

Кафедра общей психологии и педагогики ПСФ

Предмет: Психология и педагогика

1 модуль

2 лекция:

Связь психологии и медицины

Лектор: доцент кафедры Общей психологии и педагогики ПСФ, кандидат философских наук

Фурсов Валентин Владимирович.

План лекции

1. Понятие нормы и патологии.
2. Определение здоровья и болезни
3. Критерии психического здоровья и нездоровья.
4. Конструкт и модели болезни.
5. Внутренняя картина здоровья (ВКЗ).
6. Внутренняя картина болезни (ВКБ). Этапы и уровни.
7. Типичные отношения к болезни.
8. Патологические реакции на болезнь.
9. Психосоматика.
0. Психотерапия. Психокоррекция. Психологическое консультирование.
1. Ятрогении.

1. Норма и патология

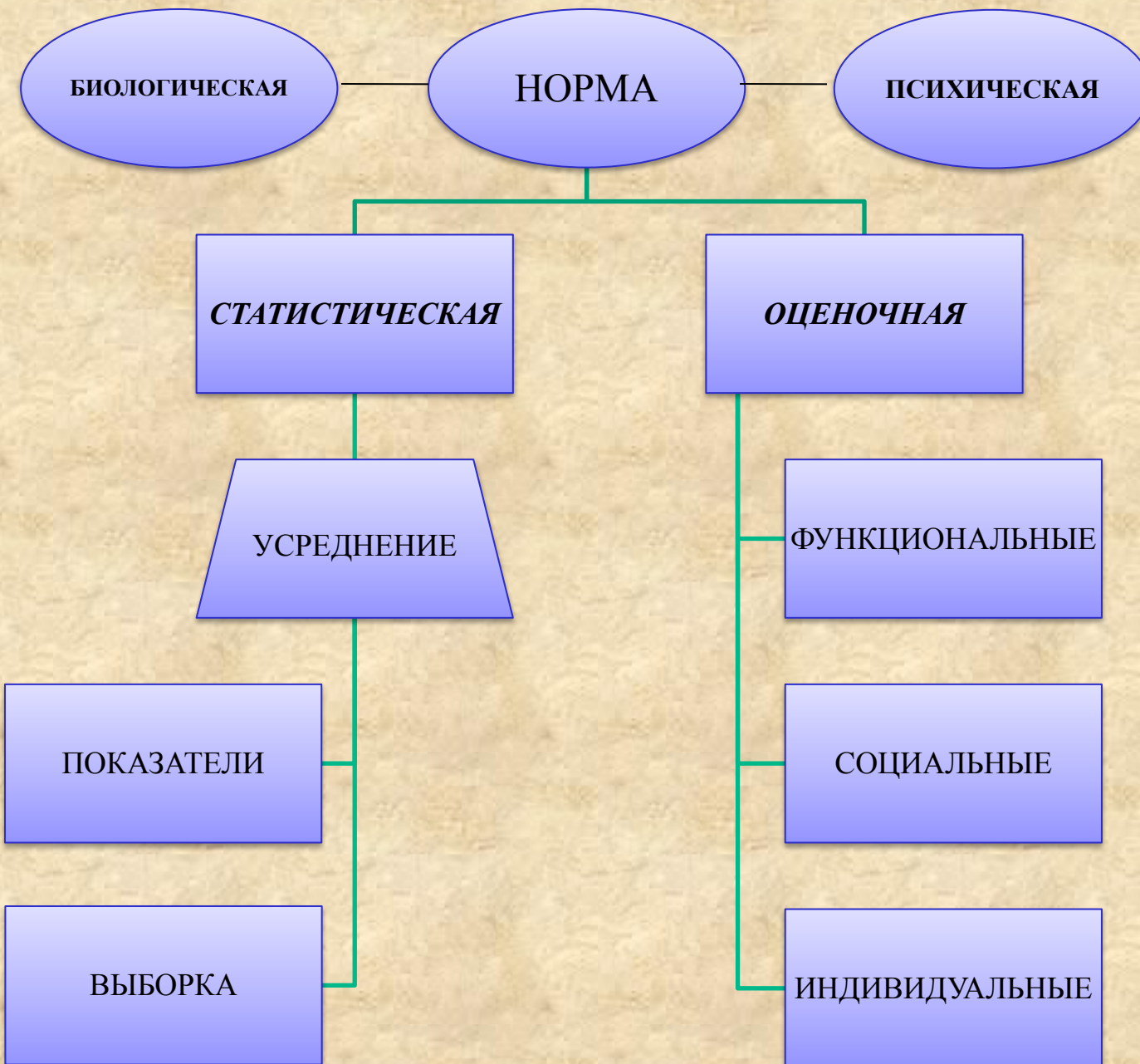
Понятия *нормы* и *патологии* соединяют психологию и медицину как критерий оценки здоровья (нормы) и болезни (патологии).

