**Лекция 2**

**Формирование отношения личности к текущему соматическому заболеванию. ВКБ. Соматонозогнозии. Типы личностных реакций на болезнь. Психологическая характеристика этапов соматического заболевания.**

**План.**

1. Формирование отношения личности к текущему соматическому заболеванию.
2. Влияние на ВКБ социального положения больного и его окружения
3. Типы реакций на болезнь.
4. Тип отношения к болезни (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980)

Одна из основных проблем клинической психологии - реакция больного на свое заболевание. Психологическим аспектам соматического заболевания издавна придавалось большое значение многими классиками как зарубежной, так и отечественной медицины. Однако наиболее глубокое и всестороннее изучение данной проблемы началось с работ немецкого врача-интерниста А.

Гольдшейдера (1926), описавшего ощущения, переживания и представления больного о своей болезни. Он назвал их аутопластической картиной заболевания. Гольдшейдер выделил два уровня картины болезни: «сенситив- ный», основанный на ощущениях, и «интеллектуальный» - результат размышлений больного о своем физическом состоянии.

В отечественной медицине более пристальное внимание переживаниям и реакциям больного стало уделяться, начиная с 50-х годов ХХ века. В 1944 г. вышла монография известного отечественного клинициста Р.А. Лурия

«Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания, положившая начало всестороннему рассмотрению субъективного отражения болезни в психике человека. ***Внутренней картиной болезни (ВКБ)*** Лурия называл комплекс переживаний больного, связанных с заболеванием: общее самочувствие, ощуще- ния, восприятие, эмоции, представления о болезни. В настоящее время под ВКБ: понимается субъективное отношение больного к своему заболеванию, склады- вающееся из болезненных ощущений и внешних проявлений болезни, оценки механизмов их возникновения, тяжести и значения для будущего, а также типы реагирования на болезнь. В клинической практике чаще всего встречается адекватное отношение пациентов к болезни, но могут быть случаи, когда человек сознательно скрывает ее, диссимулирует в связи с особыми обстоятельствами (риск лишения работы, распада семьи и т.п.). Психотравмирующее воздействие соматического заболевания на личность больного может быть обусловлено как су6ъективно тяжелыми проявлениями болезни, так и представлениями об опасности диагноза, ограничениями, налагаемыми соматическим страданием на бытовую и профессиональную деятельность, и многими другими факторами. Поэтому для правильной оценки ВКБ и оказания квалифицированной помощи больному, необходимо знать ***основные факторы, определяющие ВКБ***. Эти Факторы могут быть разделены на следующие группы:

1. преморбидные биологические и личностные факторы;
2. характер заболевания и его возможные последствия;
3. социальное положение больного и влияние окружения;
4. медицинские факторы (условия диагностики и лечения).

## Влияние на ВКБ преморбидных биологических и личностных факторов

* 1. *Пол*. Различие в физиологии мужчин и женщин накладывает отпечаток на переживания, связанные с критическими периодами. У женщин такими периодами являются начало менструаций, беременность и роды, климакс, во время которых усиливается реактивность и обнаруживаются повышенная готовность к различным невротическим расстройствам преимущественно истерического, ипохондрического, депрессивного круга. У мужчин возрастные кризы не имеют заметной внешней выраженности, но в переживаниях, свя- занных с возникновением тех или иных серьезных заболеваний, часто находят отражение опасения ослабления или утраты сексуальных возможностей.

Еще одним заметным различием, связанным с полом пациента, является переносимость физической боли, которая у женщин выше. Лучше переносят женщины и вынужденную неподвижность, связанную с болезнью. Для женщин более актуальны семейные проблемы, связанные с болезнью, а для мужчин - служебно-профессиональные, возможность утраты трудоспособности.

* 1. *Возраст*. Расхождение между субъективной оценкой болезни и объективными данными наиболее выражены в молодом и старческом возрасте. У детей дошкольного возраста собственная оценка заболевания еще не сформирована, а у детей младшего школьного возраста она недостаточно полная и только в пубертатном возрасте приближается к оценке взрослых.

По сравнению с взрослыми, дети более тяжело переносят боль и страдания, боятся больничной обстановки, медицинских инструментов и манипуляций, хирургического вмешательства. Во многом реакция ребенка на свою болезнь и его поведение в условиях болезни зависят от влияния окружающих, в первую очередь, родителей и врачей. Следует учитывать, что дети повышенно внушаемы, отвлекаемы, быстро забывают пережитое, переключаются на новую ситуацию. Эти особенности детской психики необходимо использовать при проведении лечения, как с профилактической целью, так и с целью устранения возникших психических нарушений.

