от 22 до 35 баллов соответствуют о средней выраженности тревоги, значения от 36 до 63 баллов свидетельствуют о высоком уровне тревоге.

Методика «Шкала самооценки уровня тревожности Спилберга – Ханина (шкала реактивной и личностной тревожности)». Цель методики – измерять тревожность и как личное свойство, и как состояние и степень её выраженности (низкий уровень, умеренный уровень, высокий уровень): значения 30 баллов свидетельствуют о низком уровне тревоги, значения от 31 до 44 баллов свидетельствуют об умеренном уровне тревоги, значения от 45 и более свидетельсвуют о высоком уровне тревоги.

Отличие личной тревожности от реактивной состоит в том, что под личной тревожностью понимается индивидуальное свойство восприятия значительного числа событий в качестве угрожающих с реагированием на них состоянием тревоги, а реактивная тревожность обусловлена ситуацией в данный момент времени, она характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью в конкретной обстановке.

Метод наблюдения. В процессе интервью был также проведен анализ невербалики.

Данные по исследованию методики «Шкала личностной тревожности Спилбергера – Ханина» и методики «Шкала тревоги Бека» представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты исследования по методикам «Шкала личностной тревожности Спилбергера – Ханина» «Шкала тревоги Бека»

Возраст	Результат теста – шкале тревожности Бэка	Результат теста – шкале на личностную тревожность Спилбергера – Ханина	Наличие артериальной гипертензии
64	35	42	+
33	47	52	+
46	39	52	+
34	43	42	+
41	38	49	+
42	39	52	+
35	8	21	-
45	9	15	-
32	19	19	-
41	20	24	-
52	15	18	-
36	12	14	-
32	9	6	-
41	34	41	-

Продолжение таблицы 1

Возраст	Результат теста - шкале тревожности Бэка	Результат теста – шкале на личностную тревожность Спилбергера-Ханина	Наличие артериальной гипертензии
32	23	29	-
47	32	36	-
51	42	44	+
30	12	8	-
38	15	17	-
36	10	18	-
44	12	24	+
47	28	40	+
49	35	43	+
53	21	31	-
58	15	16	+
31	38	50	-
47	16	13	+
34	9	8	-
41	15	24	+
54	27	29	-

Корреляционный анализ двух шкал показывает явную связь между повышенным уровнем тревожности, повышенным уровнем личностной тревожности и наличием соматического заболевания – артериальной гипертензии.

Среди наиболее популярных причин, способствующих повышению уровня тревожности, женщины упоминали страх за собственное здоровье своё и близких, безопасность, финансовую нестабильность и страх потери дохода, страх потери работы и трудности, связанные с продвижением по карьерной

лестнице, личные взаимоотношения, внешность. Наиболее популярные факторы, способствующие повышению уровня тревожности у женщин представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Наиболее популярные факторы, способствующие повышению уровня тревожности у женщин.

Факторы, способствующие повышению уровня тревожности у женщин.	%
Здоровье (тревога за собственное и здоровье близких, страх перед серьёзными заболеваниями)	75%
Дети (тревога за их здоровье, безопасность, учёба, будущее)	78%
Финансы (отсутствие финансовой стабильности, страх потерять постоянный источник дохода)	43%
Карьера (страх потерять работу, беспокойства, связанные с продвижением по карьерной лестнице)	34%
Личные взаимоотношения (беспокойство, вызванное конфликтами с близкими, одиночеством, взаимоотношениями с партнёром)	52%
Внешность (тревога, связанная с сохранением красоты, соответствие стандартам красоты)	44%

По данным таблицы можно сделать вывод о том, что превалирует тревога за собственное здоровье и здоровье близких, а также тревога собственно за детей и связанные с ними задачи значительно превосходят другие факторы. Процентное соотношение факторов тревожности представлено на рисунке 1.

