	Система менеджменту якості НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ КОМПЛЕКС навчальної дисципліни «Основи психосоматики»	Шифр документа	СМЯ НАУ НМК 12.01.07- 01 – 2018
		Стор. 23 з 160	

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЛІНГВІСТИКИ ТА СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ
КАФЕДРА ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ


КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ

з дисципліни «Основи психосоматики»

Галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові науки»
Спеціальність: 053 «Психологія»
Освітньо-професійна програма: «Практична психологія»

Укладач: кандидат психол. наук,
Дубчак О.Б.

Конспект лекцій розглянутий та схвалений
на засіданні кафедри педагогіки та
психології професійної освіти
Протокол № від « » 2020 р.
Завідувач кафедри _____ Лузік Е.В.

	Система менеджменту якості НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ КОМПЛЕКС навчальної дисципліни «Основи психосоматики»	Шифр документа	СМЯ НАУ НМК 12.01.07- 01 – 2018
		Стор. 23 з 160	

Лекція № 1

Тема лекції: Введення в психосоматику

План лекції

1. Психосоматика та її сутність.
2. Джерела емоційно обумовлених (психосоматичних) захворювань.
3. Типи емоційного відношення хворих до своєї хвороби.
4. Особливості хворого.
5. Внутрішня картина хвороби.
6. Психогенез.
7. Нозогенії (психогенні реакції) при психосоматичних захворюваннях.
8. Класифікації та клінічна картина різних варіантів нозогеній.


Література

1. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.
2. 3.1.2. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача / Пер. с нем. – С-Пб., 1996. – 256 с.
3. Бурлачук Л.Ф., Грабская И.А., Кочерян А.С. Основы психотерапии: Учебн. пособие для студентов вузов, которые обучаются по спец. «Психология», «Соц. педагогика». – К.: Ника-Центр, М.: Алетейа, 1999. – 320 с.
4. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – М.: Эксмо, 2002.
5. Пезешкиан Н. Психосоматическая медицина и позитивная психотерапия. – М., 1996.

Зміст лекції

Психосоматика та її сутність

На сьогоднішній день не існує єдиного визначення терміна психосоматика. З одного боку, цей термін має на увазі науковий напрям, який встановлює взаємини між психікою і тілесними функціями, досліджує, як психологічні переживання впливають на функції організму, як переживання можуть викликати ті чи інші хвороби. З іншого боку, під терміном психосоматика мається на увазі ряд феноменів, пов'язаних з взаємовпливом психічного і тілесного, в тому числі цілий ряд патологічних порушень. По-третє, під психосоматикой розуміють напрямок медицини, що

	Система менеджменту якості НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ КОМПЛЕКС навчальної дисципліни «Основи психосоматики»	Шифр документа	СМЯ НАУ НМК 12.01.07- 01 – 2018
		Стор. 23 з 160	

ставить собі за мету лікування психосоматичних порушень психосоматическая медицина.

Предмет психосоматики - психосоматичні захворювання.

В даний час психосоматика є міждисциплінарним науковим напрямом:

- вона служить лікуванню захворювань і, отже, знаходиться в рамках медицини

- досліджуючи вплив емоцій на фізіологічні процеси, вона є предметом дослідження фізіології


- як галузь психології вона досліджує поведінкові реакції, пов'язані із захворюваннями, психологічні механізми, що впливають на фізіологічні функції

- як розділ психотерапії вона шукає способи зміни деструктивних для організму способів емоційного реагування та поведінки

- як соціальна наука вона досліджує поширеність психосоматичних розладів, їх зв'язок з культурними традиціями і умовами життя.

Проблема психосоматичних співвідношень - одна з найбільш складних проблем сучасної медицини, незважаючи на те що тісний взаємозв'язок психічного і соматичного помічена і вивчається протягом кількох століть, з часів Гіппократа і Арістотеля. У 1818 р німецький лікар з Лейпцига Хайнрот ввів термін «психосоматичний». Йому належали слова: «Причини безсоння зазвичай психічно-соматичні, проте кожна життєва сфера може сама по собі бути достатнім їй підставою». У 1822 р німецький психіатр М. Якобі ввів поняття «соматопсихической» як протилежне і в той же час доповнює по відношенню до «психосоматическому». У загальноприйнятий лікарський лексикон термін «психосоматика» увійшов лише через сторіччя. Термін «психосоматичний» остаточно прижився в медицині завдяки віденським психоаналітиків (Deutsch, 1953), і з цього часу психосоматична медицина позначилася як «прикладної психоаналіз в медицині». Дойч, емігрувавши в сорокові роки в США, разом з колегами Фландерс Данбар, Францем Александером і ін. Викликав інтерес до психосоматичних проблем, і вже до кінця 50-х років в американській науковій літературі було опубліковано близько 5000 статей про соматичної медицині очима психологів. Серед тих, хто розвивав цей напрямок, слід назвати таких відомих аналітиків, як Адлер, Сонди. У Росії найбільш наближеним до цього напрямку підійшли вчені школи І. П. Павлова при розробці методу експериментального неврозу.

