



ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России  
кафедра социальной психиатрии и психологии

«Утверждаю»

зав. кафедрой проф. Литвинцев С.В.

«   » \_\_\_\_\_ 2018 г.

Лекционный раздел на тему:  
«ВНУТРЕННЯЯ МОДЕЛЬ БОЛЕЗНИ В ПРАКТИКЕ  
СОЦИАЛЬНОГО ПСИХИАТРА»

исполнители: проф. Войтенко Р.М.

проф. Милютин С.М.

1999 – 2018 г.г.

Рассмотрено на кафедральном совещании

№   «   » \_\_\_\_\_ 2018 г.



## План лекционного раздела

1. Введение
2. Аутопластическая картина болезни у психически здорового соматически больного, у больного с непсихотическими расстройствами, у психотического больного
3. Амбивалентность переживания болезни у психически здорового соматически больного, у больного с непсихотическими расстройствами, у психотического больного
4. Переживание болезни во времени у психически здорового соматически больного, у больного с непсихотическими расстройствами, у психотического больного
5. Типы реакции на болезнь у психически здорового соматически больного, у больного с непсихотическими расстройствами, у психотического больного
6. Отношение к болезни у психически здорового соматически больного, у больного с непсихотическими расстройствами, у психотического больного
7. Заключение

## ВВЕДЕНИЕ

Внутренняя модель болезни (ВМБ) содержит две составляющих –

- Личность в ситуации «болезнь»
- Формы ее реагирования

Поэтому определение: **«ВМБ формируется личностью для преодоления био-социопсихологических проблем в ситуации «болезнь» и содержит ощущения, идеаторные представления, эмоциональные переживания и отношения, а также волевые механизмы и действия».**

Другими словами, ВМБ это то, что переводит патологическое состояние в разряд болезни. Личность преломляет в структуре ВМБ биологические, социальные, психологические проблемы, возникшие в ситуации «болезнь»; **цель** – преодоление проблем, как самостоятельно, так и с помощью специалистов.

Говоря о ВМБ, целесообразно напомнить современное **определение болезни (по Р.М. Войтенко): «Нарушение био-психо-социального гомеостаза человека, вследствие патологического процесса, приводящее к социальной недостаточности и ограничениям жизнедеятельности».** Таким образом, как правило, в болезнь включена личность болеющего.

**Но – в психиатрии в этом плане существенные особенности:**

- Больной в коме – не осознает болезнь, поэтому в данном случае болезни нет, в ее современном понимании
- В психозе – сходно – психотический больной себя таковым не считает

Отсюда – при анализе **ВМБ в психозе крайне важно понятие критики к болезни.** На каком то этапе она появляется – появляется аутопсихологическая составляющая болезни («зачатки ВМБ»). Пациент начинает себя вести **как больной**, он становится **партнером врача**. Т.е. становится способен к **рефлексии**.

**Тем более** – при непсихотическом регистре симптоматики ВМБ есть

**И – тем более** – ВМБ есть у пациентов в любой другой отрасли медицины (не в психиатрии)

Подчеркнуть - сказанное определяет **важные особенности изложения материала ВМБ для социальных психиатров:**

> Во-первых, должны быть затронуты **особенности ВМБ при всех трех регистрах психического реагирования (по Р.М.Войтенко)** – при психологическом, при патопсихологическом (непсихотическом), при психопатологическом (психотическом)

> Во-вторых, **базовым звеном при изложении материала ВМБ является ее формирование у психически здорового человека**, страдающего каким либо соматоневрологическим заболеванием (психологический регистр ВМБ). И лишь затем излагаются особенности ВМБ у пациентов с непсихотическими, и с психотическими расстройствами (патопсихологический и психопатологический регистры ВМБ)

Следующее –

Реакция личности на болезнь «есть эквивалентная форма реагирования» (по И.В.Давыдовскому).

Другими словами, у человека имеются  **типовые формы реагирования:**

- На уровне **организма** (диарея, воспаление, и др.)

- Точно так же – на уровне **личности** существуют ее типовые формы реагирования – что и составляет ВМБ (вне зависимости от этиологии). В практике работы с ВМБ важно учитывать, ситуативно адекватны, либо ситуативно неадекватны такие формы реагирования.

Кроме того –

Болезнь ведет к дискомфорту:

➤ В медико-биологическом регистре (боли, недомогание и др.)

➤ В социальном плане (смена роли в группе)

➤ Могут меняться и личностные особенности – при длительной болезни (мотивация, характер) 4

## 2. АУТОПЛАСТИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ (АУТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ)

Т.е. – составляющая ВМБ, которая определяет личностное восприятие, осознание болезни пациентом (Гольдшнейдер, Лурия)

АКБ имеет следующие стороны:

1. Алго-сенестопатическая (перцептивная)
2. Эмоциональная
3. Рациональная, или информативная
4. Волевая

Как выше указывалось, АКБ, как и другие составляющие ВМБ, будет рассматриваться нами последовательно – на психологическом, на патопсихологическом, на психопатологическом регистрах

**АКБ на психологическом регистре** (у психически здоровых соматоневрологических пациентов)

Особенности – как правило, АКБ наиболее адекватна, но могут быть ошибки, заблуждения и др. – требующие коррекции

1. Алго-сенестопатическая (перцептивная) сторона АКБ.

