

Н. Л. Соловьевская

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИКИ

Аннотация

В статье рассмотрена история развития психосоматики, которая является частью в структуре медицинской психологии и медицины. Психосоматика (*греч. psyche — душа, soma — тело*) занимается изучением влияния психологических факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний. Развитие психосоматики, как направления и отдельной науки стало возможным в процессе развития отечественной и зарубежной медицинской (клинической) психологии.

Ключевые слова:

история развития, клиническая психология, медицинская психология, психосоматика, психоэмоциональное состояние, психофизиологическое состояние.

N. L. Solovevskaia

HISTORY OF PSYCHOSOMATICS DEVELOPMENT

Abstract

The article describes the history of the development of psychosomatics, which is part of the structure of medical psychology and medicine. Psychosomatics (Greek. Psyche — the soul, soma — the body) is studying the influence of psychological factors on the occurrence and subsequent dynamics of somatic diseases. The development of psychosomatics as a direction and a separate science became possible in the process of development of domestic and foreign medical (clinical) psychology.

Keywords:

history of development, clinical psychology, medical psychology, psychosomatic medicine, psychoemotional state, psychophysiological state.

В истории развития философии и науки особое место занимает развитие сравнительно молодой науки — медицинской психологии. Название «медицинская психология», часто перекликается с названием «клиническая психология». В зарубежных литературных источниках и научных кругах, более принят термин «клиническая психология». Некоторые авторы, считают клиническую психологию частью медицинской психологии, отражающей клинические вопросы [Малкина-Пых, 2005; Алёхин, 2009]. В процессе развития медицинской психологии формировалась её структура. Отечественная медицинская психология в 20–30-х гг. XX века включала в себя: клинический психоанализ, дифференциальную тестологическую патопсихологию, этнологическую патопсихологию, гештальт-патопсихологию.

Материалистическое и реалистическое направление медицинской (клинической) психологии в России стало её отличительной чертой, особенностью и привело к развитию экспериментальной психологии в СССР. Это стало возможным за счет привлечения в клинику душевных и неврологических заболеваний экспериментальных методов диагностики из психологии. Первые экспериментально-психологические лаборатории в России были открыты при психиатрических клиниках — В. М. Бехтерева в Казани (1885), затем

в Петербурге; С. С. Корсакова в Москве (1886). Клинический подход и применение новых методов послужили развитию новых направлений, таких как патопсихология и нейропсихология [Бехтерев, 1911]. Б.В.Зейгарник считала основоположником патопсихологического направления и родоначальником патопсихологии и нейропсихологии в России, В. М. Бехтерева [Золотова, 2007]. Развитие отечественной патопсихологии отличалось прочными естественнонаучными традициями, сформированными на принципах работ И. М. Сеченова о рефлексах головного мозга» и происходило в силу сложившихся социокультурных и идейных влияний, параллельно зарубежной, почти не соприкасаясь.

В то же время зарубежная клиническая психология развивалась под влиянием идей различных направлений буржуазной психологии — бихевиоризма, психоанализа, гуманистической и экзистенциальной психологии. В 1879г. Вундтом впервые открыта экспериментально-психологическая лаборатория, затем при крупных психиатрических клиниках — Э. Крепелина в Германии (1879), П. Жане во Франции (1890). Эмиль Крепелин и Зигмунд Фрейд, которые являлись медиками, дали сильнейший толчок развитию международной клинической психологии. Известны имена Роджерса, Олпорта, Маслоу, развивавшие теоретические значимые идеи, в которых основной акцент ставится не на эксперименте, а на измерении и корреляции отдельных особенностей, черт личности [Малкина-Пых, 2005:13].

Главной задачей медицинской (клинической) психологии, как научной дисциплины, является решение практических задач, теоретического осмысления накопленного опыта и разработка новых технологий. Создание и исследование новых методов, и оснащение ими специалистов – практиков в настоящее время действительно актуально и способствует развитию медицинской психологии, как науки.

