**Лекция 6**

**Психологические особенности пациентов, страдающих заболеваниями кожи, дыхательной системы; пациентов с хирургической и онкопатологией.**

**План.**

1. **Психологические особенности пациентов, страдающих заболеваниями кожи.**
2. **Психологические особенности пациентов, страдающих дыхательной системы.**
3. **Психологические особенности пациентов с хирургической и онкопатологией.**
4. **Деонтологические аспекты построения взаимоотношений врач – больной**
5. У больных кожными заболеваниями на первом плане проявляется реакция на безображенный внешний вид, при этом страдает эстетический компонент внутренней картины болезни.

**Психологические причины кожных заболеваний:**

* *Алекситимия*
* *Внутриличностный конфликт сознательного с бессознательным*
* *Сильный стресс или интенсивные переживания*
* *Конверсия*

Динамика отношений между младенцем и значимым взрослым.

**Психологические особенности людей с кожными заболеваниями:**

* *Сложности с распознаванием и выражением эмоций*
* *Сильное чувство стыда*
* *Трудности в установлении межличностных границ*
* *Сниженная социальная адаптация*
* *Высокая готовность к страху в сочетании с низкой толерантностью страха*
* *Высокий уровень неуверенности в поведении*
* *Склонность к аддиктивному поведению*

**Дезорганизация поведения больных дерматозом:**

* *Больные с адекватным поведением, кратковременным снижением настроения и реакциями дезадаптации*
* *Больные­ с кратко­вре­мен­ной невро­ти­че­ской реак­ци­ей*
* *Больные­ с затя­нув­шей­ся невро­­ти­че­ской реак­­ци­ей*
* *Больные­ с пато­ло­ги­че­ским разви­ти­ем лично­­сти*

1. ***Простое возбуждение как элементарная и ещё недифференцированная форма таких аффективных состояний, как страх, гнев, ярость и т.д., приводит к учащению дыхания.*** Длительно сохраняющееся, не находящее разрядки возбуждение (например, сексуальное) может проявляться характерным типом дыхания, гипервентиляцией. Уравновешенное, приятное настроение приводит к спокойному и гармоничному ритму вдоха и выдоха, как это бывает во сне. В состоянии ужаса, внезапного потрясения может наступить кратковременная остановка дыхания.

**Психосоматические заболевания органов дыхания:**

**Невротический дыхательный синдром, гипервентиляционная тетания.** При гипервентиляционном приступе среди субъективных ощущений преобладают чувство страха, ощущение удушья при форсированном глубоком дыхании с чувством нехватки воздуха, неприятными ощущениями в руках, лице и т.д.

**Бронхиальная астма.** Бронхиальная астма в плане дыхательного поведения объясняется как заученные ошибочные условные рефлексы. Наблюдения показывают, что типичные астматические приступы могут провоцироваться произвольно или непроизвольно, под влиянием настроения больного, которое он сам вызывает. Характерными ситуациями, способствующими заболеванию, являются те, которые имеют характер требования в направлении враждебно-агрессивных или нежных или преданных выражений чувств. Сильные и часто амбивалентные переживания презрения и нежности лежат в основе защиты и вытеснения.

**Психологические особенности пациентов, страдающих онкозаболеваниями**

В ка­честве «пси­хо­ло­ги­че­ских кан­це­ро­ге­нов» опи­са­ны раз­лич­ные трав­мирую­щие жиз­нен­ные со­бы­тия, труд­но­сти, связанные с ут­ра­той объ­екта, алек­си­ти­мия, не­уме­ние вый­ти из кон­флик­та, дли­тель­но су­ще­ствую­щее со­стоя­ние без­на­деж­но­сти, по­дав­лен­но­сти, от­чая­ния.

В рам­ках лич­но­ст­но­го рис­ка у жен­щин с пред­рас­по­ло­жен­но­стью к ра­ку мо­лоч­ной же­ле­зы опи­сы­ва­ет­ся не­спо­соб­ность про­яв­лять свои чув­ст­ва и из­ли­вать свой гнев; от­ме­ча­ет­ся сни­жен­ная спо­соб­ность к фан­та­зи­ро­ва­нию (тест Рор­ша­ха) с ре­ду­ци­ро­ва­ни­ем от­ве­тов по по­воду форм и цве­та, умень­шен­ное чис­ло тол­ко­ва­ний об­ра­зов, а в оп­росни­ках та­кие боль­ные об­на­ру­жи­ва­ли при­зна­ки, ука­зы­ваю­щие на разоча­ро­ва­ние, пус­то­ту и чув­ст­во от­де­лен­но­сти от дру­гих лю­дей.

