

Сестринское дело.

Переподготовка.

ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ И ПСИХОЛОГИИ БОЛЬНОГО

Психосоматика – это направление медицинской психологии, которое занимается изучением влияния психических факторов на возникновение и течение соматического заболевания (Петровский А.В.)

Психосоматическое расстройство

```
graph TD; A[Психосоматическое расстройство] --> B[Психодинамическая концепция]; A --> C[Теория стресса]; A --> D[Кортиковисцеральная концепция];
```

Психодинамическая концепция

Теория стресса

Кортиковисцеральная концепция

ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Рассматривается в нескольких направлениях:

- теория личностных профилей,
- теория психосоматической специфичности,
- теория психосоматического Эго.

ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТНЫХ ПРОФИЛЕЙ

Каждое соматическое заболевание, развившееся вследствие непроработанного психологического конфликта, связано с вполне определенным набором характерологических черт и паттернов межличностного взаимодействия

КОНЦЕПЦИЯ ЛИЧНОСТЕЙ «ТИПА А» И «ТИПА Б»

«тип А» Характеризуется напористостью и честолюбием. Они нетерпеливы и требовательны к себе и другим. В стремлении к достижению цели ставят нереальные сроки и постоянно подгоняют себя. Не переносят ожидания и т.д.

«тип Б» Спокойное отношение к жизни, склонны работать медленно методично, умеют отдыхать. Терпимы к окружающим; спокойно относятся к различным событиям жизни.

ТЕОРИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИЧНОСТИ

Основное содержание теории
психосоматической
специфичности:

- Психологические факторы, вызывающие соматические расстройства, имеют специфическую природу: ведущий симптом болезни прямо связан с одним из двух психологических факторов: эмоционально конфликтное неосознаваемое отношение личности к самой себе или к окружающей среде.

- Психические процессы, протекающие на осознаваемом уровне, играют только подчиненную роль в развитии и динамике заболевания, маскируя истинную причину соматического расстройства.

- **Жизненные ситуативные переживания, как правило, оказывают скоротечное влияние на организм пациента**

Теория алекситимии

Алекситимия буквально обозначает:

«без слов для чувства»

Алекситимия является психологической характеристикой, с которой связана неспособность, словесно определить и описать возникшее чувство.

Неидентифицированное чувство вызывает физиологическое напряжение, вызывающее изменение на соматическом уровне. Сильная эмоция не подвергается вербальной символизации, остается недоступной сознанию и начинает непосредственно воздействовать на организм.

ТЕОРИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЭГО

Теория психосоматического Эго опирается на постулат о существовании в структуре личности психического и телесного я. Телесное «Я» рассматривается как представленность телесных функций в психической сфере, как феномен восприятия процессов, происходящих в теле.

Психосоматическая концепция Г. Аммона.

Психосоматическое расстройство понимается как проявление аномального личностного развития вследствие неблагоприятных отношений с матерью в периоде раннего детства.

психосоматическое расстройство, согласно концепции Г. Аммона, есть результат отрицательного отношения индивида к отдельным элементам своего «Я», вызванного неконструктивными отношениями со значимыми людьми из ближайшего окружения

Теория «жизненных кризисов» -

Возникновение психосоматического расстройства в период жизненного кризиса зависит от дисбаланса между трудностью и личностной значимостью проблемы, с одной стороны, и с отсутствием ресурсов для ее разрешения, с другой.

КОРТИКОВИСЦЕРАЛЬНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА.

Любые нарушения в «нисходящих»
нейронных цепях могут вызывать
расстройство органического уровня.
Характер протекания нервных
процессов может определять
характер течения соматической
болезни

Психосоматические отношения понимаются:

- а) либо как влияние эмоций, сопровождающих уже имеющееся расстройство, на динамику патологического процесса,
- б) либо как поломку «слабого звена» в морфологической структуре организма под действием сильного аффекта.

Теория Лазаруса

Между стимулом и ответной реакцией включается психологический компонент – «оценка угрозы». Человек может предвосхищать возможные последствия воздействия. Так же существует и оценка преодоления угрозы

Модель «десоматизации и ресоматизации» по М. Шур

Процесс десоматизации – формирование независимости от автоматических вегетативных процессов и возможность влиять на них сознательно.

Ресоматизация – снижение контроля над телом и формирование соматических симптомов под воздействием острых конфликтов.

ТЕОРИЯ СТРЕССА

Стресс можно разделить на две части: одна – продуктивная Эустресс, другая непродуктивная – Дистресс. При нарушении соотношения силы раздражителя и защитных возможностей организма возникает дистресс (фаза истощения), который часто проявляется в виде психосоматического расстройства.

I стадия – Реакция тревоги.
На этой стадии появляются характерные физиологические изменения, подготавливающие организм к действию и приводящие психику в состояние настороженности и беспокойства, происходит мобилизация адаптационных возможностей организма.

