

ТЕХНОКАРТА ЗАНЯТИЯ № 3,4

Учебная дисциплина

«Психология»

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

Курс 3 **Семестр** 6

Тема: Основы психосоматики.

Количество часов 4

Студент должен

уметь:

- уметь эффективно работать в команде;
- осуществлять психологическую поддержку пациента и его окружения;
- проводить профилактику, раннее выявление и оказание эффективной помощи при стрессе;
- общаться с пациентами и коллегами в процессе профессиональной деятельности;
- использовать вербальные и невербальные средства общения в психотерапевтических целях;

знать:

- задачи и методы психологии;
- особенности психических процессов у здорового и больного человека;

особенности делового общения;

Обеспечение занятия:

1. Оборудование:

нет

2. Технические средства обучения:

компьютер, проектор, экран, колонки, мультимедийные средства обучения (компьютерные презентации).

Методическое обеспечение:

1.Полянцева О.И. Психология для средних медицинских учреждений: Учебное пособие/ О.И. Полянцева. – О.И. Полянцева.-Изд. 4-е, испр.-Ростов –на-Дону: Феникс, 2008.-414 с .- (СПО).

2. Островская, И.В. Психология, изд.2-е, ГЭОТАР - Медиа, 2011 - 480с

3. Руденко А.М. Психология для медицинских специальностей/ А.М. Руденко, С.И. Самыгин. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2009.

Структура и содержание занятия

№	Этап занятия	Время	Содержание этапа
---	--------------	-------	------------------

1	Организационный	3-4	Преподаватель проветривает аудиторию, проверяет готовность мультимедийной установки. Преподаватель приветствует студентов, отмечает отсутствующих, проверяет внешний вид (халаты, сменная обувь).
2	Сообщение темы и цели занятия	2-5	Преподаватель сообщает тему занятия: Психология конфликта. <i>Цель: Ознакомить учащихся с стратегиями поведения в конфликте.</i>
3	Актуализация имеющихся знаний по теме занятия	10-15	Блиц-опрос: Как вы понимаете понятие «Стратегии разрешения конфликта»? Какие стратегии выхода из конфликтной ситуации вам известны?
4	Изложение нового материала	45-50	Лекция <ul style="list-style-type: none"> • Организационные способы урегулирования конфликта. • Основные принципы профилактики конфликтов. • Стратегии разрешения межличностных конфликтов • Роль конфликта в возникновении и развитии болезни.

			Записи основных понятий
5	Первичное закрепление изученного материала	5-10	<p><i>Чтение выводов по данной теме:</i></p> <p>1.Островская, И.В. Психология, изд.2-е, ГЭОТАР - Медиа, 2011 - 480с, <i>стр.341-344</i></p> <p>Полянцева О.И. Психология для средних медицинских учреждений: Учебное пособие/</p> <p>2.О.И. Полянцева. – О.И. Полянцева.-Изд. 4-е, испр.-Ростов –на-Дону: Феникс, 2008.-414 с .- (СПО)., <i>стр.226-231</i></p>
6	Подведение итогов занятия	5-6	Рефлексия: <i>«Сегодня на занятии я узнал, что...»</i>
	Всего	90	

Преподаватель

_____ (подпись)

Маношкина О.В.

(Ф.И.О.)

23.1. Понятие о внутренней картине болезни

Внутренняя картина болезни — это осознанное целостное представление больного о своем заболевании, его психологическая оценка субъективных проявлений болезни.

В структуре внутренней картины болезни различают несколько уровней:

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

Для исследования внутренней картины болезни используют беседы с больным, анкеты, опросники, интервью и др.

Рассмотрим сущность и деонтологическую значимость каждого уровня внутренней картины болезни с точки зрения их важности в диагностике, лечении, уходе, общении с больными.

Чувственный уровень отражает весь комплекс субъективных ощущений больного, вызванных болезнью. Это могут быть боль, зуд, тошнота, головокружение и др. Субъективные ощущения пациента *динамичны*, они то ослабевают, то снова набирают силу, нередко связаны с положением тела, приемом пищи, физической нагрузкой и др. Следует учитывать способность больного детально рассказать о своих болезненных ощущениях, поскольку подробный анамнез является залогом правильной диагностики. Беседа с больным, следует быть максимально внимательным к его рассказу, проявляя терпение и выдержку. Недопустимы спешка,

прерывание рассказа больного, повышенный тон и повелительный голос. Пациент ожидает не только помощи, но и внимания. Облегчить страдания можно с помощью не только лекарств или других медицинских манипуляций, но и рациональной психотерапии. Доброе слово, успокаивающая беседа, вселяющая надежду на благоприятный исход болезни, уверенные действия медицинского работника приносят неоценимую пользу.

Эмоциональный уровень отражает переживание больным своего заболевания. Он взаимосвязан с чувственным уровнем. Эмоциональное переживание болезненных ощущений, болезни в целом во многом зависит от остроты, продолжительности и характера субъективных проявлений. Чем острее ощущение болезни, тем ярче будет ее эмоциональная окраска. Ни одна болезнь, особенно вначале, не бывает источником положительных эмоций (радости, восторга, удовлетворения и т.д.). Следовательно, речь может идти только об отрицательных эмоциях — о снижении настроения от боли, грусти, тоске из-за необходимости прервать работу, жизненных сложностей из-за госпитализации и др. Эмоциональное состояние больного, как правило, также динамично.