**Психологические особенности пациентов с хирургической патологией**

При оцен­ке пси­хо­ло­ги­че­ских осо­бен­но­стей хи­рур­ги­че­ских боль­ных сле­ду­ет учи­ты­вать, ка­кой пе­ри­од ле­че­ния име­ет­ся в ви­ду.

Пре­до­пе­ра­ци­он­ный пе­ри­од оп­ре­де­ля­ет­ся воз­дей­ст­ви­ем стрес­со­ров (не­об­хо­ди­мость опе­ра­ции, страх, боль и т.п.), фор­ма­ми сов­ла­даю­ще­го по­ве­де­ния, сте­пе­нью не­об­хо­ди­мо­сти опе­ра­ции. Субъ­ек­тив­ное со­держа­ние пе­ре­жи­ва­ний за­ви­сит от лич­но­ст­но­го смыс­ла пред­стоя­щей опера­ции (спо­соб из­бав­ле­ния от стра­да­ний, спа­се­ние жиз­ни и т.п.). В пре­до­пе­ра­ци­он­ный пе­ри­од воз­мож­на пе­ре­оцен­ка зна­чи­мо­сти риска, про­яв­ляю­щая­ся или в стра­хе смер­тель­но­го ис­хо­да с тре­во­гой, беспо­кой­ст­вом, ажи­та­ци­ей, или в пас­сив­ной об­ре­чен­но­сти, ожи­да­нии кон­ца. Воз­мож­на и об­рат­ная ре­ак­ция – от­рица­ние сим­пто­мов бо­лез­ни с це­лью из­бе­жать опе­ра­ции, ог­ра­ни­чить­ся кон­сер­ва­тив­ным ле­че­ни­ем.

**По­сле­опе­ра­ци­он­ный пе­ри­од мож­но раз­де­лить на два эта­па – ближай­ший и от­да­лен­ный.** На бли­жай­шем эта­пе ре­ак­ции но­сят адапта­ци­он­ный ха­рак­тер и от­ра­жа­ют осо­бен­но­сти те­че­ния за­бо­ле­ва­ния: за­мед­лен­ный темп ре­ак­ций, чрез­мер­ная со­сре­до­то­чен­ность на бо­лезнен­ных ощу­ще­ни­ях, ко­ле­ба­ния кри­ти­ки к сво­ему со­стоя­нию, эмоцио­наль­ная не­ус­той­чи­вость. От­да­лен­ный этап за­ви­сит от ре­зуль­татов опе­ра­ции. Ес­ли ре­зуль­та­ты оп­рав­ды­ва­ют ожи­да­ния, про­ис­хо­дит рег­ресс сим­пто­мов и пси­хо­ло­ги­че­ских сдви­гов. Ес­ли опе­ра­ция за­кончи­лась по тем или иным при­чи­нам не­удач­но, боль­но­му пред­сто­ит повтор­ная опе­ра­ция или об­ра­зу­ет­ся де­фект те­ла, пси­хи­че­ское со­стоя­ние боль­ных ха­рак­те­ри­зу­ет­ся аф­фек­тив­ной на­пря­жен­но­стью, дис­фо­риями, стра­хом пе­ред но­вым стра­да­ни­ем.

**Деонтологические аспекты построения взаимоотношений врач – больной**

Взаи­мо­от­но­ше­ния вра­ча и боль­но­го в ка­ж­дом кон­крет­ном слу­чае скла­ды­ва­ют­ся ин­ди­ви­ду­аль­но, в за­ви­си­мо­сти от осо­бен­но­стей со­стояния и лич­но­сти па­ци­ен­та с од­ной сто­ро­ны, и ин­ди­ви­ду­аль­но-пси­холо­ги­че­ских осо­бен­но­стей вра­ча – с дру­гой.

