



ЧЕРЕПОВЕЦКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ

ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ





План лекции

1. Понятие и классификация психосоматических расстройств
1. Этиология психосоматических заболеваний
1. Особенности консультирования клиентов при наличии у них психосоматических расстройств



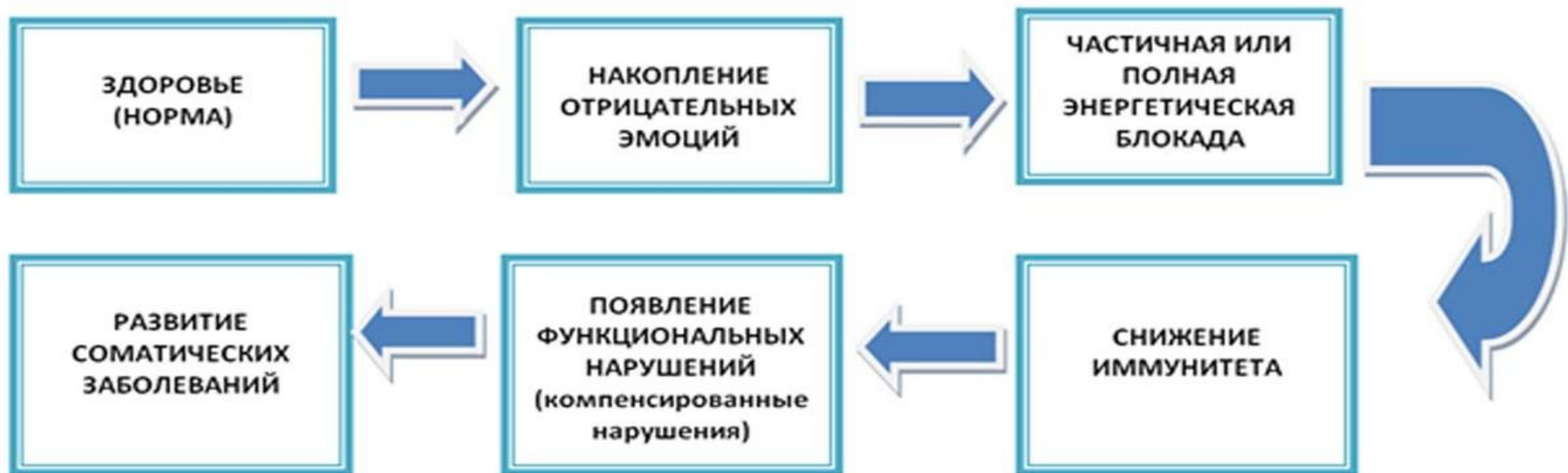
I. Понятие и классификация психосоматических расстройств

Психосоматика (др. греч. ψυχή — душа и σῶμα — тело) — направление в **медицине** (психосоматическая медицина) и **психологии**, изучающее влияние психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующее течение соматических (телесных) заболеваний.





Психосоматическое расстройство – это расстройство функций органов и систем, в происхождении которых ведущая роль принадлежит психотравмирующему фактору.





Классификация психосоматических расстройств (МКБ-10)

Соматизированные
расстройства

Недифференцирование

Конверсионные
расстройства

Хронические болевые
расстройства

Ипохондрические
расстройства

Дисморфофобические
расстройства

Вегетативные
дисфункции

Другие расстройства



Соматизированные расстройства

Основными чертами являются многочисленные, повторные, часто меняющиеся физические симптомы, имеющие место по крайней мере в течение двух лет.

Большинство пациентов имеют длительную и сложную историю контактов со службами медицинской помощи, в ходе которых могло быть выполнено множество безрезультатных диагностических манипуляций.

Симптоматика может относиться к любой части тела или системе органов. Течение расстройства хроническое и неустойчивое и часто ассоциируется с нарушением социального, межличностного и семейного поведения.



