

## Введение в основы клинической психологии

ПСИХОЛОГ

КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ

ПСИХИАТР

Ключевые слова: норма-патология; нозос-патос; адаптация – дезадаптация; здоровье – болезнь; ВОЗ; МКБ-10; Эндогенное – психогенное – экзогенное невротическое-психическое

### Рекомендованная литература:

1. *Сандберг Н.* Клиническая психология. Теория, практика, исследования. – СПб.: Прайм-ЕВРО-ЗНАК, 2007. – 383, [1] с. – (Большая университетская библиотека).
2. *Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие.- М.: МЕДпресс-информ, 2005.-432с.
3. *Вітенко І.С.* Медична психологія: [Підручник] / — К.: Здоров'я, 2007.— 208 с. — Бібліогр.: с. 207— 208.
4. *Пезешкиан Н.* Психосоматика и позитивная психотерапия.- М.:Медицина,1996.-464с.
5. Клиническая психология /Под ред. *М.Перре, У. Баумана.*— СПб.: Питер, 2003.-1312с.
6. *Максименко С.Д.* Медична психологія. – Підручник. – Вінниця: Нова Книга, 2008 – 520с.
7. <https://budline.kiev.ua/tipi-stavlennya-do-xvorobi/>

## **1. Предмет, задачи, методы клинической психологии**

**Клиническая психология** – изучающая наука:

- психологические особенности людей, страдающих различными заболеваниями,
- методы и способы диагностики психических отклонений,
- дифференциации психологических феноменов и психопатологических симптомов и синдромов,
- психологию взаимодействия пациента и медицинского работника,
- психопрофилактические, психокоррекционные и психотерапевтические способы помощи пациентам,
- теоретические аспекты психосоматических и соматопсихических взаимодействий

**Задачи клинической психологии:**

- Диагностика отклонений индивидуального и интеллектуального развития
- Коррекция девиантной формы поведения
- Психологическая профилактика и психотерапия
- Социальная реабилитация пациентов, имеющих психопатические, психосоматические или граничные расстройства.

**Методы клинической психологии:**

- клиническое интервью;
- экспериментально психологические методы исследования;
- оценка эффективности психокоррекционного действия.

## 2. Внутренняя картина болезни как субъективное переживание заболевания.

Понятие «внутренняя картина болезни» (Концепция болезни) ввел Лурия.

**ВКХ** – это совокупность переживаний (когнитивных, эмоциональных, волевых), связанных с наличием заболевания, отношением пациента к заболеванию и ситуации, связанной с лечением и реабилитацией.

### Аутопластическая картина болезни

Понятие «аутопластическая картина болезни» ввел Гольдшейдер.

**АКХ** – является картиной субъективного восприятия ее больным.

**В общем, она имеет следующие стороны:**

- **сензитивную** (как болезнь на уровне ощущений воспринимается, чувствуется; пример локальные боли и расстройства).
- **эмоциональную** (страх, тревога, надежда, эмоциональные переживания)
- **волевое** (усилие справиться с болезнью и т.д.)
- **рациональную и информативную** (знание о болезни и ее оценка).

### Уровни (виды) Внутренней Картины Болезни (ВКХ)

- Когнитивный
- Аффективный (эмоциональный)
- Мотивационный
- Психомоторный
- Телесный
- Психосоматический
- Психосоциальный

## **Характеристики, влияющие на отношение к болезни (ВКХ):**

### **1. Объективные характеристики болезни**

- объективная тяжесть состояния (информация о летальности после подобного расстройства)
- риск инвалидизации и травматизации
- болевой синдром при болезни
- потребность в радикальном или паллиативном (поддерживающем) лечении

### **2. Субъективные характеристики**

- влияние болезни на возможность общения
- социальная значимость болезни (отношение социума к болезни)
- влияние болезни на семейную и сексуальную сферы
- влияние на сферы развлечений и интересов; влияние болезни на профессиональную сферу

### **Обусловленность (факторы) аутопластической картины болезни:**

1. Характер болезни: острая или хроническая, есть сильная боль, нарушение подвижности, неприятные косметические симптомы, «социальное невосприятие» болезни, которая необходима и т.д.

