

Оглавление

Введение	2
Определение и история.....	3
Теории психосоматических заболеваний.	5
Теория Александера	6
Чикагская семерка классических психосоматических заболеваний	6
Психосоматические соображения на счет классических психосоматозов	7
Теория Фридмана и Розенмана	11
Ларвированная депрессия.....	13
Источники информации.....	17

Введение

В условиях современного мира каждый человек ежедневно подвергается различным стрессам, бороться с которыми не всегда в состоянии адекватными способами. От постоянного негативного воздействия на психику, защитные механизмы рано или поздно дают сбой, что вполне может выйти в психосоматические заболевания, если личность первоначально в преморбиде имеет отягчающие факторы.

В службе первичного звена не редко встречаются пациенты, установленный диагноз которых не вызывает сомнений, при этом никакая базовая терапия не получает должно ответа от организма. Такие пациенты бесконечно долго кочуют из кабинета в кабинет, проходят массу дообследований, ходят к различным специалистам, но мало кто из них попадает в руки психиатра или психотерапевта.

Актуальность проблемы не вызывает сомнений, по статистическим данным, психосоматические явления встречаются с частотой от 30 до 50% среди «инкурабельных» пациентов, но данная статистика не отражает реальной ситуации, поскольку зачастую диагноз психосоматического заболевания не выявляется; с функциональными расстройствами далеко не все пациенты попадают в поле зрения врачей, а если и попадают, мало кто из них отважится обратиться к психотерапевту и уж тем более- к психиатру, поскольку в обществе широко распространены стереотипы касательно данных специальностей.

Определение и история

Психосоматика (др.-греч. ψυχή — душа и σῶμα — тело) — направление в медицине и психологии, изучающее влияние психологических факторов на возникновение и течение соматических заболеваний.

Психосоматические заболевания — это заболевания, причинами которых являются в большей мере психические процессы больного, чем непосредственно какие-либо физиологические причины. Если медицинское обследование не может обнаружить физическую или органическую причину заболевания, или если заболевание является результатом таких эмоциональных состояний как гнев, тревога, чувство вины и др., тогда болезнь может быть классифицирована как психосоматическая.

Еще с античных времен Гиппократ и Гален высказывали идею о том, что в зависимости от «преобладающего типа жидкости в организме» (современное учение о типах высшей нервной деятельности), у индивида будет предрасположенность к определенной группе патологий. По их мнению, «сангвиники склонны к болезням кровообращения, а холерики и флегматики — к болезням желчных путей». Кроме того, Гиппократ сформулировал положение о единстве души и тела и высказал мысль о том, что болезнь представляет собой особую реакцию индивидуума на условия его жизни в среде. Авиценна также обращал внимание на то, что «душа и тело неразрывно связаны». Авиценна также приписывают опыт по созданию условий «экспериментального невроза»: «Двум баранам давалась одинаковая пища. Но один питался в нормальных условиях, тогда как около второго стоял на привязи волк. Страх влиял на пищевое поведение этого барана. Он, хотя и ел, но быстро худел и погиб. Неизвестно, какое объяснение давалось этому опыту, но его схема говорит об открытии роли «сшибок» противоположных эмоциональных установок (потребность в пище — с одной

стороны, страх – с другой) в возникновении глубоких соматических сдвигов.»

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.

Теории

психосоматических

заболеваний.

На настоящий момент известно более 300 различных концепций. Среди них можно выделить психоаналитические концепции (Freud S., 1895; Alexander F., 1951), в которой конверсионная модель приписывает телесным нарушениям функцию символического выражения подавленных интрапсихических конфликтов); характерологически-ориентированные (Dunbar F., 1943; Friedman M., Rosenman R., 1960), ставящие своей задачей объяснение природы возникновения психосоматических заболеваний через характерологические, личностные особенности; психофизиологические (Wolff H., 1946; Lacey J., 1955), основанные на систематических психофизиологических проверках, объясняющих специфичность болезней; личностно-ориентированные (Ruesch J., 1948; Mitscherlich A., 1953; Schur M., 1955; Sifneos P., 1967), связанные с развитием личности человека и, в первую очередь, с защитными механизмами, зрелостью, регрессией личности, взаимодействием личности с внутренними факторами; гомеостатические (Sperling M., 1955; Engel G., 1962; Mahler M., 1965; Hofer M., 1984; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкас В.В., 1999) - исходящие из развиваемого в последние годы гомеостатического подхода в психологии, объединяющего теоретические построения self-психологии, теории психологии развития, психологии объектных отношений, физиологии; среди которых можно выделить теории патологии раннего развития и теории объектных отношений, согласно которым функционирование человеческой психики можно понять с точки зрения межличностных связей - как их развития, так и возможных нарушений; нейрогуморальные теории (Cannon W., 1932; Selye H., 1953; Lazarus R., 1976), исходящие из того, что психосоматическая патология является проявлениями общего неспецифического адаптационного синдрома и объясняющие болезни нарушениями внутренней среды организма; физиологические - среди которых можно выделить кортико-висцеральную теорию К.М. Быкова и И.Т. Курцина.

