МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ

ФЕДЕРАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ

ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ

УНИВЕРСИТЕТ»

ИНСТИТУТ ДЕТСТВА

КАФЕДРА ЛОГОПЕДИИ И ДЕТСКОЙ РЕЧИ

**СОМАТОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

Реферат

по дисциплине «Дизонтогенетическое развитие детей с ограниченными

возможностями здоровья»

Выполнили студенты группы 3.080.1.15 и 3.080.3.15

Антонина Ивановна Леонтьева

Татьяна Николаевна Бель

Екатерина Александровна Салтевская

Виктория Георгиевна Быковская\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_2020 г.

Направление подготовки: 44.03.03 Специальное

(дефектологическое) образование

Профиль: Логопедия

Форма обучения: заочная

Научный руководитель:

доктор мед. наук, профессор

Евгения Валерьевна Маркова

Новосибирск 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ………………………………………………………………………...…...3

1 Характеристика нарушений психической сферы у больных соматическими заболеваниями………………………………………………..…….………………………...4

2 Классификация соматогенных психических расстройств………...…………….…6

3 Диагностические критерии соматогенных расстройств……………………….…..7

4 Психические расстройства при отдельных соматических заболеваниях…….….10

5 Принципы построения системы психотерапии соматических больных…..........13

ЗАКЛЮЧЕНИЕ……………………………...…………………………………...……19

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ…………………………….……20

ВВЕДЕНИЕ

Внимание к личности больного человека является давней гуманистической традицией отечественной медицины, и эта традиция в современных условиях не только не теряет своей актуальности, а наоборот, приобретает всё большее значение.

Особенности психической сферы у больных с соматическими заболеваниями издавна привлекают к себе внимание врачей. Соматические заболевания, обусловленные поражением внутренних органов или целых систем, нередко вызывают различные психические расстройства – «соматогенные психозы». По данным многих эпидемиологических исследований психические расстройства встречаются существенно чаще у пациентов амбулаторных и стационарных лечебных учреждений, чем среди всего населения.

Актуальность данной работы обусловлена ростом в последние годы невротизации соматических заболеваний и соматизации невротических расстройств, повышением роли психиатрии, психотерапии и психопрофилактики в соматической медицине, важностью психологической реабилитации больных хроническими соматическими заболеваниями. Неврозоподобные наслоения не только сами по себе являются нежелательным «довеском» соматического страдания, но и негативно влияют на свою соматическую основу, усложняя лечение.

1 Характеристика нарушений психической сферы у больных

соматическими заболеваниями

Большинство хронических соматических заболеваний сопровождается психическими симптомами либо вследствие прямого повреждающего действия биологического патологического процесса на функционирование головного мозга, либо вследствие психологического реагирования на факт заболевания.

У больных с соматическими заболеваниями, по данным И. Г. Малкиной-Пых, может наблюдаться широкий круг психических нарушений как невротического, так и психотического или субпсихотического уровней[6].

Вероятность возникновения соматогенных психических расстройств зависит от характера основного заболевания, степени его тяжести, этапа течения, уровня эффективности терапевтических воздействий, а также от таких свойств, как наследственность, конституция, преморбидный склад личности, возраст, иногда пол, реактивность организма, наличие предшествующих вредностей.

Соматические заболевания приобретают самостоятельное значение в возникновении расстройства психической деятельности, по отношению к которому они являются экзогенным фактором. Однако соматогенные психозы нельзя понимать лишь как результат соматической болезни. В их развитии играют роль предрасположенность к психопатологическому типу реагирования, психологические особенности личности, психогенные воздействия.

Во многих публикациях описываются особенности психической сферы у больных теми или иными соматическими заболеваниями и делаются попытки их систематизации. При всём разнообразии клинических проявлений нарушений психической сферы у больных с различными соматическими заболеваниями можно выделить их в три основные группы:

1. Соматогенный астенический симптомокомплекс, который сформировался вследствие нейротоксического и психотравмирующего влияния соматических заболеваний. Основным патопсихологическим механизмом является изменение биосоциального статуса личности в результате соматического заболевания как фактора, независящего от субъективно-волевой сферы больного.

