

Медицинская психология



***Внутренняя картина
болезни
и психология больного***

Внутренняя картина болезни (ВКБ) - это осознанное целостное представление больного о своем заболевании, его психологическая оценка субъективных проявлений болезни.

В структуре ВКБ различают **несколько уровней**:

1. **чувственный**, или сенситивный - комплекс субъективных болезненных ощущений;
2. **эмоциональный** – реагирование переживание пациентом отдельных симптомов или болезни в целом;
3. **интеллектуальный** - знание о болезни и ее реальная оценка, глубина осознания тяжести, последствий заболевания;
4. **мотивационный** - отношение пациента к своему заболеванию и восстановлению здоровья.

На формирование ВКБ влияют (Р.А. Лурия):

- ✓ **Преморбидные особенности** личности
- ✓ **Ситуации** в которых оказывается больной (в семье' на работе' в клинике);
- ✓ **Специфика заболевания** (острая, хроническая, требующая оперативного вмешательства...)

В результате взаимовлияния этих факторов формируется один из типов реагирования на болезнь.

Тип реагирования - это переживания, высказывания, действия, а также общий рисунок поведения больного, связанный с заболеванием.



Р.А.Лурия,
психотерапевт

Преморбидная личность – личность, какой она была до заболевания (возраст, пол, характер):

- a) **Степень чувствительности** к неприятным факторам (шуму, боли, клиническим методам обследования...)
- b) **Характер эмоциональной реактивности** (подверженность страху, тревожности, пессимизму и наоборот)
- c) **Характер и шкала ценностей** (наличие или отсутствие ответственности и чувства долга по отношению к окружающим)
- d) **Медицинская сознательность**, проявляющаяся в реалистичности оценки болезни в соответствии с имеющейся ситуацией

« 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 совершенно ложным следам, психастеник будет преувеличивать, а сангвиник преуменьшать и даже отрицать своё заболевание»



Петр Борисович
Ганнушкин

Типы психологического реагирования на тяжелое соматическое заболевание

Типология реагирования на заболевание (А.Е.Личко и Н.Я. Иванова) включает в себя 13 типов психологического реагирования на заболевание, выделенных на основе оценки влияния трех факторов: природы самого соматического заболевания, типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера и отношения к данному заболеванию в референтной (значимой) для больного группе.



Александр Евгеньевич
Личко

В первом блоке находятся те типы отношения к болезни, при которых не происходит существенного нарушения адаптации:

Гармоничный: характерна трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае инвалидизации – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными. При неблагоприятном прогнозе происходит сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, своего дела.

Эргопатический: характерен "уход от болезни в работу". Даже при тяжести болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало работу продолжать. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться исследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы.

Анозогнозический: характерно активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, отрицание очевидного в проявлении болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения, желание обойтись своими средствами.

Во второй блок входят типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации:

- **Тревожный:** непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнений, методах лечения, непрерывный поиск "авторитетов". Более интересуют объективные данные о болезни (результат анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Настроение прежде всего тревожное, угнетенность – вследствие этой тревоги.
- **Ипохондрический:** сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований обследования и боязни вреда и болезненности процедур.
- **Неврастенический:** характерно поведение по типу "раздражительной слабости". Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. В последующем – раскаяние за беспокойство

- **Меланхолический:** характерна удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг, неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.
- **Эйфорический:** характерно необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что "само все обойдется". Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушения режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни.
- **Апатический:** характерно 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 ранее волновало.
- **Обессивно-фобический:** характерна 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. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

- **Сенситивный:** характерна чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое может произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, с опаской относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятность отношения с их стороны в связи с этим.
- **Эгоцентрический:** характерен "Уход в болезнь", выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы – все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся "на себя". Постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.
- **Паранойяльный:** характерна уверенность, что болезнь – результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать осложнения лечения и побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.
- **Дисфорический** (характерно тоскливо-озлобленное настроение).

Ситуация, в которой протекает болезнь:

- а) Проблемы и неуверенность, которые приносит болезнь
- б) Среда, в которой протекает болезнь (семья, и её отношение, домашняя обстановка)
- с) Причина болезни (кого винит больной- себя, других людей



Классификация реакций на болезнь

Р. Конечного и М. Боухала

- **нормальная** - пациент адекватно оценивает свое состояние; .
- **пренебрежительная** - пациент недооценивает тяжесть возникшего состояния;.
- **отрицающая** - пациент игнорирует заболевание;
- **ипохондрическая** - уход в болезнь;
- **нозофобная** - пациент осознает, что его опасения за свое здоровье преувеличены, но ничего поделать с ними не может;
- **нозофильная** - пациент испытывает удовлетворение от возможности освободиться от ряда обязанностей из-за болезни;
- **утилитарная** - пациент стремится получить моральную или материальную выгоду от болезни.

Утилитарная реакция может быть неосознаваемой или частично осознаваемой, встречается и у здоровых людей. С этой точки зрения бывают следующие **типы реакций** :

Аггравация – осознаваемое преувеличение признаков заболевания и жалоб в связи с мотивами более глубокого происхождения (внешними –потребность использовать лист нетрудоспособности для решения личных проблем, внутренними –потребность в большем участии со стороны медработников в связи с особенностями жизни)

Симуляция – притворство, с помощью которого пытаются создать впечатление о наличии заболевания. Встречается реже. Это либо примитивные люди, либо очень опытные)

Диссимуляция – это скрывание болезни и её признаков. Чаще встречается в психиатрической клинике. В других клиниках это обычно связано с наличием невыгод.

Изменения личности, которые происходят у больного, можно оценить по следующим критериям:

- изменение содержания ведущего мотива деятельности. Формируется новый мотив, например, мотив голодания при анорексии;
- замена содержания ведущего мотива содержанием более низкого мотива; упрощение деятельности, обеднение ее структуры;
- сужение круга отношений человека с окружающим миром;
- нарушение критичности, снижение самоконтроля.

Клинические проявления бывают самыми разнообразными:

- депрессия или эйфория;
- апатия, ослабление эмоционального отклика,
- ослабление критики, нарушение активности (аспонтанность), эгоцентризм.
- может преобладать мотив переживания страданий.

Психические расстройства у соматических пациентов :

- **депрессивные состояния**, признаки **гипотимии** (тоска, тревога, апатия, интеллектуальное и двигательное торможение),
- **негативная оценка** прошлого, настоящего и перспективы на будущее,
- **ипохондрические и суицидальные мысли**. В анамнезе - депрессивные и гипоманиакальные состояния. Наследственность отягощена - депрессии и суицид у ближайших родственников.

Болезнь не всегда способствует деградации личности. Если человек пытается преодолеть тяжелую болезнь, она может помочь его развитию.



***Спасибо за
внимание!***