Не сводится только к болям. Патологические ощущения и дискомфорта со стороны тела весьма разнообразны, их характер зависит от имеющейся патологии. В некоторых случаях телесный дискомфорт у пациента может возникнуть даже без ощущений («поттаскивание» парализованной ноги пациентом с последствиями инсульта).

Данной стороной болезнь «заявляет о себе пациенту», фрустрирует его в личностном плане, создает социальную недостаточность (СН) и, в ряде случаев, ограничения жизнедеятельности (ОЖД). Отреагирование больным дискомфортов может зависеть от особенностей темперамента (флегматик реагирует замедленно, реакции холерика ускорены, и др.)

## 2. Эмоциональная сторона АКБ

Эмоции пациента связаны с личностной фрустрацией, которую он переживает в ситуации «болезнь» – страх, тревога, внутреннее напряжение, эпизоды надежды, и др. Базой вариантов эмоционального реагирования также является темперамент.

Однако, составляющей эмоциональной фрустрации является не только отреагирование соматоневрологического дискомфорта. Пациент не меньше, если не больше фрустрирован своей социальной проблематикой, возникшей в результате болезни – сменой социальной роли, утратой перспективы, угрозой жизненным планам, и др.

Проблемные эмоциональные переживания, вместе с тем, дают и определенные положительные результаты: пациент, как правило, активно ищет информацию о происходящем с ним, ищет поддержку у окружающих, у близких. Наконец, обращается к специалистам. И в целом старается предпринять действия, могущие помочь преодолеть болезнь.

Фрустрационные эмоциональные переживания требуют психокоррекции специалистами.

## 3. Рациональная, или информативная сторона АКБ

В оптимальном варианте у психически здорового пациента должно сложиться – на понятном ему уровне – целостное понимание причин болезни, механизмов ее развития (представление об этиопатогенезе, но сформулированное на понятном ему языке). А также – связанное с правильным пониманием болезни знание о средствах помощи, особенностях медицинских вмешательств, об их результатах, сроках, и др.

К сожалению, объем данной информации, поскольку переживается пациентом как жизненно важный, начинает им черпаться из ненадежных источников («опытные» пациенты, не проверенные мед. публикации, и др.). Это приводит к ошибкам, заблуждениям, неадекватным представлениям, и т.п. В дальнейшем это может заметно затруднить работу с подобными пациентами.

В таких случаях информативная сторона АКБ требует психокоррекции специалистами.



#### 4. Волевая сторона АКБ

В первую очередь заключается в стремлениях и действиях по преодолению проблем болезни. В оптимальном случае пациент соблюдает указания специалистов, проходит необходимые обследования, курсы лечения, готов к необходимым медицинским (хирургическим и др.) вмешательствам. Такие действия активно потенцируются правильно организованными эмоциональной и информативной сторонами АКБ – для чего часто требуется психокоррекция.

И напротив, при чрезмерно либо неадекватно представленных эмоциональной либо информативной сторонах АКБ действия пациента по преодолению проблем в ситуации «болезнь» становятся дезорганизованными, неадекватными, что утяжеляет ситуацию. Тем более возрастает важность психокоррекции.

И, конечно, имеют значение особенности личности – целеустремленность либо безалаберность, и др., т.е. уровень волевых ресурсов пациента как таковых.

#### **АКБ на патопсихологическом регистре (у пациентов с непсихотическими расстройствами)**

На этом регистре АКБ нередко близка по проявлениям к АКБ психически здоровых. Т.е. может содержать искажения тех или иных сторон, но без нелепостей. Но здесь искажения АКБ не связаны с психологическими причинами, а являются продуктом той или иной непсихотической симптоматики. В некоторых случаях перцептивная сторона АКБ отсутствует, а превалируют эмоциональная и информативная стороны (обсессии), в других, напротив, преобладают перцептивная и эмоциональная стороны, а информативная практически отсутствует (фобии). При ипохондрических расстройствах, а также при психопатических и психопатоподобных нарушениях тормозимого круга превалируют эмоциональная и информативная стороны АКБ, которые существенно искажены психической патологией. При большинстве психопатических и психопатоподобных расстройств возбудимого круга информативная сторона АКБ отсутствует («отсутствие критики»). **АКБ на этом регистре требует медицинских вмешательств (в т.ч. психотерапия).**

**АКБ на психопатологическом регистре** (у пациентов с психотическими расстройствами)

АКБ у таких пациентов имеет резкие отличия от АКБ, формирующейся на вышеописанных регистрах:

- Перцептивная сторона АКБ в большинстве случаев отсутствует. В случае наличия грубо искажена (висцеральные галлюцинации и др.)
- Эмоциональная, информативная, волевая стороны АКБ также грубо искажены (депрессия, обманы восприятия, бред и др.).

