

## Лекция №2. Психология личности больного

**Цель:** Дать представление об общих особенностях психологии соматического больного. Изучить структуру внутренней картины болезни (ВКБ) и познакомиться с самой общей классификацией отношения пациента к своему заболеванию.

Подготовить студентов к овладению следующими профессиональными компетенциями: ПК 1.1; ПК 2.3; ПК 2.5; ПК 2.6; ПК 2.7; ПК 3.2; ПК 3.3; ПК 3.4; ПК 3.6.

**План:**

1. Общие особенности психологии соматического больного.
2. Внутренняя картина болезни.
3. Отношение пациента к болезни.

1. Психология больного человека также *индивидуальна*, как и психология здорового.

Однако всякое заболевание, способно повлечь определенные изменения в личности, которые позволяют говорить о переменах психологического состояния пациента в сравнении с тем, которое было до болезни. Характер этих перестроек будет зависеть от многих факторов. Например, от характера заболевания (острое или хроническое), от того какой орган или система повреждены, от особенностей личности, интеллектуального уровня человека, его профессиональной деятельности, роли в обществе и в семье и т.д.

- Как же все эти изменения мы можем наблюдать?

В первую очередь, в связи с болезнью, человек испытывает *физические и психологические* трудности. Он имеет проблемы в общении, может быть подавленным, растерянным, испуганным и даже агрессивным. Заболевший человек страдает всем своим существом, так как заболевание касается и всех социальных сторон жизни. Изменяются желания и стремления, свойственные здоровому человеку. Меняется восприятие и отношение человека к окружающему миру и к самому себе. Больной оказывается вне круга привычных социальных связей с семьей, профессиональным коллективом, привычным кругом друзей.

Каждый больной ждет от медицинского работника совета, утешения, возможно консультации или просто испытывает необходимость поделиться с кем-нибудь своими переживаниями и страхами.

Все, что связано с тяжелой болезнью, приобретает особую значимость и важность. Нередко появляются замкнутость, снижение настроения, легкая уязвимость, ранимость психики. Порой могут возникнуть депрессивное состояние; необычные, часто неадекватные реакции на пустячные факты и события. Все оценивается теперь через призму болезни.

- Например. Пациент с хроническим гепатитом на приеме у врача. Обсуждаются результаты лабораторного исследования, показавшего отрицательную динамику процесса. Врач спрашивает: «Отмечаете ли вы ощущения ухудшения самочувствия?». Пациент в ответ: «Доктор, я не знаю, как внешне, но в душе мне все хуже и хуже. Тревожные мысли не перестают посещать меня. – Скажите, что теперь со мною будет? Чем закончится моя болезнь? Выздоровею ли я? Не стану ли обузой своим близким?».

Эти и другие тревожные мысли приходят и тяготят его гораздо больше, чем физические страдания в голову больного человека.

Наблюдается перестройка интересов от внешнего мира к собственным ощущениям, ограничение интересов. При этом меняются все стороны личности: эмоциональная настроенность, моторика, речь.

Больные часто жалуются на чувство собственной малоценностии, одиночества и ненужности. Поэтому *первоочередная задача* психологической помощи пациенту - это постараться вернуть ему чувство уверенности в себе, утраченную веру в выздоровление, восстановить потерянную связь с окружающими. Для этого медсестра *должна уметь* оказать психологическую поддержку больному человеку.

2. Для лучшего понимания состояния пациента и характера его переживаний, медсестре необходимо выяснить его внешнюю и внутреннюю картину болезни (ВКБ).

- Что такое, по-вашему, внешняя картина болезни?

**Внешняя, или объективная картина болезни** рассматривается как совокупность клинических данных, полученных медицинскими работниками при обследовании пациента. Это показатели осмотра, перкуссии, пальпации, лабораторных, аппаратных и других исследований. Эти наблюдения, в которых активно участвует медсестра, наглядны, фиксируются документально и имеют определенную динамику развития в различные периоды заболевания.

- Что мы подразумеваем под внутренней картиной болезни?

**Внутренняя картина болезни (ВКБ)** – это осознание, целостное представление пациента и своем заболевании, его психологическая оценка субъективных проявлений болезни.

- Вот как писал об этом Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни, это «все то, что испытывает и переживает больной человек, вся масса его ощущений, не только исходящих от больного органа, но и самочувствие, самонаблюдение, представление больного о своей болезни, о ее причинах, все то, что, связано для больного с приходом его к врачу, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из сложного сочетания восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм».

