



ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ТЕОРИЙ В ОКАЗАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Ш.Б.Курбонова

*преподаватель Ургенчского государственного университета
Республика Узбекистан, Ургенч*

Аннотация: В статье рассматриваются психосоматические понятия, их значение и необходимость в организации психологической работы с пациентом.

Ключевые слова: психосоматика, психика и тело, стресс, физиологические изменения, психика больного, психика больного туберкулезом.

Abstract: The article deals with psychosomatic concepts, their meaning and the need for organizing psychological work with the patient.

Key words: psychosomatics, psyche and body, stress, physiological changes, the psyche of the patient, the psyche of a patient with tuberculosis.

Введение

Сегодня причины соматических заболеваний анализируются с психологической точки зрения, а психосоматика стала методологией между психологией и соматикой. Потому что человек считается здоровым только тогда, когда он психически и физически здоров. Проблема психосоматических отношений наблюдалась и изучалась на протяжении нескольких столетий между психическими и соматическими отношениями со времен Гиппократ и Аристотеля. В 1818 г. немецкий врач из Лейпцига Гейнрот предложил термин «психосоматика», а в 1822 г. немецкий психиатр М. Якоби ввел понятие «соматопсихическое» для объяснения и дополнения психосоматических отношений. Несмотря на это, термин «психосоматика» стал общепринятым и вошел в медицинские словари лишь спустя столетие.

Термин «психосоматика» был разработан в медицине венскими психоаналитиками («Deutsch», 1953), и с тех пор психосоматика получила название «практический психоанализ в медицине» [5].

Хейнрот пытается отличить симптоматическую патологию (меланхолию и манию) от органических заболеваний (идиопатическое церебральное безумие) и определяет маниакальную бессонницу как пробуждение духа. Хайнрот предлагает 2 подхода к лечению: один — прямой психологический метод, требующий работы с психикой больного, и другой — метод воздействия на организм, включающий не прямые психические методы.

В 1845 г. Вильгельм Гринингер (1817-1868), представитель школы соматических теоретиков, акцентировал внимание, главным образом, на деятельность мозга при возникновении психических заболеваний и подчеркивал необходимость наблюдения за состоянием мозга при психических заболеваниях [4].



Советский психиатр Д.Д. Плетнев (1927) в своих обзорах также оценивал, что «нет соматических болезней без вытекающих из них психических отклонений, как нет и психических заболеваний, изолированных от соматических симптомов» [4].

Если поиски причины заболевания сводились к наблюдению за отдельными морфологическими изменениями в тканях в течение длительного времени, то мнения о том, что анатомические изменения личности могут быть следствием чрезмерного стресса или эмоциональных факторов, развились позже. Согласно сегодняшним современным представлениям существуют разные взгляды на объяснение психосоматических заболеваний и расстройств, некоторые из них будут рассмотрены: согласно теории конверсионных символов, невротические конфликты можно увидеть во вторичном соматическом реагировании и обработке. Симптом имеет символическое значение, появление признаков можно понимать, как попытку разрешения конфликтов. В зависимости от проявления конверсии поражает произвольные двигательные и сенсорные органы. Например, истерический паралич и парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болезненные явления.

Согласно теории функциональных синдромов, участниками этой группы являются «проблемные больные», имеющие пеструю картину неясных жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, двигательной системы, органов дыхания или половых путей. Зачастую у таких больных отмечают только функциональные нарушения некоторых органов или систем. В отличие от симптомов конверсии один симптом не имеет специфического значения, он может проявляться и как неспецифический результат нарушения функций организма. Ф. Александер описал эти физические проявления как симптомы эмоционального стресса без специфических характеристик и назвал их органными неврозами [1].

Заболевания, связанные с органическими изменениями, принято называть истинными психосоматическими заболеваниями или психосоматозами. Первоначально было выделено 7 психосоматозов: бронхиальная астма, язвенный колит, гипертоническая болезнь, нейродермит, ревматоидный артрит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз. Позднее в этот список были включены раковые, инфекционные и другие заболевания - среди психосоматических.