У міру еволюції людини поступово порушувався універсальний механізм пристосування його психіки до навколишнього середовища. Разом зі зміною психології людини і середовища її проживання виявлялися нові і чисельно збільшувалися наявні психологічні симптоми і синдроми. В ході еволюції придбав властиві йому як біологічного виду силу, гнучкість, рухливість, здатність до терморегуляції, певні характеристики органів

	Система менеджменту якості НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ КОМПЛЕКС навчальної дисципліни «Основи психосоматики»	Шифр документа	СМЯ НАУ НМК 12.01.07- 01 – 2018
		Стор. 23 з 160	

почуттів. Стародавні інстинктивні програми поведінки людини допомагали протистояти голоду, холоду, нападу ворогів і хижаків. У міру розвитку людської історії змінювалися навантаження, від яких немає програм генетичного захисту, і тепер пристосування до середовища залежить від психічних можливостей людини у багато разів більше, ніж від сили його м'язів, міцності кісток і сухожиль і швидкості бігу. Небезпечним стало не зброя ворога, а слово. Емоції людини, спочатку покликані мобілізувати організм на захист, тепер частіше придушуються, вбудовуються в соціальний контекст, а з часом псуються, перестають визнаватися їх господарем і можуть стати причиною руйнівних процесів в організмі (Радченко, 2002).


Психосоматичний підхід починається тоді, коли пацієнт перестає бути лише носієм хворого органу і розглядається цілісно. Тоді психосоматичний напрямок можна розглядати і як можливість «зцілення» від деперсоналізувати медицини.

За сучасними уявленнями, до психосоматичних захворювань і розладів відносять:

Конверсійні симптоми. Невротичний конфлікт отримує вторинний соматичний відповідь і переробку. Симптом має символічний характер, демонстрація симптомів може розумітися як спроба вирішення конфлікту. Конверсійні прояви зачіпають в більшій частині довільну моторику і органи чуття. Прикладами є істеричні паралічі і парестезії, психогенна сліпота і глухота, блювота, больові феномени.

Функціональні синдроми. У цій групі знаходиться переважна частина «проблемних пацієнтів», які приходять на прийом із строкатою картиною часто невизначених скарг, які можуть зачіпати серцево-судинну систему, шлунково-кишковий тракт, руховий апарат, органи дихання або сечостатеву систему. Безпорадність лікаря щодо цієї симптоматики пояснюється серед іншого різноманітністю понять, якими позначаються ці скарги. Часто у таких хворих є тільки функціональні порушення окремих органів або систем; будь-які органічні зміни, як правило, не виявляються. На відміну від конверсійних симптомів, окремий симптом не має специфічного значення, будучи неспецифічним наслідком порушеною тілесної функції. Александер описав ці тілесні прояви як супроводжуючі ознаки емоційної напруги без характерних рис і позначив їх органічними неврозами (Александер, 2002).

Психосоматозів - психосоматичні хвороби в більш вузькому сенсі. В основі їх - первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановлюваними змінами і патологічними порушеннями в органах. Відповідна схильність може впливати на вибір органу. Захворювання, пов'язані з органічними змінами, прийнято називати істинними психосоматичними хворобами, або психосоматозів. Спочатку виділяли 7 психосоматозів («holy seven»): бронхіальна астма, виразковий

	Система менеджменту якості НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ КОМПЛЕКС навчальної дисципліни «Основи психосоматики»	Шифр документа	СМЯ НАУ НМК 12.01.07- 01 – 2018
		Стор. 23 з 160	

коліт, есенціальна гіпертонія, нейродерміт, ревматоїдний артрит, виразка дванадцятипалої кишки, гіпертиреоз.

Пізніше цей список розширився - до психосоматичних розладів відносять рак, інфекційні та інші захворювання.

Незважаючи на те що слово «психосоматика» вживається дуже часто як в побуті, так і в науковій літературі, на сьогоднішній день не існує єдиного визначення цього терміна. В цілому його значення впливає зі слів, які в нього входять (душа і тіло). З одного боку, цей термін має на увазі науковий напрям, який встановлює взаємини між психікою і тілесними функціями, досліджує, як психологічні переживання впливають на функції організму, як переживання можуть викликати ті чи інші хвороби. З іншого боку, під терміном «психосоматика» мається на увазі ряд феноменів, пов'язаних з взаємовпливом психічного і тілесного, в тому числі цілий ряд патологічних порушень. По-третє, під психосоматикою розуміють напрямок медицини, що ставить собі за мету лікування психосоматичних порушень («психосоматична медицина»).