2. Острые невротические расстройства, которые возникли у соматических больных вследствие перенесённых психотравм. Невротические расстройства появляются на фоне соматического заболевания, однако причинно-следственная связь их с соматическим заболеванием не прослеживается. В то же время, при опросе выявляются острые или хронические психотравмы, которые предшествовали манифестации невротических расстройств. В отличие от больных с соматогенным астеническим симптомокомплексом, острые невротические расстройства у соматических больных по своей яркости, значимости как бы вытесняют проявления соматического заболевания.

3. Невротические расстройства с затяжным течением, на фоне которых развилось соматическое заболевание. Соматическое заболевание, которое развивалось на фоне таких невротических расстройств, тесно переплетается с невротической симптоматикой, приводит к ухудшению их психического состояния, усилению депрессивного фона настроения, росту явлений астении. Обращает на себя внимание несоответствие степени тяжести соматического страдания, выраженности эмоционального восприятия и интерпретации его, преобладание негативных эмоций [6].

При соматических заболеваниях с хроническим течением, сопровождающихся длительным нарушением обмена, интоксикацией наступают более тяжелые и продолжительные изменения типа психопатоподобных, которые характеризуются:

1. наличием стойкого расстройства настроения, а именно дисфория с преобладанием усталости, утомленности, неприязненности ко всему окружающему;

2. чувство недовольства, глухое беспокойство;

3. снижением продуктивности мышления;

4. поверхностью суждений;

5. снижением энергии и активности;

6. развитием эгоцентризма и сужением круга интересов;

7. однообразностью поведения, назойливостью и докучливостью;

8. состоянием растерянности при малейших жизненных затруднениях.

Степень психических нарушений, их развитие, течение и исход в значительной мере зависит от особенностей и тяжести соматического заболевания. Однако корреляция не абсолютна. Нарушения психики могут исчезнуть или значительно ухудшится не смотря на продолжительное развитие соматического заболевания. Наблюдается и обратное отношение: изменение психики может некоторое время существовать или остаться стойким при наступившем улучшении или полном исчезновении соматического заболевания.

1. Классификация соматогенных психических расстройств

Соматогенные психические расстройства, по мнению А. Курпатова, следует рассматривать в трех подгруппах: церебросоматические заболевания, то есть психические расстройства, обусловленные органическим поражением головного мозга; психические расстройства, входящие, кроме прочего, в клиническую картину общесоматических заболеваний, а также психические расстройства, вызванные острой и/или хронической интоксикацией [5]. Соматогенные психические расстройства развиваются вследствие непосредственного влияния заболевания на деятельность ЦНС. Влияние преимущественно обусловлено гипоксическими и токсическими эффектами. Как правило, такие расстройства носят монотонный характер, симптоматика достаточно стойкая и четко очерченная.

1. Пограничные непсихотические расстройства:

- астенические, неврозоподобные состояния, обусловленные соматическими неинфекционными заболеваниями, нарушением обмена веществ, роста и питания;

- непсихотические депрессивные расстройства, обусловленные соматическими неинфекционными заболеваниями, нарушением обмена веществ, роста и питания, другими и неуточненными органическими заболеваниями головного мозга;

- неврозо- и психопатоподобные расстройства вследствие соматогенных органических поражений головного мозга.

2. Психотические состояния, развившиеся в результате функционального или органического поражения мозга:

- острые психозы - астенической спутанности, делириозный, аментивиый и другие синдромы помрачения сознания;

- подострые затяжные психозы - параноидный, депрессивно-параноидный, тревожно-параноидный, галлюцинаторно-параноидный, кататонический и другие синдромы;

- хронические психозы - корсаковский синдром, галлюцинаторно-параноидный, сенестопато-ипохондрический, вербального галлюциноза и др.

3. Дефектно-органические состояния:

- простой психоорганический синдром;

- корсаковский синдром;

- деменция.

