

# Психология болезни и инвалидности



# Тема 1. Здоровье и болезнь. Критерии здоровья. Психология болезни. Критерии тяжести болезни

- Согласно определению ВОЗ, состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов называется здоровьем.
- Способность сохранять соответствующую возрасту и полу психическую и физиологическую устойчивость в постоянно меняющихся условиях окружающей среды называется здоровьем человека.
- Состояние, которое зависит от состояния головного мозга, оно характеризуется уровнем и качеством мышления, развитием внимания и памяти, степенью эмоциональной устойчивости, развитием волевых качеств называется психическое здоровье.

- Критериями диагностики генетических показателей соматического уровня здоровья являются:
- - генотип
- -отсутствие признаков дизэмбриогенеза.
- Критериями диагностики биохимических показателей соматического уровня здоровья являются: показатели биологических жидкостей и тканей.

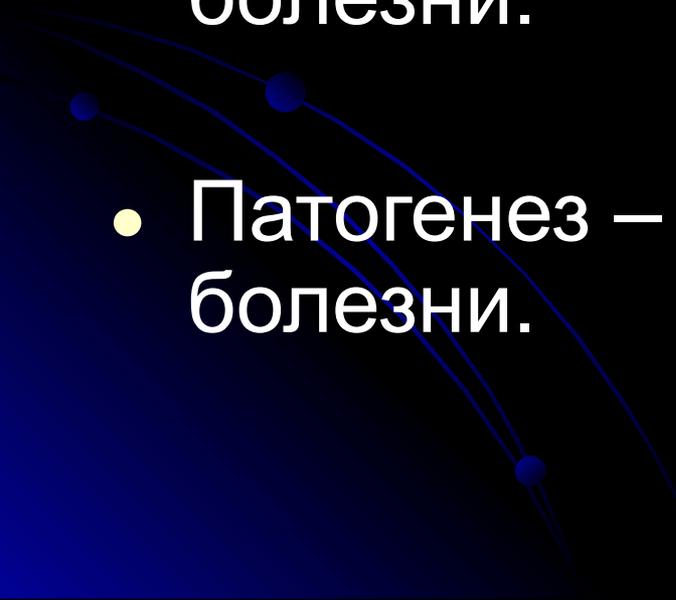
- Критерием диагностики метаболических показателей соматического уровня здоровья является: уровень обмена веществ в покое и после нагрузок
- Критерием диагностики морфологических показателей соматического уровня здоровья является: уровень физического развития, тип конституции (соматотип).
- Критериями диагностики функциональных показателей соматического уровня здоровья являются:
  - - норма покоя
  - - норма реакции
  - - резервные возможности
  - - функциональный тип реагирования.

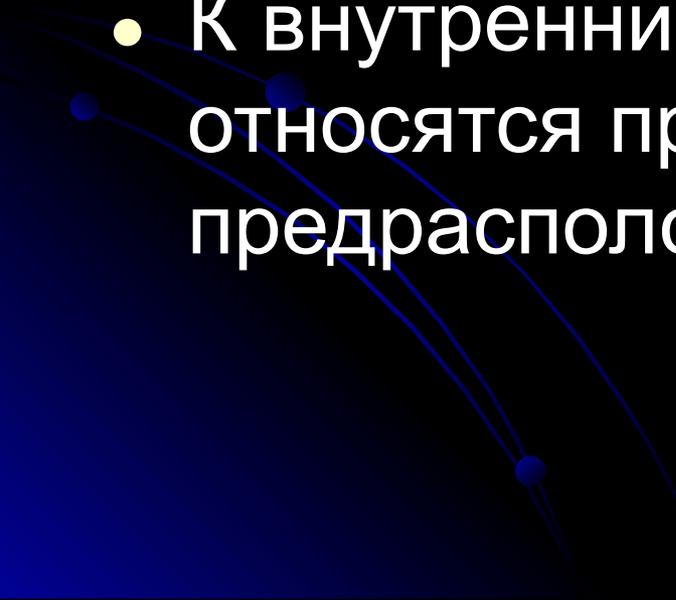
- К психическому уровню индивидуального здоровья относятся показатели:  
психологические.
- К духовному уровню индивидуального здоровья относятся моральные ценности.
- Критериями диагностики психологических показателей соматического уровня здоровья являются:
  - - эмоционально-волевая, мыслительная, интеллектуальная сферы
  - - доминантность полушария
  - - тип высшей нервной деятельности
  - - тип темперамента
  - - тип доминирующего инстинкта.