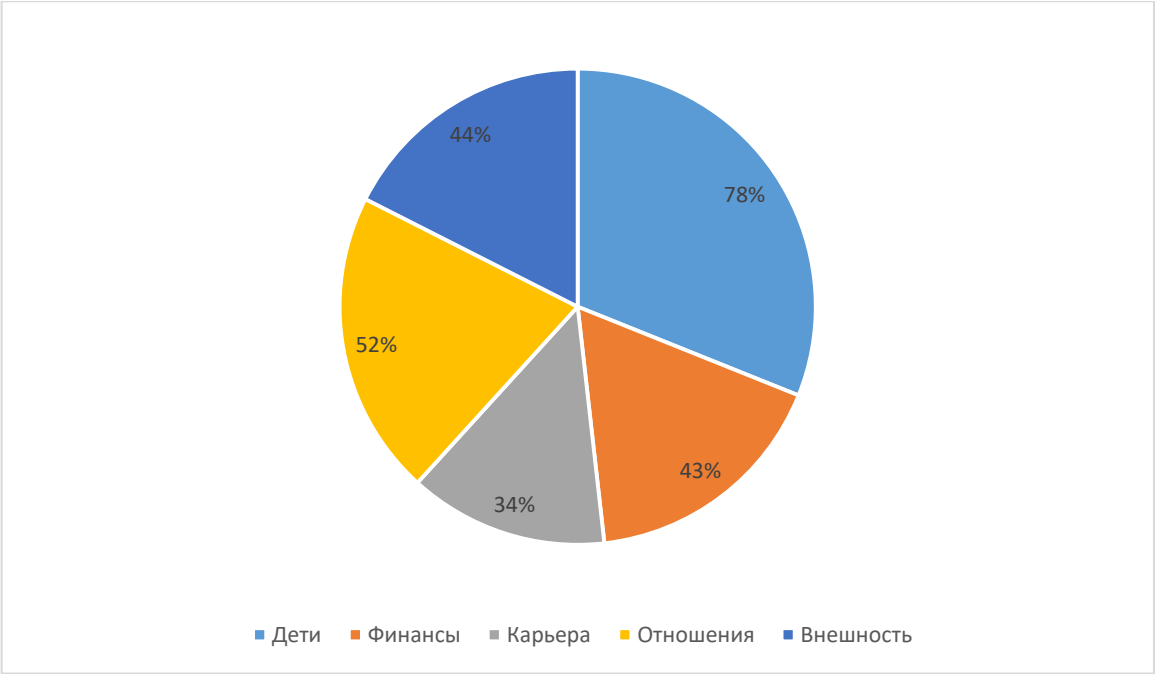

Рисунок 1 – Распределение причин повышения тревожности у женщин в процентном соотношении

Тревожность у женщин на этапе взрослости обусловлена биологическими, психологическими и социальными факторами.

Биологические факторы обусловлены гормональными колебаниями, такими как менструальный цикл, беременность, менопауза, которые могут оказывать значительное влияние на настроение и уровень тревожности. Предменструальный синдром и последродовая депрессия также часто связаны с повышенным уровнем тревожности.

Кроме того, на тревожность может оказывать влияние и генетическая предрасположенность – женщины, в чьём роду кто-то страдал от тревожного расстройства, имеют более высокий риск развития этих расстройств.

Среди психологических факторов можно выделить большую склонность к руминации – навязчивому прокручиванию деструктивных мыслей, что, в свою очередь, способствует усилению тревоги.

Женщины по своей натуре более эмпатичны, склонны переживать за близких, что выражается в более высоком уровне тревожности.

Социальные факторы тревожности выражены в ролевых ожиданиях, так как общество склонно предъявлять к женщинам более высокие требования. Женщинам приходится соответствовать высокому уровню ожиданий в нескольких сферах – в работе, семье, уходу за собой, уходом за домом, что часто ведёт к усталости, выгоранию и, в свою очередь, способствует более высокому уровню тревоги. Женщины более зависимы от оценки других людей, больше переживают за собственную внешность.

Женщины более часто, чем мужчины, сталкиваются с дискриминацией и неравенством, имеют более низкие зарплаты по сравнению с мужчинами, что также может приводить к повышенному уровню тревоги.

Женщины гораздо чаще, чем мужчины, становятся жертвами насилия, что часто привожит к возникновению ПТСР (посттравматического стрессового синдрома), и, как следствие, более высокому уровню тревоги.

Женщины более склонны, чем мужчины, испытывать тревогу за близких и за отношения с близкими людьми.

Женщины чаще, чем мужчины, испытывают соматические симптомы тревоги, такие как головные боли, боли в животе, усталость, бессонница, учащённое сердцебиение, повышение артериального давления

2.2 Результаты исследования наличия связи артериальной гипертензии и психологических факторов у женщин

Ниже представлены примеры результатов исследования метода наблюдения.

Участник исследования – Татьяна, 64 года, пенсионерка, в прошлом – главный бухгалтер в крупных компаниях.

Страдает от артериальной гипертензии с 30-32 лет. В 35 лет был гипертонический криз.

Повышение артериального давления как правило сопровождается сильными головными болями, приступами мигрени, которые обычно продолжаются от 2 до 5 дней.

Первые проявления повышения артериального давления начались в связи с большой степенью ответственности на работе – Татьяна работала главным бухгалтером.

Татьяна отмечает, что, как правило, головные боли и повышение давления происходили на выходных, когда, по словам Татьяны, она разрешала себе расслабиться, «у организма наступал отходняк». Так же приступы мигрени и гипертонии Татьяна связывает с сезонностью – периодами отчетности на работе, так как это сопровождалось более высоким уровнем стресса, напряжения и усталости.

Помимо реакции на работу, Татьяна отмечает, что причиной повышенного артериального давления так же является повышенная фоновая тревожность, а также чрезмерная мнительность – Татьяна чрезмерно эмоционально реагирует на различные, даже малейшие, жизненные неприятности.

Татьяна описывает собственные ощущения при реакции на неприятности: «у меня начинают гореть щеки, сдавливает в груди, начинается тахикардия».

При этом Татьяна панически боится врачей и поликлиник, сама говорит о том, что у нее «фобия при виде человека в белом халате», которая развилась после практики в институте, на которой студентов водили в морг.

При необходимости посещения поликлиники, в том числе зубного врача, Татьяна чувствует, как давление у нее резко подскакивает, поэтому перед посещением медицинских учреждений всегда пьет успокоительные таблетки и берет с собой таблетки для снижения давления.

Татьяна меряет давление только в крайнем случае, так как сами по себе повышенные цифры на тонометре провоцируют у нее приступ тревоги, и давление начинает повышаться еще сильнее.

При общении видно, что Татьяна очень эмоциональна, довольно громко разговаривает, активно жестикулирует. Татьяна признает в себе склонность к драматизации, катастрофизации и привычке представлять наихудший из всех возможных вариантов, чего бы это ни касалось – здоровья, бытовых вопросов и, связанных с документами.

В процессе разговора с Татьяной выясняется, что для нее характерна модель поведения «избегание» – она до последнего привыкла откладывать решение проблемы, и, насколько это возможно, избегает поход к врачам. Из данной модели можно сделать вывод о том, что Татьяна обладает невротическим складом характера.