По мере стихания острых проявлений болезни на смену отрицательным эмоциям приходят положительные; пациент успокаивается, у него улучшается настроение, он радуется предстоящему выздоровлению и др. Положительные эмоции могут возникнуть и тогда, когда пациент узнает о меньшей опасности заболевания, например, врач отвергает инфаркт миокарда при болях в области сердца или устанавливает диагноз излечиваемой гонореи вместо предполагавшегося СПИДа и т.д. Сестринский персонал должен чутко и внимательно относиться к любым эмоциональным переживаниям больного, не оставаясь безучастным к его жалобам и просьбам, проявлять сочувствие, по возможности нейтрализовать отрицательные эмоции. Следует использовать свой опыт психотерапии, чтобы поднять настроение больного, успокоить, вселить надежду на благоприятный исход заболевания. Эмоциональные переживания больного динамичны, поэтому не следует ограничиваться впечатлениями от первых встреч с ним.

Интеллектуальный уровень включает представление пациента о своей болезни, основные знания о ее причинах, сущности, тяжести, течении и возможных последствиях. Естественно, что этот уровень зависит от общей культуры пациента и его интеллекта. За последние десятилетия культурный и интеллектуальный уровень пациентов заметно вырос.

Отметим существенные различия в осознании своего заболевания некоторыми категориями больных. В частности, больные хроническими заболеваниями, часто обращающиеся за помощью в различные медицинские учреждения, о своем заболевании знают, как правило, много. Эти сведения они черпают из бесед с медицинскими работниками, из популярной и специальной медицинской литературы, СМИ и т.д. Такие пациенты охотно вступают в беседу, высказывают свое отношение (согласие и несогласие) к проводимым обследованиям и лечению. Естественно, медицинскому работнику любого уровня следует грамотно использовать знания больного о своем заболевании, в пределах разумного пользоваться опытом лечения, приобретенным пациентом, строить свои индивидуальные взаимоотношения на принципах партнерства, не отвергать категорически просьбы и сведения, которыми располагает пациент.

У пациентов с острыми хирургическими, терапевтическими, инфекционными и другими заболеваниями, как правило, интеллектуальный уровень внутренней картины болезни значительно ниже. О своем остром, внезапно возникшем заболевании или травме они знают очень мало и весьма поверхностно. Медсестра в пределах своей компетенции и с учетом состояния пациента должна восполнить дефицит знаний о болезни, объяснить сущность заболевания, тактику предстоящего обследования и лечения. Естественно, все перечисленное выполняется после обсуждения с врачом. Другими словами, необходимо привлечь больного к совместной борьбе с болезнью, убедить его в необходимости соблюдения рационального лечебного режима, нацелить на выздоровление. Важно заручиться доверием пациента, что в известной мере станет залогом взаимоотношений на весь период лечения.

Мотивационный уровень играет важнейшую роль в формировании внутренней картины болезни. Это в свою очередь ставит определенные деонтологические задачи перед медицинским работником, который должен помочь больному в выборе путей борьбы с болезнью. Сирийский врач Абуль Фарадж, живший в XIII веке, говорил больному: «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 показывает, что в борьбе с болезнью многое зависит от больного, от его оценки собственной болезни, выбора путей борьбы с ней и умения медицинских работников привлечь пациента на свою сторону. Внутренняя кар-

23.2. Типы реагирования на болезнь

На формирование внутренней картины болезни влияют:

- преморбидные особенности личности;
- ситуации, в которых оказывается больной (в семье, на работе, в клинике);
- специфика заболевания.

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. В литературе описаны несколько классификаций реакций пациентов на болезнь. Одну из них предложили Р. Конечный и М. Боухал:

- *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.

Каждый из этих вариантов проявляется в системе ценностей, установок, ожиданий, в готовности сотрудничать с медработни-

23.3. Явления психической жизни при хронических соматических заболеваниях

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.

Среди психических расстройств у пациентов с соматическим заболеванием наиболее распространены *депрессивные состояния*.

В клинике наблюдаются признаки *гипотимии* (тоска, тревога, апатия, интеллектуальное и двигательное торможение), пациент негативно оценивает свое прошлое, настоящее и перспективы на будущее, его преследуют ипохондрические и суицидальные мысли. В анамнезе — депрессивные и гипоманиакальные состояния. Наследственность отягощена — депрессии и суициды у ближайших родственников.

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

Выводы

1. Внутренняя картина болезни — это осознанное целостное представление больного о своем заболевании. В структуре внутренней картины болезни выделяют *чувственный, эмоциональный, интеллектуальный, мотивационный* уровни.

2. Внутренняя картина болезни зависит от личностных особенностей пациента, окружающей его среды и специфики заболевания. Возможны различные реакции на болезнь: *нормальная, пренебрежительная, отрицающая, ипохондрическая, нозофобная, утилитарная, нозофильная*.