2. Обстоятельства, при которых протекает болезнь:

а) проблемы и неуверенность, что обуславливает болезнь («заботящийся о моей семье», «оставят ли за мной место работы», «говорит ли врач правду» и т.п.);

б) среда, в которой развивается болезнь: например, в гармоничной домашней среде болезнь переживают более

спокойно, чем в условиях больницы, особенно в необычной обстановке, например, за рубежом;

в) причина болезни: если болезнь возникла по вине самого больного, он больше настроен на скорейшее ее преодоление (особенно при травмах).

3. Преморбидная личность:

**а) Возраст.**

**А.** Для детей и подростков, в общем, свойственен более повышенный фон настроения; тревога выражена меньше. Однако заболевания, вызывающие изменения внешности (эндокринные и др.) могут переживаться тяжелее, чем пациентами других возрастных групп. Для подростков характерна «дисморфомания» — убеждение в своей некрасивости и даже уродстве. Они часто прибегают к самолечению или настойчиво добиваются пластических операций.

**Б.** В зрелом возрасте. Наибольшее беспокойство вызывают инвалидизирующие заболевания, снижающие трудоспособность, препятствующие увлечениям, сказываются на благосостоянии близких. Ряд заболеваний (венерические, психические, геморрой и др.) часто считаются «постыдными» и вызывают большую тревогу. Люди лечатся, при этом, самостоятельно и прибегают к диссимуляции (отрицание, непризнание), что приводит к хронизации болезни или ее усилению (особенно душевного расстройства).

**В.** У пожилых и стариков наибольшую тревогу вызывают заболевания, угрожающие смертью. У ряда индивидов тревога может достигнуть степени психотической.

**б) Тип эмоциональной реактивности (температура).**

Темперамент (входит в личностные особенности). Болевые ощущения и ограничение подвижности тяжелее переносятся

индивидуумами с холерическим и меланхолическим темпераментом.

**в) Степень общей чувствительности к непосредственным факторам** (боль, шум, обстановка больницы и т.п.);

**г) Фактор воспитания.** В определенных семьях воспитывается либо "стоическое", либо "ипохондрическое" отношение к болезни. Стоическое воспитание отвергает повышенное внимание к своему телу, и от подростка требуют, чтобы он продолжал вести тот же образ жизни, что и к болезни. «Ипохондрическое» воспитание предписывает повышенное внимание к своему телу, улавливание первых признаков болезни, обращение к окружающим за помощью, что, естественно, будет иметь место в условиях стационара или при амбулаторном наблюдении.

**е) Профессия.** Тяжесть субъективных переживаний нередко определяется видом занятости: например, заболевания верхних дыхательных путей приводят к выраженной тревоге у оперного певца; остеохондроз – у спортсмена; гипертоническая болезнь – у людей, занятых операторской деятельностью.

**в) Характер и шкала ценностей.** Мировоззрение. Глубоко и искренне верующие люди более спокойны, с меньшей долей тревоги и неуверенности относятся к болезни. С другой стороны, среди людей суеверных, но не обязательно верующих распространены суждения о происхождении болезни как последствия зависти, ревности, «сглаза» и т.п., что порождает параноидную настроенность пациента.

**д) Медицинское сознание и осведомленность, личный опыт.**

## Отношение больного к заболеванию и его социальное положение

Отношение к болезни может быть следующим:

- Нормальным
- Пренебрежительным
- Отношение возражения
- Нозофобный
- Ипохондрическим
- Нозофильный
- Утилитарным

Классификация типов отношения к болезни Личко А. Е. (1980)  
выделяет тринадцать типов:

- гармоничной
- тревожный
- ипохондрический
- меланхолический
- апатичный
- неврастенический
- обсессивно-фобийный
- сенситивный
- эгоцентрический
- эйфорический
- анозогнозический
- эргопатический
- паранойальный

## Отношение к болезни

Это отношение четко характеризует В. Вондрачек с точки зрения того, какую ценность имеет болезнь для больного; в большинстве своем она бывает отрицательной, но, иногда, и положительной, будь то сознательно или бессознательно. Важно, чтобы врач знал о таком отношении пациента к болезни и выбирал соответствующий психологический подход к больному и тем самым предупреждал возможность ятрогении.

