##### Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

##### высшего образования

##### «Красноярский государственный медицинский университет

##### имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

##### Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

**РЕФЕРАТ**

Психологические факторы компенсации болезни

Выполнила: ординатор 1-го года специальности Психотерапия

Минкевич Н.Р.

Преподаватель: КМН, Малюткина Е.П.

Красноярск, 2022

**Содержание**

1.Актуальность……………………………………………………….3

2.Введение…………………………………………………………….4

3.Основная часть……………………………………………………...5

3.1.Роль психической травмы………………………………………..5

3.2.Роль личностного фактора………………………………………11

3.3.Роль тревожно-депрессивных расстройств…………………....13

4.Список литературы …………………………………………..……15

# Актуальность

Сохранение здоровья и ощущения благополучия возможно лишь при достаточной адаптированности к социальной, профессиональной и природной среде. В свою очередь, негативные психические состояния являются индикаторами нарушения динамического равновесия (адаптации) в системе «человек – профессиональная среда» являются психические состояния человека и сопровождающее их настроение.

Негативные психические состояния человека выступают в качестве связующего звена между психологическими воздействиями (трудовой, профессиональной нагрузкой) и патофизиологическими изменениями в организме. Иначе говоря, нарушение здоровья, возникновение психосоматических и соматических патологий, заболеваний, зачастую является следствием развития негативных психических состояний в труде (психического утомления, напряженности, монотонии, дистресса и др.). При благоприятном влиянии психологических факторов доминирующее психическое состояние человека – резистентное, а доминирующее настроение – гармоничное (устойчивое, оптимистичное). При неблагоприятном влиянии факторов доминирующее состояние – дезадаптивное (стресс, утомление, напряжение и др.) или депрессивное (апатия, уныние), а доминирующее настроение – дисгармоничное (тревожное, сниженное, пессимистичное). Настроение, – устойчивый компонент психического состояния, – обеспечивает взаимосвязь структуры личности с физическим и психическим тонусом человека.

# Введение

К решению проблемы взаимоотношения психического и соматического можно     идти    различными    путями.   Как   полагает    Б.Д. Карвасарский, формирование симптомов при психосоматических болезнях зависит от следующих факторов:

·              неосознанного внутри- или межличностного конфликта,     неудовлетворения какой- либо потребности;

·              свойств личности и темперамента;

·              способов переработки эмоций, установления основных    защитных механизмов;

·              индивидуального опыта, условий жизни;

·              вида и силы актуальной психотравмы.

Вероятно, в развитии психосоматозов играют роль и наследственные особенности, и перенесённые ранее заболевания, особенно с длительно  сохраняющимися   следовыми    реакциями. В формировании и закреплении психосоматических расстройств  всегда участвуют вегетативные нарушения. Для удовлетворения любой потребности должен возникнуть мотив (мысленный образ),  который сможет влиять на поведение. Если мотив сталкивается с препятствием, возникает  негативное эмоциональное состояние (фрустрация). Ситуация становится фрустрирующей, т.е. приобретает психотравмирующий характер, если у человека появляются две несовместимые собственные тенденции (в этом случае конфликт становится внутриличностным, психологическим.

В настоящее время факторами,  объединяющими различные психологические подходы к оценке значимых сторон неврозогенеза и формирования  психосоматозов, являются психическая травма, преморбидные психологические особенности личности и её базовые параметры – темперамент и характер. Однако  ключевым моментом  в  генезе психосоматических заболеваний  является  психическая травма с последующим формированием актуального конфликта.

 Психосоматическая патология по своему физиологическому существу является адаптивным механизмом, в значительной мере компенсирующим социальную.    По    данным           В.Д. Тополянского, М. В. Струковской 22% лиц с жалобами психосоматического характера занимают до 50% рабочего времени врача в общемедицинской сети.

Патогенность характерного для психосоматических заболеваний внутриличностного конфликта состоит в том, что он происходит на бессознательном уровне,  не осознаётся, а значит, и не контролируется.