* 1. *Темперамент*, в первую очередь, отвечает за физиологическую основу реагирования на болезнь. Влияние темперамента сказывается на характере ощущений и эмоциональных проявлений. Так, холерикам и меланхоликам свойствен более низкий порог болевой чувствительности по сравнению с сангвиниками и флегматиками. У меланхоликов даже не очень интенсивные болевые ощущения вызывают снижение двигательной активности в виде вялости, заторможенности. Напротив, субъекты с ярко выраженным холерическим темпераментом при наличии болевых ощущений не могут оставаться на месте, совершают импульсивные действия. Особенности тем- перамента сказываются и на переносимости режима ограниченной подвижности, связанного с заболеванием.
  2. *Характер*. Особенности характера человека определяют своеобразие его поведения и отношения к окружающему и самому себе, в том числе к своему здоровью и болезни. Здесь ведущая роль принадлежит эмоционально-волевой и мотивационной сферам, обеспечивающим адаптацию. Одним из наиболее важных факторов ВКБ и формирования реакции на болезнь является способность субъекта «защитной» психологической деятельности. Механизмы и формы «психологической защиты», запускаемой при столкновении с психотравмирующей ситуацией, в качестве которой в данном случае выступает болезнь, были изложены выше. При помощи механизмов «психологической защиты» больной человек «забывает», «вытесняет» из сознания события и факты, связанные с заболеванием, «рационализирует», преуменьшая значимость имеющихся нарушений, и т.д. Если его переживания, связанные с болезнью, не находят понимания и отклика у окружающих, может возникнуть

«фиксация» на болезненном состоянии со стремлением доказать его актуальность окружающим («бегство в болезнь»).

Таким образом, полезное действие «психологической защиты», ре- ализуемой на уровне подсознания, проявляется в снятии

тревоги и душевного дискомфорта, устранении или сведении до минимума не- гативных, травмирующих личность переживаний, связанных с болезнью. Вредное действие «психологической защиты» заключается в том, что благодаря ей достигается лишь относительное душевное равновесие и личностное благополучие, но при этом не решаются проблемы, связанные с состоянием здоровья, которые могут приобретать хронический характер, способствовать возникновению невротических расстройств, так как человек лишается возможности активно (сознательно) воздействовать на ситуацию, что

«попустительствует» болезни к и с целью устранения возникших психических нарушений.

* 1. *Личность*. Влияние личности на формирование ВКБ определяется ее системой отношений, в том числе иерархией потребностей, интересов, мотивов, установок. Поэтому можно говорить о социальнопсихологическом уровне, субъективного отражения болезни человеком. В формировании ВКБ имеют значение мировоззрение больного человека, его религиозные взгляды, морально-этические принципы и т.д. Существенное влияние на ВКБ могут оказывать и суеверность больного, склонность толковать причины болезни с мистических позиций («сглазили», «навели порчу» и т. п.).

Особое значение в формировании ВКБ имеет уровень образования и культуры больного, В том числе степень осведомленности в области медицины. Осведомленность в области медицины может играть двоякую роль. Отсутствие медицинских знаний иногда приводит к непониманию своего болезненного состояния, недооценке его проявлений и возможных последствий. Избыток же информации у пациента о болезнях, механизмах их развития, течении, прогнозе также может приводить к деформации ВКБ. В одних случаях это выражается в преувеличении тяжести болезни, в других в преуменьшении ее значимости или полном игнорировании. Эти проблемы нередко возникают у пациентов-врачей и в случаях заболевания детей, родители которых - врачи.

## Влияние на ВКБ характера заболевания и его возможных последствий

Вторым по значимости фактором, оказывающим, влияние на формирование ВКБ, является характер самого заболевания. При появлении у человека тех или иных симптомов. У него возникают вопросы: «Болен ли я?»,

«Чем болен?», «Каковы, возможные последствия болезни?».

В.Д. Менделевич (1999) выделяет следующие ***параметры, на основании которых личностью оценивается любая болезнь и формируется психологическое отношение к ней:***

1. Вероятность летального исхода.
2. Вероятность инвалидизации и хронизации.
3. Болевая характеристика болезни.
4. Необходимость радикального или паллиативного лечения.
5. Влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения.
6. Социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболевшим в микросоциуме.
7. Влияние болезни на семейные отношения и сексуальную сферу.
8. Влияние болезни на сферу развлечений и интересов.

