

Выводы. Организация школы остеопороза повышает осведомленность населения и является неотъемлемой частью профилактики и лечения остеопороза. Опыт школы остеопороза позволяет сделать вывод, что повышение информированности пациентов о заболеваемости формирует активное и ответственное отношение пациентов к своему здоровью, повышает приверженность пациентов к лечению, формирует умения и навыки самоконтроля.

Литература:

1. Верткин А.Л., Наумов А.В., Моргунов Л.Ю., Горюлева Е.И., Журавлева О.С. Остеопороз в практике семейного врача: что мы умеем? // Справочник поликлинического врача. – 2006. - Том 04, № 3;
2. (Osteoporosis in the European Community)

3. Беневоленской Л.И., Лесняк О.М. Клинические рекомендации Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Под редакцией Л.И. Беневоленской, О.М. Лесняк. – М.: ГЕОТАР-Медиа. – 2005. – 176 стр.

4. Турекулова А.А., Тажиев Е.Б., Абдуразаков У.А. Определение значимости некоторых факторов риска остеопороза. – С.25-26

5. Geusens P.P., de Nijs RNJ, Lems WF, Laan RFJM, Struijs A, Van Staa TP, et al. Prevention of glucocorticoid osteoporosis: a consensus document of the Dutch Society of Rheumatology. Ann Rheum Dis. 2004;63:264–265

6. Лесняк О.М., Беневоленская Л.И. (ред.) Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение/ М. ГЕОТАР-Медиа. 2-е изд., перераб. и доп. - 2010 г.

УДК 616.8 02(035)

ЧАСТНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ПСИХИАТРИИ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ)

А. А. Шарапатова

КГКП «Городской центр психического здоровья», г. Семей

В работе представлено уточнение концептуальных положений современной психосоматической медицины и решение частных задач клинко-психопатологического анализа; разработка междисциплинарного подхода к диагностике и терапии психосоматических расстройств; выработка общего клинко-диагностического «языка» с интернистами; организация эффективной системы психиатрической помощи в общей медицинской практике (разработка показаний к консультированию, участие в терапевтическом процессе).

Түйіні

Жұмыста қазіргі психосоматиялық дәрігерліктің концептуалды жағдайларының түзетуі және клинко - психопатологиялық талдаудың есептерінің бөлінділерінің шешімі елестеткен; диагностикаға пән аралық жол және психосоматиялық бұзылуларды терапияның өңдеуі; интернисттері бар тіл өндіру ортақ клинко-диагностикалық; (кеңесуге көрсетулерін өңдеу, терапиялық процесстегі қатысу) дәрігерлік тәжірибедегі психиатриялық көмектің тиімді жүйесінің ұйымы.

Summary

In work specification of conceptual positions of modern psychosomatic medicine and the decision of private problems of the kliniko-psychopathological analysis is presented; working out of the interdisciplinary approach to diagnostics and therapy of psychosomatic frustration; development of general kliniko-diagnostic "language" with interns; the organization of effective system of the psychiatric help in the general medical practice (working out of indications to consultation, participation in therapeutic process).

В настоящее время интерес к психосоматической проблеме особенно велик, поскольку со второй половины XX века резко возросла нагрузка на нервную систему человека, на его психику. Это связано с тем, что большинство людей проживает в крупных городах, получая громадное количество избыточной информации. Бурное развитие науки и техники, насыщенность межличностных отношений, увеличение темпа жизни требуют от человека повышенного эмоционального перенапряжения. Частые стрессовые ситуации могут стать причиной нарушений нервно – психического здоровья [1].

Наиболее перспективными научно – практическими направлениями в современной психосоматике представляются соответственно такие, как уточнение концептуальных положений современной психосоматической медицины и решение частных задач клинко-психопатологического анализа; разработка междисциплинарного подхода к диагностике и терапии психосоматических расстройств; выработка общего клинко-диагностического «языка» с интернистами; организация эффективной системы психиатрической помощи в общей медицинской практике (разработка показаний к

консультированию, участие в терапевтическом процессе).