Теория Александера

Врач и аналитик Франц Александер (Alexander F., 1891-1964) предложил обширную и связанную теорию объяснения психосоматических связей. Возникновение и течение болезней управляется тремя группами переменных:

1) личностная диспозиция («психодинамическая конфигурация с соответствующими процессами психологической защиты»), которая складывается с детства.

2) провоцирующая эмоциогенная жизненная ситуация, когда какие-либо переживания и события предшествуют болезни, оживляя центральный бессознательный конфликт.

3) определенная конституция - «соматическая подверженность» или «неполноценность органа». Эту «уязвимость» органа иногда именуют «конституциональным фактором X», определяющим «выбор симптоматики».

Чикагская семерка классических психосоматических заболеваний

- язва желудка и двенадцатиперстной кишки;
- неспецифический язвенный колит;
- бронхиальная астма;
- гипертония;
- тиреотоксикоз;
- ревматоидный артрит;
- нейродермит.

Психосоматические соображения на счет классических психосоматозов

Язвенная болезнь желудка. Если желание получать, быть любимым, зависеть от других отвергается взрослым ЭГО или фрустрируется внешними обстоятельствами и поэтому не может быть удовлетворено, нередко используется регрессивный путь: желание быть любимым = желание быть накормленным. Вытесненное стремление получать любовь и помощь мобилизует иннервацию желудка, который с начала внутриутробной жизни был тесно связан с наиболее элементарной формой получения чего-либо, а именно с получением пищи. Активация этих процессов приводит к повышению желудочной секреции, что на первых порах является функциональным изменением. При длительном воздействии вытесненной эмоции повышение секреции становится привычным, что приводит к образованию пептических язв.

Нарушения выделительной функции. Если желание к безопасности и стремление получать любовь связывают с инкорпоративными аспектами принятия пищи, то акт элиминации в ранний период жизни связан с эмоциями обладания, гордостью за достижение, тенденциями давать и удерживать. Определенные типы враждебных импульсов также связаны с этой функцией. Возникновение расстройств со стороны кишечника связано с регрессом на более позднюю, «анальную» стадию развития ЭГО при подсознательной невротической фиксации на этой фазе и при возникновении ситуации, когда возникает необходимость давать; когда вытесняется установка на враждебное отношение к обществу (диарея как акт «пачканья, осквернения»); когда честолюбивые тенденции блокируются невротическими запретами. Таким образом фазы запоров нередко чередуются с фазами диареи («мне никто ничего не дает, поэтому я никому ничего не должен»- «все ко мне настроены враждебно, желание осквернить»). Нейрогуморальная основа- при длительно существующей эмоции привычная реакция запуска парасимпатических волокон толстой

кишки начинает работать на постоянной основе, увеличивается синтез лизозима, который агрессивно воздействует на слизистую оболочку кишечника, образуются язвы, функциональные расстройства переходят в органические.

Бронхиальная астма. Внутриличный неразрешимый конфликт с матерью, желание быть услышанным и защищенным, «невыраженный крик». Длительно существующая эмоция активирует парасимпатическую систему, что влияет на спазм бронхиол, в последующем становящийся привычным, однако зачастую при бронхиальной астме часто встречается повышенный уровень иммуноглобулина Е и аллергическая готовность, поэтому в основе патогенеза бронхиальной астмы скорее всего ведущую роль играет суммация стимулов (аллерген + эмоция).