У період створення психосоматичної медицини як науки, котра прагнула подолати розрив між тілесним і психічним, була створена жорстка однолінійна модель психосоматичного захворювання. В подальшому вона була замінена поданням про можливість виникнення будь-якого захворювання при взаємодії як фізичних, так і психосоціальних факторів, що призвело до багатфакторної відкритої моделі хвороби. Таким чином, ці на місце проблеми вузького кола психосоматичних розладів прийшов інтегральний психосоматичний підхід.

Патогенез психосоматичних розладів надзвичайно складний і визначається:

1. неспецифічної спадкової і вродженої отягощеностю соматичними порушеннями і дефектами;
2. спадковою схильністю до психосоматичних розладів;
3. нейродинамічними зрушеннями (порушеннями діяльності ЦНС);
4. особистісними особливостями;
5. психічним і фізичним станом під час дії психотравмуючих подій;
6. фоном несприятливих сімейних і інших соціальних факторів;
7. особливостями психотравмуючих подій.

Перераховані фактори не тільки беруть участь в походженні психосоматичних розладів, але і роблять індивіда вразливим до психоемоційних стресів, ускладнюють психологічну і біологічну захист, полегшують виникнення і обтяжують перебіг соматичних порушень.

Прийнято вважати, що психосоматична медицина - ровесниця минулого століття. Однак мова при цьому йде не про виникнення нової концепції в медицині, а про відродження принципів медицини давнини,

	Система менеджменту якості НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ КОМПЛЕКС навчальної дисципліни «Основи психосоматики»	Шифр документа	СМЯ НАУ НМК 12.01.07- 01 – 2018
		Стор. 23 з 160	

підходила до захворювання як до специфічно індивідуальному явищу, як до хвороби конкретної людини, хвороби душі і тіла. Психосоматична медицина стара, як саме лікування.


Центром тяжіння психосоматичного страждання виявляється завжди орган, найбільш уразливий і важливий для життєдіяльності організму в представленні індивіда. «Вибір органу» свідчить про переважної спрямованості захисно-приспосувальних механізмів, що викликають ушкоджує ефект у міру наростання дезінтеграції в стресових ситуаціях.

Ініціатива у виборі органу належить завжди кірковим зв'язків, що впливає на емоційні підкіркові апарати і програмує ступінь залучення тих чи інших органів в стресову ситуацію. Який саме ефекторний шлях виявиться краще для виходу на периферію емоційного збудження, залежить, в кінцевому рахунку, від особливостей даної емоції, від особливостей нервової конституції людини і від всієї історії його життя.

Осередок психічної імпульсації взаємодіє з соматичними системами організму і утворює стійку функціональну систему, патологічну в своїй основі, але одночасно і захисну, оскільки вона є частиною механізмів гомеостазу в рамках зміненого хворобою існування і пристосування організму до патопластическому впливу фіксованого переживання.

Передбачається існування так званого препсихосоматического особистісного радикала - тих особистісних особливостей, які призводять до захворювання; це вогнище психосоматичної імпульсації, фіксоване патопластическое переживання. Він формується в дитячому і підлітковому віці.

У сучасній психосоматики розрізняють схильність, що дозволяють і затримують розвиток хвороби чинники. Схильність - це вроджена (наприклад, генетично обумовлена), а при певних умовах і придбана готовність, яка виливається в форму можливого органічного або невротичного захворювання. Поштовхом до розвитку такого захворювання є важкі життєві ситуації. Якщо маніфестують невротичні або соматичні захворювання, то вони розвиваються за власними закономірностям, які, однак, тісно пов'язані з факторами навколишнього середовища. Наприклад, значення сприяють розвитку хвороби факторів при хронічних захворюваннях стало відомо лише останнім часом. У будь-якому випадку для діагностики як психосоматичного, так і невротичного захворювання необхідне розуміння ситуаційного характеру його походження. Констатація наявності психосоматичних порушень не призводить до заперечення основного діагнозу. Якщо сьогодні говорять про психосоматичні, биопсихосоціальні захворювання, то це лише вказує на зв'язок «схильність - особистість - ситуація».

	Система менеджменту якості НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ КОМПЛЕКС навчальної дисципліни «Основи психосоматики»	Шифр документа	СМЯ НАУ НМК 12.01.07- 01 – 2018
		Стор. 23 з 160	

Людина, що знаходиться в гармонійних відносинах зі своїм середовищем, може перенести екстремальні соматичні та психічні навантаження, уникнувши хвороби. Однак в житті зустрічаються особистісні проблеми, які викликають настільки обтяжливу фіксацію і душевний розлад, що в певних життєвих ситуаціях призводять до негативних емоцій і невпевненості в собі. Саме в складних ситуаціях психосоматично обтяжені пацієнти, що проявляють емоційну пригніченість, не можуть правильно оцінити і описати свій стан.

