

# ПСИХОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ И ИНВАЛИДНОСТИ

# Внутренняя картина болезни

**Особенности отражения болезни в переживаниях больного связаны с возникновением у больного человека множества неприятных, а порой тяжелых мыслей:**

- о возможности физической неполноценности,
- об исходе опасной хирургической операции,
- о возможном ухудшении материального благополучия,
- о влиянии болезни на планы личной жизни,
- об изменении качества жизни (факт поступления в больницу вызывает у человека массу тревожных мыслей, которые обусловлены отсутствием привычного образа жизни, видом чужих страданий).

## ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ВНУТРЕННЮЮ КАРТИНУ БОЛЕЗНИ

1. Характер болезни,
2. Обстоятельства, в которых протекает болезнь,
3. Особенности личности до болезни: возраст, пол, профессия, особенности личности и темперамента,
4. Прошлое больного, его личный опыт.

# Характер болезни

Особенности болезни определяет острая она или хроническая, требующая амбулаторного или стационарного лечения, консервативного или хирургического вмешательства, имеются ли сильные боли, ограничение подвижности, неприятные косметические симптомы и т.д.

Все это влияет на эмоциональную сферу больного, его психологические особенности, поведение, отношение к лечению.

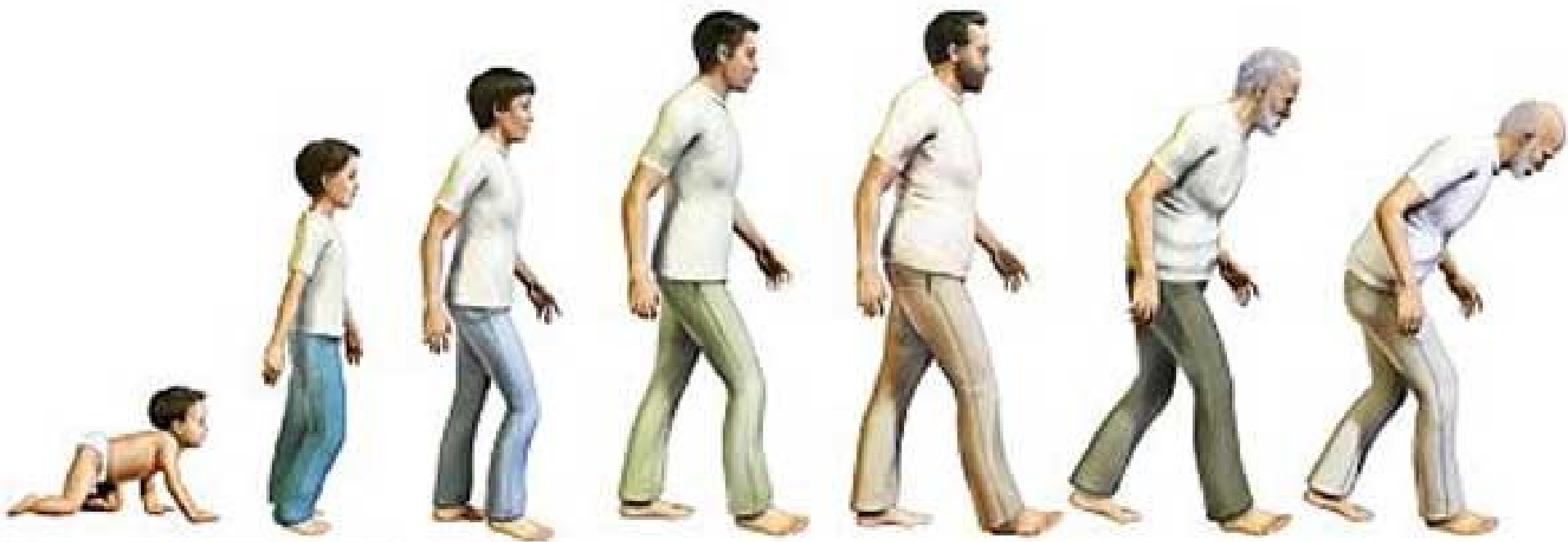
# Обстоятельства, в которых протекает болезнь

- Проблемы и неуверенность, которые приносит с собой болезнь: чем я болен? Говорит ли мне врач правду? Смогу ли я дальше прокормить семью? и т.д.;
- среда, в которой протекает болезнь (домашняя обстановка, если она спокойна и доброжелательна, облегчает переживания болезни; помещение в больницу часто действует удручающе);
- причина болезни: считает ли больной виновником заболевания себя или других (если больной хотя бы косвенно виноват сам, то он обычно проявляет больше усилий к выздоровлению; если виновником заболевания являются другие, то процесс выздоровления несколько затягивается).

# Особенности преморбидной личности



# Возраст.



# Возраст.

Возрастные особенности человека важны при

формировании субъективного отношения к болезни и становления определенного типа реагирования на нее. Для каждой возрастной группы существует свое представление о тяжести заболеваний, распределение болезней по социально-психологической значимости и тяжести.



Пол.



**Пол индивида также определяет субъективное восприятие болезни.**

Женщины внешне более подвержены страху, жалости к себе, в большей мере колеблются между безнадежностью и оптимизмом. Мужчины, на первый взгляд, относятся к своей болезни более рассудительно. Однако внешние проявления и особенно словесные выражения не всегда соответствуют внутреннему переживанию. Мужчины часто значительно труднее переносят болезнь, чем женщины, и более подвержены стрессу.

