Содержание

ВВЕДЕНИЕ

1. ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

1.1 ДЕТСКИЕ НЕВРОЗЫ КАК ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1.2 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ

2. ВЛИЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВОГО СОСТОЯНИЯ ЛИЧНОСТИ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

# Введение

Как известно, ведущее положение среди всех внутренних болезней занимают нарушения в деятельности сердечно-сосудистой системы, что определяет особое отношение пациентов и врачей к заболеваниям сердца и сосудов.

В то же время известно, что в основе различных заболеваний не всегда лежат органические причины. Описано множество так называемых функциональных расстройств различных органов и систем организма, и сердечно-сосудистые заболевания не являются здесь исключением.

Среди функциональных расстройств внутренних органов ведущее место в настоящее время занимают нарушения сердечно-сосудистой системы. Кроме того, отмечено (как отечественными, так и зарубежными учеными), что число пациентов с функциональными нарушениями деятельности сердечно-сосудистой системы неуклонно возрастает и составляет сегодня не менее 15% всех больных стационаров кардиологического профиля.

Беспристрастная статистика утверждает, что не менее чем у половины больных, испытывающих разнообразные неприятные ощущения в левой половине грудной клетки, возникающий при этом страх за свое сердце или преувеличен, или совершенно необоснован. При тщательном объективном исследовании выясняется, что к этой группе относятся лица как с чисто невротическим происхождением функциональных расстройств, так и люди с очень незначительными органическими изменениями, при которых именно психогенные наслоения играют основную роль в клинической картине заболевания.

Как правило, формирование сердечно-сосудистой дисфункции и кардиофобии происходит в результате невротического срыва вследствие тяжелой жизненной ситуации и трудностей адаптации. Поводом для такого невротического срыва чаще всего оказываются конфликтная ситуация в семье или на работе, утрата близкого человека, различные сексуальные проблемы, производственные, общественные или правовые обстоятельства, трудно разрешимые или практически неразрешимые, но активно влияющие на психику пациента. В происхождении острых приступов кардиалгий психогенного происхождения, т. е. кардиалгий без признаков органического поражения сердца и патологических изменений ЭКГ, большое значение принадлежит активным физическим нагрузкам, всевозможным интоксикациям, перенесенным операциям, соматическим или инфекционным заболеваниям и - особенно - длительным психотравмирующим переживаниям, связанным с болезнью.

Проведенный нами анализ литературы показал, что большинство психологически ориентированных концепций (в том числе психоаналитических) отражает психоцентрическое направление – постулирует психогенез как линейную модель формирования психосоматических болезней. Такова концепция вегетативного невроза, предложенная в свое время F. Alexander и Т.М. French, связывающая манифестацию психосоматических расстройств с актуализацией «бессознательных» конфликтов, сформировавшихся в результате ретенции подавленных эмоциональных реакций, концепции ре- и десоматизации (М. Schur) и др. К психоцентрическим принадлежит и концепция психосоциального стресса, воздействие которого также интерпретируется в качестве основной причины возникновения психосоматических заболеваний.

Вместе с тем в ряде клинических исследований (И.А. Мелентьева, 1994; Н.М. Михайлова, 1998; Н.П. Гарганеева, 2002; Б.В. Михайлов, И.Н. Сарвир и соавт., 2002; W. Loyallo, W. Gerin, 2003) выдвигается альтернативная приведенной выше точка зрения – в качестве первичной в генезе психосоматических расстройств рассматривается соматическая патология.

Цель данной работы: изучить психосоматические аспекты функционирования сердечно-сосудистой системы.

Задачи:

1. Рассмотреть семейные запреты как причины формирования психосоматических заболеваний сердечно-сосудистой системы.
2. Проанализировать внутренние запреты личности и их разрешение.
3. Изучить психологические аспекты возникновения сердечно-сосудистых заболеваний.