Недифференцирование

Диагноз недифференцированного соматоформного расстройства следует ставить тогда, когда жалобы пациента многочисленны, варьибельны и устойчивы, но не удовлетворяют полной и типичной клинической картине соматизированного расстройства.

Характерно предъявление многочисленных изменяющихся и длительных, но неопределенных соматических жалоб (симптомы общей утомляемости при депрессии и тревоги)



Конверсионные расстройства

Трансформация эмоциональных нарушений в двигательные, сенсорные и вегетативные эквиваленты:

- Слепота
- Глухота
- Анестезия
- Судороги
- Аносмия (потеря обоняния)
- Атаксия (нарушения координации движений)



Хронические болевые расстройства

Длительное
интенсивное
психическое
угнетение

Боль без
соматической
болезни, которая
могла бы ее
объяснить



Ипохондрические расстройства

Важнейшей чертой является устойчивая озабоченность пациента возможностью иметь у себя тяжелое, прогрессирующее заболевание или несколько заболеваний.

Пациент предъявляет соматические жалобы или проявляет сильное беспокойство по поводу их возникновения. Нормальные, обычные ощущения и признаки часто воспринимаются больным как беспокоящие; он сосредоточивает свое внимание обычно только на одном-двух органах или системах организма.

Часто присутствуют выраженная депрессия и тревога, что может объяснить дополнительные диагнозы.





Дисморфофобические расстройства

Характерна убежденность больного в наличии недостатка во внешности или воображаемого телесного дефекта.





Вегетативные дисфункции

Симптоматика, предъявляемая пациентом подобна той, которая возникает при повреждении сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной и мочеполовой систем.

- **Первый тип симптомов** - это жалобы, основанные на объективных признаках вегетативного раздражения (сердцебиение, потливость, покраснение, тремор и выражение страха и беспокойства относительно возможного нарушения здоровья).
- **Второй тип симптомов** - это субъективные жалобы неспецифического или изменчивого характера, такие, как быстротечные боли по всему телу, ощущение жара, тяжести, усталости или вздутия живота, которые пациент соотносит с каким-либо органом или системой органов.



Другие расстройства

Какие-либо другие расстройства чувствительности, функций или поведения, возникающие не вследствие соматических нарушений.

Расстройства, которые не опосредованы через вегетативную нервную систему, ограничены определенными системами или участками тела и имеют тесную временную связь с травмирующими событиями или проблемами.

Примеры: психогенная дисменорея, зуд, ощущение комка в горле, скрежетание зубами.



Классификация психосоматических расстройств по пораженным органам и системам

Система органов	Кратковременные реакции	Функциональные нарушения	Болезни
Желудочно-кишечный тракт	Потеря аппетита, тошнота, рвота, желудочные спазмы, диарея, запор.	Нервная анорексия, булимия, компульсивное переедание.	Язвенная болезнь, язвенный колит.
Сердечно-сосудистая система	Учащенное сердцебиение, аритмия, резкие скачки артериального давления.	Ощущения боли в области сердца, обмороки	Коронарная болезнь сердца, инфаркт сердечной мышцы гипертоническая болезнь.
Органы дыхания	Кашель, изменения ритма дыхания, нарушения тембра речи.	«Невротический» кашель, затрудненное дыхание.	Бронхиальная астма.
Кожа	Побледнение, покраснение, повышенное потоотделение.	Гипер- и гипестезия, анестезия, зуд, сыпь.	Нейродермит, псориаз, облысение.
Эндокринная система	Скачки содержания сахара в крови, полиурия.	Колебания давления и массы тела, нарушения менструального цикла	Сахарный диабет, ожирение, ревматоидный полиартрит, сексуальные расстройства



