**Внутренняя картина болезни**

Влияние соматического состояния на психику человека может быть как патогенным, так и саногенным (оздоравливающим). Что касается последнего аспекта, то врачам хорошо известно, как с каждым днем при выздоровлении от тяжелого соматического недуга происходит и улучшение (санация) психического состояния больного: улучшается настроение, появляется бодрость и оптимизм. Вероятно, не случайно широко распространено известное выражение: «В здоровом теле – здоровый дух». Физически здоровые люди всегда легче переносят жизненные неурядицы, чем больные. По-видимому, в ряде случаев даже можно говорить о «внутренней картине здоровья» и ее влиянии на психическую сферу человека (Николаева В.В., 1987). Широкое признание получило позитивное определение здоровья, данное ВОЗ: «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (Устав ВОЗ, 1946). Таким образом, здоровье складывается из трех компонентов: физического, психического и социального. И в настоящее время здоровье трактуется как способность к адаптации, способность сопро-тивляться и приспосабливаться, способность к самосохранению и саморазвитию, ко все более содержательной жизни во все более разнообразной среде обитания (Лишук В. А., 1994). Благодаря позитивному определению здоровья в медицине, наряду с патоцентрическим подходом (борьба с болезнями), утверждается и саноцентрический подход (направленность на здоровье и его обеспечение). Считается, что определить степень физического здоровья человека достаточно просто– здоровый человек удовлетворен функционированием своего организма. Эту степень здоровья достоверно устанавливает медицина, используя соответствующие методики осмотра, лабораторные исследования. Сложнее оценить психическое состояние человека, найти критерии психического и социального благополучия человека. В частности, одним из центральных в психологии здоровья является понятие о норме психического развития, которое позволяет говорить о соответствии биологического и психологического возрастов человека. Думается, что психолог и врач, которые работают с показателями здоровья человека, должны исходить из того, что у любого человека на уровне житейской психологии присутствуют свои представления о нормальности человека в любой конкретный период его жизни. В этом смысле бытовое представление человека о возрасте, о возможностях возраста– чувствования, действия, самоотношения– является тем конкретным материалом, который определяет содержание внутренней картины здоровья

Как человек относится к своему здоровью, т.е. без понимания его внутренней картины здоровья, невозможно понять внутреннюю картину болезни, которая, как полагают, является лишь частным случаем первой. Переживание чувства здоровья связано не только с отсутствием болезни и инвалидности, но и с наличием полноценного физического, психического и нравственного состояния, которое позволяет оптимально, без всяких ограничений осуществлять общественную и прежде всего трудовую деятель-ность. Внутренняя картина здоровья– составная часть самосознания, представление о своем физическом состоянии, сопровождающееся своеобразным эмоциональным, чувственным фоном.

При оценке психологии здоровья важно различать понятия "состояние здоровья" и «самочувствие». Состояние здоровья – истинное положение дел в организме по данным врачебного осмотра. Самочувствие же субъективно и не всегда точно отражает объективное состояние здоровья. Неполнота и искажения внутренней картины болезни возможны у маленьких детей, а также в силу своеобразия структуры личности– нестабильности самооценки, «Я-образа» в целом и физического «Я», зависимости собственной самооценки от оценок других людей. Рядом отечественных авторов представлены показатели психического здоровья, причем по этому параметру (с учетом жалоб на здоровье самого человека) выделяются четыре группы людей:

1 -я группа – совершенно здоровые, жалоб нет;

2-я группа– легкие функциональные нарушения, эпизодические жалобы астено-невротического характера, связанные с конкретными психотравмирующими событиями, напряжение адаптационных механизмов под влиянием отрицательных микросоциальных факторов;

3-я группа–лица с доклиническими состояниями и клиническими формами в стадии компенсации, стойкие астено-невротические жалобы вне рамок трудных ситуаций, перенапряжение механизмов адаптации(в анамнезе у таких лиц неблагополучие беременности, родов, диатезы, травмы головы и хронические инфекции);

4-я группа– клинические формы заболевания в стадии субкомпенсации, недостаточность или поломка адаптационных механизмов.