Структурное содержание современной медицинской психологии в России в связи с ее развитием продолжает определяться [Алехин А. Н., 2009:87]. В настоящее время принято считать, что клиническая психология, является частью медицинской. Основными её разделами, являются: нейропсихология, патопсихология и психосоматика.

Еще в эпоху античности, когда впервые возникают материалистические представления о психических процессах и их нарушениях, в рамках философии и медицины уже формируются этико-деонтологические аспекты, затрагивающие взаимоотношения врача и больного и провозглашается принцип «лечить не болезнь, но больного». Свойство человека эмоционально, а то и болезненно реагировать на стрессовые жизненные ситуации, что во многом зависит от индивидуальных особенностей личности, лежит в основе психосоматического заболевания. Реакция на эмоциональное переживание, может сопровождаться функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах. Психосоматические заболевания имеют большой вес среди медицинских диагнозов, поэтому развитие данного направления в структуре медицинской психологии, как и вопросов психопрофилактики, становится насущной проблемой. Как известно, заболевание легче предупредить, чем лечить, а коррекция психоэмоционального состояния на этапе донологического (предболезненного) состояния позволит во многих случаях избежать заболевания.

Психосоматика (*греч. psyche — душа, soma — тело*) — направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических

(преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний. Вопросы коррекции психоэмоционального и психофизиологического состояния и оказание психологической помощи в кризисных жизненных ситуациях, в экстремальных условиях жизни или при выполнении профессиональных задач в экстремальных профессиях, занимают внимание современных теоретиков и практиков. Оказание психологической помощи требуется людям, связанным с военной службой, космическими, арктическими и антарктическими исследованиями, и других профессий, связанных с риском для жизни, длительной вынужденной социальной депривацией. Внутренние конфликты, невротические типы реакций или психореактивные связи обуславливают картину развившегося заболевания. Психосоматические состояния, традиционно рассматриваются либо, как психоцентрические, возникшие вследствие острого и хронического психического стресса или вследствие особенностей личности, либо соматоцентрические — обусловленные комплексом психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием [Малкина-Пых, 2005: 12].

Тесная связь психического и телесного была интересна со времен Гиппократ и Аристотеля. Проблема психосоматических нарушений и заболеваний, является актуальной как для современной медицины, так и для психологии. Немецкий врач Хайнрот в 1818 г. ввел впервые термин «психосоматический». В 1822 г. немецкий психиатр М. Якоби ввел понятие «соматопсихический» в противовес к «психосоматическому», выражая сущность психических нарушений, связанных с соматическими расстройствами. Лишь сто лет спустя термин «психосоматический» прижился в медицине. В это время психосоматическая медицина была определена как «прикладной психоанализ в медицине». Венские психоаналитики Дойч и его коллеги Фландерс Данбар, Франц Александер к концу 50-х годов опубликовали около 5000 статей о соматической медицине в США. Продолжили развивать это направление, известные аналитики Адлер, Сонди. В России при разработке метода экспериментального невроза ученые школы И. П. Павлова наиболее близко приблизились к психосоматике [Малкина-Пых, 2005: 12].

По данным ВОЗ, от 38 до 42 % всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматических больных [Малкина-Пых, 2005: 12]. Психосоматическое направление – это не только медицинская дисциплина, а целостный подход, учитывающий многообразие причин, приведших к болезни. Медицина, потерявшая связь с представлением о человеке, как организованной сущности с материальным, ментальным, духовным проявлением, рассматривающая человека, как набор органов и систем, не в силах разглядеть глубинные причины болезни, и пытается бороться с внешними ее проявлениями. Психосоматика, раскрывая причины заболевания, являет многообразие методов и техник, позволяющих работать с человеком применяя целостный (холистический) подход.

По мнению Радченко, человек постепенно эволюционируя, изменял тактику приспособления его психики к окружающей среде [Малкина-Пых, 2005: 12]. Физические паттерны защиты в условиях жесткого выживания в дикой среде обитания, сменились на новые, психологические защитные реакции, когда проявления активной агрессии и телесных реакций на изменяющиеся условия окружающей среды должны сдерживаться. Успешность функционирования зависит от психических возможностей человека во много раз больше, чем от силы

его мышц. Эмоции человека часто подавляются, и могут стать причиной мышечных напряжений (зажимов), вегетативных реакций (сердцебиения, повышения артериального давления, гормональных нарушений) и способствовать запуску разрушительных процессов в организме.