При этом Татьяна замечает, что после выхода на пенсию в 60 лет эпизодов повышения артериального давления и приступов мигреней стало значительно меньше, несмотря на то, что с возрастом вес Татьяны стал заметно больше, а физической активности меньше.

Татьяна признается, что привыкла постоянно тревожиться. Даже сейчас, когда она уже не работает, а находится на пенсии, она тревожится за своих родных. Ее родные постоянно жалуются на то, что от нее исходит тревога, общаться с Татьяной довольно тяжело, говорят, что она «давит, не чувствует границ».

По шкале тревожности Бека у Татьяны 35 баллов из 63 возможных, что соотвутствует пограничному результату между средним уровнем тревоги и высоком уровне тревоги. Исходя из данного результата Татьяне рекомендовано обращение к психотерапевту.

Помимо работы с психотерапевтом, Татьяне следовало бы найти себе какое-то хобби, стараться больше общаться, найти круг по интересам. В данное время все её внимание сосредоточено на жизни дочери и внука, она как будто живёт их жизнью. Вся её жизненная энергия уходит туда, и, когда Татьяна не получает ожидаемую ей степень внимания со стороны родственников, она начинает расстраиваться и обижаться, а это, в свою очередь, способсвует повышению давления.

Участник исследования – Инга, 33 года, менеджер в крупной компании и художник.

Инга работает менеджером с понедельника по пятницу, а по выходным рисует картины на заказ.

Инга страдает от артериальной гипертензии с 27 лет.

Инга описывает себя как очень высокочувствительного человека, довольно эмоционального, впечатлительного, ранимого и обидчивого.

Повышение артериального давление Инга связывает с большими нагрузками на работе и стрессами. Давление всегда повышается, когда Инге приходится общаться с иностранными партнерами на английском: Инга очень сильно волнуется допустить ошибку и не понять то, что говорят. Инга чувствует, как во время переговоров у нее напрягается шея и очень часто болит голова. Каждый раз после переговоров Инга измеряет давление, и оно значительно повышено.

Инга проходила различные обследования, делала узи сосудов шеи и сердца и мрт головного мозга, которые не выявили какой-либо серьезной патологии.

Инга рассказывает, что практически каждый день на работе у нее случаются конфликты с коллегами. Она считает, что коллеги недостаточно ответственно относятся к своим рабочим обязанностям, задерживают сроки поставок и не до конца выполняют свою работу.

Инга не замужем, у нее нет детей. Год назад она закончила длителные отношения, и уже в течение полугода пытается найти подходящего партнера, но пока ни один мужчина ей не понравился.

Инга испытывает большую степень тревоги из-за того, что она не замужем и у нее нет детей. По ее словам, она испытывает сильное давление со стороны родственников, особенно матери, которая периодически пытается её с кем-то познакомить и постоянно задает вопросы про личную жизнь и очень ждёт внуков.

По шкале тревожности Бека у Инги 47 баллов из 63 возможных, что говорит об очень высоком уровне тревоги, в случае которого рекомендуется посещение психотерапевта или психиатра.

Помимо работы с психотерапевтом, Инге следует подумать о том, как снизить постоянный уровень стресса на работе. Возможно, стоит подумать о том, что бы сменить работу на менее стрессовую или какое-то время поработать только художником, если на это есть финансовые ресурсы. Инге стоит подумать над выстраиванием личных границ, чтобы не испытывать постоянное давление со стороны родственников.

Ирина, 46 лет, психолог в центре психологической помощи, няня.

В первой половине дня Ирина работает няней, во второй – психологом.

Ирина отучилась на психолога несколько лет назад, и признается, что пока работа дается ей довольно тяжело – много сложных клиентов, сложно абстрагироваться эмоционально.

Ирина ощущает, что сильно устает, обе работы требуют большой ответственности и забирают много эмоциональных ресурсов.

При общении с Ириной складывается ощущение, что она очень серьезный и ответственный человек, не склонный к юмору. Видно, что Ирина довольно теснительна и закрыта.

Примерно раз в неделю, иногда раз в две недели у Ирины значительно повышается давление, так что она вынуждена отменять работу, на что довольно негативно реагируют и родители ребенка, у которых она работает, и директор центра психологической помощи, вынужденный каждый раз экстренно искать замену Ирине либо отменять записанных на данный день клиентов. Повышение давления никогда не случается в выходные дни.

Ирина вследствие того, что подводит людей, начинает испытывает сильное чувство вины и нервничать, что, как ей кажется, еще сильнее повышает артериальное давление.

Ирина признаётся, что очень сильно переживает из-за переезда дочери в Санкт-Петербург. Ирина особенно сильно обижается на дочь за то, что та

сделала это втайне от матери, и тщательно скрывала и планы по переезду, и увольнение с текущей работы и поиск новой. Ирине очень тяжело признать факт сепарации дочери, и, несмотря на то, что будучи психологом, Ирина понимает необходимость сепарации, пока ей сложно с этим смириться.

Также Ирина значительно тревожится по поводу здоровья мужа, который недавно пережил микроинсульт. Муж не полностью соблюдает рекомендации врачей, забывает принимать таблетки, отказывается вести здоровый образ жизни.

По шкале тревожности Бека у Ирины 39 баллов из 63 возможных, что говорит об довольно уровне тревоги, в случае которого рекомендуется посещение психотерапевта.

Я бы рекомендовала Ирине проработать сепарацию с дочкой с психологом и принять того факта, что дочь уже взрослый человек, заметно снизило бы уровень стресса.

Возможно Ирине стоит подумать над тем, чтобы оставить только одну работу, или заменить одну из них на менее стрессовую.