- Критериями диагностики показателей духовного (нравственного) уровня здоровья являются:
- - социальная востребованность
- - система ценностей и способов их удовлетворения
- - целевые установки
- - нравственность, отношение к себе и окружающим.
- Для оценки качества здоровья предлагается метод трех шкал:
- - физической удовлетворенности
- - психической удовлетворенности
- - социальной удовлетворенности.

- Наука, изучающая причины заболеваний, направленная на сохранение и укрепление здоровья людей, предупреждение и лечение болезней, называется медициной.
- Болезнь – это: нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными или морфологическими изменениями.
- В развитии болезни обычно различают 4 стадии.

- Период, характеризующийся внедрением в организм патогенного фактора до появления первых симптомов болезни, называется латентный (скрытый, инкубационный).
- Период, характеризующийся появлением первых, общих, не характерных признаков болезни, называется продромальных явлений.
- Полное развитие характерной для данной болезни клинической картины называется период разгара болезни.
- Период окончания болезни, выражающийся в выздоровлении, или в рецидиве, или в переходе острой формы в хроническую, или смерти называется: исходов болезни.

- Симптом – это: признак болезни.
  - Синдром – это: закономерное сочетание симптомов, обусловленное единым патогенезом.
  - Этиология – это: учение о причинах болезни.
  - Патогенез – это: механизм развития болезни.
- 

- К внешним причинам болезни относятся причины:
    - - механические
    - - физические
    - - химические .
  - К внутренним причинам болезней относятся причины: наследственно предрасположенные.
- 

- Соответствие между внешними и внутренними причинами болезней:
- Внешние причины:
  - - механические;
  - - физические;-
  - химические;-
  - биологические;-
  - социальные;-
  - психогенные.
- Внутренние причины:
  - - наследственные;-
  - наследственно предрасположенные.

## **Тема 2.**

**Реакция на болезнь в зависимости от  
возраста, пола, профессии.**

**Роль личностных особенностей в  
реакциях на болезнь**

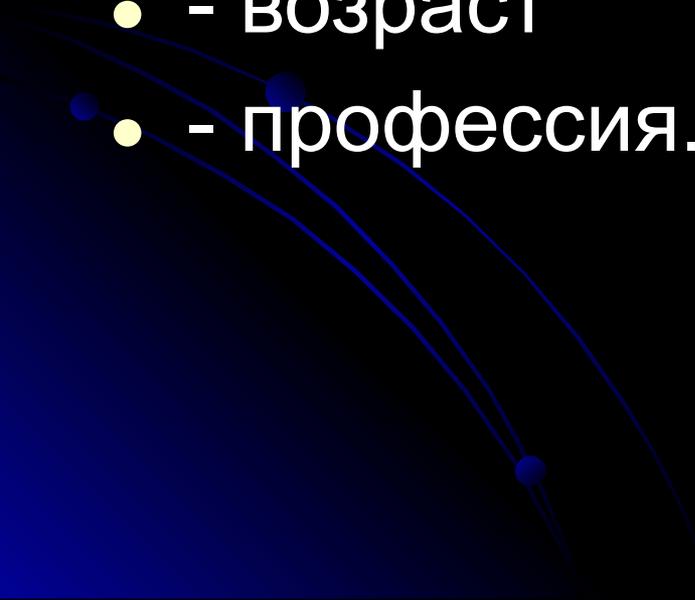


- Гиппократом были описаны типы темпераментов:
- - сангвиник
- -холерик
- - меланхолик
- - флегматик.
- Субъективное отношение к заболеванию называется «внутренней картиной болезни».
- Термин «внутренняя картина болезни» был предложен Р.А. Лурия.