В настоящее время к психосоматическим заболеваниям и расстройствам относят конверсионные расстройства (истерические параличи и парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены). Демонстративность проявления симптомов, которые имеют символический характер, являются попыткой решения невротического конфликта. Функциональные синдромы с преобладанием нечетких жалоб со стороны сердечно-сосудистой, пищеварительной, дыхательной систем, мочеполовой или двигательного аппарата не сопровождаются оргническими изменениями в органах. Александр описал их как проявления органных неврозов, как следствие эмоционального напряжения. Психосоматозы имеют в основе первичную телесную реакцию на конфликтное переживание. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа [Александр, 2002; Малкина-Пых, 2005].

Термин «психосоматика» (душа и тело) обозначает научное направление в медицинской психологии и медицине, устанавливающее взаимоотношения между психикой и телесными функциями, исследует, как психологические переживания влияют на функции организма и могут вызвать те или иные нарушения. Психосоматика является междисциплинарным научным направлением: в рамках медицины, физиологии, психологии, социологии. Как структурная составляющая психологии она исследует поведенческие реакции, связанные с заболеваниями, психологические механизмы, воздействующие на физиологические функции; как раздел психотерапии она ищет способы изменения деструктивных способов эмоционального реагирования и поведения.

Причины психосоматического нарушения многофакторны. Заболевание возникает при взаимодействии, как физических, так и психосоциальных факторов. Был определен интегральный психосоматический подход в теории возникновения болезни. Факторы, влияющие на возникновение психосоматических расстройств, определяют методы их психотерапии, которых существует на данный момент около полутысячи [Kadzin, 1994]. Психотерапевтические подходы имеют различные концепции: телесно-ориентированные, когнитивные, личностно-ориентированные; директивные, недирективные.

В медицинской клинической психологии выделяют два направления психотерапии: медицинское и психологическое. Можно говорить о медицинской модели психотерапии, как комплексного лечебного вербального и невербального воздействия на эмоции, суждения, самосознание человека, облегчающего симптомы заболевания. К немедицинской психотерапии можно отнести такие психотерапевтические методы, как исследование психологических проблем пациента и помощь в их решении; улучшение субъективного самочувствия и укрепление психического здоровья; обучение эффективным способам межличностного взаимодействия, гармоничного общения с людьми. Важным является участие пациента в процессе психотерапии и психокоррекции: развитие самосознания, стремление к личностному росту, реализации творческого потенциала, стремление к оптимальной реализации, успеху. С развитием новых методов, возможно гармонизирующее воздействие на телесные реакции организма, вызванные стрессом. С помощью обучения методам биологической

обратной связи (БОС) можно оказывать лечебное воздействие на такие патологические состояния, как бронхиальная астма, гипервентиляционный синдром, гипотония, панические атаки, страх, депрессия, боль; синдром хронической усталости и психоэмоционального выгорания в профессии [С. И. Сороко, В. В. Трубачев, 2010: 66]. Главная цель всякого психотерапевтического воздействия заключается в том, чтобы помочь пациентам внести необходимые изменения в свою жизнь [Александров, 1997; Годфруа, 1992; Карвасарский, 1999; Рудестам, 1997 Куэ, 2017]. Психологическая модель может использовать те же методы, но направлена на развитие личности пациента и ее успешное функционирование в изменяющихся условиях окружающей среды.

Определение здоровья в Декларации Всемирной Организации Здравоохранения звучит, как «...не отсутствие болезни или физического недостатка, а состояние физического, умственного и социального благополучия». Так и психотерапия направлена на поддержание общей гармонии личности в широком смысле слова. В Декларации по психотерапии, принятой Европейской ассоциацией психотерапии в Страсбурге в 1990 году закреплена сфера её деятельности [Малкина-Пых, 2005:10].

