**Лекция 6**

**Психологические особенности пациентов, страдающих заболеваниями эндокринной системы, гинекологической сферы; пациентов с почечными и печеночными заболеваниями, пациентов с нарушениями пищевого поведения.**

**План.**

1. **Психологические особенности пациентов, страдающих заболеваниями эндокринной системы.**
2. **Психологические особенности пациентов, страдающих заболеваниями гинекологической сферы.**
3. **Психологические особенности пациентов, страдающих заболеваниями пациентов с почечными и печеночными заболеваниями.**
4. **Психологические особенности пациентов с нарушениями пищевого поведения.**
5. ***У больных, страдающих эндокринными заболеваниями, наблюдаются замедление мышления, затруднение в формулировании ответа, поэтому в беседе с ними требуется много времени и терпения. Эти больные часто отличаются повышенной аффективностью, у них легко возникают эмоциональные реакции, они требуют к себе особого внимания.***

**Акромегалия**(избыток гормона гипофиза, у взрослого человека начинает расти подбородок, нос, челюсть, кисти, стопы) – наблюдается сонливость, вялость, отсутствует реакция на изменение своей внешности. Б.А.Целибеев связывал это с эмоциональным потускнением, которое наряду с этим не приводит к равнодушию к близким, к совей судьбе, к работе. Характерна повышенная обидчивость, раздражительность, придирчивость, ворчливость. В ряде случаев бывают состояния дистрофии с преобладанием тоскливо-злобного аффекта с повышенным стремлением к двигательной активности. Во время лечения в стационаре поведение больных может меняться часто, без связи с внешними раздражителями. Так, вялые, апатичные, как бы безразличные к окружающему, могут сделаться ворчливыми, придирчивыми, давать неадекватные злобные реакции на окружающих, суетиться, вмешиваться не в свои дела. У многих больных наблюдаются расстройства памяти, они вынуждены все записывать, выявление у них объективных сведений, бывает затруднено. Бредовые идеи редки и эпизодичны.

**Пангипопитуитаризм** (недостаточность гипофиза) – и заболевания, вызванные поражением передней доли гипофиза, обычно сопровождаются атрофией половых желез, щитовидной железы и надпочечников. Развивается эта болезнь чаще у женщин в послеродовом периоде, но возможно возникновение и у мужчин в связи с травмой, опухолью или мозговой инфекцией. Характерны похудание (до 40% массы), слабость, аменорея (отсутствие месячных), нарушение аппетита, сна, зябкость.

Ведущей является астения с мышечной слабостью, апатия с оттенком депрессии. Больные обычно лежат в постели, отвернувшись к стене, на вопросы отвечают с небольшой задержкой. Отмечается ослабление запоминания. Больные с трудом усваивают текущие события, при беседе необходимо это учитывать.

**Синдром Иценко – Кушинга.**Кушинг в 1932 году описал заболевание «питуитарный базофилиз» (базофильная аденома гипофиза, большой живот, тонкие ноги). Н.М.Иценко в 1924 году наблюдал и описал заболевание со сходной клинической картиной и связывал его возникновение с поражением гипофиза и промежуточного мозга. У этих больных отмечается трудность общения с окружающими. Они обычно капризны, избирательно общительны, непостоянны в своих реакциях. Психотерапия оказывается малоэффективной. У них обычно более четкие реакции на свое заболевание и на изменившуюся внешность. Иногда не наблюдается стойкой депрессии, а тоска сменяется раздражительностью, глухим недовольством и злобностью, апатией или пустой эйфорией. У больных наблюдается склонность к нарушению режима, нетерпимость к минимальным требованиям дисциплины. Порой они проявляют детскую капризность и недисциплинированность, требуют себе дополнительных прогулок, не хотят гасить свет в палате, жалуются, плачут, вступают в конфликт, уходят с территории больницы.

