

Вопросы к экзамену: «Психологические аспекты соматических заболеваний»

1. Психология соматического больного: внутренняя картина болезни, типы отношения к болезни, процессы совладания с болезнью у хронических соматических больных.

В 1935 г. вышла монография Р.А. Лурия «Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания», положившая начало всестороннему рассмотрению субъективного отражения болезни в психике человека. *Внутренней картиной болезни (ВКБ)* Р.А. Лурия называл комплекс переживаний больного, связанных с заболеванием: общее самочувствие, ощущения, восприятие, эмоции, представления о болезни. В настоящее время под **ВКБ** понимается субъективное отношение больного к своему заболеванию, складывающееся из болезненных ощущений и внешних проявлений болезни, оценки механизмов их возникновения, тяжести и значения для будущего, а также типы реагирования на болезнь.

Для правильной оценки ВКБ и оказания квалифицированной помощи больному необходимо знать *основные факторы, определяющие ВКБ*. Они могут быть разделены на следующие группы:

1. преморбидные биологические и личностные;
2. характер заболевания и его возможные последствия;
3. социальное положение больного и влияние окружения;
4. медицинские факторы (условия диагностики и лечения).

Влияние на ВКБ факторов первой группы.

Пол. Женщины лучше переносят боль и вынужденную неподвижность. Для них более актуальны семейные проблемы, связанные с болезнью, а для мужчин – служебно-профессиональные, возможность утраты трудоспособности. У женщин в критические периоды (начало менструаций, беременность и роды, климакс), во время которых усиливается реактивность, обнаруживается повышенная готовность к различным невротическим расстройствам преимущественно истерического, ипохондрического, депрессивного круга. У мужчин возрастные кризисы не столь ярко проявляются, но часто проявляются опасения ослабления или утраты сексуальных возможностей.

Возраст. Дети тяжелее взрослых переносят боль и страдания, боятся больничной обстановки, медицинского инструментария и манипуляций. Во многом реакция ребенка на свою болезнь и его поведение в условиях болезни зависит от родителей и врачей. Следует учитывать, что дети повышено внушаемы, отвлекаемы, быстро забывают пережитое, переключаются на новую ситуацию.

В подростковом и юношеском возрасте в переживаниях, связанных с заболеванием, центральное место занимает внешность. Девушки озабочены косметическими недостатками, юноши – половой системой.

В молодом возрасте (18-35 лет) часто встречается переоценка своего здоровья и недооценка болезни. В зрелом – наиболее выражены психологические переживания и возможные психические расстройства связаны с хроническими, прогностически неблагоприятными, инвалидизирующими заболеваниями (инфаркт сердца, мозга, онкологическая патология).

Пожилому возрасту (60-74 года) типичны не опасения потери трудоспособности, а страх смерти. Часто встречаются тревожно-депрессивные состояния и ипохондрическое переживание болезни.

Для старческого возраста (75 лет и старше) характерно преувеличение тяжести заболевания, однако часто встречается и недооценка из-за снижения критики, интеллектуальной несостоятельности, эйфоричности.

Темперамент. в первую очередь отвечает за физиологическую основу реагирования на болезнь. Его влияние сказывается на характере ощущений и эмоциональных проявлений. Холерикам и меланхоликам свойственен более низкий порог болевой чувствительности по сравнению с сангвиниками и флегматиками. По-разному они переносят и режим ограничения подвижности, связанный с заболеванием.

Характер. Его особенности определяют своеобразие поведения человека и отношение к окружающему и самому себе, в том числе к своему здоровью и болезни. Здесь ведущая роль принадлежит эмоционально-волевой и мотивационной сферам, обеспечивающим адаптацию.

Влияние личности на формирование ВКБ определяется ее системой отношений, в том числе иерархией потребностей, интересов, мотивов, установок. Имеют значение мировоззрение больного человека, его религиозные взгляды, морально-этические принципы, уровень образования и культуры (общей и санитарно-медицинской).

Влияние на ВКБ факторов второй группы.

В.Д. Менделевич (1999) выделяет следующие параметры, на основании которых личностью оценивается болезнь и формируется психологическое отношение к ней:

1. Вероятность летального исхода.
2. Вероятность инвалидизации и хронизации.
3. Болевая характеристика болезни.
4. Необходимость радикального или паллиативного лечения.
5. Влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения.
6. Социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболевшим в микросоциуме.
7. Влияние болезни на семейные отношения и сексуальную сферу.
8. Влияние болезни на сферу развлечений и интересов.

Влияние на ВКБ факторов третьей группы.

Социальный статус больного (социальные условия, образ жизни, характер труда) и его непосредственное окружение (родные, друзья, коллеги) оказывают существенное влияние на формирование ВКБ.

Актуальны переживания, касающиеся эстетических дефектов, вызванных болезнью и влияния болезни на интимную сторону жизни.

Влияние на ВКБ факторов четвертой группы.

К медицинским факторам, оказывающим влияние на ВКБ, относятся взаимоотношения врача и больного, роль медицинского персонала и воздействие обстановки лечебного учреждения, включая влияние на больного других больных, с которыми ему приходится общаться.

В отличие от психологии соматических больных, во ВКБ при психических расстройствах основным является понятие критичности, т.е. способности человека объективно отнестись к своим личностным и поведенческим особенностям, а также к проявлениям болезни. Ключевым является вопрос о том, признает ли человек себя больным, замечает ли он, что его личность и психические процессы изменились. Именно нарушение критичности – тот универсальный признак, который объединяет всех больных с тяжелыми психическими расстройствами и отличает их не только от здоровых людей, но и от пациентов с относительно более легкими нарушениями.

А.Е. Личко (1980) предлагает выделить такие варианты отношения к болезни:

- гармонический – больной реально оценивает болезнь и сложившуюся ситуацию;
- эргопатический – человек уходит в работу, стремится сохранить профессиональный статус, как бы игнорируя болезнь;
- анозогностический – человек не осознает своей болезни;
- тревожный – на фоне болезни у человека значительно возрастает тревога;
- ипохондрический – аналогичен описанному выше;
- неврастенический – основной болезни сопутствуют раздражительность, утомляемость, неустойчивость настроения;
- меланхолический – обнаружение соматического заболевания вызывает у человека развитие депрессии;
- апатический – человек, заболев, теряет интерес ко всему, становится безынициативным, вялым, крайне пассивным;
- сенситивным – у больного появляется избыточная склонность к переживанию за себя, родственников, детей, других больных;

2. Психология лечебного взаимодействия: факторы эффективности лечебного взаимодействия, этические принципы медицинского работника, общие принципы диагностики в медицине.

Психологические особенности пациента в условиях лечебных взаимоотношений и взаимодействия приходят в соприкосновение с психологическими особенностями медицинского работника (врача, психолога, медицинской сестры, социального работника). Целью контактов между этими двумя людьми является помощь, оказываемая одним из участников общения по отношению к другому.

Для того чтобы процесс взаимоотношений пациента и медицинского работника был эффективным, необходимо познать психологические основы подобного взаимодействия. Мотивы и ценности врача, его представление об идеальном пациенте, а также ожидания самого пациента от процесса диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, поведения врача или медицинской сестры.

Вследствие вышеперечисленных проблем, можно говорить о значимости для эффективного и бесконфликтного взаимодействия пациента с медицинскими работниками такого психологического параметра как **коммуникативная компетентность**. Под этим термином понимается способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми, что подразумевает достижение взаимопонимания между партнерами по общению, лучшее понимание ситуации и предмета общения.

В первую очередь, коммуникативная компетентность является профессионально значимой характеристикой врача, медицинской сестры, психолога или социального работника. Однако, несмотря на то, что в условиях клиники пациент вынужден обращаться за помощью к врачу, коммуникативная компетентность важна для обеих сторон. Это связано с тем, что некомпетентность в общении хотя бы с одной стороны способна нарушить диагностический и лечебный процесс и не привести к желаемым результатам. Неумение пациента наладить контакт с врачом столь же опасно, сколь нежелание врача установить эффективный контакт с любым пациентом.

Важную роль в процессе взаимодействия медицинского работника и пациента играет восприятие и понимание участников коммуникации друг друга. На эти процессы, в первую очередь, влияет **психологическая установка**. Различают три типа установки на восприятие человека человеком: *позитивная, негативная и адекватная*. При позитивной установке происходит переоценка положительных качеств и способностей человека, что проявляется в повышенной степени доверия данному лицу, готовность принять на веру все его советы и разделить взгляды на происходящее. Часто позитивная установка на того или иного врача связана с мнением окружающих, его профессиональным статусом. Негативная установка приводит к тому, что воспринимаются в основном негативные качества другого человека, что выражается в недоверчивости, подозрительности. Адекватная установка принимает во внимание возможность сочетания в одном и том же человеке положительных и отрицательных качеств и свойств («Хирург — грубиян, но руки — золотые»).

Известны типичные искажения (эффекты) представления о другом человеке, формирующиеся под влиянием различных факторов. К ним относятся *эффект «ореола», эффект «последовательности», эффект «авансирования», эффект «проецирования на других людей собственных свойств»*. Эффект «ореола» характеризуется формированием мнения о частных свойствах и качествах человека на основании общих впечатлений о нем. Так, квалификация врача может восприниматься пациентом в зависимости от его «солидных манер», использования в речи научных терминов, которые фактически не могут являться признаками оценки его профессиональных знаний и умений. Эффект «последовательности» выводит зависимость суждений о человеке от сведений, предъявленных о нем в первую очередь. В рамках клинической психологии восприятие врача нередко строится на основании тех сведений, которые были получены пациентом, к примеру, от соседей по палате. Сквозь призму этих сведений будет восприниматься недавно поступившим пациентом любое действие или высказывание врача.

Известно, что позитивная установка может опосредоваться некоторыми внешними факторами. Так, к примеру, она может быть обусловлена размеренной манерой врача говорить, неторопливо производить осмотр или манипуляции. При оценке эффективности действия тех или иных лекарств положительная установка основывается нередко на стоимости препарата («дорогой — значит эффективный»), оформлении его упаковки, цвете и консистенции таблеток. На таком психологическом механизме построен т.н. *«плацебо-эффект»*. Плацебо — это лекарство-пустышка, не содержащее вещества, способного оказать терапевтический эффект. При назначении его и сопровождении соответствующими инструкциями для формирования позитивной психологической установки результаты терапии оказываются существенными даже по сравнению со сходным по форме, виду и консистенции лекарственным препаратом.

Существенными являются также ожидания участников диагностического и лечебного взаимодействия проявления каких-либо качеств и поведения друг друга. В связи с этим выделяют понятия «идеального» и «реального» врача и пациента. К качествам и свойствам, характеризующим **«идеального врача»** относят его половозрастные, характерологические и личностные особенности, стиль межличностного взаимодействия, квалификация. Схема Ж. Лакана предполагает существование пяти факторов, влияющих на процесс взаимодействия врача и пациента — *1) пола, 2) возраста, 3) национальности (расы), 4) вероисповедания и 5) сексуальной ориентации*. Исследования соматически больных показало, что все перечисленные факторы оказываются значимыми, однако более существенными являются личностные и характерологические свойства. Пациент расценивает «идеального врача» как лица *одного с ним пола, сексуальной ориентации и более старшего по возрасту*.

Учет фактор пола особенно ярко представлен в сексологической, урологической, кожно-венерологической, проктологической и некоторых иных медицинских областях, что связано с более глубоким уровнем интимности взаимодействия. Отмечается тенденция приписывания качеств «идеального врача» мужчинам в хирургии и женщинам в терапии. В акушерско-гинекологической области нередко пациентки склонны выбирать и считать «идеальными» врачей противоположного пола.

Существенное значение фактор возраста играет в медицинских дисциплинах, в которых от врача требуются такие качества как способность к обстоятельному и неторопливому анализу состояния пациента, опытность, большой запас знаний и практических навыков. К таким медицинским областям относят психиатрию, неврологию, хирургию и многие другие. Во многом ориентация на возраст обусловлена возрастом пациента. В случаях, когда заболевшим является молодой человек, он не склонен придавать существенного значения возрасту врача. Когда же пациентом становится пожилой человек, он ориентируется в оценке «идеального врача» на параметр возраста, также как и на иные параметры.

Важной стороной взаимодействия медицинского работника и пациента является этика и деонтология — учения о нравственных основах поведения человека, в том числе в условиях диагностического и лечебного взаимодействия. Наиболее важными проблемами считаются проблемы: *врачебной тайны, эвтаназии, сообщения пациенту истинного диагноза его заболевания, паттернализма, реконструкции личности при психотерапии* и другие. Некоторые из перечисленных проблем можно отнести к сфере правового регулирования диагностического и лечебного процесса. Однако, традиции, существующие в обществе, нередко приводят к их столкновению. К примеру, необходимость информировать онкологического больного об истинном диагнозе его заболевания, обусловленная правовым принципом, часто приходит в противоречие с точкой зрения врача или сообщества врачей о негуманности данного действия, о необходимости использования для поддержания психологически комфортного состояния пациента принципа «святой лжи».

Квалификация врача включает в себя как минимум два качества. Во-первых, это уровень знаний и навыков, которыми обладает он; во-вторых, использование им в профессиональной деятельности нравственных принципов. Ни в какой иной специальности нет такой взаимообусловленности этических и профессиональных качеств человека. Именно вследствие этого обстоятельства врач принимает клятву, облекая себя обязанностью следовать определенным моральным канонам.

Согласно определению, **медицинская этика и деонтология** — это совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении им своих профессиональных обязанностей. Этика определяет законы морали и нравственности, нарушение которых зачастую не ведет к уголовной или административной ответственности, но приводит к нравственному суду, «суду чести». Этические нормы поведения достаточно динамичны. В первую очередь, они подвержены влиянию общественных факторов и норм общественной морали.

3. Помощь лицам с ограниченными возможностями: социальная интеграция лиц с ограниченными возможностями, воспитание детей с ограниченными возможностями, ранняя поддержка семьи ребенка с ограниченными возможностями.

Социальная интеграция (применительно к лицам с особыми образовательными требованиями) — полное, равноправное включение во все необходимые сферы жизни социума, достижение возможности полноценной независимой жизни и самореализации в обществе, в соответствии с особыми потребностями.

Сущность концепции нормализации (Нирье, 1976) состоит в том, что люди с ограниченными возможностями при соответствующих условиях могут усвоить социально значимые навыки и стереотипы поведения, которые считаются необходимыми для нормального социального функционирования наравне с другими членами общества, для того, чтобы жить в обществе независимой жизнью в соответствии со своими особыми потребностями.

Данная концепция — основа интеграционной модели современной социальной политики западных стран. Л.И. Аксенова определяет следующие основные принципы этой модели:

- каждый человек способен на развитие и обучение в соответствии со своими возможностями при организации адекватных условий для этого;
- ответственность за создание особых условий развития и обучения для человека с ограниченным потенциалом возможностей берут на себя в первую очередь государство и общество, создавая социальные институты коррекционно-компенсаторной направленности;
- необходимо целенаправленное формирование общественного восприятия человека с особыми потребностями в плане соответствия его социального статуса статусу обычного человека; необходимо обеспечить равенство в правах для лиц с отклонениями в развитии — права: на выживание; жизнь в родной семье; развитие; обучение;
- труд;
- свободный выбор места жительства и форм общественной жизни и т.д.
- Указанные выше принципы закреплены в международных и государственных правовых документах.