Гипертоническая болезнь. В большинстве исследований подчеркивается роль сдержанных враждебных импульсов. При страхе и ярости возникает активация симпатической нервной системы, что приводит к сужению артериол и повышению кровяного давления. Данная реакция со стороны организма в условиях стресса позволяет противостоять нападению или спастись бегством. Так как в современном обществе проявлять враждебные и агрессивные тенденции не принято, пациент гасит внутри себя возникающие чувства, внешне это, как правило, сдержанные, серьезные, приятные в общении люди, хранящие эмоции внутри себя. Постоянное подавление эмоций приводит к запуску физиологической реакции на постоянной основе, что приводит к органическим изменениям в стенке сосудов. За счет сужения артериол страдает почечный кровоток, как следствие запускается порочный круг: в почке начинается ишемия, что также приводит к увеличению синтеза вазопрессорных медиаторов (активация РААС), что в свою очередь увеличивает артериальное давление.

Ревматоидный артрит. В основе психогенеза- вытесненный протест против подчинения, враждебный настрой к окружению. Как правило, при

расспросе пациента можно выявить наличие в детстве чрезмерного ограничения со стороны одного из родителей. У маленьких детей простейшей формой выражения фрустрации является моторная разрядка. Если в следствие наказания такая разрядка связывается с чувством вины и страхом, то в зрелом возрасте, каждый раз, когда появляется желание разрядиться через двигательное возбуждение, возникает эффект психологической «смирительной рубашки», пациенты не могут достичь равновесия между агрессивными желаниями и контролем. При адекватной работе защитного механизма двигательная разрядка проходит по социально приемлемому пути: спорт, тяжелая физическая работа, садоводство и т.п. Когда возникает ситуация, приводящая к нарушению равновесия и декомпенсации адаптивного способа разрядки, хронически сдерживаемая агрессия приводит к повышению мышечного тонуса и как следствие- артрит.

Тиреотоксикоз. Гормоны щитовидной железы тесно взаимодействуют с половыми гормонами, влияют на процессы роста организма и метаболические процессы в нем. Гиперфункция щитовидной железы в раннем возрасте способствует акселерации индивида. Психологический паттерн- раннее вынужденное взросление, смена роли в отношениях «кормилец-подопечный», раннее принятие на себя главенствующей роли в семье, «преждевременное взросление».

Нейродермит. Кожные покровы являются самым крупным по площади органом человека. Смотри на кожу, мы зачастую уже можем определить здоров ли человек, а также насколько он привлекателен. Психологический компонент возникновения различных кожных высыпаний- вытесненная сексуальность, неприятие себя как сексуального объекта для противоположного пола, отрицание собственной привлекательности. В большинстве своем, кожные психосоматозы сопровождаются выраженным зудом, что приводит к эксфолиациям, своего рода «изуродованию» себя

своими руками, уменьшению своей красоты, выход наружу скрытых аутоагрессивных тенденций.

Таким образом, подводя итог по данной части можно прийти к выводу, что в развитии язвенного колита, гипертонической болезни и ревматоидного артрита важную роль играет вытеснение агрессивных тенденций; результат соматической клиники будет зависеть как от этапа, на котором блокируется враждебный импульс, так и от индивидуальной предрасположенности в виде слабого места в конкретном организме. Недостаток родительской любви и заботы приводит к бронхиальной астме, тиреотоксикозу или язвенной болезни желудка. Неприятие своей гендерной роли, избегание связей с противоположным полом- кожные проявления.

Теория Фридмана и Розенмана

Тип А поведения (англ. type A behavior) — ряд личностных особенностей, наличие которых повышает вероятность возникновения у индивида заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Поведение типа А является следствием накопления эффектов длительного переживания негативных функциональных состояний, постоянной эмоциональной напряженности при отсутствии осознанной саморегуляции. Выделяют 3 компонента, обладающих наибольшей патогенностью: конкурентность, нехватка времени, враждебность

Следует заметить, что зачастую тип А поведения поощряется самой спецификой вида труда. Как правило, подобного рода профессиональная деформация характерна для представителей руководящих должностей, менеджеров среднего и высшего звена, работа которых связана с высокими нагрузками и ответственностью за достижение результата. Нередко от последствий поведения типа А страдают представители спортивных профессий, в деятельности которых поощряется конкурентность и целеустремленность

Противоположный тип поведения (тип Б) описывается **значительно менее подробно**. Люди, которым присуще это поведение, чередуют работу и отдых, им не свойственно состояние эмоционального напряжения, они расслаблены, неторопливы. Их речь мягче и спокойнее (как и жестикуляция). Все это, однако, совсем не означает, что они ленивы, пассивны в отношении своих обязанностей и работают неэффективно.