Критерии психического здоровья основываются на понятиях «адаптация», «социализация» и «индивидуализация».

Понятие «адаптация» включает способность человека осознанно относиться к функциям своего организма(пищеварения, выделения и др.), а также его способность регулировать свои психические процессы(управлять своими мыслями, чувствами, желаниями). Пределы индивидуальной адаптации существуют, но адаптированный человек может жить в привычных для него геосоциальных условиях. Социализация определяется по трем критериям, связанным со здоровьем человека.

• Первый критерий связан со способностью человека реагировать на другого че-ловека как на равного себе(«другой такой же живой, как и Я»).

• Второй критерий определен как реакция на факт существования определенных норм в отношениях с другими и как стремление следовать им.

• Третий критерий– как человек переживает свою относительную зависимость от других людей.

Существует для каждого человека необходимая мера одиночества, и если человек эту меру переступает, то он чувствует себя плохо. Мера одиночества– это своеобразная соотнесенность необходимости в независимости, уединенности от других и своего места среди своего окружения.

Индивидуализация, по К.Г. Юнгу, позволяет описывать становление отношения человека к самому себе. Человек сам создает в психической жизни свои качества, он осознает свою собственную неповторимость как ценность и не позволяет разрушать ее другим людям. Способность признавать и сохранять индивидуальность в себе и других– один из важнейших параметров психического здоровья. Возможности адаптации, социализации и индивидуализации имеются у каждого человека, степень их реализации зависит от социальной ситуации его развития, идеалов нормативного человека данного общества в данный конкретный момент. Однако можно заметить и недостаточность этих критериев для полного описания внутренней картины здоровья. Она в частности связана еще и с тем, что любой человек потенциально имеет возможность посмотреть на свою жизнь со стороны и оценить ее (рефлексия).

Существенной особенностью рефлексивных переживаний является то, что они возникают помимо воли и индивидуальных усилий. Они являются предпосылками духовной жизни человека, в которой, в отличие от психической жизни, результатом является переживание жизни как ценности. Духовное здоровье человека, как подчеркивают многие психологи(Маслоу А., Роджерс К. и др), проявляется прежде всего в связи человека со всем миром. Это может проявляться разнообразно– в религиозности, в чувствах красоты и гармонии, восхищения перед самой жизнью, радости от жизни. Переживания, в которых осуществляется связь с другими людьми, соответствие конкретно-му идеалу человека и составляют содержание внутренней картины здоровья как транс-цендентального целостного представления о жизни.

Влияние болезни на психику человека

Наибольшее значение для практической деятельности врача представляет патогенное влияние соматического состояния на психику, под которым подразумевается не что иное, как нарушение психической деятельности человека в условиях соматической болезни.

На сегодняшний день является достаточно установленным, что имеются два основных вида патогенного влияния соматической болезни на психику человека: соматогенный и психогенный. Реально оба вида влияний представлены в единстве нарушений психики, однако соматогенный и психогенный компоненты могут выступать в различных соотношениях в зависимости от заболевания. Соматогенное влияние болезни на психику. Связано с непосредственным воздействием на центральную нервную систему соматических вредностей(нарушение гемодинамики или интоксикация) и самих интенсивных болевых ощущений. Особенно большую роль соматогенные влияния на психику играют при врожденных пороках сердца и заболеваниях почек. Мучительная боль бывает при метастазах злокачествен-ных опухолей в позвоночнике. Интенсивная боль, накапливающиеся в крови вредные вещества или кислородная недостаточность, непосредственно воздействуя на головной мозг, вызывают нарушения в нервно-психической сфере. Весь комплекс нарушений в нервно-психической сфере при этом часто именуют термином «соматогения». По своей структуре соматогении характеризуются полиморфизмом проявлений– от неврозоподобных нарушений до психотических(с бредом, галлюцинациями) расстройств.

Психогенное влияние болезни на психику. Следует признать, что интоксикационные воздействия на центральную нервную систему наблюдаются лишь при некоторых соматических заболеваниях, тяжелом их течении и специфическими для клиники внутренних болезней не являются. Основной же формой влияния соматического заболевания на психику человека является психологическая реакция личности на сам факт за-болевания и его последствия, имеющиеся при болезни астению, болезненные ощущения и нарушения общего самочувствия.