3 Диагностические критерии соматогенных расстройств

В МКБ-10 указываются следующие общие критерии соматогенных (в том числе органических) расстройств:

1. Объективные данные (результаты физического и неврологического обследований и лабораторных тестов) и (или) анамнестические сведения о поражениях ЦНС или заболевании, которое может вызывать церебральную дисфункцию, включая гормональные нарушения (не связанные с алкоголем или другими психоактивными веществами) и эффекты непсихоактивных препаратов.

2. Временная зависимость между развитием (обострением) заболевания и началом психического расстройства.

3. Выздоровление или значительное улучшение психического состояния после устранения или ослабления действия предположительно соматогенных (органических) факторов.

4. Отсутствие других вероятных объяснений психического расстройства (например, высокой наследственной отягощенности клинически сходными или родственными расстройствами).

При соответствии клинической картины заболевания критериям 1, 2 и 4 оправдан временный диагноз, а при соответствии всем критериям диагноз соматогенного (органического, симптоматического) психического расстройства может считаться определенным [7].

К. Шнайдер предложил считать условиями появления соматически обусловленных психических нарушений наличие следующих признаков: 1) присутствие выраженной клиники соматического заболевания; 2) присутствие заметной связи во времени между соматическими и психическими нарушениями; 3) определенный параллелизм в течении психических и соматических расстройств; 4) возможное, но не обязательное появление органической симптоматики [8].

Однако часто патоморфоз психических заболеваний проявляется так называемой соматизацией, преобладанием непсихотических расстройств над психотическими, «телесных» симптомов над психопатологическими. Больные с вялотекущими, «стертыми» формами психоза иногда попадают в общесоматические больницы, а тяжелые формы соматических заболеваний нередко бывают нераспознанными в виду того, что субъективные проявления болезни «перекрывают» объективные соматические симптомы.

Астения — самое типичное явление при соматогениях. Нередко бывает так называемым стержневым или сквозным синдромом. Именно астения в настоящее время в связи с патоморфозом соматогенных психических расстройств может быть единственным проявлением психических изменении. Астенические состояния выражаются в различных вариантах, но типичными всегда являются повышенная утомляемость, иногда с самого утра, трудность концентрирования внимания, замедление восприятия. Характерны также эмоциональная лабильность, повышенная ранимость и обидчивость, быстрая отвлекаемость

По данным В. С. Бакулина, помимо астении в чистом виде, довольно часто встречается ее сочетание с депрессией, тревогой, навязчивыми страхами, ипохондрическими проявлениями. Глубина астенических расстройств обычно связана с тяжестью основного заболевания [1].

Неврозоподобные нарушения связаны с соматическим статусом и возникают при утяжелении последнего, обычно при почти полном отсутствии или малой роли психогенных воздействий. Особенностью неврозоподобных расстройств, в отличие от невротических расстройств, являются их рудиментарность, однообразие, характерно сочетание с вегетативными расстройствами, чаще всего пароксизмального характера.

Для соматогенных психических расстройств очень характерны дистимические расстройства, в первую очередь депрессия в ее различных вариантах. В условиях сложного переплетения соматогенных, психогенных и личностных факторов в происхождении депрессивной симптоматики удельный вес каждого из них значительно колеблется в зависимости от характера и этапа соматического заболевания. В целом же роль психогенных и личностных факторов в формировании депрессивной симптоматики (при прогрессировании основного заболевания) вначале увеличивается, а затем, при дальнейшем утяжелении соматического состояния и соответственно углублении астении, существенно уменьшается.

При прогрессировании соматического заболевания, длительном течении болезни, постепенном формировании хронической энцефалопатии тоскливая депрессия постепенно приобретает характер депрессии дисфорической, с ворчливостью, недовольством окружающими, придирчивостью, требовательностью, капризностью. В отличие от более раннего этапа тревога не постоянна, а возникает обычно в периоды обострения заболевания, особенно с реальной угрозой развития опасных последствий. На отдаленных этапах тяжелого соматического заболевания при выраженных явлениях энцефалопатии часто на фоне дистрофических явлений астенический синдром включает в себя угнетенность с преобладанием адинамии и апатии, безучастности к окружающему.