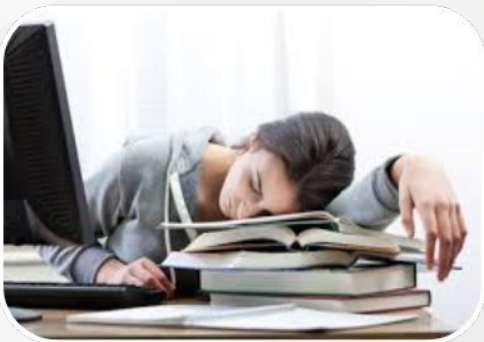
II. Этиология психосоматических заболеваний

Причины первичного появления психосоматического расстройства:

1. Стресс и накопленное эмоциональное напряжение
2. Факторы предрасположения (кризисные ситуации, экологические катастрофы, труднопереносимые для личности ситуации)
3. Неблагоприятное психическое состояние в момент действия стрессора (отсутствие поддержки, беспомощность)
4. Большая субъективная значимость стрессора
5. Неблагоприятная микросоциальная среда
6. Генетический фактор (наследственные заболевания)
7. Преморбидные особенности личности (повышенная тревожность, агрессивность)



Глубинные (внутренние) источники психосоматических расстройств



Усталость



**Внутренний
конфликт**



Самонаказание



Идентификация



**Эффект
внушения**



**Условная
выгода**



**Самоутвержден
ие**

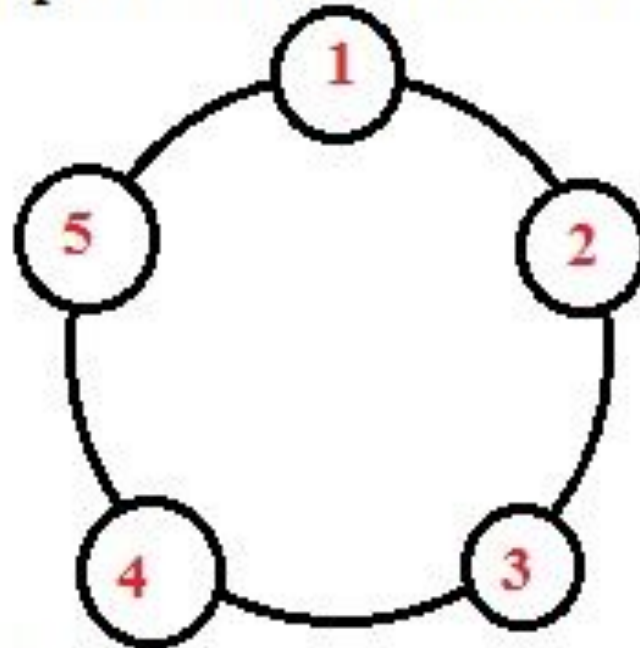


**Органическая
речь**



Этапы диагностической беседы

1. Жалобы. Основные проявления. Симптомы



2 Точное время появления жалоб. Соматическое исследование

3 Жизненная ситуация к началу жалоб, рецидивы.

5 Картина личности и ее конфликты

4 Анамнестическая ретроспектива (детство, отношения с родителями, профессия)



Типы отношения к болезни (А.Е. Личко, Н.Я. Иванов)

Типы отношения к болезни без нарушения социальной адаптации	Типы отношения к болезни с нарушением социальной адаптации	
	Интрапсихический вариант	Интерпсихический вариант
Гармоничный	Тревожный	Неврастенический
Эргопатический	Ипохондрический	Эгоцентрический
Анозогнозический	Меланхолический	Паранойяльный
	Апатический	Дисфорический
		Сенситивный



Гармоничный тип отношения к болезни (реалистичный, взвешенный)

- Оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни.
- Стремление во всем активно содействовать успеху лечения.
- Стремление облегчить близким тяготы ухода за собой.
- В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, сосредоточение внимания на своих делах, заботе о близких.





Эргопатический тип отношения к болезни (стенический)



- «Уход от болезни в работу».
- Характерно сверхответственное, подчас одержимое, отношение к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни.
- Избирательное отношение к лечению, обусловленное, прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу.
- Стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве.