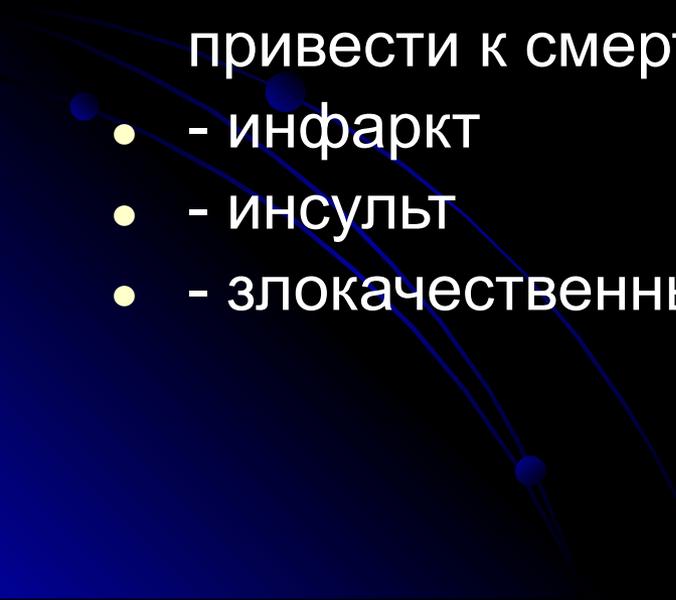
- Стадии протекания внутренней картины болезни:
- 1: интеллектуальная интерпретация диагноза заболевания
- 2: когнитивная оценка его тяжести
- 3: формирование эмоционального паттерна
- 4: формирование поведенческого паттерна

- Р.А.Лурия выделил характеристики внутренней картины болезни:
- - эмоциональный уровень болезни
- - интеллектуальный уровень болезни.
- Индивидуально-психологическими параметрами, формирующими субъективное отношение к болезни, являются:
  - - темперамент
  - - особенности характера
  - - качества личности.

Социально-конституциональными параметрами, формирующими субъективное отношение к болезни, являются:

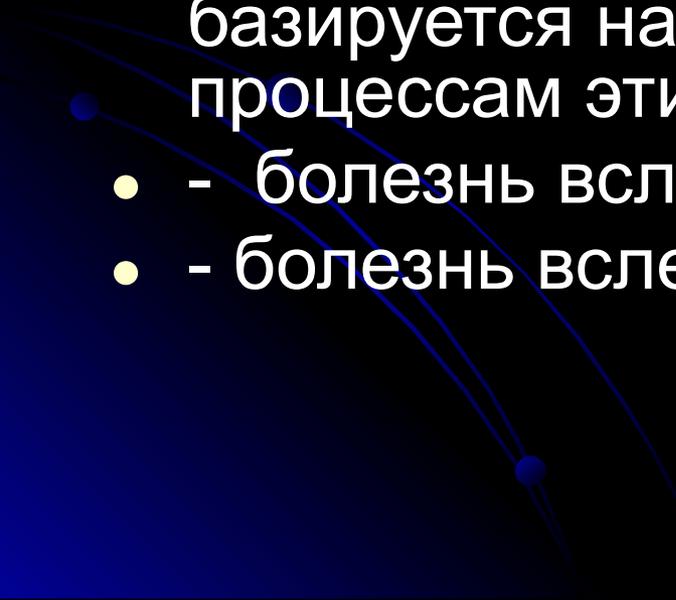
- - пол
  - - возраст
  - - профессия.
- 

- Объективная тяжесть болезни – это информация о:
  - - летальности после подобного расстройства
  - - вероятности инвалидизации
  - - хронификации болезненного процесса.
- Лучшая переносимость женщинами болевого ощущения, состояний длительной ограниченности движений или обездвиженности свидетельствует о корреляции пола с типом реагирования на заболевание.
- Для детей, подростков и молодежи наиболее тяжелыми в психологическом отношении оказываются: болезни, которые изменяют внешний вид человека, делают его непривлекательным.

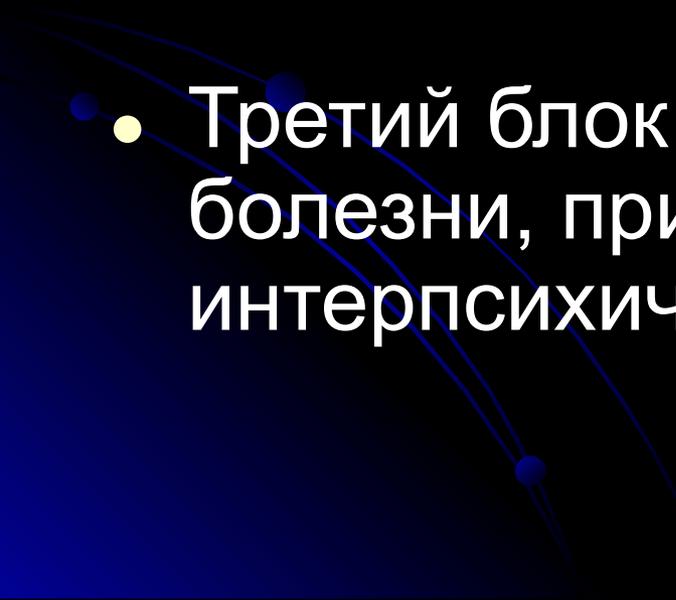
- Для лиц зрелого возраста наиболее тяжелыми в психологическом отношении оказываются:
    - - венерические и психические заболевания
    - - хронические и инвалидизирующие заболевания.
  - Для пожилых и престарелых людей наиболее тяжелыми в психологическом отношении оказываются: болезни, которые могут привести к смерти.
  - Для пожилых и престарелых людей наиболее значимыми являются болезни, которые могут привести к смерти:
    - - инфаркт
    - - инсульт
    - - злокачественные опухоли.
- 