В результате ситуацию «болезнь» психотический пациент оценивает в целом глубоко неадекватно, т.е. его АКБ насыщена грубыми нелепостями, могущими пронизывать все ее стороны.

Вместе с тем, **в современной социальной психиатрии следует помнить о возможности формирования критики и рефлексии у психотических пациентов – что делает возможным установление с ними реабилитационного контакта, и работу по нормализации оценок ситуации и по сведению к минимуму нелепостей в поведении – т.е. по «выравниванию» АКБ.**

-Базой психокоррекционных мероприятий, позволяющих активизировать указанные реабилитационные возможности, является установление **оптимального контакта** с психотическим пациентом – что позволяет специалисту в работе с таким пациентом реализовать **принцип партнерства** (по Р.М.Войтенко).

Нет нужды объяснять, насколько непроста данная задача. Однако, однако, без ее решения нет возможности добиться у пациента углубления критики и рефлексии, **недостижима психокоррекция** сторон АКБ, и всех составляющих ВМБ, а также личностной мотивации психотического пациента.

По возможности, оптимальный контакт целесообразно поэтому активизировать не только со стороны реабилитирующих специалистов (врач, психолог), но и со стороны референтных групп, в которых находится пациент (прежде всего семья, а также и реабилитационная группа других пациентов). Подключение референтных групп позволяет не только углубить оптимальный



контакт, но и активизировать психокоррекцию – выработку критики и рефлексии, минимизацию нелепостей среди сторон АКБ, и в целом в рамках ВМБ (т.н. фактор «группового давления»).

Следует отметить, что в практике психокоррекции психотических пациентов **требуется разделять** – **критику к факту и сущности психического заболевания, расстройств, и**  
- **критику к сложившейся социально-психологической жизненной ситуации.**

**Критика к факту заболевания может так и не сформироваться у такого рода пациентов.**

Однако, у этих пациентов гораздо **легче формируется критика к жизненной ситуации** (даже при отсутствии критики к болезни как к таковой).

Такое сочетание в целом позитивно сказывается на общей адаптивности пациентов – они начинают удовлетворительно ориентироваться в повседневной житейской проблематике, и зачастую достаточно успешно с ней справляются (приготовление пищи, уборка, получение пенсии и распределение бюджета, посещение магазинов, визиты к врачу, и др.) – хотя в большинстве своем отказываются признавать себя больными.

Сама психокоррекция психотических пациентов сегодня осуществляется в двух вариантах:

- т.н. «непрямая» психокоррекция – более традиционна, применяется чаще
- т.н. «прямая» психокоррекция, или «психообразование»

«Непрямая» психокоррекция основана на вовлечение психотического пациента в различные виды активной и регламентированной деятельности – лечебный труд, кружки, секции, общение в референтной группе, и др. Необходимость соблюдать распорядок дня, проявлять активность, соблюдать опрятность, и пр. – все это **«пробуждает» критику к различным важным аспектам жизненной ситуации**, бытовым, финансовым проблемам, и др. – т.е. ко всему тому, что, предоставленный сам себе, психотический пациент продолжал бы игнорировать, оставаясь некритичным. Все это создает важные результаты в реализации психологического и социального аспектов реабилитации – хотя пациент может продолжать отрицать факт болезни.

### 3. АМБИВАЛЕНТНОСТЬ ПЕРЕЖИВАНИЯ БОЛЕЗНИ

Распространено традиционное представление о болезни как о чем-то негативном, о жизненной неудаче (так учат и врачей!). В большой мере это так. Но негативная сторона болезни преимущественно проявляется на уровне организма.

А на уровне личности и социума жизнь в ситуации болезнь имеет и позитивные стороны:

- в психологическом аспекте
- в социальном аспекте;

Это вытекает из **ролевой функции больного** – особенно, если **пациент психически здоров и обладает полной критикой** к болезни и сложившейся ситуации.

Наиболее очевидны **социальные преимущества** при болезни – формализация статуса больного: лист нетрудоспособности, инвалидность, освобождение от службы в армии, и др. Сюда же относятся материальные преимущества (пенсии, пособия, и др.)

Среди психологических преимуществ –

- возможность переложить ответственность за решения, действия на окружающих (семья, референтная группа, сослуживцы), снять с себя обязанности, отказаться от психологически напряженных контактов, и др.
- болезнь как «щит» для сохранения престижа – высокой самооценки, высокого уровня притязаний
- болезнь как способ компенсации чувства неполноценности, и даже повышения собственного достоинства (т.н. «опытные пациенты», больные-инвалиды, пострадавшие в период боевых действий и др.)
- в ряде случаев (в старшем возрасте, особенно у женщин, и др.) болезнь обеспечивает **уход от одиночества**, становится средством борьбы с аутизацией, ведет к созданию референтной группы (больные псориазом, сахарным диабетом, и др.)

**Улучшение состояния** поэтому также может восприниматься амбивалентно, двойственно –

1. радость, что исчезла угроза здоровью, угроза смерти, трудоспособности
2. страх возвращения: а) в изоляцию (одиноким больным)  
б) возвращение в конфликтную ситуацию, к сложностям и жизненным проблемам  
в) «что будет делать вместо болезни?» - вопрос актуален не только для психически здоровых, но и при ряде нервно-психических расстройств.

