

ЧТО ТАКОЕ ВКБ?

- **Внутренняя картина болезни** – возникающий у больного целостный образ болезни, психическое отражение болезни в психике заболевшего, часть самосознания, познание человеком самого себя в болезни (Краткий психологический словарь, 1999).
- **Внутренняя картина болезни** – это сугубо индивидуальная система ощущений, эмоциональных переживаний и мыслей (суждений), определяющих отношение больного к нарушению здоровья и связанное с ним поведение. (Ю.Г.Тюльпин, 2004)

ЧТО ТАКОЕ ВКБ?

- **Внутренняя картина болезни** – структурированное образование субъективной стороны заболевания, включающее различные уровни отражения болезни в психике субъекта (Н.Д.Творогова, 2007, 2016)
- **Внутренняя картина болезни** – совокупность представлений человека о своём заболевании, результат творческой активности, которую проделывает пациент на пути осознания своей болезни (В.В.Николаева, 2009).

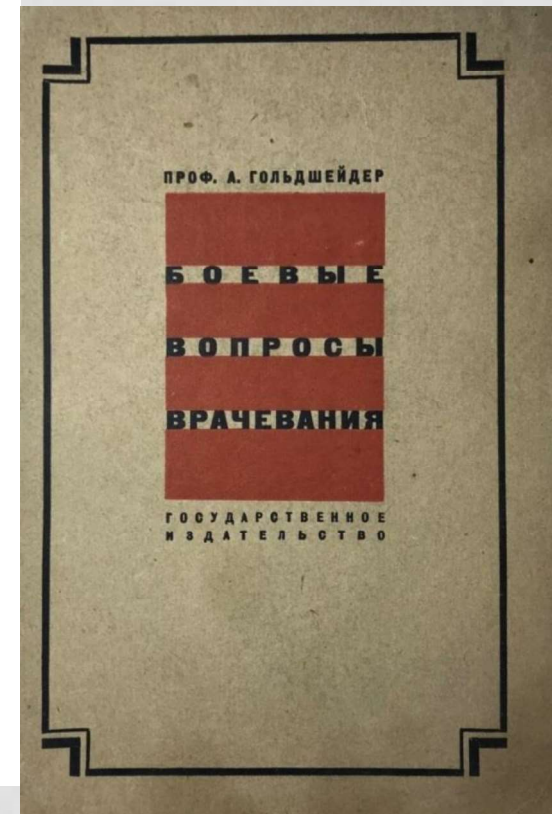
ВКБ: ХРОНОЛОГИЯ ИЗУЧЕНИЯ ВОПРОСА

- **Начало изучения субъективной стороны болезни (вторая половина XIX – начало XX века).**
- **Выделение современного термина (40-70-е годы XX века).**
- **Личностный подход понимания ВКБ (40-е годы XX в. – начало XXI века).**
- **Выделение структуры ВКБ: типов реакций на болезнь, типов отношения к болезни; факторов, влияющих на ВКБ, моделирование ВКБ (50-90 годы XX века).**
- **Изучение ВКБ при соматических и психических заболеваниях, у стационарных и амбулаторных больных, возможностей коррекционной работы с ВКБ (с 60-х годов прошлого века по настоящее время).**

АЛЬФРЕД ГОЛЬДШТАЙДЕР (1858–1935)

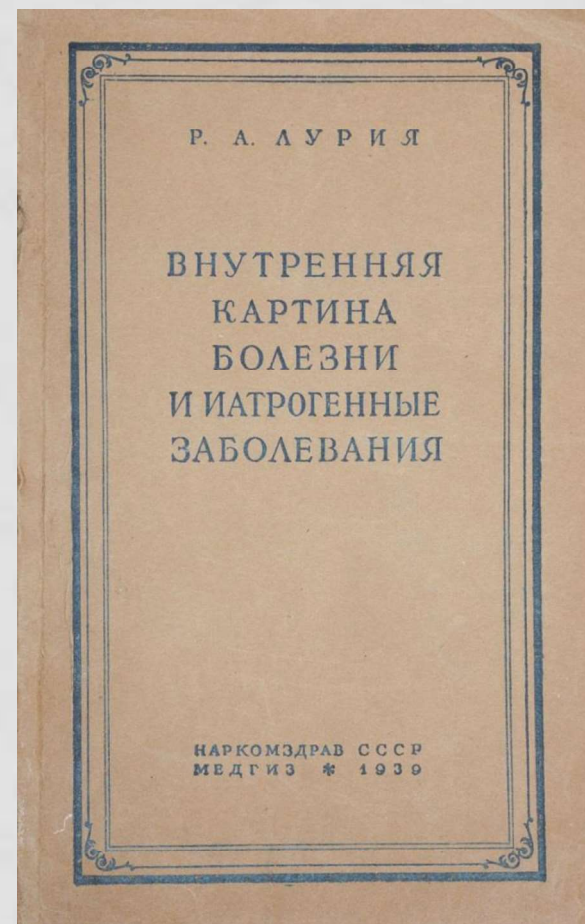
«аутопластическая картина болезни»

«Время и спорные
вопросы
целительского
искусства» (Zeit-
und streitfragen der
Heilkunst, 1927)



ЛУРИЯ РОМАН АЛЬБЕРТОВИЧ (1874-1944)