# Профессия.

Человек часто оценивает тяжесть болезни, исходя из влияния симптомов заболевания на его настоящую и будущую трудоспособность. При этом значимой становится профессионально обусловленная ценность того или иного органа.



**Особенности личности и темперамента включают следующие**

**характеристики:**

- Степень общей чувствительности к прямым, особенно неприятным факторам, например, к боли, шуму, клиническим методам обследования
- Эмоциональная реактивность.
- Характер и шкала ценностей
- Мироззрение
- Общая двигательная активность, как составная часть темперамента.
- Образование и культура человека.

**Прошлое больного.** Болезнь не может быть понята лишь на основе оценки поведения человека, его впечатлений и переживаний только в настоящее время. На настоящее оказывает воздействие прошлый опыт и прошлые переживания, впечатления:

- Перенесенные заболевания, операции, смертельные случаи в семье, печальный опыт, связанный с тем же заболеванием у других членов семьи.
- Семейное воспитание.

Recipe:



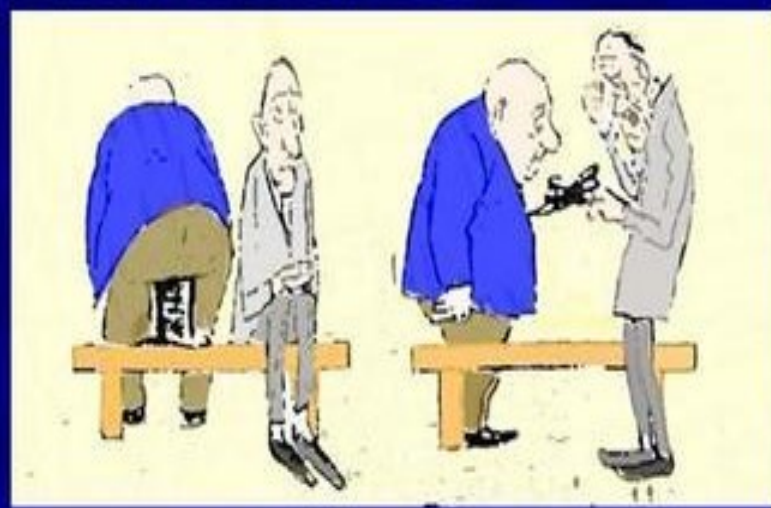
По 1 ложке ..  
..сколько хочется раз в день!