Тот факт, что повышение давления всегда происходит в рабочие дни говорит о том, что организм Ирины как будто пытается саботировать работу.

Возможно, Ирине стоит найти какое-то занятие по душе, хобби или попробовать начать заниматься спортом, что помогло бы ей сместить фокус внимания с взрослой дочери и мужа и заняться своей собственной жизнью.

Кроме того, работа в психологическом центре так же значительно повышает уровень стресса и дается Ирине с большим трудом. Возможно, стоило бы рассмотреть другие варианты схожей работы, но с меньшей степенью ответсвенности.

Алиса, 36 лет, преподаватель английского.

Дебют повышения артериального давления случился у Алисы в 34 года, когда она решила померять давление во время приступа сильной мигрени. После того, как тонометр показал давление 160 на 110, у Алисы началась паническая атака. Несмотря на то, что давление удалось снизить

медикаментами, Алиса не смогла уснуть всю ночь, и ощущение тревоги и паники не удавалось снизить даже с помощью лекарств, несколько раз за ночь Алиса звонила в скорую за консультацией.

После этого эпизода Алиса стала постоянно контролировать уровень давления и стала отмечать, что давление всегда повышается после нескольких часов работы. Алиса работает дома онлайн, и часто во время работы испытывает волнение, чувствует сильное напряжение в районе шеи. Алиса начала преподавать английский язык не так давно, поэтому преподавание пока вызывает у нее сильное беспокойство, она очень боится чего-то не знать или забыть какое-то слово на английском языке.

Алиса отмечает, что сразу после проведенного урока давление всегда повышено, но уже через несколько минут оно снижается без приема лекарств. Алиса ходила к врачу, сделала обследование шеи, которое не показало какой-либо патологии. Терапевт прописала Алисе массаж и антидепрессанты и посоветовала больше заниматься спортом и гулять на свежем воздухе. Массажистка отметила, что шея Алисы сильно спазмирована, что перекрывает нормальный кровоток.

Алиса разведена и одна воспитывает сына, которому 5 лет. Помощт со стороны родственников минимальна, у ребенка по здоровью есть некоторые проблемы, которые сильно беспокоют Алису.

Кроме того, Алиса испытывает постонное беспокойство по поводу финансов и своего собственного здоровья.

По шкале тревожности Бека у Алисы 43 баллов из 63 возможных, что говорит об очень высоком уровне тревоги, в случае которого настоятельно рекомендуется посещение психотерапевта или психиатра.

Ситуация Алисы довольно сложная, тревога для неё превратилась в фоновую, так как связана с постоянством сложившейся ситуации.

Алисе следует искать помощи, стараться по возможности больше отдыхать. Очень много напряжения ей приносит работа, которая способствует повышению кровяного давления. Алисе либо следует изменить свое

отношение к преподаванию, допустить возможность ошибки и разрешить себе не знать какое-то слово. Ей стоит быть морально готовой к тому, что какой-то ученик решит прекратить занятие и из-за этого не произойдет ничего страшного. Алисе следует поработать над собственным перфекционизмом, снизить ожидания по поводу своей работы.

Мария, 41 год, домохозяйка .

У Марии двое детей и муж. После рождения младшей дочери Мария не работает, каких-то интересов, помимо жизни семьи, Мария назвать не смогла.

Мария описывает себя как очень чувствительного человека, который постоянно за всех переживает.

В ходе разговора выясняется, что Мария испытывает постоянное давление со стороны собственной матери, несмотря на то, что они живут в разных городах. По словам Марии, её мать обладает очень властным характером и не уважает чужих личных границ.

Когда мать приезжает к Марии в гости, то часто критикует её, дает непрошенные советы, критически относится к дочкам Марии, своим внучкам, нелестно отзывается о муже Марии. Отношения у мамы Марии и ее дочек натянутые. В остальное время мать Марии любит часто позвонить ей, чтобы долго разговаривать и так же давать непрошенные советы. Марии неприятны эти разговоры, они тяготят ее, но при попытках обозначить свои границы мать начинает манипулировать, жаловаться на плохое самочувствие, повышенное давление. Мария при этом каждый раз испытывает чувство вины.

Дарья отмечает, что после разговора с матерью, который часто длится более получаса, часто испытывает сильный упадок сил, у нее может заболеть голова и поднимается давление. Когда мать приезжает в гости, у Марии практически всегда болит голова и поднимается давление.

По шкале тревожности Бека у Марии 38 баллов из 63 возможных, что говорит об очень высоком уровне тревоги, в случае которого рекомендуется посещение психотерапевта или психиатра.

Я бы рекомендовала Марии поработать над повышением самооценки и утановлением личных границ. Это помогло бы ей выстроить менее токсичные отношения с матерью и позитивно сказалось бы на нее самочувствии. Также Марии стоит подумать над тем, как можно сместить фокус с семьи, заняться каким-то хобби или найти работу, хотя бы на частичную занятость.

Ангелина, 39 лет, дизайнер.

В разводе, есть сын 12 лет.

В разговоре Ангелина производит впечатление эмоционального, тонко чувствующего, творческого человека. До того, как работать дизайнером, Ангелина была свободным художником – писала картины на продажу, устраивала выставки.

Ангелина отмечает, что страдает депрессиями, которые, однако, сошли на нет после удачно подобранной терапии.

Ангелина много тревожится из-за сына, который стал плохо учиться и на которого часто жалуются учителя из-за плохого поведения. Также Ангелина сильно тревожится по поводу собственного здоровья и работы.