У больных с **непсихотическими расстройствами**, за счет относительно полной критики, амбивалентность переживания болезни несет сходство с таковой у психически здоровых. Однако, некоторые черты утрированности, искаженности в амбивалентности переживания болезни у таких пациентов могут присутствовать. Показательным примером может служить амбивалентность переживания у больных **алкоголизмом**. Даже при установке на избавление от зависимости такие пациенты наталкиваются на большие трудности при необходимости вживаться в здоровый стереотип жизни – это учитывается при их реабилитации, имеется понятие: «требуется помочь организовать альтернативу алкогольному образу жизни, дать источник «нового позитива»

У **психотических больных** ввиду критики либо неполной, либо при полном ее отсутствии амбивалентность переживания болезни значительно искажена. Однако, некоторые фрагменты данной амбивалентности с очевидностью видны в издавна известном явлении **госпитализма**. Нежелание выходить за пределы закрытого психиатрического стационара в жизнь, безусловно, во многом связано при госпитализме со значительными дефицитарными расстройствами. Вместе с тем, при сравнении пациентов с госпитализмом с пациентами со сходным типом течения и темпом прогрессивности заболевания, но включенными в активную и всестороннюю реабилитацию, с ее психологическим и социальным аспектами – можно видеть значительную разницу в результатах психиатрической помощи у тех и у других.

## 4. ПЕРЕЖИВАНИЕ БОЛЕЗНИ ВО ВРЕМЕНИ

По сути дела, в понятии «переживание болезни во времени» отражаются особенности переживания больным аутопластической картины болезни и амбивалентности ее переживания на разных этапах заболевания. Однако, эти особенности лишь опосредованно связаны с медико-биологическими факторами патологии, а непосредственно зависят от психологических и социальных аспектов ситуации «болезнь» – т.н. эквивифинальность по И.В.Давыдовскому.

Поэтому фазы переживания болезни во времени выглядят в целом единообразно при различных заболеваниях (по Р.М.Войтенко):

1. Премедицинская фаза
2. Фаза перемены жизненного стереотипа
3. Фаза активной адаптации
4. Фаза вторичной фрустрации
5. Фаза капитуляции
6. Фаза вторичной адаптации

### **Премедицинская фаза**

- У больных с соматоневрологической патологией, **психически здоровых** - дискомфорт зависит от характера той или иной патологии организма, но еще малозаметен. Неприятные ощущения (перцептивная сторона АКБ) могут то нарастать, то временно исчезать. Иногда может возникать кажущаяся беззаботность (репудация по Харди). Прислушиваются к советам сотрудников, родственников, знакомых – но они могут быть противоречивы. Все это часто обуславливает затягивание обращения к врачу. Однако соматоневрологические дискомфорты нарастают. Не только они усиливают фрустрацию больного, но и связанные с ними, нарастающие явления социальной недостаточности (на работе, в учебе, в быту, и др.). Наконец, под давлением проблем больной вынужден обратиться к специалисту.
- У больных с **непсихотическими психическими расстройствами** в большинстве сходная картина премедицинской фазы. Однако, у пациентов с психопатическими и психопатоподобными расстройствами возбудимого круга имеются существенные отличия –

за счет слабой критики и к болезни, и к создавшейся ситуации, имеется тенденция либо отрицать наличие у себя патологии, либо соглашаться лишь поверхностно, без достаточного осознания проблем.

- у **психотических пациентов** премедицинская фаза либо отсутствует, либо грубо искажена

### **Фаза перемены жизненного стереотипа**

- у **психически здоровых пациентов** -

Уже в начале стадии впервые резко меняется весь жизненный стереотип. Отсюда второе название фазы – «вторичная фрустрация». Пациент действительно фрустрирован не только явкой к врачу (м.б. первой в жизни) – в поликлинику (в диспансер, в дневной стационар). Как правило, признается временно нетрудоспособным. Возможна госпитализация, возникает перспектива медицинских вмешательств, процедур, не исключена операция, и др.

Личностная перспектива пациента испытывает «слом» и в социально-психологическом аспекте – неясно, насколько откладываются дела на работе, как глубоко меняются планы в семье, в быту, и др. Это накладывает отпечаток на всю эмоциональную сторону АКБ: появляется неуверенность, тревога, иногда страх. Теряется уверенность в себе, в своих силах, возможностях.

В такого рода переживаниях есть положительный момент – пациент склонен к поиску заботы, внимания, участия, вплоть до назойливости. Но не все специалисты понимают существенный смысл таких эмоциональных перемен у пациента – он в данный момент крайне заинтересован в прояснении личностной перспективы, как в медико-биологическом, так и в социальном аспектах. Иными словами, пациент имеет жизненную потребность в формировании информативной и волевой сторон АКБ, т.е. то есть он считает необходимым понять суть и перспективы решения проблем болезни, и начать действовать.

