

Соматопсихічні впливи



ПЛАН

- 1. Психогенний вплив хвороби на особистість хворого.*
- 2. Психічні порушення при соматичних розладах*
- 3. Психологічні особливості різних категорії хворих:*
 - 3.1.Клінічна психологія у клініці внутрішніх хвороб*
 - 3.2.Клінічна психологія в хірургії*
 - 3.3.Психологія хворих з дефектами тіла*
 - 3.4.Клінічна психологія в педіатрії*

1. Види впливу хвороби на психіку хворого

Соматогенні шкідливі впливи:

- ефекти хронічного болю: порушення загоєння ран, розпад м'язової та сполучної тканини, порушення дихання, тривога, депресія, порушення сну, екзистенційні страждання;
- ефекти порушення гемодинаміки чи інтоксикації: порушення мислення (маячення), порушення сприйняття (гіперестезія, галюцинації)

Психогенний вплив хвороби на психіку:

- психологічна реакція на сам факт захворювання - *“внутрішня картина хвороби”*

Структура внутрішньої картини хвороби (за В.В.Ніколаєвою)

- **відчуттєвий рівень**, пов'язаний з відчуттями;
- **емоційний рівень**, пов'язаний з різними видами реагування на окремі симптоми, захворювання в цілому і його наслідки;
- **інтелектуальний рівень**, пов'язаний з уявленням, знаннями хворого про своє захворювання, роздумами про його причини та можливі наслідки;
- **мотиваційний рівень**, пов'язаний з певним ставленням хворого до своєї хвороби, зі зміною поведінки та способу життя в умовах хвороби і актуалізацією діяльності, спрямованої на повернення й збереження здоров'я.

Форми ВКХ:

- *гіпернозогнозія* – переоцінка значення окремих симптомів і хвороби в цілому;
- *гіпонозогнозія* – недооцінка серйозності хворобливих змін;
- *нормонозогнозія* – адекватна оцінка стану і перспектив, що співпадає з об'єктивними даними;
- *диснозогнозія* - спотворене сприйняття і заперечення хвороби та її симптомів з метою диссимуляції чи через страх перед її наслідками;
- *анозогнозія*, - повне заперечення хвороби як такої, що є характерним для хворих алкоголізмом та онкологічних хворих.

Поняття внутрішньої картини хвороби (ВКХ)

ВКХ – це все, що відчуває і переживає хворий, вся маса його відчуттів, його загальне самопочуття, його уявлення про свою хворобу, про її причини – весь той величезний світ хворого, який утворюється з досить складних сполучень сприйняття і відчуття, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань і травм (*Р.А.Лурія*).

Чинники, що впливають на формування структури ВКХ

- *психологічні* (особливості мотиваційно-вольової, емоційної, когнітивної сфер особистості, система смисло-життєвих орієнтацій, структура самооцінки тощо);
- *соціальні* (якість життя, професія, соціальний статус, стосунки у сім'ї, соціальні контакти);
- *конституціональні* (характерологічний устрій особистості);
- *психопатологічні* (наявність психічної патології, що передувала соматичному захворюванню чи проходить паралельно);
- *соматичні* (клінічні особливості захворювання).

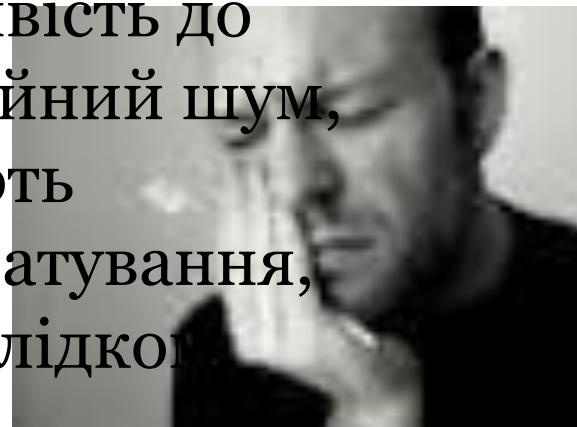
2. Синдроми психічних порушень при соматичних розладах

Почуття **тривоги** і **страху**, пов'язані з фізіологічним дискомфортом і больовими відчуттями:

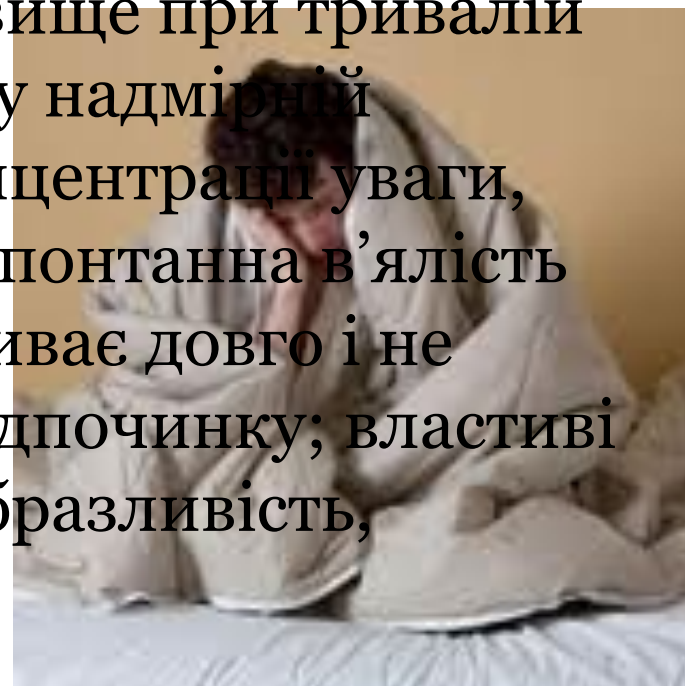


- *іпохондричні фобії* (страх захворіти взагалі) та
- *нозофобії* (страх конкретної хвороби - кардіофобії, канцерофобії) при відсутності соматичного захворювання.

- **Гіперестезія** – підвищена чутливість до звичних подразників, коли звичайний шум, світло, дотик одягу, розмови стають неприємними, викликають роздратування, плаксивість, образу чи гнів. Є наслідком наростаючої інтоксикації.

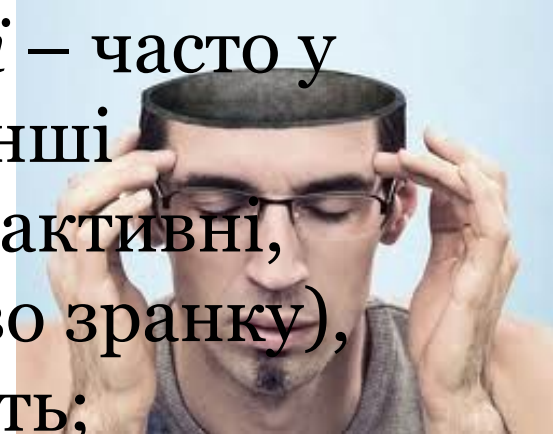


- **Астенія** – найбільш типове явище при тривалій важкій хворобі. Проявляється у надмірній втомлюваності, труднощах концентрації уваги, загальмованості сприйняття; спонтанна в'ялість виникає без навантаження, триває довго і не проходить після звичайного відпочинку; властиві також емоційна лабільність, образливість, гіперестезія, порушення сну.

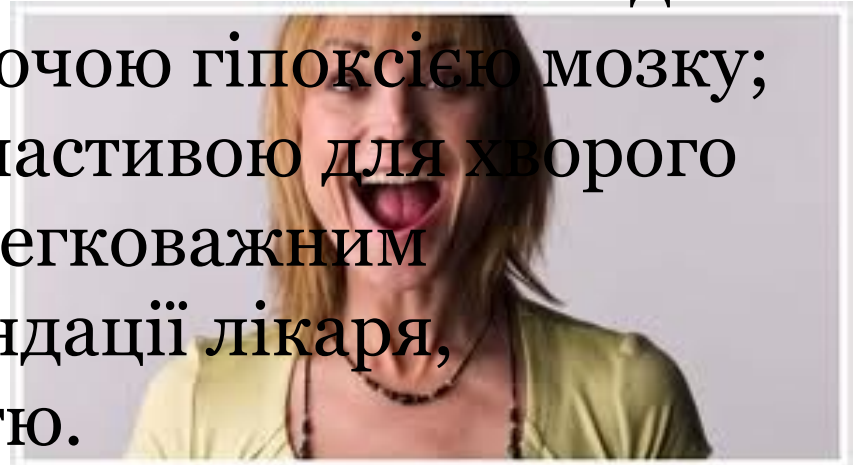


Афективні розлади:

- *депресивні стани і субдепресії* – часто у вигляді "масок", які імітують інші захворювання; такі хворі малоактивні, пригнічені, тривожні (особливо зранку), відчувають розбитість, слабкість;



- *гіпоманіакальні стани* – частіше є наслідком інтоксикації з наростаючою гіпоксією мозку; характеризуються невластивою для хворого раніше говірливістю, легковажним ставленням до рекомендації лікаря, безпідставною веселістю.



Гострі психотичні стани – **психози** - виникають при гострому розвитку хвороби.

- *Делірій* – вплив яскравих галюцинацій та ілюзій, маревних ідей, мінливого афекту, у якому переважають страх і тривога. Хворі рухово збуджені, порушується орієнтація в просторі і часі (у собі зберігається); балакучі, непослідовні, рухи мають перебільшену виразність; настрої мінливі, сон переривчастий, супроводжується нерідко жахливими сновидіннями. Надалі виникають зорові ілюзії та галюцинації. У першій половині дня симптоми значно або частково редукуються, переважає астенія. У другу половину дня психоз відновлюється знову. Періодично можуть з'являтися світлі проміжки (близько години).
- *Оглушення* – зниження аж до повного зникнення ясності свідомості й одночасне збідніння її змісту. Характеризується підвищенням порогу збудливості на всі подразники й збіднінням психічної діяльності; рухова активність низька, проявляється байдужість, тупий вираз обличчя, уповільнене мислення. Домогтися реакції можна лише використовуючи дуже сильні подразники.

Для віднесення психозу до розряду соматично зумовлених (екзогенного типу реакції) необхідна присутність таких чинників (за Шнайдером):

- наявність чіткої симптоматики соматичного розладу;
- очевидний зв'язок по часу між соматичними і психічними розладами;
- паралелізм перебігу соматичних і психічних розладів;
- наявність "екзогенної" чи "органічної" симптоматики.

Психоорганічний синдром з явищами

деменції – проявляється у підвищеній втомлюваності, зниженій працездатності, образливості, ослабленні уваги, фіксаційної пам'яті й інтелектуальних здібностей, уповільненні темпу мислення, зниженні рівня суджень і критичності; відбувається або нівелювання особистості, або загострення окремих рис характеру:

- експлозивний варіант - вибуховість, брутальність, агресивність;
- ейфоричний – неадекватна веселість, безтурботність; апатичний (байдужість).

Є наслідком наростання енцефалопатичних явищ.

Патологічний розвиток особистості, при якому виникають аномальні риси характеру, які раніше не були властиві людині, що сприяє виникненню конфліктів з оточуючими, утруднює діагностику та лікування основного захворювання.

Виникає при тривалому соматичному розладі, при необхідності місяцями чи й роками знаходитися у стаціонарі, при “вростанні в роль хворого”.



*Грубі психічні порушення, які
постерігаються при соматичних
розладах, повинні вивчати і
лікувати психіатри.*

3. Психологічні особливості різних категорії хворих

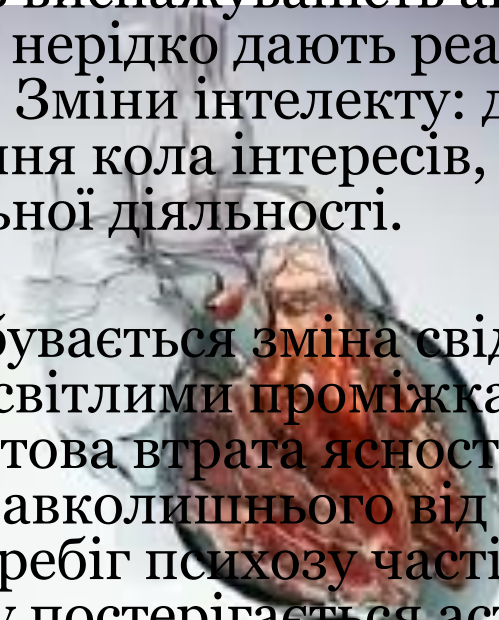
3.1. Клінічна психологія у клініці внутрішніх хвороб