- Характеристика индивида со стороны динамических особенностей его психической деятельности, т.е. темпа, ритма и интенсивности отдельных психических процессов и состояний называется темперамент.
- К значимым для выработки определенного типа психического реагирования на заболевание параметрам темперамента можно отнести:
  - - эмоциональность
  - - переносимость боли
  - - ограничение движений и обездвиженности.
- В рамках известных типов темперамента более низкие болевые пороги у:
  - - холерика
  - - меланхолика.

- Трактовки происхождения болезней основаны на вере в связь между поведением человека, его нравственностью и возникновением у него недуга; при этом подчеркивается пассивная роль индивида:
  - - болезнь как кара
  - - болезнь как испытание
  - - болезнь как назидание другим
  - - болезнь как расплата за грехи предков.

- Трактовка происхождения болезней рассматривается сквозь призму внешней или внутренней заданности:
    - - болезнь как неизбежность
    - - болезнь как стечение обстоятельств
    - - болезнь как собственная ошибка.
  - Мировоззренческая платформа оценки механизмов происхождения заболеваний базируется на мистическом подходе к процессам этиопатогенеза:
    - - болезнь вследствие зависти
    - - болезнь вследствие ревности.
- 

- Способность предвосхищать ход событий, предвидеть поведение окружающих и собственные реакции в процессе изменения ситуации называется антиципационная.
- Типология реагирования на заболевание создана: А.Е. Личко и Н.Я.Ивановым.
- Типология реагирования на заболевание создана А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым на основе оценки влияния трех факторов:
  - - природы самого соматического заболевания
  - - типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера
  - - отношения к данному заболеванию в референтной для больного группе.

- Первый блок включает типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация существенно не нарушается.
  - Второй блок включает типы отношения к болезни, при которых наблюдается интрапсихическая направленность.
  - Третий блок включает типы отношения к болезни, при которых наблюдается интерпсихическая направленность.
- 

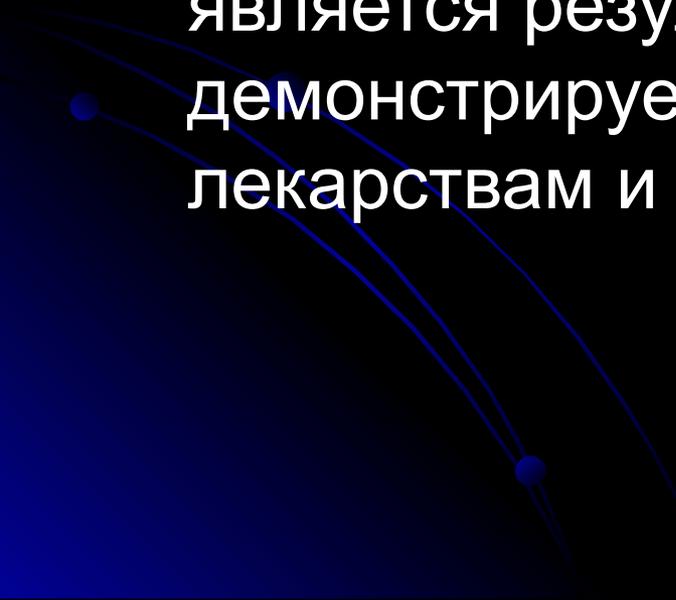
- В первый блок включены типы реагирования на болезнь:
  - - гармоничный
  - - эргопатический
  - - анозогнозический.
- Во второй блок включены типы реагирования на болезнь:
  - - ипохондрический
  - - неврастенический
  - - меланхолический
  - - тревожный
  - - меланхолический.