Впервые давление стало повышаться после развода, потом стало часто повышаться после смерти мамы Ангелины.

Ангелина регулярно контролирует артериальное давление и в случае повышения принимает прописанные врачом препараты.

Ангелина много работает, у неё почти нет времени на отдых и на хобби – особенно её расстраивает то, что нет возможности писать картины для себя. Ангелина отмечает, что когда она работала только художником, то чувствовало себя намного лучше – творчество само по себе сильно её успокаивало, давало возможность для самовыражения, давало ощущение твердой почвы под ногами.

Ангелине очень нравилось ездить на мастер-классы и пленэры на природу – после этого она чувствовала себя гораздо спокойнее и счастливее.

Одной из причин артериальной гипертензии Ангелина считает необходимость весь день сидеть за компьютером. На данной работе Ангелина

испытывает большую степень напряжения из-за коротких сроков и больших объемов – часто приходится задерживаться после работы и брать работу на выходные.

Врач-невролог, у которого наблюдается Ангелина по поводу артериальной гипертензии, отмечает, что шея сильно спазмирована, что мешает нормальному кровотоку и приводит к хроническому спазму сосудов.

Ангелина отмечает, что, как правило, давление повышается либо веером после напряженного рабочего дня, либо в выходной, когда она наоборот настраивается на отдых и есть возможность отоспаться.

По шкале тревожности Бека у Ангелины 42 баллов из 63 возможных, что говорит об очень высоком уровне тревоги, в случае которого рекомендуется посещение психотерапевта или психиатра.

Я бы рекомендовала Ангелине подумать над вариантами смены работы, возможно, рассмотреть вариант, в котором будет больше возможности для творчества.

Большая нагрузка на данной работе ведет не только к тому, что сама Ангелина чувствует себя плохо, много нервничает и испытывает постоянное напряжение, но и к тому, что она не уделяет достаточно внимания своему сыну, что выливается в его плохом, вызывающем поведении и плохо сказывается на учебе, а это, в свою очередь, еще больше добавляет тревожности Ангелине, что также приводит к повышению артериального давления. Поэтому первое, что нужно сделать в данной ситуации, это разорвать порочный круг.

Ангелине следует подумать о поиске возможностей, как находить время для себя, выделять время на отдых и хобби. Стоит подумать над выстраиваем личных границ и работой над повышением самооценки.

Участницы исследования, не страдающие артериальной гипертензией

Валерия, разработчик, 35 лет

Валерия замужем, есть дочь 10 лет.

Валерия не испывает какой-то особой тревоги по всем аспектам своей жизни.

Валерия отмечает, что в юности страдала от панических атак, но в течение последних десяти лет они её не беспокоили.

Валерии нравится её работа, несмотря на то, что часто бывают сложные задачи и нестандартные ситуации, требующие быстрого решения.

Валерии любит активный отдых, часто ходит в походы с семьей и с друзьями, много путешествует, много занимается спортом – участвует в турнирах по большому теннису.

Валерии излучае высокую степень уверенности, любит юмор, умеет четко выстраивать личные границы.

У Валерии теплые, доверительные отношения с мужем, при этом, у каждого есть свои интересы: у неё – теннис, у её мужа – плавание. При этом всей семьей они катаются на лыжах.

У Валерии хорошие отношения с родителями, которые проводят много времени с внучкой, дочкой Валерии.

Валерия – совсем не тревожная мать, её дочь довольная самостоятельный ребёнок, и при этом заметно опережает ровесников по развитию.

Валерия никогда не страдала от артериальной гипертензии, артериальное давление либо нормальное, либо чуть понижено.

По шкале тревожности Бека у Валерии 8 баллов из 63 возможных, что говорит о довольно низком уровне тревоги.

Элина, 45 лет, домохозяйка, в прошлом – заместитель начальника отдела на гос службе.

Элина замужем, есть сын 7 лет

После ухода в декрет Элина решила не выходить на старое место работы.

У Элины есть возможность не работать – муж прилично зарабатывает.

Элина производит впечатления уверенного в себе человека, умеет четко выстраивает личные границы, не боится открыто выражать собственное мнение.

У Элины доверительные, поддерживающие отношения с мужем.

Несмотря на то, что Элина не работает, у неё широкий круг общения, много друзей. Вместе с мужем Элина часто ходит в гости и часто приглашает друзей к себе.

Элина регулярно занимается спортом, ходит на прогулки. Элине нравится стильно одеваться, она любит красивые украшения, она часто покупает себе одежду. Элина придерживается здорового образа жизни, правильно питается и регулярно проверяет здоровье.

По шкале тревожности Бека у Элины 16 баллов из 63 возможных, что говорит о довольно низком уровне тревоги.

Анастасия, 32 года, домохозяйка в декрете. В прошлом – социальный педагог.

Замужем, двое детей, младшему из которых 2 года.

Анастасия очень спокойно реагирует на стрессовые ситуации, обладает «здоровым пофигизмом», ко многим ситуациям относится с юмором.

Не является перфекционистом, что помогает ей принимать неидеальность детей, о чём Анастасия открыто рассказывает.

Анастасия в разговоре расслаблена, видно, что любит пошутить и посмеяться.

У Анастасии большой круг общения среди мам в декрете. У Анастасии есть любимое хобби – выращивать растения, которое стало приносить небольшой доход. Анастасия любит проводить время на даче, где у неё так же есть большой круг общения среди соседских семей.

У Анастасии стабильная самооценка, она независима от чужого мнения. Если ей что-то не нравится, она не боится об этом говорить как и в отношении с мужем, так и в отношении с детьми.