Воспитание детей с ограниченными возможностями – комплексный процесс умственного и физического развития ребенка с отклонениями сенсорного, психического, умственного, физического характера с целью его полноценной интеграции в общество. Современное общество придерживается патерналистских взглядов на проблему детей с ограниченными способностями, воспринимая их как недееспособных, зависимых, физически и умственно ограниченных, а также неполноценных членов общества, воздвигая на пути их развития и становления множественные препятствия. Воспитание и обучение детей инвалидов в корне отличается от подхода к образованию здоровых детей. Каковы основные аспекты воспитания аномальных детей? Каковы основные подходы к личностному становлению ребенка с отклонениями в развитии? Роль семьи в воспитании детей с ограниченными возможностями и их становлении в обществе В организации процесса воспитания детей с ограниченными возможностями необходимо учитывать две основные составляющие: Характер нарушений и отклонений в развитии ребенка; Социальные аспекты проблемы. Современное общество является неподготовленным для нормального взаимодействия с детьми, имеющими отклонения в развитии. Социальное решение проблемы детей с отклонениями сводится к их умышленной либо косвенной изоляции от общества. Такое обособление способствует осознанию самими детьми своей неполноценности и отличия от нормальных детей, что сказывается на их психо-эмоциональном состоянии. Основные проблемы, с которыми сталкиваются родители детей-инвалидов: Отсутствие образовательных учреждений для создания полноценных условий для развития детей; Нехватка кадров – воспитателей, психологов, реабилитологов, педагогов, способных помочь ребенку развить необходимые для самостоятельной жизни умения и навыки; Игнорирование правильных подходов к воспитанию детей-инвалидов. Воспитание детей с ограниченными возможностями начинается в семье. Основной ошибкой, допускаемой каждой семьей в процессе воспитания аномального ребенка, является актуализация проблемы, проще говоря, «зацикливание» родителей на дефекте либо отклонении ребенка. Итак, с раннего детства сами родители прививают ребенку мысль о его неполноценности и отличии от других деток. Как правило, родители пытаются всячески оградить и уберечь ребенка от влияния общества, сверстников, чтобы не нанести ему психическую либо физическую травму. Задачей родителей в процессе воспитания детей с ограниченными возможностями является обучение ребенка самостоятельности. Ребенок с каким-либо нарушением физического либо психического развития может и должен стать полноценным членом общества. Воспитание и образование детей с ограниченными возможностями должно быть направлено на их полноценную интеграцию в общество, а не на актуализацию их изоляции, что повышает их уязвимость в обществе. Ребенок, справляющийся со своим недугом, способный к обучению и развитию вместе с обычными детьми, получает больше шансов на полноценную жизнь в обществе. Семья должна выполнять вспомогательную функцию в воспитании детей с ограниченными возможностями, обучая их справляться с бытовыми ежедневными задачами с учетом их физических и умственных особенностей. Зависимый от взрослых, несамостоятельный ребенок с ограниченными способностями получает заведомо меньше шансов на успешное становление в обществе. Для воспитания детей с ограниченными возможностями необходимо: Создание атмосферы спокойствия, взаимопонимания и взаимопомощи в семье; Содействие ребенку, а не ограничение его действий; Восприятие ребенка таким, какой он есть, без завышенных требований к нему. Однако родители должны проявлять настойчивость, соблюдать регулярность занятий, привлекать специалистов к процессу образования. Основные цели воспитания и обучения детей инвалидов Воспитание детей с ограниченными возможностями не ограничивается их распределением в специализированные образовательные учреждения. Воспитание и образование детей-инвалидов начинается в семье, где ребенок должен получить основные навыки и умения для обеспечения своего бытия без посторонней помощи с учетом его психических и физических отклонений. Как правило, в семьях с детьми-инвалидами преобладающей методикой воспитания является гиперопека, когда ребенок максимально ограничивается в действиях, а члены семьи берут на себя его функции. Так, ограничивается физическая активность ребенка во избежание травмы, ограничивается его социальная активность во избежание психической травмы, нанесенной сверстниками. Семья, как и общество в целом, позиционирует детей-инвалидов как больных, концентрируя внимание на их отклонении в развитии, отличии от здоровых детей. Чрезмерная опека и изоляция от сверстников провоцирует у ребенка страх на подсознательном уровне быть непринятым, отвергнутым полноценным обществом. Еще одной ошибкой воспитания детей с ограниченными способностями в семье является игнорирование речевых и двигательных дефектов и ошибок, что в дальнейшем превратится в непреодолимую проблему. Основной целью воспитания детей-инвалидов в семье является становление полноценной самостоятельной личности и члена общества, способного к самосовершенствованию, саморазвитию, самореализации. Позиционирование ребенка-инвалида как больного является грубейшей ошибкой родителей, провоцирующей надлом психики ребенка, а также закладку неверных ценностей, понятий о мире и окружающем обществе. Каждый родитель должен понять, что современное общество лишено сочувствия, которым ребенок окружен в семье. Резкий переход от гиперопеки к непониманию сверстников может спровоцировать замыкание в себе, развитие внутренних комплексов и противоречий, нежелание развиваться и совершенствоваться

Организация ранней помощи

Проведенные научные исследования зарубежных и отечественных ученых в области медицины, специальной психологии и педагогики убедительно доказали эффективность комплексной коррекционной помощи на самых ранних этапах развития проблемных детей. Уникальность этого возраста заключается в его особой чувствительности – сензитивности в формировании большинства специфически человеческих качеств и способностей. Практическое воплощение идеи создания системы ранней коррекционной помощи начинается с определения объекта воздействия

Ранняя коррекция включает:

- скрининг-диагностику всех новорожденных с указанием фактора риска в карте развития ребенка;
- расширение деятельности кабинетов здорового ребенка в детских поликлиниках;
- целенаправленное наблюдение педиатром за темпом психофизического развития ребенка из группы риска по месту его жительства;
- оказание психолого-педагогической помощи родителям, имеющих детей с отклонением в развитии;
- раннее начало систематической коррекционной работы.

4. Психосоматическая медицина: роль стресса и личностных особенностей в патогенезе соматических заболеваний.

Причинно-следственная связь психологии конкретного человека и соматических заболеваний существует, но она опосредованная, неоднозначная и в элементарные схемы не укладывается. Патогенез психосоматических расстройств, чрезвычайно сложен и определяется:

1. неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;
2. наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам;
3. нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности ЦНС);
4. личностными особенностями;
5. психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;
6. фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;
7. особенностями психотравмирующих событий.

Перечисленные факторы не только участвуют в происхождении психосоматических расстройств, но и делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических нарушений. Существует множество явных и скрытых закономерностей взаимодействия психического содержимого и возникновения телесных болезней. Например, известно, что гнев разрушает печень и способствует болезням глаз, болезни почек и зубов являются следствием страха.

Достаточно давно стало понятно, что иммунная система является компонентом гомеостатического треугольника, в который кроме нее входят нервная и эндокринная системы. А иммунитет защищает постоянство клеточного состава организма человека, выявляя и удаляя любые генетически чужеродные клетки и вещества, поступающие извне и образующиеся внутри организма. Против всех этих антигенов развивается иммунный ответ с образованием разных эффекторных клеток и молекул. По данным ВОЗ, в настоящее время первой особенностью состояния здоровья населения в мире является снижение иммунореактивности: по разным источникам до 50-70% людей имеют нарушения иммунитета. И второй особенностью, вытекающей из первой, считают повышение частоты заболеваний, вызываемых условно-патогенной микрофлорой, а также рост числа аллергических, аутоиммунных и онкологических болезней. Сбой иммунной системы и, как следствие -- простуда, являются для человека сигналом со стороны организма: "Хозяин, остановись, не спеши, сделай небольшую передышку, слишком многое пытаешься успеть!"

Врачи давно обратили внимание на то, что люди, часто находящиеся в стрессовом состоянии, в большей степени подвержены инфекционным заболеваниям, например, гриппу. При инфекционных заболеваниях пусковыми механизмами являются раздражение, злость, досада. Любая инфекция указывает на неизжитый душевный разлад. Слабая сопротивляемость организма, на которую накладывается инфицирование, связана с нарушением душевного равновесия.

Люди, склонные к депрессии или обладающие высокой личностной тревожностью, как и пессимисты, высокочувствительны к развитию стресса. А характеризующиеся низкой личностной тревожностью, эмоционально более устойчивы и спокойны. Для последних требуется относительно высокий уровень стресс-факторов, чтобы вызвать у них стрессовую реакцию. Восприимчивость к стрессу связана и с фактором самооценки. Люди с низкой самооценкой считают себя неспособными, не умеющими справляться с трудностями и противостоять угрозе. Как правило, у них высокий уровень тревожности и соответственно они более подвержены развитию стресса. Ученые установили, что при стрессе активируется центральная нервная система, которая и запускает стрессовую реакцию: активизируется периферическая нервная система и железами внутренней секреции выделяются различные гормоны.

В организме происходит существенное нарушение биохимических процессов, которое приводит к нежелательным изменениям в органах и тканях. Страдают при этом и органы, ответственные за иммунитет. В условиях стресса в крови резко возрастает уровень гормонов - глюкокортикоидов, высокая концентрация которых подавляет иммунную систему организма, защищающую человека и животных от чужеродных веществ и инфекционных агентов, проникающих в организм извне, например, вирусов и бактерий, а также от собственных измененных клеток, превратившихся в опухолевые.

Вот почему люди, находящиеся в состоянии психологического стресса чаще болеют инфекционными заболеваниями. Нарушая систему иммунитета, стресс делает организм беззащитным перед инфекцией. Человек, длительное время находящийся в состоянии психологического стресса, как правило, не осознает истощения нервной системы и не может его предотвратить. Американскими исследователями был установлен интересный факт: у людей, подвергшихся воздействию психологического стресса, значительно снижено содержание лейкоцитов в крови, а ведь именно лейкоциты играют важную роль в процессе иммунологической защиты организма.

Психические нарушения при соматических заболеваниях могут выражаться различными синдромами - от неспецифических астенических, различных невротических расстройств, аффективных нарушений до симптоматических соматогенных психозов и психоорганических проявлений.

Психика больного с начала заболевания оказывается в необычном состоянии, так как в связи с болезнью нарушается привычный ритм жизни, труда, отдыха, сна и бодрствования (Лакосина Н.Д. с соавт., 2005). Особую значимость для больного приобретают ощущения, которые вызываются обилием interoцептивных сигналов от внутренних органов вследствие имеющихся в них изменений. Первоначально субъективно воспринимаемые диффузные или локальные (в области сердца, желудка, печени и т.д.) неопределенные ощущения трактуются как дискомфортные. Наряду с ними могут появляться и болевые ощущения. Физиологический дискомфорт и болевые ощущения связаны также с переживаниями тревоги и страха. При нарастающей интоксикации у больных появляется гиперестезия, когда шум, свет, разговоры, прикосновение одежды становятся неприятными, появляются раздражительность, повышенная обидчивость и плаксивость. Привычные шумы делают невыносимыми, свет фонаря с улицы - раздражающим, разговоры окружающих приводят больного в «бешенство». Аппетит снижен, сон становится поверхностным, больные легко просыпаются. При бессоннице нередко возникают размышления о болезни и ее возможных последствиях, также мешающие заснуть.

Астения — самое типичное явление при соматических заболеваниях. Астенические состояния проявляются чрезмерной утомляемостью, иногда с самого утра, трудностью концентрации внимания, замедлением восприятия. Спонтанная вялость возникает без нагрузки или при незначительной нагрузке, держится продолжительное время и не проходит после отдыха. Характерны также эмоциональная лабильность, повышенная ранимость и обидчивость, выраженная отвлекаемость. Больные не переносят даже незначительного эмоционального напряжения, быстро устают, огорчаются из-за любого пустяка. Часто имеет место гиперестезия, выражающаяся в непереносимости резких раздражителей в виде громких звуков, яркого света, запахов, прикосновений. Иногда гиперестезия бывает настолько выраженной, что больных раздражают даже негромкие голоса, обычный свет, прикосновение белья к телу.

Глубина астенических расстройств обычно связана с тяжестью основного заболевания. Иногда за астению ошибочно может быть принята мышечная слабость при заболеваниях мышечной и нервной системы.

У лиц с соматическими заболеваниями часто наблюдаются также состояния *спутанности, психозы, депрессия и личностные изменения* (Джекобсон Дж.Л., Джекобсон А.М., 2005). Психические нарушения могут быть острыми и прогрессирующими или иметь хроническое течение с минимальными изменениями. Это означает, что при выявлении психопатологии нужно учитывать возможность лежащего в ее основе соматического или неврологического расстройства, особенно при отсутствии у пациента психиатрических проблем в прошлом и психических болезней в семье, а также при появлении симптомов в возрасте старше 40 лет.

Спутанность. Термин “спутанность” в клиническом обиходе означает неспособность удерживать связный ход мыслей. Состояния спутанности встречаются очень часто; они возникают главным образом остро, вследствие обратимого токсического или метаболического расстройства, оказывающего выраженное влияние на мозг. У пациента с острым состоянием спутанности обычно отмечаются нарушенное внимание, дезориентация, бессвязное мышление, нарушение цикла сон—бодрствование.

Первичный и вторичный психозы. Сущность психоза состоит в утрате контакта с реальностью. Психоз принимает различные формы: галлюцинации, бред, психомоторные нарушения и изменения аффекта.

Первичный психоз, возникающий исключительно вследствие психического заболевания, чаще проявляется слуховыми галлюцинациями, более сложным и стойким бредом, при этом сохраняются ясность сознания и ориентация.

Вторичный (симптоматический) психоз часто обладает более внезапным началом, более резкими нарушениями уровня сознания и более очевидными интеллектуальными расстройствами. Симптоматический психоз с большей вероятностью вызывает зрительные галлюцинации без слуховых галлюцинаций; при нем наблюдается менее систематизированный бред.

Предвестниками помрачения сознания часто бывают психические расстройства, которые возникают при закрытых глазах (психосенсорные расстройства и гипнагогические галлюцинации). В связи с этим большое значение имеет расспрос больных, особенно при жалобах на бессонницу. Вслед за расстройством сна, гипнагогическими либо гипнопомпическими галлюцинациями может развиваться делириозное помрачение сознания с неправильным поведением больного. По выходе соматически больного из психоза, как правило, имеют место значительные астенические явления.

Депрессия. Соматические болезни могут проявляться клинической картиной, во всех отношениях типичной для депрессии. Ключевые аспекты, позволяющие отличать данных пациентов, включают:

- отсутствие предшествующих психиатрических проблем;
- неотягощенный семейный анамнез;
- отсутствие провоцирующего события;
- более поздний возраст начала;
- наличие сопутствующих соматических и неврологических симптомов.

Маниакальное состояние. Маниакальные состояния встречаются у соматических больных значительно реже, чем депрессивные, обычно они являются проявлениями интоксикации с нарастающей гипоксией мозга или фазами психических аффективных расстройств. Характеризуются мании не свойственной ранее больным болтливостью и оживленностью: они шутят, смеются, веселят окружающих, легкомысленно относятся к рекомендациям врачей.

Личностные изменения. Слабые нарушения исходного характера и темперамента часто предвещают появление неврологических расстройств. Манеры поведения, мотивация, аффект, критика и контроль над импульсами могут сильно изменяться при болезни или повреждении мозга. Хотя изменить личность может практически любое заболевание или повреждение, следующий перечень послужит клиническим руководством.

Тревога. У пациентов с тревогой, как правило, отмечаются опасение, страх, дрожь, беспокойство, головокружение, сухость во рту и сердцебиение. Такие признаки представляют собой обычный вегетативный ответ на психологический стресс, но также могут быть отражением не диагностированного соматического или неврологического заболевания. Подобно вышеописанным примерам, отсутствие соответствующей патологии в анамнезе, отсутствие провоцирующего события и более поздний возраст начала подтверждают наличие лежащего в основе соматического расстройства. У большинства пациентов, страдающих эндокринными заболеваниями и сердечно-легочной патологией, часто обнаруживается тревога.

Конверсионное расстройство. У многих пациентов имеются симптомы, указывающие на наличие соматического или неврологического расстройства, которые, на самом деле, представляют собой бессознательные проявления эмоционального конфликта. Клиницист должен быть готов распознать данные проявления. Это необходимо для отделения истерических клинических черт от тех, которые могут возникать вследствие соматического или неврологического заболевания. Симптомы конверсионного расстройства часто встречаются у пациентов, страдающих установленным неврологическим заболеванием. Например, судорожные припадки не эпилептической этиологии могут встречаться у пациентов с установленным диагнозом судорожного расстройства. Такие традиционные признаки конверсионного расстройства, как чрезмерная слабость, неанатомические сенсорные нарушения и безразличие, могут отмечаться у пациентов, страдающих рассеянным склерозом и другими неврологическими расстройствами. Расстройства, часто сопровождающие истерию, включают:

6. Дифференциальная диагностика функциональных и органических нарушений: общие принципы, сравнение истерических и органических расстройств.