История современной психосоматической медицины с психоаналитической концепции Фрейда, он и Брейер доказали, что «вытесненные эмоции», «психические раны» могут проявляться как соматические симптомы посредством «конверсии». Фрейд подчеркивал необходимость «соматической готовности» как физического фактора в познании выбора органов [2].

В современной психосоматике определяются факторы и тенденции, допускающие развитие болезни и истощающие организм. Недостаток - это врожденная (например, генетически обусловленная) и приобретенная готовность при определенных условиях, в виде органического или невротического заболевания, которое может возникнуть в результате. Развитие такого заболевания мотивировано тяжелыми жизненными ситуациями. Если проявляются невротические или



соматические заболевания, они развиваются по своим законам, но это, безусловно, тесно связано с факторами внешней среды.

С точки зрения характерологической направленности и типологии личности в древности Гиппократ, а позднее Гален описывали людей с разным темпераментом – сангвиников, холериков, меланхоликов и флегматиков. Эта теория была развита Эрнестом Кречмером и Уильямом Шелдоном (Sheldon, Stevens, 1942). Классические психосоматические работы в этом характерном направлении также принадлежат американскому врачу Флендерсу Данбару [5].

В теории стресса (Cannon, 1975, Sele, 1982, 1991), определяющей влияние экстремальных и хронических стрессовых ситуаций на чувствительность и особенности патогенеза, входят экспериментальные психологические, клинко-физиологические, биохимические и цитологические исследования последствий стресса, эмоциональный стресс, течение и терапия психосоматических заболеваний. Это направление включает в себя множество обособленных направлений изучения психосоматической патологии (например, стресс и адаптационные реакции, стресс и стрессовое повреждение, стрессовые факторы и описание их субъективного переживания и др.) [3].

А нейрофизиологическая направленность (Анохин, 1975; Губачев, 1994; Судаков, 1987; Курцин, 1973) индивидуальные психофизиологические особенности (например, некоторые неокортико-лимбические характеристики или симпатико-парасимпатикотрофические проявления) и стремление к установлению взаимоотношений, к динамике висцеральных проявлений (активация функций органов). Концепция основана на существовании функциональных систем [4]. В этом направлении он изучает нейрофизиологическое обеспечение стойких патологических состояний и объясняет возникновение психосоматических расстройств нарушением кортико-висцеральных отношений.

Например, если проанализировать эмоциональные процессы человека, у которого диагностирован туберкулез, то возникают вопросы «Почему?», «Как?» и диагноз будет ошибочным, возникают страх и стресс. Туберкулез является одним из самых распространенных социально обусловленных заболеваний в мире, и как тяжелое соматическое заболевание поражает личность больного и наблюдается при определенных нервно-психических расстройствах. Во многих случаях больные настаивают на том, что здоровы, и отказываются от лечения из-за недоверия диагнозу. Сегодня большинство людей знают об этой болезни, знают или слышали, что от нее есть лекарство. Несмотря на это, изменения психологического состояния и когнитивных процессов у больных туберкулезом характеризуются выраженностью. Поскольку длительность лечебного процесса при данном заболевании требует длительного периода времени, это затрудняет принятие диагноза заболевания у больного, поскольку риск потери работы из-за этого возрастает у лиц, занимающихся деятельностью. При тяжелых формах МЛУ (одновременная резистентность к изониазиду и рифампицину) и ШЛУ (резистентность к широкому спектру



