МИНИСТЕРСТВО СПОРТА, ТУРИЗМА И МОЛОДЕЖНОЙ ПОЛИТИКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГОУ ВПО «ВОЛГОГРАДСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ»

Бакулин В.С., Грецкая И.Б., Петрова В.В.

ПСИХОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ И ИНВАЛИДНОСТИ

Учебное пособие

Волгоград, 2010 год

Виктория Петрова

Психология болезни и инвалидности

«БИБКОМ»
2010

УДК 159.9
ББК 88.4

Петрова В. В.

Психология болезни и инвалидности / В. В. Петрова — «БИБКОМ», 2010

Учебное пособие по учебной дисциплине «Психология болезни иинвалидности» цикла основных дисциплин предназначено для студентов по специальностям 032102 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)» и 050706 «Педагогика и психология».

УДК 159.9
ББК 88.4

© Петрова В. В., 2010
© БИБКОМ, 2010

Содержание

ВВЕДЕНИЕ 5
1. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ И ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО 7
1.1. ПОНЯТИЕ О ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЕ БОЛЕЗНИ 7
1.2. ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ВНУТРЕННЮЮ КАРТИНУ БОЛЕЗНИ 9
1.3. ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ 14
1.4. ТИПЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ 16
1.5. РАЗНОВИДНОСТИ ОТНОШЕНИЯ БОЛЬНОГО К БОЛЕЗНИ 20
2. ПЕРЕЖИВАНИЕ БОЛЕЗНИ ВО ВРЕМЕНИ 24
2.1. СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ 24
2.2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ 28
2.3. ВИДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ 29
3. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИИ БОЛЬНОГО 32
3.1. ПСИХОГЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ КАК СЛЕДСТВИЕ РЕАКЦИИ ЧЕЛОВЕКА НА БОЛЕЗНЬ 33
3.1.1. ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА, ЕЁ ОСНОВНЫЕ ТЕОРИИ 33
Конец ознакомительного фрагмента. 34

Виктория Петрова, Владимир Бакулин, Ирина Грецкая Психология болезни и инвалидности

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время стала очевидной теоретическая и практическая значимость взаимного влияния психического и физического здоровья. Начали активно изучать психосоматические проблемы (психическое состояние личности в измененных болезнью условиях) и влияние соматической болезни на психическое развитие. Психосоматическое направление стало одним из интенсивно развивающихся в современной клинической психологии. Кроме того, изучение самосознания соматически больного человека, субъективного отражения его заболевания становится центральным звеном в анализе личностной проблематики больного и инвалида. Внутренняя картина болезни при этом «начинает выступать для исследователей в качестве увеличительного стекла, позволяющего заглянуть во внутренний мир больного». Независимо от характера заболевания важной является проблема психологической реабилитации больных людей и инвалидов, ведь во многом от ее успешности зависит, сможет ли человек преодолеть сложности социальной адаптации, выработать свои компенсаторные возможности. Без изучения внутренней картины болезни невозможно разработать эффективные способы коррекционного воздействия на развитие больного. А это является одним из важных факторов, влияющих на ход заболевания.

Одной из важных проблем клинической психологии является также проблема симптомогенеза при соматических заболеваниях, роли психологических факторов в этом процессе. Актуальность обусловлена не только необходимостью изучения вопроса о роли психологических факторов в патогенезе симптома болезни, но и необходимостью научного обоснования принципов и выбора методов психологической и физической реабилитации больных и инвалидов. Умением будущих педагогов и психологов использовать знания о психологических особенностях больных и инвалидов для организации педагогического процесса и оказания им психологической помощи. Для этого и сам будущий специалист должен обладать разносторонними мировоззренческими знаниями, системой ценностей, интересов, мотиваций, имеющих глубоко нравственную гуманистическую направленность.

Целью изучения настоящей дисциплины является формирование у студентов понятия о психологическом состоянии больных людей и инвалидов, что необходимо для правильного подхода к лицам с ограниченными возможностями, для их эффективной адаптации и коррекции путем использования адаптивной физкультуры и теоретическая подготовка студентов к осуществлению деятельности в рамках медико-социальной работы с населением.

К основным задачам данного учебного курса относится: изучение специфики психологии поведения больного человека или инвалида; изучение проблемы кризиса личности и изменения системы отношений в условиях психосоматического страдания; освоение психологических особенностей профессионального общения с людьми, имеющими отклонение в состоянии здоровья.

Изучение дисциплины «Психология болезни и инвалидности» предусматривает рассмотрение следующих вопросов:

– понятие о внутренней картине болезни;
– понятие о болезненно-специфических переживаниях;

– переживания и внутренняя картина болезни в зависимости от ее остроты, затрагиваемых органов и систем, степени инвалидизации, угрозы жизни;

– понятие о механизмах психологической защиты и совладения;

– понятие о психологической травме и ее значение в истории и переживании болезни;

– проблемы жизни, смерти, суицидального поведения;

– особенности работы с проблемой личности.

1. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ И ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО

1.1. ПОНЯТИЕ О ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЕ БОЛЕЗНИ

Для медицинских, социальных работников, педагогов, психологов и реабилитологов понятие «больной» всегда более близко, конкретно и значимо, чем понятие «болезнь». Больной – это, прежде всего человек, а в человеке в сложном единстве и взаимообусловленности объединены организм и личность (В.Г. Косенко).

В ряду личностных факторов, играющих роль в развитии, формировании, течении, прогнозе болезни, большое значение имеют особенности отражения болезни в переживаниях больного, то, что известный отечественный врач Р. А. Лурия определил как внутреннюю картину болезни. Е.К. Краснушкин пользовался в этих случаях терминами «сознание болезни», «представление болезни», а Е.А. Шевалев – «переживание болезни». Например, немецкий интернист Гольдшейдер писал об «аутопластической картине 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).

В таких случаях речь может идти о влиянии страхов, беспокойств, волнений больного на его личность. Такого рода беспокойство имеет, как правило, сложный характер и включает в себя опасения индивидуальные. Например: «Чем мне угрожает болезнь?». Эти опасения всегда и тесно взаимосвязаны с опасениями, имеющими общественный характер. Например, в связи со сложившимся в обществе особым отношением к некой болезни, с особенностями ее социального звучания. Такой вариант опасений особенно ясно выступает при заразных, социально опасных болезнях, таких, как: СПИД, чума, холера, сифилис, туберкулез и др.

Во внутренней картине болезней эти особенности опасений больного проникают одна в другую, а каждая из них может приобретать качественно особое значение. Например, даже ангина у члена семьи, в составе которой имеются дети, подверженные инфекционным болезням, сопровождается не только индивидуальными опасениями, но и беспокойством за возможное ее «социальное и общественное звучание». «Звучание» внутри семьи, школы, которую посещают дети, и других социальных групп.

Кроме этого на психику больного может оказывать сам патологический процесс, когда человек испытывает физический дискомфорт, а также ограничение физических возможностей, обуславливающих снижение качества жизни, ухудшение социального статуса и т.д.

Встречается и обратная ситуация, когда тем или иным заболеваниям подвержены люди с определенными чертами характера, в этом случае клиническая картина болезни наслаивается на уже имеющиеся характерологические особенности.

На переживание болезни, отношение к патологическому процессу может оказывать влияние и непосредственно общение пациента с медицинским персоналом, процедуры обследования и лечения.

Таким образом, выделяются основные взаимодействующие стороны внутренней картины болезни, которые влияют на ее специфику:

- сенситивная (связанная с ощущением боли в местах поражения);
- эмоциональная (страх, тревога, надежда, т. е. эмоциональные переживания);
- волевая (усилие справиться с болезнью, позаботиться об обследовании и лечении);
- рациональная и информативная (знание о болезни и ее оценка).