II Стадия Резистентности

Во время этой фазы организм, чтобы оставаться в норме продолжает расходовать имеющиеся у него резервы. Но резервы не безграничны и, если стрессовое воздействие продолжается, то они начинают катастрофически уменьшаться.

III стадия – фаза Истощения
До сих пор не установлено, что
именно истощается. На этой
стадии в организме возникают
сигналы о несбалансированности
стрессогенных требований среды и
ответов организма на эти
требования

Стресс - фактор



негативное воздействие

Организм -



Идет мобилизация
защитных сил организма



**Действия направленные на
адаптацию к негативному
Влиянию стресс - фактора**



Если действие не завершено, то
развивается
Дезадаптация и болезнь

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА СОМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Соматонозогнозия - влияние соматического заболеваний на психику больного и особенности личности.

С психологической точки зрения в процессе заболевания могут быть выделены три этапа, которые отражают формирование и динамику личностных реакций больного на свое страдание:

1. сенсологический,
2. оценочный
3. этап отношения к болезни.

1) Сенсологический этап отражает реакции больного на развившиеся явления дискомфорта, боли различной интенсивности и связанное с ними чувство той или иной собственной недостаточности.

Дискомфорт - неясные, неприятные ощущения различной степени выраженности, с неопределенной локализацией.

К дискомфорту можно отнести явления койнестопатии — переживания чувства тревоги и страха.

Дискомфорт как субъективное ощущение дисгармонии несогласованности физической и психической деятельности, снижения оптимальности личного благополучия и функционирования имеет диагностическую ценность. Он выступает как ранний психологический признак морфофункциональных изменений

2) Оценочный этап - результат
внутрипсихической переработки
больным сенсологических данных.

3) Формирование отношения к болезни.

Этап отношения к болезни включает: переживания, высказывания и действия, а также общий рисунок поведения больного, связанные с заболеванием.

Кардинальным критерием, определяющим отношение больного к болезни, следует считать признание ее или игнорирование, отрицание

Различают следующие варианты этих отношений:

- пассивно-страдательный,
- активно-положительный (уход в болезнь),
- спокойно-выжидательный
- активное противодействие болезни.

личностные реакции больных на заболевание:

а) содружественную реакцию, когда больные с первых дней заболевания демонстрируют доверие лечащему врачу;

б) спокойную реакцию, при которой больные аккуратно выполняют все назначения врача и адекватно реагируют на все его указания;

в) неосознаваемую реакцию, которая, имея патологическую основу, в ряде случаев выполняет роль психологической защиты;

г) следовую реакцию: несмотря на благополучное окончание заболевания, больные находятся во власти болезненных сомнений, в ожидании рецидива болезни;

д) негативную реакцию, характеризующуюся тем, что больные находятся во власти предубеждений, тенденциозности в отношении лечащего врача, медицинского персонала;

е) паническую реакцию, при которой они — во власти страха, легко внушаемы;

ж) разрушительную реакцию с неадекватным поведением, игнорированием всех указаний лечащего врача.

При определении типа отношения больного к своему соматическому страданию следует учитывать степень осознанности болезни.

Личностное реагирование на болезнь не только субъективно отражает объективные патологические процессы. Будучи психологической стороной соматического заболевания, оно одновременно влияет на клиническую картину, течение и даже исход заболевания.

Нормальное реагирование — это такой тип личностного реагирования на соматическое страдание, при котором больные правильно оценивают свое состояние и перспективу, их оценка совпадает с трактовкой врачей. Отношение к болезни адекватное.

Гиперреагирование — это такой тип личностной реакции на соматическое страдание, при котором больные склонны переоценивать значимость, как отдельных симптомов, так и болезни в целом, ее последствий, что не соответствует объективной опасности заболевания.

Гипореагирование — это такой тип личностного реагирования на соматическое заболевание, при котором выявляется недооценка больным тяжести и серьезности болезни в целом и ее отдельных признаков (а также последствий), находящаяся в противоречии с объективными данными.

Диспропорциональное
реагирование это такой тип
личностной реакции на
соматическое заболевание, когда
больные отрицают наличие
болезни и ее симптомов с целью
диссимуляции или под влиянием
страха перед ее последствиями.

Патологическая
(психопатологическая) личностная
реакция на соматическое
заболевание — это такая реакция,
при которой утрачивается
соответствие силе,
продолжительности и значимости
раздражителя, т. е. когда она
перестает быть адекватной
психогенному воздействию.

ПСИХОГЕНИИ

Психогении - приходящие изменения психической деятельности, проходящие на бессознательном уровне.

Психогении - психические болезни, обусловленные психической травмой.

Для психогений характерна выраженная связь клинических проявлений с психической травмой и эмоциональным состоянием больного.

Проявления психогении не имеют четких границ, возможны переходные состояния между расстройствами невротического и психотического уровня.

К психогениям относят неврозы,
реактивные психозы,
психогенные
патохарактерологические
реакции, а также ностальгию