Отношение к болезни может быть следующим:

- а) **нормальным**, то есть соответствующим состоянием больного или потому, что сообщено ему о заболевании;
- б) **пренебрежительным**, когда больной недооценивает серьезность заболевания, не лечится и не бережет себя, по прогнозу болезни проявляет необоснованный оптимизм;
- в) **отрицающим**, когда больной "не обращает внимания на болезнь", не обращается к врачу, отгоняет от себя мысли о болезни и рассуждения о ней. Сюда относится диссимуляция;
- г) **нозофобным**, когда больной непропорционально боится болезни, повторно обследуется, сменяет врачей. Он в большей или меньшей степени понимает, что его опасения преувеличены, но не могут бороться с ними;
- д) **ипохондрическим**, когда больной догадывается или убежден в том, что он страдает тяжелым заболеванием или когда он переоценивает серьезность менее тяжелой болезни. Нозофобия и ипохондрия касаются опасений и убеждений в заболевании сердечным инфарктом, злокачественными процессами, опухолями мозга и другими тяжелыми заболеваниями.

О своих ипохондрических опасениях больной иногда не говорит, потому что боится быть смешным или боится услышать подтверждение диагноза тяжелого заболевания, например рака;

е) **нозофильный**, связанный с определенным успокоением и приятными ощущениями при болезни. Оно вытекает из того факта, что больной не должен выполнять свои обязанности: дети могут играть и мечтать, взрослые – читать или заниматься каким-либо любимым делом. Семья внимательна к больному и больше заботится о нем;

ж) **утилитарным**, являющимся наивысшим проявлением нозофильной реакции. Оно может иметь тройную мотивировку;

– получение сострадания, внимания и лучшего обследования;

— выход из неприятной ситуации, например, заключение, военная служба, ненавистная работа, обязанность платить алименты;

— получение материальных выгод – пенсия, отпуск, свободное время, которое можно выгодно использовать и экономически.

### **Типы отношения к болезни относятся к трем блокам:**

- **Социальная адаптация не нарушена** (гармонический, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни);

- **Социальная адаптация нарушена**

- интрапсихически направленный тип реагирования

(тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатичный типы отношения к болезни);

- интерпсихически направленный тип реагирования (сенситивный, эгоцентрический, паранойальный, дисфорический тип отношения к болезни).

### **Социальная адаптация не нарушена**

**Гармоничен:** для этого типа реагирования характерна трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и безосновательно видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем будет активно способствовать успеху лечения. Нежелание тяготить других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации – переключение интересов на сферы жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе происходит сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, своего дела.

**Эргопатический:** характерен «погружение в работу». Даже при тяжести болезни и страданиях пытаются во что бы то ни стало работу продолжать. Работают с ожесточением, с еще большим рвением, чем к болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться исследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы.

**Анозогнозический:** характерно активное отвержение 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.

## Социальная адаптация нарушена

**Ипохондрический.** Пациент сосредоточен на субъективных болезненных и других неприятных ощущениях, стремится постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе возникает преувеличение действительных и изыскание несуществующих болезней и страданий. Преувеличивает побочное действие антибиотиков. желание лечиться сочетается с неверием в успех, требованиями тщательного обследования и боязливым ущербом и болезненностью процедур. Склонен к эгоцентризму. В разговоре с любым человеком обращает внимание собеседника на необычность и тяжесть имеющихся болезненных признаков.

Ипохондрик испытывает облегчение, если его собеседник ставится участливо и участливо. Кроме того, при таком реагировании 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.

**Неврастенический.** Характерно поведение вроде «раздражительной слабости». Вспышка раздражения, особенно при болях, при неблагоприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко выливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения. В дальнейшем – раскаяние за беспокойство и безудержность.

**Неврастенически-астенический** тип реагирования является наиболее распространенным и неспецифическим ответом организма и личности на различные заболевания. Его основой является раздражительность, охватывающая яркий свет,

громкие звуки, резкие запахи. Пациент становится капризным, требовательным. Подвержен вспышкам гнева, если его ожидания поведения окружающих не оправдываются.