В период значительного ухудшения соматического состояния возникают приступы тревожно-тоскливого возбуждения, на высоте которых могут совершаться суицидальные поступки.

Психопатоподобные расстройства чаще всего выражаются в нарастании эгоизма, эгоцентризма, подозрительности, угрюмости, неприязненном, настороженном или даже враждебном отношении к окружающим, истериформных реакциях с возможной склонностью к аггравации своего состояния, стремлением постоянно быть в центре внимания, элементами установочного поведения. У больных с хроническими соматическими заболеваниями могут возникать бредовые состояния на фоне депрессивного, астенодепрессивного, тревожно-депрессивного состояния. Чаще всего это бред отношения, осуждения, материального ущерба, реже нигилистический, порчи или отравления [8].

1. Психические расстройства при отдельных соматических заболеваниях

*Психические нарушения при заболеваниях сердца*

Одной из наиболее часто выявляемых форм поражения сердца является *ишемическая болезнь сердца* (ИБС). При заболеваниях сердца отмечается мозговая гипоксия, при поражениях мозговых сосудов обнаруживают гипоксические изменения в сердце.

Психические расстройства, возникающие вследствие острой сердечной недостаточности, могут выражаться синдромами нарушенного сознания, чаще всего в форме оглушенности и делирия, характеризующегося нестойкостью галлюцинаторных переживаний [4].

*Психические нарушения при инфаркте миокарда*. Описаны депрессивные состояния, синдромы нарушенного сознания с психомоторным возбуждением, эйфория. При мелкоочаговом инфаркте миокарда развивается выраженный астенический синдром со слезливостью, общей слабостью, иногда тошнотой, ознобом, тахикардией, субфебрильной температурой тела. При крупноочаговом инфаркте с поражением передней стенки левого желудочка возникают тревога, страх смерти; при инфаркте задней стенки левого желудочка наблюдаются эйфория, многоречивость, недостаточность критики к своему состоянию с попытками вставать с постели, просьбами дать какую-либо работу. В постинфарктном состоянии отмечаются вялость, резкая утомляемость, ипохондричность. Часто развивается фобический синдром - ожидание боли, страх повторного инфаркта, подниматься с постели в тот период, когда врачи рекомендуют активный режим.

*Психические нарушения возникают также при пороках сердца.* Недостаточность кровообращения, возникающая при пороках сердца, приводит к хронической гипоксии мозга, возникновению общемозговой и очаговой неврологической симптоматики, в том числе в виде судорожных припадков.

*Психические расстройства у больных с почечной патологией*

Психические нарушения при почечной патологии наблюдаются у 20-25 % заболевших лиц, однако не все они попадают в поле зрения психиатров. Отмечают выраженные нарушения психики, развивающиеся после трансплантации почек и гемодиализа. Выделяют типичные нефрогенные и атипичные нефрогенные психозы с обязательным наличием астенического фона. К 1-й группе относят астению, психотические и непсихотические формы расстроенного сознания, ко 2-й - эндоформные и органические психотические синдромы.

Астения при почечной патологии, как правило, предшествует диагностике поражения почек. Отмечаются неприятные ощущения в теле, «несвежая голова», особенно по утрам, кошмарные сновидения, затруднения в сосредоточении внимания, чувство разбитости, подавленное настроение [9].

Астенический нефрогенный симптомокомплекс характеризуется постоянным усложнением и нарастанием симптоматики, вплоть до состояния астенической спутанности, при которой больные не улавливают изменений в ситуации, не замечают нужных им, рядом лежащих предметов. Характерной чертой нефрогенной астении является адинамия с невозможностью или трудностью мобилизовать себя на выполнение действия при понимании необходимости такой мобилизации. Больные большую часть времени проводят в постели, что не всегда оправдано тяжестью почечной патологии.