# 1. ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ НА формированиЕ психосоматических заболеваний сердечно-сосудистой системы

## 

## 1.1 Детские неврозы как предпосылки возникновения психосоматических заболеваний

Невротические и соматоформные расстройства относятся к одним из наиболее распространенных нервно-психических расстройств. Их возникновение и протекание обусловливается широким кругом биологических, психологических и социальных факторов. Неврозы играют немаловажную роль в возникновении вегетативных расстройств, нарушений сердечной деятельности, дыхания, желудочно-кишечного тракта и т. д.

Роль семьи в этиологии неврозов широко признана. Весьма обширна литература, посвященная значению родительской семьи в возникновении неврозов[[1]](#footnote-1). Показано, что заболеваемость человека неврозом в немалой степени зависит от условий, в которых он воспитывался, от стиля воспитания. При этом воздействие родительской семьи простирается весьма далеко, проявляясь и в то время, когда индивид уже сформировал собственную семью.

Особенно значимо воздействие на индивида семьи, в которой он проживает (супружеской семьи, взаимоотношений между родителями и детьми, а также между бабушками и дедушками). Весьма показательно в этом отношении широкое эпидемиологическое обследование больных неврозами, проведенное В. Н. Мясищевым и Б. А Карвасарским (1967). По их данным, в 80 % случаев неврозов оказывались нарушенными семейные отношения пациентов.

Неудивительно, что многие семейные психотерапевты, как отечественные, так и зарубежные, значительное внимание уделяют неврозам. Здесь прежде всего следует указать работы В. К. Мягер и Т. М. Мишиной (1979), А. И. Захарова (1982) и др.

Исследователи, занимающиеся проблемой неврозов, также большое внимание уделяют роли семейных факторов в этиологии различных форм неврозов[[2]](#footnote-2). Особенно показательны в этом отношении данные клинического изучения неврозов с акцентом на изучение семейных взаимоотношений пациента и установление их роли в возникновении заболевания (Свядощ А. М., 1982).

Психическое развитие ребенка происходит наиболее интенсивно в отдельные периоды его жизни. Условно этими периодами считают возраст 2-4 года, 7-8 лет и 12-16-18 лет. В эти периоды или, как их называют, возрастные кризы, дети бывают особенно ранимы, эмоционально неустойчивы и требуют к себе особенно внимательного отношения.

Первый период (2-4 года) характеризуется усиленным ростом тела. Ребенок становится все более ловким и самостоятельным. Нередко родители в силу своей занятости и недостатка терпения подавляют его стремление к самостоятельности (быстрее и проще накормить, одеть ребенка самому). Это вызывает у некоторых детей бурный протест в виде громкого крика. Другие дети смиряются с волей родителей и становятся вялыми, пассивными, безвольными, но начинают действовать исподтишка.

Очень часто родители, знакомя малыша с окружающим миром, перегружают его память сложными названиями, событиями, истощая таким образом еще не созревшую нервную систему. Это, как правило, ведет к нарушению сна, ночным страхам, заиканию. Возраст от 2 до 7 лет является колыбелью неврозов. Отмечаются две основные причины их возникновения: острый неожиданный испуг и длительная конфликтная ситуация в семье.

Если с первой причиной все понятно, то вторая требует разъяснений. Назову лишь наиболее часто встречаемые случаи:

1. Чрезмерно строгое и требовательное воспитание. Жесткой дисциплиной родители пытаются «выковать» сильную личность, «настоящего мужчину». Либо считают, что «по-другому ребенок не понимает». Результатом такого непосильного детским силам напряжения становится психический срыв.
2. Излишняя забота, навязчивая ласка и обременительное внимание к ребенку, как ни парадоксально, приводят к сходным результатам. У ребенка ограничивают растущую потребность в самостоятельности, навязывают ему мнение о своей некомпетентности во всех сферах жизни. «Сильный» ребенок в такой ситуации протестует и борется, «слабый» — ломается.
3. Ссоры и несогласия между родителями. На глазах ребенка рушится весь его мир, когда два самых главных и безгранично любимых человека в его жизни становятся между собой врагами. Все это наносит детской психике удар, с которой она не в силах справиться.
4. Разрушение семьи. Родители заставляют ребенка сделать выбор «между папой и мамой», встать на сторону одного из двух одинаково любимых и необходимых людей и одновременно полностью отречься от другого.
5. Второй брак одного из родителей. Ребенок не может перенести вторжения в его мир «чужого» человека и протестует против навязываемой ему необходимости подчиниться[[3]](#footnote-3).