Параметри самої хвороби, які впливають на побудову ВКХ:

- труднощі у визначенні характеру патологічного процесу;
- локалізація патологічного процесу (серце, кишківник, шлунок, нирки);
- вираженість больового синдрому;
- порушення функції органу чи системи;
- наявність інтоксикації;
- гострота початку захворювання;
- тривалість хвороби та її можлива хроніфікація;
- виліковуваність захворювання.

Психологічні проблеми кардіологічних хворих

- При **пороках серця** переважають неврастеноподібні стани: хворі скаржаться на підвищену стомлюваність при навантаженнях, проявляють виснажуваність активної уваги; у процесі бесіди хворі нерідко дають реакцію роздратування, плаксивості. Зміни інтелекту: деяка інертність мислення, звуження кола інтересів, знижується продуктивність інтелектуальної діяльності.
- **Ревматичні психози**: відбувається зміна свідомості частіше за типом делірію зі світлими проміжками присмеркових розладів (раптова втрата ясності свідомості з повною відчуженістю від навколишнього від декількох хвилин до декількох діб); перебіг психозу частіше хвилеподібний; після виходу постерігається астенія, у деяких випадках проявляються ознаки психоорганічного розладу.



Хворих з психічними порушеннями при некомпенсованих пороках серця не переводять у психіатричну клініку, оскільки причиною виникнення даних порушень є основне захворювання, яке потребує кваліфікованої інтервенції.

Порушення психічної діяльності при **інфаркті міокарду** зумовлені порушенням мозкового кровообігу, кисневим голодуванням і попаданням у кров токсинів.

- У *продромальному періоді* хворі відчують "неясну затуманену голову", нечітко сприймають оточуюче, не можуть зосередитися на розумовій діяльності, страждають від головного болю; з'являється тривога, туга, інколи ейфорія. Це - часто передвісники інфаркту.
- Основним проявом *гострого періоду* є больовий синдром, який супроводжується вираженим страхом смерті, що може проявлятися як у відчуженні від оточуючого, так і в подібних до паніки реакціях.

При інфаркті *задньої стінки міокарду* частіше спостерігається страх смерті, тривога, туга.

При інфаркті *передньої стінки*, а також при комбінованих ураженнях міокарду частіше спостерігається ейфорія, можливі анозогнозія чи гіпонозогнозія.

- У *перші дні після інфаркту* може виникати апатія й адинамія. Подібні прояви можуть свідчити про розвиток депресії. Наявність депресії, особливо у чоловіків, збільшує ризик смерті у 3-4 рази протягом 6 міс. після інфаркту, а також можливість виникнення повторних інфарктів.
- У *підгострому періоді* наростають прояви дратівливої слабкості.
- При *видужанні* на більш-менш тривалий термін залишаються астеничні прояви і можуть спостерігатися порушення поведінки: іпохондрична фіксація, вироблення особливого стилю поведінки, стають егоїстичними і важкими у сім'ї, стають прямолінійними, ригідними, формальними. Можливий іпохондричний розвиток особистості.

Психологічні проблеми пульмонологічних хворих

При **туберкульозі легень** – сухотах – хворі частіше сприймають повідомлення цього діагнозу як катастрофу. Багато хто з них боїться опинитися в ізоляції. Хворі бояться туберкульозу і, разом з цим, прагнуть вилікуватися. Поряд з такою реакцією зустрічається витіснення чи заперечення хвороби.

Порушення:

- астеничні прояви з переважанням фізичної астенії;
- іпохондрія;
- істеричні реакції;
- афективні розлади.

На тлі дисфоричного ставлення до хвороби можуть спеціально інфікувати здорових людей з почуття помсти.

У художній літературі (напр., "Дама з камеліями"), а також в окремих наукових працях відзначаються такі особистісні особливості цих хворих як чутливість, еротичність, сентиментальність, виснажуваність, емоційна лабільність.