Такое «горизонтальное» расчленение внутренней (аутопластической) картины болезни является условным, т.к. в действительности психические процессы всех этих сторон переплетаются в различных комбинациях (В.Г.Косенко). Примером «вертикальной» связи может являться факт рационализации, где рациональный компонент в большей или меньшей степени бессознательно управляется эмоциональными процессами. Например, больной уклоняется от хирургического вмешательства и «объясняет» это тем, что не верит в успешный исход операции, и при этом не признается, что главной причиной является страх перед операцией. Реально обусловленность внутренней картины болезни мультифакторна.

1.2. ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ВНУТРЕННЮЮ КАРТИНУ БОЛЕЗНИ

Факторы, определяющие внутреннюю (аутопластическую) картину болезни можно разделить на четыре области:

1. Характер болезни;

2. Обстоятельства, в которых протекает болезнь;

3. Особенности преморбидной личности: возраст, пол, профессия, особенности личности и темперамента;

4. Прошлое больного, его личный опыт.

1**. 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.

2**. Обстоятельства, в которых протекает болезнь,** включающие следующие факторы, определяющие психологию больного и его отношение к болезни:

а) 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.;

б) среда, в которой протекает болезнь (домашняя обстановка, если она спокойна и доброжелательна, облегчает переживания болезни; помещение в больницу часто действует удручающе);

в) 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).

3**. Особенности преморбидной личности** (т. е., какой она была до заболевания), оказывающие влияние на внутреннюю картину болезни:

а) *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.

• В детском возрасте на первое место выходит первосигнальная сторона болезни и ситуация вокруг нее: боль, боязнь боли и всего неизвестного, разлука с любимой мамой и т. д. Дети смотрят на болезнь глазами взрослых. Собственной оценки происходящего дети младшего возраста не имеют. У детей младшего школьного возраста она недостаточна и только в пубертатном периоде приближается к оценке взрослых. Однако дети повышенно внушаемы, отвлекаемы, быстро забывают пережитое, легко переключаются на новую ситуацию, что нужно использовать при их лечении.

• В молодом возрасте (18-30 лет) чаще встречается переоценка своего здоровья и недооценка болезни, неверие в возможность тяжелого заболевания, инвалидности. Больные тяжело реагируют на госпитализацию, сильно переживают из-за косметических дефектов и сексуальных нарушений.

• В среднем возрасте (31-59 лет) на первый план выступают опасения последствий. Опасения могут касаться событий, являющихся следствием болезни непосредственно сейчас (Что сейчас происходит на моей работе? Кто оперирует моего больного?) или событий, которые могут возникнуть через некоторое время (проблема взаимоотношений в семье, переход на другую работу и т. д.). Люди зрелого возраста психологически более тяжело реа-

гируют на хронические заболевания и заболевания, ведущие к инвалидности. Это связано с системой ценностей и отражает устремленность человека зрелого возраста удовлетворять социальные потребности, такие как потребность в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности. Само удовлетворение этих потребностей может быть невозможным с появлением любой хронической или приводящей к инвалидности болезни.

• В предстарческом возрасте (60-74 года) снижается адаптация организма, нередко встречаются депрессивные, тревожные состояния, сопровождающиеся навязчивыми страхами, которые накладываются на переживания кризиса «конца жизни». Это переживания ухода на пенсию, меньшей востребованности, уменьшения общения, изменения внешности и т.д. Сочетание этих переживаний с тревогами о болезни усиливают проявления навязчивой тревожности, депрессии, эмоциональных расстройств.

• В старости (75-89 лет) наблюдаются возрастные изменения личности, которые нередко усиливаются болезнью. В этом возрасте для больных характерно снижение активности, эмоционального фона, ригидность, упрямство, эмоциональное застревание. На восприятие болезни в старости накладывает отпечаток боязнь одиночества в болезни и страх смерти. Старый человек часто отождествляет себя со своими сверстниками, которые постепенно умирают, сравнивает их заболевания со своими болезнями; рассуждает, не подошла ли его очередь; его опасения и неуверенность нередко усиливаются поведением врача, который, правильно обследовав больного, не проявил к нему достаточного внимания и интереса. Соматическое заболевание усиливает интравертированность, тревожность, ипохондричность. Тяжесть заболевания чаще переоценивается, однако в ряде случаев наблюдается недооценка тяжести состояния из-за снижения критики.

Таким образом, расхождение между субъективной оценкой болезни и ее объективными данными наиболее выражены в молодом и старческом возрасте.

б) *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 стрессорным воздействиям. К особенностям, имеющим определенные корреляции с полом человека, можно отнести такие, как лучшая переносимость женщинами болевого ощущения, состояний длительной ограниченности движений, обездвиженности. Это вполне может объясняться психофизиологическими особенностями пола, а также и психологическими традициями роли женщины и мужчины в определенных общественных отношениях и культурах.

в) *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.

Например. Актер или певец может психологически более тяжело переносить ангину или бронхит, чем гастрит или язву желудка. Связано это с тем, как существенно влияют симптомы болезни на качество исполнения профессиональных обязанностей. Так для спортсмена или человека, занятого активным физическим трудом, более значимым может оказаться скорее остеохондроз позвоночника, нежели депрессия. А для человека творческой профессии – наоборот, депрессия может оказаться более значимой, чем остеохондроз. Вероятно, что альпинист более остро будет переживать гипертоническую болезнь и церебральный атеросклероз с частыми кризами и симптомом головокружения, чем кондуктор в транспорте.

г) *Особенности личности и темперамента* включают следующие характеристики:

• Степень общей чувствительности к прямым, особенно неприятным факторам, например, к боли, шуму, клиническим методам обследования. Такая субъективная чувствительность оказывает влияние на степень сосредоточения внимания человека на ощущениях и, как следствие, на их переносимости. Экстраверты и интроверты по-разному реагируют на боль и другие внешние раздражители. По мнению известного психолога Айзенка, экстраверты воспринимают все уровни стимуляции менее интенсивно, чем интроверты. Разное восприятие ощущений у людей зависит от различных порогов чувствительности. Например, у одного человека в силу его психофизиологических особенностей может быть низкий порог болевой чувствительности, и он испытывает боль при небольшом повреждении или воздействии извне. А у другого – высокий порог, он чувствует боль только при серьезном повреждении. Часто порог болевой чувствительности может коррелировать с уровнем эмоциональности. В рамках известных типов темперамента некоторые исследования показали, что более низкие болевые пороги у холерика и меланхолика по сравнению с сангвиником и флегматиком.

• Эмоциональная реактивность. Эмоциональные больные более подвержены страху, тревоге, больные колеблются между безнадежностью и оптимизмом; довольно спокойные в эмоциональном отношении натуры относятся к своей болезни более рассудительно.

• Характер и шкала ценностей – люди с повышенным чувством ответственности и долга по отношению к семье и обществу стараются выздороветь быстрее, люди же с низкой степенью ответственности по отношению к близким часто используют болезнь для своей выгоды и пользы.