Внешними признаками неврозов у детей дошкольного возраста являются заикание, нервные тики и истерические реакции. В первом случае ребенок не может произнести слово, лицо его напрягается, мышцы лица подергиваются. Нервные тики — это разнообразные навязчивые часто повторяющиеся движения головой или плечами, моргание, шмыгание носом, покашливание.

Истерические реакции внешне наиболее бурны из всех детских неврозов и направлены на получение желаемого, используя громкий крик и слезы. Впервые такая реакция проявляется как неспособность детской психики справиться с ситуацией отказа. Однако, если родители выполняют требования ребенка, изъявляемые подобным образом, они способствуют закреплению данной реакции и превращают ее в привычку.

Второй период жизни ребенка (7-8 лет) характеризуется завершением развития речи, развитием еще большей самостоятельности, возникшей потребности товарищества, повышенным интересом к окружающему миру. У детей впервые появляется умение сдерживать себя — «властвовать собой».

Ребенок с рождения легко владеет процессом нервного возбуждения. Он самостоятельно просыпается, чувствует потребность в играх, движении, активной деятельности. А вот процесс торможения надо воспитывать. Пока психика ребенка незрелая, он не в состоянии самостоятельно заснуть, успокоиться после бурных игр, переносить длительную неподвижность.

## 1.2 Психологические факторы, влияющие на сердечно-сосудистую систему

Психологические факторы — нарушение системы значимых отношений личности, рассогласование когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов отношений, различные типы внутриличностных конфликтов, преморбидные особенности личности, характерные для неврозов, — обнаруживаются и при психосоматических заболеваниях (Luban-Plozza В., Poldinger W., 1985), к которым большинство авторов относит ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, и некоторые другие (Губачев Ю. М., Стабровский Е. М., 1981; Карвасарский Б. Д., 1982).

В своем развитии психосоматическая медицина прошла ряд этапов, на каждом из которых доминировала та или иная теоретическая концепция. В соответствии с ними рассматривалась роль нарушений семейных взаимоотношений и строилась модель семейной психотерапии.

Алекситимия не является предрасполагающим фактором в развитии психосоматических расстройств — она характеризует больных неврозами, шизофренией, а кроме того, встречается и у здоровых людей.

Источники алекситимии усматриваются в дисфункциональных стереотипах взаимоотношений в семьях, где не поощряется свободное выражение чувств, особенно при столкновениях с реальностью и ломкой жизненных стереотипов.

Завершая обзор основных направлений развития психосоматической медицины, необходимо подчеркнуть, что патогенез соматических заболеваний не может быть объяснен действием какого-нибудь одного этиопатогенетического фактора. Они находятся в сложной констелляции и определенным образом иерархизированы. Многие из них формируются под влиянием семейного окружения. В частности, родительская семья, в которой индивид родился и вырос, играет ведущую роль в формировании таких патогенетических факторов психосоматических заболеваний, как конверсия, профиль личности (тип акцентуации характера), инфантильность («десоматизация — ресоматизация»), алекситимия.

Родительская семья и собственная семья пациента могут способствовать понижению толерантности к стрессовым ситуациям, сенсибилизации к «утратам значимого объекта» и наклонности к соматизированным депрессиям.

Исследователями были выделены три типа отношений родительских семей и больных с психосоматическими расстройствами:

1. «Связывание» — характеризуется жесткими стереотипами коммуникаций; дети инфантилизируются, их эмоциональное развитие отстает.
2. «Отказ» («отвержение») — ребенок как бы «отказывается» от своей личности, развиваются аутизм и тенденции к автономности.
3. «Делегирование». У родителей происходит сдвиг в ожиданиях по отношению к детям. Истинные достижения детей родители игнорируют, перемещая на них свои несбывшиеся надежды, т. е. манипулируют ими как со своеобразными продолжениями своего «Я» (Н. Stierlin, 1978).