Психотические расстройства в случае затяжных и хронических заболеваний почек проявляются сложными синдромами, наблюдаемыми на фоне астении: тревожно-депрессивным, депрессивно- и галлюцинаторно-параноидным и кататоническим. Нарастание уремического токсикоза сопровождается эпизодами психотического помрачения сознания, признаками органического поражения центральной нервной системы, эпилептиформными пароксизмами и интеллектуально-мнестическими расстройствами.

У 33 % обследованных больных на фоне выраженной астении отмечаются психические реакции депрессивного и истерического типов, у остальных - адекватная оценка своего состояния со снижением настроения, пониманием возможного исхода. Астения нередко может препятствовать развитию невротических реакций. Иногда в случаях незначительной выраженности астенических симптомов возникают истерические реакции, которые исчезают при нарастании тяжести болезни.

*Психические нарушения при заболеваниях пищеварительного тракта*

Нарушения психических функций при патологии пищеварительного тракта чаще ограничиваются заострением характерологических черт, астеническим синдромом и неврозоподобными состояниями. Гастрит, язвенная болезнь и неспецифический колит сопровождаются истощаемостью психических функций, сенситивностью, лабильностью или торпидностью эмоциональных реакций, гневливостью, склонностью к ипохондрической трактовке болезни, канцерофобии. При желудочио-пищеводном рефлюксе наблюдаются невротические расстройства (неврастенический синдром и явления навязчивости), предшествующие симптомам пищеварительного тракта. Утверждения больных о возможности у них злокачественного новообразования отмечаются в рамках сверхценных ипохондрических и паранойяльных образований. Жалобы на ухудшение памяти связаны с расстройством внимания, обусловленным как фиксацией на ощущениях, вызванных основным заболеванием, так и депрессивным настроением [5].

*Психические расстройства при онкологических заболеваниях.*

При онкологических заболеваниях могут развиваться как соматогенные, так и психогенные психические расстройства.

Соматогенные:

- опухоли с первичной локализацией в головном мозге или метастазы в мозг: клиника определяется зоной поражения, представлена неврологической симптоматикой, недостаточностью или разрушением отдельных психических функций, а также астенией, психоорганическими синдромами, общемозговой симптоматикой, судорожным синдромом и реже галлюцинозами;

- расстройства, вызванные интоксикацией распада тканей и наркотическими анальгетиками: астения, эйфория, синдромы помрачения сознания (аментивный, делириозный, делириозно-онейроидный), психоорганический синдром.

Психогенные:

Представляют собой результат реакции личности на заболевание и его последствия. Одной из наиболее существенных составляющих является реакция на диагноз онкологического заболевания.

5. Принципы построения системы психотерапии соматических больных

Лечение психических расстройств при соматических заболеваниях должно быть направлено на основное заболевание, быть комплексным и индивидуальным. Терапия предусматривает как воздействие на патологический очаг, так и дезинтоксикацию, нормализацию иммунобиологических процессов. Необходимо предусмотреть строгий круглосуточный медицинский надзор за больными, особенно с острыми психозами. Лечение больных с психическими нарушениями строится на общих синдромологических принципах — на применении психотропных препаратов исходя из клинической картины. При астеническом и психоорганическом синдромах назначают массивную общеукрепляющую терапию с назначением витаминов и ноотропов.

Профилактика соматогенных психических нарушений заключается в своевременном и активном лечении основного заболевания, дезинтоксикационных мероприятиях и применении транквилизаторов при нарастании тревоги и нарушениях сна [2].