ВКХ при **бронхіальній астмі** складається з 2-х реакцій:

- реакції на хворобу і
- реакції на напад задухи.

При раптовому гострому нападі хворі переживають страх смерті від задухи чи зупинки серця, страх некупірованого нападу.

Розвиток хвороби і необхідність нерідко стаціонарного лікування провокують тривожно-фобічні та депресивні реакції, поруч з якими нерідко виникають іпохондричні страхи (напр., "страх за серце").



Клінічна психологія у гастроентерології

При **виразковій хворобі шлунку та 12-палої кишки**, у випадках їхнього повільного початку та в'язлого перебігу, психічні порушення як правило вичерпуються соматогенною астеною: у хворих проявляється дратівливість, слабкість, плаксивість, образливість.

- В інших хворих появі ВХ передують реактивні стани, зокрема невротична депресія, котрі включають скарги на болі і неприємні відчуття і ділянці шлунку та серця. Спостерігається добове коливання стану: вранці гірше, ніж увечері.
- При важкому перебігові ВХ, появі кровотечі, похудінні, виражених болях можуть виникати реактивні стани з тривогою відчаєм, інколи з суїцидальними думками. Нерідко проявляються фобічні (канцерофобія) та іпохондричні розлади.

Психологія у клініці інфекційних захворювань

Поява психічних порушень при **інфекційних захворюваннях** залежить значною мірою від стадії розвитку інфекції:

- в *інкубаційному періоді* порушень немає;
- у *продромальному* - загальносоматичні порушення – загальне нездужання, слабкість; інколи - підвищена збудливість, балакучість, піднесений настрій;
- у *період розгорнутої картини хвороби* – лихоманкова (на тлі високої температури) маячня, інфекційна маячня (частіше розвивається після зниження температури, пов'язана з виснаженням, обмінними та судинними порушеннями);
- у *період одужання* – постінфекційна астенія, вираженість якої залежить від важкості перенесеної інфекції.

ВІЛ-інфекція: хворі переживають сором, страх, докори сумління; нерідко починають мстити оточуючим і вступають у часті статеві стосунки, приховуючи факт захворювання.

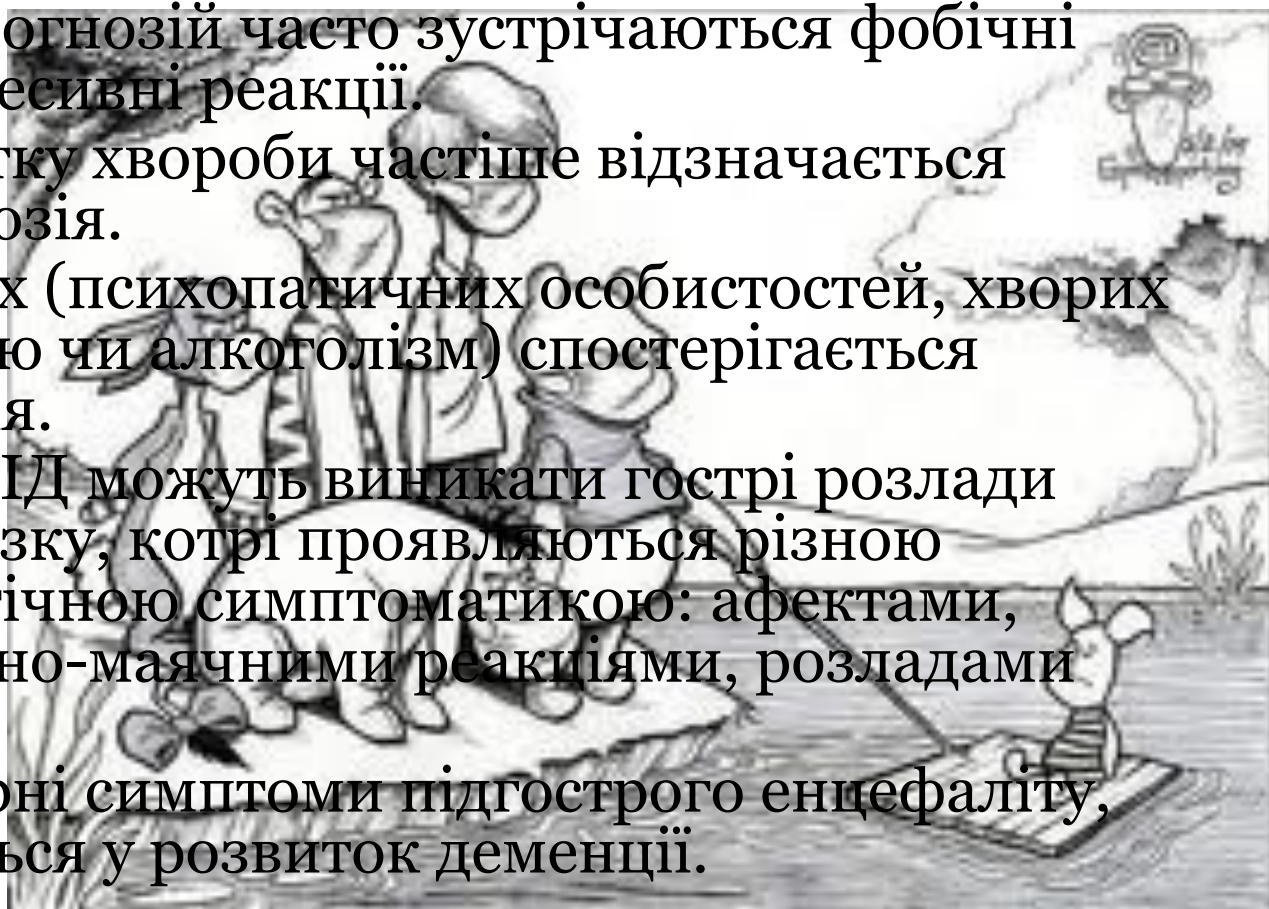
Серед гіпернозогнозій часто зустрічаються фобічні реакції і депресивні реакції.