Статистическая норма определяется как среднеарифметическое значений объективных показателей организма и психики.

Оценочная норма – как субъективно идеализированный образец (норматив) физического и психического состояния.

Различают *функциональные, социальные и индивидуальные* нормы, а также нормы делят на *биологические* и *психические*.

Патология (расстройство) – есть отклонение от нормы.



2. Общее определение здоровья и болезни

Негативное: Здоровье как отсутствие болезни.

Позитивное: Здоровье качественно иное состояние — ***полное физическое, душевное и социальное благополучие.***

По ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения)

Здоровье — это такое состояние ч. при котором

Сохранены структурные и функциональные ***характеристики*** организма;

Имеется высокая ***приспособляемость*** к воздействию среды (природной и социальной);

Имеется благополучие (эмоциональное и социальное).

Болезнь — это расстройство нормы жизнедеятельности под влиянием патогенных факторов среды.

ЗДОРОВЬЕ

ПОЗИТИВНОЕ
(по ВОЗ)

НЕГАТИВНОЕ
(отсутствие болезни)

СОХРАННОСТЬ
структуры и
функций организма

ПРИСПОСОБЛЯЕМОСТЬ
к патогенным воздействиям
среды (природной,
социальной)

БЛАГОПОЛУЧИЕ
физическое,
социальное,
психическое

3.1. Критерии психического здоровья (по ВОЗ)

Здоровье вообще и психическое здоровье в частности представляют собой динамическое сочетание различных показателей:

- 1) осознание и чувство непрерывности, постоянства своего "Я";
- 2) чувство постоянства переживаний в однотипных ситуациях;
- 3) критичность к себе и к результатам своей деятельности;
- 4) соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий;
- 5) способность управления своим поведением в соответствии с общепринятыми нормами;
- 6) способность планировать свою жизнь и реализовывать свои планы;
- 7) способность изменять поведение в зависимости от жизненных ситуаций и обстоятельств.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

```
graph LR; A[ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ] --- B[ЦЕЛОСТНОСТЬ ЛИЧНОСТИ]; A --- C[ПОСТОЯНСТВО]; A --- D[КРИТИЧНОСТЬ К СЕБЕ]; A --- E[АДЕКВАТНОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ]; A --- F[САМОУПРАВЛЯЕМОСТЬ]; A --- G[ОРГАНИЗОВАННОСТЬ]; A --- H[АДАПТИРУЕМОСТЬ];
```

A mind map diagram with a central node on the left and seven branches extending to the right. Each branch ends in a light blue rounded rectangular box containing a specific concept. The background is a textured, light brown surface.

ЦЕЛОСТНОСТЬ ЛИЧНОСТИ

ПОСТОЯНСТВО

КРИТИЧНОСТЬ К СЕБЕ

АДЕКВАТНОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

САМОУПРАВЛЯЕМОСТЬ

ОРГАНИЗОВАННОСТЬ

АДАПТИРУЕМОСТЬ

3.2. Критерии психического нездоровья

Наличие признаков, противоположных критериям здоровья, а также:

- 1) Наличие отдельных *негативных психических реакций*, которые превышают статистическую норму.
- 2) Наличие *психический состояний*, мешающих выполнению поставленных задач и целей, ведущих к неуспеху, приносящих вред.
- 3) Наличие *деструктивных типов поведения* для человека и/или окружающих.

Существенно осложняет лечение сам факт того, что *психически нездоровый человек может не считать себя больным.*

4.1 Конструкт болезни

СЛЕДСТВИЯ

(роль больного, жалобы, плохое самочувствие)

БОЛЕЗНЬ

(дефекты, патология)

ПРИЧИНЫ

(биологические,
психологические,
социальные)

4.2. Модели болезни

Биомедицинская модель болезни (с XVII в.): природные факторы как внешние причины заболевания. Основана на 4-х идеях:

- 1) *теория возбудителя*;
- 2) *концепция трех сущностей* - "хозяина", "агента" и окружения;
- 3) *клеточная концепция*;
- 4) *механистическая концепция*, согласно которой человек - это прежде всего тело, а его болезнь - поломка какой-то части организма.