Анастасия никогда не страдала артериальной гипертензией, давление нормальное, или пониженное. У Анастасии нет беспокойства по поводу здоровья, давление измеряла только при регулярных осмотрах у терапевта во время наблюдения по беременности.

По шкале тревожности Бека у Анастасии 19 баллов из 63 возможных, что говорит о довольно низком уровне тревоги.

Илона, 41 год, преподаватель ВУЗА

Замужем, есть сын подросток.

Илона увлекается психологией, у неё много интересов помимо работы – она часто ходит в театр, кино и на выставки, много путешествует по стране и ведёт блог о путешествиях.

Илона любит стильно одеваться, следит за собой, часто ходит в салон красоты и к косметологу. Много внимания уделяет заботе о здоровье и собственному внешнему виду.

В разговоре Илона спокойна и доброжелательна, любит пошутить и посмеяться. Она умеет слушать собеседника и сама довольно легко общается.

Илона никогда не молчит, если ей что-то не нравится.

Когда случаются стрессовые ситуации, Илона довольно спокойно на них реагирует, никогда не впадает в панику и относится к проблемам довольно по-философски, часто со здравой долей юмора.

У Илоны хорошие отношения и с мужем, и с сыном. Она не контролирующая мать, уважительно относится к переходному возрасту сына, уважает его границы и право выбирать. Когда сын сталкивается с проблемами по учёбе или в отношениях со сверстниками, он обращается к Илоне за помощью, и она довольно спокойно реагирует на проблемные ситуации.

Илона регулярно встречается с психологом и отмечает, что после годовой терапии стала гораздо спокойнее и жизнерадостнее.

Илона не страдает от артериальной гипертензии. Отмечает, что изредка могут быть повышения артериального давления, связанные с большой

нагрузкой на работе или изменением погоды, но в последние годы такие ситуации крайне редкие и незначительные по ощущениям.

По шкале тревожности у Илоны 20 баллов из 63 возможных, что говорит о довольно низком уровне тревоги.

Екатерина, 52 года, врач-психиатр.

Не замужем, детей нет.

Екатерина обладает характерным для врача цинизмом, любит чёрный юмор и увлекается психологией.

Екатерина умеет чётко выстраивать личные границы и уверенно их защищает, если их нарушают как близкие ей люди, так и малознакомые.

Екатерина очень спокойна и расслаблена в разговоре, производит впечатление уверенного в себе, уравновешенного человека. Очень независима, в данное время у неё нет отношений и она спокойно относится к одиночеству, не видит в этом проблемы.

Екатерина любит путешествовать и часто отправляется в поездки одна. Регулярно занимается спортом, ходит в спортзал и в бассейн. Увлекается театром и музыкой, часто ходит на спектакли и концерты. Екатерина очень спокойно реагирует на неудачи, довольно легко приспосабливается к изменяющимся условиям, способна долго находится в состоянии неизвестности – умеет чётко разграничивать свою зону контроля и то, что от нее не зависит.

Екатерина никогда не страдала от артериальной гипертензии, артериальное давление чаще пониженное. Екатерина регулярно проходит диспансеризацию, у нее нет тревожности касательно состояния собственного здоровья.

По шкале тревожности у Екатерины 15 баллов из 63 возможных, что говорит о довольно низком уровне тревоги.

Авдотья, 36 лет, психолог.

Замужем, двое детей.

Авдотья очень спокойна в разговоре, не очень эмоциональна. После второго декрета Авдотья решила уйти из найма и заняться частной практикой.

Авдотья довольно спокойно реагирует на неудачи, ее нельзя назвать тревожной и контролирующей матерью. Помимо практики с клиентами, Авдотья регулярно проходит личную терапию, посещает семинары по психологии.

У Авдотьи много хобби и своих интересов, не связанных с семьей – она часто уезжает отдыхать одна, без мужа и детей.

Авдотья любит следить за своим здоровьем, регулярно проходит чек-ап, сдаем анализы. Авдотья следит за своим внутренним состоянием, старается не допускать материнского выгорания.

Авдотья регулярно занимается спортом – ходить в спортзал и серьезно занимается волейболом – периодически ездит на сборы на выходные, любит командные соревнования.

У Авдотьи большой круг общения, она любит проводит время с друзьями как встречаясь семьями, так и отдельно от семьи, встречаясь с подругами.

Авдотья увлекается литературой – состоит в местном читательском клубе, и музыкой – регулярно ходит на концерты любимой группы, а также ездит на концерты в другие города.

У Авдотьи четко выстроенные личные границы – она даже отмечает, что границы чересчур большие. У Авдотьи стабильная самооценка, она не боится открыто высказывать собственное мнение, даже когда оно идёт вразрез с мнением большинства.

У Авдотьи доверительные и уважительные отношения с мужем – каждый имеет право на собственное пространство, хобби.

Авдотья никогда не страдала от повышенного давления – отмечает, что давление скорее пониженное.

По шкале тревожности у Екатерины 15 баллов из 63 возможных, что говорит о довольно низком уровне тревоги.

На основании проведенного исследования прослеживается явная связь между психологическими факторами, такими как эмоциональное напряжение, длительный стресс и определенные личностные черты, и повышением артериального давления. Известно, что хронический стресс способствует повышению уровня кортизола и адреналина в крови, что впоследствии приводит к повышению давления.

Исходя из данного исследования также становится понятным, что негативное отношение к жизни, а также не умение справляться со стрессом, постоянное переживание чувства тревоги, негативное представление о будущем способствуют повышению давления.