Таким чином, в сучасному розумінні патогенезу психосоматичних захворювань визнається багатофакторність в поясненні їх природи. Соматичне і психічне, вплив схильності і середовища, фактичний стан навколишнього середовища і її суб'єктивна переробка, фізіологічні, психічні та соціальні впливи в їх сукупності і взаємодоповнення - все це має значення як взаємодіючих між собою факторів психосоматичних захворювань.

Внутрішня картина хвороби


Поняття «внутрішня картина хвороби» (ВКБ) - виникає у хворого цілісний образ свого захворювання - введено Р. А. Лурія (1977). У порівнянні з цілим рядом подібних термінів медичної психології («переживання хвороби», «свідомість хвороби», «ставлення до хвороби» і ін.), Термін «ВКБ» є найбільш загальним і інтегративним.

Перше уявлення про структуру ВКБ, що включає два рівня (сензитивний і інтелектуальний), надалі було диференційовано шляхом виділення чотирьох рівнів:

1. Емоційний - комплекс хворобливих відчуттів;
2. Емоційний - переживання захворювання і його наслідків;
3. Інтелектуальний - знання про хвороби і її реальна оцінка;
4. Мотиваційний - вироблення певного ставлення до захворювання, зміна способу життя і актуалізація діяльності, спрямованої на одужання.

ВКБ зазвичай виступає як цілісне, нерозчленованим освіту. На формування ВКБ впливають різні фактори: характер захворювання, його гострота і темп розвитку, особливості особистості в попередній хвороби період і ін. В якості методів дослідження ВКБ використовуються метод клінічної бесіди, опитувальники, анкети, інтерв'ю (Психологія, 1990).

У літературі найбільш освітлений когнітивний аспект ВКБ. В даний час ВКБ визнається окремим випадком «внутрішньої картини здоров'я» (Каган, 1993). Різноманітність визначень одного і того ж явища пов'язана з поліморфністю переживань хворого. Залежно від особливостей особистості хворого виділяють п'ять типів ставлення до хвороби: астено-депресивний, психастенический, іпохондричний, істеричний і ейфорично-анозогнозическій (Рохлін, 1975). Пропонується класифікація за рівнями активності особистості в її протидії захворюванню або її посиленню: варіанти відношення до

	Система менеджменту якості НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ КОМПЛЕКС навчальної дисципліни «Основи психосоматики»	Шифр документа	СМЯ НАУ НМК 12.01.07- 01 – 2018
		Стор. 23 з 160	

хвороби поділяються на пасивно-пасивно, активно-позитивне, або «відхід у хворобу», заперечення наявності захворювання, спокійно-вичікувальне ставлення, активна протидія розвивається недугу (Рейнвальд , 1978). Найбільш детальна класифікація відносин до хвороби (Личко, Іванова, 1980) відома в зв'язку з набула широкого поширення методикою для психологічної діагностики типів ставлення до хвороби - Тобол (Бурлачук, Коржова, 1998):

1. Гармонійний тип характеризується тверезою оцінкою свого стану, активним сприянням успіху лікування, небажанням обтяжувати інших своєю хворобою, перемиканням інтересів на доступні для хворого сфери життя при несприятливому перебігу хвороби.

2. Ергопатический тип відрізняється вираженим прагненням продовжувати роботу у що б то не стало, може бути описаний як «відхід від хвороби в роботу».

3. анозогностический тип характеризується активним відкиданням думки про хворобу та її наслідки, зневажливим ставленням до хвороби, небажанням лікуватися.

4. Тривожний тип відрізняється занепокоєнням і підозрілістю щодо несприятливого розвитку захворювання, пошуком інформації про хворобу та її лікування, пригнобленим настроєм. 5. Ипохондрический тип характеризується зосередженістю на суб'єктивних неприємних відчуттях і прагненням розповідати про них оточуючим.

6. Неврастенічний тип характеризується дратівливістю, особливо при хворобливих відчуттях, нетерплячість.

7. Меланхолійний тип відрізняється песимістичним ставленням до хвороби, невір'ям у одужання.

8. Апатичний тип відрізняється байдужістю до себе і перебігу хвороби, втратою інтересу до життя.


9. Сензитивний тип характеризується стурбованістю про несприятливий щодо оточуючих внаслідок хвороби, боязню стати тягарем.

10. Егоцентричний тип характеризується вимогою винятковою турботи, виставленням напоказ страждань з метою безроздільного заволодіння увагою оточуючих.

11. Паранойяльний тип характеризується крайньою підозрілістю до ліків і процедур, звинуваченнями оточуючих в можливі ускладнення або побічні дії ліків.

12. Дисфоричного тип відрізняється похмуро-озлобленим настроєм, ненавистю до здорових, звинуваченнями в свою хворобу інших, деспотичним ставленням до близьких.