3. Изменения личности при хронических соматических заболеваниях можно оценить по соответствующим критериям.

4. Среди психических расстройств у пациентов с актуальным соматическим заболеванием наиболее распространены *депрессивные состояния*.

5. Болезнь может способствовать как деградации, так и развитию личности.

Глава 24



НЫ
И
ИХ
та-

Рис. 24.1. Психосоматические отношения.

Психосоматическая медицина — это а) наука о взаимоотношениях психических и соматических процессов, которые тесно связывают человека с окружающей средой; б) метод лечения психосоматических заболеваний. К психосоматическим заболеваниям можно отнести бронхиальную астму, гипертоническую болезнь, стенокардию, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, сахарный диабет, язвенный колит, нейродермит, неспецифический хронический полиартрит. Схема психосоматических отношений представлена на рис. 24.1.

Психологические факторы играют роль и в возникновении других заболеваний: мигрени, эндокринных расстройств, злокачественных новообразований. Однако следует различать истинные психосоматозы, возникновение которых определяется психическими факторами и лечение которых должно быть направлено прежде всего на их устранение и коррекцию (психотерапия и психофармакология), и остальные заболевания, включая инфекционные, на динамику которых психические и поведенческие факторы оказывают существенное воздействие, но не являются их первопричиной.

24.2. Психосоматические теории

Существуют 3 группы теорий описания и объяснения психосоматических расстройств.

Первая группа теорий — это *характерологические типологии личности*. Психосоматика давно признавала склонность определенных типов личности к определенным заболеваниям. Например, описанных Гиппократом *сангвиников* связывают со склонностью к заболеваниям органов кровообращения, *холериков* и *меланхоликов* — к заболеваниям желчных путей. Согласно теории конституции Э. Кречмера, *лептосомики* склонны к туберкулезу легких и гастритам, *пикники* — к хроническому ревматизму, атеросклерозу и болезням желчных путей, *атлетики* — к эпилепсии и мигреням.

В середине прошлого века, обследуя людей, имевших в анамнезе повторные несчастные случаи, американский врач Ф. Данбер (F. Dunbar) выявила личностный профиль, характерный для этих людей. Она назвала его «личность, склонная к несчастьям». Это импульсивные, ведущие неупорядоченный образ жизни, любящие приключения люди, не контролируемые свою агрессивность. Они склонны к самонаказанию из-за неосознанного чувства вины.

Противоположна этому профилю «личность, склонная к ангинозным жалобам и развитию инфаркта миокарда». Это выдержанные, способные к длительной напряженной деятельности люди, они могут отказаться от сиюминутных желаний ради достижения отдаленных целей. В современной медицине применение этого подхода привело к разработке типологии личностей типа А и личностей типа Б (см. 20.6, 20.8).

Эти теории показали, что люди с разной физиологической конституцией имеют разные характеры и страдают разными заболеваниями.

Вторая группа теорий — *психоаналитические*. Психоанализ полагает, что соматические комплексы возникают на почве душевного конфликта. Благодаря З. Фрейду утвердилось значение преморбидного, особенно раннего детского, развития для психического и физического развития и здоровья; было показано влияние психических конфликтов на патогенез.

Данные многочисленных наблюдений позволили выявить общие для многих психосоматических больных характеристики личности. Сегодня они большей частью определяются понятием «*алекситимия*», которая характеризуется 4 типичными признаками: — своеобразная ограниченность фантазии. Речь такого человека бедная, связана с текущим моментом, утомляет собеседника и производит впечатление тупости;

Психологические особенности общения медицинского работника с пациентом

Медицина - это прежде всего, общение человека с человеком, медработника с пациентом. В основе отношений между медиком и пациентом лежат неотъемлемые права человека и уважение достоинства каждого. Пациента необходимо воспринимать как личность. Вспомним определение понятия "личность"! **личность** - данный конкретный человек, со всей совокупностью его общественных отношений, индивидуальных психологических и физиологических реакций, зависящих от внутреннего, душевного мира человека. Личность понятие социальное.

Структура личности включает в себя:

- 1 характер и темперамент;
- 2 способности и потребности;
- 3 интересы и убеждения;
- 4 волевые особенности.

Все составные части личности взаимодействуют между собой и проявляются в единстве. Под влиянием болезни изменяются все составляющие структуры личности. Вся работа медицинского работника протекает в контакте с пациентом, и успешность этого контакта зависит от того, насколько медик сумеет разобраться в особенностях личности пациента. Болезнь, особенно серьезная, значительно меняет психику человека, его психологию. Для лучшего понимания состояния пациента и характера его переживаний медработнику необходимо выяснить его **внешнюю и внутреннюю картину болезни**, отношение к своему

заболеванию, к медперсоналу. В клинике любого заболевания отчетливо проявляются две стороны: внешняя и внутренняя картина болезни.

Внешняя, или объективная, картина болезни рассматривается как совокупность клинических данных, полученных медицинским работником при обследовании пациента. Это показатели осмотра, аускультации, перкуссии, пальпации, лабораторных, аппаратных и других исследований. Они наглядны, фиксируются документально и имеют определенную динамику развития в различные периоды заболевания.