- В третий блок включены типы реагирования на болезнь:
- - сенситивный
- - эгоцентрический
- - паранойяльный
- - дисфорический.
- Гармоничный тип реагирования на болезнь: трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований все видеть в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни, стремление во всем содействовать успеху лечения, нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

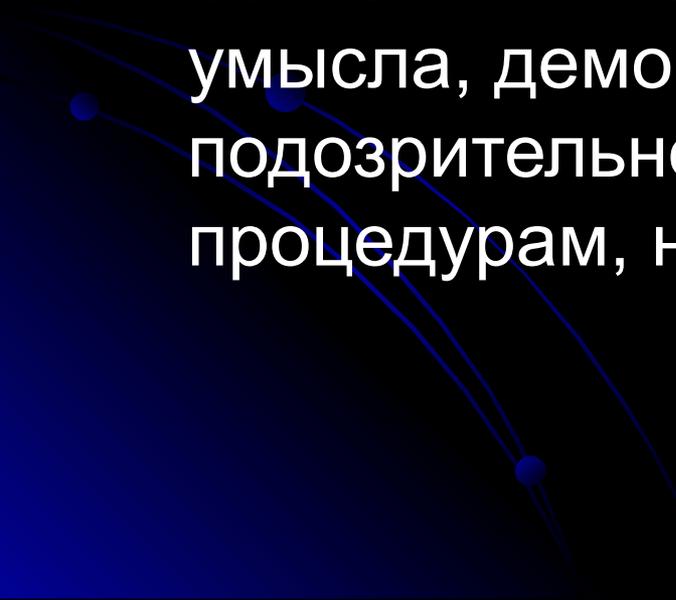
- Анозногностический тип реагирования на болезнь: активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях, непризнание себя больным, отрицание очевидного в проявлениях болезни.
- Эргопатический тип реагирования на болезнь: больной демонстрирует уход от болезни в работу, даже при тяжести болезни и страданиях, старается во что бы то ни стало продолжать работу, трудится с еще большим рвением, чем до болезни.
- Тревожный тип реагирования на болезнь: непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного отношения к болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения, поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни.

- Ипохондрический тип реагирования на болезнь: больной полностью сосредоточен на болезненных и иных неприятных ощущениях.
- Неврастенический тип реагирования на болезнь: поведение по типу "раздражительной слабости", особенно при болях, неприятных ощущениях, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения.
- Меланхолический тип реагирования на болезнь: удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения; активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей.

- Апатический тип реагирования на болезнь: полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны, утрата интереса ко всему, что раньше волновало.
- Сенситивный тип реагирования на болезнь: чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни; опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни.

- Эгоцентрический тип реагирования на болезнь: больной уходит в болезнь, выставляет напоказ близкими и окружающим свои страдания и переживания, требует внимания и заботы от окружающих.
  - Паранойяльный тип реагирования на болезнь: больной уверен в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, демонстрирует крайнюю подозрительность к лекарствам и процедурам.
- 

- Обсессивно-фобический тип реагирования на болезнь: тревожная мнительность прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью; защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.
- Активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях, непризнание себя больным, отрицание очевидного в проявлениях болезни относится к анозогностическому типу отношения к болезни.

- При эгоцентрическом типе отношения к болезни больной уходит в болезнь, выставляет напоказ близкими и окружающим свои страдания и переживания, требует внимания и заботы от окружающих.
  - Тип психического реагирования на болезнь, при котором больной уверен в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, демонстрирует крайнюю подозрительность к лекарствам и процедурам, называется: паранойяльный.
- 

- Поведение по типу "раздражительной слабости", особенно при болях, неприятных ощущениях, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения - это неврастенический тип психического реагирования на болезнь.
- Тип отношения к болезни, при котором больной демонстрирует тревожную мнительность в отношении нереальных опасностей и неудач лечения относится к обсессивно-фобическому.