**Меланхолический (депрессивный).** Подавленность болезнью, неверие в выздоровление, эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения, даже при благоприятных объективных данных. Меланхолический или депрессивный тип реагирования на болезнь обусловлен негативной информацией, имеющейся у пациента, о возможности лечения от недуга. Он встречается и у медицинских работников в силу их разнообразных знаний, полученных в процессе обучения и практики.

**Апатичный.** Пациент испытывает полное безразличие к своей судьбе, результату болезни, к результатам лечения. Пассивно подчиняется процедурам и лечению при упорном побуждении со стороны. Теряет интерес к жизни, ко всему, что раньше волновало. Как правило, безразличие обусловлено депрессией и фиксацией на собственном состоянии. Исчезает интерес и активность по отношению ко всем сторонам жизни за исключением здоровья. Собственно апатичный – с потерей интереса ко всему – встречается очень редко.

**Сенситивный.** Чрезмерная обеспокоенность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, которые будут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, сплетни о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и нежелательного отношения с их стороны в связи с этим. Основой сенситивного отношения к болезни есть рефлексивный стиль мышления. Кроме того, это ориентация на

мнение и оценку окружающих. В этой связи существенным становятся не собственные болезненные или неприятные ощущения вследствие болезни, а реакция на информацию о его болезни со стороны так называемой референтной группы. Часто в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу, даже в случаях угрожающего жизни состояния. Отмечается робость, застенчивость, повышенная скромность.

**Эгоцентричный.** «Погружение в болезнь». Выставление на показ 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». Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются только как «конкуренты», отношение к ним неприязненное. Постоянное желание показать другим свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.

Этот тип реагирования иногда обозначают истерическим, поскольку основным мотивом поведения человека становится привлечение к личности внимания окружающих. Побег в болезнь или погружение в болезнь используется для упреков и шантажа окружающих. Жалобы описываются больными очень красочно и сопровождаются жеманной жестикуляцией, а также разнообразной и выраженной мимикой.

**Паранойальный.** При таком отношении пациент уверен, что болезнь – результат чьего злого умысла. Крайне подозрительно относится к лекарствам и процедурам, стремится приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарства небрежности или злему умыслу врачей и персонала.

Паранойальный (бред-подобный) тип реагирования часто отражает мировоззренческую позицию больного. Пациент

видит тайный смысл болезни и причин ее возникновения. Этот тип возникает на основе личностных особенностей.

**Дисфорический.** Доминирует мрачно-озлобленное настроение, мрачный вид. Чувствует зависть и ненависть к здоровым. Вспышка крайней озлобленности со склонностью обвинять в своей болезни других. Требование особого внимания к себе и подозрительность к процедурам и лечению. Деспотическое отношение к близким – требование угождать.

### **Когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты отношения к болезни**

**Когнитивный компонент** - включает знания о болезни, ее осознании, понимании роли болезни и ее влиянии на жизненное функционирование больного, а также предполагаемый прогноз.

**Эмоциональный компонент** – чувство и переживание болезни и всей ситуации, связанной с ней.

**Поведенческий компонент** – это связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней, а также выработка определенной стратегии поведения в жизненной ситуации с болезнью.

Возможны следующие виды реакций: принятие роли больного, активная борьба с болезнью, игнорирование, пессимистические установки и т.д.

### **Различают также типы реакции поведения больных:**

**1. Агрессия** – преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб.

**2. Симуляция** – это притворство, с помощью которого стремятся создать впечатление о наличии болезни и ее признаках.

**3. Дисимуляция** – это сокрытие болезни и ее признаков. Часто встречается в психиатрии при психозах.

**4. Госпитализм** – получение определенной психологической пользы от статуса больного, привыкшего к пассивной и четко регламентированной жизни в условиях медицинского стационара.

## **Выводы**

- Внутренняя картина болезни (ВКХ) является ситуативным проявлением Внутренней картины здоровья (ВКС).
- Есть объективные и субъективные факторы переживания заболевания.
- Лычко и Иванов выделяют 13 типов отношения к болезни.
- Характер болезни, обстоятельства, в которых протекает болезнь, преморбидная личность обуславливают аутопластическую картину болезни.
- Социальное положение больного определяет его отношение и переживание собственного заболевания.
- Культ заболевания определяет престижность заболевания.