**Представьте: вы сидите на скамейке, рядом с вами лежит ваша шляпа, к вам подходит человек и садится на неё! Как вы**

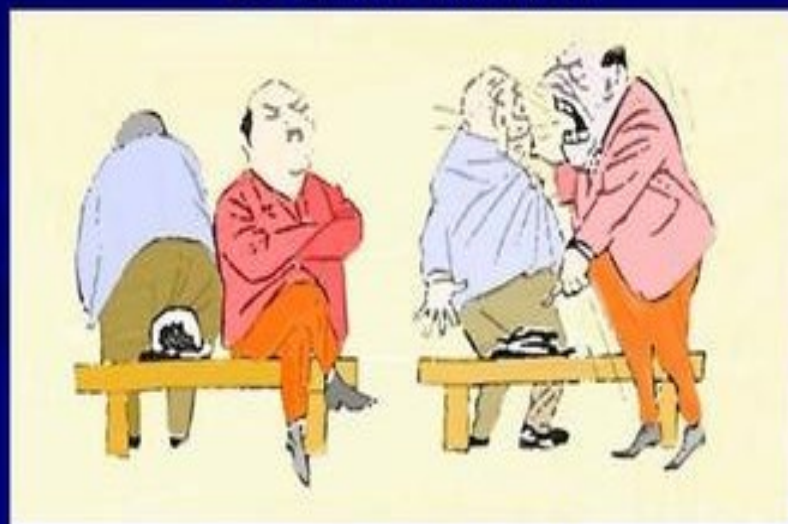
**отреагируете?**



**1. Сангвиник**



**2. Меланхолик**



**3. Холерик**



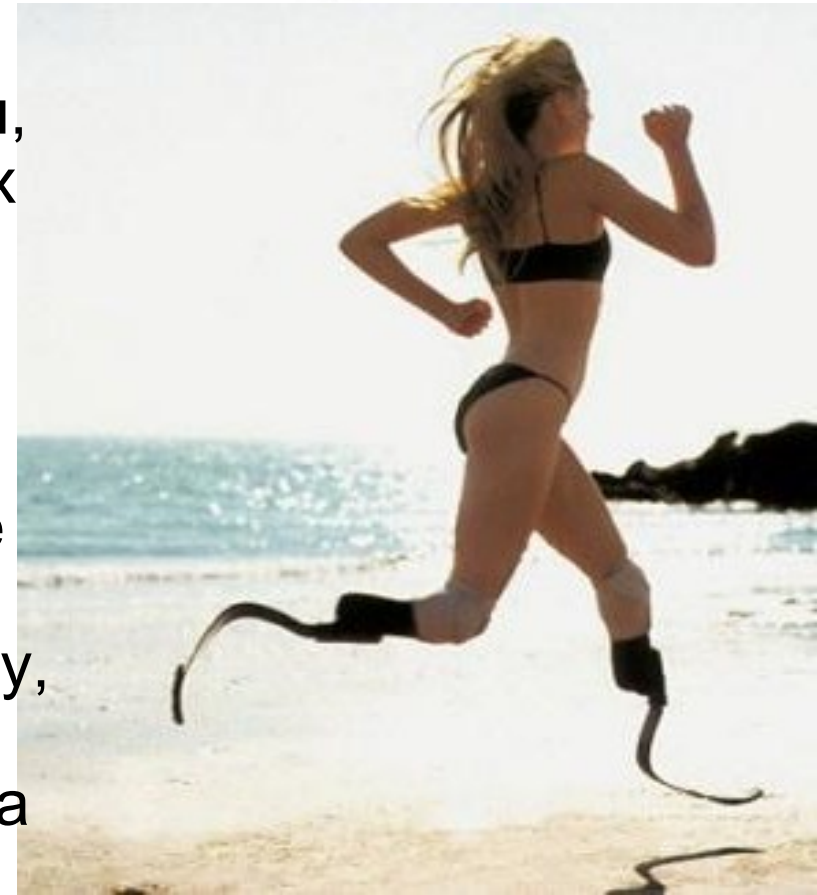
**4. Флегматик**

# ТИПЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ

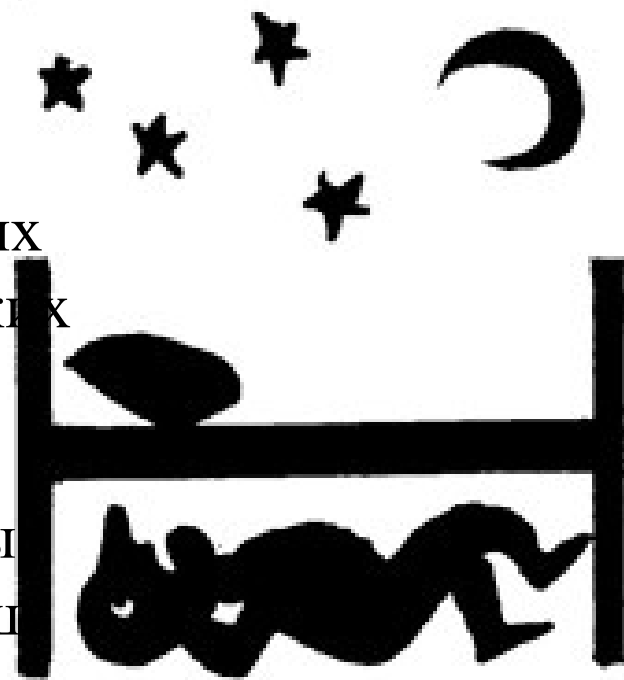




1. **Гармоничный тип**, которому свойственна трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, без оснований видеть все в мрачном свете и без недооценки тяжести болезни. Для такого типа характерно стремление во всем активно содействовать успеху лечения, нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации наблюдается переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, а также сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбу близких, своего дела.



**2. Тревожный тип**, которому свойственно непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Присущ поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах терапии, поиск неких авторитетов. В отличие от ипохондрии таких больных больше интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), а не собственные ощущения. Пациенты предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение у них тревожное, вследствие этой тревоги угнетенное.



**3. Ипохондрический тип.** Он сосредоточен на субъективных болезненных и других неприятных ощущениях. Характеризуется стремлением постоянно рассказывать о них окружающим. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий, а также преувеличение побочного действия лекарств, сочетание желания лечиться и неверия в успех, при требовании тщательного обследования, боязни вреда и болезненности процедур. Такие больные склонны к эгоцентризму. Они не способны сдержаться при беседе с любым человеком и обращают внимание собеседника на необычность и тяжесть имеющихся болезненных признаков.



#### 4. Меланхолический тип.

Характеризуется удрученностью болезнью, неверием в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения.

Депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей.

Пессимистический взгляд на все окружающее. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

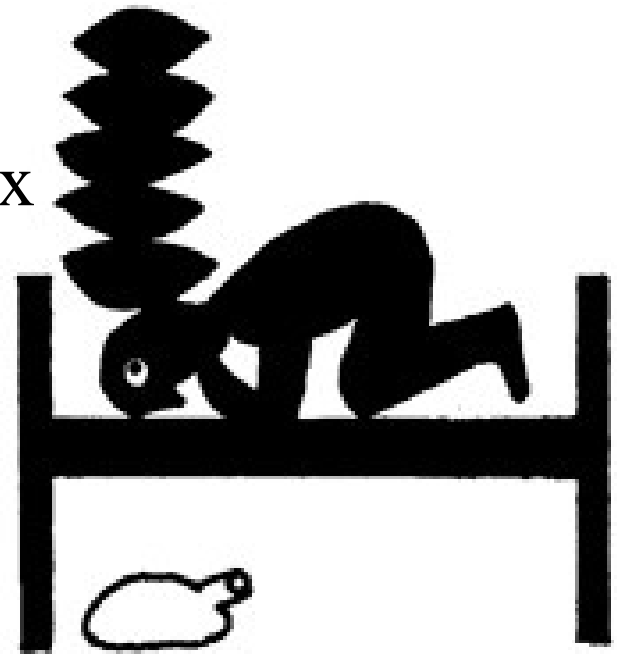
Меланхолический, или депрессивный тип реагирования на болезнь обусловлен имеющейся у пациента негативной информацией о возможности излечения от недуга.