**РОЛЬ  ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ**

Жизнь современного человека насыщена эмоциональными переживаниями, а его здоровье подвержено глубокому влиянию двух совершенно различных совокупностей факторов окружающей среды − физико-химического и микро-биологического фона и психосоциального окружения. Снижение уровня жизни, ломка привычных стереотипов, непростое социально-экономическое положение в государстве – всё это заставляет человека находиться в постоянном психическом напряжении, в состоянии стресса. Развитию психологического стресса также способствуют межличностные конфликты, обиды, чрезмерная ответственность, необходимость принимать решения и сильные переживания.

Исследования канадского физиолога Ганса Селье – автора учения о стрессе – показали, что некоторая его часть может быть даже полезной. Она мобилизует организм и способствует лучшему приспособлению человека к изменяющимся условиям. В небольших дозах                 Г. Селье называет его «острой приправой к повседневной пище жизни». Но если стресс очень сильный и долго длится, то это перегружает адаптационные возможности организма и приводит к психологическим и физиологическим «поломкам. Физиологические «поломки» проявляются в виде заболеваний, называемых психосоматическими.

В научной литературе можно встретить более 60 определений и моделей стресса. Сущность учения о психологическом стрессе отражается  в содержании его понятия. R.S. Lazarus, R. Launier определили  психологический стресс как реакцию на особенности взаимодействия между личностью  и окружающим миром. Это состояние в большей степени –  продукт наших когнитивных процессов, образа мыслей и оценки ситуации, знания собственных возможностей (ресурсов).  По данным В.Д. Менделевича, под  психической травмой (стрессом) понимают жизненное событие, затрагивающее важные стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям. Стресс – это защитная реакция организма в ответ на внешний раздражитель, в результате которой организм приспосабливается к изменившимся условиям.

С другой стороны, стресс является компенсирующей приспособительной реакцией: в кровь поступают гормоны и биологически активные вещества, которые помогают организму пережить психотравмирующую ситуацию (Александровский Ю.А., 2005;  Тадевосян А., 2006).

Многолетние исследования по  изучению механизмов развития висцеральной патологии при воздействии на человека экстремальных экологических и профессиональных факторов позволили сформулировать концепцию синдрома хронического адаптивного напряжения. Феномен незавершенной адаптации возникает при невозможности адаптироваться к чрезвычайным для данного человека условиям, как геоклиматическим, так и микросоциальным. Состояние незавершенной адаптации не может длиться бесконечно, и при сбое в регуляторных механизмах наступает декомпенсация, проявляющаяся клинической симптоматикой. Несмотря на соматический дискомфорт, психологическое состояние улучшается, болезнь приобретает самостоятельный смысл и является оправданием несоответствия условиям как на уровне организма, так и на уровне психики.

Наблюдаемый в мире рост числа психически травмированных людей приобретает характер глобальной эпидемии. Социальные потрясения, такие как войны, революции, межнациональные конфликты, террористические акты, охватывают большие группы населения. Травматическое событие,  эмоциональный стресс, острый и хронический стресс, дистресс, сверхстресс, психогенный шок, критическое событие, посттравматическое стрессовое расстройство, психогения – и это еще не полный перечень терминов, определяющих последствия психической травмы. Психические и органные  последствия этих стрессов полиморфны и известны как «психосоциальный стресс», вызывающий постстрессовое расстройство.

За относительно короткий период времени в нашей стране имели место крушение привычной системы ценностей, переход к стандартам капиталистического общества с его высокой мотивацией достижений, интенсификацией ритма жизни, модификацией семейных ценностей и  социальной принадлежности людей.

Специальные эпидемиологические исследования с использованием объективных методик показали, что в 90-е годы, по сравнению с 80-ми, у населения нашей страны наблюдалось нарастание уровня психосоциального стресса. Было установлено, что  около 70% населения жило в условиях хронического  психосоциального  стресса  высокого  и   среднего уровней. Наметившаяся тенденция к социально-экономическому  росту в Российской Федерации в последнее время не  способствует стабилизации психосоциального напряжения населения во многом из-за новой системы ценностей.