• Мировоззрение – ценностные ориентации человека, его морально- нравственные критерии и другие, социально обусловленные феномены. Психологические реакции на заболевание разнятся у глубоко верующих людей и атеистов. Верующие люди психологически более адекватно относятся к болезням, ведущим к смерти, а атеисты реагируют на появившуюся болезнь, которая может привести к утрате трудоспособности или даже к смерти, с обидой. Часто они начинают искать виновников заболевания, создают вокруг себя враждебную обстановку и сами психологически неадекватно реагируют. Можно выделить несколько мировоззренческих установок в отношении происхождения заболеваний. Болезнь рассматривается как кара, как испытание, как назидание другим, как расплата за грехи предков и т.д. Эти трактовки происхождения болезней могут быть основаны на вере в связь между поведением человека, его нравственностью и возникновением у него недуга. К другой группе мировоззренческих установок можно отнести представление о болезнях как вызванных наследственными или средовыми причинами: болезнь как неизбежность, болезнь как стечение обстоятельств или как собственная ошибка и т.п. В рамках этого мировоззрения происхождение болезней рассматривается сквозь причину внешней или внутренней заданности. Скажем, многие люди убеждены в том, что «дурная наследственность» является фатальным фактором в генезе заболеваний. При этом все, что происходит с человеком, трактуется на принципе наследственно-конституциональной причины. Другая тенденция – полностью отрицать значение наследственности и рассматривать возникновение болезни, основываясь на внешних факторах и поведении человека. Эти позиции отражают так называемую обывательскую ментальность, и являются стойкими и консервативными. А такая позиция, как «Сам виноват» может быть связана с «локусом контроля» человека. Существует и мировоззренческая оценка механизмов происхождения заболеваний, основывающаяся на мистическом подходе к процессам этиопатогенеза. Распространены так называемые «народные представления», к таким представлениям относят – болезнь вследствие зависти, болезнь вследствие ревности, сглаза, порчи, магических воздействий. Это своего рода мифологическая или, как отмечают священнослужители, «языческая» установка. При этом подходе источники болезней видятся в предвзятом отношении к человеку родных, близких, сосе-

дей, знакомых, родственников, сослуживцев, а также колдунов, «нехороших людей» и т.д. А сам процесс возникновения болезней рассматривается как экстраполяция «негативной» или «черной энергии» на реципиента. Можно отметить, что в наше время в России широко распространено мистическое истолкование происхождения болезней и отсутствие у многих пациентов научного подхода к анализу причин его заболевания. Следует отметить, что к особенностям личности, влияющим на выбор типа психологического реагирования на заболевание, относятся и различные суеверия. Разнообразие этих суеверий довольно широко и включает мистическое, магическое – иррациональное истолкование истоков их болезни и др.

• Общая двигательная активность, как составная часть темперамента. Режим двигательной активности, подвижность, скорость движений, другие моторные характеристики человека, которые обусловлены наследственными психофизиологическими факторами. Скажем, ограничение подвижности или обездвиженность, вызванные болезнью, могут служить психологической фрустрацией для людей, чей двигательный режим нацелен на быстроту действий и склонность к физическим нагрузкам. А плохая переносимость вынужденного ограничения движений относится к свойствам экстраверсии или интроверсии.

• Образование и культура человека. В особенности это относится к уровню медицинской образованности и культуры. В этом аспекте отрицательным в психологическом отношении оказываются крайности. Это и низкая медицинская культура, и высокая. Они с одинаковой вероятностью способны вызвать психологически тяжелые, и даже неадекватные реакции. Механизмы же их будут различаться, в одном случае это будет связано с недостатком информированности, знаний, а в другом случае – с избытком информации о болезнях, их тяжести, течении, способах лечения и исходах болезней. Медицинская сознательность пациента проявляется реальной оценкой болезни и соответственной оценкой собственной ситуации.

4**. 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.* Болезнь рождает страх перед неизвестностью, поэтому часто больной прибегает к опыту прошлого. Страдающие глаукомой боятся слепоты, подверженные головным болям – опухоли мозга, а при болезнях желудка и кишечника – рака.

• *Семейное воспитание.* В частности, воспитание отношения к болезням, способам переносимости болезней, и т.д. Можно привести две противоположные семейные традиции воспитания субъективного отношения к болезням. Некоторые авторы называют такие традиции «стоическая» и «ипохондрическая». В одной из них ребенок постоянно поощряется за поведение, направленное на самостоятельное преодоление недугов, плохого самочувствия. Противоположна ей другая семейная традиция – формирование сверхценного отношения к здоровью. При этом родителями поощряется внимательное отношение к состоянию своего здоровья, тщательность в оценке болезненных проявлений, выявления у себя первых признаков заболевания, ребенок приучается при малейшем изменении самочувствия обращать собственное внимание и внимание окружающих на болезненные проявления. Можно сказать, что семейные традиции определяют своеобразную иерархию болезней по степени их тяжести. Например, к наиболее тяжелым болезням могут относиться не объективно тяжелые, а те, от которых чаще всего умирали или которыми чаще болели члены семьи. Вследствие этого, субъективно наиболее значимой болезнью может оказаться гипертоническая болезнь, а не рак, инсульт, туберкулез или психическое заболевание. В семье, где есть прецеденты длительной и устойчивой ремиссии после лечения онкологического заболевания или даже выздоровление, подобная болезнь может оказаться менее психологически и даже

психотравматически тяжелой, чем в семье с другой традицией, основанной на собственных наблюдениях.

Таким образом, болезнь меняет восприятие и отношение больного к окружающим событиям, к самому себе, в результате болезни создается для него особое положение среди близких людей, иное положение в обществе.

Англичанин П. Перри справедливо указывал, что часто не столько важно знать, какая болезнь у больного, сколько хорошо понимать, у какого человека развивается болезнь. Это позволяет уточнить особенности течения болезни, прогноз страдания и оказать эффективную помощь конкретному человеку.

1.3. ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

Особенности внутренней картины болезни можно разделить на две группы:

1. Обычные формы внутренней картины болезни представляют собой лишь особенности психологии больного человека.

2. Состояния внутренней картины болезни, сопровождающиеся аномальными реакциями на нее, выходящими за рамки типичных реакций для данного человека.

П. Б. Ганнушкин писал следующее: «Истерик, психастеник, сангвиник, маньяк – все они каждый по-своему реагируют на одно и то же заболевание: истерик будет маскировать свою истинную болезнь и поведет врача по ложным следам, психастеник будет преувеличивать, а сангвиник преуменьшать и даже отрицать свое заболевание». По отношению к каждому из них медицинский, социальный работник или реабилитолог должен точно установить особенность, которая должна быть отнесена за счет психики больного; только тогда может быть намечена правильная линия в лечении и реабилитации. Так как, в конечном счете, важна не болезнь сама по себе, а то значение, которое она имеет для конкретной личности.

Люди, чаще подверженные заболеваниям, с большим смирением и спокойствием переносят их, чем заболевшие впервые в жизни. Те больные, для которых их физическое здоровье играет особенно важную роль, например, артисты, спортсмены, подвержены исключительно серьезным проявлениям страха и беспокойства, так как боятся за свою дальнейшую судьбу.

Внутренняя картина или сознание болезни включает три звена (Е.К.Краснушкин):

1. отражение болезни в психике, гнозис болезни, ее познание;

2. вызванные болезнью изменения психики больного;

3. реакцию личности на болезнь и сформировавшееся отношение больного к собственному заболеванию.