Субъективно-психологическую сторону любого заболевания чаще всего обозначают понятием **«внутренняя (или аутопластическая) картина болезни**». Последняя характеризуется формированием у больного определенного рода чувствований, представлений и знаний о своем заболевании. В отечественной литературе проблема целостного рассмотрения личности и болезни поднималась в трудах таких врачей-интернистов, как М.Я. Мудров, СП. Боткин, Г.А. Захарьин, Н.И. Пирогов и другие. В последующем этот клинико-личностный подход развивался на основе положений нервизма(Сеченов И.М., Павлов И.П.) и кортико-висцеральной теории (Быков К.М., Курцин И.Т).

Соматопсихическое направление как таковое, в центре внимания которого находится вопрос влияния соматической болезни на личность, в отечественной медицине было заложено в трудах психиатров С.С. Корсакова, П.Б. Ганнушкина, В.А. Гиляровского, Е.К. Краснушкина, В.М. Бехтерева.

Болезнь как патологический процесс в организме двояким образом участвует в построении внутренней картины болезни:

1. Телесные ощущения местного и общего характера приводят к возникновению сенсорного уровня отражения картины заболевания. Степень участия биологического фактора в становлении внутренней картины болезни определяется тяжестью клинических проявлений, астенией и болевыми ощущениями.

2. Болезнь создает трудную для больного жизненно-психологическую ситуацию. Эта ситуация включает в себя множество разнородных моментов: процедуры и прием лекарств, общение с врачами, перестройка отношений с близкими и коллегами по работе.

Эти и некоторые другие моменты налагают отпечаток на собственную оценку болезни и формируют окончательное отношение к своему заболеванию.

В механизмах взаимоотношений психики и сомы большую роль играют так называемые механизмы «замкнутого круга». Нарушения, первоначально возникающие в соматической(равно и в психической) сфере, вызывают реакции в психике(соме), а последние являются причиной дальнейших соматических (психических) нарушений.

Так по «замкнутому кругу» развертывается целостная картина болезни. Особенно велика роль «замкнутого круга» в патогенезе психосоматических болезней и маскированной депрессии. В научной литературе для описания субъективной стороны заболевания используется большое количество терминов, которые были введены различными авторами, но часто употребляются весьма сходным образом.

Аутопластическая картина болезни (Гольдшейдер А., 1929) – создается самим

больным на основе совокупности его ощущений, представлений и переживаний, связанных с его физическим состоянием («сенситивный» уровень болезни базируется на ощущениях, а «интеллектуальный» уровень болезни является результатом размышлений больного о своем физическом состоянии).

Внутренняя картина болезни – в понимании известного терапевта Лурия Р.А.

(1944-1977) не соответствует обычному пониманию субъективных жалоб больного; структура ее в отношении как сенситивной, так и интеллектуальной части аутопластической картины болезни, по Гольдштейну, находятся в очень большой зависимости от личности больного, его общего культурного уровня, социальной среды и воспитания.

Переживание болезни (Шевалев Е.А., Ковалев В.В., 1972) – общий чувственный и эмоциональный тон, на котором проявляются ощущения, представления, психогенные реакции и другие психические образования, связанные с болезнью. «Переживание болезни» тесно связано с понятием «сознание болезни», хотя и не идентично ему.

Отношение к болезни (Рохлин Л.Л., 1957, Скворцов К.А., 1958) – вытекает из понятия «сознание болезни», что и формирует соответствующее реагирование на болезнь. Отношение к болезни складывается из восприятия больным своей болезни, ее оценки, связанных с ней переживаний и вытекающих из Такого отношения намерений и действий.

**Внутренняя картина болезни**

Углубление знаний о психологической стороне заболеваний в отечественной теории и практике медицины привело к появлению к настоящему времени множества различных концептуальных схем, раскрывающих структуру внутреннего мира больного человека. Многообразие терминов, в которых описывается субъективная сторона болезни, характерно и для зарубежных исследователей. Однако 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» 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 приуменьшаться.