Внутренняя картина болезни (ВКБ) - это осознание, целостное представление субъективных проявлений болезни. Известный отечественный интернист А. Р. Лурия в конце 20-х гг. 20 века предложил понятие "внутренняя картина болезни". Под ней он понимал "все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, но только местных болезненных, но и его самочувствие, самонаблюдение, его представление 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 весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, эффектов, конфликтов, психических переживаний и травм". На нее влияют личностные характеристики пациента, как врожденные (темперамент, тип высшей нервной деятельности), так и приобретенный (характер, интеллект и др.) В структуре ВКБ принято различать несколько уровней: **чувственный, или сенситивный**, - комплекс субъективных болезненных ощущений (зуд, тошнота, головокружение и многие другие жалобы пациента). Субъективные ощущения пациента носят динамический характер, они то снижаются, то

набирают новую силу, нередко связаны с положением тела, приемом пищи, физической нагрузкой.

Эмоциональный - реагирование, переживание пациентом отдельных симптомов или болезни в целом (снижение настроения, грусть, тоска). Чем острее ощущение болезни, тем ярче будет ее эмоциональная окраска. Эмоциональное состояние пациента, как, правило, носит динамический характер. По мере стихания острых проявлений болезни на смену отрицательных эмоций приходят положительные, пациент успокаивается, у него улучшается настроение, он радуется предстоящему выздоровлению.

Интеллектуальный- знание о болезни и ее реальная оценка, глубина осознания остроты, тяжести, последствий заболевания. Знание интеллектуального уровня ВКБ каждого пациента обеспечит правильный выбор тактики обследования и лечения, целесообразную комплексную психотерапию, возможность менять назначенное лечение в зависимости от характера заболевания, тяжести его течения и эффективности той или иной медицинской манипуляции.

Отношение к болезни, мотивация к возвращению здоровья. Уровень отношения к болезни и мотивация к возвращению здоровья играют важную роль в формировании ВКБ.

Отношение пациента к болезни.

Какую же цену имеет болезнь для больного? Большею частью она бывает отрицательной, но иногда и положительной, будь - то сознательно или подсознательно. Важно знать о том отношении пациента к болезни и

избрать соответствующий психологический подход. Отношение к болезни может быть следующим:

а) нормальным, т.е. соответствующим состоянию больного или тому, что было сообщено ему о болезни. Пациент проявляет активное партнерское участие в обсуждении своего заболевания, в проведении диагностических процедур, лечебных манипуляций. В формировании нормального отношения к своей болезни важная роль принадлежит медицинскому работнику, его умению рационально общаться с пациентом, обладанию профессионализмом, пониманием деонтологических принципов врачевания,

б) пренебрежительным, когда больной недооценивает серьезность заболевания, не лечится, не бережет себя, в отношении прогноза болезни проявляет необоснованный оптимизм. Такое отношение к своей болезни грозит быстрым прогрессированием болезни, ухудшением самочувствия, а иногда необратимыми изменениями в пораженном органе. Пренебрежительное отношение к болезни может быть связано с недостаточной осведомленностью о ее сущности, и возможных последствиях, склонность к переоценке резервных сил организма, неоправданным бравированием своим здоровьем перед окружающими и, наконец, с низким интеллектуальным уровнем развития. Известную роль играют и личностные характеристики больного, его принадлежность к сангвиническому темпераменту, волевые черты характера, самоуверенность, склонность к артистизму. Следует установить доверительные отношения с пациентом, по возможности изучить причины пренебрежительного отношения с пациентом, по возможности изучить причины

пренебрежительного отношения к болезни, популярно, но настойчиво убедить больного в необходимости диагностических и лечебных манипуляций, соблюдение предписанного режима. Разъяснить сущность и возможные последствия неоправданного поведения. В период пребывания в стационаре за пациентом должен быть установлен медицинский контроль, сочетающийся с внимательным отношением, но и известной строгостью относительно выполнения врачебных назначений,

в) отрицающий, когда больной не обращает внимания на болезнь, не обращается к врачу, отгоняет от себя мысли о болезни и рассуждения о ней. Пациент не учитывает факта предболезни, который является предвестником основного заболевания (склонность к повышению артериального давления, легкую гипергликемию и др.) Такие пациенты нуждаются в настойчивой, убедительной, доступной и неоднократной разъяснительной беседе. В стационаре, следует обеспечить контроль за соблюдением предписанного режима, постоянное наблюдение за пациентом,

г) нозофобным, когда больной несозармерно боится болезни, повторно обследуется, меняет врачей. Он понимает в большей или меньшей степени, что его опасения преувеличены, но не может бороться с ними. Такой пациент все свое внимание сосредотачивает на болезненных ощущениях, рассказывает о них с определенной эмоциональной окраской, обращается за помощью к разным врачам и врачевателям. Он не верит в благоприятный исход заболевания, проявляет неудовлетворенность работы медиков и медицинских учреждений и не редко пишет жалобы в вышестоящие органы здравоохранения. Необходимо помнить о таких пациентах, аккуратно