Учитывая отмеченные выше особенности личности соматических больных, реагирование их на заболевание, клиническую неоднородность непсихотических нарушений психической сферы, психотерапевтическое влияние на соматических больных, как утверждают Б. М. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев должно быть системным и многоуровневым, сориентированным в трёх основных направлениях:

Первое направление — биологическое, в котором выделяется пять уровней реализации психотерапевтического влияния:

- уровень организма – наивысший и общеобъёмный уровень, который предусматривает влияние на весь организм, как тотальную биологическую систему, или систему систем;

- уровень функциональных систем (по П. К. Анохину — совокупность физиологических систем, взаимодействующих в выполнении определённой работы);

- уровень физиологических систем (системы пищеварения, дыхания, кровообращения, мочевыделения, эндокринная и др.);

- уровень органов (например, внушение спокойной работы сердца или ощущения тепла в области желудка, почек и т. п.);

- уровень отдельных групп клеток. Невзирая на известную судьбу условности этого уровня, исследования, проведённые под руководством профессора А. Т. Филатова, доказали реальность реализации гипнотического влияния на клеточном уровне.

Второе направление — психологическое, в котором выделяют три уровня:

- уровень личности – это наивысший и тотальный уровень, который предусматривает коррекцию личностных установок, системы моральных ценностей и т. п.;

- уровень сфер психики (восприятие, эмоции, память, мышление и др.);

- уровень отдельных свойств сфер психики (например, укрепление и потенцирование уверенности, покоя, выдержки и т. п.).

Третье направление — социальное, которое также предусматривает три уровня:

- уровень макросоциальной реадаптации личности (восстановление или коррекция ролевой позиции личности);

- уровень микросоциальной реадаптации личности (восстановление или коррекция микросоциальных ролевых позиций в семье и других микросоциальных группах);

- уровень аутореабилитации.

В комплексе психотерапевтической коррекции могут и должны использоваться методы, которые базируются как на внушении, так и переубеждении, растолковывании: гипносуггестивная, рациональная, групповая, косвенная психотерапия, внушение наяву, самовнушение, методы психической саморегуляции и другие, в их различных модификациях, комбинациях и вариантах.

Система психотерапевтической коррекции должна также строиться на основании дидактического подхода, который предусматривает:

- этапность влияния;

- связь каждого последующего занятия с предыдущим;

- доступность информации;

- соответствие заданий возможностям больного;

- систематичность в овладении навыками психической саморегуляции.

При этом, в процессе психотерапевтического влияния выделяется три этапа:

1. Седативно-адаптирующий.
2. Лечебно-корректирующий.
3. Профилактически-закрепляющий.

Седативно-адаптирующий этап, как правило, состоит из 1–2 индивидуальных и 2–3 групповых занятий.

Основные задания:

- установление эмоционального контакта с больным;

- формирование доверия к врачу, адекватного отношения к психотерапии;

- дезактуализация острой невротической симптоматики.

На этом этапе, учитывая наличие у большинства больных существенных проявлений астенизации и отсутствие определённых навыков, методы аутопсихотерапии, как правило, не используются.

Основными методами при этом являются: гипносуггестивная, рациональная, косвенная психотерапия (потенцирование комплекса медикаментозного лечения, физиотерапия, диеты и тому подобное, а также врача-интерниста, как ключевой фигуры лечебного процесса).

Главная направленность психотерапии этого этапа — симптоматическая.

Лечебно-корректирующий этап состоит из 2–3 индивидуальных и 4–6 групповых занятий.

Основные задания:

- достижение позитивной динамики эмоционального состояния больных;

- осознание больными связи факторов и проявлений невротических расстройств с особенностями их личности и поведения, конфликтами, нерешёнными эмоциональными проблемами;

- коррекция масштаба переживания болезни, её социальной значимости;

- перестройка личности больного, системы его отношений, реадаптация в макро- и микросоциальной среде.

Основные методы: коллективно-групповая, рациональная психотерапия, методы психической саморегуляции, самовнушение; вспомогательные — гипносуггестия, внушение наяву, косвенная психотерапия.

Главная направленность психотерапии второго этапа — патогенетическая.

Профилактически-закрепляющий этап включает 2–3 групповых и 1–2 индивидуальных занятия.

Основные задания:

- закрепление достигнутого терапевтического результата и навыков психической саморегуляции;

- коррекция системы жизненных целей, ценностей, отношения к заболеванию, своему «Я» и окружающей среде.