По результатам последних исследований, заболеваемость и смертность от болезней стрессогенной этиологии в РФ растут; есть основание считать, что процесс психофизиологической адаптации населения к новым условиям  еще не закончился.

В многочисленных отечественных и зарубежных исследованиях показано, что психосоциальное неблагополучие, стресс коррелируют с более  высокими уровнями распространенности не только сердечно-сосудистых заболеваний, но и психогенных расстройств, в первую очередь, расстройств депрессивного спектра – собственно депрессий, и ассоциированных с ними тревожных, истерических и невротических  состояний. Исследование отечественных ученых показало, что психоэмоциональный стресс является основным фактором риска развития артериальной гипертонии,  ишемической болезни сердца, язвенной болезни 12-перстной кишки, сахарного диабета II типа.

На сегодняшний день общепризнанна роль психоэмоционального  стресса и психологических факторов в развитии и прогрессировании целого ряда заболеваний, в частности, сердечно-сосудистых, среди которых наиболее распространенной является артериальная гипертония. Кроме того, стрессовый фактор является  самостоятельным фактором риска развития всех заболеваний, имеющих   психосоматическую   природу. Практика доказала, что психический стресс может вызвать расстройства здоровья любого типа:

·              дезадаптацию;

·              висцеральное расстройство;

·              невротическое проявление;

·              психиатрическую симптоматику;

·              личностные расстройства.

Основным механизмом развития соматизированных  расстройств после стресса является механизм самой стрессорной реакции, которая заканчивается на концевом органе. Концевым называют орган, в котором после его активации  проявляются   клинические признаки стрессового процесса.  К концевым органам относятся сердечно-сосудистая система, желудочно-кишечный тракт, кожа, дыхательная система. Стресс опосредованно, через нервные и гуморальные механизмы, возбуждает те органы и системы, активация которых необходима для общего адаптационного синдрома, реализующего реакции «боевая тревога» и «бей-беги». Многие  исследователи и клиницисты сердечно-сосудистую систему считают основным концевым органом стрессорной реакции.  На втором месте по частоте находятся желудок и кишечный тракт, которые чаще всего реагируют на эмоции ярости и гнева. В настоящее время достоверно доказана взаимосвязь фактора длительного психического напряжения с формированием  заболеваний желудочно-кишечного тракта, а также выявлена стадия предболезненных психических и соматических расстройств.

В ответ на длительное психологическое перенапряжение, высокую личностную и реактивную тревожность в организме возникает диссоциация тропных функций гипоталамо-гипофизарной системы, нарушение физиологических связей  в системе гипоталамус-гипофиз-щитовидная железа, гипоталамус-гипофиз-надпочечники. Критерием адаптированности является оптимальная  выработка ключевых  ферментов основных видов обмена. Ценой адаптации служит повышение энергообразования, что приводит к активации системы свободнорадикального окисления липидов и развитию «оксидативного стресса». Последний является мощным фактором для повреждения большинства органов.

Считается, что в условиях воздействия на человека психической травмы (стресса) возникает альтернатива: либо в связи со стрессоустойчивостью и под влиянием методов психологической защиты, человек остается психически и соматически здоровым, либо он заболевает неврозом или психосоматическим страданием.

Реакцией личности на стресс или фрустрацию могут быть, с одной стороны, невротические симптомы, среди которых преобладают психологические и психопатологические проявления, с другой – психосоматические расстройства. Эти группы нарушений демонстрируют различные способы переработки внутриличностного конфликта –  психического и соматического. Первый способ может проявляться как в условиях острого, так и  хронического стресса; психосоматический же способ в большей степени связан с хроническим воздействием фрустрации.

По мнению некоторых исследователей, альтернатива существует и внутри патогенетического пути: психосоматические заболевания возникают у тех, кто в силу особенностей личности не может позволить себе невротический тип реагирования, демонстрацию тревоги или страха, фиксацию на своих ощущениях.

Актуальный конфликт, формирующийся на базе психической травмы (стресса), складывается из жизненных событий и микротравм, роль которых особенно выделяется этим автором.                  К последним относятся, к примеру, непунктуальность, нечистоплотность, несправедливость, непорядочность, «неверность» участника коммуникативного процесса. Подобные микротравмы, действуя ежедневно и монотонно, способны сформировать внутриличностный конфликт.