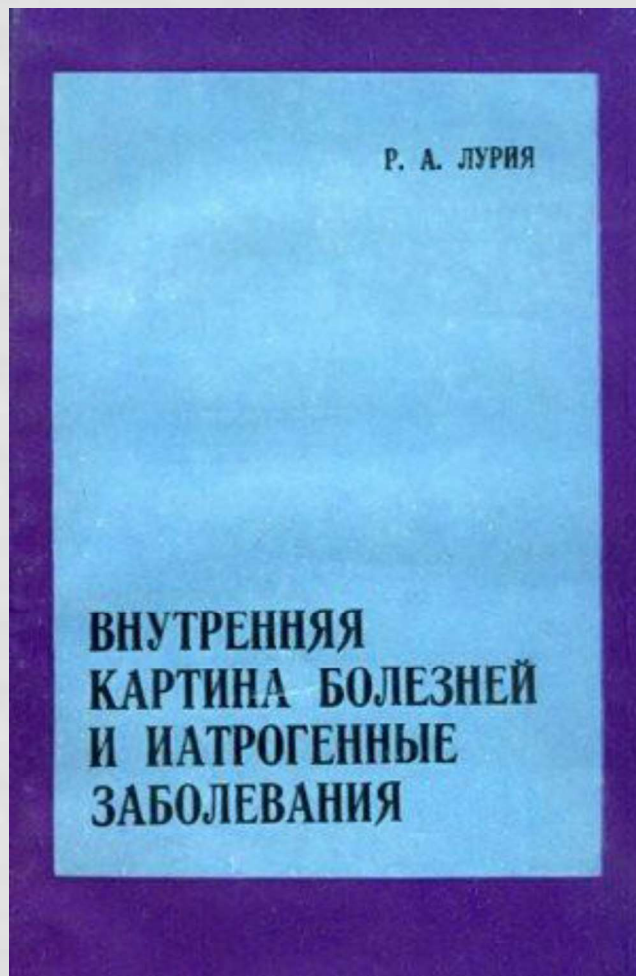
**«внутренняя картина болезни»
(1935)**



ВКБ ПО ГОЛЬДШТАЙДЕРУ И ЛУРИИ



АУТОПЛАСТИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПО Р. А. ЛУРИЯ



- *общее самочувствие, самонаблюдение, представление больного о своей болезни; сочетание восприятия, ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических травм и переживаний*

ВКБ ПО Р.А.ЛУРИЯ

Структура психологической картины болезни по Р.А. Лурия



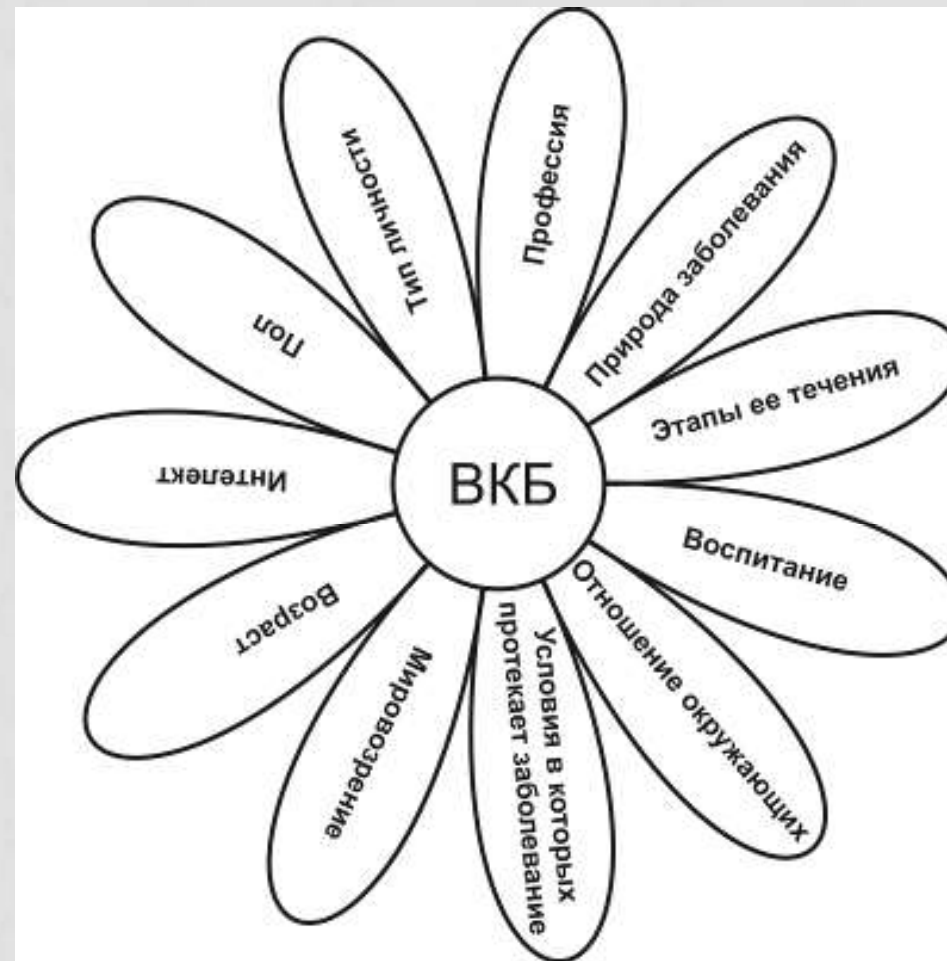
СЕМАНТИЧЕСКОЕ ПОЛЕ ВКБ

Авторы	Понятия
Е. А. Шевалев (1936)	«переживание болезни»
Л. Л. Рохлин (1957)	«сознание болезни», «отношение к болезни»
М.Балинт (M.Balint, 1957)	«аутогенное представление о болезни»
Е. К. Краснушкин (1960)	«чувство болезни»
Я. П. Фрумкин, И. А. Мизрухин и Н. В. Иванов (1970)	«позиция к болезни»
Д. Д. Федотов (1971)	«реакция на болезнь»
О. В. Кербиков (1971)	«реакция адаптации»
В. Н. Мясищев и С. С. Либих (1966)	«концепция болезни», «масштаб переживания болезни»
Хецен-Клеменс (J.Heszen-Klemens, 1979)	«образ собственного заболевания»
А.Е. Личко и Н.Я. Иванов (1980)	«тип отношения к болезни»

БАЗОВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

- **универсальность**: ВКБ возникает при любом заболевании;
- **процессуальность**, развертывание во времени: возможность проследить формирование ВКБ у взрослого индивида;
- **структурированность и многоаспектность** проявления на всех уровнях психики (когнитивный, эмоциональный, мотивационный, поведенческий);
- **вторичность по отношению к субъекту** (формируется как психологическое новообразование, исключительно связанное с болезнью);
- **включенность в структуру самосознания заболевшего**, познание человеком самого себя в качестве больного;
- **динамичность, изменчивость** под влиянием различных факторов (пол, возраст, длительность и тяжесть болезни, степень ее угрозы для жизни, длительность и результативность лечения);
- **включенность в жизнь человека** (сложившись, ВКБ становится важнейшим условием дальнейшего существования и функционирования);
- **способность детерминировать успех лечения и выздоровления**;
- **инструментальность** (может быть использована в качестве метода, средства диагностики личности пациента);
- **доступность «коррекции»** в процессе психотерапии.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ВКБ



СТРУКТУРА ВКБ И ЕЕ УРОВНИ

(В.В.НИКОЛАЕВА, 1987)

- **чувственный**
(сенситивный);
- **эмоциональный;**
- **интеллектуальный**
(рациональный,
информационный);
- **мотивационный**
(регулирующий).



ЧУВСТВЕННЫЙ УРОВЕНЬ

- отражает весь комплекс субъективных ощущений больного, вызванных болезнью (боль, головокружение, тошнота и проч.). Эти ощущения характеризуются динамичностью и связаны с множеством переменных (изменением положения тела, физической нагрузкой, приемом пищи и др.).



ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ

- отражает переживание больного своего заболевания. Эмоциональное переживание болезненных ощущений, болезни в целом во многом зависит от остроты, продолжительности и характера субъективных проявлений. Заболевший может испытывать только отрицательные эмоции – грусть, тоску, сожаление и т.п.



ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ



- **включает представление пациента о своей болезни, основные знания о ее причинах, сущности, тяжести, течении и возможных последствиях. Этот уровень зависит от общей культуры пациента и его интеллекта**

МОТИВАЦИОННЫЙ УРОВЕНЬ



- **волевая сторона болезни играет важнейшую роль в формировании ВКБ. В борьбе с болезнью многое зависит от оценки пациентом собственной болезни, выбора путей борьбы с ней**

ЛИЧНОСТНЫЙ СМЫСЛ БОЛЕЗНИ (А.Ш.ТХОСТОВ, 2002)

- **Негативный смысл** : болезнь создает преграды на пути самореализации, достижения жизненных целей, удовлетворения потребностей, карьерных амбиций и проч.
- **Позитивный смысл** дает основание для формирования рентных установок, вторичных выгод, снятия личной ответственности и др.
- **Конфликтный смысл**: один мотив достигается за счет недостижения другого (например, снижение физической активности для достижения здоровья). Разрешение конфликтного смысла приводит к перестройке системы личностных смыслов, преобразованию прежних связей, системы отношения с миром.

ЭТАПЫ ПЕРЕЖИВАНИЯ БОЛЕЗНИ ВО ВРЕМЕНИ (ПО Э. КЮБЛЕР-РОСС)

1. **Предмедицинская фаза** – длится до начала общения с врачом, появляются первые признаки болезни и заболевший стоит перед решением вопроса об обращении за медицинской помощью.
2. **Фаза ломки жизненного стереотипа** – 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** – снижение напряженности и тревоги, 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. Часто 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).

Э. КЮБЛЕР-РОСС «О СМЕРТИ И УМИРАНИИ» (1969)

СТАДИИ СМЕРТЕЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

- **Отрицание и изоляция.** Больной не может поверить, что это действительно с ним случилось. Оказывается выключенным из привычной жизненной среды.
- **Ожесточение и гнев** («почему я?»). Проявляется возмущением работой врачей, ненавистью к здоровым людям.
- **Торг.** Попытка заключить сделку с судьбой, «договориться со смертью», отложить ее приход.
- **Депрессия.** Отчаяние и ужас, потеря интереса к жизни. Характеризуется подавленным настроением, ощущением бессмысленности существования, переживанием беспомощности и безнадежности, суицидальными мыслями и попытками.
- **Принятие,** примирение со смертью



ДИНАМИКА ЛИЧНОСТНЫХ РЕАКЦИЙ НА БОЛЕЗНЬ (А.В. КВАСЕНКО, 1980)

1. **Сенсологический этап** – осознание неясных неприятных ощущений различной степени выраженности с неопределенной локализацией.

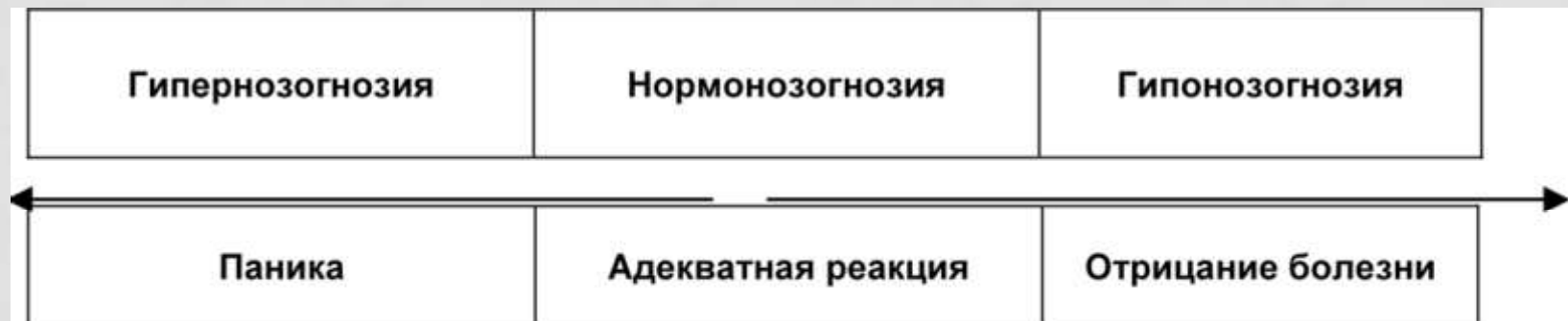
2. **Оценочный этап** – больной определяет степень значимости проявлений болезни, оценивает свое состояние как переносимое или тяжелое; формирует представление о причинах и возможном исходе болезни. На этом этапе в основном складывается ВКБ.