Анозогнозический тип отношения к болезни (эйфорический)

- Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного.
- При признании болезни – отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях.
- Отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» заболеваний или случайных колебаний самочувствия.
- В связи с этим нередко характерны отказ от врачебного обследования и лечения, надежда на то, что «само все обойдется».
- Желание продолжать получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающихся на течении болезни.



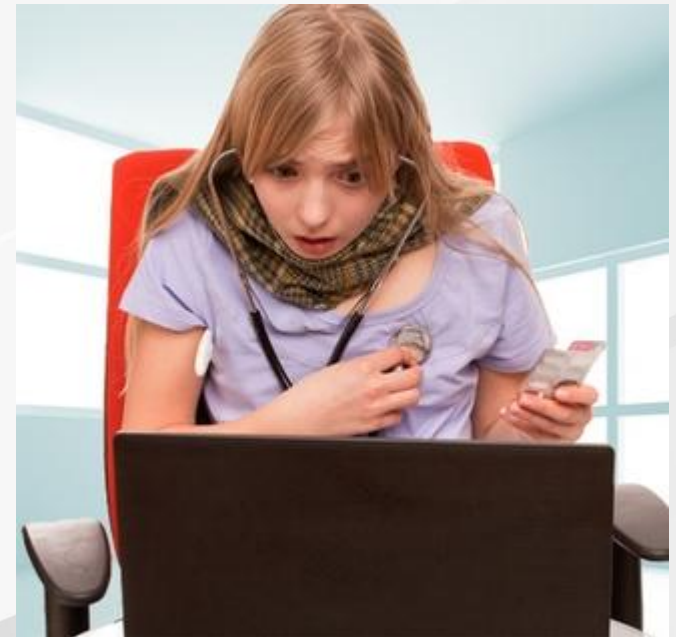
Тревожный тип отношения к болезни

- Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения.
- Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск «авторитетов», частая смена лечащего врача.
- В отличие от ипохондрического типа отношения к болезни, в большей степени выражен интерес к объективным данным (результаты анализов, заключения специалистов), нежели к субъективным ощущениям.
- Как следствие тревоги – угнетенность настроения и психической активности.
- Воображаемые опасности волнуют более чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.



Ипохондрический тип отношения к болезни

- Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях.
- Стремление постоянно рассказывать о них врачам, медперсоналу и окружающим.
- Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий.
- Преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур.
- Сочетание желанья лечиться и неверия в успех, постоянных требований тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур.





Меланхолический тип отношения к болезни (витально-тоскливый)



- Сверхудрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения.
- Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей.
- Пессимистический взгляд на все вокруг.
- Сомнение в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.



Апатический тип отношения к болезни

- Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения.
- Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны.
- Утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало.
- Вялость и апатия в поведении, деятельности и межличностных отношениях.





Неврастенический тип отношения к болезни

- Поведение по типу «раздражительной слабости».
- Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения.
- Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и угрызениями совести.
- Неумение и нежелание терпеть болевые ощущения.
- Нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения.
- В последующем – критическое отношение к своим поступкам и необдуманное слово, просьбы о прощении.



Эгоцентрический тип отношения к болезни (истероидный)

- «Принятие» болезни и поиски выгод в связи с болезнью.
- Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью вызвать сочувствие и полностью завладеть их вниманием.
- Требование исключительной заботы о себе в ущерб другим делам и заботам, полное невнимание к близким.
- Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя».
- Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются как «конкуренты», отношение к ним – неприязненное.
- Постоянное желание показать другим свою исключительность в отношении болезни, непохожесть на других.
- Эмоциональная нестабильность и непрогнозируемость.



Паранойяльный тип отношения к болезни

- Уверенность, что болезнь – результат внешних причин, чьего-то злого умысла.
- Крайняя подозрительность и настороженность к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам.
- Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала.
- Обвинения и требования наказаний в связи с этим.