У період розвитку хвороби частіше відзначається нормонозогнозія.

У деяких хворих (психопатичних особистостей, хворих на наркоманію чи алкоголізм) спостерігається гіпонозогнозія.

У хворих на СНІД можуть виникати гострі розлади діяльності мозку, котрі проявляються різною психопатологічною симптоматикою: афектами, галюцинаторно-маячними реакціями, розладами свідомості.

Також характерні симптоми підгострого енцефаліту, які виливаються у розвиток деменції.



3.2. Клінічна психологія в хірургії

Діагностичний етап.

Повідомлення пацієнту про необхідність операції може викликати розгубленість і навіть шок.

Найчастіше зустрічаються такі реакції на повідомлення про необхідність операції:

- тривожні стани з ажитацією,
- депресивні реакції (інколи з ризиком суїциду),
- недовіра і гнів,
- заперечення хвороби.

Тут потрібно враховувати *преморбідні особливості особистості*:

- тривожних і чутливих пацієнтів треба заспокоїти і вселити їм надію на благополучний результат;
- ригідних і впертих, які відмовляються – переконати, використовуючи аргументовані докази, при цьому не залякуючи.

Передопераційний період

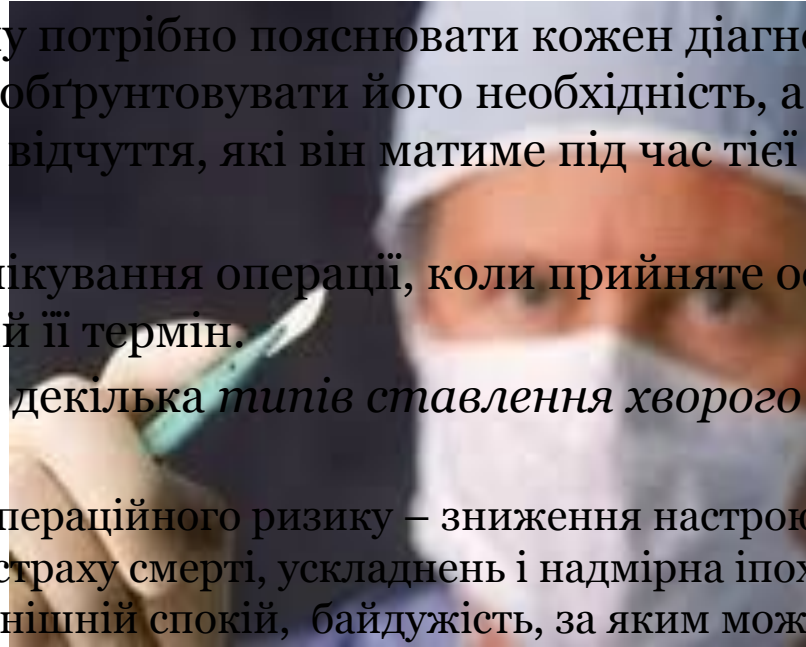
1 етап - обстеження, уточнення діагнозу, отримання згоди пацієнта на операцію. Переважно спостерігається страх:

- переживання з приводу впливу наркозу, наступного больового синдрому, можливих ускладнень, можливої втрати певних частин тіла;
- на цьому етапі хворому потрібно пояснювати кожен діагностичний та терапевтичний крок і обґрунтовувати його необхідність, а також вказувати на можливі відчуття, які він матиме під час цієї чи іншої процедури.

2 етап – безпосереднє очікування операції, коли прийняте остаточне рішення і призначений її термін.

М.В.Виноградов виділяє декілька *типів ставлення хворого до майбутньої операції*:

- переоцінка значущості операційного ризику – зниження настрою з переважанням тривоги, страху смерті, ускладнень і надмірна іпохондрична фіксація; або повний зовнішній спокій, байдужість, за яким може приховувати почуття приречення, пасивне очікування смертельного виходу;
- недовіра до лікарів, діагнозу, обґрунтованості хірургічного втручання, що супроводжується зниженим настроєм та злобою стосовно лікарів;
- заперечення необхідності операції з дисимуляцією з метою її уникнення.



Операція

- Напередодні операції важлива роль у підготовці пацієнта відводиться анестезіологу та медичним сестрам. Досвідчений анестезіолог знає, що від психічного стану хворого залежить вид премедикації та анестезії, а також їхня дія на пацієнта і його поведінка у наркозі.
- Наслідком успішної передопераційної психологічної підготовки пацієнта є скорочення необхідної дози наркотизуючих речовин і більш сприятливий перебіг післяопераційного періоду.

Післяопераційний період

- Психологічні реакції залежать від характеру хвороби, перебігу післяопераційного періоду та преморбідних особистісних особливостей. Тут також впливає больовий синдром, тому потрібна продумана знеболююча тактика терапії.
- Психотичні реакції тут виникають рідко. Частіше – у людей похилого віку з явищами атеросклерозу, у хворих на алкоголізм та у хворих з захворюваннями нирок та печінки, які супроводжуються вираженими метаболічними порушеннями.
- Ймовірність виникнення психозу зростає з важкістю операції.
- Після важких багаточасових операцій спостерігаються виражені астеничні стани, які інколи досягають рівня оглушення свідомості.
- Операції, які призвели до каліцтва (видалення молочної залози, ампутація кінцівок, видалення ока тощо) можуть викликати різні реакції, зумовлені особливостями психологічного захисту: заперечення, витіснення, заміщення, фіксацію тощо.