Ниже мы рассмотрим этиологические и патогенетические факторы, связанные с нарушениями функционирования семьи при основных психосоматических заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

# 2. ВЛИЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВОГО СОСТОЯНИЯ личности на сердечно-сосудистУЮ системУ

Одним из главных факторов, влияющих на формирование сердечно-сосудистой системы является наличие эмоционально-стрессового состояния. Стресс - реакция неспецифическая, ее проявления идут на физиологическом, психологическом, поведенческом уровнях, возникают при влиянии сильного раздражителя, а организм реагирует запуском адаптационных механизма.

Стресс может быть физиологическим (нарушение питания, переутомление, наличие хронического очага инфекции) или психологическим (информационным или эмоциональным). В возникновении эмоционального стресса главное значение имеют отрицательные эмоциональные состояния, возникающие в результате психического перенапряжения. Иначе говоря, состояние организма, возникающее в результате психологической оценки ситуации как неприемлемой, негативной, отвергаемой при невозможности избежать ее, может быть квалифицировано как эмоционально-стрессовое[[4]](#footnote-4).

Психотравмы (стрессогенные факторы) можно классифицировать:

1. по силе: шоковые, подострые, хронические (шоковые - внезапные, несущие угрозу для жизни; подострые - ситуация кратковременная, но эмоционально значимая, например, школьные конфликты, развод; хронические - ситуация длится долго, годами, это может быть хроническая школьная неуспеваемость; «неврозы выходного дня»);
2. по значимости для личности (значимые и не-);
3. по направленности информации (привносящие информацию или лишающие ее, примером последнего может быть депривация в семье);
4. по разрешимости (разрешимые, относительно и абсолютно неразрешимые травмы);
5. по длительности (кратковременные, пролонгированные, длительные).

Расстройства, как видно из вышесказанного, имеют многофакторный генез.

Человек наделен врожденным репертуаром эмоционального реагирования на дистресс вне зависимости от соматической или психосоматической природы последнего. Эти реакции регулируются подкорковыми центрами и не формируются путем подражания. Они служат для матери важным показателем состояния ребенка и обратной связью, позволяющей судить об успешности ухода за ребенком. Они закладывают индивидуальный рисунок коммуникации между ребенком и матерью, от поведения которой зависит, сможет ли он в ходе дальнейшего развития научиться правильно определять соматическое или психологическое происхождение возникающих у него стрессовых реакций.

Родители могут реагировать преимущественно на дистресс соматического происхождения, считая психологические причины не заслуживающими внимания, а чаще не умея правильно распознать их. Так «соматический язык» (или язык тела) выступает на первый план коммуникации, формируя алекситимию («выражение эмоции без слов») как особый тип конституции личности. Так называемым «психосоматическим семьям» в целом свойственна бедность психологического языка, склонность отрицать наличие психологических проблем. Кроме того, родители могут не поощрять или запрещать выражение ряда психологических обусловленных эмоций, считая это неприемлемым. Так ребенок приучается к тому, что внимание, заботу, любовь и поддержку родителей можно получить, лишь используя «поведение больного». Роль больного оказывается привлекательной, в том числе благодаря освобождению от обычных обязанностей без возложения вины за это. Болезнь ребенка может приносить и вторичную выгоду родителям: видоизменять отношения между ними, уводить в сторону от их межличностных конфликтов, тем самым стабилизировать ситуацию в семье[[5]](#footnote-5).

В большинстве исследований, посвященных психосоматическим аспектам формирования сердечно-сосудистой системы, говорится о том, что в основе психосоматических расстройств лежит внутриличностный конфликт. Психологические исследования пациентов, имеющих серьезные психосоматические расстройства показывают, что у них есть общие черты:

1. Юность этих пациентов была отмечена чувством одиночества, покинутости, отчаяния. Слишком большая близость с другими людьми вызывала у них трудности и казалось опасной.
2. В ранний период зрелости эти пациенты либо установили глубокие, очень значимые для них отношения с каким либо человеком, либо получали огромное удовлетворение от своей работы. В эти отношения или роль они вкладывали всю свою энергию, это стало смыслом их существования, вокруг строилась вся их жизнь.
3. Затем эти отношения или роль исчезли из их жизни. Причины были самые разные – смерть любимого человека, переезд на новое место жительства, уход на пенсию, начало самостоятельной жизни их ребенка и т.п. В результате снова наступило отчаяние, как будто недавнее событие больно задело не зажившую с молодости рану.
4. Одной из основных особенностей этих больных было то, что их отчаяние не имело выхода, они переживали его «в себе». Они были не способны излечить свою боль, гнев или враждебность на других. Окружающие обычно считают таких больных необыкновенно хорошими людьми. О них говорят: «Ах, это такой милый, приятный человек» или «Она просто святая!». Эта «мягкость», «хорошесть», в действительности указывает на их неспособность поверить в себя, на полную потерю ими всякой надежды».

Соматические заболевания, вызванные нервным перенапряжением (стрессом) развиваются по следующему сценарию:

1. Воздействие на свое здоровье. Осознание и поиск затаенных обид, чувства вины, с целью переосмысления и высвобождения затаенных обид.
2. Вторичные «выгоды болезни», т.е. болеть иногда выгодно:
   1. Болезнь «дает разрешение» уйти от неприятной ситуации или от решения сложной проблемы.
   2. Она представляет возможность получить заботу, любовь, внимание окружающих.
   3. Появляются условия для того, чтобы переориентировать необходимую для разрешения проблемы психическую энергию или пересмотреть свое понимание ситуации.
   4. Появляется стимул для переоценки себя как личности или изменения привычных стереотипов поведения.
   5. Отпадает необходимость соответствовать тем высочайшим требованиям, которые предъявляют к вам окружающие и вы сами.

Для разрешения внутриличностного конфликта ученые предлагают следовать простым рекомендациям:

1. Овладение навыками расслабления, релаксации и визуализации здоровья. Этот процесс приводит к формированию положительных ожиданий.
2. Формирование положительных мыслительных образов. Создание образов-процессов борьбы с болезнью.
3. Преодоление затаенных обид. Затаенная обида оказывает постоянное стрессовое воздействие. Методы работы с обидами.
4. Постановка целей. Формирование будущего[[6]](#footnote-6).

Из вышеприведенных данных можно разработать собственную (личную) систему «лечения». Одним из важных составляющих лечения, должно быть творчество и хорошее настроение.

Творчество, как проявление воли к жизни является источником важных импульсов, образующихся в мозге и стимулирующих гипофиз, а это в свою очередь, воздействует на всю эндокринную систему. Гипофиз выделяет гормоны эндорфины, некоторые из них действуют как наркотические препараты – притупляют или снимают боль.

Происходящие в организме под влиянием психических процессов биохимические изменения неоднократно исследовались учеными. Данные лабораторных и клинических исследований подтверждают, что психика человека способна помочь преодолеть болезнь. Недаром сейчас все больше говорят об ответственности человека за свое здоровье, о возможности самому воздействовать на него. Например, через настроение.

Настроение – это сравнительно продолжительное, устойчивое психическое состояние умеренной интенсивности, которое проявляется как положительный или отрицательный эмоциональный фон психической жизни человека. Для настроения важна не только ситуация, в которой находится человек, но и то, как он к этой ситуации относится. Если мы не всегда, в состоянии повлиять на ситуацию (хотя во многих случаях такая возможность есть), то на свое отношение к ней влиять может. Настроение соответствует тому, что думает человек, каковы его мысли.

Не только ход мыслей сказывается на настроении, но и характер деятельности. Именно благодаря своей деятельности можно изменить ситуацию, в которой находишься. Полезно выбрать то, что любишь делать, и заниматься этим. Занятие любимым делом повышает качество жизни, способствует здоровью. Творчество, получение удовольствия от самого процесса жизни повышают настроение[[7]](#footnote-7).