Дисфорический тип отношения к болезни (агрессивный)

- Доминирует гневливо-мрачное, озлобленное настроение, постоянный угрюмый и недовольный вид.
- Зависть и ненависть к здоровым, включая родных и близких.
- Вспышки озлобленности со склонностью винить в своей болезни других.
- Требование особого внимания к себе и подозрительность к процедурам и лечению.
- Агрессивное, подчас деспотическое отношение к близким, требование во всем угождать.



Сенситивный тип отношения к болезни

- Чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни.
- Опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и даже избегать общения с больным.
- Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.
- Колебания настроения, связанные, главным образом, с межличностными контактами.



III. Особенности консультирования клиентов при наличии у них психосоматических расстройств

Основные направления работы:

- Исследование психологических проблем пациента и оказание помощи в их решении.
- Улучшение субъективного самочувствия и укрепление психического здоровья.
- Изучение психологических закономерностей, механизмов и эффективных способов межличностного взаимодействия для создания основы эффективного и гармоничного общения с людьми.
- Развитие самосознания и самоисследования пациентов для коррекции или предупреждения эмоциональных нарушений на основе внутренних и поведенческих изменений.
- Содействие процессу личностного развития, реализации творческого потенциала, достижению оптимального уровня жизнедеятельности и ощущения счастья и успеха.



Консультирование клиентов при наличии у них психогенных сердечных заболеваний.

Самое первое и главное:

УЗНАТЬ, ОБРАЩАЛСЯ ЛИ КЛИЕНТ К ВРАЧУ!!!

- Во-первых, он может быть болен физически.
- Во-вторых, он должен быть уверен, что не болен физически.
- В-третьих, он должен на собственном опыте убедиться, что советы врачей и лекарства не помогают.
- В-четвертых, знание истории болезни поможет психологу не рекомендовать клиенту то, что уже было испробовано и не дало результата.
- В-пятых, благодаря такой беседе психологу легче оценить клиента как личность, выбрать метод психотерапевтического воздействия.

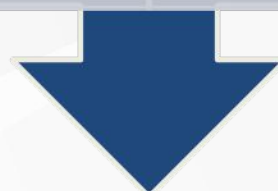
Гипертония – способность на перманентное внешнее давление реагировать повышением давления внутри организма



Актуальная черта - терпение

Постоянная борьба с враждебно-агрессивным чувством

Склонность к сверхконтролю «Я должен быть ко всему готов»



Рекомендации по работе

Раннее вовлечение социального поля

Использование методик релаксаций, БОС

Арт-терапия
Транзактный анализ

Усиление ответственности клиента в ситуациях, связанных со здоровьем



Ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда – способность принимать любую нагрузку близко к сердцу

Синдром гиперактивности: честолюбие, трудолюбие, конкурирующее поведение. Преобладает чувство гневливой раздражительности.

Синдром сверхкомпенсации: хроническое перенапряжение. Сохранение стабильности требует нарастания издержек, возникает перегрузка организма.

Синдром крушения: внешнее спокойствие при внутренней изношенности механизмов эмоционального контроля. Состояния истощения и депрессии. Враждебность направляется против себя.



Рекомендации:

Тщательный сбор биографического анамнеза с целью выявления эмоциональных нарушений

Работа со стереотипами: «Кто много работает, является здоровым»

Работа с отрицанием, переносом и сопротивлением

Аутотренинг, релаксации

Арт-терапия, семейная терапия, когнитивно-поведенческая терапия



Консультирование клиентов при наличии у них психогенных нарушений пищеварения.

Стиль питания есть отражение эмоциональных потребностей и душевного состояния человека.

1. Ожирение
2. Нервная анорексия
3. Нервная булимия
4. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
5. Запор
6. Эмоциональная диарея





Ожирение – способность здесь и сейчас доставить себе удовольствие.