**5. Апатический тип** характерен полным безразличием к своей судьбе, к исходу болезни и результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Часто происходит утрата интереса ко всему, что ранее волновало. Полного безразличия у пациента не отмечается. Как правило, безразличие обусловлено депрессией и фиксацией на собственном состоянии. Пропадает интерес и активность в отношении всех сторон жизни за исключением здоровья.



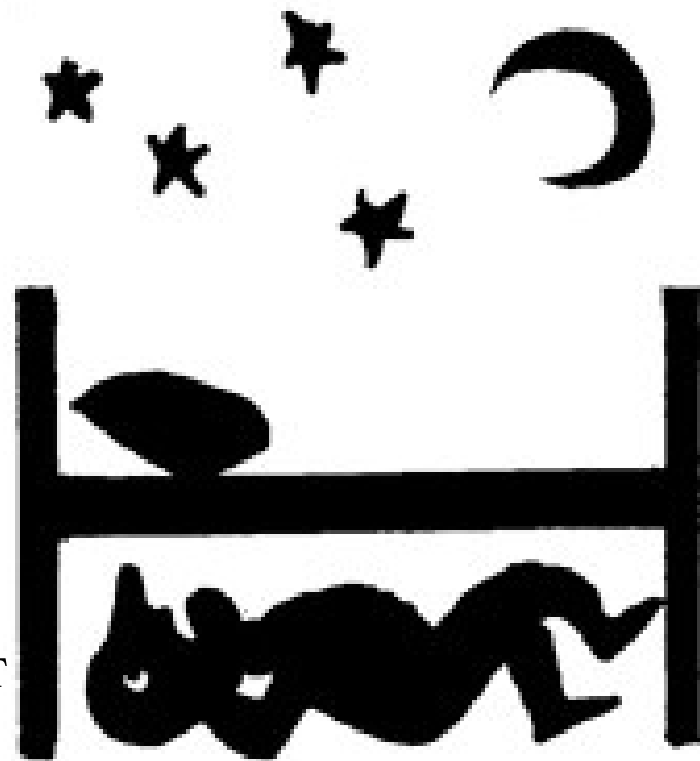
**6. Неврастенический тип.** Это поведение по типу раздражительной слабости». Раздражение, особенно при болях, при неприятных ощущениях, неудачах лечения и неблагоприятных данных обследования. Раздражение часто направленно изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. У таких больных отмечается непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения. В последующем они испытывают раскаяние за беспокойство и несдержанность.



## **7. *Обсессивно-фобический тип***

характеризуется тревожной мнительностью, прежде всего, нереальными опасениями маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных, но малообоснованных неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью.

Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревог часто становятся приметы и ритуалы. При обсессивно-фобическом реагировании на болезнь доминируют навязчивые мысли, опасения и, особенно, ритуалы. Пациент становится суеверным. Он придает особое значение мелочам, которые превращаются для него в своеобразные символы. Например, расценивает шансы своего излечения в зависимости от того, в каком порядке войдут его палату врач и медицинская сестра;

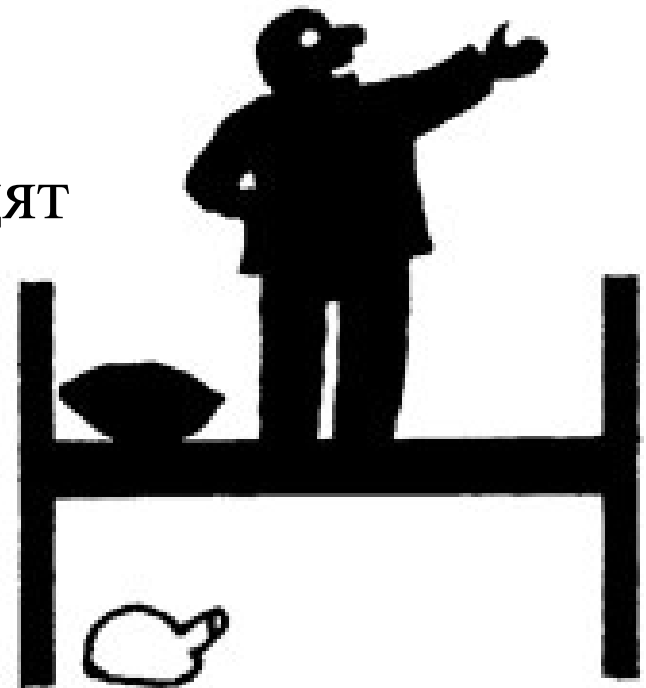


**8. Сенситивный тип** определяется высокой озабоченностью возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни, опасениями, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно относиться, распускать сплетни, неблагоприятные сведения о причинах и природе его болезни. Такие больные боятся стать обузой для близких из-за болезни или неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.