З розвитком медичної соціології пов'язано виникнення концепції «ролі хворого», висунутої Т. Парсонсом (Parsons, 1986). Людина в ролі хворого займає в суспільстві особливе становище. У нього є обов'язки: очікується, що

	Система менеджменту якості НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ КОМПЛЕКС навчальної дисципліни «Основи психосоматики»	Шифр документа	СМЯ НАУ НМК 12.01.07- 01 – 2018
		Стор. 23 з 160	

хворий хоче одужати і тому шукати допомоги, допомагати лікареві в своє одужання. Є й особливі права: його звільнено від звичайних громадських обов'язків, наприклад, від відвідування роботи або навчання; про нього піклуються інші.


Як свідчать клінічні факти і результати попередніх досліджень, структура внутрішньої картини хвороби може бути різною у хворих різних нозологічних форм. «Питома вага» різних складових ВКБ залежить і від преморбідних особливостей особистості. Неоднаково представлені в свідомості окремі елементи ВКБ.

Спостерігається певна динаміка ВКБ з різним співвідношенням її елементів на різних етапах захворювання. При деяких захворюваннях переважають спочатку чуттєві елементи ВКБ можуть повністю зникати. Їх місце можуть займати результати розумової переробки хворим факту захворювання і емоційна оцінка хвороби. Різна за структурою і динамікою ВКБ створює специфічні і надзвичайно важливі умови розвитку перебудови особистості хворого. Психологічний аналіз мотиваційної сфери хворих показує, що зміна ВКБ може сприяти виникненню нової провідної діяльності у хворих, в рамках якої і відбувається формування патологічних рис особистості.

Нозогенії (психогенні реакції) при психосоматичних захворюваннях

Більшість хронічних соматичних захворювань супроводжується психічними симптомами або внаслідок прямого пошкоджуючого дії біологічного патологічного процесу на функціонування головного мозку (наприклад, нервозність, збудливість при гіпертиреозі, депресія, тривога, зміни особистості при пухлинах головного мозку), або внаслідок психологічного реагування на факт захворювання. На початку ХІХ століття поняття «соматопсихической» було запропоновано німецьким психіатром Якобі для того, щоб підкреслити домінування тілесного у виникненні деяких психічних розладів. В даний час багато авторів відносять соматопсихические порушення до області вивчення психосоматичної медицини (Ісаєв, 1996; Пезешкиан, 1996).

У вітчизняній літературі для позначення психогенних реакцій, що виникають у зв'язку з соматичним захворюванням, прийнятий термін «нозогенії». Це поняття враховує подвійну природу таких реактивних станів, структура яких розгортається в двох взаємодоповнюючих площинах: психопатологічної, відповідної загальним синдромною властивостями таких психогеній, і психологічної (метасіндромальної), що відбиває усвідомлення індивідумом свого «тілесного Я», його «ставлення», «свідомість», «суб'єктивне сприйняття» хвороби, суб'єктивний сенс захворювання, самооцінку стану здоров'я та ін.

	Система менеджменту якості НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ КОМПЛЕКС навчальної дисципліни «Основи психосоматики»	Шифр документа	СМЯ НАУ НМК 12.01.07- 01 – 2018
		Стор. 23 з 160	

Структура нозогенії детермінується психологічними, соціальними, конституціональними (характерологічний склад) і біологічними (об'єктивні параметри соматичного захворювання) чинниками. Для позначення метасіндро-мального рівня у вітчизняній літературі використовується термін «внутрішня картина хвороби», який детально обговорювалося в попередньому розділі.

Типологія нозогенії на психологічному рівні передбачає виділення двох найбільш значущих типів внутрішньої картини хвороби - гіпер- і гіпнозогнозія (Смулевич і ін., 1997).

Гіпернозогнозія визначається високою значимістю соматичного страждання, егосінтонним ставленням. Его-синтонність (в перекладі з грецького - спорідненість Я) відповідає сприйняттю пацієнтом свого захворювання як дифузного, неструктурованого, невіддільне від власної особистості феномена.

Для гіпнозогнозія характерна сукупність протилежних ознак - тенденція до недооцінки значущості соматичного страждання, егодістонне ставлення до проявів хвороби, переконаність в можливості самостійного подолання з нею.


Виділені типи диференціюються залежно від способу формування образу хвороби, яка веде модальності реагування, а також суб'єктивної локалізації контролю.

При гіпернозогнозія соматичне страждання сприймається як сукупність загрожують життю симптомів захворювання. Образ хвороби складається у вигляді перцепт безпосередньо під впливом переживань, пов'язаних з вираженим тілесним дискомфортом.

При гіпнозогнозія, навпаки, захворювання сприймається як сукупність інформації про наявний соматичному неблагополуччя. Образ хвороби у вигляді концепту складається, якщо цьому не перешкоджає невротичний заперечення соматичного страждання, «вимушено», опосередковано, під впливом не тільки тілесного дискомфорту, скільки інтерпретації стану пацієнта оточуючими (лікарями, медичним персоналом, сусідами по палаті, родичами і т.д.).