Первое звено – отражение болезни в психике, гнозис болезни, ее познание основано на потоке интероцептивных и экстероцептивных ощущений, порождаемых болезнью и вызывающих эмоциональные соответственные переживания. При этом данные ощущения сравниваются с имеющимися представлениями о болезни. Например, пользуясь зеркалом, человек пытается определить – больной или здоровый у него вид. Кроме того, он также внимательно следит за регулярностью своих естественных отправлений, их видом, отмечает появившуюся на теле сыпь, а также прислушивается к разнообразным ощущениям во внутренних органах. При этом человек отмечает все различные нюансы и изменения в его привычных ощущениях и теле. Однако, возможно и обратное явление – асимптомные, в отношении психической сферы, соматические заболевания, когда поражения внутренних органов (туберкулез, пороки сердца, опухоли) обнаруживаются случайно при осмотре не подозревающих о своей болезни пациентов. После обнаружения болезни и осведомления о ней больных, у людей, как правило, возникают отсутствовавшие до того субъективные ощущения болезни. Этот факт связывают с тем, что внимание, обращенное на больной орган, снижает порог интероцептивных ощущений, и они начинают доходить до сознания. Отсутствие сознания болезни в периоде, предшествовавшем ее обнаружению, объясняется тем, что интерореценция в этих случаях, повидимому, тормозится более мощными и актуальными раздражителями внешнего мира (Л.Л. Рохлин).

Основываясь на существовании этих двух типов восприятия больным своего заболевания, выделяют два варианта внутренней картины болезни:

– асимптоматический (анозогнозический, гипонозогнозический);

– гиперсензитивный (гиперсензитивный вариант представляет определенные трудности для диагностики, так как искусство врача требует умения выделить истинные симптомы поражения органов, приукрашенные субъективным переживанием больного).

Вторым звеном внутренней картины болезни – вызванные болезнью изменения психики больного – являются те изменения психики, которые вызываются соматической болезнью. Эти изменения делят на две группы (Л.Л. Рохлин):

– общие сдвиги (астенизация, дисфории), свойственные почти всем больным при большинстве заболеваний;

– специальные изменения, зависящие, от того, какая система поражена. Например, депрессии у больных, страдающих заболеваниями желудка, повышенная возбудимость и раздражительность при болезнях печени и вызванные обилием интероцептивной информации, поступающей в мозг из пораженного органа.

Для определения тактики и стратегии лечения и реабилитации больного очень важно знать те реакции личности, которые формируются во время заболевания, с последующим перерастанием в отношение больного к болезни.

Третье звено внутренней картины болезни – реакция на болезнь и отношение больного к заболеванию. У каждого больного формируется индивидуальная реакция на болезнь, определяющая непосредственное отношение к возникшей патологии. Большей частью такая реакция бывает отрицательной, но иногда, сознательно или подсознательно может быть и положительной.

Среди множества причин, определяющих тип реагирования на болезнь, выделяют три основные (Л.Л. Рохлин):

– особенности личности и нервной системы больного;

– специфику заболевания;

– социальные факторы, действующие в момент заболевания (повышенная зависимость от отношения окружающих, вынужденная изоляция от деятельности, переживание ответственности за судьбу других членов семьи и т.д.).

1.4. ТИПЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО *РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ*

Выделяют тринадцать типов психологического реагирования на заболевание (А.Е. Личко):

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. При гармоничном типе психического реагирования важным является реализм в восприятии симптомов и понимании тяжести заболевания. Пациент опирается в своих реакциях на известные науке факты о возможности излечения от конкретной болезни, о происхождении симптомов и пр. Возможен вариант пассивного гармоничного типа, при котором пациент не прилагает собственных усилий для оздоровления. Пациент при пассивном отношении расценивает свой организм как некий аппарат, машину, механизм, вещь, которую он сдает в ремонт и ожидает починки. Значимым является и нежелание заболевшего обременять других тяготами ухода за собой, что вытекает из принципиальных положений гармоничного характера и личности. Гармоничный пациент понимает, что с появлением у него болезни близкие ему люди обрели новую дополнительную заботу, и он не вправе требовать от них этой заботы. Он может лишь ожидать ее и принимать в том объеме, который они готовы ему предоставить.

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. Тревожный тип психического реагирования на заболевания базируется на появляющейся в связи с заболеванием тревоге, а также на изменении обыденного течения жизни. Тревога проецируется в будущее, вызвана опасениями, что болезнь может надолго и существенно изменить привычный стереотип жизни. Проявлением тревоги может быть повышенный интерес пациента к медицинской литературе, придирчивость к медицинскому персоналу, перепроверка получаемых от врачей сведений о болезни.

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. Ипохондрик испытывает облегчение, если его собеседник относится к нему участливо и сочувственно. Кроме того, при таком типе реагирования появляется склонность к детализации своего самочувствия при его описании. Мотивом изложения собственных жалоб является страх упустить что-то важное, существен-

ное для понимания врачом его состояния и правильной диагностики. Негативную реакцию ипохондрика вызывает недоверие к его жалобам со стороны окружающих, а также их упреки в симуляции и преувеличении тяжести расстройства с целью извлечь из этого выгоду.

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. Он встречается и у медицинских работников в силу их разнообразных знаний, полученных в процессе обучения и практики. Нацеленность на худший исход приводит к пессимистической оценке будущего, неверию в возможность излечения и суицидальным намерениям.

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. Такие пациенты ищут ласки, участия, успокоения, склонны к вспышкам гнева, если их ожидания в отношении поведения окружающих не оправдываются.

7. *Обсессивио-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 в его палату врач и медицинская сестра; от того, троллейбус какого маршрута подойдет к остановке раньше. Невротические ритуалы связаны с повышенной тревожностью пациента и направлены на защиту от них.

8. *Сензитивный 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 неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим. Основой сензитивного отношения к болезни является рефлексивный стиль мышления. Кроме того, это ориентация на мнение и оценку окружающих. В связи с этим существенным становятся не собственные болезненные или неприятные ощущения вследствие болезни, а реакция на информацию о болезни со стороны референтной группы. Пациенты склонны к извиняющемуся стилю поведения. Часто в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу или медицинской сестре, даже в

случаях угрожающего для жизни состояния. Отмечается робость, застенчивость, повышенная скромность.

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. Этот тип реагирования иногда обозначают истерическим, поскольку основным мотивом поведения человека становится привлечение к собственной персоне внимания окружающих. Жалобы описываются больными очень красочно и сопровождаются манерной жестикуляцией, а также разнообразной и выраженной мимикой. Эмоции носят часто гротескный характер.

10. *Эйфорический тип* характеризуется необоснованно повышенным, часто наигранным настроением, пренебрежением, легкомысленным отношением к болезни и лечению. У таких больных присутствует надежда на то, что «само все пройдет», наличествует желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Пациенты с эйфорическим типом реагирования на болезнь легко нарушают режим, притом, что эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни. Эйфорический тип отражает беспечность человека в отношении собственного здоровья. Пациент становится наигранно весел, болтлив, суетлив. Подобное реагирование может носить защитный характер, отражать характерологические особенности.

11. *Анозогиозический 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. Непризнание себя больным встречается, например, при алкоголизме, поскольку способствует уклонению от лечения.

12. *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.

13. *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 злому 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. Этот тип возникает преимущественно на базе личностных особенностей.

Тип реакции больного на болезнь во многом определяет его отношение к болезни, которое распределяется во времени в зависимости от периода болезни, остроты течения и возможных последствий. Нередко в отношении больного к заболеванию объединяется и

переплетается несколько типов реакции на болезнь. Умение специалиста, работающего с больным, разобраться в таком отношении пациента к болезни дает возможность определить оптимальный психологический подход к больному, что повышает эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий.