С вероятностью летального исхода у больных обычно ассоциируются заболевания, Грозящие внезапной смертью (инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения; разрыв аневризмы аорты; острая хирургическая патология и т.д.) или имеющие перспективу неминуемой смерти вследствие отсутствия эффективных методов лечения (ВИЧ - инфекций, многие онкологические заболевания);

Хронизация характерна для целого ряда заболеваний внутренних, хирургических и инфекционных болезней. Переживания больных, связанные с заболеваниями этого типа, касаются перспектив исцеления или стабилизации состояния, а также возможности утраты трудоспособности. Наиболее гнетущей для многих из них является перспектива инвалидизации и ломки всех жизненных планов.

Болевая характеристика имеет особое значение при многих заболеваниях в последние годы получило признание положение о трех сферах, или уровнях, боли:

* специфические проявления боли, связанные с физиологическими механизмами;
* мотивационно-эмоциональный уровень боли;
* познавательно-оценочный уровень – связан с механизмами антиципации (от лат. anticipatio – предвосхищаю).

Предстоящее радикальное или паллиативное лечение играет суще- ственную роль в оформлении ВКБ у хирургических и онкологических больных. Пациенту нередко предстоит мучительный выбор между радикальной, иногда калечащей операцией, способной сохранит ему жизнь, и отказом от нее. Отказ врачей от проведения радикальной операции, рассматриваемый пациентом как

«приговор», свидетельствующий о безнадежности его состояния, также может являться для него психотравмирующим моментом.

## Влияние на ВКБ социального положения больного и его окружения

Социальный статус больного (социальные условия, образ жизни, характер труда) и его непосредственное окружение (родные, друзья, коллеги) во многих случаях оказывают существенное влияние на формирование ВКБ. Важное значение имеет система взаимодействия личности с действительностью и отношений с другими людьми (в семье, на работе, в лечебном учреждении). Это касается, прежде всего, профессии больного и занимаемого им положения. Так, например, серьезные травмы или тяжелые соматические заболевания могут привести к закату карьеры профессионального спортсмена; артиста балета, оперирующего хирурга, что часто воспринимается ими более драматически,

нежели больными других профессий. Лица, занимающие высокое общественное положение, иногда вследствие болезни также вынуждены отказаться от дальнейшей карьеры, что наносит им как моральный, так и материальный ущерб. Поэтому переживание самого факта болезни и связанных с нею ограничений имеет различную степень выраженности и зависит от притязаний личности и положения человека. Актуальны и переживания, касающиеся эстетических дефектов, вызванных болезнью, и влияния болезни на интимную сторону жизни. У женщин переживания связаны с косметическими дефектами и последствиями радикальных операций - мастэктомии, оварио - и гистерэктомии. Среди психосоциальных параметров, влияющих на психику женщин, перенесших подобные операции, можно выделить следующие: утрата эстетической привлекательности, снижение сексуального статуса, утрата способности к деторождению и негативное отношение к этому мужа (партнера). Влияние заболевания, на интимную сторону жизни мужчин проявляется, прежде всего, опасениями за свои сексуальные способности иногда они, пытаясь доказать свою сексуальную состоятельность, игнорируют рекомендации врачей временно ограничить половую активность, что может привести к печальным результатам. Противоположным является отношение к интимной жизни мужчин с ипохондрическими расстройствами: они могут полностью отказаться от интимных отношений, опасаясь за свое здоровье.

Особую психологическую проблему составляют заболевания, которые в обществе считаются «неприличными» или опасными. К ним относятся венерические заболевания, включая ВИЧ-инфекцию, а также другие заразные заболевания (туберкулез, лепра, гепатит и т.п.). Возникновение подобных заболеваний может приводить к распаду семьи, потере друзей, вынужденой смене места работы и т.д.

## Влияние на ВКБ медицинских факторов (условий диагностики и лечения)

К медицинским факторам, способным оказывать влияние на BKБ, относятся взаимоотношения врача и больного, роль медицинского персонала и воздействие обстановки лечебного учреждения, включая влияния на больного других больных, с которыми ему приходится общаться во время пребывания в лечебном учреждении.