Для гіпернозогнозія краща емоційна модальність реагування на захворювання (пригніченість, тривога, страх); для гіпнозогнозія - когнітивно-біхевіо-ральная (інтелектуально-поведінкова), що реалізується в суб'єктивному аналізі власної поведінки, і відкривається головна роль у виникненні хвороби.

Гіпернозогнозія властиво пасивне совладання із захворюванням, що характеризується відмовою від будь-яких самостійних дій, спробами переадресувати відповідальність за всі значущі події, пов'язані з соматичним стражданням, іншим особам. Для гіпнозогнозія, навпаки, переважно

	Система менеджменту якості НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ КОМПЛЕКС навчальної дисципліни «Основи психосоматики»	Шифр документа	СМЯ НАУ НМК 12.01.07- 01 – 2018
		Стор. 23 з 160	

активну совладаніє, що реалізуються в прийнятті особистої відповідальності за все значимі ситуації, що асоціюються з хворобою, і в самостійних діях, спрямованих на мінімізацію її проявів.

Гіпер- і гіпнозогнозія можна розглядати в якості полюсів, які задають континуум клінічних варіантів нозогеній, диференційованих на підставі особливостей синдрому і його регістра. Відповідно виділяються гіпер-і гіпнозогнозістическі невротичні, афективні, психопатичні (з формуванням надцінних ідей) реакції. В якості окремих варіантів нозогеній можуть розглядатися маячні і деякі інші реактивні стану, що формуються при коморбідності соматичної і ендогенної патологій.

Невротичні синдроми (тривожно-фобічні і «невротичного заперечення»).


Гіпернозогнозістическій варіант проявляється страхом і тривожними побоюваннями, пов'язаними з тілесним недугою, гіпертрофованої оцінкою його наслідків, що загрожують здоров'ю, неможливістю повної соціальної реабілітації. У клінічній картині можуть домінувати істеричні прояви (демонстративність поведінки, яскравість і образність скарг, конверсійні симптомокомплекс). При затяжних реакціях формуються явища ригідній іпохондрії (ретельна реєстрація найменших ознак тілесного неблагополуччя, «щадний» режим - дієта, верховенство відпочинку над роботою, жорстка регламентація фізичних навантажень, прийому медикаментів та ін.).

Гіпнозогнозістическій варіант характеризується проявами «невротичного заперечення». У клінічній картині на першому плані стоїть синдром «прекраснодушності» з дисоціацією між проявами соматизированной тривоги (тахікардія, тремтіння, пітливість) і демонстративно-зневажливим ставленням до хвороби. Однак за фасадом награного оптимізму виступає страх порушення життєво важливих функцій організму.

Емоційні реакції (реактивні депресії, гіпома-ванні).

Гіпернозогнозістическій варіант - синдром іпохондричною депресії - визначається гіпотімією з тривогою і почуттям безнадійності, що поєднуються з астеною, зниженням фізичної активності, алгіями і іншими патологічними тілесними сенсаціями. Зміст реакції визначається песимістичним сприйняттям хвороби, тривожними побоюваннями і страхами, тісно пов'язаними з актуальним соматичним станом. Уявлення про небезпеку хвороби, її невиліковність, несприятливому результаті, негативні соціальні наслідки зазвичай перебільшені.

Гіпнозогнозістическій варіант - синдром «ейфорічен-ської псевдодеменції» - характеризується підвищеним афектом з переважанням благодушності, неадекватно-оптимістичною оцінкою як справжнього стану, так і наслідків хвороби. Пацієнти мало стурбовані об'єктивно важкими, часом загрозливими життя порушеннями діяльності організму, будують райдушні

	Система менеджменту якості НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ КОМПЛЕКС навчальної дисципліни «Основи психосоматики»	Шифр документа	СМЯ НАУ НМК 12.01.07- 01 – 2018
		Стор. 23 з 160	

плани на майбутнє, ігнорують лікувальний режим, «забувають» про необхідність прийому ліків.

Патохарактерологические реакції (параноїчні, шизоїдні, істеричні) з виявленням надцінних ідей (іпохондрія здоров'я, синдром «патологічного заперечення хвороби»).


Гіпернозогностическій варіант - «синдром іпохондрії здоров'я». Усвідомлення пов'язаних з соматичної хворобою патологічних змін діяльності організму супроводжується прагненням до подолання недуги. Домінують ідеї «повного відновлення будь-яку ціну». Хворі відчувають в собі потенційні можливості зусиллям волі «переламати» хід подій, позитивно вплинути на перебіг і результат соматичного страждання, всупереч медичним рекомендаціям "модернізувати" лікувальний процес наростаючими навантаженнями або фізичними вправами - «долає стиль поведінки» (Barsky, Klerman, 1983).