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 гипонозогнозии – 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. Анизогнозия – полное отрицание болезни как таковой, типична для больных с ал-коголизмом 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 анизогнозиях). 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 поражении задних отделов правого полушария наблюдалось сочетание адекватного когнитивного уровня осознания внутренней картины болезни с неадекватным эмоциональным пред-ставлением 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 эмо-циональными 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.

**Типы реакции на болезнь**

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 заболеванию.

При рациональном типе реакции имеет место реальная оценка ситуации и ра-циональный 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 интеллек-том. Они как бы с первых же дней заболевания становятся"ассистентами" врача, де-монстрируя не просто послушание, но и редкую пунктуальность, внимание, доброже-лательность. Они безгранично доверяют своему лечащему врачу и признательны ему за помощь.

Спокойная реакция. Такая реакция характерна для лиц с устойчивыми эмоцио-нально-волевыми процессами. Они пунктуальны, адекватно реагируют на все указания врача, точно выполняют лечебно-оздоровительные мероприятия. Они не просто спо-койны, 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, выполня-ет 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, тенденциоз-ности. 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, час-то 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.

В типологии реагирования на болезнь Н.Д. Лакосиной и Г.К. Ушакова(1976) в качестве критерия, взятого за основу классификации типов, выделяется система потребностей, которые фрустрируются заболеванием: витальная, общественно-профессиональная, этическая, эстетическая или связанная с интимной жизнью. Другие авторы полагают, что реакция на болезнь в значительной степени обуславливается прогнозом заболевания.

В любом случае, в целях преодоления изменившегося самочувствия и различных проявлений болезни личностью вырабатывается комплекс адаптационных (приспособительных) приемов. Е.А. Шевалев(1936) и О.В. Кербиков (1971) определяют их как реакции адаптации, которые могут быть как компенсаторного(искусственное ограничение контактов, подсознательная маскировка симптомов, сознательное изменение режима дня, характера работы и т.п.), так и псевдокомпенсаторного характера(отрицание и игнорирование болезни).

Другими словами, заболевший на основе своей концепции болезни определенным образом изменяет привычный образ жизни, свою трудовую деятельность и в этом от-ношении самые разные соматические заболевания могут создать однотипные жизненные обстоятельства для человека.

Р. Баркер (Barker R., 1946) выделяет5 типов отношения к болезни: избегание дискомфорта с аутизацией (характерен для пациентов с невысоким интеллектом); замещение с нахождением новых средств достижения жизненных целей(лица с высоким интеллектом); игнорирующее поведение с вытеснением признания дефекта(у лиц со средним интеллектом, но высоким образовательным уровнем); компенсаторное поведение (тенденции агрессивного переноса неадекватных переживаний на окружающих и др.), невротические реакции.

В содержании внутренней картины болезни отражается не только наличная жизненная ситуация (ситуация болезни), но и преморбидные (доболезненные) особенности личности больного, его характер и темперамент. Преморбидные особенности личности во многом могут объяснять предпочтительность появления у больных тех или иных форм реагирования на заболевание.

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 НЛ. 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.)

1. Гармоничный (Г) (реалистичный, взвешенный). Оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Стремление облегчить близким тяготы ухода за собой. В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания– переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, сосредоточение внимания на своих делах, заботе о близких.

2. Эргопатический (Р) (стенический). «Уход от болезни в работу». Характерно

сверхответственное, подчас одержимое, стеничное отношение к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное, прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу. Стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве.

3. Анозогнозический (З) (эйфорический). Активнее отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни– отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях. Отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» заболеваний или случайных колебаний самочувствия. В связи с этим нередко характерны отказ от врачебного обследования и лечения, желание «разобраться самому» и «обойтись своими средствами», надежда на то, что «само все обойдется». При эйфорическом варианте этого типа– необоснованно повышенное настроение, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Желание продолжать получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающихся на течении болезни.

4. Тревожный (Т) (тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический). Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск«авторитетов», частая смена лечащего врача. В отличие от ипохондрического типа отношения к болезни, в большей степени выражен интерес к объективным данным (результаты анализов, заключения специалистов), нежели к субъективным ощущениям.