С-тип поведения (cancer – рак и typos – образ)

Система признаков, полученных при помощи личностных тестов и характеризующих индивидов, принадлежащих к группе риска заболевания раком. Среди этих признаков ведущая роль признается за подавлением

отрицательных эмоций. Наиболее характерными являются тенденция избегать конфликтов и стрессов, не проявление эмоций, стремление полагаться исключительно на себя, но при скрытой зависимости от других.

Тип поведения D (от D — дистресс) — комбинация черт человека таких, как негативная эмоциональность (например, беспокойство, раздражительность) и социальная ингибция (например, сдержанность и отсутствие уверенности в себе)

Для типа D наиболее характерны риск ранней смерти — ССЗ и сердечных проблем именно после инфаркта — более плохим ответом на лечение ССЗ медикаментами — риск внезапной смерти»

Ларвированная депрессия

Ларвированная (скрытая, соматизированная) депрессия- состояние, при котором проявления собственно депрессии скрыты за жалобами соматического характера. Больные обычно обращаются не к психиатру, а к другим специалистам, длительное время безуспешно обследуются и лечатся в соответствующих учреждениях, где иногда предпринимаются различного рода серьезные вмешательства. Как правило, врачи первичного звена списывают пониженное настроение, подавленность, ангедонию на озабоченность тяжелым общим заболеванием, мало кто доискивается правды и направляет такого пациента к психиатру. В то же время суицидальная опасность таких депрессий очень велика. Трудности диагностики связаны с тем, что период лечения у различных специалистов может растягиваться на длительное время, достигая иногда 5-8 лет, причем интенсивность депрессии в течение этого времени, как правило, значительно нарастает. Следует отметить, что суицидальные попытки среди пациентов общетерапевтического профиля превосходят по количеству попытки пациентов психоневрологических диспансеров, и ретроспективно исследуя историю болезни, можно заподозрить у таких пациентов скрытую депрессию. Сложности диагностики связаны с тем, что, как правило, пациенты не жалуются на пониженное настроение, да и врачи общего профиля мало знакомы с клиникой соматизированной депрессии.

Ларвированные депрессивные состояния описывались ещё в прошлом веке. Falret (1878, 1879) считал их смягченной формой циркулярного психоза. Kahlbaum (1889) отнес эти рудиментарные формы циркулярного психоза к циклотимии. На соматические симптомы у больных с маниями и меланхолиями указывали Pinel и Esquirol. Я.А.Анфимов (1899) называл ларвированные депрессивные состояния периодической ленью. С.В.Каннабих (1914) отнес эти состояния к циклотимии, обозначив их как "эквиваленты депрессивного приступа". Терапевт Д.Д.Плетнев (1927),

описывая больных с периодически возникающим ожирением, указывал на то, что ожирение является не сопутствующим, а основным проявлением депрессии. Он обозначил эти состояния как соматическую циклотимию. В литературе можно встретить и другие названия лаврированных депрессий: циклосомия (Е.Е.Краснушкин, 1960), аффективно-депрессивный эквивалент (Ю.В.Каннабих, 1914), соматический эквивалент (Т. А. Невзорова, 1962,1965), аффективный эквивалент, депрессия без депрессии, тимопатический эквивалент, психовегетативный синдром и т.д.

В последние годы число исследований, посвященных изучению лаврированных депрессий, значительно возросло. Намечается тенденция к расширению круга расстройств, описываемых в качестве так называемых "фасадных" симптомов. Помимо соматовегетативных проявлений к ним относят также разнообразные расстройства влечений и аномалии поведения (В. Ф. Десятников, 1965, 1981 и др.). Kielholz (1972,1973) лишь ограничивает круг этих депрессий состояниями, где на передний план выступают соматические симптомы. Подобной точки зрения придерживается также А.К.Ануфриев (1978).

Лаврированные депрессии крайне полиморфны, что относится как к проявлениям соматовегетативного "фасада", так и к аффективному радикалу, выраженному субдепрессиями различной структуры. В качестве соматовегетативных проявлений при них могут наблюдаться расстройства сна, изменения массы тела, неприятные ощущения в голове, головные боли, мигрени, меньероподобный синдром, невралгии и миозиты, люмбаго, брахиалгии, феморалгии, тригеминальные боли, чувство онемения и похолодания в какой-то части тела, боли или неприятные ощущения в области сердца, различные аритмии, изменение цифр артериального давления с развитием в некоторых случаях сосудистых кризов, а также различные нарушения со стороны зрения - мерцание перед глазами, светящиеся круги, цветные искры, преходящий нистагм или диплопия,

блефароспазм, ухудшение зрения, не поддающееся обычной коррекции, и различного рода аллергические проявления, включающие дерматиты, экзему и даже, по некоторым описаниям, приступы бронхиальной астмы. В качестве так называемых "фасадных" симптомов описываются также утренняя и дневная рвота, акатизия, сухость во рту, шум и звон в ушах, разнообразные боли и неприятные ощущения в брюшной полости, колиты и гастриты, импотенция. Как показывает это достаточно обширное, но далеко не полное (исчерпывающее) перечисление, "маски" ларвированных депрессий могут быть бесконечно разнообразными.