Гіпонозогностическій варіант - синдром патологічного заперечення хвороби. Формується зазвичай у хворих з аномальними рисами, обумовленими психологічним терміном «пружність». Йдеться про осіб параноїдального або шизоїдного складу, позбавлених відчуття страху, фаталіст, привносять в реакцію на хвороба не тривожні побоювання або ідеї ущербності, але елементи ризику, ігри з небезпекою. При виникненні загрожує життю патології (злоякісні новоутворення, гострий інфаркт міокарда, туберкульоз з вираженою інтоксикацією та ін.) Для них переважно заперечення тяжкості хвороби, її загрозливого змісту. Знаючи, що при недугу, яким він страждає, можливий смертельний результат, пацієнт переконаний, що завдяки диву, чарівного впливу невідомого раніше кошти він неодмінно зцілиться. Основною темою стає здоров'я. Будучи місяцями прикутими до ліжка, пацієнти кажуть, що готові зайнятися спортом, почати «нове життя».

Інша класифікація нозогеній запропонована в роботі (Михайлов та ін., 2002). Виділяють три основні групи:

Соматогенний астеничний симптомокомплекс, який сформувався внаслідок нейротоксического і психотрав-мірующего впливу соматичних захворювань. Основним патопсихологіческим механізмом його формування є зміна біосоціальних статусу особистості внаслідок соматичного захворювання як фактора, що не залежить від суб'єктивно-вольової сфери хворого.

У хворих цієї групи невротичні скарги з'являються непомітно, поступово, через деякий час після виявлення соматичного захворювання, без значущих побічних психотравмуючих впливів.

	Система менеджменту якості НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ КОМПЛЕКС навчальної дисципліни «Основи психосоматики»	Шифр документа	СМЯ НАУ НМК 12.01.07- 01 – 2018
		Стор. 23 з 160	

Частота і вираженість соматогенного астеничного симптомокомплексу зростає зі збільшенням давності соматичного захворювання і ступеня його тяжкості.

Астенична симптоматика посилюється в періоди загострення соматичного захворювання і, навпаки, пом'якшується, а в ряді випадків навіть зникає при поліпшенні соматичного стану хворих.

Першими ознаками невротичних порушень у цих хворих, як правило, стають явища фізичної і психічної астенії, загальна слабкість, підвищена стомлюваність, відчуття знесилення, зниження працездатності і здатності до концентрації уваги, погіршення пам'яті, неухвильність, постсомнічних порушення. Практично всі хворі відзначають наявність головного болю нервово-м'язового характеру, яку описують як відчуття тяжкості в голові, «шолома», «стягивающего обруча» і т. П.

Поступово з'являються розлади емоційно-вольової сфери: хвороблива дратівливість, запальність, коливання настрою від похмуро-песимістичного до звичайного, рівного. Згодом в емоційній сфері превалюють стають негативні емоції, посилюється пригніченість, зниження настрою, формується відчуття туги, внутрішнього дискомфорту з елементами тривожності.


У той же час при вивченні психічного стану хворих звертає на себе увагу блідість, невиразність, розпливчастість психологічної симптоматики, її парціальний (відособленість). Хворі в бесідах самотійно не акцентують на ній увагу, сприймаючи її як другорядне, хоча і неприємне «доповнення» до соматичного захворювання.

Преморбідні (преморбиде (лат. Morbus - хвороба) - попереднє і сприяє розвитку хвороби стан (на межі здоров'я та хвороби), коли захисні і пристосувальні сили організму перенапружені або різко ослаблені (наприклад, виснаження і переохолодження організму перед розвитком пневмонії). Може або перейти в виражену форму хвороби, або через деякий час закінчитися нормалізацією функцій організму.) особливості особистості хворих виступають як облігатний фактор, який привносить в загальну клінічну картину характерні і чіткі відтінки, однак і вони несуть на собі відбиток блідості, невиразності, парціальний

Гострі невротичні розлади, які виникли у соматичних хворих внаслідок перенесених психотравм.

Невротичні розлади з'являються у цих хворих на тлі соматичного захворювання, однак причинний зв'язок їх з соматичним захворюванням не простежується.

У той же час при опитуванні виявляються гострі або хронічні психотравми (найчастіше сімейно-побутового характеру або пов'язані з роботою хворих), які передували маніфестації невротичних розладів.

	Система менеджменту якості НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ КОМПЛЕКС навчальної дисципліни «Основи психосоматики»	Шифр документа	СМЯ НАУ НМК 12.01.07- 01 – 2018
		Стор. 23 з 160	

У більшості частини хворих цієї групи виявляється пре-морбідного акцентуація характеру.

За тривалістю і якісним характеристикам невротичні розлади у них відповідають клініці класичної неврастенії, дісоціативних (конверсійних) та обсесивно-компульсивних розладів.