- Ожирение может быть вызвано родителями: систематически на любое внешнее выражение ребенком потребности отвечают предложением пищи, ставят свое проявление любви к ребенку в зависимость от того, ест ли он.
- Очень тесная привязанность к матери, доминирование матери в семье. Мать своей чрезмерной заботой задерживает двигательное развитие и готовность к социальным контактам, фиксирует ребенка на пассивной позиции.
- Чрезмерное потребление пищи как защита от негативных эмоций и страха.
- Больные чувствуют себя несовершенными и ранимыми. Став массивным и внушительным, человек кажется себе более сильным и защищенным.
- Человек утешает себя едой за отсутствие любви к себе.
- Характерны частые стрессы в межличностных отношениях.
- Заметное превышение устойчивой личностной тревожности.
- Ожирение обостряется при потере близкого человека, в ситуациях требующих повышенного напряжения, в ситуациях общей подавленности и гнева.


Рекомендации по работе с ожирением



Письменное описание поведения во время еды

Контроль стимулов,
предшествующих акту еды

Замедление процесса еды –
полное сосредоточение



Усиление сопутствующей активности

Система формальных
поощрений

Поддержка членов семьи



Анорексия – возникшее в пубертатном периоде болезненное состояние, связанное с желанием похудеть, стать изящной и оставаться такой.



- Страх перед нормальной едой, увеличением массы тела и достижением средних показателей, необходимых для сохранений здоровья. Страх физиологического созревания.
- Черты шизоидной личности.
- Ранниме, внешне производят впечатление послушных и даже подчиняемых.
- Провоцирующей ситуацией для нарушения пищевого поведения часто бывает первый эротический опыт, который больные не могут переработать и переживают в качестве угрожающего.
- Амбивалентный конфликт близости / дистанции с матерью, к чьей близости они стремятся, одновременно опасаясь ее.



Булимия (бычий голод) – навязчивая еда / рвота или дефекация

- Превосходный «фасад» скрывает крайне низкую самооценку.
- Перфекционизм – стремление все сделать на «отлично».
- Склонны к унынию, депрессии, навязчивым мыслям или действиям.
- Не удовлетворены своим внешним видом.
- Ставят себе нереалистичные цели.
- Впадают в отчаяние, когда не удастся достичь целей.
- Строят личные отношения по «булимистической» схеме: пылкое увлечение – резкий разрыв.





Рекомендации:

1. Тщательные диагностические беседы.
2. Семейная терапия.
3. Терапия испытанием (примерять купальники и т.п.).
4. Преодоление тревожности.
5. Формирование адекватной самооценки.
6. Телесно-ориентированная терапия.



Картина личности клиентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

- **Психически «здоровый» язвенный больной.** Личности с хорошей функцией Я и стабильными объектными отношениями, которые при массивной специфической или неспецифической нагрузке и определенной предрасположенности желудка заболевают язвой в качестве единой психосоматической реакции.
- **Язвенный больной с неврозом характера.** Заболевание обостряется вследствие особых переживаний обиды, неудачи, любовной потери.
- **Социопатический язвенный больной.** Пассивно-зависимые больные со слабым Я, чрезмерной зависимостью от объектов, заболевают уже при мелких внешних отказах в любви и обращении к себе.
- **«Психосоматический» язвенный больной.** Невыразительные личности с бедной фантазией, ригидные в повседневной жизни, часто испытывают тревогу и страх.
- **«Нормопатический» язвенный больной,** чрезмерно ориентированный на нормальность поведения, чрезмерно адаптивный, такие люди находятся в состоянии хронической саморазрушающей стрессовой перегрузки, на фоне которой и появляется язвенная симптоматика.



Рекомендации:

1. Коррекция системы факторов агрессии и защиты.
2. Преодоление сопротивления и выявление психотравмирующих событий.
3. Преодоление тревожности.
4. Широкое использование аутотренинга.
5. Использование семейной психотерапии (устранение трудностей взаимопонимания и внутрисемейных конфликтных ситуаций).



ЧЕРЕПОВЕЦКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Спасибо за внимание!