1.5. РАЗНОВИДНОСТИ ОТНОШЕНИЯ БОЛЬНОГО К БОЛЕЗНИ

Выделяют следующие виды отношения больного к болезни:

1) Нормальное (гармоничное), т. е. соответствующее состоянию больного или тому, что было сообщено ему о болезни. Больной правильно оценивает тяжесть своего состояния, мобилизуется на борьбу с болезнью. В этом ему помогает медицинский специалист, с которым устанавливается взаимопонимание и доверие. Пациент выполняет все предписания, принимает помощь близких, не теряет надежды на улучшение состояния. При тяжелом прогнозе больной разумно относится к неизбежному, обдумывает завещание в случае возможного летального исхода, при инвалидности – адаптируется к новым условиям жизнедеятельности. Такое отношение к болезни с помощью психотерапии, соблюдения правил деонтологии желательно достичь у всех пациентов;

2) Переоценка тяжести заболевания обычно возникает у акцентуированных и психопатических личностей с тревожно-мнительными или истерическими чертами, ригидностью и торпидностью психики, при снижении интеллекта, наличии повышенной внушаемости или самовнушаемости. В рамках такого отношения к болезни выделяют несколько разновидностей проявлений:

а) *нозофобное отношение*, когда больной несоразмерно боится болезни, повторно обследуется, меняет врачей (он в большей или меньшей степени понимает, что его опасения преувеличены, но не может бороться с ними);

б) *ипохондрическое отношение*, когда больной догадывается или убежден в том, что страдает тяжелым заболеванием, или когда переоценивает серьезность болезни;

в) *«уход в болезнь»* характеризуется неосознанным преувеличением тяжести своего состояния. Такие пациенты уверенны, что тяжело больны, даже если заболевание течет благоприятно с хорошим прогнозом. Эти пациенты требуют к себе повышенного внимания, неоправданно активного лечения, стеничны в достижении своих целей, конфликтны и обидчивы, т.к. считают, что специалисты не оценивают тяжести их состояния. У таких больных может наблюдаться регрессивно-инфантильный тип поведения: плачут не встают с постели, в речи и поведении появляются детские интонации, беспомощность. У пациентов с таким вариантом отношения к болезни психогенно может нарушиться сон, аппетит, наблюдаться вегетосоматическая неустойчивость (колебания АД, ЧСС, диспептические расстройства и т.д.), что затрудняет оценку тяжести состояния. «Уход в болезнь» часто возникает у людей с истерическими чертами характера.

г) *госпитализм* возникает как проявление влияния больничной обстановки. Больной при этом привыкает к жизни в условиях больницы, не стремится покинуть ее. Пациент не борется за выздоровление, социальную или трудовую адаптацию. В педиатрии госпитализм сопровождается задержкой психического развития ребенка при длительном его пребывании в стационаре.

Степень переоценки болезненных проявлений колеблется в широких пределах: от легких пограничных сдвигов в психической деятельности до ипохондрического бреда, тяжелых депрессий, суицидальных попыток.

3) Недооценка тяжести заболевания означает полное отсутствие чувства болезни, отрицание имеющейся болезни или физического дефекта (анозогнозия). При этом у больного снижен интерес к обследованию и лечению, игнорируются медицинские рекомендации. Несмотря на серьезность заболевания, больные бывают спокойными и благодушными. Основными разновидностями проявлений недооценки тяжести заболеваний являются следующие варианты отношения к болезни:

а) *пренебрежительное,* когда больной недооценивает серьезность заболевания, не лечится, не бережет себя, в отношении прогноза болезни проявляет необоснованный оптимизм;

б) *отрицающее (анозогнозия),* когда больной не обращает внимания на болезнь, не обращается к врачу, отгоняет от себя мысли о болезни или чувствует себя «здоровым», нарушает постельный режим, отказывается от лечения. Существует психогенный вариант анозогнозии, обусловленный механизмами психологической защиты в трудной ситуации (например, при подозрении на злокачественное новообразование). Некоторые пациенты в такой обстановке вытесняют неприятные, трудные для личности обстоятельства, стараются «уйти от болезни». Некоторые больные при менее тяжелых заболеваниях настолько захвачены интересами своей работы, долгом перед семьей, что во имя этого игнорируют свою болезнь и лечение.

4) Осознанное искажение оценки болезни (утилитарное отношение). В этом случае всегда имеет место психологически понятные мотивы такого поведения, дающие какую-то осознанную выгоду больному. Оно может иметь тройную мотивировку:

- получение сочувствия, внимания и лучшего обследования;
- выход из неприятной ситуации, как, например, заключение, военная служба, ненавистная работа, обязанность платить алименты;
- получение материальных выгод: пенсии, отпуска, свободного времени, которое можно выгодно использовать и в экономических целях.

Утилитарная реакция может быть более или менее сознательной, основываться на нетяжелом или на серьезном заболевании, а иногда наблюдаться и у здоровых людей. С этой точки зрения в рамках утилитарного отношения пациента к болезни различают следующие типы реакций:

а) *нозофильное отношение*, проявляющееся определенным успокоением и приятными ощущениями при болезни. Оно вытекает из того факта, что больной не должен выполнять своих обязанностей, дети могут играть и мечтать, взрослые – читать или заниматься любимым делом. Семья внимательна к больному и больше заботится о нем;

б) *диссимуляция* – это скрывание болезни и ее признаков. Встречается часто, особенно в психиатрической клинике при психозах. В других специальностях она встречается, главным образом, при таких заболеваниях, результатом которых являются некоторые объективные или субъективные невыгоды для больного, например, при туберкулезе – длительное пребывание в санатории, при сифилисе – извещение о заболевании, выявление очага инфекции, в хирургии – возможность операции. Чем быстрее и лучше удается избавить больного от страха перед обследованием, лечением и последствиями болезни, тем успешнее удается предупредить диссимуляцию;

в) *аггравация* – преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб. Такое преувеличение может быть полностью сознательным или обусловлено эмоциональными мотивами более глубокого происхождения, например, страхом, недоверием, чувством одиночества, безнадежности, ощущением, что врач не верит. Мотивация аггравации может быть преимущественно внешней, объективной или же преимущественно внутренней, субъективной.

Вариант внешней мотивации: больной хочет отремонтировать свой дом, но ему жалко использовать для этого регулярный отпуск и поэтому он стремится получить листок нетрудоспособности. В связи с этим он преувеличивает свои жалобы на боли в пояснично-крестцовой области, имеющиеся у него в течение многих лет вследствие выбухания межпозвоночного хрящевого диска, утверждая, что в последнее время боли стали непереносимыми.

Вариант внутренней мотивации: больной живет одиноко, страдает мигренью, от врача он ожидает большего участия, хочет часто показываться врачу и поэтому преувеличивает свои жалобы, чтобы добиться этого.

г) *симуляция* – это притворство, с помощью которого стремятся создать впечатление о болезни и ее признаках. Она встречается реже, чем аггравация. Как правило, к ней прибегают или очень примитивные лица, у которых ее можно открыть относительно легко, или же, наоборот, очень опытные и безответственные. Большой риск для симулянта представляет то обстоятельство, что он стремится к определенной выгоде, причем эта цель рано или поздно бывает обнаружена. Если он достигает своей цели, например, получает пенсию, сулящую ему обеспеченную жизнь с возможностью побочного заработка, то это обстоятельство нельзя долго утаивать от окружающих и пересмотр дела положит конец симуляции. Не следует торопиться с заключением о симуляции до тех пор, пока врач окончательно не убедится в правоте своих подозрений. В медицинском заключении слово «симуляция» целесообразно заменить формулировкой «сознательная продукция симптомов» или «попытка сознательного притворного изображения болезни». Разновидностью симуляции является *метасимуляция,* когда пациент предъявляет симптомы ранее перенесенного заболевания или сознательно задерживает симптомы уже закончившейся болезни.