Наиболее значимыми психическими расстройствами в общей медицинской практике как показал прицельный анализ, являются аффективные и личностные расстройства (соответственно 22 и 20%), различные психорганические синдромы – преимущественно церебральные, аффективные с легкими когнитивными расстройствами либо без таковых (около 19 %). У 14% больных выявляются тревожно – фобические, панические, панические с агорафобией расстройствами, в 7% случаев – соматоформные и конверсионные расстройства. У 10% пациентов актуальные психические расстройства могут однозначно трактоваться как расстройства адаптации, которые стоят ближе всего к психогенным, но имеют отчетливый соматогенный радикал [2]. Следует признать, что этиопатогенез этих «классических» расстройств, по-прежнему, остается недостаточным ясным.

Многие, если не все, психические болезни сопровождаются соматическими изменениями: как писал видный интернист Д.Д. Плетнев (1927), «нет соматических болезней без психических из них вытекающих от-

клонений, как нет психических заболеваний, изолированных от соматических симптомов». Много позже об этом писал G.G. Lloyd (1986): соматические симптомы отмечаются в клинике любого психического заболевания, а в некоторых случаях доминируют настолько, что влияют на диагностику.

По современным данным, среди больных, госпитализированных в связи с соматическим заболеванием, симптомы большой депрессии отмечаются у 22,4% лиц моложе 40 лет, 11,3% - старше 70 лет, признаки малой депрессии – у 18,1% моложе 40 лет и 29,2% - старше 70 лет (Okasha A., 2003). В целом, наиболее частыми соматическими заболеваниями, при которых возникают аффективные расстройства, являются гипертоническая и гипотоническая болезни (Невзорова Т.А., 1949; Рохлин Л.Л., 1959), карцинома, инфекции, диабет, нарушение функции щитовидной железы, болезнь Аддисона, инфаркт миокарда, коронарная недостаточность гемодиализ, СПИД, гастроинтестинальные заболевания, нейроциркуляторная дистония, патологический климакс, ожоговая болезнь, хронический тонзиллит и др. [3,4,5,6,7].

Течение психосоматического заболевания зависит от выраженности личностных девиаций пациентов, предпочтительных форм их психического реагирования в преморбиде соматической болезни, влияющих на формирование внутренней картины болезни, отношение к ней (адекватное либо патологическое). При этом может иметь место целый спектр психических реакций – от преходящих, психологически понятных вплоть до психопатологических расстройств. Анализ структуры этих состояний показал, что для соматических заболеваний различных функциональных систем психологические и психопатологические реакции характеризуются общностью содержания – страхом потери той или иной жизненно важной функции.

Эти психологические и психопатологические реакции могут быть определенно обозначены как психосоматические. При общей содержательности их характеристике (страх за жизнь) при каждом заболевании имеют место специфические «эталонные» симптомы и синдромы.

Для заболеваний сердечно – сосудистой системы в качестве таковых выступает тревога и страх за сердце, которые в ряде случаев достигают в своем развитии уровня тревожно – фобических расстройств. Для кардиологических больных характерны, кроме того, расстройства настроения вплоть до дистимии и депрессий.

Для пациентов с заболеваниями органов дыхания – страх удушья (одышка, нехватка воздуха, гипервентиляция).

При заболеваниях желудочно-кишечного тракта наиболее типичен страх заболеть раком, трансформирующийся в канцерофобию (страх запоров как симптома «непроходимости», поносов, снижение веса, болей).

Особое место, как по частоте встречаемости, так и в связи с проблемами диагностики в общей терапевтической практике занимают такие широко известные синдромы, характеризующиеся функциональным уровнем расстройств, как синдромы нейроциркуляторной дистонии (НЦД) и синдром раздраженной толстой кишки. Эта патология наблюдается примерно у 30% пациентов соматического стационара [8].

Для большинства психосоматических заболеваний характерен своеобразный личностный преморбид: чрезмерная независимость и прямолинейность, высокое чувство долга, добросовестность, навязчивость, ригидность, негибкость ил чрезмерная обидчивость.