выполнять все назначения, сопровождая их доступной и умелой психотерапией. Попытки убедить пациента в предвзятости такого отношения к своему здоровью, доказать его несостоятельность мало эффективно, ибо корни поведения пациента часто заложены в личностных качествах пациента, принадлежности к слабому типу высшей нервной деятельности (меланхолический темперамент). Полезнее будет терпеливо относиться к такому пациенту, разумно реагировать на его жалобы, внушать на выздоровление,

д) ипохондрическим (уход в болезнь), когда больной догадывается или убежден в том, что страдает тяжелым заболеванием или когда переоценивает серьезность менее тяжелой болезни. Нозофобия и ипохондрия касается опасений и убеждений в заболевании сердечным инфарктом, злокачественными процессами, опухолями мозга и др. тяжелыми заболеваниями. О своих ипохондрических опасениях пациент иногда не говорит, т.к. не хочет показаться смешным или боится услышать утверждение о тяжелом заболевании, например о раке. Такой пациент проявляет чрезмерное внимание к своему здоровью, прислушивается к любому отклонению от привычного состояния, фиксирован на болезненных ощущениях, настаивает на дополнительных исследованиях. Он несамокритичен, уговору не поддается. Общение с таким пациентом требует большой выдержки, терпения и всестороннего внимания. Надо добросовестно и безукоризненно проводить лечебную тактику.

е) нозофильным, связанным с определенным успокоением и приятными ощущениями при болезни. Оно вытекает из такого факта, что

больной не должен выполнять своих обязанностей, дети могут играть и мечтать, взрослые - читать или заниматься каким-нибудь делом. Семья внимательна к больному и больше заботится о нем.

з) **утилитарным**, что является высшим проявлением нозофильной реакции. Оно может иметь тройную мотивировку:

- получение сочувствия, внимания и лучшего обследования;
- выход из неприятной ситуации, как, например, заключение, военная служба, ненавистная работа, обязанность платить алименты;
- получение материальных выгод; пенсия, отпуск, свободное время, которое можно выгодно использовать и в экономических целях.

В подобной ситуации следует усилить наблюдение за поведением пациента, соблюдая при этом осторожность и объективность. Необоснованное обвинение больного в симуляции, может нанести ему большую психическую травму.

Аггравация - преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб. Такое преувеличение может быть полностью сознательным, но иногда скорее обусловлено эмоциональными мотивами более глубокого происхождения: страхом, недоверием, чувством одиночества, безнадежности, ощущением, что врач не поможет.

Симуляция - это притворство, с помощью которого стремятся создать впечатление о болезни и ее признаках.

Диссимуляция - это скрывание болезни и ее признаков. Встречается значительно чаще, очень характерна в психиатрической клинике при психозах.

Возрастные особенности восприятия болезни.

В детском возрасте - на первое место выходит первосигнальная сторона болезни и ситуации вокруг нее: боль, боязнь боли и всего неизвестного, отсутствие осознания болезни в целом, неумение формулировать жалобы, сильные эмоциональные реакции на отдельные симптомы болезни, восприятие лечебных и диагностических процедур как устрашающих, усиление дефектов характера, воспитание ребенка в период болезни, чувство страха, тоски, одиночество в стенах лечебного учреждения, вдали от родителей. Острое заболевание, особенно если оно переносится дома, в привычной обстановке, как правило, не вызывает особых психологических проблем. Большие психологические трудности возникают у детей и их родителей, когда они узнают о хроническом, часто неизлечимом заболевании. Очень важно помочь ребенку приспособиться к жизни в состоянии хронического заболевания, а это можно только через хороший контакт, терпимость и уважение к ребенку. Эмоциональное теплое отношение (быть медсестрой, воспитателем, матерью), отвлечение от болезни, организация нешумных игр, чтение, проведение процедур с уговорами.

Подростковый возраст. Жалобы подростков формируются более четко, появляются чувства и сознания болезни. Одновременно могут проявиться и повышенная ранимость и восприимчивость к заболеванию, выражающиеся в тревожных опасениях, направленных в будущее. Отсюда фиксация на неприятных ощущениях, что может стать основой ипохондрических переживаний.

В среднем возрасте отходят на задний план первосигнальные переживания, равно как и состояние тревоги. На первый план выступает опасение последствий, связанных с дальнейшей работой, ситуацией в семье.

В старости - на восприятие болезни накладывает отпечаток боязнь одиночества в болезни и страх смерти. Старый человек часто отождествляет себя со своими сверстниками, которые постепенно умирают, равнивают их заболевания со своими. Его опасения и неуверенность нередко усиливается поведением врача, мед.сестры, которая, правильно обследовав больного, не проявили к нему достаточного внимания и интереса. Деонтологическая тактика: поддержание у пациента ощущения собственной значимости; подчеркнута уважительное, тактичное, деликатное отношение, без фамильярности, приказного тона, нравоучений, ориентация на двигательную активность, мотивация на выздоровление.

Половая особенность в субъективном восприятии болезни.