Разделение психических расстройств на органические и функциональные является условным, и принято скорее говорить о степени объективизации психического расстройства данными дополнительных исследований (нейропсихология, КТ, ЭЭГ и т. д.), позволяющими связать мозговой субстрат, токсический агент и конкретное расстройство. Хотя считается, что органические расстройства чаще встречаются в позднем возрасте, они могут проявляться или начинаться в любом возрасте. Если они возникают в возрасте до 3 лет, то чаще приводят к синдрому олигофрении (умственной отсталости), если возникают позже — к синдрому деменции. Органические расстройства можно условно разделить на эндогенные (болезнь Альцгеймера, хорея Гентингтона и т. д.) и экзогенные (в результате опухоли, черепно-мозговой травмы, вирусного энцефалита).

Общность этиологии эндогенных органических расстройств заключается в том, что большое значение имеют генетические факторы, которые связывают с генами, ответственными за рост локальных групп нейронов. Генетические нарушения приводят к пролиферативным и/или дегенеративным процессам. Имеют значение инфекции и интоксикации, мальформации и другая сосудистая патология.

К экзогенным синдромам, характерным для органических расстройств, относятся 5 острых психотических реакций Бонгоффера: сумерки, аменция, эпилептическое возбуждение или припадок, делирий, галлюциноз, которые вместе входят в состав острого мозгового синдрома. В спектре переходных синдромов, описанных Пиком и характерных как для экзогенных, особенно соматогенных психозов, так и для эндогенных психозов, располагаются маниакальный кататонический и параноидный синдромы. Возникновение после острого мозгового синдрома переходных синдромов может свидетельствовать о трансформации психоза в эндогенный спектр.

Благоприятным выходом из острого мозгового синдрома считается формирование после него астении или депрессии, а неблагоприятный выход заключается в формировании апато-абулического, корсаковского, эйфорического синдромов, а также деменции. Согласно М.О. Гуревичу, в патогенезе всех, и особенно органических, расстройств имеют значение общесоматический, общемозговой и локальный мозговой факторы, которые звучат в клинике как конкретные симптомы.

Наиболее часто при дифференциальной диагностике встает вопрос об отграничении олигофрении от ЗПР. Выраженность функциональных нарушений познавательной деятельности при ЗПР с преобладанием энцефалопатических расстройств и с дефицитностью отдельных корковых и подкорковых функций нередко дает картину отклонения, близкую к олигофрении.

Сложность еще и в том, что ЗПР церебрально-органического генеза проявляется в несовершенстве функции обобщения (затруднениях при самостоятельном установлении взаимосвязи между предметами, при операциях анализа, синтеза, сравнения, при решении задач, требующих словесно-логического мышления), а также в недостаточном умении планировать свою деятельность, контролировать действия, руководствоваться в интеллектуальной деятельности конечной целью.

Г. Е. Сухарева строит распознавание олигофрении на двух критериях:

1. качественная характеристика интеллектуального дефекта — неспособность к отвлечению и обобщению;
2. своеобразие нарушений деятельности — отсутствие инициативы, склонность к подражанию и повторению заученных штампов, неспособность к переключению на новые виды деятельности.

При олигофрении клиническая картина характеризуется, во-первых, тотальностью недоразвития всех психических функций, во-вторых, иерархичностью их недостаточности в виде наибольшего страдания высших форм познавательных процессов — способности к абстрагированию. При ЗПР наблюдается не тотальность, а парциальность, мозаичность нарушения различных компонентов познавательной деятельности. Эти нарушения носят в основном вторичный характер и наиболее часто связаны с психической истощаемостью. В то же время потенциальные возможности высших форм мыслительной деятельности у детей с ЗПР значительно выше, в связи с этим гораздо лучше и способность использования помощи.

7. Классификация, диагностика и терапия болей: острая и хроническая боль, диагностика и терапия боли, особенности оценки и лечения боли у детей.

Острая и хроническая боль

Острая боль - предостерегает от повторного повреждения; через некоторое время обычно исчезает; вызвана обычно единственной, очевидной причиной; часто сопровождается страхом.

Хроническая боль – не предостерегает от повреждения; усиливается со временем; обычно полиэтиологичная; часто вызывает депрессию.

Наиболее распространенные причины острой боли: травмы, операции, инфекции, панкреатит, кишечная непроходимость.

Наиболее распространенные причины хронической боли: рак, СПИД, ишиас; артрит; диабет; мигрень.

Нейропатическая и ноцицептивная боль

Нейропатическая боль, как правило, вызвана повреждением периферической или центральной нервной системы, тогда как при ноцицептивной боли нервные проводящие пути не повреждены.

Ноцицептивную боль подразделяют на висцеральную и соматическую.

Острая боль обычно ноцицептивная. Хроническая боль может быть как ноцицептивной, так и нейропатической.

Диагностика боли

При обследовании по поводу боли необходимо опросить пациента по следующим пяти ключевым параметрам (Монтгомери Р., Финк Р.М., 2011):

- слова, используемые при описании боли;
- интенсивность боли;
- локализация боли;
- длительность боли;
- факторы, усугубляющие и облегчающие боль.

Таблица 5.1. Классификация болей (Монтгомери Р., Финк Р.М., 2011)

Вид боли	Описание	Этиология	Примеры	Лечение
Нейропатическая	Жгучая, стреляющая, сопровождающаяся чувством онемения, иррадиирующая, колющая, «жжет, как огнем», напоминает удар током	Повреждение периферической или центральной нервной системы	Постгерпетическая невралгия, периферическая нейропатия при сахарном диабете, ВИЧ, раке и его лечении (лучевой и химиотерапии), хроническая боль в области таза, фибромиалгия.	Антидепрессанты, противосудорожные, бензодиазепины, опиоиды +/-
Висцеральная (нечетко локализованная)	Давящая, схваткообразная, сжимающая, тянущая, сопровождающаяся чувствами распирания или растяжения	Боль возникает во внутренних органах	Кишечная непроходимость, тромбоз вен, ишемия, послеоперационная боль, асцит, боль в грудной клетке, киста яичника, аппендицит	Опиоиды (при кишечной непроходимости применяют с осторожностью)
Соматическая (четко локализованная)	Ноющая, пульсирующая	Воспаление кожи или глубоко расположенных тканей, повреждение кости	Дегенеративное заболевание суставов, метастазы рака в кости	НПВП, миорелаксанты, +/-опиоиды

Терапия боли

Ни при каком методе оценки и/или лечения боли у любого из пациентов, независимо от возраста и диагноза, использовать плацебо недопустимо. Никогда не следует назначать плацебо, чтобы определить, не симулирует ли пациент боль или желание получить анальгетический препарат. Основополагающие этические принципы: честность, доверие и уважение к пациенту. Назначая плацебо, мы не только обманываем пациента, но и нарушаем этические принципы и обязательства медицинского работника перед пациентом. Единственный случай, когда применение плацебо допустимо — наличие информированного согласия пациента на его использование в рамках клинического исследования (Монтгомери Р., Финк Р.М., 2011).

Выявление синдрома отмены нельзя считать доказательством наличия у пациента зависимости от анальгетика. Возможно, так проявляются признаки физической зависимости, развивающейся при неоднократном (обычно не менее 1 недели) приеме опиоидов. Как и толерантность, физическая зависимость является нормальной реакцией организма. При внезапной отмене опиоидов могут развиваться симптомы отмены: повышенная возбудимость или беспокойное поведение, тревога, чередование приливов жара и ознобов, повышенное слюноотделение, слезотечение, ринорея, профузное потоотделение, появление «гусиной кожи», тошнота, рвота, кишечные спазмы, бессонница.

Физическая зависимость может развиваться не только при приеме опиоидов. Резкое прекращение приема бета-блокаторов, кортикостероидов и антидепрессантов также может привести к синдрому отмены. Быстрее всего его можно купировать, возобновив прием опиоида. Для профилактики синдрома отмены дозу опиоидов следует снижать постепенно.

Напротив, пристрастие, или психологическая зависимость — это поведенческое нарушение, подразумевающее неодолимое желание получить препарат, чтобы испытать его психологическое действие. Опиоидная зависимость — это утрата способности соблюдать график приема препарата, его спонтанное продолжающееся употребление, несмотря на наносимый им вред, страстное желание и потребность принять опиоид для достижения неанальгетического действия. Пациенты, принимающие опиоиды для уменьшения боли, используют их в лечебных целях. Неспособность медперсонала различить физическую зависимость и пристрастие значительно затрудняет обеспечение эффективного обезболивания при хронической боли.

Наличие в анамнезе алкогольной или наркотической зависимости не означает, что для купирования боли опиоиды противопоказаны. Их назначают по обычным показаниям. Страдающим зависимостью или проходящим курс лечения метадонном действительно нередко из-за выраженного привыкания к препарату для достижения анальгетического эффекта приходится назначать опиоиды в повышенных дозах. Кроме того, при зависимости или привыкании к опиоидам их иногда приходится назначать чаще.

Использование опиоидов следует открыто обсудить с пациентом, так как он может опасаться возобновления наркотической зависимости. Позвольте пациенту высказать сомнения и опасения. Если он откажется от опиоидов, это желание следует удовлетворить. Кроме того, пациентам и медицинским работникам следует консультироваться и взаимодействовать с представителями программ по отказу от наркотиков. Для уменьшения потребности в опиоидах можно назначать неопиоидные анальгетики и симптоматические препараты (Монтгомери Р., Финк Р.М., 2011).

К нелекарственным относят физические и психологические методы лечения боли, которые можно использовать, чтобы повысить эффективность, но не вместо лекарственной терапии.

К физическим методам относят: кожную стимуляцию (теплом, холодом, массажем, вибрацией), чрескожную электрическую нейростимуляцию, рефлексотерапию, бесконтактный массаж, массаж биологически активных точек (акупунктуру).

Психологические методы позволяют пациенту контролировать боль: методами когнитивной психотерапии изменяют осознание пациентом восприятия боли, а поведенческими — обучают навыкам терпения и изменения реакции на боль.

8. Хронические соматические заболевания у детей: влияние заболевания на ребенка, влияние заболевания на семью, вмешательства для обеспечения дисциплины лечения.

Родители по-разному реагируют на болезнь ребенка. Обычно отцы не склонны драматизировать ситуацию, в то время как матери часто впадают в депрессию, испытывают чувство вины. Поэтому у матерей, как правило, проявляется больше психических симптомов в связи с болезнью ребенка, чем у отцов.

Модель реакции родителей непосредственно сказывается на психологической адаптации ребенка. Появление у ребенка хронического заболевания может повлиять на функцию семьи. Особенно в случаях с болезнями, которые трудно поддаются лечению, например, нестабильно протекающий диабет, тяжелая астма или рак. Как больному ребенку, так и его родителям, особенно в период стресса, необходима связь с обществом. Обычно она ухудшается, когда ребенок заболевает, особенно при болезнях, вызывающих социальные ограничения, например муковисцидозе, тяжелой аллергии.

Во время болезни родители нередко забывают о других своих детях. В то же время у них, даже если нет очевидных психических симптомов, часто наблюдается низкая самооценка, беспокойство и неуверенность

Нередко дети и подростки не выполняют медицинских предписаний должным образом. Дисциплинированное лечение отмечается примерно в 50% случаев (Энгстрём И., Ларссон Б., 2004).

Растущему интересу к дисциплине педиатрического лечения способствует прогресс в медицине. В связи с появлением новых медикаментов (например, от рака или ВИЧ-инфекции) растёт число индивидов с хроническими заболеваниями, так как в хроническую форму переходят те заболевания, которые ранее неизбежно привели бы к летальному исходу. Кроме того, новые технологии привели к появлению более сложных режимов для хронических заболеваний.

Выделяют четыре основных подхода к *укреплению дисциплины лечения* (Варни Д.У. с соавт., 2002; Энгстрём И., Ларссон Б., 2004):

1 подход. *Образовательный*. Повышение осведомлённости детей и родителей о важности выполнения лечебных назначений. Просвещение особенно значимо для лечебных режимов, которые требуют сложных навыков, крупных изменений в стиле жизни (например, при ожирении) или высокой самодисциплины со стороны ребёнка и его родителей (например, при диабете).

Кроме того, образовательные вмешательства важны для детей и их семей в момент первоначальной постановки диагноза, а также для подростков, которые начинают более ответственно относиться к лечебному режиму. Профессионалы склонны переоценивать подростков в выполнении назначений.

2 подход. *Супервизия*. При супервизии медицинский персонал напоминает о необходимости принять лекарство, не пропустить визит к врачу. Дома применяются напоминания, или памятки, оставленные в местах частого пользования, пометки в календарях. Этот подход применяется при кратковременных заболеваниях, в начальных фазах сложного лечения хронических состояний и для повышения включённости детей в их лечение. Визуальные напоминания о приёме лекарств больше помогают детям и их родителям, чем взрослым пациентам.

3 подход. *Мониторинг* приёма лекарств путём анализов на содержание препарата в крови.

4 подход. *Поощрение следования лечению*. Вознаграждения, родительская похвала, денежное подкрепление полезны в условиях сложного, длительного лечения, а также для воздействия на стиль жизни (физзарядка, соблюдение диеты). Более юный возраст или меньшая мотивированность ребенка требуют сиюминутного и частого подкрепления.

Существуют два вида патогенного влияния соматической болезни на психику человека: соматогенный (вследствие интоксикации, гипоксии и других воздействий на центральную нервную систему) и психогенный, связанный с психологической реакцией личности на заболевание и его возможные последствия. Соматогенный и психогенный компоненты представлены во влиянии на психическую сферу в различных соотношениях в зависимости от нозологии болезни. Вынужденный отказ от привычной профессиональной деятельности, необходимость в смене профессии из-за заболевания или переход на инвалидность, превращение в объект семейной опеки, изоляция от привычного социального окружения (вследствие длительного стационарного лечения) — все это в значительной степени влияет на личность больного, у которого появляются черты эгоцентризма, повышенной требовательности, обидчивости. Тяжелое хроническое соматическое заболевание существенно изменяет всю социальную ситуацию развития человека. Оно изменяет его возможности в осуществлении различных видов деятельности, ведет к ограничению круга контактов с окружающими людьми, приводит к смене места, занимаемого им в жизни. В связи с этим наблюдается снижение волевой активности, ограничение круга интересов, вялость, апатичность, нарушения целенаправленной деятельности с падением работоспособности, обеднением и оскудением всего психического облика.

9. Психологические методы лечения соматических заболеваний: методы релаксации, гипнотерапия, когнитивное вмешательство, применение метода визуализации при физических заболеваниях, семейная терапия.

Ощутимый результат от психотерапевтических методик можно получить при лечении психосоматических заболеваний, то есть таких заболеваний, при которых тесно взаимосвязаны психологические моменты и проявления со стороны внутренних органов.

Психотерапия помогает пересмотреть свой взгляд на существующие проблемы, на заболевание, выявить и ликвидировать факторы, провоцирующие развитие заболевания. Когда говорят, что все болезни «от нервов», то речь идет именно о психосоматических заболеваниях, а эффективная методика их лечения – психотерапия.

При психосоматических заболеваниях могут быть разнообразные проявления со стороны внутренних органов: боли в области сердца, в животе, учащенное сердцебиение, повышенная потливость, дрожание рук, поносы, запоры и множество других симптомов.

К психосоматическим заболеваниям относят не только функциональные расстройства (когда симптомы болезни есть, но видимых изменений со стороны внутренних органов нет), но и заболевания, сопровождающиеся существенными органическими изменениями со стороны внутренних органов.

Распространенные психосоматические расстройства - гипертония, язвенная болезнь, мигрень, ревматоидный артрит, тиреотоксикоз, бронхиальная астма. Различные стрессы, волнения провоцируют обострения данных заболеваний, могут приводить к развитию осложнений.

Но одними лишь лекарственными средствами не избавиться от имеющихся проявлений психосоматических болезней, так как проблема «зарыта» глубоко внутри – в подсознании. Неразрешенные конфликты, семейные драмы, нереализованность, детские комплексы – все это может вылиться в психосоматическое заболевание. И до тех пор пока не будет выявлена первопричина заболевания, пока человек не изменит свое отношение к ней или не разрешит свои проблемы, психотравмирующая ситуация и ее последствия будут «разрушать» внутренние органы.

Основные методы психотерапии, применяемые в лечении психосоматических заболеваний

Одной из распространенных методик является позитивная психотерапия. В ходе психотерапевтических сеансов больной учится находить хорошие моменты в своей болезни, изменять свое отношение к ней и старается почерпнуть скрытые внутренние резервы для преодоления болезни.