Каждое психосоматическое заболевание имеет свои психопатологические проявления [9,10,11,12,13,14].

При язвенной болезни отмечается периодическая тоскливая раздраженность, нервная напряженность, тревога, депрессия, обидчивость, бессонница, боли.

При гипертонической болезни характерны головные боли, головокружения, повышенная ранимость, подавленное настроение, иногда с тревогой и страхами, слезы, астения, снижение активности и работоспособности, нарушение сна.

При бронхиальной астме наблюдаются реактивные личностные образования в связи с переживаниями болезни, невротоподобные расстройства, обусловленные соматическими факторами, а также аномальное развитие личности.

Для тиреотоксикоза характерны повышенная возбудимость, вспыльчивость, раздражительность, суетливость, чрезмерная лабильность настроения с тенденцией к полюсу печали, обидчивость, торопливость, беспорядочность, малая продуктивность с утомляемостью. Большинство этих больных страдают упорной бессонницей, сон короткий, тревожный. Основными психопатологическими синдромами являются астено – невротический и тревожно – депрессивный.

Для сахарного диабета более характерны лабильность настроения, раздражительность, мнительность, тревожность, подавленность, угнетенность, общая слабость, адинамия, повышенная утомляемость, вялость, сонливость, снижение работоспособности, эмоциональная неустойчивость, выраженные личностные изменения, повышенная конфликтность, гиперактузия, дистимический фон настроения с дисфорическим оттенком.

Неспецифический язвенный колит чаще развивается у лиц с особым преморбидом – меркантильной практичностью, прикрываемой проповедью морали и скромности. В характере таких больных уживаются сентиментальность и гневливость, для них типично сиремление подчеркнуть свое трудолюбие. При этом соматическом заболевании развиваются раздражительность, тревога, ослабляется активное внимание, возникают истерические поведенческие расстройства формируется обсессивно – компульсивный характер с напряженной аффективностью и инфантилизмом. Характерны эмоциональные расстройства, страх смерти и дальнейших страданий.

Литература:

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Брунека; Предисл. В.Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
2. Гарбузов В.И. Концепция инстинктов и психосоматическая патология. (Наднормологическая диагностика и терапия психосоматических заболеваний и неврозов.) – СПб.: "СОТИС", 1999. – 320 с.
3. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т.2.
4. Тарнавский Ю.Б. Под маской телесного недуга. – М.: Знание, 1990. – 64 с. – (Новое в жизни, науке, технике. Сер. "Медицина"; №3).
5. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986.
6. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс – информ, 2006. – стр.11-87.
7. Ромасенко Л.В. Общие и частные проблемы психосоматического направления в психиатрии. Психиатрия и общество. Сборник научных работ, посвященный 80 – летию Государственного научного центра со-

циальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2001. стр.162-169.

8. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии. – М.: КРОНПРЕСС, 1997. - стр.274-302.

9. Менделевич В.Ф., Макаревичева Э.В. Невротические, психосоматические и соматоформные расстройства // Клиническая и медицинская психология. – М.: Медэкспресс, 1999. - С. 306-350.

10. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. - М.: Медицина., - 1993.- 399с.

11. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике. – М., 2000.

12. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М.: Медгиз, 1944. 83с.

13. Коркина М.В., Марилов В.В. Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний // Журн. Неврологии и психиатрии им.С.С. Корсакова. – 1998. – Т.98. - №11. – с.15-18.

14. Сукиасян С.Г., Тадевосян А.С., Чшмаритян С.С., Манасян Н.Г. клинические формы постстрессовых расстройств // Вестник биологической психиатрии. – 2004. - №8. – с.10-28.