Женщины внешне как будто более подвержены страху, жалости к себе, в большей мере колеблются между безнадежностью и оптимизмом. Мужчины, на первый взгляд, казалось бы, относятся к своей болезни более рассудительно. Однако, надо подчеркнуть, что внешние проявления и особенно словесные выражения не всегда соответствуют внутреннему переживанию. Часто мужчины значительно труднее переносят болезнь, нежели женщины. Чаще подвержены стрессорным факторам. Женщины лучше мужчин переносят болевые ощущения, длительную ограниченность движений и обездвиженность.

Изменение личности связанные с болезнью.

Клинические формы изменения личности носят самый разнообразный характер. Они могут проявляться как изменением эмоций - депрессия или эйфория; в виде изменения отношения эмоциональной сферы - апатия, бездушность; в виде изменения отношения к себе и к окружающим - ослабление критики, подконтрольности; в виде нарушения активности - аспонтанность. У соматических больных может наблюдаться нарастание эгоцентричного поведения.

У хронических больных наблюдаются более глубокие сдвиги и психические изменения. Сама продолжительность болезни оказывает неблагоприятное воздействие на подверженного страданиям человека. Больные замыкаются в себе, занимаются и интересуются лишь собой. Один больной может стать пессимистом, обидчивым, чувствительным, завистливым, даже испытывать ненависть к чему бы то ни было. Другой, наоборот, может быть равнодушным, бесчувственным ко всему, холодным. Агрессивность у больных может быть явной и скрытой. Явная форма ее проявления может быть словесной (больной ругает все и всех) или выражается в поступках (бросает вещи). Скрытая же агрессивность может выражаться в упрямстве, придирчивости, забывчивости, неудовольствии, требовательности или даже задиристости. В возникновении агрессии имеют значение различные факторы: непонимание, не проявление должного внимания к больному как со стороны близких, так и со стороны медработников.

При общении с пациентом медработник должен уметь:

1. Установить правильный психологический контакт. С первой встречи надо создать впечатление приветливости, участие, готовности помочь. Доброжелательная, ровным, уверенным голосом проведенная с пациентом беседа, приносит успокоение, снимает напряженность.

2. Рассказать в доступной форме о болезни и лечении, но учитывая при этом содержание медицинской тайны.

3. Успокоить и одобрить пациента, находящегося в самом тяжелом состоянии.

4. Оградить ранимую психику пациента от воздействий отрицательных факторов, в том числе относящихся к лечебно-диагностическому процессу.

5. Хранить медицинскую и личные тайны пациента.

6. Использовать слово как важный психотерапевтический и психопрофилактический фактор.

7. Уметь определить в беседе индивидуальные личностно-характерологические особенности пациента (характер, темперамент, способности, потребности)

8. Профессионально и грамотно строить взаимоотношения с родственниками пациента, с другими сотрудниками и коллегами медицинского коллектива, не допускать критики их в присутствии пациента.

При общении с пациентом медсестра должна соблюдать этику - деонтологические нормы и принципы поведения, создать обстановку доверия между врачом и пациентом, способствовать повышению авторитета врача и

медицинского учреждения. Забота, внимание являются основой контакта между медсестрой и пациентом. Успех понимающего общения зависит от способности медсестры к эмпатии. **Эмпатия** (от англ. чувствовать) - это способность чувствовать эмоциональное состояние другого человека, точно воспринимать смысловые оттенки его внутреннего мира, способность взглянуть на обстоятельства глазами собеседника. Быть в состоянии эмпатии - значит на какое - то время войти в мир другого. При этом сохраняется способность в любой момент вернуться в свой собственный мир. Если такая способность теряется и у медсестры возникает состояние идентификации с эмоциональным состоянием пациента, то она теряет способность профессионально работать и ей самой требуется психологическая помощь. Чтобы пациент был искренним, открытым с медсестрой, он должен чувствовать искренность и с ее стороны. Искренность или конгруэнтность - совпадение трех пластов: коммуникации вербального, невербального и чувственного. Только при полном сочувствии пациенту, при понимании его положения возможен настоящий контакт между ним и медицинским персоналом, что так необходимо для успешного лечения. Медсестра обязана быть выдержанной, приветливой, способствовать созданию нормальной рабочей атмосферы в лечебном учреждении. Общение между медсестрой и пациентом, а так же всех, кто участвует в сестринском процессе, должно включать понимание, терпение, честность, искренность, доверие, надежду и мужество.

Открытые взаимоотношения предполагают приятие, сопереживание, участие в процессе общения. Медсестра взвешивает поведение пациента,

принимает во внимание положительные и отрицательные факторы этого поведения, сознательно не придает значение отрицательным факторам, а на положительные факторы поведения, способствующие развитию стремления к здоровью, заостряет внимание.

Сосредоточение внимания необходимо при общении с пациентом. Медсестра, умеющая слушать, легче распознает потребности пациента, не только слышит то, что говорит пациент, но и обращает внимание на повторяющиеся "темы" в высказываниях пациента. Сестре для большей отдачи при взаимодействии с пациентами следует использовать приемы "отзеркаливания", повторять позы, мимику, жесты пациента, синхронизировать дыхание. Для установления правильного психологического контакта необходимо учитывать индивидуальные особенности личности пациента (характера, темперамента и др.) их изменений во время болезней.