Большое количество теорий и моделей возникновения психосоматических заболеваний послужило причиной и необходимостью их классификации. К ним относятся характерологические направления и типологии личности. Еще врачи древности Гиппократ, Гален описали людей с разными видами темпераментов — сангвиников, холериков, меланхоликов и флегматиков. В современных теориях также предпочитается характерологическое направление, которое развивали Уильям Шелдон, Флендерс Данбар, Эрнст Кречмер [Dunbar, 1947, Кречмер, 2003, Малкина-Пых, 2005]. Было предложено деление людей на определенные типы «личностей риска», так Rosenman и Friedman [Friedman M., Rosenman R.H, 1959] выделили лиц (типа А) с поведением, приводящим к угрозе развития инфаркта миокарда. Также описания типов личности встречаются в исследованиях многих авторов [Dunbar, 1947; Irvine, Garner, и др. 1991; Siegman, Smith, 1994; Кречмер, 2003].

Психоаналитические концепции были заложены З. Фрейдом. Вытесненные из сознания социально неприемлемые инстинкты (агрессивные, сексуальные) прорываются, принимая ту или иную символическую форму [Бройтигам, Кристиан, 1999]. Существуют также следующие теории: конверсионная модель, согласно которой ущемленные эмоции порождают конверсионные симптомы; теория десоматизации и ресоматизации Шура [Schur, 1966], модель отказа от веры в будущее Энгеля и Шмале [Малкина-Пых, 2005] концепция потери объекта Фрайбергера [Freyberger, Veep и др., 1995]; концепция двухфазной защиты, или двухфазного вытеснения Митчерлиха [Mitscherlich, 1992], теория специфического психодинамического конфликта Александра [Alexander, 1950].

Основателем современной психосоматики считается Франц Александер, который впервые в 1950 г. предложил теорию, согласно которой симптомы вегетативного невроза являются не попыткой выражения подавленного чувства, а чисто физиологическим проявлением определенных эмоциональных состояний, возникновения напряжения при отсутствии действия, сбрасывающего напряжение вовне. При постоянно возникающей ситуации обратимые функциональные симптомы ведут к необратимым изменениям в органах. В результате изучения большого контингента больных с функциональными

нарушениями без патологических органических изменений авторами предложены теории возникновения психосоматических нарушений: медицинская антропология В. Вайцзеккера, биопсихосоциальная модель Икскуля и Везиака, интегративная модель здоровья, болезни и болезненного состояния по Вайнеру [Weizsacker, 1949; Wiener, 1977; Малкина-Пых, 2005].

Большую популярность приобрела концепция алекситимии — неспособности к распознаванию собственных эмоций, невозможности выразить, описать словами собственные переживания, эмоции и чувства. Алекситимия рассматривается, как присущая некоторым индивидам особенность, предрасполагающая к психосоматическим заболеваниям [Nemiah, Sifneos, 1970; Dirks, Robinson и др., 1981; Metaisky и др., 1991; Kauhanen, Kaplan и др., 1994; Freyberger, Been и др., 1995].

Также популярна теория стресса, включающая в себя ряд экспериментально-психологических, клинко-физиологических, биохимических и цитологических исследований последствий эмоционального стресса. Влияние экстремальных и хронических стрессовых ситуаций на восприимчивость и особенности развития, течения и терапии психосоматических заболеваний [Селье, 1979; Малкина-Пых, 2005].

Нейрофизиологическое направление, устанавливающее связи между отдельными психофизиологическими процессами, причины патопсихологических состояний на нейрофизическом уровне, объясняет возникновение психосоматических расстройств нарушенными кортико-висцеральными связями [Анохин, 1975]. Психоэндокринное и психоиммунное направления исследований эмоционального реагирования установило, что высокий уровень личностной и ситуативной тревожности связан с нарушением нейрогуморальной регуляции. Согласно концепции враждебности, такие негативные эмоции и чувства, как гнев и враждебность могут стать одной из причин тяжелых соматических заболеваний [Siegman, Smith, 1974]. Косенков Н. И. (1997, 2000) описал теорию нарушения функциональной асимметрии мозга, как этиологический фактор психосоматической патологии [Малкина-Пых, 2005: 10].