Для врачей-психиатров важным является указание ряда авторов на то, что подозрение на ларвированные депрессии должны вызывать все виды наркоманий, периодически возникающие невротические расстройства, различного рода нарушения поведения в детском и подростковом возрасте.

Важной особенностью ларвированных депрессий, помогающей обычно в постановке диагноза, является то, что проявления соматовегетативного "фасада" обычно не укладываются полностью в рамки того заболевания, которое они имитируют, и врачи непсихиатрических специальностей, как правило, отмечают этот факт, а также обращают внимание на безуспешность лечения предполагаемого соматического заболевания.

Основные трудности при диагностике скрытых депрессий заключаются прежде всего в обнаружении собственно аффективных нарушений. Врач-психиатр должен уметь выявить различные признаки гипотимии, имеющиеся в структуре состояния. Следует обратить внимание на легкую угнетенность, неспособность радоваться жизни, затруднения в общении с окружающими, стремление к уединению, ограничение контактов, снижение прежней энергии и активности, трудность в принятии решений, беспокойство, "нервность" (иногда с чувством страха), обилие разнообразных соматовегетативных жалоб, не укладывающихся в рамки определенной болезни, расстройства витальных функций - нарушение сна (в виде сокращения продолжительности

или раннего пробуждения), снижение аппетита, потенции, похудание, нарушения менструального цикла, а также суточные колебания аффекта и соматовегетативных расстройств (ухудшение чаще вечером).

При изучении течения заболевания диагностическими критериями могут служить периодичность появления соматовегетативных и психических расстройств, наличие в анамнезе неясных соматических нарушений, стертых, классических депрессивных или маниакальных фаз, спонтанность возникновения и исчезновения приступов заболевания, сезонное возникновение приступов болезни. Большую помощь могут оказать данные об отсутствии эффекта от соматической терапии и положительная реакция на терапию антидепрессантами. Ларвированные депрессии могут повторяться по типу "клише", с определенной сезонной заинтересованностью.

При шизоаффективных психозах и шизофрении в течении заболевания могут сочетаться более легкие приступообразные состояния, протекающие с картиной ларвированных депрессий с приступами в виде массивных депрессий или аффективно-бредовых состояний. Особенностью соматовегетативного "фасада" в этих случаях является значительный удельный вес сенестопатий, а такие возможны состояния с нигилистическим бредом Котара .

В отношении терапии ларвированных депрессий трудно привести исчерпывающие рекомендации. Обычно применяются разнообразные сочетания антидепрессантов с нейролептиками, в некоторых случаях с транквилизаторами.

Источники информации

Александр Ф. «Психосоматическая медицина: принципы и применение»,
ИОИ Москва, 2017г.

Видманова Л.Н. «Ларвированные депрессии» электронный ресурс
<http://www.psychiatry.ru/lib/56/book/102/chapter/1>

Корнилова Т.В 2018г., «ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ в 2 ч.
Часть 2. 4-е изд., пер. и доп. Учебник для академического бакалавриата»

Марцинковская Татьяна Давидовна «история детской психологии»
https://studopedia.ru/11_76648_martsinkovskaya-tatyana-davidovna.html

Петленко В.П. Основы валеологии, электронный ресурс
<https://uchebnikfree.com/page/valeologiya/ist/ist-8--idz-ax240--nf-103.html>

Сидоров П.И., Новикова И.А. (Архангельск) ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ: КОНЦЕПЦИИ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КАЧЕСТВО
ЖИЗНИ, МЕДИКО-ПСИХО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ
(ЛЕКЦИЯ)

Соловьевская Н.Л. «История развития психосоматики», апрель 2018г.
<https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-razvitiya-psihosomatiki>

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Зав.кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М.А

Реферат на тему:
Психосоматические заболевания. Ларвированная депрессия.

Выполнила:
врач-ординатор 2-го года обучения
Купенко Е.Е.

Проверил:
Д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск
2019