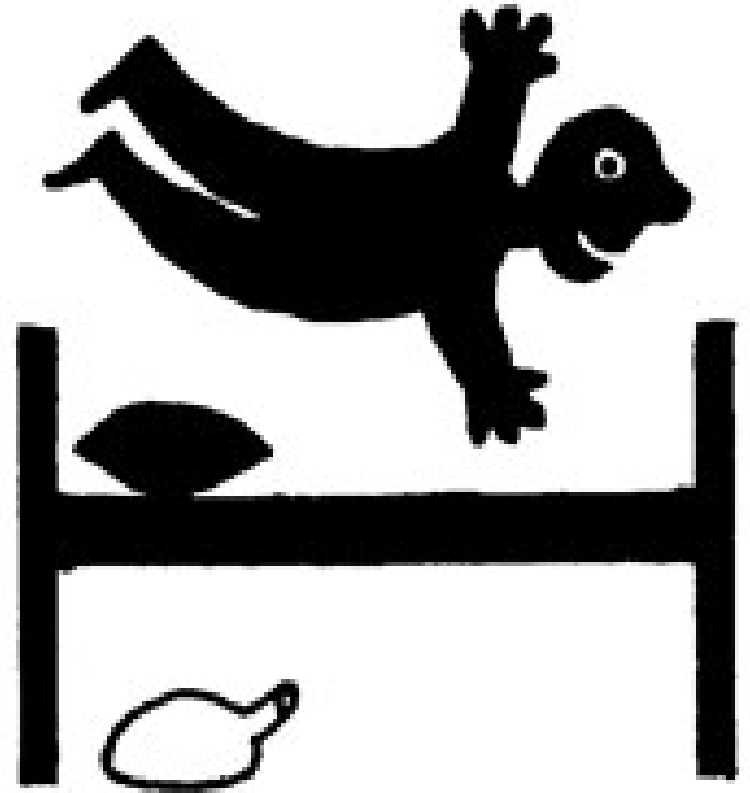


9. Эгоцентрический тип - это «уход в болезнь», выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием, требование исключительной заботы о себе. Такие больные все разговоры окружающих быстро переводятся на себя, свои страдания. В других людях, также требующих внимания и заботы, видят только неких конкурентов, относятся к ним неприязненно. Они постоянно хотят показать свое особое положение, исключительность в болезни.

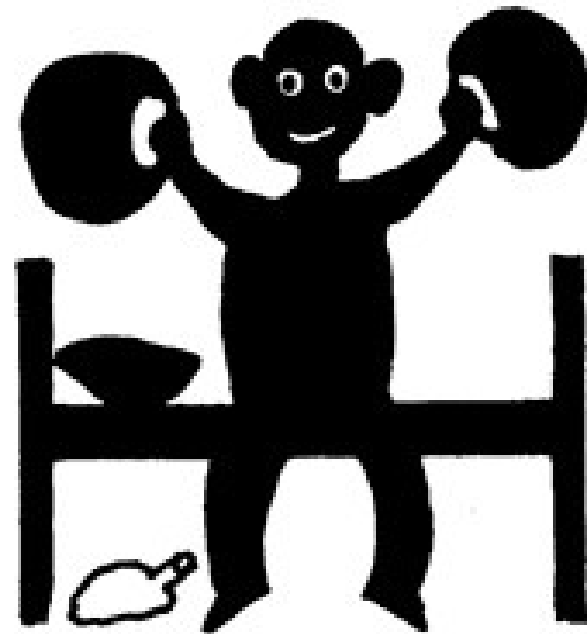


## 10. Анозогнозический тип

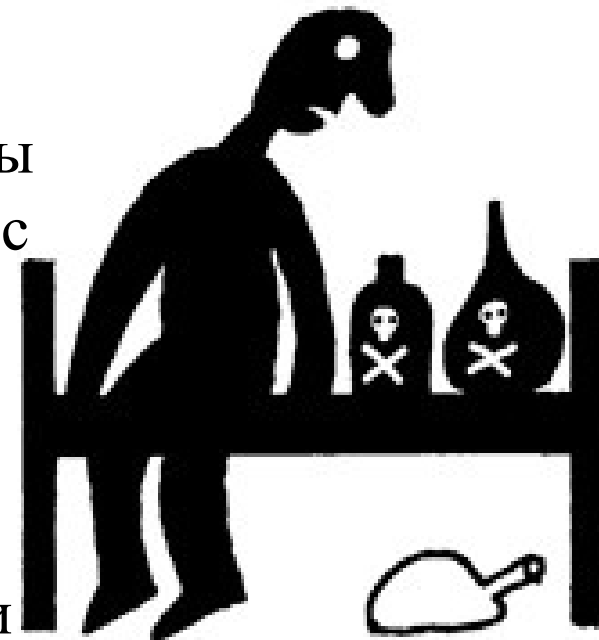
**Эйфорический тип** характеризуется активным отбрасыванием мыслей о болезни, о возможных ее последствиях, непризнанием себя больным. Такие больные отрицают очевидное в проявлениях болезни, приписывают их случайным обстоятельствам, другим несерьезным заболеваниям, отказываются от обследования и лечения. Анозогнозия встречается часто. Пациенты могут отражать внутреннее неприятие статуса больного, нежелание считаться с реальным положением вещей. Они могут отражать заблуждение человека по поводу значимости признаков болезни



**11. Эргопатический тип или «Уход от болезни в работу».** Такие больные при тяжести болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало продолжать работу, трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время. Пациенты стараются лечиться и подвергаться обследованиям так, чтобы это оставляло возможность продолжения работы. Некоторые пациенты расценивают любой недуг как вызов своему «Я», стараются не поддаваться болезни, активно перебарывают себя, преодолевают недомогание и боли. Позиция заключена в том, что нет такого заболевания, которого нельзя было бы преодолеть своими силами. Такие пациенты часто являются принципиальными противниками лекарств.