Большую роль в формировании психосоматической патологии играют не только психологическая травма, но и посттравматическое стрессовое расстройство, возникающее как затяжная реакция на стрессовое событии. Последующее переживание психической травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), кошмарных сновидений, отчуждение от других людей, утрата интереса к жизни с формированием эндогенной депрессии  и эмоциональная притупленность способствуют возникновению глубокого внутриличностного конфликта. Подобное психическое состояние нередко провоцирует  аномальные формы поведения, желание отстраниться от реальности, уйти в мир фантазий и грёз с помощью наркотических веществ и алкоголя.

Человек, находящийся в гармоничных отношениях со своей средой, может перенести экстремальные органные и психические нагрузки безболезненно. Однако в жизни встречаются личностные проблемы, которые вызывают настолько тягостную фиксацию и душевный разлад, что в определенных жизненных ситуациях приводят к формированию негативных  эмоций и неуверенности в себе. Именно в сложных ситуациях психосоматически «отягощенные» пациенты, проявляющие эмоциональную подавленность, не могут правильно оценить и описать свое состояние.

Таким образом, на первый план выступают не столько важность или интенсивность психотравмирующего воздействия, сколько повторяемость, однотипность и длительность. Ведущими механизмами этиопатогенеза психосоматических заболеваний признаются психосоциальные факторы, среди которых  важную роль  играют длительное психическое напряжение, интрапсихический невротический конфликт, а также острые психотравмирующие ситуации в сочетании с личностными особенностями субъекта.

**РОЛЬ ЛИЧНОСТНОГО ФАКТОРА**

Значимая роль в формировании внутриличностных конфликтов принадлежит типам личности и,  их индивидуальной способности воспринимать широкий круг событий как фрустрирующий. В англо-американской литературе разных лет описывались личностные профили, характерные для больных грудной жабой, гипертонией, бронхиальной астмой и др. Общим итогом этих исследований явилось, скорее отрицание личностных структур, характерных для отдельных заболеваний. Точнее, следует говорить об особенностях личности психосоматического больного вообще, рассматривая в качестве базисной характеристики наличие инфантильной личностной структуры, невротической жизненной позиции, поскольку соматическое выражение эмоциональных переживаний является инфантильной формой их выражения.

У лиц с различным типом личности разные особенности регуляции вегетативных функций, обеспечивающие эффективность адаптивных реакций и, как следствие, различный уровень и резерв здоровья.

Доказано, что у больных, страдающих язвенной болезнью желудочно-кишечного тракта, нейроциркуляторной дистонией, отмечаются некоторое снижение интеллекта, усиление паранойяльных черт личности, а также  активизация тормозных процессов и истощение процессов возбуждения в центральной нервной системе, особенно в правом полушарии. В то же время при недостаточности правого полушария возникающие эмоциональные расстройства в большей мере сочетаются с висцеровегетативными нарушениями. В структуре  «расстройств адаптации» у психосоматических больных наблюдались тревога и   высокий   уровень     ипохондрии.

По данным некоторых  исследователей, пациенты с психосоматическими заболеваниями и неврозами имеют общую личностную особенность – высокую эмотивность, определяющую чувствительность к психотравмирующим влияниям.  При этом психосоматические пациенты имеют низкую дистимность, предполагающую наличие достаточного адаптационного механизма по преодолению аффективного напряжения тревожно-депрессивного спектра.

Для больных с психосоматической патологией  характерен широкий спектр фиксированных форм поведения – навязчивости, приверженности стереотипам, упрямства, педантизма, что свидетельствует о высокой степени неприятия требований объективной реальности. Появляются «личные системы», регламенты и самоограничения, направленные на отсечение всего лишнего, мешающего поддержанию «социального лица».

Роли личностного фактора в развитии дисфункций соответствуют и психологические показатели, отражающие тенденцию к повышению уровня тревоги и снижению уровня агрессивности.