3. **Этап отношения к болезни** – переживания, высказывания и действия, поведение больного.

ОТНОШЕНИЮ К ФАКТУ БОЛЕЗНИ (V.VONDRACEK, 1969)

- а) **нормальный тип** – субъективное состояние и отношение соответствует объективному состоянию;
- б) **пренебрежительный тип** – недооценка серьезности болезни, больной не лечится и не бережет себя, необоснованный оптимизм;
- в) **отрицающий тип** – больной не обращает внимания на болезнь, не обращается к врачу;
- г) **нозофобный тип** – больной боится болезни, слишком опасается ее;
- д) **ипохондрический тип** – больной догадывается или убежден в том, что страдает тяжелым заболеванием, но не говорит о своих опасениях, так как боится быть смешным или боится подтверждения;
- е) **нозофильный тип** – связан с определенным успокоением и приятными преимуществами при болезни, поскольку у пациента появляется свободное время и свобода от привычных обязанностей;
- ж) **утилитарный тип** – как высшее проявление нозофилии: получение сочувствия и внимания в ситуации болезни, рентные установки.

МАСШТАБ ПЕРЕЖИВАНИЙ (С. С. ЛИБИХ, 1979)



Масштаб переживания болезни



МИРОВОЗЗРЕНЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ В ОТНОШЕНИИ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ (В.Д. МЕНДЕЛЕВИЧ, 2001)

- **Первая группа** – болезнь может восприниматься как нарушение нравственных норм: 1) как кара; 2) как испытание; 3) как назидание другим; 4) как расплата за грехи предков (карма).
- **Вторая группа** – представление о болезнях как вызванных наследственными или средовыми причинами: 1) болезнь как неизбежность; 2) болезнь как стечение обстоятельств; 3) болезнь как собственная ошибка.
- **Третья группа** - происхождения заболеваний базирует на мистицизме: 1) болезнь вследствие зависти; 2) болезнь вследствие ревности; 3) болезнь вследствие колдовства, порчи, сглаза и т.п.

ТИПЫ РЕАКЦИЙ НА БОЛЕЗНЬ



КЛАССИФИКАЦИЯ Р.М. БАЕВСКОГО (1988)

- **Стеническая реакция на болезнь.** Ей соответствует активная жизненная позиция больного к лечению и обследованию. Негативная сторона: больной может игнорировать необходимые ограничения, накладываемые заболеванием.
- **Астеническая реакция на заболевание:** у больных имеется склонность к пессимизму и мнительности, однако они легче, чем больные со стенической реакцией, психологически приспосабливаются к заболеванию.
- **Рациональная реакция:** имеет место реальная оценка ситуации и рациональный уход от фрустрации

КЛАССИФИКАЦИЯ РЕАКЦИЙ НА БОЛЕЗНЬ (В.А.ЖМУРОВ, 1986, 2002)

- 1) фобическая,
- 2) сенситивная,
- 3) депрессивная,
- 4) ипохондрическая,
- 5) истерическая,
- 6) дисфорическая,
- 7) сутяжно-паранойяльная
- 8) эйфорически-анозогностическая,
- 9) суицидальная,
- 10) регрессивная,
- 11) утилитарная,
- 12) эргопатическая
- 13) реакция отчуждения



ЛИЧНОСТНАЯ РЕАКЦИЯ НА БОЛЕЗНЬ

(Б.А.ЯКУБОВ, 1982)

1. **Содружественная реакция.** Характерна для пациентов, которые четко следуют указаниям врача, демонстрируя пунктуальность, внимание, доброжелательность, доверие и признательность.
2. **Спокойная реакция.** Характерна для лиц с устойчивыми эмоционально-волевыми процессами. Они менее эмоциональны, но более рациональны, последовательны и прагматичны.
3. **Неосознаваемая реакция.** Такая реакция часто имеет патологическую основу, и в ряде случаев выполняет роль психологической защиты.
4. **Следовая реакция.** Свойственна пациентам, перенесших какое-либо заболевание, в ожидании рецидива заболевания астенизированы, угнетены, депрессивны, ипохондричны.
5. **Негативная реакция.** Больные находятся во власти предубеждений. Они подозрительны, недоверчивы, придирчивы, конфликтны, не придают серьезного значения указаниям врача.
6. **Паническая реакция.** Больные находятся во власти страха, внушаемы, часто непоследовательны, не доверяют медикам, Нередко лечатся у знахарей, колдунов и экстрасенсов.
7. **Разрушительная реакция.** Больные ведут себя неадекватно, игнорируя указания лечащего врача. Не желают менять образ жизни, отказываться от вредных привычек, приема лекарств, стационарного лечения.

КЛАССИФИКАЦИЯ З. ЛИПОВСКИ (Z. L. LIPOVSKI, 1983): ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД

- **Поведенческая реакция** проявляет личностное значение болезни для человека: а) препятствие, угроза, вызов; б) потеря, проявление слабости организма; в) наказание за грехи; г) избавление, облегчение, приспособление к жизни (получить деньги), положительная ценность, помогающая обрести смысл жизни.
- **Эмоциональная реакция** – это, как правило, негативные чувства: печаль, страх, тревога, вина, злость и др.
- **Реакция преодоления болезни**: преуменьшение личной значимости болезни или пристальное внимание к ней; активное сопротивление или капитуляция перед болезнью; «уход» (не думать).

РЕАКЦИИ НА ИНФОРМАЦИЮ О ЗАБОЛЕВАНИИ

1) **болезнь – угроза** (например, злокачественная опухоль): типы реакций – противодействие, тревога, уход или борьба;

2) **болезнь – утрата** (например, ампутация конечностей): типы реакций – депрессия или ипохондрия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе внимание, нарушения режима;

3) **болезнь – выигрыш или избавление** (например, наркозависимость): типы реакций – безразличие, жизнерадостность, нарушения режима, враждебность по отношению к врачу;

4) **болезнь – наказание** (например, половые инфекции): типы реакции – угнетенность, стыд, гнев.