Перечисленные выше основные концепции психосоматической патологии сходятся в одном: социальная дезадаптация — является основной причиной возникновения психосоматических расстройств, что было освещено в работах, Бройтигама и др. (1999); Плоцца и др. (1996).

Теория совладания личности с трудными жизненными ситуациями возникла в психологии во второй половине XX в., как теория копинг была предложена американским психологом Абрахамом Маслоу. «Копинг» (от англ. to cope — справиться, совладать) — это когнитивные и поведенческие попытки справиться с определенными возникшими внешними ситуациями и внутренними требованиями. Копинг-поведение — форма поведения, отражающая готовность индивида решать жизненные проблемы, которые оцениваются человеком как напряжение или как неразрешимые. При выборе активных действий повышается вероятность человека победить стрессовую ситуацию. Формирование умения преодоления связано с «Я-концепцией», интернальным локусом контроля, эмпатией, способностью к межличностным связям. Совладающее поведение реализуется применением различных копинг-стратегий: избегание, разрешение, поиск поддержки на основе ресурсов личности и среды [Maslow, Frager, 1987]

По Averill во время действия стрессора, личностью оценивается ситуация и определяется её тип, как угрожающий или благоприятный. С этого момента формируется механизм защиты. Лазарус рассматривал эту защиту как

способность личности осуществлять контроль над неблагоприятными ситуациями [Averill, 1982; Lazarus, 1991].

Механизмы защиты и совладания сложно разграничить. Считается, что психологическая защита представляет собой отказ личности от решения проблемы и поиск ею комфортного состояния, без предпринимаемых конкретных действий. Способы совладающего поведения подразумевают проявление конструктивной активности, проживание события, не уклоняясь от неприятностей. Психология совладания, является предметом изучения механизмов эмоциональной и рациональной регуляции человеком своего поведения с целью оптимального взаимодействия с жизненными обстоятельствами или их преобразования в соответствии со своими намерениями [Либин, 1998]. Способы совладания зависят от индивидуально-психологических особенностей, от степени самоактуализации личности — чем выше уровень развития личности человека, тем успешнее он справляется с возникшими трудностями. Проблема поведения личности в экстремальных ситуациях изучалась отечественными авторами [Аршавский, Ротенберг, 1976; Фромм, 1992]. Некоторые работы посвящены изучению личности и жизненного пути, а также терапии супружеских конфликтов [Кочарян, 1994; Анцыферова, 1995].

За рубежом изучение психологии поведения в трудных ситуациях ведется в разных направлениях. Лазарус и Фолкмен выдвигают роль когнитивных конструкторов, которые обуславливают способы реагирования на жизненные трудности. Коста и Маккрей выделяют значение влияния личностных качеств, на предпочтение индивидом стратегий поведения. Лер и Томэ анализируют сами трудные ситуации, и предлагают в зависимости от их содержания выбирать стили реагирования [Lazarus, Folkman, 1984; Costa, McCrae, 1992, Малкина-Пых, 2005].

Лазарус выделяет два типа реагирования на проблемную ситуацию: проблемно-ориентированный стиль, направленный на рациональный анализ проблемы и субъектно-ориентированный стиль, направленный на эмоциональное реагирование [Lazarus, Folkman, 1984]. Первый связан с созданием плана разрешения ситуации и его выполнением. При субъектно-ориентированном стиле реагирования не предпринимаются конкретные действия, проявляется попытки не думать о проблеме или вовлечь других в свои переживания. Также появляются деструктивные желания забыться во сне, утопить проблемы в алкоголе или заесть эмоциональные переживания вкусеньким. Данные формы поведения сопровождаются инфантильной оценкой происходящего. Английский психолог Д. Роджер в своем опроснике измерения coping styles выделяет четыре фактора — рациональное и эмоциональное реагирование, отстраненность и избегание [Rogers, Jarvis, 1992].