У больных психосоматической патологией большее значение приобретают нейротизм и интроверсия, что свидетельствует о состоянии реактивной тревоги или реактивной депрессии, приводящей к неадекватно сильным эмоциональным реакциям по отношению к вызывающим их ситуациям.

**РОЛЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

Психосоматическое расстройство – есть способ «компенсации» патологического изменения биологической матрицы эмоций тревоги, проявляющейся психическими, вегетативными и органными нарушениями. Тревога как один из наиболее интимных и облигатных механизмов психического стресса имеет важное адаптационное значени. Эмоциональная реакция, выражающаяся в форме тоски и постоянной тревоги, а также характерном ощущении страха, является связующим звеном между психологической и висцеральной сферами. Состояние тревоги выступает ведущим патогенетическим фактором при психосоматической патологии. При этом в фазе ремиссии заболевания состояние тревоги выражено более сильно, а в момент обострения – слабее.

 Особое внимание в  механизмах формирования  внутриличностных конфликтов отводится повышенной  личностной тревожности как  наиболее устойчивой  характеристики личности, увеличению невротизации и депрессии.

Типичными симптомами тревожного состояния являются чувство постоянного беспокойства, нервозности, раздражительности, нетерпимости к обычным бытовым раздражителям. Однако на прием к врачу больные с тревожными расстройствами приходят не с перечисленными выше жалобами, а с массой органных жалоб. Тревожное расстройство практически всегда включает в себя адаптационные вегетативные симптомы, обусловленные активацией симпатической нервной системы и усилением свободнорадикального окисления липидов.   Среди   типичных вегетативных симптомов – сердцебиение, «перебои» в деятельности сердца, кардиалгии, неустойчивый уровень артериального давления, чувство жара или озноба, одышка, чувство «кома в горле», тремор, головная боль и головокружение, мышечные подергивания, парестезии, неустойчивый стул и др. Но несмотря на обилие жалоб даже при самом тщательном клинико-инструментальном  обследовании у части пациентов не удается диагностировать какого-либо серьезного заболевания.

Существует мнение о том, что тревожные расстройства повышают риск последующего развития депрессии.  При этом тревога и депрессия могут быть как коморбидными психическими нарушениями, так и находиться в рамках одной диагностической категории – «смешанного тревожно-депрессивного расстройства» по МКБ-10. Сочетание данных симптомокомплексов является скорее правилом, чем исключением, что подтверждается наличием  сильной корреляционной связи между ними.

Тревожное расстройство у психосоматических больных имеет свои клинические особенности. Наиболее яркими  и сложными проявлениями тревоги у таких пациентов являются вегетативный, моторный и сенестопатический компоненты. Когнитивный компонент тревоги (сознательное переживание тревоги и способы борьбы с ней) слабо выражен или отсутствует. Тревожный аффект значительно упрощен, что проявляется  подавлением тревожных побуждений к действию, высказыванию, аффективной разрядкой через смех, плач, гнев. Высказано предположение о специфичности симптомов тревожного расстройства  при различных психосоматических заболеваниях.

В целом правомочность термина «психосоматическая тревога», его значение и содержание требуют дальнейшего уточнения. Клиническое выделение элементов психосоматического тревожного симптомокомплекса, вопросы типологии и систематики, патогенеза и терапии остаются предметом научной дискуссии и заслуживают пристального внимания и изучения.

Проблема психосоматических соотношений остается одной из наиболее сложных проблем современной медицины, несмотря на то, что тесная взаимосвязь психического, соматического и органного компонентов замечена и изучается в течение многих веков, со времен Гиппократа и Аристотеля.

# Список используемой литературы

1. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение /   Ф. Александер. − М.: Перрлс, 2000. − 296 с.

2. Александровский, Ю.А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение / Ю.А. Александровский. – М.: ГЕОТАРМЕД,  2004. – 240 с.

3. Березин, Ф.Б. Эмоциональный стресс и психосоматические расстройства. Подходы к терапии / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников // Materia medica. – 1996. – № 1(9). – С. 29–56.

4. Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2008. – 960 с.