К методам суггестивной психотерапии относят внушение, гипноз и аутотренинг. Больным психосоматическими заболеваниями целенаправленно внушают состояние, которое должно быть достигнуто. Данные методики подходят для людей, которые считают себя очень больными, могут предъявлять множество жалоб, но существенных отклонений у них не определяется.

Гештальт-терапия, один из методов психотерапии, помогает снять различные блокировки, стимулировать процессы развития человека, реализовать его скрытые возможности, оптимизировать процессы саморегуляции.

Еще одна эффективная и широко применяемая методика – когнитивно-поведенческая психотерапия. В ходе психотерапевтических сеансов пациент пересматривает свое отношение к психотравмирующим событиям, изменяет оценку этих событий. Благодаря таким изменениям человек по-другому реагирует на похожие ситуации, они не вызывают в нем шквал негативных эмоций.

Если основная проблема – взаимоотношения в семье, тогда прибегают к семейной психотерапии. В ходе сеансов анализируются взаимоотношения в семье, каждый из членов семьи старается понять другого, цель таких сеансов – научиться достигать компромисса.

Также в лечении психосоматических заболеваний могут использовать символдраму, психодраму, арт-терапию, танцевально-двигательную терапию, ортодоксальный психоанализ.

Применение метода визуализации при физических заболеваниях

1. Подумайте о любом недомогании или боли, от которой вы в настоящий момент страдаете. Мысленно вообразите себе их в том виде, который более всего соответствовал бы вашим представлениям.

2. Представьте себе, как получаемое вами лечение либо уничтожает источник этой боли или недомогания, либо усиливает способность вашего организма самому справиться с ним.

3. Представьте себе, как естественные защитные механизмы и процессы устраняют источник боли или недомогания.

4. Представьте себя здоровым, свободным от боли и болезни.

5. Постарайтесь вообразить, как вы успешно добиваетесь поставленных жизненных целей.

6. Мысленно похвалите себя за то, что сами способствуете своему выздоровлению. Представьте себе, что вы занимаетесь релаксацией и визуализацией три раза в день, сохраняя внимание и сосредоточенность на протяжении всего упражнения.

7. Теперь почувствуйте, что мышцы ваших век стали легче. Будьте готовы к тому, чтобы открыть глаза и вновь оказаться в комнате.

8. Откройте глаза. Вы можете снова вернуться к своим обычным делам.

Например, если у вас **язва**, можно представить ее как круглую ранку в форме кратера на слизистой оболочке желудка или кишечника. У этой ранки неровная, мокнущая поверхность. Создавая мысленную картину лечения, вообразите, как лекарственные препараты, обладающие противокислотными свойствами, обволакивают всю область этой ранки, нейтрализуя действие кислот и успокаивая саму язву. Представьте себе, как на месте язвы появляются нормальные клетки. Они растут, делятся и постепенно затягивают всю мокнущую, неровную, изъязвленную поверхность ранки. Представьте себе, как белые кровяные тельца подчищают отходы и оставшийся мусор и оставляют после себя розовую здоровую поверхность слизистой. Далее вы должны представить, что у вас ничего не болит, вы здоровы и способны справляться с жизненными трудностями, не испытывая симптомов язвенной болезни.

Если у вас высокое **артериальное давление**, можно представить себе, что мышечные волокна в стенках кровеносных сосудов слишком напряжены. Поэтому, для того чтобы кровь могла протекать по сосудам, требуется гораздо более высокое давление, чем обычно. Теперь представьте себе, как лекарства расслабляют эти мышечные волокна, сердце начинает качать кровь с меньшим усилием - ему уже не нужно преодолевать такое сильное сопротивление сосудов. Кровь течет по ним легко и спокойно. Постарайтесь мысленно увидеть, как вы преодолеваете стрессовые ситуации в своей жизни, не вызывая напряжения организма.

Если вы страдаете **артритом**, представьте, что ваши суставы воспалены, на их поверхности - мелкие неровные бугорки. Теперь вообразите, как к суставам устремляются белые кровяные тельца. Они очищают их поверхность, удаляя эти шероховатые бугорки и делая поверхность гладкой и ровной. Теперь постарайтесь мысленно увидеть, что вы активны, делаете то, что вам хочется, и не испытываете боли в суставах.

Как, только, используя приведенные указания, вы закончите первый раз работу с воображением, нарисуйте свою визуализацию.

Бронхиальная астма. Хроническое заболевание с приступами удушья или астматическим статусом из-за спазма бронхов, отека их слизистой, повышенного выделения бронхиальной слизи.

Провоцируют спазм бронхов неспецифические аллергены: пыльцевые (пыльца цветов, полевых трав), пылевые, пищевые, лекарственные, химические вещества, физические факторы (изменение температуры и влажности воздуха). В основе болезни - врожденные или приобретенные дефекты чувствительности бронхов. Причиной 70% всех случаев бронхиальной астмы оказывается взаимодействие психосоциальных факторов, таких как давление неблагоприятных условий окружающей среды, сложные отношения в семье, высокая потребность в зависимости, и физиологических факторов, например, инфекции, аллергии на определенные вещества и ослабленной дыхательной системы.

Бронхиальная астма - наиболее частое хроническое заболевание в детском и подростковом возрасте. В 90% случаев заболевание начинается в возрасте до пяти лет. Мальчики болевают в 2-3 раза чаще девочек. К подростковому возрасту половина детей выздоравливает. Каждый третий больной вырастает в неполной семье, каждый четвертый - в семье алкоголиков. Во многих случаях заболевание начинается непосредственно после развода родителей. Родители обычно отличаются претенциозностью, подозрительностью, оказываются несостоятельны как воспитатели. В раннем детстве мать обычно запрещала ребенку кричать, плакать и т.п. Агрессия у больных не вербализуется, не проявляется в поведении и не вытесняется. Вместо этого она трансформируется в гетероагрессию и соматизируется, душит самого больного. Матери больных бронхиальной астмой, негативно относящиеся к браку сына или дочери, стремятся вызвать у них по этому поводу чувство вины, что нередко провоцирует у их взрослых детей приступ астмы. Среди взрослых пик заболевания приходится на возраст 21-35 лет, болеют преимущественно женщины.

Симптомы и течение. Приступ астмы может начинаться обильным выделением жидкости из носа, неудержимым кашлем, затрудненным отхождением мокроты, одышкой. Вдох - короткий, выдох - затрудненный, медленный, сопровождается громкими, свистящими хрипами. Больной испытывает острую нехватку воздуха, он учащенно дышит, задыхается, «борется за воздух». В дыхании участвует вспомогательная мускулатура: живота, шеи, груди. Больной принимает вынужденное положение с фиксированными мышцами плечевого пояса для облегчения дыхания.

При *астматическом статусе* нарастает невосприимчивость к бронхорасширяющей терапии. При отсутствии интенсивной терапии астматический статус может закончиться смертью больного.

Приступы астмы могут быть обусловлены стрессом. Многие дети могут вызывать у себя приступ произвольно - через напряжение, изменение дыхания, неосознанно используя болезнь, чтобы избежать скучных занятий, получить больше внимания и т.д. Большинство детей, особенно девочки, вытесняют болезнь из сознания, связывая с этим словом другие расстройства. Они жалуются на плохое самочувствие, слабость, головную боль, температуру, и в последнюю очередь - нарушения дыхания. В их переживаниях большее место занимают не телесные симптомы, а реакция на болезнь: сниженное настроение, страх, раздражение, чувство неполноценности, у подростков - невозможность получить интересную специальность.

Преморбидные личностные черты обычно включают впечатлительность, тревожность, возбудимость, пугливость, обидчивость. В начальном периоде болезни особенно частыми являются астено-депрессивные реакции на болезнь, проявляющиеся пониженным настроением с мыслями о неизлечимости болезни. У некоторых появляются опасения, что на самом деле они больны раком легких или туберкулезом, они прислушиваются к своим ощущениям, находят все новые признаки неизлечимого заболевания. При фобической реакции больные с тревогой ожидают появления нового приступа астмы.

У детей, больных астмой, наблюдается эмоциональная неустойчивость и лабильность, истероидность с выраженными эгоцентрическими чертами. Для них характерны демонстративное поведение, стремление завоевать внимание, жажда иметь успех, впечатлительность и бурная эмоциональность. У подростков-астматиков отмечаются проблемы в конструктивном разрешении межличностных отношений, инфантильное поведение, зависимость.

При хронической астме у большинства больных заостряются истероидные черты. Под влиянием незначительных волнений, обид, изменений самочувствия, а иногда и без видимого повода у больных появляются ощущения комка в горле, тремор конечностей. Нарастает ипохондричность и тревожность. Больные воспринимают усиление сердцебиения и учащение дыхания при физической нагрузке как признаки начинающегося приступа астмы. Отмечается фиксация на дыхательной функции, на своих ощущениях с пессимистической оценкой выздоровления, постоянным самоанализом болезненных ощущений и назойливыми жалобами. При тяжелом течении заболевания появляются выраженные вегетативно-сосудистые и астенические проявления с колебаниями настроения от суицидальных мыслей на высоте приступа до эйфории после него. Нарастает тенденция к самоизоляции.

Лечение. При лечении бронхиальной астмы первоочередными целями являются предотвращение осложнений бронхиальной астмы и обучение пациента купировать приступы заболевания (Шэффер А.Ф., 2011). По возможности прекращается контакт с аллергеном. При аллергии на пыльцу растений, растущих в данной местности, на специфические вещества, содержащиеся в воздухе (газы, дымы) такого эффекта помогает добиться перемена места жительства. Назначаются бронхолитики (зуфиллин, теофедрин), отхаркивающие средства, антигистаминные средства, аэрозоли для ингаляций.

Широкое распространение получила дыхательная терапия, нацеленная на снятие напряжения и отвлечение внимания. В интервалах между приступами применяют технику вдоха (дыхание методом зевка при закрытом рте), сосредоточение на усиленном брюшном дыхании и выдохе через сжатые губы. Техники дыхания, а также позы релаксации используются во время астматического приступа. Для предупреждения приступов используется систематическая десенситизация и другие методы поведенческой терапии. Гипносуггестивная терапия показана при отсутствии острого инфекционного процесса в дыхательных путях и отчетливом психогенном влиянии на происхождение заболевания и возникновение приступов. Следует избегать прямого устранения симптомов, потому что когда астматика внушают, что он не задыхается и не «зажат в тиски», тогда как на деле происходит именно так, у него почти наверняка понизится частота дыхания и ухудшится состояние.

В технике символдрамы прорабатываются основные конфликты, характерные для больных бронхиальной астмой: близости/дистанцирования и зависимости/независимости. Используются воображаемые ситуации, связанные с переходом границ или их отсутствием (в виде бесконечных далей), подъема и спуска.

Н. Пезешкиан (1996) при проведении разработанной им позитивной терапии рассказывает больным притчу, показывающую значение психического фактора в купировании приступа. «Одного астматика тяжелый приступ удушья внезапно настиг в постели. Была теплая ночь, он находился в гостинице, и ему казалось, что он задыхается. Он добрался до двери, распахнул ее и несколько раз глубоко вздохнул. Свежий воздух подействовал благотворно, и приступ вскоре отпустил его. Когда на следующее утро он проснулся, то понял, что открывал ночью не дверь комнаты, а лишь створку платяного шкафа» (цит. по Старшенбаум В.Г., 2003).

Применяется также семейная и конфликт-центрированная терапия, ориентированная на ближайшее окружение пациента. Групповая терапия устраняет социальную изоляцию больных и обогащает их репертуар навыков совладания с трудностями. Разработана программа для детей, включающая пять занятий: 1) Что такое астма и как она действует на мое тело; 2) Почему у меня астма и что она вносит в мою жизнь; 3) Что и когда надо делать; 4) Как принимать решения; 5) Как примирить желания и необходимость.

В терапевтической группе больные обмениваются опытом совладания с болезнью, поддерживают друг друга, лучше понимают бессознательные механизмы болезни.

Ишемическая болезнь сердца в большинстве случаев протекает с периодами стабильного течения заболевания и обострения. Периоды *стабильного течения* характеризуются постепенным увеличением размеров атеросклеротических бляшек, суживающих просвет КА, медленным прогрессированием фиброза сердечной мышцы и компенсаторной гипертрофии кардиомиоцитов. Клинически в этот период наблюдается стабильная стенокардия напряжения или другие формы транзиторной болевой или безболевой ишемии миокарда а в части случаев — медленное прогрессирование сердечной недостаточности и нарушений сердечного ритма и проводимости.

Периоды *обострения ИБС* характеризуются сравнительно быстрым формированием так называемой “осложненной” атеросклеротической бляшки с нарушением целостности ее фиброзной оболочки (разрывы, эрозии) и образованием на месте повреждений пристеночного или окклюзирующего просвета сосуда тромба. В зависимости от скорости формирования и размеров тромба, продолжительности его существования в просвете сосуда, степени ограничения коронарного кровотока, выраженности коллатерального кровотока и других факторов клинически обострение ИБС проявляется:

- нестабильной стенокардией,
- развитием ИМ без зубца Q,
- развитием ИМ с зубцом Q или
- внезапной сердечной смертью.

Таким образом, в основе всех перечисленных выше клинических проявлений обострения ИБС (НС, ИМ, внезапной смерти) лежит единый патофизиологический механизм острого нарушения коронарного кровообращения, а именно: тромбоз КА, развивающийся на фоне осложненной атеросклеротической бляшки с надрывами и изъязвлениями ее фиброзной оболочки, выпадением содержимого липидного ядра в просвет сосуда и/или повреждением эндотелия. В связи с этим в последние годы принято объединять различные клинические проявления обострения ИБС понятием “*острый коронарный синдром*”.

В период протекания и возникновения приступа, больного охватывает паника и беспокойство, возникают мысли о преждевременной и внезапной смерти. Больные живут в страхе, что повторный приступ станет итогом протекания их жизни. Они реагируют на любые изменения сердечной деятельности и самой главной жизненно важной целью для них, становится здоровье.

Установленным фактом является то, что для больных с ишемической болезнью сердца, характерны депрессивно-ипохондрические расстройства, которые возникают из-за преморбидных особенностей личности больного, а также высокой степени тяжести сердечнососудистых заболеваний.

У больных ишемической болезнью сердца в значительной степени обеднено психологическое восприятие, а самой важной целью является стремление к тому, чтобы быть здоровым. На фоне этого проявления, искажается смысловое значение жизни, и перспективы дальнейшего будущего являются достаточно противоречивыми, становясь склонными исключительно к ситуативной тревожности, в зависимости от тяжести заболевания и страхе. Прогностически благоприятной является оценка личностной взаимосвязи больного в соответствии с совмещением понятий “здоровье”, “счастье”, “работа”. Впервые дни болезни, на состоянии больного влияют ряд актуальных для него факторов. Больных в первую очередь угнетает тот факт, что из полноценно развитых, здоровых, активных и физически сильных людей, они превратились в беспомощных, слабых и нуждающихся в посторонней помощи иждивенцев. Данное обстоятельство может повлечь за собой сильное угнетение и затяжную депрессию. Обычно, когда диагностируется улучшение состояния, страх смерти ослабевает, но учитывая сам факт возникновения заболевания, появляются мрачные мысли о будущем, подавленность, страх перед возможной инвалидностью, тревожные мысли о благополучии семьи.

Стоит сказать, что в результате исследований, проведенных И.В. Алдошиной, у больных, которые перенесли инфаркт миокарда, на 7й день после проявления признаков болезни, характерно изменение психического состояния, которое проявляется в следующих признаках: для большинства больных характерны тревожность, страх, физическая и психическая астения, пессимистическая оценка настоящего и будущего. Степень выраженности данных симптомов зависит от характера и степени тяжести заболевания.

Помимо эмоциональных и психологических изменений личности, в случае заболеваемости ишемической болезнью сердца, наблюдается также понижение умственной активности и работоспособности, также фиксируются динамические изменения познавательных процессов и нуждаются в условиях замедленного восприятия. Быстрая речь, смена сюжетных постановок при просмотре фильма, необходимость быстрой координации, переработка нового материала и прочие познавательные функции фактически дисфункциональны и темп мышления начинает замедляться.