**Сахарный диабет.** Грубые изменения личности и психозы при сахарном диабете отмечаются редко, но изменения поведения, настроения и отношения к окружающему наблюдается примерно у половины больных сахарным диабетом. Основное нарушение психики выражается в сильной раздражительности и быстрой утомляемости. Для них характерна повышенная эмоциональность, словоохотливость, они иногда легко рассказывают о своих переживаниях, вступают в конфликт с окружающими, часто испытывают чувство неудовлетворенности, досады, обиды и неполноценности. Из-за повышенной эмоциональности часто совершают необдуманные поступки, руководствуясь настроением данной минуты, допускают погрешности в еде без учета своего состояния. Раздражительность в ряде случаев может достигать выраженных приступов гневливости по незначительному поводу. Иногда отмечается ослабление памяти. Повышенная эмоциональность больных сахарным диабетом приводит к чрезмерным эмоциональным реакциям, которые сопровождаются ухудшением состояния (большое значение психотерапия и назначение транквилизаторов).

**Гипертиреоз** (базедова болезнь, недостаток гормонов щитовидной железы) – при этой болезни наблюдается тревожность, расстройства сна, суетливость, кажущаяся веселость. Основные психические нарушения – нервозность, неусидчивость, вспыльчивость, раздражительность, разбросанность, недостаточная способность к концентрации, торопливость, быстрая утомляемость, отсутствие упорства в достижении цели, обидчивость, пугливость, наклонность к колебаниям настроения. Эти больные плохо переносят жару, ожидание, у них отмечается повышенная потребность в движениях, легко возникают красные пятна на лице, потливость, сердцебиение.

В больнице эти больные подвижны, суетливы, часто вступают в конфликты с соседями, переходят из одной палаты в другую, у них могут наблюдаться истерические реакции.

1. У девочек-подростков появление кровотечения при первой менструации иногда вызывает страх и невротические реакции, поэтому их необходимо психологически готовить. Но даже и в том случае, если девушка бывает информирована, она может переживать мен­струацию болезненно. Девушка, которая постепенно становится жен­щиной, вживается в эту роль и ищет около себя соответствующие примеры. Чаще всего таким примером становится мать. Если мать живет в конфликт­ном супружестве, дочь принимает роль женщины двойственно или даже с опасением и отвращением. Но даже и у здоровых женщин в период мен­струации появляются боли в крестцовой области и в животе, давление в генитальных органах, психическая раздражительность и склонность к де­прессии. При негативном психическом переживании менструаций эти симптомы могут усиливаться и дисменореей. При дисменорее нелегко установить долю гормональ­ных и психических факторов, и в каждом таком случае следует принимать во внимание все индивидуальные особенности. Аналогичные явления отмеча­ются и в предменструальном периоде, так у многих женщин появляются раздра­жительность, утомляемость и головные боли. Предменструальные жалобы в 60 % случаев можно облегчить применением плацебо, что свидетель­ствует о значительном влиянии психических факторов в их возникновении. Это нередко напряженное ожи­дание наступления менструации, связанное с боязнью забеременеть. Аменорею, то есть полное отсутствие менструации, можно вызвать вну­шением и гипнозом. Она развивается также при депрессиях и при боязни нежелательной беременности. В этом случае имеет место положительная обратная связь, «порочный круг»: опасения ведут к аменорее, а последняя еще больше усиливает страх. Описано также влияние и других психических факторов на развитие этих расстройств: при землетрясениях, авиационных налетах, в концентрационных лагерях, при смерти близких и родных и даже просто при переезде. Иногда говорят об аменорее как о «тенденциозном» то есть целенаправленном симптоме; девушки в общежитии стыдятся перед другими, стараются избежать внимании и разговора и этим психогенно по­давляют менструацию. И наоборот, менструация в качестве «тенденциозного» симптома может появиться преждевременно, например, перед операцией, которой женщины боятся, так что менструация на какое-то время «спасает» больную от неприятностей.