лекарственных средств) у больных, помимо вышеперечисленных состояний, течение заболевания более тяжелое, наблюдаются психологические расстройства в результате воздействия лекарственных средств на состояние больного, а эмоциональные процессы протекают более тяжело. Ведь он до сих пор с трудом принимает диагноз, его эмоции подчеркивают «почему он тот самый, он этого не заслуживает», он пытается скрыть свое состояние здоровья. В случае с больным снижение самооценки, состояние отчужденности от близких вызывает психические проблемы, а у больного также возникают проблемы с приемом лекарств. Если обратить внимание на процент побочных эффектов от приема лекарств, то, по мнению врачей-фтизиатров рвота -13 %, тошнота - 16,8 %, депрессия - 11 %, артралгия - 9 %, аллергические реакции - 7,4 %, гепатит - 5,5 %, нарушения сна - 5,2 %, нарушения слуха (потеря) - 4,8%, диарея - 4%, головокружение -4% [6]. В ряде случаев в результате побочного действия лекарственных средств и плохого психологического состояния больного также могут наблюдаться психозы — поведенческие изменения, зрительные и слуховые галлюцинации. В этот период больной чувствует, что окружающие его не понимают. Некоторые больные могут найти в себе силы преодолеть болезнь благодаря благодарности, напряжению воли и получению помощи от окружающих. В большинстве случаев различные изменения окружающих больных, отрицательные эмоции, переход в стадию депрессии по уровню полученной информации.

Депрессивные состояния у больных туберкулезом сказываются на их психическом и социальном состоянии, у них пропадает интерес к окружающему, снижается активность, может наблюдаться психомоторная заторможенность. Снижается аппетит, усиливается чувство вины, затрудняется концентрация внимания, иногда возникают попытки покончить с собой. Самым тяжелым периодом в этот период часто бывает чувство вины у женщин. Потому что в этот период женщина отдаляется от семьи и детей, страдает от того, что не выполняет свой долг перед ними. Больному крайне важно иметь поддержку, психологическую, эмоциональную и духовную поддержку его близких и членов семьи. Этот фактор особенно актуален для формирования стойкой приверженности к лечению. У большинства больных, находящихся на длительном лечении, возникает вынужденная социальная изоляция, формируются негативные эмоции из-за неприязненного отношения окружающих к их болезни, снижается их приверженность к лечению. В результате психологических расстройств у больного отмечается склонность к истерическим реакциям в стрессовых ситуациях, повышение уровня депрессии, раздражительности, агрессивности и враждебности, высокая межличностная чувствительность, снижение трудоспособности, перепады настроения, страхи, затруднения в общении с окружающими возникают расстройства социальной гибкости, асоциальные тенденции, неприятие общепринятых норм, ригидность психических процессов, проблемы, связанные с поддержанием своего уважения среди важных для себя людей. Такие уникальные черты личности могут затруднить общение с пациентами и привести к дополнительному стрессу и сбоям в и без того слабой системе психологической



адаптации. Психические расстройства распространены как у впервые диагностированных, так и у хронически больных людей.

В заключение можно сказать, что включение психоконсультативных и психокоррекционных методов в лечебно-профилактические и реабилитационные процессы больных, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, является целесообразным и способствует смещению личности человека, его духовного мира и психического образа в положительном направлении в борьбе с болезнью. Поскольку в изменения эмоционального состояния при психосоматических заболеваниях вовлечены сложные психологические механизмы, необходимо учитывать как соматические, так и психические факторы больных в отдельных случаях.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / пер. с англ. С. Могилевского. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: краткий учебник / пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. 376 с.
3. Кулаков С. А. Основы психосоматики / С. А. Кулаков. — Санкт - Петербург: Речь, 2003. — 288 с. — ISBN 5-9268-0170-2.
4. Лаврова, М.А. Основы психосоматики: учебное пособие/ М. А. Лаврова, Н. А. Томина, Я. И. Коряков; под общ. ред. М. А. Лавровой; Министерство науки и высшего образования Российской Федерации, Уральский Федеральный университет. — Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2022. — 146 с.: ил. — Библиогр. С. 120–125. —30 экз. — ISBN 978-5-7996-3485-8
5. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2008. С - 990.
6. Стрельцов В.В, Золотова Н.В «Психологическая реабилитация больных туберкулезом легких в фазе интенсивного лечения» Журнал. Консультативная психология и психотерапия, 2013, №1