Исследования показали, что больные с изначально замедленной реакцией, в соответствии с больными, перенесшими ИБС, у которых темп мышления был стабилен, при выполнении односложных операций, правильность ответов и реакция протекает стабильно и без изменений. В случае усложнения задания и необходимости выполнить более сложное действие, диагностируется резкое ухудшение познавательных процессов, и больные начинают допускать массу ошибок в тех местах, где здоровый человек реагирует быстрее и логичнее. Одновременное восприятие становится недостижимым фактором, или требующим длительной реабилитации, после протекания ИБС. Для больных ИБС, только перенесших приступ этого заболевания, доступным познавательным способом зачастую остается только замедленно последовательный тип восприятия.

Фактически у всех больных ишемической болезнью сердца ухудшается концентрация внимания и при наличии нескольких признаков, больному с трудом удается переключать свое внимание между ними. Зачастую человеку перенесшему ИБС, доступен только одномерный тип мышления. Зачастую диагностируются признаки психической недостаточности, при которых больной жалуется на ослабление внимания, снижение памяти и забывчивость.

Исследования показывают, что в основе этих жалоб также лежит сужение объема восприятия. Из-за суженного объема восприятия больные при заучивании 10 слов в первый раз успевают запомнить только несколько первых слов ряда. При повторении больные стараются фиксировать внимание на ранее пропущенных словах и забывают те, которые говорили в первый раз. Нарастивание запоминаемого материала начинается с третьего - четвертого прослушивания. Продуктивность запоминания снижается за счет трудности охвата и фиксации многих элементов словесного ряда.

При выявлении первых признаков истощаемости психических процессов обычно дается группа инвалидности, в соответствии с которой законодательством устанавливается, облегченные условия труда, неполный рабочий день, возможность произвольного чередования труда и отдыха, предоставление дополнительных перерывов в работе. В случае психической недостаточности, снижения уровня внимания и памяти, больным не рекомендуется работать в условиях повышенной маневренности, где обязательным требованием является быстрая координация действий, запоминание различных факторов и быстрого переключения внимания с одного объекта на другой. В случае структурных изменений познавательных процессов, больным противопоказано работать на местах, где требуется высокоинтеллектуальная деятельность, а рекомендуется выполнять периодически определенные и стандартные действия, где требования к интеллектуальной ориентировке минимальны и приспособление к труду возможно при снижении интеллекта. В этом случае, смена профессиональной ориентации, где требуется приобретать новые навыки, умения и знания, является противопоказанной. Фаулер М. Этика и сестринское дело. - М., 2001. - 196 с.

В качестве профилактики, для минимизации негативных изменений в эмоционально-личностной сфере больных, рекомендуется проводить психо-коррекционную работу, направленную на формирование адекватного отношения к болезни. Учитывая тот факт, что больные, перенесшие ИБС и другие сердечнососудистые заболевания, склонны на ориентации своих соматических отклонений, рекомендуется проходить психотерапию и под руководством профессионала, осваивать приемы аутогенной тренировки.

Гипертоническая болезнь (ГБ) – (эссенциальная, первичная артериальная гипертензия) – хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является повышение артериального давления (Артериальная Гипертензия). Эссенциальная артериальная гипертензия не является проявлением заболеваний, при которых повышение АД – один из многочисленных симптомов (симптоматическая АГ).

Классификация ГБ (ВОЗ)

1 стадия - есть увеличение АД без изменений внутренних органов.

2 стадия - увеличение АД, есть изменения внутренних органов без нарушения функций (ГЛЖ, ИБС, изменения глазного дна). Наличие по крайней мере одного из следующих признаков поражения органов-мишеней:

- Гипертрофия левого желудочка(по данным ЭКГ и ЭхоКГ);
- Генерализованное или локальное сужение артерий сетчатки;
- Протеинурия(20-200 мкг/мин или 30-300мг/л), креатинин более 130 ммоль/л(1,5-2 мг/% или 1,2-2,0 мг/дл);

- Ультразвуковые или ангиографические признаки атеросклеротического поражения аорты, коронарных, сонных, подвздошных или бедренных артерий.

3 стадия - повышенное АД с изменениями внутренних органов и нарушениями их функций.

- Сердце: стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность;
- Головной мозг: преходящее нарушение мозгового кровообращения, инсульт, гипертоническая энцефалопатия;
- Глазное дно: кровоизлияния и экссудаты с отеком соска зрительного нерва или без него;
- Почки: признаки ХПН (креатинин более 2,0 мг/дл);
- Сосуды: расслаивающая аневризма аорты, симптомы окклюзирующего поражения периферических артерий.

Гипертоническая болезнь характеризуется не только нарушениями со стороны внутренних органов, но и психическими нарушениями.

Наиболее частыми жалобами больных является раздражительность, головные боли, вялость, повышенная утомляемость. Больные становятся рассеянными, мнительными, слабодушными и плаксивыми, крайне обидчивыми.

У одних больных преобладает раздражительность и вспыльчивость, у других — вялость и повышенная утомляемость.

При гипертонической болезни нарушается память. Начинаются нарушения с легкой забывчивости, но в некоторых случаях могут быть и значительные расстройства памяти. Но в целом нарушения памяти менее тяжелые, чем при атеросклерозе мозговых артерий.

Частыми нарушениями являются навязчивые состояния — навязчивые сомнения или воспоминания. Но наиболее тягостны для больных навязчивые страхи (фобии), которых раньше, до болезни у них наблюдалось.

Самая частая из фобий — кардиофобия — страх неизлечимого заболевания сердца. Одновременно с кардиофобией может быть страх смерти. Из других фобий могут быть страх высоты, большой толпы, ограниченного пространства.

Как и при атеросклерозе мозговых артерий, при гипертонической болезни изменяется характер больных — карикатурное, шаржированное искажение личности, когда прежние черты характера усиливаются, принимая гротескные формы.

В общении больные гипертонической болезнью становятся все более трудными, особенно для членов своей семьи. Они легко вспыливают по незначительному поводу, не терпят возражений, обижаются и плачут по пустякам, винят своих детей, что те не понимают их состояния и недостаточно внимательны к ним.

Одним из наиболее частых нарушений является пониженное настроение. У некоторых больных подавленность сочетается с беспричинной тоской, у других возникает немотивированная тревожность и беспокойство. Внезапный и ни чем не обоснованный страх — тоже частый симптом при гипертонической болезни. Тревога и страх могут возникать не только днем, но и ночью.

У больных гипертонической болезнью могут возникать и более тяжелые психические нарушения. Бредовые идеи могут быть ипохондрического содержания — патологическая и не корригируемая убежденность в наличии у себя неизлечимой болезни, а также бредовые идеи отношения — патологическая убежденность, что окружающие стали к больному плохо относиться. Нередко встречается и бред ревности. Могут быть бредовые идеи осуждения, преследования, самообвинения.

При гипертонической болезни возможны так называемые гипертонические психозы.

Чем тяжелее проявления гипертонической болезни, тем выраженнее психические расстройства. В 3-ей стадии гипертонической болезни возможно развитие слабоумия (деменции). Деменция может возникнуть как после перенесенного инсульта (постинсультная деменция, от старого названия инсульта — апоплексия, апоплексический удар), так и при безинсультном течении гипертонической болезни.

При утяжелении гипертонической болезни и гипертонических кризах может быть помрачение сознания — от сравнительно легких, например, обнубиляции, когда сознание неясное, неотчетливое, как будто легкое облачко заволочило сознание, — и до тяжелых форм — прекоматозного состояния и комы.

Нарушения мозгового кровообращения могут быть при тяжелых гипертонических кризах. Самое тяжелое поражение — инсульт.

Ожирение. Избыточное накопление жира в организме, приводящее к увеличению массы тела на 20 % и более от нормальных величин. Нормальный или "идеальный" вес определяется при показателях роста 155-170 см минус 100.

Основной причиной ожирения является энергетический дисбаланс между избытком поступления энергии в организм в виде пищевых продуктов и ее уменьшенной затратой при невысокой двигательной активности. Имеют значение генетические и психосоциальные факторы, условия труда и жизни. Генетическая тенденция может быть нивелирована регулярной физической активностью и низкокалорийной диетой.

Наибольший риск набора значительной массы тела наблюдается в возрасте 25–34 года; женщины по сравнению с мужчинами имеют вдвое более высокий риск набрать высокий вес. Хотя наибольшее число лиц повышенной массы тела находится в возрасте 45 лет и более, процесс ожирения начинается на несколько лет раньше (Джекобсон Дж.Л., Джекобсон А.М., 2005).

Симптомы и течение. Ожирение сопровождается нарушением всех видов обмена, снижением функции большинства эндокринных желез. Избыточной массе сопутствуют тяжелые заболевания: атеросклероз (в 2 раза чаще, чем в популяции), гипертоническая болезнь (в 3 раза чаще), ишемическая болезнь сердца (в 1,5 раза чаще), сахарный диабет (в 4 раза чаще), холелитиаз (в 6 раз чаще), варикозное расширение вен (в 2-3 раза чаще). Риск заболеваний и смертность при ожирении связаны как с общим количеством жира, так и с его характером распределения. Пациенты с преимущественно абдоминальным ожирением имеют значительно более высокий риск соматических заболеваний. Повышенная масса тела является фактором риска даже для тех, кто не страдает ожирением. Умеренное повышение массы тела в молодом возрасте связано с увеличением АД, повышением секреции инсулина и уровня глюкозы крови. Умеренное повышение массы тела среди молодых женщин создает для них увеличение риска заболеваний в более пожилом возрасте, включая ИБС, диабет, гипертоническую болезнь и рак груди. Снижение веса значительно уменьшает риск многих заболеваний. Хотя полные люди встречают больше социальных и экономических проблем, исследования не обнаружили подтверждения гипотезы о том, что уровень психопатологии среди полных выше, чем среди худощавых объектов. Существует, однако, некоторое количество пациентов с повышенной массой тела, у которых наблюдаются приступы обжорства и повышенный уровень психологического дистресса. Эти пациенты обычно поглощают большое количество пищи в короткий период, в течение которого они чувствуют, что не могут остановиться. Они испытывают значительный дистресс в течение этих эпизодов и показывают более высокие результаты по шкалам оценки депрессивных симптомов (Джекобсон Дж.Л., Джекобсон А.М., 2005).

Лечение. Основной принцип - употребление низкокалорийной пищи с пониженным содержанием углеводов и жиров, но полноценной в отношении белков и витаминов. Имеет значение ритм питания - не менее 3-4 раз в сутки небольшими порциями.

Стратегии модификации поведения обычно состоят в проведении встреч в групповом формате, еженедельно, в течение 6 месяцев. Цель поведенческих программ — научить больного каким образом он или она должны изменить свои пищевые стереотипы и поощрить занятия физическими упражнениями путем изменения внешних стимулов и усилить личностные особенности пациента, позволяющие ему контролировать здоровый образ жизни.

Диеты с крайне низким содержанием калорий (ДКНК), т.е. менее 800 ккал/сут., часто представляют собой жидкую формулу, либо туда входит постное мясо, рыба, птица и обязательно адекватное содержание витаминов и минералов. ДКНК эффективна в существенном первоначальном снижении массы и улучшении связанных состояний. Пациенты находят жесткую структуру ДКНК полезной для себя и при применении этих диет наблюдается снижение массы тела до 20 кг за 12 недель. Такие диеты могут быть полезны для тех пациентов, для которых требуется немедленное снижение веса и улучшение соматического состояния.

Долговременный эффект ДКНК не лучше, чем при использовании сбалансированной низкокалорийной диеты. После ДКНК для ограничения повторного набора веса необходима программа постепенного увеличения калорийности пищи, все пациенты должны получать поведенческую терапию и быть мотивированными на физическую активность.

Основное лечение ожирения — это диета, упражнения и изменения поведения. Для пациентов, которые пытались безуспешно использовать эти подходы, имеют связанные с ожирением заболевания, использование лекарственных средств может быть полезным. Рекомендуются два препарата для снижения веса: сибутрамин и орлистат

Сибутрамин (меридиа) ингибирует обратный захват норадреналина и серотонина. Пациенты отмечают снижение аппетита и более быстрое насыщение.

Орлистат (ксеникал) — это ингибитор липазы, действующий в желудочно-кишечном тракте и снижающий всасывание жиров на 30%.

В большинстве случаев препараты оказывают умеренный эффект на снижение веса. Лечение ожирения препаратами эффективно только при длительном и непрерывном использовании; когда лечение прекращается, наблюдается повторный набор массы. Таким образом, пациенту, возможно, потребуются пожизненный прием препарата. Наиболее эффективно комбинировать препараты с обучением пациента следованию диете и необходимым физическим упражнениям, а также тренингами модификации поведения.

Только физические упражнения (без диеты) обеспечивают лишь незначительное снижение веса. Комбинация диеты и упражнений дает более долговременный эффект в плане сохранения сниженной массы тела, чем если бы тот же вес был достигнут использованием только диеты. Лица, успешно поддерживающие вес на нормальных значениях, тратят на это большие усилия и довольно много времени, но они отмечают, что время затрачено не зря: 85% из них говорят о позитивном влиянии на качество жизни, уровень энергии, физическую подвижность, общее самочувствие, самооценку и физическое здоровье.

Существует точка зрения, что периодическое снижение массы тела и повторный набор веса снижают уровень метаболизма и ухудшают телосложение, делая дальнейшие попытки похудения ещё более затруднительными. Однако большинство исследований не поддерживают эту гипотезу. Периодическое изменение массы имеет негативные последствия для худощавых людей (для них изменение массы, вероятнее всего, нежелательно). Нужно убедить пациентов, не страдающих повышенной массой тела, сохранять стабильный вес. Страх перед периодическим изменением массы не должен удерживать от усилий по снижению веса пациентов с ожирением, так как риск остаться тучным значительно больше, чем риск, создаваемый нестабильностью веса.

СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита) вызывается вирусом иммунодефицита человека (**ВИЧ**), который поражает, в частности лимфоциты. Размножаясь, зараженные лимфоциты внедряют вирус во всю иммунную систему. Длительность инкубационного периода от момента заражения до развития СПИДа колеблется от нескольких недель до нескольких лет. Большинство заболевших не умирает непосредственно от СПИДа, а становится беззащитной жертвой других инфекций. Это инфекционное заболевание, развивающееся при попадании возбудителя в кровь, чаще всего передается половым путем. Заражение ВИЧ-инфекцией наблюдается и при внутривенных введениях лекарств, при переливании крови.

Возбудители СПИДа уничтожаются кипячением, эфиром, ацетоном, этанолом (20 %). Впервые это заболевание выявлено у гомосексуалистов и наркоманов. Болели преимущественно мужчины (9 из 10). В дальнейшем оно стало широко распространяться также среди людей, имеющих беспорядочные половые связи.

Таблица 8.1. Виды сексуального поведения и их безопасность (Джекобсон Дж.Л., Джекобсон А.М., 2005)

Безопасно	Возможно безопасно	Небезопасно
Взаимная мастурбация	Анальный или вагинальный акт с кондомом	Рецептивный анальный акт без кондома
Сухой поцелуй	Фелляция (остановка до эякуляции)	Инсертивный анальный акт без кондома
Массаж тела, объятия	Поцелуй рот в рот (мокрый, французский)	Мануально-анальные манипуляции (фистинг)
Трение телами	Контакт с мочой (ватерспорт)	Фелляция (с попаданием спермы в рот)
Легкий секс	Куниллингус (орально-генитальный контакт)	Любые действия, ведущие к кровоподтекам или кровотечению
Использование собственных секс-игрушек		Использование чужих секс-игрушек

Употребление алкоголя и наркотиков снижает вероятность безопасного секса и является фактором риска.

Доказана передача вируса от матери ребенку во время беременности и родов.

Симптомы и течение. Сначала повышается температура, появляется обильная потливость, резко снижается физическая активность. Одновременно могут наблюдаться жидкий стул, похудание, одышка, воспалительные изменения кожи лица, выпадение волос, увеличение лимфатических узлов. Это может продолжаться несколько лет. Затем у больных развиваются различные сопутствующие инфекции, которые редко встречаются у людей с нормальным иммунитетом. Они могут поражать кожу, лимфатические узлы, глаза, различные отделы желудочно-кишечного тракта, легких, центральной нервной системы. На коже при этом возникают различные высыпания, часто сопровождающиеся зудом.