Выделяют три ос­нов­ных мо­де­ли взаи­модей­ст­вия врач – боль­ной: ру­ко­во­дство, парт­нер­ст­во и кон­тракт.

Руководство. Врач до­ми­ни­ру­ет в этих взаи­мо­от­но­ше­ни­ях, за­нима­ет ак­тив­ную ли­дер­скую по­зи­цию, оп­ре­де­ля­ет стра­те­гию и так­тику ле­че­ния. Все ре­ше­ния по клю­че­вым во­про­сам ле­чеб­но-ди­аг­но­стиче­ско­го про­цес­са он при­ни­ма­ет са­мо­стоя­тель­но и бе­рет на се­бя всю пол­но­ту от­вет­ст­вен­но­сти: юри­ди­че­ской, мо­раль­ной и пси­хо­ло­ги­ческой. Боль­ной здесь ос­та­ет­ся под­чи­нен­ным, за­ви­си­мым, пас­сив­ным объ­ек­том те­ра­пии. Со­кра­ще­ние пси­хо­ло­ги­че­ской дис­тан­ции с па­ци­ентом при этом не­до­пус­ти­мо; это рас­смат­ри­ва­ет­ся как на­ру­ше­ние профес­сио­наль­ной эти­ки со сто­ро­ны вра­ча.

Партнерство. Это мо­дель не­ав­то­ри­тар­но­го со­труд­ни­че­ст­ва, которая предпо­ла­га­ет ак­тив­ное уча­стие па­ци­ен­та в те­ра­пев­ти­че­ском про­цес­се. Опре­де­лен­ная часть от­вет­ст­вен­но­сти здесь ло­жит­ся на боль­но­го, он участвует в при­ня­тии ре­ше­ний. В ос­но­ве взаи­мо­от­но­ше­ний ле­жит эм­патия. Со­пе­ре­жи­ва­ние оп­ре­де­ля­ет боль­шую сте­пень пси­хо­ло­ги­че­ской бли­зо­сти, чем при мо­де­ли ру­ко­во­дства.

Контракт. В рам­ках этой мо­де­ли врач и боль­ной при­сту­па­ют к ле­че­нию на ос­но­ве со­гла­ше­ния от­но­си­тель­но об­ще­го по­ни­ма­ния бо­лез­ни, ее при­чин, про­гно­за и страте­гии ле­че­ния. Юри­ди­че­скую от­вет­ст­вен­ность за ре­зуль­та­ты ле­че­ния не­сет врач. Но пси­хо­ло­ги­че­ская от­вет­ст­вен­ность в оп­ре­де­лен­ной степе­ни ле­жит и на боль­ном. Оп­ла­чи­вая ме­ди­цин­ские ус­лу­ги, па­ци­ент име­ет пра­во вы­би­рать вра­ча, га­ран­ти­руя се­бе пра­во на наи­бо­лее квали­фи­ци­ро­ван­ную по­мощь, пра­во на пре­ры­ва­ние кур­са и сме­ну врача. Боль­ной ожи­да­ет, что врач бу­дет со­гла­со­вы­вать с ним важ­ней­шие эта­пы ле­че­ния.

**Оп­ти­маль­ность кон­так­та врач – боль­ной оп­ре­де­ля­ет­ся сле­дующим:**

* *сте­пе­нью при­ня­тия боль­ным эмо­цио­наль­но-ро­ле­во­го взаи­мо­дей­ствия в со­от­вет­ст­вии с имею­щим­ся у не­го эта­ло­ном вра­ча*
* *сте­пе­нью при­ня­тия боль­ным ле­чеб­ных за­дач и про­це­дур в со­от­ветст­вии с его ле­чеб­ной мо­ти­ва­ци­ей*
* *сте­пе­нью ак­тив­но­сти боль­но­го в ле­чеб­ном про­цес­се (от со­про­тивле­ния до со­труд­ни­че­ст­ва.*

**В со­вре­мен­ной ме­ди­ци­не ши­ро­кое рас­про­стра­не­ние сле­дую­щие этиче­ские прин­ци­пы ра­бо­ты с па­ци­ен­та­ми и кли­ен­та­ми:**