Отношения, складывающиеся между врачом и пациентом на протяжении всего периода их общения, включающего выслушивание жалоб и сбор анамнеза, обследование и постановку диагноза, рекомендации и сам процесс лечения, оказывают важнейшее влияние на формирование ВКБ. Врач должен помнить, что, излагая свои жалобы, пациент уже имеет представления о собственном заболевании и поэтому вместе с жалобами, «предлагает врачу симптомы» этого заболевания, которые могут совсем не совпадать с реальной картиной. При постановке диагноза врачу необходимо уметь соотнести жалобы и сведения, полученные от больного с данными объективного исследования.

Второй важный момент - сообщение пациенту диагноза. Чтобы не нанести ему тяжелую психическую травму сообщением о серьезном заболевании, врач должен использовать весь свой такт и умение оценивать психическое состояние. Следует помнить о механизмах «психологической защиты» у больного, а также учитывать его умственные способности, уровень образования и культуры. Недостаточное понимание врачом психического состояния пациента и соответ- ственно отсутствие репродуктивного психологического контакта с ним может привести к возникновению ***ятрогении* -** психогенного расстройства, вызванного неправильным ведением врача, включая осторожные высказывания о природе и прогнозе болезни, неблагоприятном исходе аналогичного заболевания у другого больного и т.п. В таких случаях физически здоровый человек или больной с не- глубокой патологией может почувствовать себя тяжелобольным, а его ВКБ претерпит неблагоприятную трансформацию, которая может осложнить течение болезни и создать препятствия для эффективной лечебной помощи.

Влияние на ВКБ может оказать и медицинский персонал, прежде всего медицинские сестры, работающие непосредственно с больными. Это влияние должно заключаться в психологической поддержке больного в его борьбе с физическим страданием. Однако возможно и негативное влияние медицинского персонала на больных; это происходит, при неправильной манере общения и поведения, попытках вмешательства в диагностику и лечение, склонности подвергать сомнению или отрицать правильность диагноза и лечебных мероприятий. В таких случаях говорят о ***соррогении*** - ухудшении состояния больного, обусловленном неправильным поведением медицинской сестры.

Обстановка медицинского учреждения; особенно психологический климат в коллективе, отношение к пациентам, результаты лечения и авторитет учреждения у населения имеют немаловажное значение в становлении ВКБ пациентов. Больные и их родственники оценивают деятельность больницы или поликлиники, работающий в них персонал и эффективность оказания медицинской помощи. Нельзя преуменьшать влияние одних больных на других в период их совместного пребывания в одном медицинском учреждении. Это влияние может быть как прямым (рассказы в различных случаях из медицинской жизни, запугивание неблагоприятным исходом, толкование результатов обследования и т.д.), так и косвенным - наблюдение за течением болезни и поведением соседей по палате и отделению, положительным или отрицательным. С.С. Либих описал механизм ***эгротогении*** - отрицательного влияния одних больных на психическое и физическое состояние других, что ведет к появлению новых симптомов или усилению уже имеющихся. Наконец, необходимо помнить о таком явлении, играющем важную роль в формировании ВКБ, как ***госпитализм*** - проявление неблагоприятного влияния на некоторых пациентов больничной обстановки. Больной привыкает к жизни в условиях больницы, не стремится покинуть ее, не борется за выздоровление, социальную и трудовую реадаптацию. Подобные явления имеют место у хронически больных с регрессивными формами «психологической защиты» по типу «ухода в болезнь», проявляющимися формированием ипохондрических расстройств. Такой тип реагирования на болезнь является патологическим вариантом

адаптации к условиям болезни, когда человеку обеспечивается внимание, забота и медицинская помощь.

***Отличительной характеристикой ВКБ*** служит подвижность её компонентов, которые могут возникать и исчезать, перестраиваться, вытесняться. Патологическое формирование ВКБ может быть связано с наличием церебральной патологии у больных, психических заболеваний или аномалий личности, а также с информационными искажениями на личностном уровне вследствие влияния средовых факторов.