Психотерапевтическая работа с больными на этом этапе осуществляется, в первую очередь, путём доработки навыков психической саморегуляции, рациональной психотерапии, внушения наяву.

Главная направленность психотерапии этого этапа — профилактическая.

Таким образом, основными принципами построения системы психотерапии больных с соматическими заболеваниями должны быть:

- системность и многоуровневость влияния;

- этапность психотерапевтических мероприятий, которая базируется на дидактическом подходе;

- комплексность, использование нескольких методов психотерапии, с последовательным изменением их роли в зависимости от заданий этапа системы;

- дифференцированное сочетание и иерархичность патогенетической, симптоматической и профилактической направленности психотерапевтических мероприятий в зависимости от клинико-психопатологических и психоанамнестических особенностей соматических больных, а также особенностей соматического страдания и личностного реагирования больных на него;

- максимальная индивидуализация психотерапевтического влияния при преимущественно групповой форме работы с больными [7].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ситуации болезни изменяется не только соматическое, но и психическое состояние человека. При этом своеобразие реагирования на свое состояние отражается в изменении поведения, которое, в свою очередь, способствует смене характера взаимоотношений с окружающим миром.

Вероятность возникновения соматогенных психических расстройств зависит от характера основного заболевания, степени его тяжести, этапа течения, уровня эффективности терапевтических воздействий, а также от таких свойств, как наследственность, конституция, преморбидный склад личности, возраст, иногда пол, реактивность организма, наличие предшествующий вредностей.

Таким образом, клинико-психопатологическое и анамнестическое исследование особенностей психического статуса больных различными соматическими заболеваниями позволяет констатировать:

- клиническую неоднородность непсихотических расстройств психической сферы, которые отмечаются у соматических больных;

- зависимость их от преморбидной акцентуации личности больных, давности и тяжести соматического заболевания, особенностей психотравмирующих факторов, соотношения времени появления невротических расстройств и соматического заболевания;

- необходимость дифференцированного подхода при построении системы психотерапии соматических больных.

Учитывая особенности личности соматических больных, реагирование их на заболевание, клиническую неоднородность непсихотических нарушений психической сферы, психотерапевтическое влияние на соматических больных должно быть системным и многоуровневым, сориентированным в трёх основных направлениях: биологическом, психическом и социальном.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Бакулин, В. С. Психология болезни и инвалидности / В. С. Бакулин, И. Б. Грецкая, В. В. Петрова. Волгоград: ВГАФК, 2010. 136 с.
2. Белялов, Ф. И. Психические расстройства в практике терапевта / Ф. И. Белялов. Москва: Медпресс - информ, 2005. 256 с.
3. Жариков, Н. М. Судебная психиатрия: Учебник для вузов / Н. М. Жариков, Г. В. Морозов, Д. Ф. Хритинин. Под общ. ред. акад. РАМН Г. В. Морозова. Москва: Норма, 2004. 528 с.
4. Клиническая психиатрия / под ред. проф. Н. Е. Бачерикова. Киев: Здоровья, 1989. 512 с.
5. Курпатов, А. Психосоматика. Психотерапевтический подход / А. Курпатов, Г. Г. Аверьянов. Красногорск: Капитал, 2019. 480 с.
6. Малкина-Пых, И. Г.. Психосоматика: Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. Москва: Изд-во Эксмо, 2005. 992 с
7. Михайлов, Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев. Под общ. ред. Б. В. Михайлова. Харьков: Прапор, 2002. 128 с.
8. Основы психосоматической медицины, разработки к семинарским занятиям для студентов 6 курса лечебного и спортивного факультетов / Под ред. У. В. Лебедевой, Н. Г. Незнанова, Л. И. Вассермана. Санкт-Петербург: Изд-во СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, 2008. 74 с.
9. Психосоматическая медицина. Руководство для врачей / Под ред. Акад. РАМН П.И. Сидорова. Москва: «Медпресс – информ» 2006. 568 с.