Поэтому– предпочтение слушать о проявлениях заболевания у других, а не предъявлять без конца свои жалобы. Настроение тревожное. Как следствие тревоги– угнетенность настроения и психической активности.

При обсессивно-фобическом варианте этого типа– тревожная мнительность, кото-рая, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни; работе, взаимоотношениях с близкими в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

5. Ипохондрический (И). Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них врачам, медперсоналу и окружающим. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Сочетание желания ле-иться и неверия в успех, постоянных требований тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур.

6. Неврастенический(Н). Поведение по типу «раздражительной слабости».

Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и угрызениями совести. Неумение и нежелание терпеть болевые ощущения. Нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения. В последующем– критическое отношение к своим поступкам и необдуманным

словам, просьбы о прощении.

7. Меланхолический(М) (витально-тоскливый). Сверхудрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Сомнение в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

8. Апатический (А). Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к ре-зультатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало. Вялость и апатия в поведении, деятельности и межличностных отношениях.

9. Сенситивный (С). Чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природа болезни и даже избегать общения с больным. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим. Колебания настроения, связанные, главным образом, с межличностными контактами.

10. Эгоцентрический (Э) (истероидный). «Принятие» болезни и поиски выгод в связи с болезнью. Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью вызвать сочувствие и полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы о себе в ущерб другим делам и заботам, полное невнимание к близким. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются как «конкуренты», отношение к ним– неприязненное. Постоянное желание показать другим свою исключительность

в отношении болезни, непохожесть на других. Эмоциональная нестабильность и непрогнозируемость.

11. Паранойяльный (П). Уверенность, что болезнь– результат внешних причин, чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность и настороженность к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

12. Дисфорический (Д) (агрессивный). Доминирует гневливо-мрачное, озлобленное настроение, постоянный угрюмый и недовольный вид. Зависть и ненависть к здоровым, включая родных и близких. Вспышки озлобленности со склонностью винить в своей болезни других. Требование особого внимания к себе и подозрительность к процедурам и лечению. Агрессивное, подчас деспотическое отношение к близким, требование во всем угождать.

Амбивалентность отношения больного к болезни

Следует учитывать двойственное (амбивалентное) отношение больного к своему заболеванию. Традиционное понимание болезни связывают с негативной ее стороной. Однако наблюдения психологов показывают, что есть и позитивная сторона заболевания. Задача врача– искать положительную сторону болезни и показать ее больному. Это часто помогает наладить нужный психотерапевтический контакт и ободряет больного. «Преимущества» болезни ясны в местах заключения. Но и в повседневной жизни болезнь может «снять» с больного необходимость принимать какие-либо решения по службе или в быту, освободиться от тех или иных трудностей, давать определенные

Преимущества (психологические, социальные) перед другими людьми, может служить компенсацией чувства неполноценности.

Существуют классификации типов реакции на болезнь, которые учитывают социальные последствия заболевания. По мнениюZ.J. Lipowski (1983), психосоциальные реакции на болезнь складываются из реакций на информацию о заболевании, эмоциональных реакций(типа тревоги, горя, депрессии, стыда, чувства вины) и реакций пре-одоления болезни. Реакции на информацию о заболевании зависят от"значения болезни" для больного:

1) болезнь – угроза или вызов, а тип реакций– противодействие, тревога, уход или

борьба(иногда паранойяльная);

2) болезнь – утрата, а соответствующие типы реакций– депрессия или ипохонд-рия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе внимание, нарушения режима;

3) болезнь – выигрыш или избавление, а типы реакций при этом– безразличие, жизнерадостность, нарушения режима, враждебность по отношению к врачу;

4) болезнь – наказание и при этом возникают реакции типа угнетенности, стыда, гнева.

Реакции преодоления болезни дифференцируются по преобладанию в них компонентов: когнитивного (приуменьшение личностной значимости болезни либо при-стальное внимание ко всем ее проявлениям) или поведенческого(активное сопротивление либо капитуляция и попытки «ухода» от болезни).