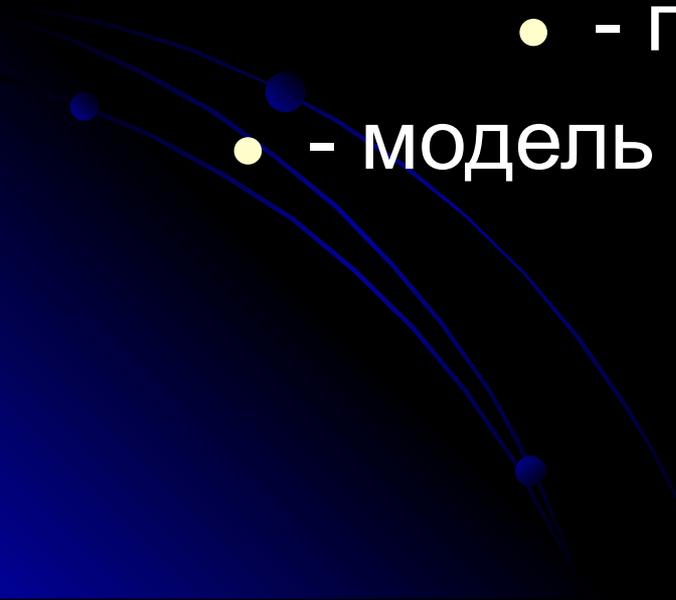
- Отношение к болезни, обладая всеми характеристиками, присущими психологическим отношениям, содержит в себе компоненты (Л.И.Вассерман):
  - - КОГНИТИВНЫЙ
  - - ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ
  - - поведенческий.
- Знание о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на жизненное функционирование больного, предполагаемый прогноз – это компонент отношения к болезни (Л.И.Вассерман):  
КОГНИТИВНЫЙ.

- Ощущение и переживание болезни и всей ситуации, с ней связанной – это компонент отношения к болезни ( Л.И. Вассерман): эмоциональный.
- Связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней и выработку определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью – это компонент отношения к болезни (Л.И.Вассерман): поведенческий.

## Тема 3. Инвалидность. Отношение к инвалидности в зависимости от личностных особенностей. Дети-инвалиды

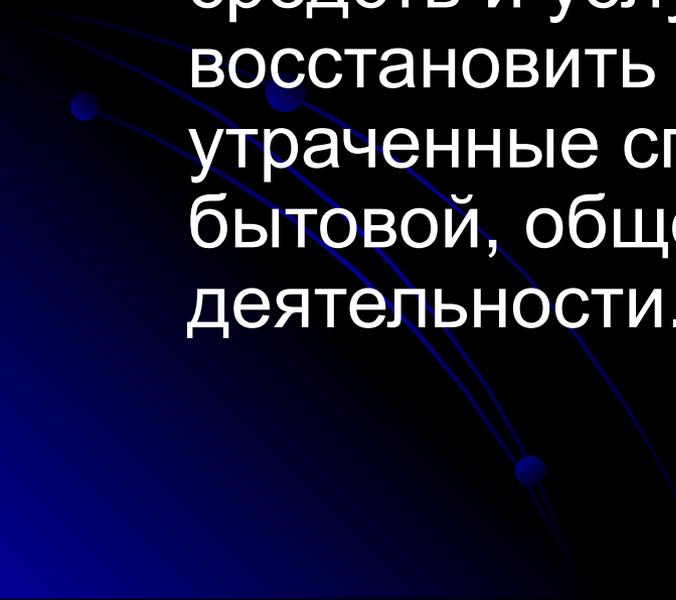
- Инвалид – это: человек, у которого возможности его жизнедеятельности в обществе ограничены из-за его физических, умственных, сенсорных или психических отклонений.
- Инвалидность – это: препятствия или ограничения деятельности человека с физическими, умственными, сенсорными или психическими отклонениями.

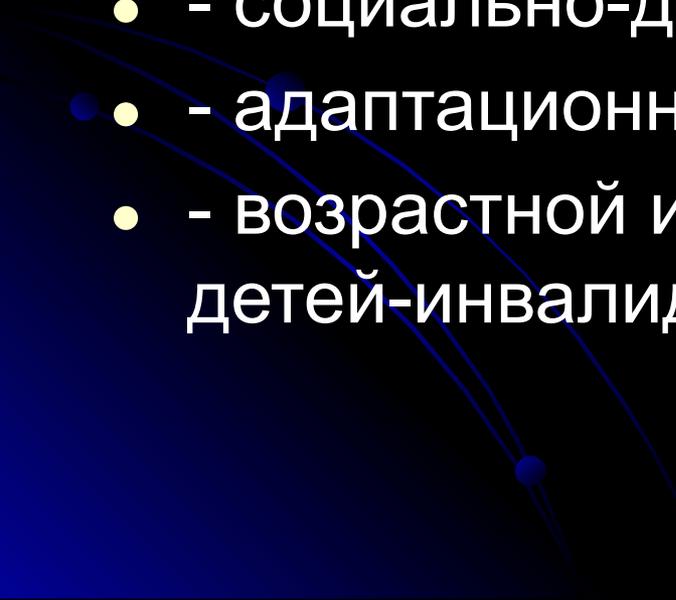
# Существует четыре модели инвалидности:

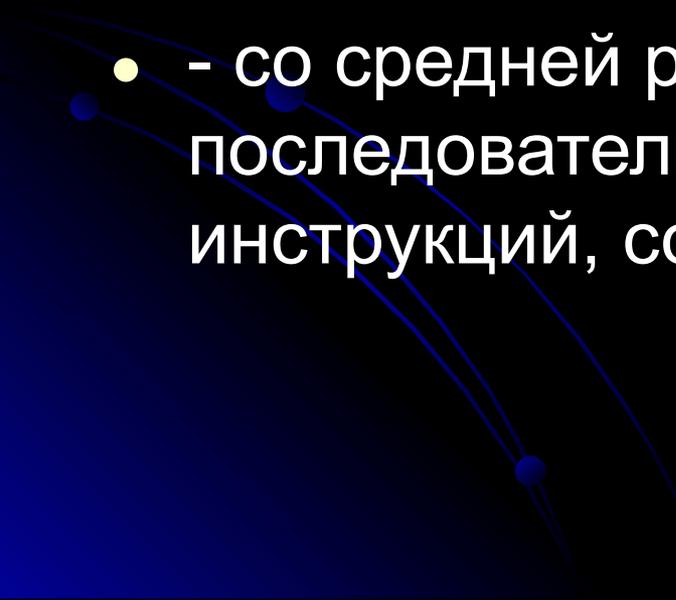
- - медицинская
  - - социальная
  - - политико-правовая
  - - модель культурного плюрализма.
- 

- Медицинская модель инвалидности – это понимание:
- ведущей роли медицины в лечении дефекта; инвалид рассматривается как пациент, реабилитация - как процесс восстановления трудовых навыков; в этой связи понятия "инвалид" и "нетрудоспособность" в общественном сознании воспринимаются как равнозначные и взаимозаменяющие термины.
- Социальная модель инвалидности – это понимание:
- - инвалидности как факта наличия и степени утраты способности к социальному функционированию привычного для данного общества характера и уровня; решение проблемы инвалидности через оказание помощи лицам с функциональными нарушениями, создание системы учреждений социального обслуживания.

- Политико-правовая модель инвалидности – это понимание:
- - необходимости признания людей, имеющих инвалидность, как социального меньшинства, права и свободы которого ущемляются посредством внешних ограничений: недоступностью архитектурной среды, замкнутым кругом общения, ограниченным доступом к активному участию в жизни общества.
- Модель культурного плюрализма – это понимание:
- - принципов философии независимой жизни, характерных для общественных инвалидов движений.

- Разработка индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) состоит из следующих этапов:
  - - проведение реабилитационно-экспертной диагностики
  - - оценка реабилитационного потенциала
  - - определение реабилитационного прогноза и определение мероприятий, технических средств и услуг, позволяющих инвалиду восстановить или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, общественной, профессиональной деятельности.
- 

- Реабилитационно-экспертная диагностика – это оценка:
    - - клинического прогноза
    - - реабилитационного потенциала
    - - реабилитационного прогноза.
  - Факторы, определяющие адаптационные возможности семей с детьми-инвалидами:
    - - социально-демографические
    - - адаптационный потенциал родителей
    - - возрастной и реабилитационный потенциал детей-инвалидов.
- 

- Выделяют 3 типа семей по реакции родителей на появление ребенка-инвалида:
  - - с пассивной реакцией, связанной с недопониманием существующей проблемы
  - - с гиперактивной реакцией, когда родители усиленно лечат, находят «докторов-светил», дорогостоящие лекарства, ведущие клиники и т.д.
  - - со средней рациональной позицией: последовательное выполнение всех инструкций, советов врачей, психологов.
- 

