

## ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ КАК СЛОЖНЫЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН

**Внутренняя картина болезни: определение, структура, детерминанты – начало.**

Л.П. Урванцев считает, что любая болезнь не только влияет на присущие преморбидной личности психические процессы, состояния и психологические свойства, но и ведет к появлению такого «психологического новообразования», как внутренняя картина болезни, которое в той или иной степени участвует в регуляции психической деятельности и поведения больного, а иногда почти полностью это поведение определяет. Поэтому познание внутренней картины болезни (ВКБ), знание закономерностей ее формирования и функционирования, учет данных закономерностей в практической работе с больным являются важнейшими условиями эффективности этой работы и для врача, и для психолога.

Понятие «внутренняя картина болезни» появилось достаточно давно. До сих пор одним из лучших остается определение этого понятия, данное более 40 лет назад Р.А. Лурия: «Внутренней же картиной болезни и называют все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, — все то, что связано для больного с приходом его к врачу, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психологических переживаний и травм». Нельзя сказать, что это понятие является общепринятым. Среди медицинских психологов широко распространенным его сделали работы В.В. Николаевой, к которым в данном разделе мы будем еще не раз обращаться. На наш взгляд, ей удалось очень удачно обобщить многочисленные более частные и отрывочные концепции, термины, структурные компоненты, относящиеся к ВКБ, хотя попытки комплексного подхода к этой проблеме были и раньше. Хорошим примером может быть раздел «Болезнь как переживание и поведение во время болезни» из интересной книги И.Харди, выдержавшей несколько изданий. Кратко рассмотрим основные положения из этой работы, связанные с нашей темой.

Центральным является вопрос о том, что означает болезнь для больного. Человек всегда по-разному ощущает, воспринимает патологические процессы, истолковывает их, объясняет, эмоционально реагирует на них. Возникновение болезни, реакция на нее, все чувства и поступки, связанные с болезнью, — это единое целое. Человек может бояться физических и психических последствий заболевания, особенно когда болезнь поражает наиболее важные органы, части тела (глаза, сердце, половые органы и т.д.). Возможно использование болезни для получения определенных привилегий, преимуществ. Больной может не придавать своему заболеванию должного значения или же воспринимать его как «заслуженное» (или несправедливое) возмездие, наказание.

И.Харди выделяет три варианта поведения больного в зависимости от его выносливости по отношению к связанным с болезнью трудностям и проблемам. Больной-борец относится к болезни как к врагу, которого надо победить, он делает все возможное в интересах выздоровления. Если полностью выздороветь не удастся, он старается компенсировать свой дефект. Капитулирующий, сдающийся больной становится пассивным, беспомощным, его надо все время поддерживать. Есть и больные, которые не хотят взглянуть беде в глаза, слышать о больнице и лечении, стремятся обойти беду (реакция отрицания).

Все, о чем пишет И. Харди, можно назвать субъективной стороной заболевания. Разными авторами предложено много терминов для обозначения ее отдельных компонентов: аутопластическая картина болезни, переживание болезни, реакция адаптации, позиция к болезни, отношение к болезни, соматозогнозия. Не имея

возможности рассмотреть все эти термины, заметим, что содержание ряда из них понятно из самого названия. Предлагая эти термины, авторы обычно дают и более или менее развернутую типологию стоящих за ними явлений, выделяют типы отношения к болезни, реакций на болезнь, соматонозогнозий и т.п. Такие типологии позволяют в практической работе с больными выбирать тактику и способы воздействия, адекватные их ВКБ, хотя «алгоритмы» перехода от диагностики типа ВКБ к определенной тактике и способам воздействия на больного обычно отсутствуют. Приведем несколько примеров.

Р. Конечный и М. Боухал предлагают типологию, в которой наряду с оценкой больным тяжести своего заболевания использованы и другие основания классификации: погружение, уход в болезнь; получение удовлетворения от того, что болезнь освобождает от обязанностей; получение известной выгоды от болезни — материальной или моральной.

Определенный интерес представляет также классификация Баркера, выделившего 5 типов отношения к болезни:

1) избегание дискомфорта, часто сопровождаемое уходом в себя, аутизацией. Обычно это характерно для пациентов с узким кругом интересов, невысоким интеллектом, а также для пожилых людей при длительной болезни;

2) замещение. Больной сам находит новые средства достижения жизненных ценностей, заменяющие утраченные из-за болезни возможности. Этот тип отношения связан с высоким уровнем интеллекта;

3) игнорирующее поведение. Больной стремится подавить, вытеснить признание дефекта, ограниченность возможностей в связи с болезнью, что чаще возникает у лиц со средним интеллектом, но с высоким образовательным уровнем;

4) компенсаторное поведение, представленное четырьмя разновидностями: циклическое приспособление с периодами подъема и спада; фаталистическое отношение (главным образом к будущему); параноидное приспособление с тенденцией агрессивного переноса неадекватных переживаний на окружающих; выраженные агрессивные реакции;

5) невротические реакции. В ряде случаев оптимальной формой приспособления является игнорирование дефекта, но нельзя считать это универсальным выходом. Фактически здесь уже идет речь о реабилитации, подробное рассмотрение которой не входит в наши задачи.

З. Липовски пытается разграничить «реакции преодоления болезни» и «реакции на информацию о болезни». Последние зависят от «значения болезни» для пациента и могут быть следующими:

а) болезнь — угроза или вызов, а типы реакций — противодействие, тревога, уход в себя, борьба;

б) болезнь — утрата; соответствующие типы реакции — депрессия или ипохондрия, растерянность, горе, привлечение к себе внимания, нарушение режима;

в) болезнь — выигрыш или избавление, а типы реакций при этом — безразличие, жизнерадостность, нарушение режима, враждебность по отношению к врачу;

г) болезнь — наказание: возникают реакции типа угнетенности, стыда, гнева.

Интересную типологию предлагают А.В. Квасенко и Ю.Г. Зубарев. Они различают нормальные психологические личностные реакции больного и психопатологические — такие, как депрессивные, фобические, истерические, ипохондрические и анозогностические (в последнем случае факт болезни вообще не осознается). Депрессивные состояния в начале болезни чаще сопровождаются высокой тревожностью, а позже более распространен астенодепрессивный синдром (об астении см. выше). Истерические реакции проявляются в эмоциональной неустойчивости, театральности поведения, аффектах, гипертрофированных жалобах. Ипохондрические реакции обычно наблюдаются при хронических, хотя и не тяжелых, болезнях. Их появлению способствует тревожно-мнительный характер больного, его высокая чувствительность, неуверенность, неустойчивость и ригидность; при этом продолжительность реакции обычно не

превышает нескольких дней или недель. Правда, иногда это состояние сохраняется годы, перерастая в ипохондрическое развитие личности. Фобические реакции состоят в появлении навязчивых и необоснованных страхов.