Биопсихосоциальная модель болезни (в конце 70-х гг. XX в.).

В основе этой модели лежит диада "*диатез - стресс*", где **диатез** - это биологическая предрасположенность к определенному болезненному состоянию, а

стресс - психосоциальные факторы, актуализирующие эту предрасположенность.

Взаимодействие диатеза и стресса объясняет любое заболевание.

Альтернативные конструкты болезни основаны на том, что граница норма/патология размыта. Сегодня более предпочтительным становится термин "**психические, личностные и поведенческие расстройства**", который охватывает различные виды нарушений, включая болезни в узком смысле этого слова.

5. Внутренняя картина здоровья.

ВКЗ – это представление и особое отношение личности к своему здоровью, которое выражается в осознании его ценности и активно-позитивном стремлении к его совершенству.

ВКЗ включают 3 уровня отражения здоровья:

- 1. Интеллектуальный компонент** – предполагает представление о состоянии здоровья. Зависит от возраста и интеллекта.
- 2. Эмоциональный компонент** – связан с различными видами эмоционального реагирования на здоровье. Определяется индивидуально-психологическими характеристиками, особенностями эмоционального реагирования на различные жизненные ситуации.
- 3. Поведенческий уровень** – связан с актуализацией деятельности по сохранению здоровья. Это более высокий уровень отношения к здоровью.

Факторы, влияющие на ВКЗ:

- 1) Индивидуальные личностные особенности;
- 2) Состояние здоровья;
- 3) Возраст;
- 4) Социально-бытовые условия и уровень жизни;
- 5) Отношение к себе и своей деятельности (самооценка).

5.1. Модели здоровья

Выделяют следующие **концептуальные модели здоровья** (Калью П.И., 1998):

Медицинская модель – содержит лишь медицинские признаки и характеристики здоровья, здоровьем считают отсутствие болезней и их симптомов.

Биомедицинская модель – рассматривает отсутствие у человека органических нарушений и субъективных ощущений нездоровья.

Биосоциальная модель – включает биологические и социальные признаки, которые рассматриваются в единстве, но социальным признакам придается приоритетное значение.

Ценностно-социальная модель здоровья предполагает, что здоровье – ценность для человека, необходимая предпосылка для полноценной жизни, удовлетворения материальных и духовных потребностей, участие в труде и социальной жизни, экономической, политической, научной, культурной и других видах деятельности. Этой модели наиболее полно соответствует определение здоровья, сформулированное ВОЗ.

Выделяют три вида здоровья: **физическое, психологическое и социальное.**

Физическое здоровье – это состояние организма человека, характеризующееся возможностями адаптироваться к различным факторам среды обитания, уровнем физического развития, физической и функциональной подготовленностью организма к выполнению физических нагрузок.

Социальное здоровье находит отражение в следующих характеристиках: адекватное восприятие социальной действительности, интерес к окружающему миру, адаптация к физической и общественной среде, культура потребления, альтруизм, эмпатия, ответственность перед другими, демократизм в поведении.

6.1. Внутренняя картина болезни (ВКБ)

Термин **ВКБ** предложен отечественным врачом-терапевтом Романом Альбертовичем Лурией (1874-1974) как *внутренний мир больного, его переживания, ощущения и представления о болезни и ее причинах*: все то, что привело его к врачу.

- УРОВНИ ВКБ:**
- 1. Чувственный (сенситивный)** – наличие физ. дискомфорта, боли;
 - 2. Эмоциональный** – тревога, страх и т.п.;
 - 3. Интеллектуальный** – рациональное осознание факта болезни;
 - 4. Поведенческий (мотивационный)** – выбор поведения в связи с болезнью.

Этапы ВКБ:

- 1. Сенсологический** – боль, неприятные ощущения от болезни;
- 2. Оценочный** – оценка собственного состояния;
- 3. Этап выраженного отношения к болезни** – формируется отношение к болезни.

Субъективные оценки (пациента) и объективные (врача) часто не совпадают, что может осложнить лечение.

Фазы болезни

- 1. Предмедицинская фаза** – длится до начала общения с врачом, появляются первые признаки болезни и заболевший стоит перед решением вопроса об обращении за медицинской помощью.
- 2. Фаза ломки жизненного стереотипа** – больной становится изолированным от работы, а часто и от семьи при госпитализации. У него нет уверенности в характере и прогнозе своего заболевания, и он полон сомнений и тревог.
- 3. Фаза адаптации к болезни** - снижение напряженности и тревоги, т.к. острые симптомы болезни постепенно уменьшаются, больной уже приспособился к факту заболевания.
- 4. Фаза «капитуляции»** – больной примиряется с судьбой, не предпринимает активных усилий к поиску «новых» методов лечения. Он становится равнодушным или негативно угрюмым.
- 5. Фаза формирования компенсаторных механизмов** приспособления к жизни, установки на получение каких-либо материальных или иных выгод от болезни (рентные установки).