Если у человека доминантный характер: жесткий, напористый, решительный, самоуверенный, то ему надо дать возможность выявить свою доминантность, не пресекать его, спокойно общаться и он умерит свои произвольный натиск.

Недоминантный характер чуток к внешним признакам силы, такой человек уступчив, легко теряется, терпеливо сносит, когда его перебивают. Он нуждается в поощрении, подбадривании. Ему необходимо показать, что может многое, вселить в него веру в себя, ни в коем случае не повышать голоса, это будет вселять в него веру, вегонедоминантность.

Ригидные пациенты, которые не любят, чтобы их перебивали, с ними необходимо максимальное терпение и такт.

Экстраверт расположен к общению, но слушает только себя. В общении с ним не стоит разрушать естественную для него атмосферу взаимной симпатии.

Интроверт любит одиночество, уходит в себя. С ним полезно держаться учтиво, даже немного суховато, быть готовым к затяжным паузам.

Пациент холерического темперамента, черты которого заостряются во время болезни, может вступить в спор, начать излишне возражать, не согласиться с той или иной процедурой. Тактика медсестры - не препятствовать проявлению активности, а направлять в нужное русло, говорить спокойно и немного требовательно. Меланхолик способен отреагировать на болезнь замкнутостью, отрешенностью, подавленным настроением, бессонницей, слезами. Тактика медсестры - снизить количество раздражителей, шум, не повышать голоса, говорить мягко, уверенно, поддерживать и вселять уверенность в свои силы. Сангвиник постарается не выносить на обсуждение какие-либо вопросы своей болезни, четко выполнять предписания и назначения врача. Флегматик медлительный. Тактика медсестры не предъявлять требования к быстрому реагированию, т.к. это ведет к стрессу и торможению.

Особенности общения с пациентом в стационаре.

Медсестра должна учитывать особенности личности, возраст, характер болезни при общении с пациентом, размещении пациентов в палаты в стационаре, при посещении на дому. Основными условиями эффективности профессионального общения является: демонстрация доброжелательности, такта, внимания, интереса, профессиональной компетенции. Нередко

заболевание, а тем более обусловленная им госпитализация, выбивает человека из жизненной колеи. Пациента тревожит болезнь и возможные осложнения, прогноз, который далеко не всегда бывает удовлетворительным, вынужденная необходимость оставить работу, расставание с домом. Пациент попадает в непривычный для себя мир и не сразу адаптируется в нем, чувствует себя "потерянным", одиноким, несчастным. Многие пациенты тяжело переживают пребывание в стационаре не столько в силу физических страданий, сколько психически. Распорядок жизни пациента в стационаре определяют медработники. Больных нервирует долгое ожидание вызова на процедуры, опоздания с приемом пищи, холол в палатах и др. неурядицы. Пациент погружен в мир отделения, внешние контакты прерваны, интересы сужены, поэтому он обостренно реагирует даже на мелочи. От медсестры во многом зависит психологический климат в отделении. Все мероприятия по лечению пациентов и уходу за ним следует выполнять спокойно, точно, аккуратно. В беседе с пациентом надо проявлять осторожность и не давать ему полную информацию о его заболевании. Беседа должна носить успокаивающий характер.

Значительные особенности имеет работа медсестры в детских отделениях. Если дети дошкольного возраста госпитализируются без матерей, то пребывание в стационаре является для них существенным психотравмирующим обстоятельством. Если позволяет время, госпитализацию нужно готовить постепенно, ребенку рассказать о больнице, о других детях, стараются уменьшить страх перед людьми в белых халатах перед процедурами. При помещении в больницу по экстренным показаниям

у ребенка может возникнуть патологическая реакция протеста. В это время ребенок кричит, плачет, не отпускает мать, отказывается вступить в контакт с окружающими. Реакция протеста может продолжаться от нескольких часов до нескольких дней. Ласковый уход, игрушки, терпеливое обращение, как правило в большинстве случаев способствует привыканию ребенка к больничной обстановке, переключению его интересов и восстановлению нормального состояния психики и нарушенных функций. Для того, чтобы дети чувствовали себя в больнице более или менее удовлетворительно, необходимо, чтобы медсестра умела успокоить их, отвлечь от грустных мыслей, развлечь. Игрой удастся отвлечь внимание ребенка от неприятных переживаний, выявить из игровой ситуации причины переживаний и успокоить. Доброжелательность в отношении с детьми крайне важна, они нуждаются в ласке и сочувствии. Желательно чтобы обстановка в отделении не была казенной, чтобы в нем имелись цветы, удобная мебель, картины, благотворно влияющие на настроение пациентов. При общении с родителями любого возраста полезно учитывать, что, повинувшись неосознанной эгоистической реакции, родственники стремятся дать понять медработникам, что их ребенок требует исключительного внимания, причем вне зависимости от характера заболевания и его тяжести. В большинстве случаев устранению проблем в общении с родителями способствует умение и стремление медработника понять состояние родителей, мысленно представить себя на их месте.