Если заключение о симуляции больного обосновано, то необходимо без промедления направить симулянта на правильный путь и дать ему возможность самостоятельного отступления, например, видимостью непродолжительного лечения, в процессе которого подчеркивается важность его сотрудничества и желание избавиться от болезни. Этот способ для симулянта бывает более легким, чем открытое прекращение симуляции. Лишь в тех случаях, когда такой непрямой метод не дает успехов, можно откровенно побеседовать с симулянтом, вначале без свидетелей, и настойчиво объяснить ему все общественные невыгоды, которые принесло бы ему врачебное заключение о симуляции, и положительные стороны при прекращении симулирования. В большинстве случаев один из этих методов оказывается успешным.

В медицинской психологии выделяют так называемые адаптационные реакции личности на болезнь. Практический опыт показывает, что всякого рода приспособление человека к изменяющимся условиям внутренней и внешней среды протекает в виде реакций двух видов. Одна из них – реакция возбуждения, другая – реакция ступора, обездвиженности. В угрожающей жизни ситуации одни люди стремятся что-то сделать для защиты или убегают, другие – застывают, утрачивают способность к передвижению. С точки зрения интересов вида, обе реакции целесообразны. Предположим, тот, кто убежал, погибнет, зато остается жить тот, кто впал в состояние ступора. Подобного рода механизм обнаруживается и в структуре любой болезни. Так, одни, заболев, становятся суетливыми, мечутся, охотно делятся своими жалобами, ищут сочувствия, испытывают потребность в общении. У других – реакция на болезнь может быть прямо противоположной: они становятся подавленными, удрученными, скрытными. В сущности, это и есть два полюса адаптационных состояний, с помощью которых вид устраняет риск гибели, обеспечивает себе гарантию на выживание (В.Г. Косенко).

Например, пациенты, склонные к первому варианту адаптации (экстравертивный тип), при реакции на такое заболевание как грипп чаще всего ведут себя, как и положено при указанном типе адаптационной реакции. Но если человек экстравертивного типа заболеет сифилисом, наблюдается реакция, несоответствующая экстравертивной личности, – скрытность и депремированность.

Таким образом, налицо произвольная коррекция спонтанной реакции, обусловленная принятым в данном обществе отношением к конкретной нозологической форме.

Этот вариант ситуационного контроля свидетельствует о том, что фатальной зависимости человека от непроизвольной адаптации нет, о физической зависимости человека от болезни можно говорить лишь с известными ограничениями.

Контрольные вопросы:

1. *Что понимается под термином «внутренняя (аутопластическая) картины болезни»?*
2. *Перечислите факторы, определяющие внутреннюю (аутопластическую) картину болезни.*
3. *Назовите звенья внутренней картины болезни.*
4. *Перечислите типы психологического реагирования человека на заболевание.*
5. *Назовите разновидности переоценки человеком тяжести заболевания.*

2. ПЕРЕЖИВАНИЕ БОЛЕЗНИ ВО ВРЕМЕНИ

2.1. СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

Изменения соматопсихического равновесия не бывают односторонними. Если взаимодействие соматического и психического рассматривать, как прямую связь в системе, то системе всегда сопутствует и обратная связь. И особенности взаимодействия прямой и обратной связи и создают единство клиники соматической болезни. Обратная связь привносит новые качества, видоизменяя соматопсихическое равновесие в целом, а также особенности психики больного.

Врач всегда имеет дело не с абстрактной болезнью, а с больным человеком. Различия в переживаниях относительно болезни у одного и того же человека бывают настолько значительны, что создается впечатление, будто имеешь дело с совершенно разными людьми. При этом переживание больным своей болезни может меняться во времени в зависимости от стадии заболевания. В плане особенностей формирования внутренней картины болезни выделяют следующие стадии: премедицинская стадия, стадия резкой перемены жизненного стиля и стадия закрепляющего лечения или остаточных проявлений болезни (инвалидизация).

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. Продолжительность премедицинского этапа зависит от заболевания, его прогрессирования, личности больного, уровня его культуры, интенсивности реакции отрицания и т. п. Как можно более раннему распознаванию заболевания способствуют санитарно-просветительская работа и различные профилактические мероприятия (контрольные рентгеновские обследования населения, профилактические осмотры и т.д.).

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, панику, даже самоубийство. По возможности следует разговаривать с больным просто, на его языке, избегая употребления специальных терминов. Специалисту необходимо понять не только, что значат употребляемые больным слова, ему также надо следить за тем, какое воздействие оказывают его слова на больного. Как поняты больным его слова? Как влияют на восприятие сказанного опасения и чувства больного? Здесь-то и можно встретиться с реакцией в форме отрицания, часто возникает необходимость сломить это отрицание. Случается, что врачу требуется беседовать с родными больного, в других случаях истинное положение должно познаваться самим больным, но постепенно, правда должна дозироваться небольшими пор-

циями. Может случиться и так, что придется взять свои слова назад. Многое зависит от выносливости больного и его контакта, сотрудничества с врачом.

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. Часто больной пытается приобрести расположение медицинского персонала тем, что проявляет к ним симпатию и завязывает с ними психологический контакт. Медицинские работники часто такое поведение больного расценивают как назойливость и продуманную навязчивость, хотя в действительности речь идет о проявлении потребности найти уверенность и чувство безопасности и обеспечивать себе опору в тех людях, от которых зависит здоровье и даже жизнь больного. У людей, бывших до этого времени вполне здоровыми, встречается повышенная неуверенность, опасения, страхи и тревога, так как болезнь для них явилась неожиданным психическим потрясением.

В стадии резкой перемены жизненного стиля в зависимости от особенностей заболевания возможно присутствие только одного амбулаторного или стационарного этапа или того и другого, когда амбулаторного лечения недостаточно и требуется уточнение диагноза, сложные лечебные манипуляции или лечение под постоянным медицинским наблюдением.

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 (доверие, взаимопонимание, выполнение назначений и т.д.). Повседневная лечебная деятельность тысячами нитей связана с психологическими, эмоциональными факторами, и одной из основ этой деятельности является умение понять больного, сопереживать, доступно объяснять суть заболевания и необходимость соответствующего лечения. 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 осложнений болезни. Поэтому амбулаторный этап чаще всего протекает 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.).

Часто больному в лабиринте обследований уделяется недостаточно внимания со стороны врача, сообщается недостаточное количество информации о результатах исследования и течении болезни, что провоцирует чувство одиночества, заброшенности, что часто сопро-

вождается стремлением привлечь к себе внимание, появлением ипохондрической симптоматики или аггравации.

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.

Современный медицинский подход стремится к усилению единства всех периодов, чтобы больной имел постоянного врача в лице семейного участкового или другого врача поликлиники. Только таким образом специалист может проследить за всеми стадиями протекания заболевания и в случае рецидивов своевременной постановкой диагноза быстро оказать необходимую помощь.

Для ускорения и оптимизации процесса лечения и реабилитации независимо от периода болезни необходимо полное доверие и взаимопонимание между специалистом и пациентом.

Семейный или участковый врач, регулярно наблюдая пациента не только в условиях поликлиники, но и дома, имеет возможность получить данные о больном и условиях его жизни, которыми не располагает, например, врач какой-либо другой специальности, приглашенный на консилиум и общающийся с больным лишь в течение короткого времени. Последний может оказать помощь только в том случае, если ему будут сообщены данные конкретных наблюдений над больным. При хорошем консилиуме, правильной постановке вопроса консультирующий врач получит представление об опыте, приобретенном лечащим врачом в ходе работы с больным, и уже к этому добавит свои знания.