При гинекологическом обследовании женщин необходимо помнить о чувстве стыдливости, которое они испытывают. В гинекологическую клинику часто поступают женщины для оперативного вмешательства, поэтому здесь нужно соблюдать те же рекомендации, что и в хирургических отделениях. Особого внимания заслуживают акушерские отделения. Врачу необходимо знать о переживаниях женщины, готовящейся стать матерью, особенно первородящей: беспокойство за исход беременности, страх перед родовыми болями, опасение за здоровье ребенка. Неуравновешенность, эмоциональная неустойчивость, повышенная ранимость, стыдливость рожениц требуют доброжелательности, приветливости, сердечности со стороны персонала. Родильный зал по возможности должен находиться не очень близко к приемному отделению и дородовым палатам. Очень важно наблюдать за родившими женщинами, так как у них в послеродовом периоде могут развиваться различные психические нарушения.

Внедрение психопрофилактики и психотерапии в акушерстве связано с именами харьковских ученых И.З.Вельвовского и К.И.Платонова, которые разработали систему предотвращения развития боли путем психопрофилактической подготовки беременной к родам и физиологического психогигиенического ведения роженицы.

Важным периодом в жизни женщины является климактерический, когдагормональные изменения могут вызывать приливы крови к голове, тахикардию и другие симптомы. Но не следует относить все расстройства, появляющиеся в климактерическом периоде, только к гормональным изменениям. Для ряда женщин менопауза является стимулом для подведения жизненных итогов, для раз­мышлений о том, довольны ли они своей прожитой жизнью и что они могут ждать от будущего. Многие женщины не знают о том, что эротическая и сек­суальная жизнь может без изменения продолжаться и после менопаузы, и даже быть более гармоничной, особенно у тех женщин, которые страдали боя­знью забеременеть. Неправильные утверждения врача, что расстройства в климактери­ческом периоде имеют исключительно гормональное происхождение, зву­чат фаталистически и могут вызвать ятрогении.

**Пси­хо­со­ма­ти­че­ские ас­пек­ты в ги­не­ко­ло­гии свя­за­ны с функ­ция­ми по­ло­вой сис­те­мы жен­щи­ны: мен­ст­ру­аль­ной, де­то­род­ной, сек­су­аль­ной, сек­ре­тор­ной.** При гинекологических заболеваниях возможны возникновения психоэмоциональных нарушений, нарушения системы значимых отношений, сужение круга контактов с людьми, изменения женской и социальной роли, позиции по отношению ко всем жизненным ситуациям. Гинекологические заболевание маркированы переживаниями вины, стыда, тревоги, чувством неполноценности.

**Женщинам с гинекологической патологией характерны общие черты личности:** снижение ощущения психической целостности, навыков совладания, оптимизма, социабельности, утрата целеполагания, негативное самоотношение, коннотация тела, неконтролируемое нарастание регрессии, склонность при помощи диссоциации/дереализации дистанцироваться от угрожающих процессов в себе, осторожность, ригидность, неумение использовать свою женственность и обаяние.

Специфическими чертами личности женщин с миомой являются: робость, застенчивость, погруженность в себя, недостаток энергии, уступчивость, нерешительность.

Специфическими чертами личности женщин с эндометриозом являются: самоконтроль, враждебность, подозрительность, напряженность, страх потери контроля над сферой фантазий, потребность в доминировании, большая значимость мышления, чуствительность к критике, амбициозность, неумение ограничивать себя и входить в гибкие отношения с людьми.

Эмоциональная сфера женщин, больных гинекологическими заболеваниями, характеризуется слабой дифференцированностью, дефицитом творческого отношения к жизни, пониженной рефлексией, внутренней «скованностью», наиболее выражены эти особенности у женщин с миомой матки.

Полоролевая сфера женщин с миомой матки характеризуется полоролевым конфликтом, блокированием построения адекватной женской идентичности, маскулинностью.

Полоролевая сфера женщин с эндометриозом характеризуется конфликтом полоролевых структур, который блокирует построение адекватной женской идентичности, маскулинностью, незрелостью полоролевой сферы.