Специалисты должны использовать этот период и потребности больного для помощи в формировании адекватных информативной и волевой сторон АКБ – для дальнейшей успешной реабилитации. Если коррекция данных сторон АКБ не проводится, пациент все равно их формирует для себя, но уже с ненужными искажениями, затрудняющими реабилитацию.



- **У пациентов с непсихотическими психическими расстройствами –**

фаза перемены жизненного стереотипа протекает во многом сходным образом. Однако, при наличии критики к жизненной ситуации, страдает критика к факту и к проявлениям болезни (неврастенические, ипохондрические и др. расстройства). Это приводит к искажениям при формировании информативной и волевой сторон АКБ. Вместе с тем, сравнительно более полноценна критика у больных с обсессивно-фобическими расстройствами.

Однако, в особенности серьезные проблемы с критикой имеются у пациентов с психопатическими и психопатоподобными расстройствами возбудимого круга.

В любом случае, больным с непсихотическими расстройствами показана не только психокоррекция искажений ВМБ, но и психотерапия (т.е. особый вид лечебного вмешательства; осуществляется достаточно подготовленным врачом-психотерапевтом).

- **У психотических пациентов –**

фаза перемены жизненного стереотипа протекает по разному. Это зависит и от тяжести, характера психотической симптоматики, и от объема комплексной реабилитационной работы, проводящейся с пациентом, которая сегодня, помимо медико-биологического аспекта, должна обязательно включать в себя социальный и психологический аспекты реабилитации.

- к сожалению, достаточно часто приходится видеть случаи, где восстановительная работа с психотическим пациентом сводится лишь к лечебным мероприятиям (купирование продуктивной симптоматики и др.), а психологические и социальные аспекты работы осуществляются случайным образом, несистематически, а иногда и вообще не прорабатываются.

Нельзя не отметить, что даже в таких случаях у некоторых психотических пациентов вырабатывается критика к сложившейся жизненной ситуации, и даже иногда к проявлениям и к факту психического заболевания. Однако, это бывает связано с малой прогрессивностью психического заболевания и слабой выраженностью дефицитарных расстройств. Вместе с тем, чаще у психотических пациентов информативная и волевая стороны АКБ не формируются, либо имеют большие искажения, что препятствует успеху реабилитации, обуславливает социальную недостаточность (СН) и ограничения жизнедеятельности (ОЖД).



- В других случаях, где с психотическим пациентом проводится комплексная реабилитация, включающая и социальный, и обязательно, психологический аспект (при обязательном осуществлении аспекта медико-биологического), можно видеть другие результаты восстановительной работы.

При проведении «непрямой» психокоррекции (более проста в исполнении) – через активацию деятельности (ЛТМ, включение в референтные группы и др.) – появляется критика к сложившейся социально-психологической ситуации, даже при неполной, или отсутствующей критике к болезни. Иными словами, частично формируются волевая и информативная (слабее) стороны АКБ. Больной по необходимости сталкивается с проблемами быта, самообслуживания, передвижения, общения, регламента деятельности, задумывается о проблемах финансов, работы, и др. И посильным образом начинает решать данные проблемы, с разной степенью успешности, но осваивается в текущей социальной ситуации. Довольно часто в результате достигаются приемлемые результаты реабилитации в целом.

При «прямой» психокоррекции («психообразование»); сложна в исполнении – требуется правильно организованная группа, опытные ведущие и др.) формируется критика также и к болезни – организуются представления о заболевании, механизмах расстройств, о факторах, провоцирующих обострение, о действии препаратов, и др., о достижении улучшения – т.е. формируется информативная сторона болезни. Этим самым более прочно устанавливается оптимальный контакт «пациент – реабилитирующий специалист», укрепляются адекватные стереотипы действий, поведения, и др.

Поэтому «прямая» психокоррекция хорошо сочетается с «непрямой».

### **Фаза активной адаптации.**

- У больных с соматоневрологической патологией, **психически здоровых** – формирование данной фазы становится результатом не только успехов в реализации мероприятий медико-биологического аспекта реабилитации, но и правильного формирования сторон АКБ:

- в рамках снижения фрустрации уменьшаются, затем уходят страх, тревога, беспокойство (эмоциональная сторона АКБ)

- формируется адаптация к новому жизненному стереотипу – в начале к нетрудоспособности, к

госпитализации, затем к признакам улучшения, иногда к плановым курсам медико-биологических мероприятий, к новой роли в группе, к постепенному расширению активности, и др. (информативная и волевая стороны АКБ)

- за счет сформированной информативной стороны АКБ появляется реальная перспектива – представления о прогнозе заболевания, о возможных осложнениях, о сроках улучшения либо выздоровления, и в результате, о расширении своих возможностей в социально-психологическом плане
- на фоне укрепившейся личностной перспективы уменьшается, затем исчезает фрустрация, укрепляется оптимальный контакт «врач (специалист) – больной»
- при улучшении либо выздоровлении происходит возвращение к деятельности – к доблезненной (прямая компенсация), либо к иной (непрямая компенсация) – в зависимости от глубины улучшения.

- **У пациентов с непсихотическими психическими расстройствами** – наиболее сходно протекает фаза активной адаптации при невротических расстройствах. Вместе с тем, особенностью является необходимость применения не только психокоррекции, но и психотерапии.