Многие авторы описывали стратегии поведения в конфликте, где особую роль играют темперамент и характерологические черты личности. Стратегия избегания связана с чувствительностью к несовпадению ожидаемого и полученного результата [Rusalov, 1989], с негативным отношением к себе и низким уровнем самоуправления [Пантилеев, 2003]. В. М. Русалов отмечал, что стратегию сотрудничества предпочитают люди, характеризующиеся высокой предметной эргичностью, низкими показателями эмоциональности, внутренним локусом контроля и позитивным отношением к себе и другим [Rotter, 1969].

Для стратегии соперничества характерны высокий уровень эмоциональности в коммуникативной сфере и экстернальный локус контроля,

выраженное ожидание негативного отношения со стороны окружающих. Стратегия приспособления отличается самыми низкими показателями предметной и коммуникативной активности. Деиндивидуализация, «простота», недифференцированность «Я» образа [Малкина-Пых, 2005:25]. также способствует с большей долей вероятности реагирования на экстремальные, и кризисные ситуации соматическими и психическими расстройствами. Авторы по-разному оценивают рассматривают значение ситуации в возникновении заболевания: как толчка к заболеванию до признания ее определяющей роли [Коржова, 2002]. Всеми авторами признаётся, что анализ личностных характеристик во взаимодействии со стрессовыми событиями, является одной из тенденций развития современной психологии [McFarlan, 1987; Coyne, 1987].

Адаптация, в отличие от простого приспособления, понимается как активное взаимодействие человека с социальной средой с целью достижения его оптимальных уровней по принципу гомеостаза и отличающегося относительной стабильностью. Проблема адаптации тесно связана с проблемой здоровья и стратегиями поведения в различных формах адаптации. На адаптационные возможности на разных уровнях бытия влияют качество жизни человека, его ощущение, восприятие, переживание и оценка собственной жизни и отношение к ней.

Успешное разрешение проблемной жизненной ситуации зависит от адекватности оценки происходящего. Неадекватная и субъективная оценка неприятного события вызывает тяжелые последствия перенесенного стресса. Стили реагирования являются промежуточным звеном между стрессом и его последствиями в виде, тревожности, дискомфорта, соматических расстройств, сопутствующих защитному поведению. Успешность выбранного стиля реагирования зависит от адекватной оценки события, как угрожающего или нет [Либин, 1998; Либина, 2008]. Для совладающего стиля поведения характерны состояния душевного подъема и радости от успешного решения проблемы. Рациональная компетентность: предметная, коммуникативная направленность и рациональная саморегуляция представлены А. В. Либиной как формы совладающего поведения, а важность позитивной роли эмоций подчеркнула введением понятия эмоциональной компетентности [Либин, 1998; Либина, 2008].

Развивая теории развития личности и стили поведения, исследователи выделили структурные компоненты индивидуальности человека. Базовые характеристики: первая и вторая сигнальная система, свойства нервной системы и темперамент. Функциональные компоненты: «фокусинг» (focusing) при изучении психических процессов или «orientation» «attitude» при анализе личности, обозначающий особенности организации поведения и деятельности личности, в отечественной психологии соответственно «установка» и «направленность личности» [Анохин, 1975; Rusalov, 1989; Малкина-Пых, 2005]. Классификация направленности личности по Неймарк: направленность на себя, на других и на дело. Способность личности осуществлять оптимальную координацию между эмоциями и целенаправленным поведением, адекватная интегральная оценка человеком своего взаимодействия со средой, учет внешних и внутренних факторов, воздействующих на индивидуума в данной ситуации [Либин, 1998; Либина, 2008].

В. Н. Мясищев, внесший огромный вклад в развитие отечественной медицинской психологии, ввел концепцию психологии отношений, рассматривая личность как систему отношений. Отношения — это сознательная, основанная на

опыте избирательная связь человека с различными сторонами жизни, которая выражается в действиях, реакциях и переживаниях. Отношения выступают движущей силой личности, характеризуя степень интереса, силу эмоций, желаний, потребностей. Учение о психологических механизмах возникновения психосоматических расстройств, основанное на концепции психологии отношения, выявляет взаимосвязи неблагоприятной ситуации и личности больного, которая сформировалась в конкретной социально-бытовой среде [Вассерман, 1990; Карвасрский, 1999].