**ТИПЫ РЕАКЦИЙ НА БОЛЕЗНЬ**

В большинстве современных психологических исследований внутренней картины заболевания при различных нозологических формах болезней в ее структуре выделяется несколько взаимосвязанных сторон (уровней):

1. **болевая сторона болезни** (уровень ощущений, чувственный уровень) — локализация болей и других неприятных ощущений, их интенсивность и т.п.;
2. **эмоциональная сторона болезни** связана с различными видами эмоционального реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия;
3. **интеллектуальная сторона болезни** (рационально-информационный уровень) связана с представлениями и знаниями больного о его заболевании, размышлениями о его причинах и последствиях;
4. **волевая сторона болезни** (мотивационный уровень) связана с определенным отношением больного к своему заболеванию, необходимостью изменения поведения и привычного образа жизни, актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

На основании этих сторон у больного создается модель заболевания, т.е. представление о ее этиопатогенезе, клинике, лечении и прогнозе, которая определяет *"масштаб переживаний"* (Либих С.С, 1979) и поведение в целом.

Между истинным положением дел со здоровьем и "моделью болезни" больного часто нет знака равенства. Значение болезни в восприятии больного может как преувеличиваться, так и преуменьшаться, вплоть до полного отрицания болезни как таковой.

# Масштаб переживания болезни

**Гипернозогнозия Нормонозогнозия Гипонозогнозия**

# ---------------------------- 1

**Паника Адекватная Отрицание болезни реакция**

При адекватном типе реагирования *{нормонозогнозия)* больные правильно оценивают свое состояние и перспективы, их оценка совпадает с оценкой врача.

При *гипернозогнозии* больные склонны переоценивать значимость отдельных симптомов и болезни в целом, а при *гипонозогно-зии* — склонны их недооценивать.

При *диснозогнозии* у больных наблюдаются искажение восприятия и отрицание наличия болезни и ее симптомов с целью диссимуляции или из-за страха ее последствий. *Анозогнозия* — полное отрицание болезни как таковой; типична для больных с алкоголизмом и онкологическими заболеваниями.

Внутренняя картина болезни, характеризуя целостное отношение к заболеванию, тесно связана *с осознанием больным своей болезни.* Степень осознанности своего заболевания во многом зависит от образованности и общего культурного уровня пациента, хотя полного соответствия здесь часто не наблюдается (как, например, при анозогнозиях). Даже при психических заболеваниях больной не может не давать естественных, психологически понятных и характерных для его личности реакций на свое заболевание. Причем при этом у некоторых больных имеется иногда смутное и неотчетливое осознание своей болезни, но бывает и так, что отчетливое осознание болезни может сочетаться с безразличным, тупым отношением к ней.

Степень осознанности своей болезни больным может нарушаться при некоторых очаговых поражениях мозга. Например, поражениям задних отделов левого полушария чаще сопутствует адекватная внутренняя картина болезни, в то время как при поражениях поражении задних отделов правого полушария наблюдалось сочетание адекватного когнитивного уровня осознания внутренней картины болезни с неадекватным эмоциональным представлением больных о своих перспективах, расхождение между планами на будущее и реальными возможностями. Неадекватная внутренняя картина болезни (неполное представление о своем состоянии) в сочетании с недостаточным ее эмоциональным переживанием характерна для лиц с поражением левой лобной области, а поражение правой лобной доли мозга также сопровождается расхождением между когнитивными и эмоциональными планами внутренней картины болезни (Виноградова Т.В., 1979).

Задача врача — коррекция модели болезни, коррекция "масштаба переживаний". Однако при коррекции внутренней картины болезни следует учитывать множество факторов. Например, если для успешного лечения алкоголизма анизогнозию требуется ликвидировать, то надо ли устранять таковую при онкологических заболеваниях, однозначного ответа нет.

Можно выделить три главных типа реакции больного на свое заболевание: стеническая, астеническая и рациональная.

При активной жизненной позиции больного к лечению и обследованию говорят о ***стенической реакции*** на болезнь. Есть, однако, и негативная сторона этого типа поведения, так как больной может быть слабо способным к выполнению необходимых ограничений стереотипа жизни, накладываемых

заболеванием. При ***астенической реакции*** на заболевание у больных имеется наклонность к пессимизму и мнительности, но они относительно легче, чем больные со стенической реакцией, психологически приспосабливаются к заболева- нию. При ***рациональном типе реакции*** имеет место реальная оценка ситуации и рациональный уход от фрустрации.

Ряд авторов (Рейнвальд Н.И., 1969; Степанов А.Д., 1975; Лежепекова Л.Н., Якубов П.Я., 1977) описывает типы отношения к болезни, имея в виду характер взаимодействия, складывающийся при этом между врачом и пациентом.