*ува­же­ние к ав­то­но­мии па­ци­ен­та*

*не вре­дить*

*ока­за­ние по­мо­щи спра­вед­ли­вость*

**Коммуникативная компетентность врача**

Уме­ние об­щать­ся, или ком­му­ни­ка­тив­ная компе­тент­ность, обес­пе­чи­ва­ет хо­ро­ший пси­хо­ло­ги­че­ский кон­такт с па­циен­том, по­мо­га­ет точ­нее со­брать анам­нез. Ком­му­ни­ка­тив­ная компе­тент­ность пред­по­ла­га­ет не толь­ко на­ли­чие оп­ре­де­лен­ных пси­хо­логи­че­ских зна­ний, но и спе­ци­аль­ные на­вы­ки – уме­ние стро­ить бе­седу, «чи­тать» не­вер­баль­ные сиг­на­лы.

**Компоненты коммуникативной компетентности:**

**Коммуникативная толерантность** – тер­пи­мость, снис­хо­ди­тель­ность в об­ще­нии с боль­ными, да­же ес­ли па­ци­ен­ты про­яв­ля­ют от­ри­ца­тель­ные ка­че­ст­ва, чу­ж­дые сти­ли по­ве­де­ния и сте­рео­ти­пы мыш­ле­ния

**Аффилиация** – внутренне она вы­сту­па­ет как чув­ст­во при­вя­зан­но­сти, вер­но­сти, а внеш­не – в об­щи­тель­но­сти, же­ла­нии со­труд­ни­чать, осо­бен­но­стях не­вер­баль­но­го по­ве­де­ния. Эта чер­та по­мо­га­ет со­хра­нить жи­вой ин­те­рес к боль­ным и за­щи­ща­ет от про­фес­сио­наль­ных де­фор­ма­ций и рав­но­ду­шия

**Эмоциональная стабильность** – по­мо­га­ет вра­чу из­бе­жать «пси­хо­ло­ги­че­ских сры­вов» и кон­флик­тов. Пси­хо­ло­гиче­ское рав­но­ве­сие вра­ча, его доб­ро­же­ла­тель­ность вы­зы­ва­ет у боль­но­го чув­ст­во на­деж­но­сти и до­ве­рия

**Эмпатия** – способ­ность к со­чув­ст­вию, со­стра­да­нию, со­пе­ре­жи­ва­нию, пси­хо­ло­ги­ческая «вклю­чен­ность» в мир пе­ре­жи­ва­ний боль­но­го

**Сен­си­тивность к от­вер­же­нию** – спо­соб­ность вос­при­ни­мать не­га­тив­ное от­но­шение ок­ру­жаю­щих, обес­пе­чи­ваю­щая «об­рат­ную связь» с па­ци­ен­том

**К пси­хо­ло­ги­че­ским осо­бен­но­стям, сни­жаю­щим ком­му­ни­ка­тив­ную ком­пе­тент­ность, от­но­сят­ся:** по­вы­шен­ная тре­вож­ность, де­прес­сив­ность, ин­тро­вер­ти­ро­ван­ность.

**Ятрогении** – ши­ро­кий диа­па­зон не­бла­го­при­ят­ных по­след­ст­вий для боль­ного, при­чи­нен­ных сло­вом вра­ча.

**Психологические аспекты реабилитации соматических больных**

Под реа­били­та­ци­ей по­ни­ма­ет­ся сис­те­ма го­су­дар­ст­вен­ных со­ци­аль­но-эко­но­ми­ческих, ме­ди­цин­ских, пси­хо­ло­ги­че­ских и дру­гих ме­ро­прия­тий, на­правлен­ных на пре­ду­пре­ж­де­ние раз­ви­тия па­то­ло­ги­че­ских про­цес­сов, приво­дя­щих к вре­мен­ной или стой­кой ут­ра­те тру­до­спо­соб­но­сти, на эф­фектив­ное и ран­нее воз­вра­ще­ние боль­ных и ин­ва­ли­дов в об­ще­ст­во.