Тяжелое течение этих заболеваний обусловлено чрезвычайно ограниченными защитными силами организма. Чаще всего у больных СПИДом возникает двухсторонняя упорно текущая пневмония. Нередко встречается кандидоз полости рта, который, распространяясь, приводит к появлению язвочек пищевода и легких. На слизистой оболочке рта, половых органах и промежности возникают пузырьковые высыпания. У многих поражаются центральная нервная система, глаза (хориоретинит). Нередко отмечается понос, протекающий довольно тяжело, с частым водянистым стулом (до 15 л в сутки). У большинства больных сразу после выздоровления от одного инфекционного заболевания начинается другое, либо наблюдается сочетание различных инфекций.

Примерно у 40 % больных СПИДом развиваются злокачественные опухоли. Нередко их диагностируют на поздней стадии или после смерти больного.

Вирусы иммунодефицита человека поражают людей наиболее активного возраста.

ВИЧ обладает способностью непосредственно поражать клетки центральной нервной системы, приводя к развитию психических расстройств задолго до появления признаков снижения иммунитета у больного. У многих вирусоносителей за несколько месяцев до манифестации заболевания отмечаются снижение побуждений и настроения, нарушение сна, ухудшение работоспособности.

С возникновением выраженных клинических проявлений болезни в виде лихорадки, обильного ночного пота, диареи, пневмонии и т.д. все вышеописанные психические нарушения становятся более клинически выраженными. За разнообразие психических расстройств СПИД заслужил название психиатрической энциклопедии.

Уже на ранних этапах заболевания развивается снижение когнитивных способностей в связи с органическим поражением головного мозга вирусом. Человеку требуется больше времени, чтобы обдумать или запомнить что-то, он быстро устает. Характерно появление навязчивостей: воспоминаний о сексуальных партнерах, от которых могло произойти заражение, страха смерти. Некоторых больных очень беспокоит навязчивое опасение заражения родственников бытовым путем. У многих возникает тревожно-тоскливая депрессия с анорексией, диссомнией, эпизодами дисфории, тревожной ажитации, чувства безысходности и гнева, нередко направленного на врачей. Нередки суицидальные попытки, особенно у психопатических личностей.

В последующие несколько месяцев у больных развиваются самые различные психотические расстройства в виде состояний помраченного сознания, особенно делирия, галлюцинозов, острых параноидных психозов, гипоманиакальных состояний. По мере прогрессирования болезни все более отчетливыми становятся симптомы поражения головного мозга, нарастает слабоумие и слабоумие, учащаются периоды помрачения сознания, появляются судорожные припадки, недержание мочи и кала, наступает оглушенность, кома и смерть.

Часто заболевший СПИДом оказывается в изоляции из-за страха заражения. Больной из-за этого может долго скрывать диагноз от членов семьи, а когда тайна раскрывается, и близкие люди начинают держаться на расстоянии от него, может проявлять агрессию к ним - в частности, намеренно пытаясь заразить их. В ряде случаев близкие переживают предвосхищающую реакцию горя, вызывая у больного ощущение заживо погребенного. Он может реагировать на это саморазрушением: алкоголизироваться и наркотизироваться, травмироваться, пускаться в авантюры, уйти из дома в криминальную среду.

Ю. Власова и А. Щербаков (2001) описывают программу помощи больным СПИДом, близкие которых переживают преждевременный траур. Авторы рекомендуют временное отделение больного от семьи, с которой проводится семейная терапия. Параллельно с больным решаются следующие задачи:

- 1) осознание и принятие ситуации;
- 2) осознание собственных тягостных чувств (обида, гнева, страха), возникших в качестве ответной реакции на соответствующее поведение близких;
- 3) делегирование ответственности родным, переживающим преждевременный траур; тем самым несколько снижается собственное чувство вины и создаются предпосылки, необходимые для перехода на следующий этап: у пациентов зарождаются чувства жалости и сострадания к родным, оказавшимся неспособными к зрелой оценке реальности;
- 4) прощение родных (цит. по Старшенбаум В.Г., 2003).

Доброкачественные опухоли обычно не вызывают жалоб и нередко обнаруживаются случайно, на внутренних органах они проявляются только симптомами механического нарушения их деятельности. Общее состояние больного, как правило, не страдает.

Начало развития злокачественной опухоли протекает скрыто для самого больного, а между тем важна именно ранняя диагностика. В связи с этим при обследовании лиц, особенно старше 35 лет, по поводу неопределенных жалоб, начавшегося похудения, длительно текущих непрерывных и нарастающих симптомов заболевания должна проявляться онкологическая настороженность.

Нередко больные со злокачественным новообразованием жалуются на нарушение общего состояния: потерю обычного тонуса в работе, апатию, отсутствие аппетита, тошноту по утрам, похудание.

Сначала эти явления могут не сопровождаться болями, но затем, когда опухоль начинает прорастать в нервные стволы, появляются боли, принимающие все более и более мучительный характер. Раковая опухоль растет быстро.

Вещества для питания клеток поступают из всего организма, вызывая их недостаток в других тканях и органах. Кроме того, несмотря на большое количество кровеносных сосудов в раковой опухоли, их неполноценность часто приводит к нарушению питания в отдельных ее участках и их распаду. Продукты некроза всасываются в организм, приводят к интоксикации, прогрессирующему исхуданию, истощению.

Профилактика. В настоящее время установлено, что часть опухолей развивается на почве разнообразных длительных воспалительных и других заболеваний органов. Например, при хроническом атрофическом гастрите, хронической язве и полипах желудка со временем может развиться рак желудка. Хронические бронхиты и длительные рецидивирующие пневмонии предшествуют раку легкого. Длительно незаживающие трещины и язвы, увеличивающиеся пигментные пятна и растущие бородавки предшествуют раку кожи.

Лечение доброкачественной опухоли оперативное: иссечение вместе с капсулой. При небольших и поверхностно расположенных, не беспокоящих больного, возможно выжидание.

Лечение злокачественных опухолей зависит от стадии развития болезни.

Сформированный очаг опухолевого роста вначале ограничен органом или тканью, но в дальнейшем из-за прорастания в окружающие ткани и метастазирования опухолевых клеток происходит генерализация процесса. В связи с этим различают четыре стадии развития болезни: I стадия - локализованный процесс; II стадия - поражение близлежащих (органных) лимфатических узлов; III стадия - поражение регионарных лимфатических узлов; IV стадия - наличие отдаленных метастазов.

Начало заболевания часто протекает бессимптомно, что приводит к позднему обращению больных.

Злокачественные опухоли подлежат немедленному радикальному оперативному лечению. Однако возможность выполнить такую радикальную операцию представляется только у больных с I и II стадиями развития процесса, реже у больных с III стадией из-за наличия отдаленных метастазов и прорастания их в жизненно важные органы.

Оперативный метод широко комбинируется с *химиотерапией, облучением, гормонотерапией.*

Благодаря раннему распознаванию и современной стратегии лечения сегодня 40% пациентов, у которых обнаружено «злокачественное заболевание», могут надеяться на стойкое излечение. От скорости размножения клеток зависит, растет ли раковая опухоль быстро, в течение нескольких недель, или относительно медленно, несколько лет. Как раз в лечении быстрорастущих опухолей в последние годы были достигнуты самые большие успехи: именно потому, что при этих заболеваниях раковые клетки оказываются особенно чувствительными к химиотерапии. Некоторые раковые заболевания, которые еще несколько десятилетий назад быстро приводили к смерти, сегодня поддаются излечению на длительный срок.

Примерно 75% онкобольных страдают *болями*. «Лестница обезболивания» по рекомендации экспертов ВОЗ включает в себя:

- при минимальной боли – ненаркотические анальгетики (аспирин, парацетамол);

- при умеренной боли – слабодействующие наркотические анальгетики (кодеин);

- при сильной боли – сильнодействующие наркотические анальгетики (морфин, начиная с 5-10 мг в таблетках с 4-х часовым интервалом, увеличивая до полного обезболивания и покоя).

Можно сочетать кодеин с морфином, при привыкании к анальгетику – заменять. Появление зависимости не является основанием для отмены препарата.

В преморбидной личности больных преобладают депрессивные черты со склонностью легко впасть в состояние беспомощности и безнадежности в ситуации фрустрации. Пациенты не способны проявлять тревогу, звать на помощь и изливать свой гнев. В силу орально-мазохистской фиксации они предпочитают быть подавляемыми. Больным свойственна доминирующая детская позиция в коммуникации, тенденция к экстернализации локуса контроля, высокая нормативность в ценностной сфере. Эти люди обычно относятся к числу трудолюбивых, максималистов и стойков. У них часто отмечается ранняя утрата важных лиц ближнего окружения, сохранение зависимых отношений с каким-либо родителем и сексуальные нарушения. У женщин часто возникает рак груди и шейки матки, развитие которых связывают со смертью близких и другими потерями, реакциями безнадежности и полного отказа от своих интересов. Чувство безнадежности и утрата интереса к жизни угнетает иммунную и гормональную систему. У многих больных раком легкого выявляется холодное отношение к ним со стороны близких в детстве. Раку молочной железы часто предшествуют длительные депрессии и дисфории. Эти больные чаще бездетны и в сексуальном плане более заторможены.

Н.Л.Еусенк в работе «Рак, личность и белки» приводит данные о связи личности с возникновением или предотвращением рака. Риск развития рака, по его мнению, связан с такими особенностями личности, как эмоциональная лабильность, экстраверсия, аномальное выражение эмоций (чрезмерное подавление чувств), а также депрессия и безнадежность. Как полагает Н.Еусенк, тревога и нейротизм защищают от рака. Острый стресс, снижая эффективность иммунной системы, способствует возникновению рака. Увеличение уровня кортикостероидов, которое имеет место при депрессии, снижает клеточный иммунитет и способствует развитию рака.

Однако в последние десятилетия взгляды специалистов на роль стрессов и иммунной системы на возникновение рака изменились.

Многие исследователи опрашивали онкологических больных о нагрузках и стрессах в период, предшествовавший заболеванию. Разумеется, очень часто обнаруживались и нагрузки, и неприятности. Однако, такие тяжелые события, как смерть родителей или супруга, естественно, происходят в жизни тем чаще, чем старше становится человек. Кроме того, люди в тяжелых ситуациях чаще ведут более нездоровый образ жизни, прибегают к алкогольным напиткам и сигаретам, меньше двигаются.

Свойства *«онкологической личности»* характеризуют только переживание болезни и никак не соотносятся с причиной болезни. Самые выразительные отличия от неонкологических пациенток лежат в сфере *самоотверженности (альтруизма)* и *воспоминаний об утратах*. Но эти признаки четко зависят от возраста и точно так же, как и сами раковые заболевания, встречаются чаще в более пожилых группах населения. Если в исследовании включались контрольные группы того же возраста, эти отличия полностью пропадали.

Медицина отказалась от попытки классифицировать людей в категориях язвенных, астматических, инфарктных, гипертонических, ревматических или онкологических личностей.

Процессы возникновения рака растягиваются часто на несколько десятилетий. Психотравмирующие события, которые произошли за один-два года до обнаружения рака, меньше связаны с первым шагом возникновения рака, а больше с последующими фазами его развития и течения болезни после поставленного диагноза. Их вклад в смертность рака, конечно, намного меньше, чем таких «дежурных» факторов, как табак или ожирение.

Психологические аспекты беременности, как совершенно специфического этапа в развитии личности женщины и особого психосоциального феномена очень мало освещались психологической наукой. Лишь в последнее время в связи с возрастанием интереса к гендерным исследованиям и исследованиям в области пренатальной психологии эта проблема стала предметом научного анализа. Однако существующие на сегодняшний день в психологии теоретические представления о беременности весьма фрагментарны и не могут предложить целостную модель для различных категорий практики - медицины, психотерапии, социальных служб.

На протяжении веков положение женщины в обществе всегда связывалось с материнством. С. де Бовуар называет биологическую способность женщины к деторождению судьбой, определившей ее место и значение в социуме [37, стр.94].

Древние традиции нам показывают, что духовно - эмоциональные аспекты материнства считались более важными не после рождения ребёнка, а в период его вынашивания.

Материнство изучается в русле различных наук: истории, культурологии, медицины, физиологии, биологии поведения, социологии, психологии. В последнее время появился интерес к комплексному исследованию материнства [43, стр.89].

В психологической литературе (преимущественно, зарубежной) много внимания уделяется биологическим основам материнства, а также условиям и факторам индивидуального развития его у человека. В отечественной психологии в последнее время также появился ряд работ, связанных с феноменологией, психофизиологией, психологией материнства, психотерапевтическими и психолого-педагогическими аспектами беременности и ранних этапов материнства, девиантным материнством.

Девиантное материнство в настоящее время является одной из наиболее острых областей исследования в психологии, как в практическом, так и в теоретическом аспекте. Сюда включаются проблемы, связанные не только с матерями, отказывающимися от своих детей и проявляющими по отношению к ним открытое пренебрежение и насилие, но и проблемы нарушения материнско-детских отношений. Они служат причинами снижения эмоционального благополучия ребенка, отклонений в его оптимальном психическом развитии младенческого, раннего и дошкольного возрастов [43, 52].

Материнство как психосоциальный феномен изучается в двух основных направлениях: как обеспечение развития ребенка и как часть личностной сферы женщины. Самостоятельным направлением считается перинатальная психология, занимающаяся проблемами беременности, родов, послеродового периода. В русле первого направления рассматриваются следующие аспекты изучения материнства:

1. Культурно-исторические аспекты материнства (институт материнства рассматривается как исторически обусловленный, изменяющий свое содержание от эпохи к эпохе);
2. Психофизиологические аспекты материнства (мать и условия, которые она обеспечивает, рассматриваются с позиций организации физиологической и стимульной среды для развития ребенка, успешность родов связывают с психофизиологическими особенностями эмоциональной сферы женщины и ее личностными характеристиками);
3. Психологические аспекты материнства (Феноменологическое направление выделяет и описывает функции матери, особенности ее поведения, переживаний, установок. Психолого-педагогическое направление относится к психологии родительства, к периоду ожидания ребенка и его раннего развития. Психотерапевтическое направление изучает особенности матери, которые могут служить источником нарушения психического развития ребенка.).

В концепции С.Ю.Мещеряковой психологическая готовность к материнству рассматривается как специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъект-субъектная ориентация по отношению к еще не родившемуся ребенку. Основными составляющими структуры психологической готовности к материнству являются: особенности коммуникативного опыта, полученного в детстве; переживания женщиной беременности, в том числе отношение к еще не родившемуся ребенку; ориентация на стратегию воспитания и ухода за младенцем.

Мотивы сохранения беременности главным образом зависят от личностных установок женщины и социальных нормативов общества, определяемых культурно-историческим временем, в котором она живет. Н.В.Боровикова и С.А.Федоренко выделили следующие мотивы сохранения беременности. Первые два мотива проявляются как на бессознательном, так и на сознательном уровнях, остальные обычно не осознаются женщинами.

1. Беременность ради ребенка -- наиболее позитивный мотив, отражающий психологическую потребность женщины в материнстве и готовность к нему. Он характерен для социально зрелых, лично состоявшихся, а также одиноких женщин в возрасте.
2. Беременность от любимого человека способствует созданию высокого уровня адаптивности женщины к беременности. Будущий ребенок выступает как частица любимого человека, символ «светлого» прошлого или настоящего, который женщина хочет пронести через всю жизнь.
3. Беременность как соответствие социальным ожиданиям - этот мотив обычно присущ молодым девушкам из обеспеченных семей или вышедшим замуж по расчету, когда пожилые родители не имеют внуков, (то есть они рожают ребенка не для себя, а для своих родителей). Следует отдельно выделить беременность для мужчины. При этом ребенок рождается не столько в соответствии со своим желанием, сколько по просьбе мужа или значимого мужчины.
4. Беременность как протест - это «беременность назло» значимому мужчине или родителям. Такое поведение свойственно молодым девушкам. Беременность носит характер вызова, противостояния миру взрослых, является для женщины драматической и часто тяжело травмирует ее психику. Будущий ребенок используется в качестве объективного аргумента, объясняющего невозможность возврата к прежним отношениям.
5. Беременность ради сохранения отношений, когда женщина решает на рождение ребенка, чтобы внести нечто новое в близкие отношения с мужчиной и удержать его рядом.
6. Беременность как отказ от прошлого - в этом случае беременность может расцениваться самой женщиной как желание почувствовать себя личностью, обрести женскую индивидуальность, зачеркнуть свое прошлое. Нередко символизирует начало нового этапа в жизни и наиболее часто встречается у женщин с «туманным и бурным» прошлым.
7. Беременность как уход от настоящего преобладает у одиноких женщин, потерявших надежду на личное счастье. Они пытаются уйти от собственных проблем в своего ребенка, заместить свою жизнь его жизнью.
8. Беременность ради сохранения собственного здоровья мотив обусловлен боязнью причинить вред своему здоровью аборт или утратить возможность деторождения в будущем.