# Типы личностной реакции на заболевание (Якубов Б.А., 1982)

**Содружественная реакция.** Эта реакция характерна для лиц с развитым интеллектом. Они как бы с первых же дней заболевания становятся "ассистентами" врача, демонстрируя не просто послушание, но и редкую пунктуальность, внимание, доброжелательность. Они безгранично доверяют своему лечащему врачу и признательны ему за помощь.

**Спокойная реакция.** Такая реакция характерна для лиц с устойчивыми эмоционально-волевыми процессами. Они пунктуальны, адекватно реагируют на все указания врача, точно выполняют лечебно-оздоровительные мероприятия. Они не просто спокойны, а даже представляются "солидными" и "степенными", легко вступают в контакт с медицинским персоналом. Могут иногда не осознавать свою болезнь, что мешает врачу выявить влияние психики на болезнь.

**Неосознаваемая реакция.** Такая реакция, имея патологическую основу, выполняет в ряде случаев роль психологической защиты, и эту форму защиты не всегда следует устранять, особенно при тяжелых заболеваниях с неблагоприятным исходом.

**Следовая реакция.** Несмотря на то, что заболевание заканчивается благополучно, больные находятся во власти болезненных сомнений, в ожидании рецидива заболевания. После болезни астенизированы, угнетены, даже депрессивны, склонны к ипохондрическим реакциям, продолжают посещать лечебное учреждение, и считают, что стали хроническими, неизлечимыми больными.

**Негативная реакция.** Больные находятся во власти предубеждений, тенденциозности. Они подозрительны, недоверчивы, с трудом вступают в контакт с лечащим врачом, не придают серьезного значения его указаниям и советам. У них часто возникает конфликт с медицинским персоналом. Несмотря на психическое здоровье, они демонстрируют подчас так называемую "двойную ориентировку".

**Паническая реакция.** Больные находятся во власти страха, легко внушаемы, часто непоследовательны, лечатся одновременно в разных лечебных учреждениях, как бы проверяя одного врача другим врачом. Часто лечатся у знахарей. Их действия неадекватны, ошибочны, характерна аффективная неустойчивость.

**Разрушительная реакция.** Больные ведут себя неадекватно, неосторожно, игнорируя все указания лечащего врача. Такие лица не желают менять привычный образ жизни, профессиональную нагрузку. Это сопровождается отказом от приема лекарств, от стационарного лечения. Последствия такой реакции бывают часто неблагоприятными. Патологические формы реагирования на болезнь (переживание болезни) описываются исследователями в психиатрических терминах и понятиях: депрессивный, фобический, истерический, ипохондрический, эйфорически- анизогнозический и другие варианты (Шевалев Е.А., 1936; Рохлин Л.Л, 1971; Ковалев В.В., 1972; Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г., 1980 и др.). В этом аспекте довольно широкую популярность приобрела классификация типов отношения к болезни, предложенная А.Е. Личкои Н Л. Ивановым (1980). Типы отношения к болезни данной классификации могут идентифицироваться и с помощью специальной психологической методики (опросник), предложенной авторами.

# Тип отношения к болезни (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980)

1. **Гармонический** — правильная, трезвая оценка состояния, нежелание обременять других тяготами ухода за собой.
2. **Эргопатический** — "уход от болезни в работу", желание сохранить работоспособность.
3. **Анизогнозический** — активное отбрасывание мысли о болезни, "обойдется". 4.**Тревожный** — беспрерывное беспокойство и мнительность, вера в приметы и ритуалы.
4. **Ипохондрический** — крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочного действия лекарств, процедур.
5. **Неврастенический** — поведение по типу "раздражительной слабости". Нетерпеливость и вспышки раздражения на первого встречного (особенно при болях), затем — слезы и раскаяние.
6. **Меланхолический** — неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (угроза суицида).
7. **Апатический** — полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение процедурам и лечению.
8. **Сенситивный**—чувствительный к межличностным отношениям, полон опасений, что окружающие его избегают из-за болезни, боязнь стать обузой для близких.
9. **Эгоцентрический**—" уход в болезнь" с выставлением напоказ своих страданий, требование к себе особого отношения.
10. **Паронойяльный** — уверенность, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, а осложнения в лечении являются результатом халатности медицинского персонала.
11. **Дисфорический** — доминирует мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым. Вспышки гнева с требованием от близких угождения во всем.