РЕАКЦИИ БОЛЬНЫХ НА БОЛЕЗНЬ, СОПРОВОЖДАЮЩУЮСЯ ФИЗИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ (R.G.BARKER ET. AL., 1946)

- 1) **уход в себя, избегание ситуаций дискомфорта** (обычно наблюдается у людей с узкими интересами, низким интеллектом, длительным сроком увечья, в пожилом возрасте);
- 2) **замещение**, когда недостижимые формы поведения заменяются другими, но направленными на достижение той же цели (такая реакция, по мнению авторов, наблюдается обычно у людей с более высоким интеллектом);
- 3) **игнорирующее поведение**, когда человек старается подавить любое сознательное признание своего увечья, не соглашается с тем, что его возможности ограничены (обычно наблюдается у людей с высоким образовательным уровнем, но средним интеллектом);
- 4) **компенсаторное поведение**, подразделяемое авторами на: циклическое приспособление с периодами депрессии; фаталистическое отношение к своему состоянию и к будущему;
- 5) **параноидные реакции**, проецирующие чувство неадекватности на окружающих; крайне агрессивные реакции;
- 6) **невротические реакции**.

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ

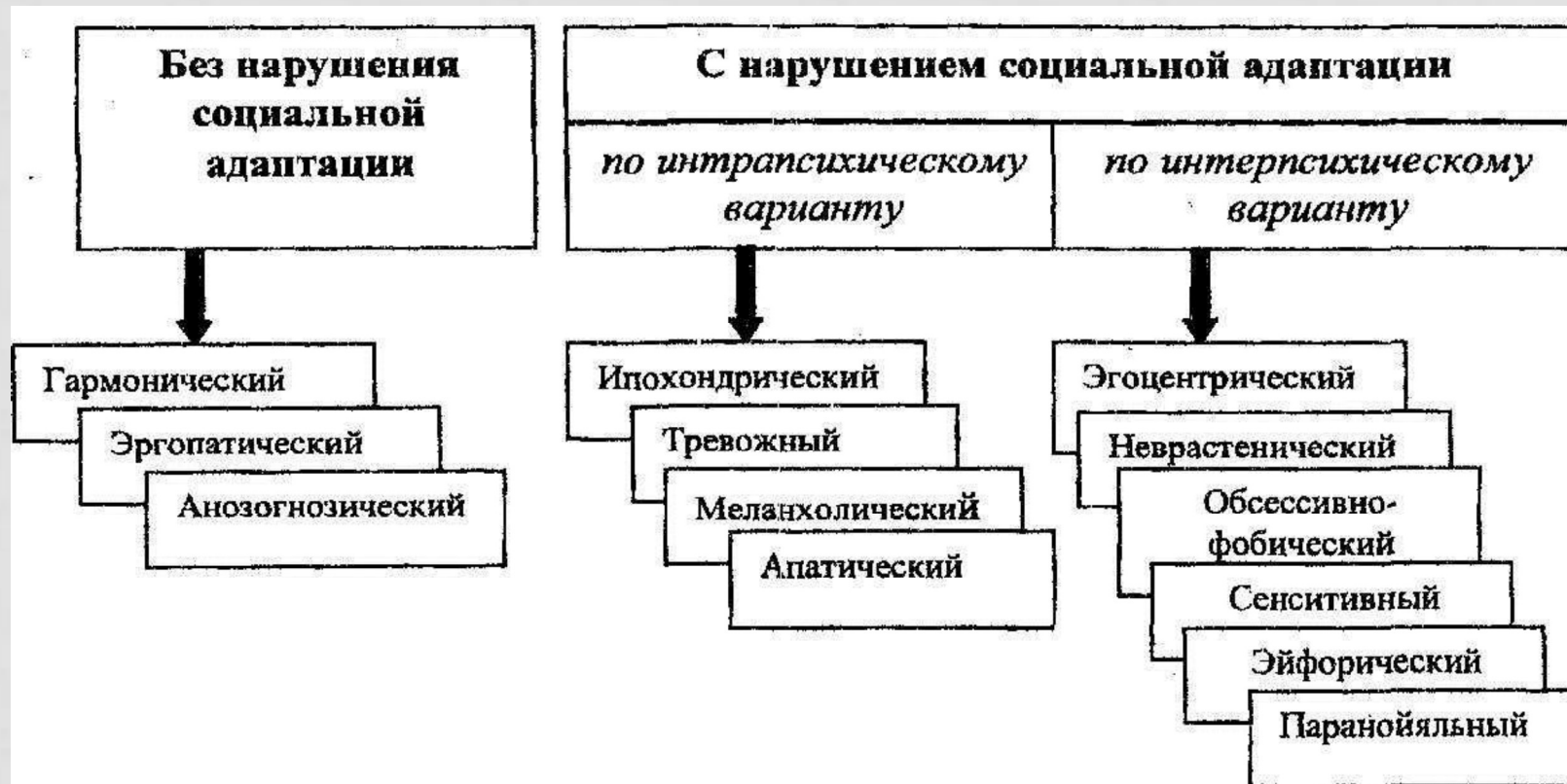
«отношение к болезни – это знание о болезни, ее осознание, понимание роли и влияния болезни на социальное функционирование и эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью» (Л.И. Вассерман, 1990)

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ (1980)