Таким образом, материнство анализируется с точки зрения личностного развития женщины, психологических и физиологических особенностей разных периодов репродуктивного цикла. Беременность рассматривается как критический период жизни женщины, как стадия поло-ролевой идентификации, в ходе которой изменяется ее сознание и взаимоотношения с миром.

Детский церебральный паралич (ДЦП). Группа прогрессирующих синдромов, которые являются следствием повреждений мозга, возникших в пренатальном, интранатальном и раннем постнатальном периодах и характеризуются задержкой и патологией двигательного, речевого и психического развития.

ДЦП - одна из главных причин детской инвалидности. Появление возможности для выхаживания глубоко недоношенных детей, перенесших различные неблагоприятные влияния в перинатальном периоде, увеличивает число больных ДЦП во всем мире. В индустриальных странах частота ДЦП составляет 3–4 случая на 1000 детей.

К интранатальным факторам риска относятся асфиксия в родах и родовая травма. Пренатальные факторы риска: отклонения в состоянии здоровья матери, внутриутробные инфекции, аутоиммунные реакции, иммунологическая несовместимость матери и плода, приём беременными лекарственных препаратов и алкоголя, курение матери, различные химические и физические факторы производства, стрессовые состояния матери, поздние токсикозы. Около половины детей с церебральными параличами рождаются недоношенными или со сниженной массой тела.

Наиболее популярна в нашей стране классификация ДЦП Семёновой К.А.:

1. Спастическая диплегия (синдром Литтля) характеризуется двигательными нарушениями в верхних и нижних конечностях, причем ноги страдают больше чем руки. Поэтому дети часто могут обслуживать себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков.
2. Спастический тетрапарез характеризуется двигательными нарушениями во всех конечностях, однако обычно руки страдают больше, чем ноги. Тяжелое поражение рук, лицевой мускулатуры и мышц верхней части туловища влечет за собой выраженную задержку речевого развития. Дети не сидят, не ходят, не могут себя обслуживать.
3. Гиперкинетическая форма. Психическое развитие страдает меньше, чем при других формах, однако тяжелые двигательные и речевые нарушения затрудняют развитие ребенка, его обучение и социальную адаптацию.
4. Гемипаретическая форма проявляется парезами одной стороны тела.

Выделяют следующие основные психотравмирующие обстоятельства, влияющих на развивающуюся личность ребенка с ДЦП:

- 1) переживания, связанные с физическим дефектом, недоброжелательным отношением сверстников и чрезмерным вниманием окружающих (у большинства больных переживания из-за физических недостатков максимально выражены в детском и подростковом возрасте);
- 2) условия социальной депривации в связи с ограничением контактов и частыми госпитализациями;
- 3) конфликты в семье родителей, болезнь родителей. Высокая значимость отношений с родственниками и болезней родителей связана с большой зависимостью от них больных ДЦП и бедностью социальных контактов. При опросе у 54,5% больных выявляется постоянная тревога и беспокойство за благополучие своих близких;
- 4) психическая травматизация, связанная с лечебными процедурами (в первую очередь, операциями);
- 5) личная неустроенность, сексуальные проблемы. По нашим наблюдениям более половины больных ДЦП в возрасте старше 20 лет лишены возможности вести нормальную половую жизнь. В результате многолетние привязанности носят обычно романтический, идеализированный характер. Объектом влюбленности часто бывает человек, проявивший заботу и внимание (медицинский работник, случайный знакомый);
- 6) дефекты воспитания. Калижнюк Э.С. (1987) и Мамайчук И.И. (1989) выявили следующие дефекты воспитания детей, страдающих ДЦП: госпитализм (80%), гиперопека (75% случаев) и эмоциональное отвержение (12%).

У многих детей с ДЦП выявляется психический инфантилизм. Для них характерна эмоционально-волевая незрелость: несоответствующая возрасту повышенная внушаемость, наивность суждений, непосредственность, склонность к фантазированию, эгоцентричность. От лиц с гармоническим инфантилизмом их отличает недостаток активности, подвижности и яркости эмоциональности.

Повышенная подозрительность и психическая ригидность могут способствовать формированию параноидной личности.

Удельный вес органических и ситуационных расстройств изменяется у больных ДЦП с возрастом. В раннем и дошкольном возрасте у них преобладают невротоподобные состояния или неспецифический вегетативный синдром с характерной для детей с ДЦП лабильностью эмоционального тонуса, выраженной истошаемостью и повышенной чувствительностью к внешним раздражителям наряду с инертностью, замедленностью психической деятельности, общей или парциальной задержкой психического развития. На этом фоне в 3–4 года появляются разнообразные невротоподобные или невротические расстройства (преимущественно фобического характера). В 7–9 лет наступает осознание своей инвалидности, и ситуационные расстройства тесно переплетаются с психоорганическими. В подростковом и юношеском периодах психогенные изменения личности выступают еще более отчетливо и нередко превалируют над психоорганическими, подвергаясь частично обратному развитию.

Лечение. Проводят курсы рассасывающей терапии (направленной на рассасывание спаек в головном мозге), курсы сосудистой терапии для улучшения мозгового кровообращения, лечебной физкультуры и массажа, игло - и физиотерапевтического лечения. Прогноз обычно неблагоприятный, но зависит от выраженности паралича и своевременности и полноты лечения.

К основным методам психологической коррекции эмоциональных нарушений у детей с ДЦП относят игровую терапию и арттерапию, а при преобладании межличностных конфликтов – групповую психокоррекцию и развитие навыков самоконтроля. Коррекция психических нарушений у детей с ДЦП должна идти параллельно по двум направлениям: медицинскому и психолого-педагогическому. Обычно в семьях детей с ДЦП дошкольного возраста основное внимание привлечено к лечению ребенка и подготовке к обучению. Нужно тактично подводить родителей к реальной оценке возможностей ребенка и дальнейших его перспектив. Это поможет родителям переместить акцент на выработку умений и навыков, необходимых в повседневной жизни.

Реальность сегодня такова, что многие больные ДЦП, к сожалению, остаются социальными аутсайдерами. В большинстве случаев можно достичь лишь частичного участия больного в жизни общества. Ощущение социальной неуспешности оказывает существенное влияние на психологическое состояние больных. Поэтому психологическая помощь больным ДЦП должна включать два направления:

- 1) снижение значимости для больного наличия физического дефекта и связанных с ним ограничений. Уменьшить эмоциональный дискомфорт, связанный с чувством социальной отверженности, можно с помощью снижения значимости социального успеха. Для изменения мировоззрения пациентов, их отношения к себе, другим людям и жизненным ценностям целесообразно применять экзистенциально-ориентированные методы. Экзистенциальный подход помогает больным ДЦП осознать, что уникальность каждого человека и степень его личных усилий важнее, чем успешная карьера и социальное признание. Такого рода осознание повышает самооценку, позволяет увидеть собственную жизнь и усилия по преодолению последствий тяжелого заболевания более осмысленными, что в конечном итоге улучшает психологическое состояние больных.

- 2) совершенствование социально значимых качеств и навыков.

Оптимальным способом совершенствования социально значимых качеств и навыков, а также повышения их социальной активности является групповая психотерапия. Преимуществом групповой психотерапии при ДЦП является получение обратной связи и поддержки от людей, имеющих общие проблемы и переживания. Тематика для групповой дискуссии могут быть отношения к болезни и лечению, трудности в общении, взаимоотношения с родителями и медицинским персоналом и другие.

Опыт показывает, что лечебно-восстановительная и коррекционно-компенсаторная работа с детьми наиболее эффективна в ранние периоды их развития. Для предупреждения психических расстройств у больных ДЦП с самого раннего возраста необходима помощь психологов, которые должны работать в тесном сотрудничестве с родственниками больного и обслуживающим персоналом больницы, реабилитационных центров, интернатов.

Эпилепсия (падучая болезнь, epilepsy) – хроническое психическое заболевание, проявляющееся разнообразными судорожными и бессудорожными припадками (пароксизмами), психозами и специфическими изменениями личности, сопровождаемыми в тяжелых случаях развитием слабоумия. Термин "эпилепсия" введен врачом Авиценной в XI в.

Этиология заболевания может быть разнообразной. Ниже приводятся факторы, способствующие развитию эпилепсии.

- Неблагоприятное воздействие на мозг плода во внутриутробном развитии и на ранних этапах жизни ребенка.
- Родовая травма с гипоксией или асфиксией младенца.
- Инфекционные заболевания с высокой температурой и интоксикацией.
- Черепно-мозговые травмы.
- Воспалительные заболевания головного мозга и его оболочек (менингиты, энцефалиты).
- Различные интоксикации (алкоголизм и др.).
- Опухоли головного мозга.
- Сосудистые заболевания головного мозга.
- Наследственная предрасположенность.

Клиника эпилептической болезни очень разнообразна, ее проявления можно разделить на **три группы состояний**:

- 1) судорожные кратковременные и бессудорожные пароксизмальные состояния;
- 2) острые и затяжные психозы;
- 3) изменения личности и слабоумие.

Заболевание протекает в форме припадков, которые при эпилепсии бывают большими и малыми.

При большом (генерализованном) эпилептическом припадке несколько часов до него, или суток, возникают предвестники припадка – беспокойство, раздражительность, ощущение подергивания отдельных мышц лица и тела. Могут быть сердцебиение, чувство тяжести в голове, светобоязнь, ухудшение слуха, обоняния и вкуса.

Примерно у половины больных эпилепсией перед припадком возникает **аура** (греч. aura – дуновение). Аура бывает различной. Могут возникать различные ощущения в органах чувств – **сенсорная аура**. Например, при зрительной ауре возникают вспышки света или предметы становятся необычайно ярко окрашенными, а при слуховой ауре больные слышат звуки, которых на самом деле нет. **Привегетативной ауре** наблюдаются тахикардия, чувство удушья, потливость, жар сменяется ознобом, усиление перистальтики кишечника, боли в грудной клетке и брюшной полости. **Примоторной ауре** отмечаются топтание, кружение на месте, внезапный бег, выкрики, повторение отдельных слов и фраз. **При висцеросенсорной (эпигастральной) ауре** появляется внезапное неприятное ощущение в подложечной области с тошнотой, распространяющееся вверх к голове, где воспринимается как удар. **При психической ауре** – появляются аффекты страха, ужаса, «сверхужаса», по выражению больных, или, напротив, восторженность, чувство прозрения, проникновения в суть всего происходящего и т.д.

При всех видах аур наблюдается помрачение сознания, в связи, с чем всё происходящее вокруг больными не воспринимается и о нем в последующем они ничего не могут рассказать. Содержание же самой ауры не сопровождается запоминанием и воспроизводится больными позже в мельчайших деталях.

После ауры возникает **тоническая фаза эпилептического припадка**, которая проявляется резким напряжением всей мускулатуры. Больной может издавать характерный крик из-за выталкивания воздуха через судорожно суженную голосовую щель. Во время припадка больной падает на пол, землю, предметы, чаще всего лицом вперед. Во время припадка возможны переломы, вывихи и ушибы. Обычно глаза у него открыты, зрачки расширены, дыхание останавливается, возникают синюшность лица и кожных покровов, непроизвольное мочеиспускание.

Тоническая фаза продолжается около 30 секунд. Затем наступает **фаза клонических судорог**. Происходят судорожные сокращения попеременно то сгибателей, то разгибателей мускулатуры туловища, рук и ног. Дыхание хриплое, клочущее, синюшность постепенно проходит. Глаза больного закатываются. Возникает прикус языка и слизистой оболочки рта, из-за этого на губах появляется кровавая пена. Через 1–2 минуты судороги ослабевают, а затем проходят.

Современная медицина предлагает различные варианты лечения эпилепсии: хирургия, фармацевтика. Благодаря этому можно получить устойчивую ремиссию. Однако, как бывает, заболевание устранено с наименьшими последствиями (насколько, конечно, это возможно с данной ситуацией), а психологические проблемы, которые сформировались на фоне болезни, остались неразрешенными. И, к сожалению, на решение этих проблем может уйти гораздо больше времени, чем на правильный подбор препаратов или же проведение хирургической операции. Поэтому, чем раньше начать работать с психологической и социальной адаптацией пациента, тем больше шансов на то, что качество жизни такого человека будет высоким.

Лечение эпилепсии равно как и психогенных неэпилептических приступов требует комплексного подхода: работы невролога, психиатра, психолога. Психологическая помощь необходима всей семье, так как важно обнаружить правильную стратегию воспитания ребенка, не стремясь целиком посвятить жизнь ему, проявляя жертвенность. Семьи, где есть больной ребенок, распадаются чаще. Также в качестве способов психологической защиты один из родителей (как правило отцы) погружается в работу, хобби или же алкоголизацию, что является дополнительной причиной стресса. Речь также может идти о проблемах со здоровыми детьми в семье, которым уделяют мало времени из-за того, что родители проявляют большую заботу по отношению к больному ребенку.

Диагноз эпилепсия – это серьезная психологическая нагрузка для родных, что обусловлено страхом перед клиническими проявлениями, а также переживанием печали, вины, безысходности. В прошлом году проводилось исследование, в котором принимали участие матери, чьи дети более года болеют эпилепсией. По итогам, около 30% женщин имеют пролонгированную депрессивную реакцию или невротическое расстройство, а 43% имеют признаки тревожного расстройства.

Невозможность принять болезнь своего ребенка лишь усугубляет течение этой болезни. Не так давно разговаривала с мамой, чья десятилетняя дочь имеет диагноз психогенные неэпилептические приступы. При таком диагнозе лечение возможно лишь при помощи психолога и психиатра. Но мама отказывается проходить это лечение, ссылаясь на то, что у ее ребенка здоровая психика. При этом они ежемесячно попадают в больницу с приступами, которые не являются следствием эпилептической активности, а носят психотравматический характер.

Очевидно, что здесь речь идет о том, что в нашем обществе пока еще не сформирована культура ухода за своим психологическим здоровьем. К сожалению, многие даже не догадываются насколько жизнь их могла бы стать легче, если бы они уделили время решению своих болезненных переживаний.

Таким образом, индивидуальная психотерапия необходима для родителей, чьи дети болеют эпилепсией. Как правило, здесь работа идет на принятие новых условий жизни, расставание с неоправданными ожиданиями; работа с тревогой и страхами, а также (обязательно!) поиск новых ориентиров и ценностей.

Есть еще один распространенный сценарий: мать и больной ребенок образуют закрытую подсистему, основанную на необходимости постоянной заботы, лечения, что способствует формированию симбиотической связи между ними. В то время, как другие члены семьи могут чувствовать себя обделенными. Это способствует нарушению внутрисемейной коммуникации. Для того, чтобы семья в новых условиях могла функционировать полноценно необходима семейная системная психотерапия. Здесь, как правило, речь идет о том, чтобы понять потребности каждого члена семьи и сформировать здоровую модель взаимодействия со всеми основными родственниками, включая не только больного ребенка и его родителей, но и здоровых детей, бабушек и дедушек, которые принимают участие в воспитании внуков.

Отдельный пункт - это социальная адаптация больного эпилепсией ребенка. Однако, она проходит значительно проще, если родители смогли принять условия жизни, смогли справиться со своими страхами и дают нужную поддержку своим детям, не осуществляя гиперопеки.

19. Дифференциальная диагностика головных болей.
- 20.

Головная боль (цефалгия, краниалгия) – болевые ощущения в области свода черепа (кверху от бровей и до затылка) и внутри мозгового черепа.