**Реа­би­ли­та­ция пре­ду­смат­ри­ва­ет два ос­нов­ных мо­мен­та:**

* воз­вра­ще­ние боль­ных к об­ще­ст­вен­но-по­лез­но­му тру­ду
* соз­да­ние оп­ти­маль­ных ус­ло­вий для ак­тив­но­го уча­стия боль­ных в жиз­ни об­ще­ст­ва

**Со­дер­жа­ние реа­би­ли­та­ции:**

* Воз­мож­но ран­нее на­ча­ло ме­ро­прия­тий, ко­то­рые долж­ны вли­ваться в ле­чеб­ные про­це­ду­ры, до­пол­нять и обо­га­щать их. В слу­чае угро­зы ин­ва­лид­но­сти они яв­ля­ют­ся про­фи­лак­ти­кой ее
* Не­пре­рыв­ность реа­би­ли­та­ции
* Ком­плекс­ный ха­рак­тер ме­ро­прия­тий – ме­ди­цин­ских, со­ци­аль­ных, пси­хо­ло­ги­че­ских, юри­ди­че­ских
* Ин­ди­ви­ду­аль­ность под­бо­ра ме­ро­прия­тий
* Осу­ще­ст­в­ле­ние реа­би­ли­та­ции в кол­лек­ти­ве боль­ных
* Воз­вра­ще­ние боль­но­го к об­ще­ст­вен­но по­лез­но­му тру­ду

**В на­стоя­щее вре­мя в Рос­сии при оп­ре­де­ле­нии тру­до­спо­соб­но­сти ис­хо­дят из трех групп:**

***пер­вая – пол­но­стью не­тру­до­спо­со­бен по­сле пе­ре­не­сен­но­го за­бо­лева­ния или в ре­зуль­та­те по­вре­ж­де­ния. Ну­ж­да­ет­ся в по­сто­ян­ном ухо­де***

***вто­рая – пол­но­стью ут­ра­че­на воз­мож­ность ра­бо­тать в преж­них усло­ви­ях***

***тре­тья – ог­ра­ни­чен­но год­ны для ра­бо­ты по спе­ци­аль­но­сти, в меньшем объ­е­ме и при ог­ра­ни­че­нии ра­бо­че­го дня***

**Ос­нов­ные прин­ци­пы реа­би­ли­та­ции:**

**Прин­цип парт­нер­ст­ва** – ак­тив­ное вклю­че­ние боль­но­го в ле­чеб­нореа­би­ли­та­ци­он­ный про­цесс, при­вле­че­ние его к уча­стию в вос­станов­ле­нии на­ру­шен­ных бо­лез­нью функ­ций и со­ци­аль­ных свя­зей

**Прин­цип раз­но­сто­рон­но­сти** уси­лий, на­прав­лен­ных на раз­ные сферы боль­но­го

**Прин­цип един­ст­ва** био­ло­ги­че­ских и пси­хо­со­ци­аль­ных воз­дей­ст­вий

**Прин­цип сту­пен­ча­то­сти** (пе­ре­ход­но­сти) про­во­ди­мых воз­дей­ст­вий

**Пси­хо­ло­ги­че­ские ас­пек­ты реа­би­ли­та­ции вклю­ча­ют сле­дую­щие меро­прия­тия:**

* *Изу­че­ние лич­но­сти боль­но­го, струк­ту­ры на­ру­ше­ний и ме­ха­низ­мов ком­пен­са­ции; со­ци­аль­ных по­зи­ций и ро­ле­во­го по­ве­де­ния боль­но­го в раз­лич­ных груп­пах; ди­на­ми­че­ская кор­рек­ция их с уче­том за­дач и ре­зуль­та­тов реа­би­ли­та­ции*
* *Со­ци­аль­но-пси­хо­ло­ги­че­ское ис­сле­до­ва­ние об­ще­ния боль­ных, взаимо­от­но­ше­ний в семь­ях и ле­чеб­ных груп­пах и их ди­на­ми­ки в процес­се пси­хо­кор­рек­ци­он­ной и пси­хо­те­ра­пев­ти­че­ской ра­бо­ты*
* *Ис­сле­до­ва­ние те­ра­пев­ти­че­ско­го кол­лек­ти­ва, взаи­мо­от­но­ше­ний боль­ных и ме­ди­цин­ских ра­бот­ни­ков; раз­ра­бот­ка ре­ко­мен­да­ций по оп­ти­ми­за­ции те­ра­пев­ти­че­ской сре­ды*
* *Оцен­ка пси­хо­ло­ги­че­ских фак­то­ров вне­те­ра­пев­ти­че­ско­го со­ци­ально­го ок­ру­же­ния*