"Госпитализм" - возникает, как правило, в связи с вредным длительным влиянием больничной обстановки. Больной привыкает к жизни в

условиях больницы, не торопится покинуть ее, боясь, что за пределами стационара ему станет хуже, перестает бороться за выздоровление, не стремится вернуться в семью, на работу, т.к. за время лечения снижаются навыки жизни вне больницы, социальная, трудовая адаптация. Перед выпиской у таких пациентов обычно наблюдается ухудшение состояния. В педиатрии под термином "госпитализм" понимают задержку психического развития ребенка в связи с длительным пребыванием в стационаре. Здесь важна роль медицинской сестры в разъяснении пациенту его недуга на ярких примерах выздоравливающих. Необходимо попытаться убедить пациента в том, чтобы он поверил в свои силы.

Терапевтическое общение.

Терапевтическое общение - благоприятное воздействие, оказываемое на психику пациента. Пример: "Ребенок расшалился, упал, на колене ссадина, он горько плачет. Как снять боль у малыша? Можно применять местную анестезию раствором новокаина, можно дать обезболивающие средства - анальгин или морфий, можно, наконец, предложить наркоз. Однако, мать ребенка просто берет его на руки, нежно обнимает, целует и дует на больное место. Рыдания прекращаются тотчас, а еще через минуту малыш снова резвиться, как ни в чем не бывало. Что же произошло? Ведь не поцелуй, не обдувание ушиба не могут прекратить раздражения чувствительных нервов!" (Шамов)

Медсестра ставит цели терапевтического общения.

1. Предоставление пациенту информации о его состоянии в согласованных с врачом и близкими пациента пределах. Медсестра должна

быть готова ответить на многочисленные вопросы пациента. Например: что со мной? Могу ли я ознакомиться со своей историей болезни?

2. Снятие страха перед заболеванием и его лечением. Пациент страдает не только от неприятных ощущений (боль, одышка, тошнота, озноб). Он страдает также от страха, тревоги, уныния, тоски, бессилия. Внешне проявления страха различны. От взволнованности и возбуждения до внутреннего оцепенения и кажущегося безразличия ("ушел в себя"). Чувство страха утяжеляет исход заболевания, и гуманность медработника заключается в том, чтобы помочь их преодолеть.

3. Вселение надежды и уверенности в улучшение самочувствия.

Терапевтические средства общения:

1. Пристальное внимание. Медсестра должна хорошо знать пациента. Не только его фамилию, имя, отчество. Важно узнать его как личность. Любой человек нуждается во внимании. Медсестре необходимо как можно больше общаться с пациентом; особенно в первое время, не оставлять его одного, рассказывать ему обо всем, что с ним происходит и будет происходить в ближайшее время, успокаивать и одобрять его.

2. Терапевтическое прикосновение. Медсестры часто используют прикосновения, чтобы утешить подавленного пациента. Часто бывает, что теплое человеческое прикосновение - единственная связь с миром, остающегося у тяжелобольного. Прикосновения могут не только сообщать о моральной и личной поддержке, но и физически стимулировать или успокаивать пациента.

3. Контакт глаз. Общение медсестры с пациентом начинается именно с визуального контакта. Уже при встрече взглядами компетентная сестра сообщает пациенту свою вовлеченность в его ситуацию и по его "глазному" ответу начинает выстраивать свое поведение.

ЯТРОГЕНИЯ - психогенное расстройство, возникающее как следствие деонтологических ошибок медработника, неправильных, неосторожных высказываний и действий. Существенную роль в возникновении ятрогенных заболеваний играет личность пациента. Способствуют ятрогении повышенная тревожность, мнительность, внушаемость, чрезмерная сосредоточенность на своем здоровье, астенические черты личности. Чаще такие состояния возникают у женщин, особенно в периоды биологических кризисов, к которым относятся беременность, роды, климактерический период. Ятрогениям почти в равной степени подвержены люди с разным уровнем образования, хотя у лиц с высшим образованием они отличаются большей сложностью логических построений. Клинически ятрогении проявляются различного рода невротические психическими расстройствами (в первую очередь депрессией), которые обычно сочетаются с вегетативно - соматическими дисфункциями (колебания АД, диспептические расстройства, нарушение сна и аппетита). Типичные причины, вызывающие ятрогении: - неосторожное словесное воздействие или воздействие путем неречевых средств (мимика, жесты);

- поспешная или необоснованная информация о диагнозе или прогнозе заболевания;

- неверное толкование лечебных и диагностических процедур;

- "немая" ятрогения от бездействия и невнимания медперсонала;
- неправильное хранение медицинской документации.

В последнее время появились понятия:

- "сестрогении" - психические нарушения, возникающие у пациента вследствие неосторожных слов или действий медсестры;
- "эгогении" - влияние пациента самого себя в связи с болезнью или определенным состоянием здоровья; это результат положительного или отрицательного самовнушения пациента;
- "эгротогении" - взаимное влияние пациента друг на друга.