# 

# Заключение

Итак, по данным различных авторов от 30% до 50% больных, обратившихся за помощью в поликлиники и стационары с жалобами соматического характера, практически здоровы и нуждаются лишь в известной коррекции эмоционального состояния. Эти больные испытывают множество страданий и болей всякого рода, имеющих психогенную основу. Их жалобы создают впечатление о подлинном соматическом заболевании и делают психовегетативную нестабильность основной причиной диагностических ошибок. В итоге не только пациенты, но и порой их лечащие врачи «путают болезни, угрожающие жизни, со страданиями, несущими горести».

Основная причина этих ошибок - депрессивные и субдепрессивные состояния. Возникающие на их основе висцеровегативные нарушения бесконечны и бессчетны и могут имитировать любое соматическое заболевание. Больные с депрессивно-ипохондрическими расстройствами могут годами принимать сердечные и обезболивающие средства вплоть до наркотиков, их оперируют, проводят бесполезные курсы физиотерапии и санаторно-курортного лечения.

Психосоматическим расстройствам подвержены все возрастные группы, включая детей и подростков, у которых они выражаются чаще всего отдельными реакциями, неотличимыми от невротических[[8]](#footnote-8).

На основе проведенного анализа литературы по теме, мы можем выдвинуть гипотезу о том, что основными психосоматическими аспектами формирования сердечно-сосудистой системы являются:

1. Психосоциальные факторы - войны, катастрофы, национальная и этническая вражда, утрата более высокого социального статуса, поступление в школу и трудности в учебе, пребывание в круглосуточных детских учреждениях, дефекты воспитания и родительский деспотизм, воспитание психически больными родственниками, межличностные конфликты.
2. Психосоматические расстройства возникают не у всех, необходимо наличие «почвы», определенных личностных особенностей (преобладание тревожно-мнительных, истероидных, ипохондрических черт).
3. Наличие так называемого «слабого места» (в данном случае, сердечно-сосудистая система), где и происходят существенные изменения при сложных жизненных ситуациях и соответствующих им переживаниях.
4. У людей, имеющих врожденную отягощенность психосоматическими заболеваниями (хромосомные нарушения и эмбриопатии, родовые травмы, начало заболевания до 3-х лет) в состояниях психического перенапряжения велика вероятность развития данных расстройств.

# Список литературы

* + - 1. Антропов Ю.Ф. Особенности клинических проявлений психосоматических расстройств у детей и подростков. //Педиатрия. – 1996. - № 1.
      2. Буянов М. И. Основы психотерапии детей и подростков. - Киев,1990.
      3. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. - М.: Медицина, 1985.
      4. Менделевич В.Д. Как предотвратить невроз. – Казань, 1988.
      5. Психология. Учебник. /Под ред. Крылова А.А. – М.: Проспект, 2002.

Федотова Е.И. Психосоматические расстройства.//Материалы региональной конференции. – Томск, 2004.

Эйдемиллер Э.Т., Юстицкий В.В. Психология и психотерапия семьи. – С-Пб: «Питер», 2001.

1. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. - М.: Медицина, 1985. [↑](#footnote-ref-1)
2. Эйдемиллер Э.Т., Юстицкий В.В. Психология и психотерапия семьи. – С-Пб: «Питер», 2001. [↑](#footnote-ref-2)
3. Буянов М. И. Основы психотерапии детей и подростков. - Киев,1990. С. 116. [↑](#footnote-ref-3)
4. Психология. Учебник. /Под ред. Крылова А.А. – М.: Проспект, 2002. С. 442. [↑](#footnote-ref-4)
5. Федотова Е.И. Психосоматические расстройства.//Материалы региональной конференции. – Томск, 2004. С. 153. [↑](#footnote-ref-5)
6. Менделевич В.Д. Как предотвратить невроз. – Казань, 1988. С. 344. [↑](#footnote-ref-6)
7. Психология. Учебник. /Под ред. Крылова А.А. – М.: Проспект, 2002. С. 443. [↑](#footnote-ref-7)
8. Антропов Ю.Ф. Особенности клинических проявлений психосоматических расстройств у детей и подростков. //Педиатрия. – 1996. - N 1. С. 106 - 107. [↑](#footnote-ref-8)