**Тема 5.**

**Психология больного. Внутренняя картина болезни.**

**Методические рекомендации к изучению темы**

Материал данной темы имеет очень большое значение. Полученные знания необходимы для понимания и изучения психосоматических расстройств. Изучая материал, следует обратить внимание на следующие аспекты. Всякая болезнь оказывает влияние на человека в целом. Острое тяжелое заболевание или длительная болезнь влекут за собой серьезные изменения в образе жизни больного. Болезнь и связанные с ней чувства, впечатления и реакции неотделимы друг от друга. Уделите достаточное внимание факторам, которые формируют субъективное отношение к болезни, соматогенному и психогенному влиянию болезни на психику. Обратите внимание на понятие "внутренняя картина болезни". Обратите внимание, что в переживаниях и отношении человека к своей болезни в динамике, можно выделить определенные этапы (переживание болезни во времени). Также необходимо изучить типы личностной реакции на болезнь, типы отношения к болезни (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980) и методику диагностики (ТОБОЛ).

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

§1. Роль больного и ограничениями ролевого (социального) поведения.

§2. Соматогенное и психогенное влияние соматической болезни на психику человека.

§3. Внутренняя картина болезни (ВКБ).

§4. Факторы и уровни ВКБ. Переживание болезни во времени.

§5. Отношение к болезни. Типы реакции на болезнь, диагностика типа отношения к болезни (ТОБОЛ).

§6. Возрастные особенности внутренней картины болезни.

**КОНСПЕКТ ЛЕКЦИИ**

**§1. Роль больного и ограничениями ролевого (социального) поведения.**

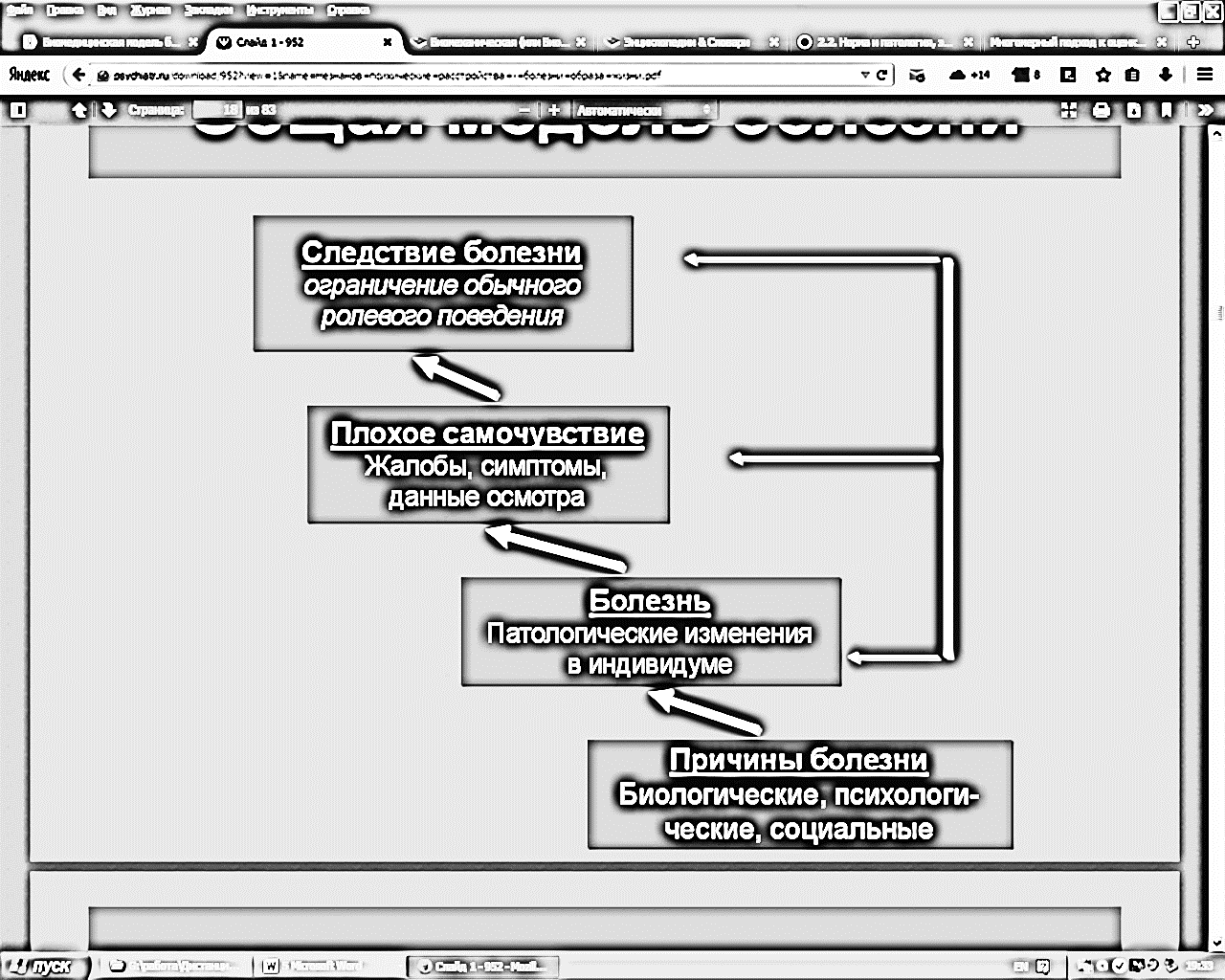
Человек - существо социальное, и потому его болезнь характеризуется целым рядом особенностей. Социальная сторона болезни определяется и тем, что болезнь нарушает трудовую деятельность человека или коллектива людей, причиняя материальный и моральный ущерб, как данному человеку, так и обществу в целом.