6.2. Факторы, влияющие на ВКБ

1. *Личностные особенности* (пол, возраст, темперамент, отношение к б., жизненные ценности);
2. *Характер протекания заболевания* (болезненность, наличие увечий и дефектов, необходимость ухода и лечения);
3. *Обстоятельства в которых протекает болезнь* (проблемы и ожидания, место и время, кто несет ответственность за заболевание);
4. *Социальное положение.*

6.2. Факторы, влияющие на ВКБ

1. Возраст.

2. Пол.

3. Профессия.

4. Семейное положение.

5. Характер болезни.

6. **Обстоятельства, в которых протекает болезнь:**

- проблемы и неуверенность, которые приносит с собой болезнь;
- среда, в которой происходит болезнь;
- причина болезни: считает ли больной виновником заболевания себя или других

7. **Преморбидная личность (личность до заболевания):**

- степень общей чувствительности к прямым, особенно неприятным факторам, например, к боли, шуму, клиническим методам обследования;
- темперамент, характер, акцентуации характера;
- характер и шкала ценностей – люди с повышенным чувством ответственности и долга по отношению к семье и обществу стараются выздороветь быстрее.

Люди с низкой степенью ответственности по отношению к близким часто используют болезнь для своей выгоды и пользы; медицинская сознательность проявляется реальной оценкой болезни и соответственной оценкой собственной ситуации

8. **Определяемые пациентом «выгоды» болезни.**

9. **Тип реагирования на болезнь.**

10. **Воспитание и мировоззрение пациента.**

11. **Психологические защитные механизмы.**

7. Типологии ВКБ

1. *По типу эмоционального отношения к болезни (2 типа):*
нозофильный и нозофобный .

нозофильный - «любить болезнь»,

нозофобный – «бояться болезни».

2. *По степени осознания факта заболевания и его тяжести (4 типа):*

- *анозогнозический* – отсутствие понимания, полное отрицание своей болезни;
- *гипонозогнозический* – недостаточное понимание, неполное признание факта болезни у самого себя;
- *гипернозогнозический* – преувеличение тяжести заболевания, приписывание себе болезни, избыточная эмоциональная напряженность в связи с болезнью;
- *прагматический* – реальная оценка своего заболевания, адекватные эмоции по отношению к ней.

Типы ВКБ (продолжение)

3. По нескольким признакам:

- а) **нормальный тип** – субъективное состояние и отношение соответствует объективному состоянию;
- б) **пренебрежительный тип** – недооценка серьезности болезни, больной не лечится и не бережет себя, необоснованный оптимизм;
- в) **отрицающий тип** – больной не обращает внимания на болезнь, не обращается к врачу;
- г) **нозофобный тип** – больной боится болезни, слишком опасается ее;
- д) **ипохондрический тип** – больной догадывается или убежден в том, что страдает тяжелым заболеванием, но не говорит о своих опасениях, так как боится быть смешным или боится подтверждения;
- е) **нозофильный тип** – больному очень нравится болеть, он лелеет свою болезнь;
- ж) **утилитарный тип** – как высшее проявление нозофилии: получение сочувствия и внимания в ситуации болезни, получение материальных выгод, возможность с помощью болезни выйти из неприятной ситуации.

Тип отношения к болезни (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980)

1. **Гармонический**– правильная, трезвая оценка, нежелание обременять других.
2. **Эргопоэтический**– «уход от болезни в работу».
3. **Анозогностический**– активное отбрасывание мысли о болезни, «обойдется».
4. **Тревожный**– непрерывное беспокойство и мнительность, приметы, ритуалы.
5. **Ипохондрический**– крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочного действия лекарств, процедур.
6. **Неврастенический** – поведение по типу «раздражительной слабости». Нетерпеливость и вспышки раздражения на первого встречного (особенно при болях), затем – слезы и раскаяние.
7. **Меланхолический**– неверие в выздоровление, удрученность, депрессии.
8. **Апатический**– полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение.
9. **Сенситивный**– чувствительный к межличностным отношениям, полон опасений, что окружающие его избегают из-за болезни, боязнь стать обузой для близких.
10. **Эгоцентрический**– «уход в болезнь», страдания напоказ, требовательность.
11. **Паронояльный**– во всем злой умысел, халатность медперсонала.
12. **Дисфорический**– мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым. Вспышки гнева с требованием от близких угождения во всем.