У больных с неврозоподобными, психопатическими и психопатоподобными психотерапия в фазе активной адаптации также бывает показана. Вместе с тем, у подобных пациентов психические расстройства являются стойкими, что затрудняет активную адаптацию.

- **У психотических пациентов** – формирование активной адаптации наталкивается на наличие расстройств – как продуктивных, так и дефицитарных. Благоприятными факторами могут стать как малая их прогрессивность, так и проведение психокоррекции («непрямой» и «прямой»).

### **Фаза вторичной фрустрации.**

- У больных с соматоневрологической патологией, **психически здоровых** – формирование фазы, где вновь возрастает фрустрация, связано с неожиданным для пациента «сломом» прогноза и личностной перспективы.

Механизмы такого «слома» – либо не оправдывается прогноз врачей (нет улучшения в намеченные сроки), либо возникает непредвиденное ухудшение состояния.

В результате вновь возникают для фрустрации неуверенность, беспокойство, тревога, страх. Однако, значимы появляющиеся новые формы реагирования, неблагоприятные в плане реабилитации –

- негативное отношение к врачам, к специалистам, к персоналу («не оправдалось доверие»), иногда к членам семьи. Появляется опасность конфликта «врач-больной», начинаются смены врачей, уходы от врачей

- изменяется мотивация, направленность личности – формирование новых потребностей, самооценки, уровня притязаний, шкалы ценностей: раньше приоритет продвижения по службе, теперь – приоритет здоровья

- в некоторых случаях возможно снижение морально-этических устоев личности – формирование эгоцентризма, пренебрежение интересами близких и др.

- следует, вместе с тем, отметить, что изначально правильно проведенная психокоррекция АКБ пациента может помочь сохранить оптимальный контакт с пациентом и в этой проблемной фазе, предупредить негативные формы психологического реагирования.

- **У пациентов с непсихотическими психическими расстройствами** – фаза вторичной фрустрации протекает во многом сходно. Вместе с тем, психогенное беспокойство, тревога, иногда страх, характерные для этой фазы, как правило потенцирует усиление непсихотической симптоматики – невротической, неврозоподобной, иной. Особенно ярко, иногда утрированно, утяжеляются психопатические и психопатоподобные расстройства.

Если психокоррекция и психотерапия не проводились на предыдущих фазах, то их начало на этой фазе заметно затрудняется, но все же возможно. И напротив, ранее начатые психокоррекция и психотерапия могут успешно продолжаться и на фоне вторичной фрустрации, что позволяет предупредить утяжеление непсихотической симптоматики.

- **У психотических пациентов** – тревога, страх, негативизм, аутизация, конфликтность, эгоцентризм и другие проявления у подавляющего большинства таких больных связана с имеющейся психотической (субпсихотической) симптоматикой. Поэтому связь таких проявлений именно со вторичной фрустрацией бывает трудно выявить. Однако, такую связь можно более отчетливо видеть при малопрогрессирующих расстройствах, сопровождающихся критикой.

## Фаза капитуляции.

- **у психически здоровых пациентов** – формируется в тех случаях, где психокоррекция оказалась безуспешной, либо вовсе не проводилась (последнее в практике чаще). По сути, это фаза особо тяжелой фрустрации.

Наблюдается стойкое изменение эмоционального фона – угрюмость, равнодушие, сниженное настроение, возможны суицидные мысли, но как следствие тяжелой фрустрации, т.е. состояния психологического уровня; истинно депрессивных расстройств нет. Таким образом, задействованы личностные механизмы, вплоть до уровня темперамента. Как следствие, развивается личностного уровня снижение установок на деятельность – сужение круга контактов, активности – что не является симптоматикой расстройств волевой сферы.

Существенно изменяется мотивация, направленность личности – «полом» отдаленной перспективы, снижение уровня притязаний (социальных, семейных, личностных), снижение самооценки. Таким образом, развивается т.н. «мотивационный слом» (по С.М.Милютину).

Дезорганизуются системы социально-психологических отношений – характер. Развивается стойкое отрицательное отношение к врачам, к медицине в целом, безразличие к близким, эгоцентризм, отрицательное отношение к социально значимой деятельности («мне и так недолго осталось»). Возможно развитие рентных установок.

Начало психокоррекции на фоне фазы капитуляции крайне затруднено, если ранее психокоррекция не проводилась

- **у пациентов с непсихотическими расстройствами** – фаза капитуляции развивается во многом сходным образом. Вместе с тем, психогенное изменение эмоционального фона обуславливает утяжеление уже имеющейся непсихотической симптоматики. И если ни психокоррекция, ни психотерапия не проводились в предыдущий период – а у подобных пациентов дело, как правило, обстоит именно так – то их начало на фоне фазы капитуляции крайне затруднено.

- **у пациентов с психотическими расстройствами** – снижение эмоционального фона, негативизм, аутизация, пассивность и др. - напрямую связаны с имеющейся психотической симптоматикой. Поэтому фаза капитуляции выявляется с трудом, лишь в случаях малой прогрессивности заболевания и наличия относительно полной критики.