Классификация головной боли по продолжительности и особенностям течения:

1. Острая головная боль (однократная, непродолжительная)
2. Острая повторяющаяся (с наличием светлых промежутков, характерна для мигрени)
3. Хроническая прогрессирующая (с тенденцией к нарастанию головной боли, например, при внутричерепной опухоли, менингите)
4. Хроническая непрогрессирующая головная боль (встречается ежедневно или несколько раз в неделю, не изменяется по тяжести с течением времени – так называемая головная боль напряжения)

Международная классификация головной боли:

1. Мигрень:
 1. Без ауры
 2. С аурой
2. Головная боль напряжения:
 1. Эпизодическая
 2. Хроническая
3. Кластерная (пучковая) головная боль
4. Головная боль, несвязанная со структурными поражениями (от внешнего сдавления, провоцируемая холодом, при кашле, физическом усилии и др.)
5. Головная боль, связанная с травмой черепа (острая и хроническая посттравматическая головная боль)
6. Головная боль, связанная с сосудистыми расстройствами (ишемическая васкулярно-церебральная болезнь, внутричерепная гематома, субарахноидальное кровоизлияние, артерииты, тромбоз мозговых вен, артериальная гипертензия и др.)
7. Головная боль при внутричерепных несосудистых процессах (при высоком или низком ликворном давлении, внутричерепной инфекции, опухоли и др.)
8. Головная боль, связанная с приемом химических веществ или их отменой (нитраты, алкоголь, окись углерода, эрготамины, анальгетики и др.)
9. Головная боль при немозговых инфекционных заболеваниях (вирусные, бактериальные и другие инфекции)
10. Головная боль, связанная с метаболическими нарушениями (гипоксия, гиперкапния, диализ и др.)
11. Головная боль при патологии черепа, шеи, глаз, ушей, носа, придаточных пазух, зубов и других структур лица и черепа
- 12.

Эпидемиология.

По статистике в течение года 90% людей хотя бы раз испытывают головную боль, а приблизительно у 1% пациентов, попадающих в отделение интенсивной терапии, головная боль является причиной какого-либо заболевания. В более чем 90% случаев у больных диагностируют первичные головные боли, наиболее распространенной формой является эпизодическая головная боль напряжения. Также установлено, что женщины в 3 раза чаще страдают от мигрени, чем мужчины. Кроме того, существует взаимосвязь между распространением случаев мигрени среди жителей определенных частей света. В целом, приступам мигрени подвержены от 12 до 18% населения земли. Кластерная головная боль в свою очередь возникает менее чем у 0,5% людей. Достаточно сложно установить распространение этого болевого симптома среди жителей разных стран, поскольку кластерную головную боль зачастую принимают за синусовую головную боль. Тем не менее, согласно имеющимся данным, мужчины более подвержены кластерной головной боли – мужчин, страдающих от этой формы цефалгии в 5-8 раз больше, чем женщин с подобным нарушением.

Социальная значимость.

Социальная значимость проблемы головной боли состоит в том, что частые и интенсивные головные боли снижают умственную и физическую работоспособность, значительно ухудшают качество жизни. Среди неврологических расстройств экономические потери, связанные с головной болью, уступают в объеме только тем, которые связаны с острыми нарушениями мозгового кровообращения, заболеваниями периферической нервной системы и деменцией.

Принципы дифференциального диагноза.

Все первичные типы головной боли приходится дифференцировать между собой. Лекарственно-индуцированную головную боль следует дифференцировать с мигренью и головной болью напряжения. С другой стороны, дифференциальный диагноз включает в себя несколько серьезных вторичных головных болей, которые важно уметь распознавать.

Настораживающие симптомы в анамнезе или при объективном осмотре:

1. Впервые возникшая или нетипичная для данного пациента головная боль или появление новых симптомов уже имеющейся головной боли
2. Громоздкая головная боль (интенсивная головная боль с «взрывоподобным» или внезапным началом) характерна для субарахноидального кровоизлияния
3. Головная боль с атипичной аурой (длительность > 1 часа) или с моторной слабостью характерна для транзиторной ишемической атаки или инсульта
4. Аура без головной боли без указаний в анамнезе на мигрень с аурой может быть симптомом транзиторной ишемической атаки или инсульта
5. Аура, впервые возникшая у пациентки, принимающей комбинированные оральные контрацептивы, может указывать на риск инсульта
6. Впервые возникшая головная боль у пациента старше 50 лет или у ребенка в препубертате может быть проявлением височного артериита или внутричерепной опухоли
7. Нарастающая головная боль, усиливающаяся в течение нескольких недель и более, может быть вызвана внутричерепным объемным образованием
8. Головная боль, усиливающаяся при изменении позы или нагрузках, повышающих внутричерепное давление (кашель, чихание, натуживание) могут быть проявлением интракраниальной опухоли
9. Впервые возникшая головная боль у пациента с онкологическим заболеванием, ВИЧ-инфекцией или иммунодефицитом в анамнезе
10. Лихорадка в сочетании с головной болью, не связанная с другими причинами, может быть признаком менингита

21. Синдром вегетативной дистонии: основные сведения, психологическая помощь.

Синдром вегетативной дистонии (СВД) - симптомокомплекс многообразных клинических проявлений, затрагивающий различные органы и системы и развивающийся вследствие отклонений в структуре и функции центральных и/или периферических отделов вегетативной нервной системы.

СВД - не самостоятельная нозологическая форма, но в сочетании с другими патогенными факторами может способствовать развитию многих заболеваний и патологических состояний, чаще всего имеющих психосоматический компонент (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, язвенная болезнь и др.). Вегетативные сдвиги определяют развитие и течение многих заболеваний детского возраста. В свою очередь, соматические и любые другие заболевания могут усугублять вегетативные нарушения.

Признаки СВД выявляют у 25-80% детей, преимущественно среди городских жителей. Их можно обнаружить в любом возрастном периоде, но чаще наблюдают у детей 7-8 лет и подростков. Чаще данный синдром наблюдают у девочек.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Причины формирования вегетативных расстройств многочисленны. Основное значение имеют первичные, наследственно обусловленные отклонения в структуре и функции различных отделов вегетативной нервной системы, чаще прослеживаемые по материнской линии. Другие факторы, как правило, играют роль пусковых механизмов, вызывающих манифестацию уже имеющейся скрытой вегетативной дисфункции. Часто наблюдают сочетание нескольких причин.

- Формированию СВД во многом способствуют перинатальные поражения ЦНС, приводящие к церебральным сосудистым расстройствам, нарушению ликвородинамики, гидроцефалии, повреждению гипоталамуса и других отделов лимбико-ретикулярного комплекса. Повреждение центральных отделов вегетативной нервной системы приводит к эмоциональному дисбалансу, невротическим и психотическим нарушениям у детей, неадекватным реакциям на стрессовые ситуации, что также влияет на формирование и течение СВД.

- В развитии СВД очень велика роль различных психотравмирующих воздействий (конфликтных ситуаций в семье, школе, семейного алкоголизма, неполных семей, изолированности ребёнка или чрезмерной опеки его родителями), приводящих к психической дезадаптации детей, способствующих реализации и усилению вегетативных расстройств. Не меньшее значение имеют часто повторяющиеся острые эмоциональные перегрузки, хронические стрессы, умственное и физическое перенапряжение.

- К провоцирующим факторам относят разнообразные инфекционные, соматические, эндокринные и неврологические заболевания, аномалии конституции, аллергические состояния, неблагоприятные или резко меняющиеся метеорологические условия, особенности климата, экологическое неблагополучие, нарушения баланса микроэлементов, гиподинамию или чрезмерную физическую нагрузку,

гормональную перестройку пубертатного периода, несоблюдение режима питания и т.д.

- Несомненное значение имеют возрастные особенности симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, нестабильность метаболизма головного мозга, а также присущая детскому организму способность к развитию генерализованных реакций в ответ на локальное раздражение, что определяет большой полиморфизм и выраженность синдрома у детей по сравнению с взрослыми.

Нарушения, возникшие в вегетативной нервной системе, приводят к разнообразным изменениям функций симпатической и парасимпатической систем с нарушением выделения медиаторов (норадреналина, ацетилхолина), гормонов коры надпочечников и других желёз внутренней секреции, ряда биологически активных веществ [полипептидов, простагландинов (Пг)], а также к нарушениям чувствительности сосудистых α - и β -адренорецепторов.

КЛАССИФИКАЦИЯ

До настоящего времени общепринятой классификации СВД нет. При формулировке диагноза учитывают:

- этиологические факторы;
- вариант вегетативных расстройств (ваготонический, симпатикотонический, смешанный);
- распространённость вегетативных расстройств (генерализованная, системная или локальная форма);
- системы органов, наиболее вовлечённых в патологический процесс;
- функциональное состояние вегетативной нервной системы;
- степень тяжести (лёгкая, среднетяжёлая, тяжёлая);
- характер течения (латентный, перманентный, пароксизмальный).

Боль в пояснице и нижних конечностях. В большинстве случаев имеет доброкачественный характер и спонтанно регрессирует в течение нескольких дней или недель, реже месяцев, но и бывает признаком опасного заболевания, требующего от врача немедленных действий. По распространенности боли выделяют люмбагию – боль в поясничном (пояснично-крестцовом) отделе спины и люмбаго – боль в спине, иррадиирующую в ноги. При острой интенсивной боли в пояснице используют также термин «люмбаго» (поясничный прострел). Традиционно боли в спине обозначались как «пояснично-крестцовый радикулит», но признаки радикулита, или, правильнее, радикулопатии, выявляются лишь у 2-5% больных. Гораздо чаще источником боли служит раздражение болевых рецепторов мышц, суставов, связок. В одних случаях боль связана с патологией структур позвоночника (вертеброгенные боли) – грыжа диска, артроз фасеточных суставов, стеноз позвоночного канала, спондилолистез, травма и другие; в других – имеет невертеброгенное происхождение – это растяжение мышц и связок, миофасциальный синдром, фибромиалгия, соматические заболевания, процессы в забрюшинном пространстве, артроз тазобедренного сустава, психические расстройства и другие.

Одна из самых частых причин болей в спине – дегенеративные изменения межпозвоночных дисков, традиционно обозначаемые как остеохондроз позвоночника. Развитию дегенеративных изменений способствуют повторные травмы, избыточная статическая или динамическая нагрузка, наследственная предрасположенность.

Наиболее часто боль наблюдается при рефлекторных синдромах и компрессионных корешковых синдромах.

Рефлекторные синдромы представлены мышечно-тоническими, нейрососудистыми и нейроdistрофическими проявлениями, могут локализоваться в области позвоночника (вертебральные синдромы) и в области нижних конечностей (пельвиомембраные).

Острая люмбагия (люмбаго, прострел). Приступ острой невралгии чаще возникает внезапно, во время неловкого движения, при незначительной травме или спонтанно. Боль распространяется по всей пояснице, чаще симметрично. В горизонтальном положении боль уменьшается. Усиление болевых ощущений отмечается при попытке повернуться в постели, подняв ногу, при кашле, чихании, а порой и при волнении. Болевой синдром сопровождается тоническим напряжением поясничных мышц. Этим напряжением мышц и определяются защитные позы – фиксированные изменения конфигурации поясничного отдела позвоночника (сглаженность поясничного лордоза). Сгибание в пояснице почти невозможно (симптом «доски» или «струны»). Уже в первые сутки обострения вызываются симптомы натяжения (Ласега, Нери, Дежерина и др.). Симптомов выпадения чувствительной и двигательной функции, как правило, не наблюдаются. Острая люмбагия спонтанно проходит в течение нескольких дней, реже недель. Но иногда она трансформируется в люмбаго.

Боль в спине при поражении внутренних органов и органов малого таза. Отраженная боль при заболеваниях органов грудной клетки, брюшной полости или органов малого таза может ощущаться в области позвоночника. При интенсивной выраженности болевого синдрома может сложиться впечатление о его опоясывающем характере. Но отсутствует напряжение паравертебральных мышц и сохраняется обычно подвижность позвоночника.

Боли в спине при гинекологических заболеваниях. Если возникают в нижней части спины, распространяются на бедро – эти боли характерны для беременности, в пояснично-крестцовую область – при мензис. При поражении прямой кишки, маточных связок – (на фоне эндометриоза, опухоли матки), при раке органов малого таза в патологический процесс вовлекаются нервные сплетения. Боль при этом постоянная и постепенно нарастает, усиливается в ночное время, может также усиливаться после лучевой терапии.

Боли в спине при урологических заболеваниях. Причиной ноющей боли в крестце может быть хронический простатит, который сопровождается увеличением и нарушением функции предстательной железы, затруднением при мочеиспускании или учащением позывов к нему. Боль односторонняя, чаще иррадиирующая в ногу. Рак предстательной железы может давать метастазы в позвоночник, в частности в крестец. Метастазы опухоли могут инфильтрировать спинномозговые корешки, вызывать сдавление спинного мозга. При заболеваниях почек боль локализуется обычно в поясничной области на стороне пораженной почки. При поражении мочевого пузыря и яичек боли в области позвоночника нехарактерны.

Физическим перенапряжением может быть спровоцирована не только дискогенная люмбаго, но и почечная колика (боль в пояснично-грудной области). Для люмбаго характерна боль в пояснично-крестцовой области. При почечной колике нет напряжения мышц, характерно поведение больного – он мечется, а при люмбагии затихает в удобной позе, нет тошноты, рвоты, дизурических явлений.

Постановка диагноза.

Хотя примерно в 90% случаев боль носит доброкачественный характер и обусловлена физической нагрузкой на фоне текущего дегенеративного поражения позвоночника, внимание должно быть направлено на то, чтобы не пропустить немногочисленные случаи, когда боль в спине вызвана более серьезными причинами – компрессионным переломом (обычно на фоне остеопороза), опухолью позвоночника, анкилозирующим спондилитом или гнойным эпидуритом и другими заболеваниями, требующими быстрого вмешательства. Это инфекционные заболевания (туберкулезный или неспецифический спондилит, эпидуральный абсцесс, дисцит), воспалительные заболевания (серонегативные спондилоартропатии, ревматическая полимиалгия), метаболические заболевания (остеопороз, гиперпаратиреоз, болезнь Педжета), неопластические заболевания (первичные и метастатические опухоли позвоночника, миеломная болезнь), соматические заболевания (аневризма или тромбоз аорты, заболевания поджелудочной железы, мочеполовой системы, желудочно-кишечного тракта, патология забрюшинного пространства, гинекологические заболевания).

При сборе анамнеза следует обратить внимание на возраст начала и продолжительность заболевания, характер боли и факторы, ее спровоцировавшие, локализацию и иррадиацию боли, признаки соматических заболеваний. Начало болей в пожилом возрасте требует исключения онкологических заболеваний и остеопороза. Острые или подострые боли, возникшие после подъема тяжести или непривычной нагрузки, могут быть вызваны грыжей диска, растяжением мягких тканей, переломом позвонка. Рецидивирующие эпизоды острой боли характерны для грыжи диска. Постепенно нарастающий болевой синдром – возможный признак опухоли или спондилита. Усиление боли и корешковой иррадиации при наклонах, кашле, натуживании указывают на компрессию корешка. Боли, усиливающиеся при разгибании и уменьшающиеся при сгибании, – возможный признак спондилолистеза, артроза фасеточных суставов или стеноза позвоночного канала. Особо пристальное внимание должны привлекать случаи немеханической боли, которая может быть проявлением заболеваний брюшной полости, малого таза, спондилита, эпидурита, опухоли или спондилоартрита. Важно обратить внимание на признаки инфекции и состояния тех органов, опухоли которых часто дают метастазы в позвоночник (молочная железа, легкие, предстательная железа, почки, толстый кишечник, мочевой пузырь).

Вертебрологический осмотр начинают с оценки походки, затем его проводят в положении стоя и лежа. Важно выявить аномалии развития, асимметрию скелета (например, укорочение одной ноги), особенности осанки, выраженность физиологических изгибов позвоночника (шейного и поясничного лордозов, грудного кифоза), сколиоз, оценить объем движений в позвоночнике (сгибание, разгибание, наклоны в стороны, ротация) и крупных суставах (крестцово-подвздошном, тазобедренном, коленном). Ограничение сгибания характерно для грыжи диска, боль при разгибании указывает на вовлечение фасеточных суставов. При осмотре позвоночника нужно обращать внимание на параспинальные образования, локальное повышение кожной температуры, локальную болезненность, напряжение паравертебральных мышц. Следует пальпаторно исследовать линию остистых отростков, места проекции межпозвоночных и реберно-позвоночных суставов, крестцово-подвздошные сочленения. Выраженная локальная болезненность остистых отростков при перкуссии может указывать на опухоль, остеомиелит, эпидуральный абсцесс или грыжу диска. Важно выявить локализацию болезненных и триггерных точек, болезненных мышечных уплотнений, локальных изменений подкожных или сухожильно-периостальных тканей.