8. Патологические реакции на болезнь

Патологические реакции – те которые не соответствуют силе и значимости раздражителя в ситуации болезни. Как правило делятся на более двух недель.

1. **Депрессивная** – астенизация, снижение настроения, мрачные взгляды на себя в будущем;
2. **Фобическая** – повышенная тревожность, страхи, нарушение сна, опасения;
3. **Истерическая** – чрезмерная утрированность состояния, попытки привлечь внимание и получить выгоду от болезни;
4. **Ипохондрическая** – чрезмерная озабоченность, приписывание более тяжелого заболевания, усиление симптомов;
5. **Анозогнозическая** – отрицание заболевания, бегство от факта болезни.

9. Психосоматика

Психосоматика (др.-греч. ψυχή — душа и σῶμα — тело) — направление в медицине (психосоматическая медицина) и психологии, изучающее влияние психологических факторов на возникновение и течение соматических (телесных) заболеваний.

«Чикагская семерка» психосоматических заболеваний (Франц Александер):

1. *эссенциальная артериальная гипертензия;*
2. *язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;*
3. *неспецифический язвенный колит;*
4. *бронхиальная астма;*
5. *нейродермит;*
6. *ревматоидный артрит;*
7. *психосоматический тиреотоксикоз.*

Психосоматические заболевания — это заболевания, причинами которых являются в большей мере психические процессы больного, чем непосредственно какие-либо физиологические причины. Если медицинское обследование не может обнаружить физическую или органическую причину заболевания, или если заболевание является результатом таких эмоциональных состояний как гнев, тревога, депрессия, чувство вины, тогда болезнь может быть классифицирована как психосоматическая.

9.1. Классификация психосоматических расстройств

Конверсионный синдром –

выражение невротического конфликта *без патологии органов и тканей*. В качестве примера можно назвать истерические параличи, рвота, психогенная глухота, болевые ощущения.

Функциональный психосоматический синдром. Обычно сопровождает неврозы, *наблюдаются нарушения в функциях органов*. Например, мигрень или вегетососудистая дистония.

Органические психосоматические расстройства (психосоматозы). Являются первичной телесной реакцией на переживания, характеризуются *патологией тканей и нарушением функций*. Сюда относят язвенную болезнь и колит, ревматоидный артрит, бронхиальную астму и гипертонию.

9.2. Концепции психосоматики

Конверсионная теория (З.Фрейд): конверсия – смещение психического конфликта и попытка разрешить его через различные симптомы в области тела.

Теория вегетативного невроза (Ф.Александр): бессознательный конфликт приводит к эмоциональному напряжению, сопровождаемому устойчивыми изменениями ВНС. Подобные изменения могут повлечь за собой изменения ткани, а возможно, даже необратимые поражения органов.

Концепция "личностных профилей" (Ф.Данбар): психосоматическое заболевание – это результат взаимодействия соматических реакций с постоянными личностными параметрами.

Модель десоматизации – ресоматизации (М.Шур). В ее основе лежит понятие "регрессия" – возврат с высшей на низшую стадию развития, когда в отягощающих ситуациях активизируются бессознательные, невротические конфликты и под давлением неуверенности в себе может наступить регресс на инфантильно-соматические, физиологические формы реагирования.

Концепция двуэшелонной обороны (А. Митчерлих) – психосоматическое заболевание – это результат неспособности личности («первый эшелон») с внутренними конфликтами.

10.1. Психотерапия

Психотерапия — это вид лечения, при котором основным инструментом воздействия на психику больного является слово врача. Психотерапия в широком смысле охватывает всю область общения врача и больного. Врач-клиницист любого профиля, общаясь с больными, неизбежно оказывает на него психологическое воздействие.

Психотерапия имеет **целью** устранить проявления болезни, изменить отношение больного к своему состоянию, самому себе и окружающему.

Выделяют следующие основные **методы психотерапии**:

- 1) **рациональная психотерапия**;
- 2) **суггестивная психотерапия**, включающая внушение наяву, в состоянии гипнотического сна и самовнушение (аутосуггестия);
- 3) **коллективная (групповая) психотерапия** (семейная, поведенческая, игровая, имаготерапия [От лат. *imago* — воображение.], психоэстетотерапия и т. д.);
- 4) **наркопсихотерапия**.