## Фаза вторичной адаптации.

- у психически здоровых пациентов с соматоневрологической патологией – развивается после фаз вторичной фрустрации и, особенно, капитуляции. Гомеостатические механизмы личности не позволяют продолжительный срок находиться в тяжелой фрустрации. Что и обуславливает **формирование компенсаторных механизмов.**

Поскольку после фазы капитуляции путь к доболезненному образу жизни («прямая» компенсация) закрыт, развиваются формы «непрямой» компенсации, по личностным механизмам. Осваиваются формы деятельности и ролевые функции, нехарактерные для доболезненного периода:

1) Через «вторую жизнь» по Вие (нечасто) –

- Освоение новых социально значимых форм деятельности - в общественных организациях, в иных вариантах, иногда – в новой профессиональной деятельности (при соматических заболеваниях «вторая жизнь» может быть весьма высокого уровня). При этом – становление нового уровня притязаний, повышение самооценки («встал над собой», и др.).

Есть, однако, формы компенсации, сопряженные с отказом от социально значимой деятельности:

2) Через асоциальные формы деятельности – бродяжничество, попрошайничество, злоупотребление алкоголем и др.

3) Через деятельность, связанную с болезнью – гораздо чаще. Обращение к другим врачам, в другие мед. учреждения, и др. «Тиран» в семье, в квартире, в социальных службах, и т.д. (при трудовом увечье, при травме в боевых действиях, и др.); установки на инвалидность. Уход от фрустрации происходит через переоценку своего прошлого, опору на болезнь, как на форму повышения престижа («редкое заболевание» и др.). Углубление эгоцентризма, рентных установок, становление «абстрактной перспективы» («когда я поправлюсь...»). Все это не является ипохондрическими расстройствами, лишь формами психологического реагирования.

- **У пациентов с непсихотическими расстройствами** – на этой фазе имеется большая стойкость симптоматики, что накладывает отпечаток на возникновение компенсаторных механизмов. Социально ориентированная «вторая жизнь» практически не формируется. Чаще всего – компенсация через болезнь. Возможно, однако, развитие асоциальной деятельности.

- **у психотических пациентов** – личностные проявления в фазах капитуляции и вторичной компенсации в большинстве случаев сопряжены с довольно тяжелой психотической симптоматикой, с отсутствием критики как к болезни, так и к сложившейся социально-психологической ситуации. Все это препятствует формированию адекватных компенсаторных механизмов.

Исключением могут быть малопрогрессирующие текущие психические заболевания, где в ремиссиях могут быть мягко представленные расстройства (непрозоподобные нарушения, слабо выраженная аутизация, и др.). На их фоне, при активно осуществляемых психокоррекционных мероприятиях, в некоторых случаях удается добиться удовлетворительных результатов реабилитации (самостоятельное проживание дома, в быту, иногда трудоустройство на сниженном уровне, и др.).

Известен так называемый сопряженный тип жизнедеятельности и при более прогрессирующих расстройствах – к примеру, при парафренических («расстройства сами по себе, а быт, посещения врача, и др. – сами по себе»)

## 5. ТИПЫ РЕАКЦИИ НА БОЛЕЗНЬ

- **у психически здоровых** с соматоневрологической патологией -

А) стенический тип – «борьба до конца» (пример – В.Брумель). Положительный момент - активно, стенично осуществляются реабилитационные мероприятия. Риск в том, что полностью отдаваясь «борьбе за здоровье» (как правило, на уровне организма), пациент не занимается вопросами личностной и социальной перспективы («все будет, когда выздоровею, восстановлюсь», и т.п.). Поэтому при неуспехе реабилитации оказывается не готов к новой ситуации, к ОЖД, к необходимости «непрямой» компенсации. Тогда возможно развитие фрустрации, жизненной неустроенности, и др.

Б) астенический тип – рано развивается личностный «слом» активности по реализации медико-биологического аспекта реабилитации. Есть и некоторые положительные моменты – психологическая адаптация к сложившейся ситуации, формирование социального приспособления, хотя и на сниженном уровне. Однако, в целом потенциал реабилитации



используется крайне мало, недостаточно.

В) рациональный (смешанный) тип – приспособление личности к болезни – наиболее адаптивная и сбалансированная форма существования больного (точное определение своих сил, возможностей, будущего, изменение вовремя своих целей, установок, мотивов, изменение перспективы, уход от фрустрации).

Оказываются в нужной мере сбалансированными механизмы и самоощажения, и самоактивации. Такой тип реакции на болезнь наиболее результативен в плане реабилитации. Меньшая часть пациентов способны самостоятельно сформировать такой тип реагирования на болезнь. Другим показана работа специалистов по психокоррекции сторон АКБ для его выработки.

- **у пациентов с непсихотическими расстройствами** – типы реакции на болезнь во многом сходны, лишь рациональный тип реагирования вырабатывается с трудом, ввиду неполноты критики. Поэтому требуется и психотерапия расстройств, и психокоррекция сторон АКБ, для выработки взвешенного и более рационального реагирования на болезнь.