Внутреннюю картину болезни исследуют с помощью беседы с пациентом, анкетирования, опросников.

На внутреннюю картину болезни влияют *личностные характеристики* пациента, как врожденные (тип в.н.д., темперамент), так и приобретенные (характер, образование, культурный уровень и др.). Задача медсестры сводится, с одной стороны, к умелому изучению субъективных ощущений и осмысливанию пациентом внутренних проявлений болезни. С другой стороны – использованию понимания этих ощущений при последующем общении с пациентом в процессе проведения лечебно-диагностических процедур.

В структуре ВКБ принято различать несколько уровней.

**1) Чувственный уровень** – это ощущения пациента в связи с его болезнью. К ним можно отнести: тошноту, головокружение, зуд, боль и другие жалобы пациента, касающиеся его ощущений.

Ощущения могут периодически изменяться: то ослабевать, то вновь усиливаться; могут быть связаны с приемом пищи, физической нагрузкой т др.

Беседуя с пациентом, медсестра должна быть предельно внимательной к его рассказам, проявлять заинтересованность и терпение. Нельзя прерывать рассказ пациента, недопустима спешка, повышенный тон и повелительные ноты в разговоре. Нужно помнить, что пациент ждет понимания, поддержки и помощи во время беседы с медсестрой.

**2) Эмоциональный уровень** – это переживание пациентом своего заболевания. Чем острее и продолжительнее ощущение болезни, тем ярче будет эмоциональная окраска описания симптомов болезни.

Ни одно заболевание не вызывает положительных эмоций, а является лишь источником отрицательных переживаний. Однако существует определенная динамика: по мере снижения болезненных проявлений на смену отрицательным эмоциям приходят положительные, пациент начинает успокаиваться, ожидает своего выздоровления. Сообщение пациенту о меньшей опасности заболевания для его здоровья тоже может вызвать положительные эмоции. Задача медсестры – как можно внимательней относиться к эмоциональным переживаниям пациента, не быть безразличной к его просьбам и жалобам, проявлять сочувствие и по возможности ограждать от отрицательных эмоций.

**3) Интеллектуальный уровень** включает информацию пациента о своем заболевании и его причинах, течении и возможных последствиях.

Уровень осознания своего заболевания у пациентов различный. Люди, страдающие хроническими заболеваниями, чаще обращаются за помощью в медицинские учреждения и о своем заболевании знают достаточно много. Такие пациенты имеют свое мнение в

отношении проводимых обследований и методов лечения и стараются сообщить его медперсоналу.

Пациенты с острыми заболеваниями (инфекционными, хирургическими и др.), как правило, о них знают мало, так как болезнь возникает внезапно. Однако в условиях современного бурного развития информационных систем (Интернет и др.) пациенты могут за считанные секунды получить всю необходимую информацию с набором грамотных медицинских комментариев и результатов исследований относительно тех или иных методов лечения. Все это делает пациентов очень осведомленными в отношении своего заболевания.

*Задача медсестры* заключается в том, чтобы по согласованию с врачом, в нужном объеме, с учетом состояния пациента, объяснить сущность заболевания, а также предполагаемую тактику обследования и лечения. Поэтому для эффективности лечебно-диагностического процесса следует составить определенное мнение об интеллектуальном уровне ВКБ пациента с первых минут общения.

### 3. Важной составляющей ВКБ является **отношение к болезни**.

Отношение к болезни у пациента может быть адекватным и неадекватным.

*Адекватное отношение к болезни* предполагает осознание пациентом необходимости лечения. Пациент интересуется диагнозом своего заболевания, планом лечения и перспективами благоприятного исхода. Адекватное отношение пациента к своей болезни также зависит от умелого высокопрофессионального общения медсестры с пациентом.

- Как бы вы объяснили связь между умениями медсестры общаться и адекватным отношением пациента к своему заболеванию?

Медсестра может и должна оказать помощь больному в осознании им и понимании необходимости борьбы с болезнью.

- Сирийский врач Абуль Фараджа, живший в 13 веке, обращаясь к пациенту, говорил: «Нас трое – ты, болезнь и я. Если ты будешь с болезнью, вас будет двое, а я останусь один. Вы меня одолеете. Если ты будешь со мной, нас будет двое, болезнь останется одна, мы ее одолеем». Эта древняя мудрость соответствует и современным представлениям: в борьбе с болезнью многое зависит от пациента, от его жизнестойкости, готовности сотрудничать с медиками в борьбе против заболевания. И очень важно, чтобы медсестра умела привлечь пациента к активному участию в лечебном процессе.