Гострий початок невротичних розладів частіше зустрічається у хворих з дісоціативним (конверсійними -захворювання психогенного характеру, що виникає в основному через внутрішні психологічних конфліктів) розладами, гострий і підгострий більш характерно для хворих з обсесивно-компульсивними розладами, підгострий і затяжний - при неврастенії.

На відміну від хворих з соматогенних астенічним симптомокомплексом, гострі невротичні розлади у соматичних хворих по своїй яскравості, значущості як би витісняють прояви соматичного захворювання. Спроби повернути до них увагу хворих тільки висвітлюють невроз, т. К. Навіть соматичні скарги у них носять невротичний відтінок: «... так, біль буває ... такий ниючий, неприємною ... не можу спати ... нервую ... переживаю ... стискати, як пружина ... відчуваю себе розбитою ... нещасливою ... світ не милий ... ».


Соматичне страждання як би змагається, розчиняється в неврозі, надаючи йому специфічний відтінок в інтерпретації актуальної психотравми.

Найбільш типовими симптомами неврастенії у соматичних хворих спочатку є відчуття нездужання, стомлюваності, млявості, загальної слабкості, Інтрасомніческіе розладів, вираженість яких зменшується на деякий час після відпочинку, перемикання уваги. Однак потім незмінно знову нарастають слабкість, розбитість, відчуття втоми, головний біль, знижується можливість до концентрації уваги.

Поступово на тлі нейросоматическіх проявів зростаючої астенії з'являється і прогресує емоційна лабільність. Все частіше наступають періоди меланхолійного, апатичного стану, байдужості до оточення, пригніченості. Зростає тривожність, очікування чогось поганого. У частини хворих з'являються фобії, формується іпохондрична інтерпретація свого соматичного стану, результатів параклінічних досліджень.

У соматичних хворих з дісоціативним (конверсійними) розладами невротична симптоматика безпосередньо пов'язана з гострими психотравмами, виникає гостро, раптово, відрізняється яскравістю, демонстративністю. Емоційні порушення часто спостерігаються в тісному поєднанні з рясними вегетососудистими, сенсомоторних і кінетичними розладами.

Жвава міміка, експресія, афективна насиченість надають своєрідний колорит депресивної симптоматикою, в яку вплітається тема «найважчого і

	Система менеджменту якості НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ КОМПЛЕКС навчальної дисципліни «Основи психосоматики»	Шифр документа	СМЯ НАУ НМК 12.01.07- 01 – 2018
		Стор. 23 з 160	

небезпечною» соматичного захворювання. «Безталанна» хворих демонструється всім їх поведінкою.

Обсесивно-фобічні (нав'язливі думки (обсесии), часто перетікають в страхи) прояви також несуть на собі печатку чужості, демонстративності. Безпідставні страхи раку, близьку смерть відрізняються нестійкістю, облігатністю і в той же час значною емоційною насиченістю. Характерними є образливість, підвищена сугестивність, хворобливе прагнення привернути до себе увагу, егоцентризм, на тлі яких своєрідно проявляються емоційні радикали астенії - нестабільність настрою, дратівливість, запальність, нестриманість.

У хворих з обсесивно-компульсивними (нав'язливі думки (обсесии), часто перетікають в ритуальні дії (компульсии) розладами на тлі соматичного захворювання невротична симптоматика маніфестує фобіями, як правило, відразу після гострої психотравми. У частині з них пізніше формуються також обсесии ідеомоторного або моторного сфер, але практично завжди в поєднанні з фобіями. Частіше за все це страх закритих приміщень, раку, операцій. Характерними особливостями емоційних порушень у соматичних хворих з обсесивно-компульсивними розладами є стійкість, конкретність, усвідомленість фобій, переважно астеничного характеру з тривожним і депресивним фоном, включенням в їх структуру соматичного захворювання і імпресивної. проявів, які, поступово посилюючись, набувають депресивно-іпохондричний характер.

Невротичні розлади із затяжним перебігом, на тлі яких розвинулося соматичне захворювання.

На відміну від хворих на гострі невротичні розлади, в цій групі невротична симптоматика характеризується втратою парціальності, усвідомленням хворобливості стану, синдромологіческой посиленням, втратою зв'язку з психотравмою, зростанням вегетативних і соматовісцеральних компонентів, появою астено-депресивних, астено-іпохондричних, обсесивно- фобічних, депресивно-фобічні психопатологічних синдромів, а в подальшому і формуванням психопатизації особистості хворих, проявами ригідності і дезадаптації.

Соматичне захворювання, яке розвивалося на тлі цих невротичних розладів, у таких хворих тісно переплітається з невротичної симптоматикою, призводить до погіршення їх психічного стану, посилення депресивного фону настрою, зростання явищ астенії. Характерний для цих хворих низький поріг больової чутливості підсилює депресивно-іпохондричні прояви і фіксацію. Звертає на себе увагу невідповідність ступеня тяжкості соматичного страждання, виразності емоційного сприйняття і інтерпретації його, переважання негативних емоцій.