

Внутренняя картина болезни — структурированное образование субъективной стороны заболевания, включающее различные уровни отражения болезни в психике субъекта. Термин ввел отечественный терапевт А. Р. Лурия (1944) в развитие идей А. Гольдштейна (1926) об «аутопластической картине заболевания» — субъективном компоненте общей картины соматического заболевания. Наряду с объективно обнаруженными изменениями и связанными с ними ощущениями, обширная зона психической активности заболевшего человека начинает фокусироваться на страдании.

Став фактом сознания аллопластическая объективная картина болезни (отражает функциональные и органические изменения, связанные с заболеванием) с неизбежностью начинает подчиняться и законам субъективного (А. Ш.

Тхостов, 2002). В. к. б. не является калькой аллопластической и не всегда совпадает с ней. Болезнь приобретает для пациента свой психологический смысл. Д. Липовски (1983) изучает следующие типы реакций на информацию о заболевании («значение болезни»): болезнь-угроза (реакции: противодействие, тревога, уход, борьба); болезнь-утрата (реакции: депрессия, ипохондрия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе внимание); болезнь-выигрыш (реакции: безразличие, жизнерадостность, враждебность по отношению к врачу); болезнь-наказание (реакции: стыд, угнетенность, гнев).

В. к. б. — «продукт» собственной активности субъекта, формируется в своих более или менее развернутых формах при любом заболевании. В. к. б. — это основной комплекс вторичных, психических по своей природе, симптомов заболевания, который в ряде случаев может осложнять течение болезни, препятствовать успешности лечебных мероприятий и тормозить ход реабилитационного процесса. Он может сам по себе стать источником стойкой инвалидизации пациента (В. В.

Николаева, 1987). Традиционно в медицинской психологии анализируются четыре уровня В. к. б.: (1) чувственный, уровень ощущений; (2) эмоциональный, связанный с различными видами реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия; (3) интеллектуальный, связан с представлением, знанием пациента о своем заболевании, размышлениями о его причинах и возможных последствиях; (4) мотивационный, связан с определенным отношением пациента к своему заболеванию, с изменением поведения и образа жизни в условиях болезни и актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья. Между этими компонентами возможны различные соотношения (В. В. Николаева, 1987).

Формирование В. к. б. предполагает ряд этапов, среди которых: сенсологический, оценочный, этап отношения к болезни.

Сенсологический этап включает в себя дискомфортный компонент (неприятные ощущения различной степени выраженности с неопределенной локализацией являются ранними симптомами угрозы соматической болезни; состояние дискомфорта — ранний психологический признак морфофункциональных изменений), алгический компонент (дискомфорт может перерасти в болевые ощущения); дефицитарный компонент (переживание чувства собственной неполноценности, ограничения возможностей).

Оценочный этап — результат интрапсихической переработки сенсологических данных. Именно на этом этапе в основном складывается В. к. б. заболевшего человека. В зависимости от преморбидных особенностей его личности, ситуации, в которой он находится (в семье, на работе, пр.), специфика заболевания В. к. б. приобретает индивидуальную окраску.

Выделяют следующие типы соматонозогнозий (отношения к болезни): (а) нормосоматонозогнозия (адекватная оценка больным своего состояния и перспектив выздоровления), (б) гиперсоматонозогнозия (переоценка значимости как отдельных симптомов, так и болезни в целом), (в) гипосоматонозогнозия (недооценка тяжести и серьезности своего заболевания и его отдельных признаков), (г) диссоматонозогнозия (отрицание больным наличия у себя болезни и симптомов; (д) патологические реакции на свою болезнь, не поддающаяся коррекции (депрессивная, тревожно-депрессивная, фобическая, истерическая, ипохондрическая, анозогнозия); длится от нескольких часов до нескольких недель. При хроническом течении болезни возможно перерастание патологической реакции в патохарактерологическое развитие личности.

Нозофильное отношение к болезни связано с определенным успокоением и приятными ощущениями при болезни, поскольку у пациента появляется свободное время и свобода от привычных обязанностей. Утилитарное отношение к болезни, как наиболее характерное проявление нозофильной реакции, имеет тройную мотивировку: (1) получение сочувствия, внимания, (2) выход из неприятной ситуации, (3) получение материальных выгод (пенсия, отпуск, пр.). Утилитарная реакция может быть более или менее осознанной.

Этап отношения к болезни характеризуется спецификой переживаний, высказываний, действий, общего рисунка поведения больного, связанного с его заболеванием. В качестве критерия, взятого за основу классификации типов реагирования на болезнь, может быть выделена система потребностей, которая фрустрируется заболеванием: витальная, общественно-профессиональная, этическая, эстетическая, связанная с интимной жизнью, др.

Поскольку лечить надо больного, а не болезнь, то знание жалоб, переживаний и отношений пациента, как и результаты его объективного обследования, имеет большое значение и для постановки диагноза, и для процессов лечения, и для реабилитации.

Н. Д. Творогова

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

Автор: словарь
09.12.2007 22:13 -