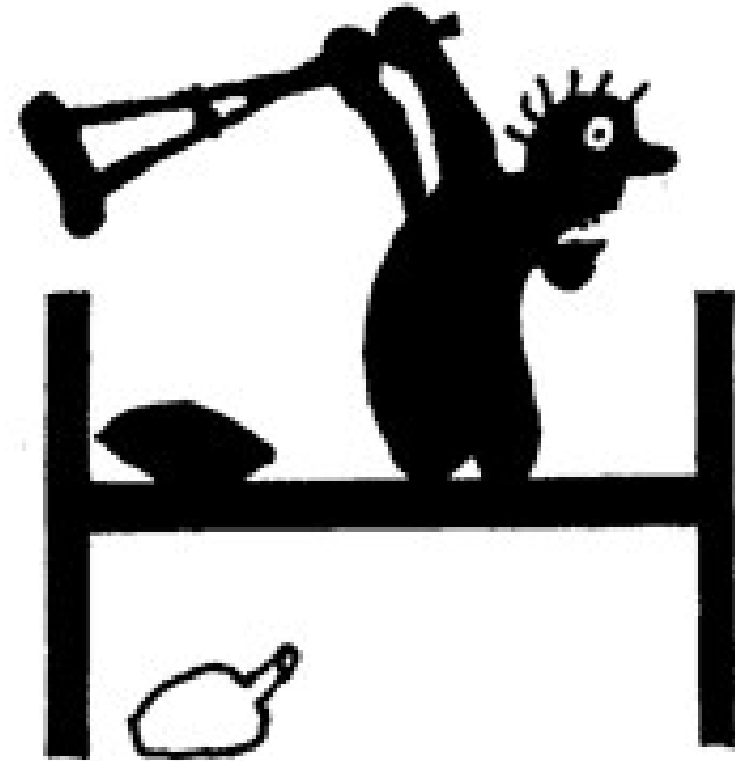
**12. Паранойяльный тип** характеризуется тем, что у пациента присутствует уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, подозрительность к лекарствам и процедурам, стремление приписывать возможные осложнения лечению, побочные действия лекарств халатности и даже злему умыслу врачей и персонала. У таких больных часты обвинения и требования наказаний в связи с этим. Паранойяльный (бредоподобный) тип реагирования часто отражает мировоззренческую позицию заболевшего. Пациент усматривает тайный смысл болезни и причин ее возникновения.



### 13. Дисфорический (агрессивный)

Доминирует гневливо- мрачное, озлобленное настроение, постоянный угрюмый и недовольный вид. Зависть и ненависть к здоровым, включая родных и близких. Вспышки озлобленности со склонностью винить в своей болезни других. Требование особого внимания к себе и подозрительность к процедурам и лечению.

Агрессивное, подчас деспотическое отношение к близким, требование во всем угождать.



**"Как только человек  
заболевает, ему, в первую  
очередь, необходимо  
подумать, кого ему нужно  
простить"**

**Луиза Хей  
«Исцели себя сам»**



# СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

- 1. Премедицинская стадия**, когда здоровый человек постепенно или внезапно начинает ощущать симптомы, мешающие его повседневной жизни. У него появляются мысли и чувства, связанные с этими симптомами: что же случилось? Болен я или здоров? Идти к врачу или нет? Больной размышляет, он обеспокоен, обращается за советами к близким. Картина болезни еще не развернулась, поэтому характерным явлением в этот период становится отказ от мыслей о болезни, оттягивание времени от посещения врача. Основой такого поведения является реакция отрицания. На этом этапе больной борется со своим заболеванием один или при поддержке мало смыслящего в этом ближайшего окружения.

УЖЕ ПОРА?





**2. Резкая перемена жизненного стиля.** Наступает, как правило, при установлении диагноза. В этот период большое значение имеет и сообщение диагноза заболевания. Иногда это легко, в других случаях - совсем не просто, даже, возможно, следует подождать с этим сообщением. Однако сообщение диагноза больному требует большого такта и умения разбираться в людях. Сообщение о заболевании может вызвать страх, Значительные психологические сдвиги в сознании больного происходят также при установлении нетрудоспособности или при госпитализации. Речь часто идет о внезапном переходе от здоровья к болезни. А в других случаях речь идет о переходе в такую стадию болезни, когда больной бывает изолирован от работы, от семьи, не имеет уверенности в прогнозе и характере своего заболевания и его последствий для дальнейшей жизни. Это происходит независимо от того, касается ли это трудоустройства или ситуации в супружеской жизни и в семье.



**А) Амбулаторный этап** – это период обращения больного к врачу (участковому или узкому специалисту). На этом этапе лечебной деятельности действуют основные закономерности непосредственных отношений между врачом и больным. При амбулаторном лечении больной находится в привычной обстановке, не испытывает дефицита общения, внимания со стороны близких, зависимости от медицинского персонала. В условиях поликлинического лечения, как правило, не используются сложные, неприятные для больного или угрожающие его жизни манипуляции. При этом пациент ощущает себя под наблюдением медицинского персонала, защищенным от возможных более благоприятно, чем стационарный.



**Б) Стационарный этап** – период пребывания больного в больнице, где есть все возможности для проведения дифференцированных исследований на высоком уровне, но уже при постельном режиме больного и постоянном контроле над ним. В этот период больные часто испытывают повышенную тревожность, депрессивные расстройства в виде тоски, печали, снижения двигательной активности, замедления мыслительных процессов. Эти психические переживания являются результатом воздействия сразу нескольких неблагоприятных факторов, характерных для пребывания в стационаре:

- пребывание в непривычной обстановке,
- ограничение общения с близкими,
- общение с другими больными,
- наблюдение за их страданиями соседей по палате,
- ухудшение социального статуса (зависимость от медицинского персонала, посещения родственников, снижение дохода и др.).