И наоборот, у тех участниц исследования, у кого прослеживается стабильная самооценка, кто умеет открыто выражать свое мнение, не позволяет нарушать личные границы, имеет широкий круг общения и привык активно отдыхать, давление нормальное.

На одну и ту же ситуацию разные люди выдают совершенно разные реакции, так как акцент у них будет на разных вещах. От реакции будет зависеть и их восприятие – один будет сильно переживать, другой будет реагировать нейтрально, а третий вообще может отреагировать оптимистично.

Невротики привыкли мыслить искаженно, что приводит к постоянному напряжению, фоновому, постоянному ощущению тревоги и негативным эмоциональным реакциям. Как следствие, возникают неприятные соматические симптомы, в том числе реакции сердечно-сосудистой системы, среди которых очень часто встречается артериальная гипертензия.

2.3 Рекомендации по снижению риска возникновения соматического заболевания, в частности, артериальной гипертензии.

Несмотря на то, что артериальная гипертензия успешно поддаётся лечению, только треть страдающих от неё больных получают грамотную терапию, а артериальная гипертензия является основной причиной,

вызывающей опасные заболевания сердечно-сосудистой системы, которые часто приводят к летальному исходу.

Лиз Бурбо предлагает следующие вопросы, которые могут помочь осознать истинную приичину болезни: «Какими эпитетами лучше всего охарактеризовать то, что я ощущаю в своём теле в данный момент?», «Чего мне не позволяет делать эта болезнь?»; «К чему она меня вынуждает?», «Если бы я позволил себе реализовать эти желания, как изменилась бы моя жизнь?»

Честно ответив на эти вопросы, можно понять истинное отношение к другим людям или ситуациям, которые могли привести к болезни, а также понять свои глубинные потребности и желания, которые, вероятно, заблокированы. Кроме того, ответы могут помочь выявить внутренние установки, которые мешают реализовать потребности и приводят к физическим заболеваниям.

Поэтому, для того, чтобы полностью излечиться от артериальной гипертензии, необходимо, прежде всего, работать над состоянием собственной психики. Луиза Хей предлагает для больных артериальной гипертензией следующую позитивную аффирмацию: «Я с радостью предаю прошлое забвению. В моей душе царит мир».

Лиз Бурбо утверждает, что человек, страдающей повышенным артериальным давлением, должен отказаться от установки о том, что его задача – сделать счастливыми всем людей, которые ему дороги. Иногда следует отказаться от чрезмерной ответственности за других взрослых людей, что снизить градус напряженности и поможет получать больше удовольствия от жизни.

Практическая значимость работы состоит в том, чтобы определить, как личные особенности влияют на психологическое и соматическое здоровье, и как данное знание может значительно снизить риски возникновения то или иного соматического заболевания, а также заметно улучшить психологическое состояние.

Заключение

Важным ключом на пути к излечению от артериальной гипертензии является осознание того, что тело человека является зеркалом его мыслей, чувств, мировоззрения. Очень важно то, как человек реагирует на различные жизненные ситуации.

Таким образом, физиологическое здоровье является отражением психики, души, и когда болеет душа, начинает болеть и тело, поэтому первое, что нужно сделать помимо приёма препаратов, подумать о том, что может являться психологической причиной заболевания.

К артериальной гипертензии может привести чрезмерная эмоциональность, старые душевные травмы, постоянное переживание одних и тех же проблем, склонность к катастрофизации, склонность к сравнению себя с другими людьми.

Однако не стоит забывать и о том, что на повышение артериального давления зависит не только от характера и эмоционального состояния. На него так же влияет наследственность, образ жизни, расстройства сна, питание, физическая активность. И, несмотря на то, то что при повышении артериального очень часто присутствует психосоматический компонент, он является только одним из многих других факторов.

При лечении артериальной гипертензии очень важно подходить к заболеванию комплексно и не ограничиваться только назначением медицинских препаратов. Качественное лечение артериальной гипертензии должно включать психотерапию, техники психологической релаксации, техники по снижению уровня стресса, а также рекомендации по изменению уровня жизни: поддержание сбалансированного режима дня с полноценным отдыхом, улучшение качества сна и достаточное количество физической нагрузки. Иными словами, при лечении артериальной гипертензии крайне важно учитывать и физические, и психологические аспекты данного заболевания.

Список используемой литературы

1. Абабков В. А., Перре М. Адаптация к стрессу. СПб., 2004.

2. Абакумова О. В. Психосоматические аспекты в клинической медицине. Издательский центр «Академия», 2010.

3. Александр Ф. Психосоматическая медицина: принципы и применение, Канон +, 2022. 352 с.

4. Анохин П. К. Эмоции. Психология эмоций. Педагогика. 1984. 276 с.

5. Антропов Ю.Ф, Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия, Издательство НГМА, 2001. 320 с.

6. Дэвид Бернс. Хорошее самочувствие: новая терапия настроений. Альпина Паблишер, 2022. 680 с.

7. Батлер Д. Преодоление застенчивости и социальной тревожности. Бомбара, 2024. 352 с.

8. Битти М. Спасать или спасаться. Эксмо, 2016. 384 с.

9. Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М.: Пер се, 2006. 280 с.

10. Бохан Т. Г. Личностные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Сибирский психологический журнал, 2006, № 24.С. 25-31.

11. Бохан Т. Г. Стресс и стрессоустойчивость: опыт культурно исторического исследования. Томск: Иван Федоров, 2008. 267 с.

12. Брентли Д. Успокойте свой втревоженный ум. Издательская группа Весь, 2024. 752 с.