- **у психотических пациентов** – чаще наблюдается астенический тип реагирования на болезнь, что связано и с явлениями редукции энергетического потенциала, и с наличием продуктивных расстройств, и с отсутствием или слабостью критики

Вместе с тем, у некоторых пациентов можно наблюдать и стенический тип реагирования – при некоторых паранойяльных расстройствах, при ремиссиях по типу «монотонной ригидности» (по Д.Е.Мелехову). Но в рамках такого типа реагирования наблюдается неадекватность целей, мотивов, поведения, что связано с мыслительными и эмоционально-волевыми расстройствами

Поэтому как при астеническом, так и стеническом типах реакции на болезнь показана психокоррекция (наряду с медикаментозной терапией), с целью приведения реагирования к картине т.н. смешанного типа – а не рационального, т.к. рациональное реагирование м.б. недоступным ввиду слабости или отсутствия критики.

Смешанный тип реагирования на болезнь называется так потому, что в результате психокоррекции пациент сочетает как компонент ухода от деятельности, от сложностей, и т.п.,

так и активность по выполнению визитов к врачу, по проведению терапии, по занятиям бытом, контактами с окружающими, и др. Играет роль выработавшаяся критика к сложившейся социально-психологической ситуации, хотя настоящей критики к болезни и ее проявлениям может не быть.

Такой тип реакции на болезнь наиболее продуктивен в плане достижения результатов реабилитации психотического больного.

## 6. ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ

Отношение к болезни, являясь одной из составляющих ВМБ, подразделяется на –

1. Адекватное (четко ясны возможности излечения либо стабилизации состояния, прогноз, функциональные возможности, и др.), и
2. Неадекватное - а) преувеличение тяжести заболевания  
б) преуменьшение тяжести заболевания

- **у психически здоровых пациентов с соматоневрологической патологией –**

**1. Адекватное** отношение обусловлено:

- достаточным интеллектом (широта кругозора)
- гибкостью мотивационной сферы
- наличием альтруистических установок личности
- гармоничностью личности (до болезни)
- Умением совершить «Коперниковский поворот» (понять, что его проблемы не «исключительны», а, напротив, находятся в ряду проблем окружающих, в т.ч. близких)

**2. Неадекватное** отношение к болезни может выражаться в –

- а) **преувеличении** значимости болезни, ее тяжести, исходов. Играет роль дисгармоничность личности (тревожно-мнительный характер либо акцентуация личности в рамках нормы - истероформная или психастеническая), эгоцентризм, проблемы с самооценкой и уровнем притязаний. Может также иметь значение невысокий интеллект, ригидность мотивационной сферы и неумение совершить «Коперниковский поворот» («посмотреть на себя со стороны»)

б) **преуменьшение** значимости болезни. У психически здоровых происходит по механизму т.н. психологической защиты по типу «вытеснения» (бессознательное нежелание сталкиваться с неприятной реальностью). Специалистам соматического и неврологического профиля такое явление известно у пациентов с различной патологией – у больных с ишемической болезнью сердца, с сахарным диабетом, и др.

И преувеличение, и преуменьшение значимости болезни следует обязательно учитывать при проведении психокоррекции отношения к болезни и ВМБ в целом.

- **у пациентов с непсихотическими расстройствами** – достижение адекватного отношения к болезни затруднено, за счет имеющейся зачастую неполноты критики. Кроме того, помимо психокоррекции таким пациентам показана и психотерапия. При активном применении психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий достижение адекватного отношения к патологии у непсихотических больных возможно.

Но при психопатических и психопатоподобных расстройствах положительный результат проблематичен – слабость личностной критики является сущностью таких расстройств.

- **у психотических пациентов** – все стороны АКБ значительно искажены под влиянием продуктивной и негативной симптоматики. При этом происходит – чаще – отрицание не только значимости, но и факта болезни. Если же пациент считает себя «тяжело больным», то чаще это обусловлено бредовыми и галлюцинаторными психотическими переживаниями.

Однако, относительно адекватное отношение к болезни у таких больных возможно. Положительной предпосылкой является малая прогрессивность заболевания (периодический или приступообразный тип течения шизофрении, и др.).

В случаях большей прогрессивности путь к относительно адекватному отношению к болезни лежит через осуществление комплексной реабилитации, в которой, помимо активно проводимых медико-биологических вмешательств, реализуются социальные и всесторонние психокоррекционные мероприятия («прямая» и «непрямая» психокоррекция, и др.).

Важно, вместе с тем, разделять при этом отношение к самой болезни и отношение к сложившейся социально-психологической ситуации.

## 7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С современных позиций рассмотрели подходы к проблеме внутренней модели болезни (ВМБ), к работе с ее составляющими:

- Аутопластическая картина болезни
- Амбивалентность переживания болезни
- Переживание болезни во времени
- Типы реакции личности на болезнь
- Отношение к болезни

Наибольшее внимание уделяли особенностям составляющих ВМБ в зависимости от регистра психического реагирования пациента – психологического (психическая норма), непсихотического, психотического.



**Спасибо за внимание!**