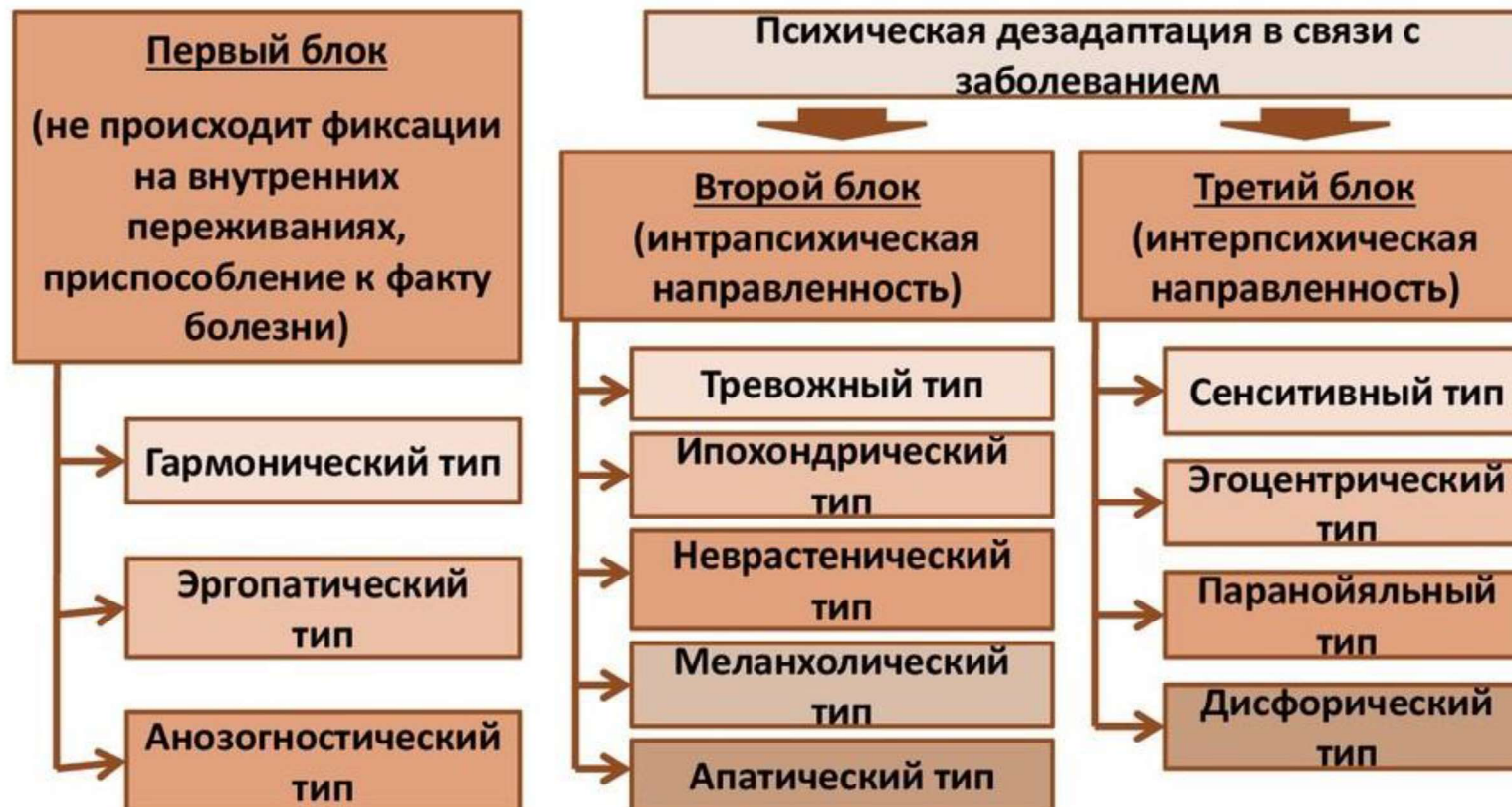
- Личко Андрей Евгеньевич — заслуженный деятель науки РФ, профессор, доктор медицинских наук, заместитель директора Психоневрологического института им. В.М.Бехтерева.
- Иванов Николай Яковлевич — научный сотрудник отделения подростковой психиатрии Психоневрологического института им. В.М.Бехтерева РАМН (Санкт-Петербург).



ЛОБИ (1980)



ТОБОЛ (2002)



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА

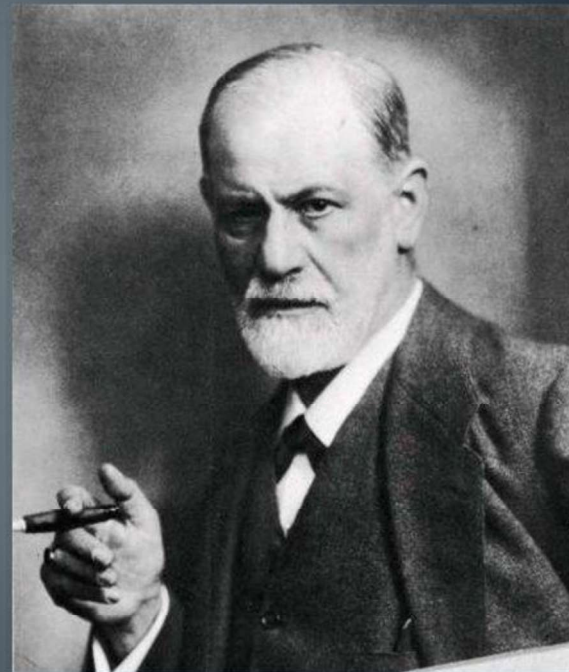


ВВЕЛ ПОНЯТИЕ З.ФРЕЙД

Психологическая защита – это...

- механизм, действующий в ситуации конфликта и направленный на снижение чувства тревоги, связанного с ним.
- 1894 год «Защитные нейropsychозы»

Зигмунд Фрейд
(Sigmund Freud)
(1856.05.06 – 1939.09.23)



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА – ЭТО

- ***Психологическая защита*** – это специальная система стабилизации личности, направленная на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта.
Психологическая защита – система процессов и механизмов, направленных на сохранение однажды уже достигнутого (или на восстановление утраченного) позитивного состояния субъекта (В.В.Деларю, 2004)

БАЗОВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МПЗ

1) они действуют на неосознаваемом уровне и поэтому являются средствами самообмана;

2) они искажают, отрицают, трансформируют или фальсифицируют восприятие реальности, чтобы сделать тревогу менее угрожающей для индивидуума.