**Переживание болезни во времени**

В переживаниях и отношении человека к своей болезни в динамике можно наблюдать следующие этапы:

1. Предмедицинская фаза– длится до начала общения с врачом, появляются пер-вые признаки болезни и заболевший стоит перед решением вопроса об обращении за медицинской помощью.

2. Фаза ломки жизненного стереотипа–переход в такую стадию болезни, когда больной становится изолированным от работы, а часто и от семьи при госпитализации. У него нет уверенности в характере и прогнозе своего заболевания и он полон сомнений и тревог.

3. Фаза адаптации к болезни, когда снижается чувство напряженности и безысходности, т.к. острые симптомы болезни постепенно уменьшаются, больной уже приспособился к факту заболевания.

4. Фаза «капитуляции» – больной примиряется с судьбой, не предпринимает активных усилий к поиску «новых» методов лечения и понимает ограниченность возможностей медицины в его полном излечении. Он становится равнодушным или негативно угрюмым.

5. Фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления к жизни, установки на получение каких-либо материальных или иных выгод от болезни (рентные установки).

**Возрастные особенности внутренней картины болезни**

Наибольшие расхождения между субъективной оценкой болезни и ее объективными проявлениями выражены в молодом и старческом возрасте (Квасенко А.В., Зуба-рев Ю.Г., 1980). При оценке субъективной стороны заболеваний у детей всегда следует учитывать возраст ребенка, соответствие степени его психической развитости паспортному возрасту. Длительное соматическое заболевание у детей нередко становится источником задержки общего физического и психического развития. Кроме того, при заболеваниях

в детском возрасте часто происходит не только задержка в развитии, но и явления регрессии (возврат к типам психического реагирования, характерного для более младших возрастных периодов), которая рассматривается как защитный психологический мех-низм. Защитная активность личности детей способствует тому, что объективное значение понятия «болезнь» часто не усваивается ими, не происходит осознания ее тяжести и последствий для дальнейшей жизни. У детей до 6-летнего возраста часто можно встретиться с фантастическими представлениями о болезни, навеянными переживаниями страха уколов, других медицинских манипуляций. У подростков наиболее часто формируются защитные явления типа «ухода в прошлое», которое оценивается ими как эталон счастья, или «ухода» от болезни в фантазии и своеобразной устремленности в будущее (тогда болезнь воспринимается как временная преграда). Для относительно внезапного серьезного заболевания, которое не сопровождается многолетней астенией, справедливо мнение Л.С. Выготского(1983) о том, что любой дефект есть всегда источник силы. Одновременно с дефектом даны «психологические тенденции противоположного направления, даны компенсаторные возможности для

преодоления дефекта; ...именно они выступают на первый план в развитии ребенка и должны быть включены в воспитательный процесс как его движущая сила». Ориентация на компенсаторные возможности, на тенденции к сверхкомпенсации очень важна при реабилитационно-восстановительной работе с детьми, страдающими хроническими тяжелыми заболеваниями.

Заболевания в пожилом возрасте переносятся физически тяжелее и на длительное время ухудшают общее самочувствие больных. С возрастом к человеку приходит целая гамма возрастных психологических феноменов: здесь и возмущение против старости, и существенная трансформация личностных реакций и жизненного стереотипа. Появляется неуверенность, пессимизм, обидчивость, страх перед одиночеством, беспомощностью, материальными затруднениями. Заметно снижается интерес к новому и вообще к внешнему миру с фиксацией на переживаниях прошлого и их переоценке. По мере старения снижается психическая реактивность человека. Однако и здесь нельзя однозначно говорить только о регрессе личности в пожилом возрасте, так как многие люди до глубокой старости сохраняют свои позитивные качества и творческие возможности. Врачу следует помнить, что в старческом возрасте гораздо более интенсивно выражены соматогенные влияния физического заболевания на психику. Иногда первым признаком соматического заболевания или утяжеления его течения являются признаки

ухудшения психического состояния пожилого человека. Особенно частым признаком ухудшившегося соматического состояния у лиц старческого возраста являются ночные делирии – беспокойство и галлюцинирование по ночам.