**Психологическая характеристика больного на стадии начала и разгара болезни**

**Начальная стадия соматического заболевания.** На этой стадии у больного преобладают отрицательно-эмоциональные реакции в связи со стрессовой ситуацией – тревога, страх, растерянность. Стрес­со­вая си­туа­ция в на­ча­ле со­ма­ти­че­ско­го за­бо­ле­ва­ния по­выша­ет тре­бо­ва­ния к при­спо­соби­тель­ным ме­ха­низ­мам.

**На ста­дии раз­га­ра при­сое­ди­ня­ют­ся ка­че­ст­вен­ные ха­рак­те­ри­сти­ки забо­ле­ва­ния** – боль, ли­хо­рад­ка, тем­пе­ра­ту­ра. Ин­тен­сив­ность субъ­ек­тивных ощу­ще­ний дос­ти­га­ет сво­его мак­си­му­ма, за­тем боль­ной при­спо­сабли­ва­ет­ся к фак­ту бо­лез­ни. На этой ста­дии на сме­ну тре­во­ге, стра­ху и рас­те­рян­но­сти при­хо­дят ожи­да­ние и на­де­ж­да на вы­здо­ров­ле­ние. Вза­мен не­ус­той­чи­вой адап­та­ции и да­же де­за­дап­та­ции при­хо­дит вы­ра­бот­ка новых форм от­но­ше­ния – ак­тив­ная адап­та­ция на но­вом уров­не. В кли­ни­че­ской пси­хо­ло­гии осо­бая роль в адап­та­ции боль­но­го к за­бо­ле­ва­нию от­во­дит­ся за­щит­ным ме­ха­низ­мам и ко­пин­го­вым страте­ги­ям.

**Психологическое содержание исхода болезни: выздоровление, хронификация**

**Наи­бо­лее час­тым ис­хо­дом со­ма­ти­че­ско­го за­бо­ле­ва­ния яв­ля­ет­ся выздоровление – ком­пен­са­ция па­то­ло­ги­че­ских рас­стройств и вос­станов­ле­ние на­ру­шен­ных функ­ций.** Вы­здо­ров­ле­ние – фе­но­мен не только био­ло­ги­че­ский, но и пси­хо­ло­ги­че­ский. Субъ­ек­тив­ное чув­ст­во вы­здо­ров­ле­ния не все­гда сов­па­да­ет с объ­ек­тив­ны­ми дан­ны­ми об­сле­до­вания. Пе­ри­од «ос­во­бо­ж­де­ния» от бо­лез­ни мо­жет быть очень дли­тельным – так на­зы­вае­мая про­тра­ги­ро­ван­ная фор­ма пе­ре­жи­ва­ния бо­лезни.

Вы­здо­ров­ле­ние мо­жет быть не­пол­ным, то­гда име­ют­ся ог­ра­ни­чения тру­до­спо­соб­но­сти, нет оп­ти­маль­но­го при­спо­соб­ле­ния к ок­ру­жающей сре­де и воз­ни­ка­ют пе­рио­ди­че­ские обо­ст­ре­ния за­бо­ле­ва­ния. В таком слу­чае го­во­рят о хронификации болезни. Че­ло­век на­чи­на­ет жить в но­вых ус­ло­ви­ях. Сте­пень его при­спо­соб­ле­ния к но­вым ус­ло­ви­ям зави­сит от его кон­сти­ту­ции, ти­па об­ра­зо­вав­ше­го­ся де­фек­та и со­ци­альных ус­ло­вий су­ще­ст­во­ва­ния.

У боль­ных с хро­ни­че­ски­ми со­ма­ти­че­ски­ми за­бо­ле­ва­ния­ми воз­можно фор­ми­ро­ва­ние госпитализма – при­вы­ка­ния к су­ще­ст­во­ва­нию в боль­нич­ных ус­ло­ви­ях.