ВИДЫ ЗАЩИТ

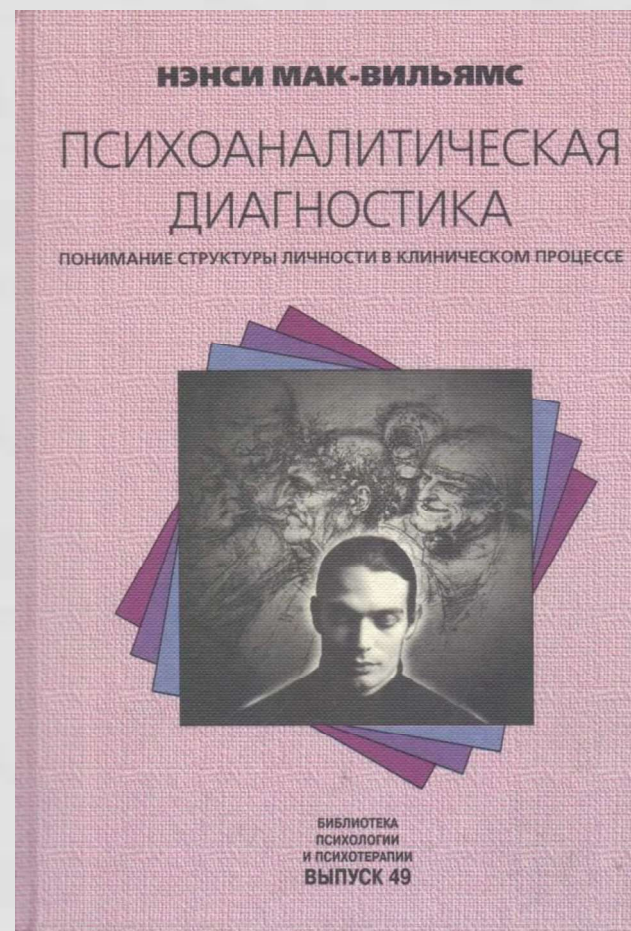
Психологические защиты



4 ГРУППЫ ЗАЩИТ

- **защиты с отсутствием переработки содержания:** отрицание, вытеснение, подавление;
- **защиты с преобразованием или искажением содержания** мыслей, чувств, поведения: рационализация, проекция, отчуждение, замещение, реактивное образование, компенсация;
- **защиты с разрядкой отрицательного эмоционального напряжения:** реализация в действии, соматизация тревоги, сублимация;
- **защиты манипулятивного типа:** регрессия, фантазия, уход в болезнь или образования симптомов.

ЛУЧШЕ ВСЕГО ПРО МПЗ – ЗДЕСЬ!



НОРМАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА

- **адекватность защиты** (человек может восстановиться после той или иной бессознательной защитной реакции и после этого обсуждать её);
- **гибкость защиты** (человек может использовать разные виды защитных реакций, а какой-то определённой, типичной для него ситуации угрозы, т.е. «репертуар» его защитного поведения не задан слишком жестко);
- **зрелость защиты** (относительно более зрелыми считаются механизмы интеллектуализации, сублимации, подавления, рационализации, смещения без частого прибегания к более примитивным формам проекции, отрицания, интроекции).

МПЗ И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

- **ВКБ формируется в защитных целях для снижения эмоционального напряжения и преодоления трудностей, вызванных заболеванием. Мотивационно-поведенческий аспект ВКБ (активность или пассивность в переработке личностных конфликтов и психотравмирующих ситуаций, преодоление болезни и стремление к выздоровлению) находит отражение в особенностях конфликта, патогенной ситуации, механизмов психологической защиты и копинг-поведения.**

МПЗ И РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Личностные черты	Расстройства личности	Механизмы психологической защиты
Робкий	Пассивно-агрессивный пассивный тип	Вытеснение
Агрессивный	Пассивно-агрессивный агрессивный тип	Замещение
Общительный	Маниакальный тип	Реактивные образования
Унылый	Депрессивный тип	Компенсация
Доверяющий	Истероидный тип	Отрицание
Подозрительный	Параноидный тип	Проекция
Контролирующий	Обсессивно-компульсивный тип	Интеллектуализация
Бесконтрольный	Психопатический тип	Регрессия

МЕТОДИКА ИНДЕКС ЖИЗНЕННОГО СТИЛЯ (LIFE STYLE INDEX, LSI)

- Разработан в 1979 году Г. Келлерманом, Р. Плутчиком и Х.Р.Конте на основе психозволюционной теории эмоций (Р.Плутчек)
- Включает в себя 97 пунктов, диагностирует 8 видов защит (отрицание, вытеснение, регрессия, компенсация, проекция, замещение, интеллектуализация, реактивное образование)

СВЯЗЬ МПЗ С БАЗОВЫМИ ЭМОЦИЯМИ И ПСИХОПАТОЛОГИЕЙ

Защитный механизм	Диспозиция	Эмоция
реактивное образование	мания	радость
отрицание	истерия	принятие
замещение	агрессия	гнев
регрессия	психопатия	удивление
компенсация	депрессия	печаль
проекция	паранойя	отвращение (непрятие)
подавление (вытеснение)	пассивность	страх
рационализация (интеллектуализация и сублимация)	обсессия	ожидание

МОДЕЛЬ ЗАЩИТЫ Г. КЕЛЛЕРМАНА

- Специфические защиты образуются для совладания со специфическими эмоциями.
- Существует 8 основных механизмов защит, которые развиваются для совладания с восемью основными эмоциями.
- Восемь основных защитных механизмов обладают свойствами как сходства, так и полярности.
- Определенные типы личностных диагнозов имеют в своей основе характерные защитные стили.
- Индивид может использовать любую комбинацию механизмов защиты.
- На пути к сознанию нежелательная для психики информация искажается. Искажение реальности посредством защит может происходить следующим образом: 1) игнорироваться или не восприниматься; 2) будучи воспринятой, забываться; 3) в случае допуска в сознание и запоминания, интерпретироваться удобным для индивида образом.