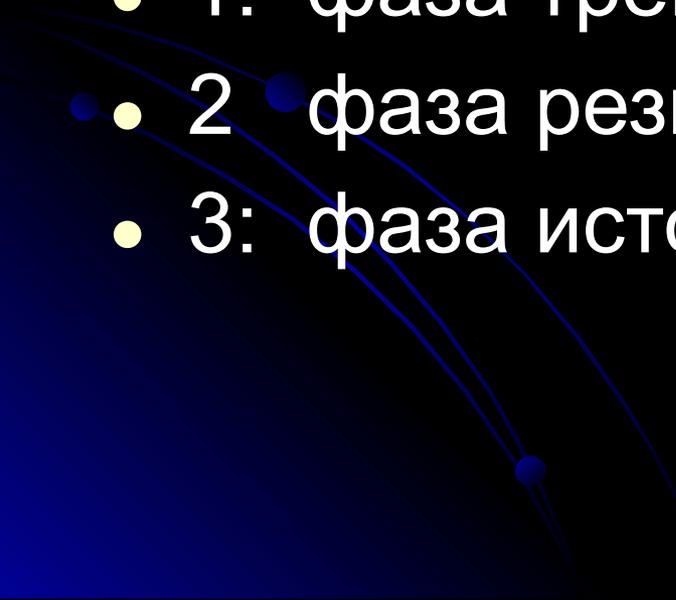
Последовательность реагирования в семьях на появление ребенка-инвалида:

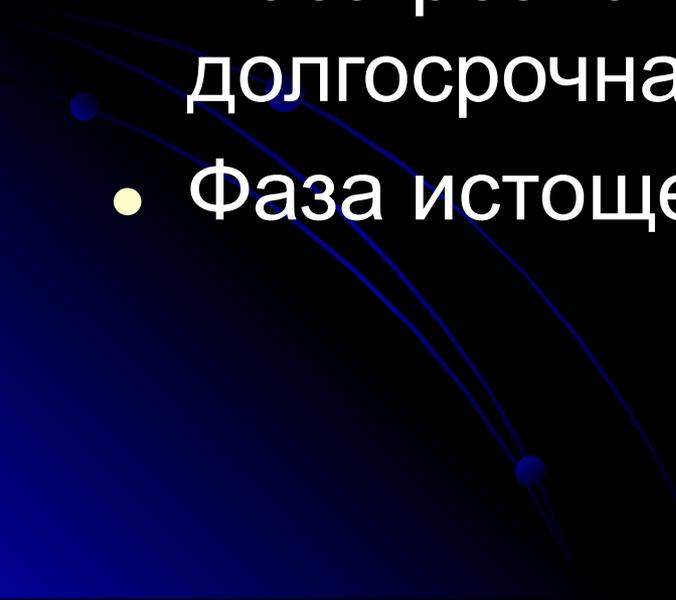
- 1: отрицание дефекта ребенка, неверие в наличие болезни, надежда на ошибочность диагноза
- 2: чувство гнева, беспомощности, безысходности; часто семья сохраняется лишь формально из чувства долга перед больным ребенком; родители испытывают необоснованное чувство вины, муки, переживания,
- 3: чувство стыда из-за рождения больного ребенка, боятся осуждения окружающих, иногда - обвинение врачей, педагогов, проявляют к ребенку гиперопеку
- 4: эмоциональная адаптация

- Проблемы семей, имеющих детей-инвалидов:
- - специфическое положение в семье ребёнка-инвалида, которое обусловлено его болезнью
- - закрытость семьи для внешнего мира, дефицит общения
- - частое отсутствие работы у матери
- - в основном большая занятость решением проблем ребенка
- - распад семьи.

- Обеспечение жизнедеятельности детей-инвалидов:
- - оказание медицинской помощи
- - обеспечение беспрепятственного доступа к информации, к объектам социальной инфраструктуры
- - обеспечение семей с детьми-инвалидами жилой площадью.

- Обеспечение жизнедеятельности детей-инвалидов:
- - воспитание и обучение
- - ежемесячная денежная выплата
- - обеспечение мер социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг.

- Реакция стресса, или универсальный адаптационный синдром был описан Г. Селье.
  - Расположите в правильной последовательности стадии протекания стресса по Г. Селье:
    - 1: фаза тревоги
    - 2: фаза резистентности
    - 3: фаза истощения
- 

- Выраженность реакции напряжения адаптационных физиологических реакций по фазам протекания стресса по Г. Селье:
  - Фаза тревоги - краткосрочная адаптация
  - Фаза резистентности- среднесрочная и долгосрочная адаптация
  - Фаза истощения - срыв адаптации.
- 

Продолжение следует ...