**3. Стадия закрепляющего лечения,** лечения после пребывания в больнице или на больничном листе, когда процесс болезни контролируется семейным, участковым или другим врачом поликлиники. В этот период улучшение субъективного самочувствия, возвращение в привычную обстановку, возобновление, если это возможно, рабочей деятельности повышает настроение больного, его активность, вызывает отрицание болезни или пренебрежительное отношение к своему здоровью. У некоторых больных в случае наличия каких-либо утилитарных причин (нежелание возвращаться к работе, потеря пенсии или социального пособия, уменьшение внимания со стороны близких и т.д.), наоборот, могут появляться ипохондрические реакции, элементы аггравации и симуляции.

# Психосоматические расстройства

— это сборная группа  
болезненных состояний, возникающих при взаимодействии  
соматических и психических патогенных факторов.





**ПСИХОСОМАТИКА:**

КАК ПЛАЧЕТ ТЕЛО  
ЗА НЕПЕРЕЖИТЫЕ  
ЭМОЦИИ...

## **К факторам, отвечающим за развитие психосоматических расстройств, относятся:**

- врожденная конституция тела, работа эндокринных, физиологических и нервных систем;
- родовые травмы;
- органические заболевания в детстве, в результате чего определенный орган становится уязвимым;
- тип ухода за ребенком в детстве (как убаюкивали, приучали к туалету, кормили, общались и т. п.);
- случайные физические травмы в детстве;
- случайный опыт психотравмирующих переживаний в детстве;
- эмоциональный климат в семье в сочетании с личностными качествами родителей, братьев и сестер;
- физические травмы во взрослом возрасте;
- взрослый опыт психотравмирующих переживаний в личных и профессиональных отношениях.

## **14 типов расстройств, связанных с влиянием психологических факторов:**

- стенокардия, нарушения сердечного ритма, сердечные спазмы;
- бронхиальная астма;
- болезни соединительной ткани (ревматоидный артрит, системная красная волчанка);
- головные боли (мигрень);
- гипертония;
- гипотония;
- синдром гипервентиляции, сопровождающий паническое и тревожное расстройство, а также тахикардию;
- воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, синдром раздраженной толстой кишки);
- болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ (сахарный диабет, гипогликемия, тиреотоксикоз, глюкозурия, изменения гормонального метаболизма (особенно адренокортикотропного гормона));
- нейродермит;
- ожирение;
- остеоартрит;
- язва двенадцатиперстной кишки;
- аллергические расстройства.

# **ПЕРЕЖИВАНИЯ БОЛЬНЫХ И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЗАТРАГИВАЕМЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ.**

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Чаще такие больные были волевыми, целеустремленными, работоспособными людьми с высоким уровнем побуждения, а также с склонностью к длительному внутреннему переживанию отрицательных эмоций. Такая личность ориентирована на себя, с концентрацией внимания и интересов на немногих, субъективно значимых аспектах. Такие лица, как правило, неудовлетворены своей должностью, неуживчивы, особенно в отношениях с администрацией, повышено обидчивы» самолюбивы.



## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Возникновение гипертонической болезни во многом определяется генетической предрасположенностью, экзогенными вредностями (напряженная, ответственная, эмоционально насыщенная работа, недосыпание, пристрастие к пересоленной пище), а также характерологическими особенностями человека. В частности отмечено, что чаще гипертонической болезнью страдают лица с повышенным чувством личностной и ситуативной тревожности, гиперответственностью, пониженной стрессоустойчивостью. Больные гипертонической болезнью часто предъявляют жалобы на раздражительность, головные боли, плохой сон, повышенную утомляемость, вялость, снижение работоспособности, становятся рассеянными, мнительными, слабодушными и плаксивыми, очень обидчивыми. Больные страдают от кардиофобии, испытывают навязчивый страх смерти, страх высоты, движущегося транспорта, большой толпы и т.д.



## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ БОЛЬНЫХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

Хронический холецистит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Больные хроническим холециститом и язвенной болезнью характеризуются повышенной раздражительностью, резкими изменениями настроения, сопровождающимися гневливостью, а иногда и агрессией. В силу массивной интерорецепции со стороны внутренних органов, которая сопровождается продолжительной неприятной для больного симптоматикой (боли, тошнота, чувство горечи, повышенная потливость и т.д.), болезнь часто сопровождается эмоциональными и депрессивными расстройствами. Эмоциональные нарушения проявляются приступами гневливости агрессии, злобы, а расстройства настроения - депрессивной симптоматикой и ипохондрическими сверхценными идеями.