3.3. Психологія хворих з дефектами тіла

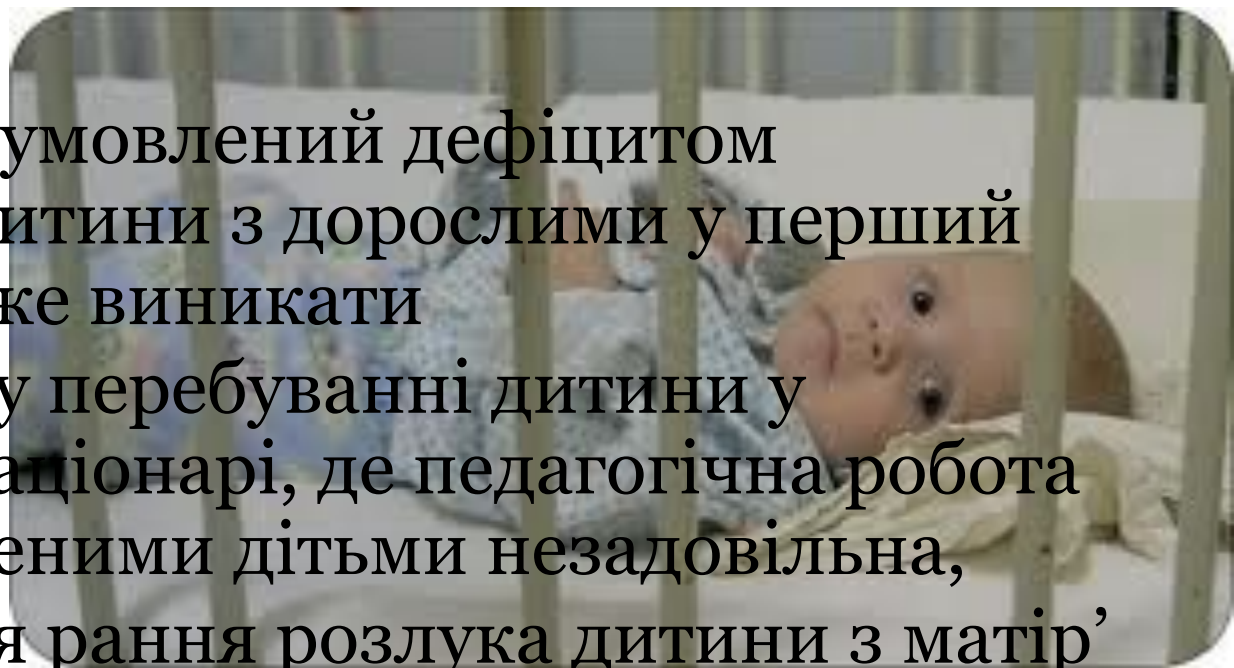
Патохарактерологічний розвиток особистості сліпої людини:

- **астенічні та ананкастні (нав'язливі) стани** – хворі погано переносять життєві труднощі, швидко втомлюються; часто звертаються у клініку зі скаргами на погане самопочуття, слабкість, висловлюють занепокоєння за своє здоров'я і здоров'я близьких; зводять до мінімуму свої контакти, обмежують себе, суворо виконують приписи лікарів; у своїх інтересах проявляють достатню наполегливість, нерідко тероризуючи близьких; на роботі відносно адаптовані; нерідко під час конфліктних ситуацій у них виникають істеричні реакції;
- **іпохондричний варіант** – поряд з вираженою астенічною симптоматикою, спостерігаються сенестопатії (різні вкрай неприємні і незвичні відчуття від різних ділянок тіла та окремих органів і не мають органічних причин; можуть біти мігруючими чи локалізованими) та парестезії, котрі сприймаються хворими як ознаки важкого соматичного розладу; вони звертаються до різних лікарів, вимагають обстежень; у них можуть формуватися утриманські установки. З часом іпохондрична симптоматика змінюється хронічними афективними розладами, поряд з наростаючими змінами характеру.

3.4. *Клінічна психологія в педіатрії*

Госпіталізм, зумовлений дефіцитом спілкування дитини з дорослими у перший рік життя, може виникати

- при тривалому перебуванні дитини у медичному стаціонарі, де педагогічна робота з новонародженими дітьми незадовільна,
- коли відбулася рання розлука дитини з матір'ю (перебування дитини у домі малюка),
- а також коли дитина знаходиться у сім'ї, де їй не приділяється належна увага.



Динаміка госпіталізму:



- при розлучі з мамою (особливо у 6-тимісячному і старше віці) дитина плаче, вимагає маму чи того, хто її може замінити;
- через місяць з'являється реакція "втечі", коли до дитини хтось підходить;
- ще через місяць дитина починає уникати усіх контактів з оточуючим світом, її реакції на оточуюче зводяться до мінімуму, вона вже не кричить, у неї зникають мимічні вирази; настають атонія та апатія, а також безсоння, повна чи часткова відмова від їжі, чутливість до інфекцій, призупинення росту. Дитина безкінечно ссе свої пальці, розглядає свої руки, колупається в носі, у вухах, подразнює ділянку геніталій.

У дитячих лікувальних закладах дуже важлива організація необхідної психолого-педагогічної допомоги.

Дякую за увагу!