УДК 159.98+616-001.36.+615.851

ОСНОВНЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРИ РЕАКЦИЯХ УТРАТЫ

А.А. Алмагамбетова

КГКП «Центр психического здоровья», г. Семей

Қайғылы қаза реакцияларындағы терапиялық негіздер

Берілген статьяда қайғылы қаза реакцияларындағы терапиялық негіздер келтіріліп, қайғыру туралы тәрт есеп, олардың шешу түрлері мен тәсілдері анықталып, өлімділікпен жоғалту реакцияларындағы психотерапевттің ролі ұсынылып, қалыпты өмірге оралудың универсальді қадамдары сипатталған.

The basic psychotherapeutic tactics at reactions of loss

In this article gives the basic psychotherapeutic tactics at reactions of loss, described four tasks of sorrow, it's forms and methods of decision, presented role of psychotherapeutics at reactions of loss, described universal steps, for recovery to normal life.

Психотерапевтическое консультирование людей, перенесших утрату - это нелёгкое испытание духовных сил и профессиональной компетенции. Утраты, как и многие события нашей жизни, не только болезненны, они предоставляют и возможность личностного роста. Примирение с утратой - болезненный процесс, но совершенно естественен, и его не надо форсировать. Никто не должен вселять искусственный оптимизм в скорбящего, пытаюсь его чем-либо заинтересовать, занимать развлечениями. Смерть близкого - это тяжёлая рана, и несчастный имеет право на скорбь. Интенсивность и продолжительность чувства скорби у различных людей неодинаковы. [4]

Человеком, переживающим утрату, решаются определённые задачи. Формы течения горя и их проявления очень индивидуальны, однако содержание процесса неизменно. Поэтому каждый горящий должен сделать универсальные шаги, чтобы вернуться к нормальной жизни и на выполнение, которых должно быть направлено внимание психотерапевта.

Задачи горя остаются постоянными, поскольку обусловлены самим процессом, а формы и способы их решения индивидуальны и зависят от личностных и социальных особенностей горящего человека. Четыре задачи горя решаются субъектом последовательно. Если задачи горя не будут решены горящим человеком, горе не получит адекватного завершения, оно не будет развиваться дальше и стремиться к завершению, следовательно, возможно возникновение отложенных проблем, растянувшихся на годы.

Таким образом, первая задача – признание факта потери.

Когда кто-то умирает, даже в случае ожидаемой смерти нормально возникновение в первую минуту чувства, будто ничего не случилось. Поэтому важно осознать, что любимый человек умер, он ушёл и никогда не вернётся. В этот период, также как, потерявшийся ребёнок ищет мать, человек, машинально, пытается войти

в контакт с умершим, это автоматический поиск контакта - машинально набирает его телефонный номер, видит, «обознавшись», среди прохожих на улице, покупает ему продукты. Это поведение «поиска» направлено на восстановление связи. В норме это поведение должно сменяться поведением, направленным на разрушение связи с умершим близким. Человек, который совершает описанные выше действия, спохватывается и говорит себе «что я делаю, ведь он (она) умер». Источником патологии может быть противоположное поведение – не верить происшедшему благодаря какому-либо виду отрицания.

Способы, которыми люди избегают реальности потери.

1. отрицание факта потери;
2. отрицание значимости потери;
3. «избирательное забывание»;
4. отрицание необратимости потери.

1. Отрицание факта потери может варьировать от лёгкого расстройства до тяжёлых психотических форм, когда человек проводит несколько дней в квартире с умершим, прежде чем замечает, что тот умер. Более часто встречающаяся и менее патологичная форма проявления отрицания называется мумификацией. В таких случаях человек сохраняет всё так, как было при умершем, готовое в любое время к его возвращению. Например, родители сохраняют комнаты умерших детей. Это нормально, если это продолжается недолго, это создание своего рода «буфера», который должен смягчить самый трудный этап переживания и приспособление к потере, но если такое поведение растягивается на годы, реакция горя останавливается, и человек отказывается принять те перемены, которые произошли в его жизни, «сохраняя всё как было» и, не двигаясь в своём трауре.

2. Другой способ, которым люди избегают реальности потери – отрицание значимости потери.

В этом случае они говорят что-то вроде «мы были