С целью устранения негативных проявлений, обусловленных отношением больного к своему заболеванию, при общении с пациентом всегда следует выслушивать его со вниманием, стараться, как можно глубже, понять и пережить все то, чем живет больной, понять его личностные особенности. Умение выслушивать больного не только помогает определить заболевание, которому он подвержен, но и сам по себе процесс выслушивания больного оказывает благоприятное воздействие на формирование соответствующих отношений между больным и медицинским персоналом. Одним словом, реакция специалиста, занимающегося лечением или реабилитацией, должна быть резонансом на сказанное больным, медицинский работник должен откликнуться на рассказ больного всем своим разумом, во всей полноте своей личности.

Одной из предпосылок для развития положительных взаимоотношений является предоставление больному «психической вентиляции», т. е. возможности свободного, непрерываемого рассказа о его переживаниях, проблемах, жалобах, заботах и опасениях, и даже если специалист решает дать больному ограниченное время для этого, он не должен показать виду, что очень занят.

В повседневной жизни выражения, которые используются больными, свидетельствуют о потребности того, чтобы их выслушали. Если этого не происходит, они обычно жалуются: «Даже не выслушал». В других случаях обвинение еще более тяжелое: «Даже не обследовал». Такие больные имеют в виду, что им не предложили раздеться или же что не было проведено различных лабораторных исследований, но настоящей причиной жалоб, как правило, служит недостаточное внимание к личности больного. Медицинский работник должен при-

носить облегчение больному даже разговором, умением выслушать, поддержать, вселить надежду и уверенность в выздоровлении.

Говорливый больной, экстравертный тип, легче добивается психической вентиляции, более того, он даже заинтересовывает своим рассказом. Однако фактически большую потребность и необходимость в психической вентиляции испытывает интравертный тип, который в результате несмелости, скромности или стыда скрывает свои жалобы, ощущения, проблемы. В результате может случиться так, что специалист обследует и даже лечит или занимается его реабилитацией на основе поверхностной и неполной информации.

2.2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ *ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ*

При остром течении болезни психологические особенности больных в первую очередь определяются следующими факторами:

1. особенностями самого заболевания;
2. угрозой жизни;
3. возможными инвалидизирующими последствиями.

При острых заболеваниях возможен большой диапазон расстройств психической сферы больного – от легкой астении до выраженных психозов с глубоким помрачением сознания, бредовыми, галлюцинаторными переживаниями, двигательным возбуждением, другими симптомами. Следует вырабатывать определенную тактику поведения по отношению к таким больным с учетом их состояния и возможного неправильного поведения.

Особую проблему приобретают психологические особенности больных с затяжными, хроническими или инвалидизирующими заболеваниями. У хронически больных наблюдаются более глубокие сдвиги и психические изменения. Сама продолжительность болезни оказывает неблагоприятное воздействие на подверженного страданиям человека. Хроническое соматическое заболевание существенно изменяет социальную ситуацию развития личности: изменяются возможности в осуществлении тех или иных видов деятельности, игры, ограничивается круг контактов с окружающими, корректируется видение своего места в жизни, изменяется восприятие времени. Все это может приводить к снижению волевой активности, изменению мотивационного компонента деятельности и поведения, сужению круга интересов и общему оскудению личности.

Кроме этого при хроническом, длительном течении заболевания перспективы выздоровления больного, его возможности сужаются. Такие больные замыкаются в себе, занимаются и интересуются лишь собой. Часто при хроническом течении заболевания приходится встречаться и с возникновением тяжелой депрессии. Хронически больной человек постоянно колеблется между надеждой и безнадежностью, пребывает в подавленном настроении. Один больной может стать пессимистом, обидчивым, чувствительным, завистливым, даже испытывать ненависть к чему бы то ни было. Другой, наоборот, может быть равнодушным, бесчувственным ко всему, холодным, замкнутым или требовательным, воинственным с сутяжными тенденциями. Острые и мучительные проявления болезни постепенно уменьшаются и не беспокоят больного в той же мере. Он постепенно привыкает к факту болезни, хотя еще и поддерживает в себе надежду на выздоровление и положительное отношение к лечению (В.Г.Косенко). Возможно, это связано с тем, что в таком больном живет надежда на медицинскую науку, которая располагает эффективными средствами помощи, более того, больной вправе рассчитывать и на неожиданное спонтанное выздоровление.

2.3. ВИДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ

Однако если состояние больного не улучшается, даже наступает ухудшение, то могут наблюдаться следующие варианты психологической адаптации:

1. **Активная адаптация.** При этой фазе острые и мучительные симптомы болезни постепенно уменьшаются, а если они с начала заболевания имели более умеренный характер, то уже не беспокоят больного в такой степени. Пациент привыкает к ним, потому что приспособился к факту болезни. Он адаптируется также и к больничной среде. Поддерживает в себе надежду на выздоровление и создает при благоприятных условиях положительное отношение к медицинскому персоналу. Например, по данным Стрнада, изучившего 276 больных, примерно около 75 % госпитализированных пациентов адаптируется до 5 дней. Быстрее всего адаптируются рабочие, а затем больные, госпитализируемые повторно. Причем госпитализированные повторно в большинстве своем привыкали к больничной среде уже в течение первого дня госпитализации. 75 % больных рабочих сообщали, что им не мешает размещение в многоместной палате. И то же самое отметили 54 % больных, занимающихся умственным трудом.

2. **Психическая декомпенсация** возникает, если состояние больного не улучшается и даже наступает ухудшение. В этом случае у больного человека может возникать чувство обманутых надежд, в нем усиливаются отрицательные ощущения, которые он испытывал в начале болезни. Кроме того, возникает неуверенность и страх, он утрачивает веру в лечение, во врача и в медицинской персонал. При этом человек становится импульсивным, нетерпеливым и несправедливым, приобретает склонность провоцировать медицинский персонал, повторно обращается к нему по ничтожным поводам. Обращается к родственникам и знакомым, чтобы они «давили» на медицинский персонал. Бывает, требует перемены врача, лечения или больницы, сам углубляется в изучение своей болезни и пытается поучать врача. Опасность этой фазы заключается в конфликте между медицинским работником и больным. Конфликт развивается, как правило, с таким медицинским персоналом, который кажется больному невнимательным, ироничным, не щадящим или не слишком квалифицированным. Об этих качествах больной судит иногда на основании некоторых незначительных или случайных внешних проявлений. В таком случае бывает хорошо, если персонал оказывается способным понимать, предвидеть и овладеть позицией больного и не дает ему излишних поводов для усиления его реактивности, что не всегда бывает легко сделать, и требует психологических знаний, опыта и большой наблюдательности. Больные, страдающие хроническим заболеванием, например, туберкулезом легких, могут переживать психическую декомпенсацию в специфических условиях санаторного лечения. Здесь имеется опасность определенной степени морального расслабления в сексуальной области, в злоупотреблении алкоголем. Причиной этого является недостаток положительной занятости для достижения ближайшей жизненной цели и избыток свободного времени. Например, медицинские работники, которые относятся к больному в зависимости от того, что показывает очередной рентгеновский снимок, конечно, этим проявляют односторонность. Строгий постельный режим без положительного наполнения такой психической области, как культура, развлечения, трудотерапия, расширение самоуправления больных, ведет к эмоциональным и моральным эксцессам. Важное значение имеют советы, направленные на включение больного в трудовую жизнь и конкретные мероприятия, осуществляемые социальной сферой в тех областях, где в дальнейшем больной предполагает жить и работать.