Синтез теорий возникновения психосоматических расстройств, адаптационных процессов личности к возникающим проблемным, кризисным и экстремальным условиям и типы психологического и эмоционального реагирования на психологические и соматические, ситуативные стрессовые факторы определяют методы и техники психологической помощи и психотерапевтического воздействия. Основной задачей современной психосоматики является развитие и становление новых технологий, методов психологической помощи при психосоматических расстройствах. Также все более актуальным становятся вопросы оптимизации психоэмоционального и психофизиологического состояния, повышения адаптивных ресурсов организма в экстремальных условиях жизни. Исследование и развитие новых телесно-ориентированных методик с использованием информационных технологий, а также хорошо зарекомендовавших себя в лечении и профилактике психосоматических расстройств, не достаточно широко применяется в практике медицинской психологии и медицине. Требуется популяризация и дальнейшее научное обоснование применения данных новых методов для широких масс, в том числе, с использованием телемедицины. С развитием новой, сравнительно молодой науки — психосоматики, появляется возможность для сохранения здоровья большой численности населения.

Список литературы

Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. /Пер. с англ. С. Могилевского. М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с. (Серия «Психология без границ»).

Алёхин А. Н. О предмете медицинской психологии. Исторический аспект // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. 2009. № 100. С. 87–96.

Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. М., 1975. 447 с.

Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. 1995. № 1. С. 3–19.

Бехтерев В.М. Гипноз, внушение, психотерапия и их лечебное воздействие // Вест. знания. вып. 4. СПб., 1911. 364 с.

Бройтигам В., Кристиан П. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка; Предисл. В. Г. Остроглазова. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. 376 с.

Вассерман Л. И. О психологической диагностике типов отношения к болезни. В кн.: Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии, 1990. С. 8–16.

Волков В. Т. Личность пациента и болезнь. Томск. 1995, 328 с

- Вольпе Д. Анализ индивидуальной динамики заболеваний при лечении депрессии // Эволюция психотерапии. Москва: НФ «Класс». 1998. Т. 2. С. 330–345.
- Годфруа Ж. Что такое психология. Том 1. Пер. с франц. М.: Мир, 1992. 496 с.
- Дюбуа П. Психоневрозы и их психическое лечение. СПб., 1912. 358 с.
- Золотова Н. В. Научное наследие и жизненный путь Б. В. Зейгарник // Методология и история психологии. 2007. Том 2. № 2. С. 135–146.
- Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия. Санкт-Петербург: Питер, 1999. 752 с.
- Коржова Е. Ю. Психологическое познание судьбы человека. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, изд-во «Союз», 2002. 334 с.
- Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. Монография. М.: Медицина, 1994. 224 с.
- Кречмер Э. Строение тела и характера. Пер. с нем. М.: Эксмо, 2003. 416 с.
- Куэ Э. Сознательное самовнушение как путь к господству над собой: Методы, техники, практика. Амрита, Свет, 2017. 128 с.
- Любан-Плоцца Б. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб, 1996. 256 с.
- Либин А. В. Стиль человека. Психологический анализ. М.: Смысл, 1998. 310 с.
- Либина А. В. Совладающий интеллект: человек в сложной жизненной ситуации. М.: Эксмо, 2008. 400 с.
- Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.
- Пантилеев, С. Р. Самоотношение. Психология самосознания : хрестоматия. Самара : Бахрах-М, 2003. 35 с.
- Рудестам Кьелл Эрик. Групповая психотерапия. Психокоррекц. группы: теория и практика. Пер. с англ. Л. А. Петровской. 2-е изд. М. : Прогресс: Универс, 1993. 367 с.
- Селье Г. Стресс без дистресса. Москва: Прогресс, 1979. 126 с.
- Сороко С. И., Трубачев В. В. Нейрофизиологические и психофизиологические основы адаптивного биоуправления. СПб.: Политехника-сервис, 2010. 607 с.
- Фромм Э. Душа человека. М.: Республика, 1992. 430 с.
- Alexander, F. Analysis of the Therapeutic Factors in Psychoanalytic Treatment. *Psychoanalytic Quarterly*, 1950. Vol. 19. P. 482–500.
- Averill J. R. Anger and aggression: an essay on emotion. New-York, Springer-Verlag, 1982. 125 p.
- Cannon W. B. Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. Appleton: New-York, 1929. 334 p.
- Costa P., McCrae F. Multiple uses for longitudinal personality data // *European Journal of Personality*. 1992. Vol. 6. P. 85–102.
- Coyne J. Personality and health in 1980th. *Psychosomatic medicine revisited?* // *J. Pers.*, 1987. Vol. 55 P. 254–268.
- Dirks J. F., Robinson S. K., Dirks D. L. Alexithymia and the psycho-maintenance of bronchial asthma // *Psychother. Psychosom.* 1981. Vol. 36. P. 63–71.
- Dunbar F. Mind and body: Psychosomatic medicine. Random, New York, 1947. 235 p.
- Freyberger H. J., Been P., Christodoulou G., Sensky T., Theorell T., Wise T. N. Diagnostic criteria for use in psychosomatic research // *Psychother Psychosom.* 1995. Vol. 6. P. 8–31.