Д ру­гая воз­мож­ная фор­ма пси­хо­ло­ги­че­ско­го реа­ги­ро­ва­ния в си­туации хро­ни­че­ской бо­лез­ни – диссимуляция. От­да­вая се­бе от­чет в том, что он бо­лен, па­ци­ент соз­на­тель­но скры­ва­ет сим­пто­мы бо­лез­ни, продол­жа­ет вы­пол­нять в преж­нем объ­е­ме свои про­фес­сио­наль­ные, се­мейные, со­ци­аль­ные обя­зан­но­сти.

Пре­уве­ли­че­ние сим­пто­мов и тя­же­сти со­стоя­ния, де­мон­ст­ри­руемое боль­ным, на­зы­ва­ет­ся аггравация.

Воз­мож­но так­же не­осоз­на­ва­ние бо­лез­ни па­ци­ен­та­ми – анозогнозия.

Ре­ак­ция «ухода в болезнь» за­клю­ча­ет­ся в том, что па­ци­ент ста­вит бо­лезнь в центр соб­ст­вен­ных ин­те­ре­сов и от­но­ше­ний.

**Психологическое содержание исхода болезни: умирание, смерть**

Еще од­ним ис­хо­дом со­ма­ти­че­ско­го за­бо­ле­ва­ния яв­ля­ет­ся умирание и смерть. Хо­тя че­ло­век все­гда зна­ет о не­из­беж­но­сти сво­ей кон­чи­ны, ее не­по­сред­ст­вен­ное при­бли­же­ние вы­зы­ва­ет у не­го ряд пси­хо­ло­ги­ческих сдви­гов. **Вы­де­ля­ют три ос­нов­ных ти­па ре­ак­ции боль­но­го на возмож­ную в не­да­ле­ком бу­ду­щем фи­зи­че­скую смерть от за­бо­ле­ва­ния:**

* *«це­п­ля­ние» за жизнь – ис­поль­зу­ют­ся лю­бые сред­ст­ва для то­го, что­бы ос­тать­ся в жи­вых. Бо­лезнь и борь­ба с ней ста­но­вят­ся главным смыс­лом жиз­ни*
* *при­ня­тие си­туа­ции смер­ти как ве­ро­ят­ной. Лю­ди на­чи­на­ют «жить на всю ка­туш­ку», ста­ра­ют­ся обо­га­тить се­бя ду­хов­но, не дать бо­лезни взять над со­бой верх. Бо­лезнь ста­но­вит­ся чем-то вто­ро­сте­пенным, но по­сто­ян­ным фо­ном жиз­ни, но не на­прав­ля­ет жизнь*
* *при­ня­тие си­туа­ции смер­ти как не­из­беж­ной и ее ожи­да­ние. Та­кая ре­ак­ция вле­чет за со­бой апа­тию, уход в бо­лезнь, тя­же­лые пе­ре­жива­ния лю­бых ее про­яв­ле­ний. Бо­лезнь оп­ре­де­ля­ет все жиз­нен­ные вы­бо­ры, ста­но­вит­ся цен­траль­ной на­прав­ляю­щей по­ве­де­ния.*

**Мож­но вы­де­лить две гло­баль­ные по­зи­ции, с ко­торых че­ло­век рас­смат­ри­ва­ет ве­ро­ят­ную в бли­жай­шем бу­ду­щем смерть:**

* *стрем­ле­ние к жиз­ни*
* *страх смерти*
* *Э. Кюб­лер-Росс вы­де­ли­ла пять ста­дий в процес­се уми­ра­ния:*
* *от­ри­ца­ния*
* *гне­ва*
* *тор­га*

**Пер­вые три ста­дии – это пе­ри­од кри­зи­са, воз­мо­жен воз­врат к перво­му и вто­ро­му эта­пам**

* *де­прес­сии*
* *при­ня­тия смер­ти*
* *Р. Пэт­ти­сон вы­де­лил дру­гие ста­дии в про­цессе уми­ра­ния:*
* *со­ци­аль­ная смерть – изо­ля­ция от об­ще­ст­ва*
* *пси­хи­че­ская смерть – осоз­на­ние че­ло­ве­ком близ­ко­го кон­ца*
* *смерть моз­га – пре­кра­ще­ние дея­тель­но­сти го­лов­но­го моз­га*
* *фи­зио­ло­ги­че­ская смерть*