13. Вассерман Л. И. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. СПб. : Речь, 2010. 192 с.

14. Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю. Медицинская психология: руководство к практическим занятиям. СПб: Питер, 2003, 725 с.

15. Вейн А. М. Психосоматические расстройства. Медпресс, 2005.

16. Величко М. «Психосоматика. Когда болеет тело, а причины в душе. Как самостоятельно помочь телу, понимая его язык», Кислород, 2020. 304 с.

17. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб. : Питер, 2005. 335 с.

18. Водопьянова Н. Е., Старченкова, Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб. : Питер, 2008. 338 с.

19. Грабе М. Синдром выгорания – болезнь нашего времени. СПб. : Речь, 2008. 96 с.

20. Гринберг Дж. Управление стрессом. СПб. : Питер, 2002. 496 с.

21. Димсдейл, Дж. Э. Психологический стресс и сердечно-сосудистые заболевания. Журнал Американской коллегии кардиологов, 2008, 51 с.

22. Ермолаев О. Ю. Математическая статистика для психологов. М. : Московский психолого-социальный институт: Флинта, 2004. 336 с.

23. Кармацкий Т., Доказательная психосоматика, АСТ, 2023. 256 с.

24. Ковальчук О. В., Карюк Д. А. Профессиональный стресс в современных условиях жизни и способы его преодоления // Современные социально-экономические процессы: проблемы, тенденции, перспективы. Петрозаводск: Международный центр научного партнерства «Новая Наука» (ИП Ивановская И.И.), 2022. С. 77–84.

25. Краске Мишель Г, Барлоу Д. Совладание с тревогой и паникой.

26. Китаев Н. С., Смык Л. А. Психология стресса. М. : Наука, 1983. 119 с. Диалектика Вильямс, 2021. 240 с.

27. Курпатов А. В. Психосоматика. Психотерапевтический подход, Издательский дом Нева, 2020. 480 с.

28. Лазарус Р. С., Фолкман С. Стресс, оценка и преодоление. Издательство Спрингер, 1984.

29. Линде Н. Д, Смирнова Т. П., Эмоционально-образная терапия в работе с психосоматическими симптомами. Генезис, 2023. 328 с.

30. Лихи Р. Свобода от тревоги. Справься с тревогой, прежде чем она справится с тобой. Питер, 2021. 512 с

30. Макарова Г. А. Синдром эмоционального сгорания // Психотерапия. 2003. № 11. С. 18-20.

31. Мандель Б. Р. Психология стресса. М.: Флинта, 2019. 252 с.

32. Мельник Е.В. Психосоматические заболевания: факторы риска, выявление, профилактика: учебное пособие. Активист, 2016. 123 с.

33. Морозов В. Н., Хадарцев А. А. К современной трактовке механизмов стресса // Вестник новых медицинских технологий. 2010. № 1. С. 15–17.

34. Нефф К. Самосострадание. Манн, Иванов и Фербер, 2022.

35. Никифоров Г. С. Психология здоровья. СПб.: Речь, 2002. 256 с.

36. Пахальян В. Э. Развитие и психологическое здоровье. СПб. : Питер, 2006. 240 с.

37. Петрушин В. И., Петрушина П. В. Психология здоровья: учебник для вузов, Издательство Юрайт, 2024. 381 с.

38. Родионов А.В. Артериальная гипертензия: разговор с коллегой. Гзотар-Медиа, 2017. 208 с.

39. Санжаров В. Психосоматика на пальцах, АСТ, 2020. 288 с.

40. Соколова Е. Д. Манухина Н. Д. Психология соматических заболеваний. Тривола, 2002. 323 с.

41. Сыркина А. Л., Глезер М. Г., Артериальная гипертензия: учебное пособие. Издательство МИА, 2021. 88 с.

42. Толоконин А. Практическая психосоматика, Эксмо, 2022. 431 с.

43. Тур Е. Ю, «Психосоматика. Тело говорит, Бомбор, 2023. 256 с.

44. Уильям Э. Взгляд внутрь болезни, Эксмо, 2015. 576 с.

45. Уинстон М., Сейф М. Избавление от навязчивых мыслей. Руководство по проедеолению стресса и тревоги. Издательская группа Весь, 2024. 752 с.

46. Федоренко П. А, Качай И. С. Психосоматика. Как выйти из адского круга панических атак, беспокойства, стресса. АСТ, 2021. 304 с.

47. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Принципы и навыки психогигиены эмоциональной жизни // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы.1996. №1. С. 7-13

48. Хухлаева О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции. М. : Академия, 2001. 208 с.

49. Шеннон Д. Не кормите обезьяну. Как выйтиз замкнутого круга беспокойства и тревоги. Издательская группа Весь, 2024. 752.

50. Яковлев Г. М. Эмоциональный стресс и психосоматические заболевания. М.: Проспект,1999. С. 442-453

51. Schaufeli W. B. Burnout: a short socio-cultural history [Электронный ресурс]. URL: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-52887-8_5 (дата обращения: 01.03.2024).

52. Spann L., Fischer J. L. Identifying codependency // The Counselor. 1990. V. 8. P. 25–29.

53. Vlaicu C., Haidu A. Co-dependency in intimate relationship: a learned behaviour // International Journal of Theology, Philosophy and Science. 2020. V. 4. P. 82–89.

54. World Health Organization [Электронный ресурс]. URL: https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases (дата обращения: 02.03.2024).

55. Yu Q., Yu X. Job burnout among teachers handling English as a foreign language in China: review and prospects // Frontiers in Psychology. 2023. July 11. P. 1223–1231.