

**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 и инвалидности» 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
Конец ознакомительного фрагмента.	18

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 относятся: 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 заболеваниями 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 повышено 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 реагируют на хрони-

ческие 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 безнадёжностью 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 чувствитель-

ность 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, соседей, 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 паци-

ентов 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 отправления, 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, гипозогнозический);
- 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 interoцептивной 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, существенное 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.

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.