Нередко может сформироваться *неадекватное отношение к болезни*. В этом случае люди безразлично относятся к своему здоровью или уже достаточно долгое время болеют и потеряли веру в возможность выздоровления. Эта категория больных требует к себе более тщательного, упорного, терпеливого отношения; высокопрофессионального общения со стороны медперсонала.

Различают несколько типов пациентов с неадекватным отношением к болезни:

- *Подозрительный пациент*. Это человек угрюмый, настороженный и подозрительный в отношении лечения в целом и медицинского персонала, в частности. Поэтому, прежде, чем начать лечение, следует преодолеть недоверие больного.

- *Тревожный*, постоянно волнующийся пациент. Такой больной отличается повышенной тревожностью. Принято различать ситуативную тревожность, связанную с конкретной ситуацией, с любым жизненно важным событием и личностную тревожность. Она проявляется в виде робости, покорности, неуверенности в себе, чрезмерной боязни лечебно-диагностических процедур. В любом случае, необходимо четко и профессионально объяснить любую процедуру, даже самую простую. В беседе нужно быть предельно точной, внимательной к своим словам и выражениям, избегать медицинского сленга.

- *Демонстративный пациент*. Такой больной нуждается в постоянном внимании со стороны окружающих, преувеличивает сложность своего заболевания, он даже как бы гордится своим заболеванием. В этом случае не всегда применим обычный способ утешения больного. Можно предложить следующую формулировку: «В нашем стационаре (отделении, больнице и т.д.) работает опытный медицинский персонал, ваш лечащий врач – отличный специалист. Мы хорошо знакомы с такой формой заболевания и сделаем все

возможное, чтобы помочь вам». От более подробных комментариев медсестре стоит отказаться, переадресовав все вопросы к лечащему врачу. Если степень тревоги пациента значительна, то медсестре следует без промедления сообщить об этом врачу.

- *Ипохондрический пациент.* В этом случае больной человек с повышенным вниманием относится к своему здоровью, обнаруживает у себя целый спектр различных заболеваний. Он читает специальную литературу, интересуется результатами всех диагностических процедур.

Медсестре с таким пациентом нужно вести себя более осторожно, не говорить о тяжелом прогнозе заболевания. Это может предупредить заострение внимания больного на своих ощущениях и еще большего страха потери здоровья. Необходимо быть крайне осторожной в ответах даже на самые простые вопросы.

- *Депрессивный пациент.* Такой больной настроен пессимистично, так как перестал верить в возможность своего выздоровления. Он замкнут в своем внутреннем мире, старается не общаться с другими пациентами и персоналом. Такому больному обязательно необходим медицинский психолог. Медицинская сестра, со своей стороны может привлечь данного больного к уходу за другими пациентами, выполнению несложных поручений.

И, все-таки, необходимо помнить, что в разных ситуациях проявляются различные формы реакции на болезнь. Поэтому, в каждом конкретном случае желательно поставить в известность лечащего врача и проконсультироваться с ним о форме общения с пациентом.

Госпитализация также сопровождается отрицательными эмоциями пациента. В известной степени они обусловлены отсутствием психологически комфортного климата в лечебном учреждении, неумением медицинского персонала психологически правильно общаться с пациентом. Следствием этого может стать потеря пациентом собственной значимости: «Кто я здесь такой, никому нет до меня дела».

Поэтому с первых минут появления пациента в лечебном учреждении медперсонал должен создать как можно более благоприятную обстановку приветливости, комфорта для пациента; участия и готовности помочь. Нельзя показывать пациенту своей усталости или недомогания, даже если усталость – результат тяжелого дежурства. Медицинская сестра должна чутко и внимательно относиться к любым эмоциональным переживаниям пациента. Не оставаться безучастной к жалобам и просьбам, проявлять сочувствие, не допускать со своей стороны выражения отрицательных эмоций: гнева, негодования, раздражения.

Во избежание дезинформации пациента и его родственников, особенно, в случае неясного или неизлечимого заболевания, медсестра в каждом случае должна получить у врача четкую инструкцию о том, в каких пределах можно вести разговор с пациентом о его болезни.

Если пациент достаточно информирован, доверяет медсестре, то он чувствует себя в безопасности, спокойно и уверенно участвует в лечебно-диагностическом процессе.