Fineman S. Unemployment: Personal & Social Consequence. London: Tavistok, 1987. 325 p.

Friedman M., Rosenman R. H. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings // J. Amer. Med. Ass. 1959. Vol. 169. P. 26–42.

Irvine J., Garner D. M., Craig H. M., Logan A. G. Prevalence of Type A behavior in untreated hypertensive individuals // Hypertension. 1991. Vol. 18. P. 72–78.

Jacobson E. Progressive relaxation. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press, 1938. 493 p.

Kadzin A. Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research // Handbook of psychotherapy and behavior change, NY: Wiley, 1994. P 19–71

Kamiya J. Conscious control of brain wave // Psychol.Today. 1968. Vol. 1. P. 56–60.

Kauhanen J., Kaplan G. A., Cohen R. D. et al. Alexithymia may influence the diagnosis of coronary heart disease. Psychosom Med, 1994. Vol. 56. 237–244.

Lazarus A. A. (Ed.), Multimodal Behavioral therapy, New York: Springer, 1976. Vol. 130. p. 196–215.

Lazarus, A. A. Tailoring the therapeutic relationship, or being an authentic chameleon. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 1991. Vol. 30(3). P. 404–407.

Lazarus R., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. 1984. 456 p.

McFarlane A. C. Life events and psychiatric disorder: The role of natural disaster // British Journal of Psychiatry. 1987. Vol 151. P. 362–367

Maslow A., Frager R. Motivation and personality. New York : Harper and Row, 1987. 260 p.

Mitscherlich A. Society Without the Father: A Contribution to Social Psychology. 1992. 329 p.

Rogers D., Jarvis G., Najarian, B. Detachment and Coping: The Construction and Validation of a New Scale for Measuring Coping Strategies. Personality and Individual Differences. 1993. Vol. 15. P. 619–626.

Rotter J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs: General and Applied. 1966. Vol, 80. P. 1–28.

Rusalov V. M. Motor and communicative aspects of human temperament: a new questionnaire of the structure of temperament. 1989. T. 10. C. 817–827.

Schur M. The id and the regulatory principles of mental functioning, International Universities Press, 1966. P. 256–287.

Siegmán A. W., Smith T. W. Anger, hostility and the heart. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1994. P. 97–115.

Wiener, H. Ulcerative colitis. In: Psychobiology and Human Disease / H. Wiener. Elsevier, New York, 1977. Vol. 5. P. 406–424.

Weizsacker V. von Psychosomatische Medizin. Verb. Dtsch. Ges. Inn. Med., 1949. P. 55–73.

Сведения об авторе

Соловьевская Наталья Леонидовна,
младший научный сотрудник НИЦ МБП ФИЦ КНЦ РАН

Solovevskaia Natalia Leonidovna,
junior researcher Research center of medicobiological problems of the FRC KSC RAS