3. **Пассивная адаптация и капитуляция.** Больной примиряется с тяжелой судьбой, перестает внутренне бороться за свое здоровье и способствовать лечению. Пациент стано-

вится равнодушным или негативно угрюмым. Опасность такой ситуации состоит в том, что медработники могут принять отношение больного и не стараться его изменить, тогда как вера и оптимизм больного в состоянии вызывать к жизни дополнительные и резервные силы организма, способствующие выздоровлению организма.

4. **Агрессия.** Агрессивность у больных может быть явной и скрытой. Явная форма ее проявления может быть словесной (больной ругает все и всех) или выражаться в поступках (бросает вещи). Скрытая агрессивность может выражаться в упрямстве, придирчивости, забывчивости, недовольстве, требовательности или даже задиристости. Нередко такое поведение непонятно и самому больному, он сам не в состоянии объяснить, что с ним происходит. В возникновении агрессивности играют роль различные факторы. Это могут быть во многом оправданные причины: неумение понять их, отсутствие к ним должного внимания, безнадежная болезнь, море страданий и прочее. А могут быть психопатологические проявления, связанные с реакцией на болезнь или следствием самого заболевания.

Наряду с вышеперечисленными реакциями нельзя забывать о том, что у очень тяжелых, хронических больных нередко наблюдаются проявления настоящего героизма. Они служат примером развития личности и даже в период такого тяжелого состояния оказывают душевную поддержку, помощь окружающим.

При хорошем контакте больной относится к медперсоналу с уважением, верит в него, принимает его советы, выполняет назначения.

Однако существует и по-настоящему плохое отношение к врачу, отсутствие контакта между ним и больным. Обычно это наблюдается в случае административно-холодного, официозного метода работы с больным, механического подхода к своим обязанностям, причиной чего нередко служит недостаток времени.

Независимо от этапа болезни возможны патологические варианты отношений между больным и врачом: *частая смена врача или реабилитолога и чрезмерная привязанность к медицинскому персоналу.*

Частая смена медицинского специалиста – признак недоверия пациента. Нередко это связано с неисполнимыми требованиями больных. При этом у подобных пациентов возникает типичная жалоба: «Уже все испробовал, ничего не помогло».

Противоположная форма отношений между больным и медицинским работником: **чрезмерная, необъяснимая привязанность к одному специалисту**. Этот факт З. Фрейд называл «трансфером», что означает перенос чувств пациента на личность врача. Чувства эти различные, они могут быть нежными или агрессивными. Трансфер возникает у пациента в самом начале лечения и в некоторой степени способствует работе. Но когда этот процесс чрезмерно усиливается, возникает препятствие для анализа и оно превращается во внутреннее сопротивление. Преодолеть это сопротивление необходимо, разъясняя пациенту, что его чувства исходят не из реальной ситуации (лечения) и относятся не к личности специалиста, а повторяют происходившее с ним ранее. Пациент переносит на врача все свои чувства, конфликты по отношению к значащим для него людям (родственникам), которые он когда-то испытал.

Необходимо обязательно объяснить это пациенту, чтобы избавить его от новой болезни – «невроза перенесения», так как перенесение является своеобразным вариантом внушаемости, основано на чрезмерном доверии, уважении к врачу, преувеличении его личных качеств.

Контрольные вопросы:

1. *Какие стадии выделяют в формирования внутренней картины болезни?*

2. *Назовите особенности премедицинской стадии, стадии резкой перемены жизненного стиля и стадии закрепляющего лечения.*

3. *Чем отличаются психологические особенности больных при остром и хроническом течении болезни.*

4. *Назовите варианты психологической адаптации человека к хроническому течению болезни.*

3. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИИ БОЛЬНОГО

Каждая болезнь, кроме типичных для нее клинических проявлений, всегда сопровождается большими или меньшими изменениями психики больного. Психологические особенности больного может определять непосредственно заболевание. Так, например, при органических поражениях центральной нервной системы, при эндогенных психических болезнях и при нейроинфекциях, изменения и расстройства психики могут быть обусловлены стойким и глубоким повреждением деятельности мозга. На высоте острых общих инфекционных заболеваний и при массивных острых экзогенных интоксикациях, например, алкоголем, наркотиками, ядами, нарушения психики могут быть вызваны преходящими изменениями деятельности головного мозга.

Однако часто психология больного является следствием реакции человека на заболевание. Любая болезнь, даже если она не сопровождается разрушительными изменениями в биологических формах мозговой деятельности, обязательно видоизменяет психику больного вследствие появления новых, отсутствовавших до болезни форм реагирования больного на болезнь.

Психологические и психопатические особенности личности в условиях болезни делят на две основные группы:

– психические нарушения, обусловленные соматическим фактором, которые относятся к большому разделу экзогенно-органических психических расстройств;

– психогенные нарушения, возникающие как следствие реакции человека на болезнь, т.к. болезнь связана не только с ограничением жизнедеятельности человека, но и возможными весьма опасными последствиями. Таким образом, в этом случае заболевание выступает в роли психологической травмы.

3.1. ПСИХОГЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ, *ВОЗНИКАЮЩИЕ КАК СЛЕДСТВИЕ РЕАКЦИИ ЧЕЛОВЕКА НА БОЛЕЗНЬ*

Психогенные нарушения это, по сути, те изменения психики больного, которые возникают под влиянием психических переживаний, являющихся значимыми для пациента, т.е. под влиянием психической травмы, обусловленной заболеванием.

Предположение о существовании тесных связей между эмоциональными состояниями человека и нарушениями физического (соматического) здоровья имеет давнюю историю. Идеи смерти или развития тяжелых недугов по причине сильных эмоциональных потрясений встречаются во всех культурах, начиная с древнейших времен. Сократ (469-399 гг. до н. э.) – один из первых европейских мыслителей, поставивший вопрос о влиянии образа жизни на здоровье, – считал влияние души определяющим фактором телесного благополучия. В античной медицине идея влияния души на физические процессы, протекающие в теле, была одной из центральных. Хрестоматийным примером античных представлений стала концепция истерии как следствия непроизвольного болезненного сокращения матки из-за неудовлетворенного сексуального желания женщины.

3.1.1. ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА, ЕЁ ОСНОВНЫЕ ТЕОРИИ

Учение о связи соматических заболеваний и психических процессов (состояний) возникло в период между XVII-XIX вв. как самостоятельный раздел медицины, благодаря работам Т. Сиденама (T.Sydenham). В 1818 г. немецкий врач С. А. Гейнрот (S.A.Heinroth) ввел в оборот термин *"психосоматика"*, которым он обозначил свою концепцию о внутреннем конфликте как ведущей причине психической болезни. Четыре года спустя другой немецкий врач – Якоби – ввел альтернативное понятие *"соматопсихическое"*, подчеркнув, что психические болезни вызываются вполне материальными причинами, а не недоступными эмпирической проверке психологическими конфликтами.

Следовательно, историческое первое значение термина "психосоматика" связано с концепцией *психологического конфликта* как пускового фактора расстройства. Со временем это понятие все больше расширялось, и психосоматические отношения стали рассматриваться как особая "картина мира", определяющая специфику проявления любого заболевания.

Клинико-психологический анализ явлений гипноза и истерии, проводившийся во второй половине XIX в. с целью изучения механизмов соматических изменений под влиянием психологических воздействий, привел к предположению о возможности непосредственного отражения в клиническом синдроме психологического содержания неосознаваемого внутриличностного (эмоционального) конфликта, спровоцировавшего развитие заболевания. Тогда же возникло и два теоретических подхода, пытавшихся с разных методологических позиций объяснить наблюдаемую связь между формой болезни и содержанием внутриличностного конфликта: *психодинамический в рамках психосоматической медицины* и *кортиковисцеральный*.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.