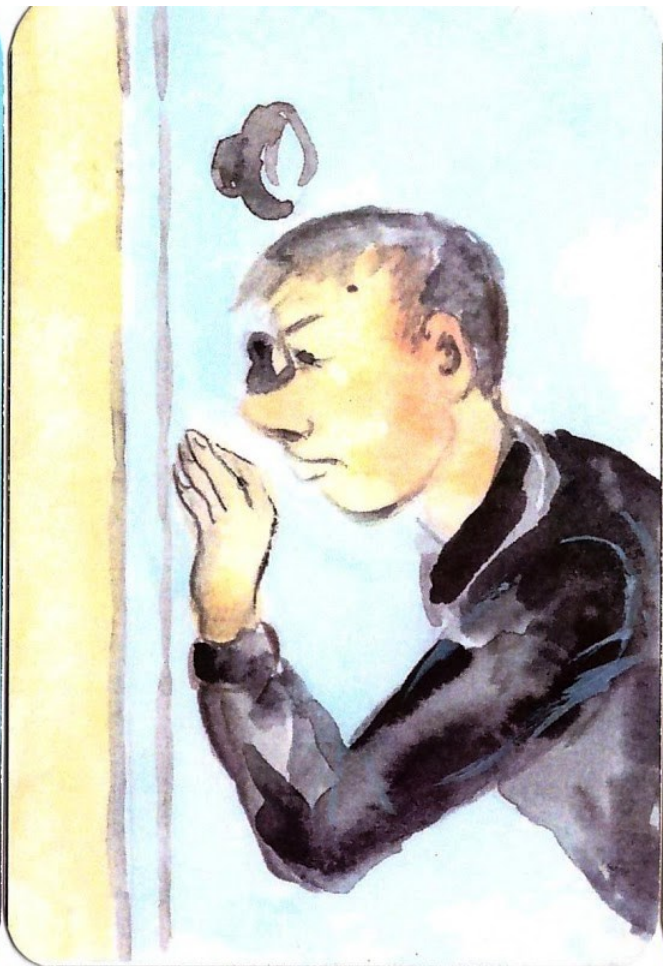
## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ**

Независимо от того, какая железа внутренней секреции поражена, эндокринные расстройства часто сопровождаются общей симптоматикой в виде неспецифического эндокринного синдрома и астении. В виде эмоциональной лабильности. Больные слезливы, склонны к немотивированным колебаниям настроения, у них легко возникают реакции раздражения, вплоть до выраженной гневливости. Больные диффузным токсическим зобом обычно суетливы, не могут длительно концентрировать внимание, непоседливы, обидчивы, жалуются на быструю утомляемость, гиперестезии в виде непереносимости громких звуков, яркого света, прикосновений. Во многих случаях на первый план выступает пониженное настроение, иногда достигающее выраженной депрессии. Реже отмечается состояние апатии, вялости.



## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУИЦИДА**

Суицидом называется каждый смертный случай, который непосредственно или опосредованно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если последний знал об ожидавших его результатах.



# **Выделяют следующие черты, характеризующие данное явления:**

1. Общей целью суицида является нахождение решения.
2. Общая задача суицида состоит в прекращении сознания.
3. Общим стимулом к совершению суицида является невыносимая психическая (душевная) боль.
4. Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности.
5. Общей суицидальной эмоцией является беспомощность безнадёжность.
6. Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность.
7. Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы.
8. Общим действием при суициде является бегство (эгрессия).
9. Общим коммуникативным действием является сообщение о своем намерении.
10. Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения в течение жизни.



# КЛАССИФИКАЦИЯ САМОУБИЙСТВ

- особенностей самого человека, избравшего данный способ уйти из жизни,
- причин, их вызывающих (причины самоубийств не во всех случаях одинаковы; иногда они по природе своей совершенно противоположны: различные причины приводят к различным результатам).

## **Виды самоубийств:**

- 1. Эгоистическое.**
- 2. Альтруистическое.**
- 3. Аномическое.**



# МОТИВЫ СУИЦИДА

1. Психические заболевания.
2. Межличностные конфликты
3. Внутриличностный конфликт
4. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением
5. Физические страдания
6. Материально-бытовые трудности.
7. Подражание модным поведенческим образам.

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОСТИ

Выявленные характеристика, свойственные суицидентам, позволили сотрудникам отделения психопрофилактики НИИ им. Бехтерева составить карту риска суицидальности. Карта составлена для определения степени риска совершения суицида в следующих случаях:

- у лиц, оказавшихся в тяжелой жизненной ситуации,
- у пациентов, имевших в анамнезе острые аффективные реакции на фоне акцентуации характера,
- у лиц без выраженной характерологической патологии, оказавшихся в условиях жизненного кризиса

Факторы риска суицидальности.

1. Данные анамнеза.
2. Актуальная конфликтная ситуация
3. Характеристика личности

СЕЙЧАС КАКОЕ-ТО ВРЕМЯ  
СУМАСШЕДШЕЕ...



**Суицидальная превенция** представляет собой процесс прекращения акта саморазрушения. Она заключается в контакте лицом к лицу с отчаявшимся человеком и оказании ему эмоциональной поддержки и сочувствия в социальном и психологическом кризисе.

К основным принципам превенции суицида относятся:

1. Распознавание признаков грядущего суицида.
2. Восприятие суицидента как личность.
3. Установление заботливых взаимоотношений.
4. Необходимо быть внимательным слушателем.
5. Нельзя спорить, а также проявлять раздражительность и агрессию.
6. Необходимо задавать вопросы.

Иногда достаточно 15 минут общения с хорошим человеком, чтобы захотелось жить дальше.

7. Нельзя предлагать неоправданных утешений.
8. Необходимо предлагать конструктивные подходы.
9. Необходимо вселять потенциальному самоубийце надежду.
10. Следует оценить степень риска самоубийства.
11. Нельзя оставлять человека одного в ситуации высокого суицидального риска.
12. При возможности необходимо обратиться за помощью к специалистам.
13. Важно сохранять поддержку и заботу.