СОВЛАДАНИЕ С БОЛЕЗНЬЮ (КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ)



ЧТО ТАКОЕ КОПИНГ?

«coping»

- Впервые термин «coping» был использован **Мерфи** (Murphy L.) в 1962 г. он обозначил им преодоление детских кризисов развития. Спустя несколько лет когнитивный психолог **Ричард Лазарус** в своей книге «Психологический стресс и процесс совладания» описал стратегии совладания со стрессовыми факторами.



ЧТО ТАКОЕ КОПИНГ?

- **Копинг есть индивидуальный способ взаимодействия с ситуацией в соответствии с ее собственной логикой, значимостью в жизни человека и его психологическими возможностями**
- **Копинг - постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия, прилагаемые человеком для того, чтобы справиться со специфическими внешними и/или внутренними требованиями, которые чрезмерно напрягают или превышают ресурсы человека.**
- **Главная задача копинга – обеспечение и поддержание благополучия человека, физического и психического здоровья.**

ДВА ВИДА СТРАТЕГИЙ

- **Проблемно-ориентированные копинг-стратегии** имеют своей целью изменение ситуации, планирование решения проблемы, поиск социальной поддержки. Они подразумевают рациональный подход, анализ ситуации, поиск дополнительной информации, подбор путей выхода из проблемной ситуации.
- **Эмоционально-ориентированный копинг** направлен на регуляцию эмоционального состояния, вызванного проблемной ситуацией (точнее, ее оценкой). Среди них выделяются стратегии: конфронтация, самоконтроль, дистанцирование, позитивная переоценка, принятие ответственности, бегство – избегание

МПЗ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ

(Н.НААН, 1965, 1977; Л.И.ВАССЕРМАН С СОАВТ., 2005)

1. МПЗ не приспособлены к требованиям ситуации и являются ригидными: техники эмоционального самоконтроля являются пластичными и приспособлены к ситуации.

2. МПЗ стремятся к возможно более быстрому уменьшению возникшего эмоционального напряжения; при использовании эмоционального самоконтроля человек, напротив, часто сам приносит себе мучения.

3. МПЗ «близоруки», создают возможность только разового снижения напряжения (принцип действия «здесь-и-сейчас»), тогда как механизмы совладания рассчитаны на перспективу.

4. МПЗ приводят к искажению восприятия действительности и самого себя; механизмы самоконтроля связаны с реалистическим восприятием, а также способностью к объективному отношению к самому себе.

**ОПРОСНИК О СПОСОБАХ СОВЛАДАНИЯ (ОСС) –
WAY OF COPING QUESTIONNAIRE (WCQ).
РАЗРАБОТАН Р. ЛАЗАРУСОМ И С. ФОЛКМАН (1988)**



ШКАЛЫ ОСС (WSCQ)

Конфронтация – агрессивные усилия по изменению ситуации. Предполагает определенную степень враждебности и готовность к риску.

Дистанцирование – когнитивные усилия на отделение от ситуации и уменьшение ее значимости.

Самоконтроль – усилия по регулированию своих чувств и действий.

Поиск социальной поддержки – усилия в поиске информационной, эмоциональной и эмоциональной поддержки от окружающих.

Принятие ответственности – признание своей роли в проблеме с сопутствующей темой ее решения.

Бегство – избегание – мысленное стремление и поведенческие усилия, направленные к бегству или избеганию проблемы – фантазирование, еда, алкоголь, курение, наркотики или лекарства.

Планирование решения проблемы – волевые усилия по изменению ситуации (аналитический подход к решению проблем).

Положительная переоценка – усилия по созданию положительного значения, фокусирование на росте собственной личности (в т.ч. обращение к религии).

ДРУГИЕ ПОДХОДЫ К ОПИСАНИЮ ВКБ

- **1. Локус контроля болезни**
- **2. Тип поведенческой активности.**
- **3. Жизнестойкость**

ПРИМЕР ОПИСАНИЯ ВКБ № 1

- Больной И-ов А.В. 55 лет, инженер. Диагноз: ИБС, стенокардия напряжения. Болен в течение 3 лет. Стадия болезни – фаза адаптации, реакция стеническая, спокойная

Данные ЭПИ: ТОБОЛ – определяется эргопатический тип: ИСЖ – ведущие МПЗ: вытеснение + интеллектуализация; копинг-стратегии: дистанцирование + положительная переоценка; локус контроля – интернальный; поведенческий тип А; уровень вовлеченности – средний, уровень контроля – средний, склонность к риску – повышенный, общий уровень жизнестойкости – средний.

ПРИМЕР ОПИСАНИЯ ВКБ № 2

- Больной В-ин С.П., 46 лет, разнорабочий. Диагноз: туберкулез легких, алкоголизм. Стадия болезни: фаза адаптации, реакция – утилитарная.
- Данные ЭПИ: ТОБОЛ – анозогнозический тип, МПЗ – отрицание; копинг-стратегии: дистанцирование + бегство-избегание; локус контроля – экстернальный; уровень вовлеченности – низкий, уровень контроля – средний, склонность к риску – высокий, общий уровень жизнестойкости – повышенный.

ПРИМЕР ОПИСАНИЯ ВКБ № 3

- Больная С-ко Д., 42 г., бухгалтер. Диагноз: рак молочной железы (радикальная мастэктомия). Стадия болезни: фаза адаптации к болезни, реакция – нозофобная, астеническая.
- Данные ЭПИ: ТОБОЛ – тревожный тип; МПЗ: регрессия; копинг-стратегии: поиск социальной поддержки + положительная переоценка; локус контроля – амбиентный; уровень вовлеченности – низкий; уровень контроля – средний; склонность к риску – низкий; общий уровень жизнестойкости – низкий.