1. **Этио­ло­ги­че­ски пси­хи­че­ские на­ру­ше­ния при этих за­бо­ле­ва­ни­ях вызва­ны ау­то­ин­ток­си­ка­ци­ей.**

При хро­ни­че­ском те­че­нии за­бо­ле­ва­ний от­ме­ча­ет­ся на­рас­та­ние диском­фор­та, об­щая сла­бость с па­де­ни­ем ра­бо­то­спо­соб­но­сти, сни­же­ние фо­на на­строе­ния, чув­ст­во соб­ст­вен­ной не­пол­но­цен­но­сти. При на­раста­нии тя­же­сти за­бо­ле­ва­ния по­сте­пен­но фор­ми­ру­ет­ся пси­хо­ор­га­ниче­ский син­дром со сни­же­ни­ем кри­ти­ки, ин­тел­лек­ту­аль­ным де­фектом и эй­фо­ри­че­ским фо­ном на­строе­ния.

При за­бо­ле­ва­ни­ях пе­че­ни (ге­па­ти­ты, цир­роз) бо­лее вы­ра­же­на сома­то­ген­ная ас­те­ния. Стой­кая ис­то­щае­мость рас­про­стра­ня­ет­ся на все пси­хи­че­ские про­цес­сы, осо­бен­но про­яв­ля­ясь в сни­же­нии ра­бо­то­способ­но­сти и ак­тив­но­го вни­ма­ния.

**Формы течения заболеваний:**

*ост­рая – пом­ра­че­ния соз­на­ния – ко­ма;*

*ла­тент­ная – ас­те­ни­че­ские про­яв­ле­ния*

*хро­ни­че­ская – эн­це­фа­ло­па­тия*

В по­след­нем слу­чае фор­ми­ру­ет­ся стой­кий ге­па­то­це­реб­раль­ный синдром, вклю­чаю­щий реф­лек­тор­ные, дви­га­тель­ные и пси­хи­че­ские на­руше­ния. К пси­хи­че­ским на­ру­ше­ни­ям от­но­сят­ся сле­дую­щие: в ди­на­мике пси­хи­че­ских про­цес­сов (ко­ле­ба­ния вни­ма­ния, не­ус­той­чи­вая ра­бото­спо­соб­ность, не­ус­той­чи­вая про­дук­тив­ность па­мя­ти и мыш­ле­ния); в ког­ни­тив­ной сфере (труд­но­сти опо­сре­до­ва­ния, склон­ность к де­та­ли­зации, на­ру­ше­ние опе­ра­ци­он­ной сто­ро­ны мыш­ле­ния – сни­же­ние уровня обоб­ще­ний до кон­крет­но­го, стой­кая пре­сы­щае­мость, склон­ность к вне­зап­ной аф­фек­тив­ной дез­ор­га­ни­за­ции ин­тел­лек­ту­аль­ной дея­тельно­сти при не­уда­чах, ко­ле­ба­ния кри­ти­ки); в эмо­цио­наль­но­й сфере (депрес­сия, апа­тия); нев­ро­зо­по­доб­ные из­ме­не­ния лич­но­сти (нев­ра­сте­ниче­ский и се­не­сто­па­ти­че­ски-ипо­хон­д­ри­че­ский син­дро­мы).

1. Сравнительные исследования поведения животных показывают, что для приёма пищи необходима особая обстановка: отсутствие опасности, удобство, хорошие отношения с “компанией едоков”, гармоничная среда.

**Анорексия.** При хроническом течении имеется локальный страх перед нормальной едой, увеличением массы тела и достижением средних показателей, необходимых для сохранения здоровья. Ситуационно возникновение анорексии представляется связанным с физическим созреванием женщины и восприятием женской роли в пубертатном периоде. Страдающие анорексией женщины часто до начала заболевания бывают пухленькими

**Булимия.** Булимический эпизод заключается в обильном и быстром поглощении высококалорийной пищи. Из опасения растолстеть больные часто сразу после еды вызывают у себя рвоту и/или пытаются ограничивать приём пищи, постятся, применяют медикаменты и интенсивно занимаются спортом. Структура личности: истерические и невротические черты, аддиктивное поведение.

**Ожирение.** Психосоматики уделяют больше внимания не тем пациентам, у которых имеется хроническое увеличение массы тела, а тем молодым людям, у которых наблюдается смена фаз прожорливости и голодания с внезапным увеличением массы тела. Приём пищи у них происходит импульсивно, в ситуациях напряжённости и конфликтов.