Методы психотерапии могут сочетаться с другими видами лечения (медикаментозное лечение, физиотерапия, лечебная физкультура, трудотерапия и др.).

Понятие психотерапии имеет **медицинский** и **психологический** аспект.

10.2. Психокоррекция. Психологическое консультирование.

Психокоррекция - это система мероприятий, направленных на исправление недостатков психологии или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия.

Психологическое консультирование — профессиональная помощь клиенту в поиске разрешения его проблемной ситуации. Психологическое консультирование ориентировано на **психически здоровых** людей, попавших в сложную жизненную ситуацию или желающих улучшить качество жизни.

Цель психологического консультирования — помочь клиенту в решении его проблемы. Осознать и изменить малоэффективные модели поведения, для того, чтобы принимать важные решения, разрешать возникающие проблемы, достигать поставленных целей, жить в гармонии с собой и окружающим миром.

10.2. Психотерапия и психокоррекция: Направления:

Можно выделить 3 направления:

- 1) *Психодинамическое направление* (З.Фрейд, А.Адлер, К.Г.Юнг). Основано на базе психоанализа и включает в себя психоаналитические школы, постулирующие в качестве основы психических расстройств конфликты между Ид и Супер Эго, а также ранние детские травмы. Фокус работы – **прошлое** клиента.
- 2) *Когнитивно-поведенческое направление* (А.Бек, А.Эйлис). Основано на соединении бихевиоризма и когнитивной психологии. Включает школы, постулирующие в качестве основы психических расстройств нарушения мышления и поведения. Фокус работы – **настоящее**.
- 3) *Экзистенциально-гуманистическое направление* (В.Франкл, К.Роджерс, И. Ялом). Создано на базе экзистенциальной и гуманистической психологии. Постулирует в качестве основы психических расстройств потерю смысла жизни и «остановку роста». Фокус работы – **в будущем**.

11. Ятрогении

Ятрогения (др.-греч. *ιάτρος* — врач + др.-греч. *γενεά* — рождение) — ухудшение физического или эмоционального состояния человека, невольно спровоцированное медицинским работником. Обычно имеется в виду влияние неосторожных высказываний врача.

В числе **ятрогенных факторов** выделяют:

- риски, связанные с терапевтическим воздействием;
- неблагоприятные (побочные) эффекты назначенных лекарственных средств;
- избыточное назначение лекарственных средств;
- нежелательные лекарственные взаимодействия;
- врачебные ошибки;
- неверное выполнение назначений, неразборчивым почерком или опечатками;
- халатность;
- недоучёт или недостаток информации, процедур, техник и методов

Р. А. Лурия выделяет **два типа ятрогении**:

Первый тип характеризуется тем, что пациент не имеет серьезного органического заболевания, но скорее функциональные расстройства, но неправильно понимает слова врача, принимая свою болезнь за неизлечимую или тяжелую;

Второй тип определяется как наличие у пациента тяжелого заболевания, которое усугубляется вслед за состоянием ухудшающемся неосторожными словами врача:

11.1 Этика и деонтология в медицине

Ятрогении можно избежать, руководствуясь принципом «не навреди» и выполняя следующие предписания:

- 1) *Поддержание субординации с коллегами;*
- 2) *Запрет критики коллег в присутствии больного;*
- 3) *Корректность с пациентом. Не допускать панибратства;*
- 4) *Учет индивидуально-психологических особенностей пациента, его мотивированности и отношению к лечению.*
- 5) *Взвешенность в общении с пациентом, помня про психосоматику.*
- 6) *Предугадывать как пациентом может быть интерпретирована информация, полученная от врача;*
- 7) *Строгое сохранение врачебной тайны.*



Литература

В помощь слушателям
подготовлен
инновационный учебник
нового типа,
совмещающий в себе
изучение предмета
*«Психология и
педагогика»*
с развитием навыков
эффективного
обучения, включая
технологии развития
Заказ учебника и поурочных
памяти, быстрого
материалов по электронной почте
чтения, логического
мышления.
vfursov@mail.ru

В помощь слушателям

ТРЕНИНГИ И ВЕБИНАРЫ ПО:

Эффективным техникам обучения;
Эффективной обработки информации;
Развитию памяти;
Быстрому чтению;
Развитию логического мышления;
Развитию клинического мышления;
Развитию интуиции;
Мотивации к учебной и профессиональной
деятельности.

*Записаться на дополнительные занятия и тренинги можно по электронной
почте*

vfursov@mail.ru

Спасибо за внимание