Большое значение имеет то, считает ли сам человек себя больным. *Карл Ясперс* замечает по этому поводу, что то, что в целом могло бы считаться болезнью, меньше зависит от мнения врача, чем от суждения пациента и от господствующего в данной культурной среде мнения. Болезнь, по Ясперсу, – это понятие общественное, а не научное.

Болезнь - является социальным конструктом, включая в себя не только внешние оценки заболевания, но и модель поведения больного, и способ реагирования на патологическую симптоматику. Существующая в европейской культуре концепция (конструкт) болезни, предполагает определенную последовательность:

причина — дефект — картина — следствия.

Другими словами, причина болезни — болезнь — плохое самочувствие — роль больного.



*Рис 1. Конструкт болезни*

*Состояние болезни предполагает особый социальный статус человека, неспособного выполнять социальные функции в ожидаемом объеме, и болезнь всегда оказывается связанной с ролью больного и ограничениями ролевого (социального) поведения.*

Кроме

* психологического аспекта («плохое самочувствие») и
* телесно-биологического аспекта («болезнь»)

существует социальный аспект: изменившееся поведение больного («больное поведение»), которое становится очевидным для окружающих и превращается в социальное явление.

Насколько эти изменения кажутся со стороны действительно следствием «не могу», а не «не хочу» — настолько данный индивид рассматривается как больной, соответственно так с ним и обращаются: ему выказывают сострадание и предоставляют помощь, он почти полностью освобождается от своих обычных задач.

Но зато он имеет и новые обязанности: он должен беречь себя, стараться выздороветь, а с этой целью посещать врача и выполнять его указания.

Таким образом, понятие «больной» заключает в себе три разные перспективы:

1. какое-то измененное (биологически) состояние индивида, его тела или части тела,
2. переживание по поводу какой-то ущербности и недомогания,
3. приписанная роль, связанная с особыми требованиями и привилегиями.

Единство социального и биологического создает ту особую картину, которая характеризует болезнь человека. У больного человека складываются новые отношения с окружающей средой. Жизнь продолжается, но она "стеснена", не свободна. Болезнь меняет заведенный порядок жизни. Для больного человека становятся необходимыми определённые занятия. Некоторые вещи приобретают для него необыкновенную значимость, а к каким-то событиям заболевший человек становится безучастным.

Всякая болезнь оказывает влияние на человека в целом. Сердце, печень, ухо заболевает не отдельно, в патологическом процессе принимает участие вся личность полностью.

Каждый из нас по своему опыту знает, что самое банальное простудное заболевание, небольшая ранка на пальце или удаление зуба могут серьезно влиять на человека, заставляя уделять себе внимание, заниматься этими болезнями.

При заболеваниях даже у самых дисциплинированных людей могут появиться опасения, они не могут, как обычно выполнять свои трудовые обязанности, всплывают воспоминания о прежних болезнях, портится настроение.

Острое тяжелое заболевание или длительная болезнь влекут за собой серьезные изменения в образе жизни больного. Обычные контакты с окружающим миром естественным образом уменьшаются. Перед больным встает опасность одиночества. Болезнь и связанные с ней чувства, впечатления и реакции неотделимы друг от друга.

Социальная среда действует на психическое и поведенческое «обрамление» болезни, поскольку она:

* *формирует представления* о том, какие виды поведения полезны, а какие – вредны для здоровья, на основе чего конструируется как саморазрушающее, так и самосохранительное поведение индивида;
* *предоставляет знания* о технологических достижениях, которые могут быть использованы как для сохранения и укрепления здоровья, так и для лечения уже возникшего заболевания;
* *транслирует когнитивные схемы*, на основе которых субъективные проявления соматического и психического дискомфорта, боль осознаются как симптомы болезни;
* *содержит социальные «сети», т.е. каналы неформальной коммуникации*, по которым человек может получить советы относительно своего болезненного состояния;
* *предъявляет ожидания, выполняющие функцию регулятивных норм* при принятии социальной роли больного;
* *имеет доступные для индивида специализированные институты,* миссия которых заключается в сохранении и укреплении здоровья, лигитимизации статуса больного, оказании профессиональной помощи.

По мнению Z.J. Lipowski, психосоциальные реакции на болезнь склады­ваются из

* реакций на информацию о заболевании,
* эмоциональных реак­ций (типа тревоги, горя, депрессии, стыда, чувства вины) и
* реакций преодоления болезни.

Заслуживает внимания и вопрос о личности до наступления болезни. Наибольшее число людей правильно оценивает заболевание, выполняет назначение врача и соблюдает режим. Сильные, уравновешенные, психически зрелые личности обычно правильно реагируют и адекватно оценивают заболевание, стремятся найти выход из ситуации, созданной болезнью, преодолеть ее или приспособиться к ней.

* Более зрелая личность реагирует на беду, болезнь иначе, чем ребенок, с его незрелой личностью.
* Уверенный в себе человек воспринимает болезнь иначе, чем неуверенный, со слабой волей, легко поддающийся влияниям извне.

Вместе с тем, пассивный, мало двигающийся пациент легче переносит прикованность к постели, чем энергичный, темпераментный, ни минуты не сидящий на месте человек.

**§2. Соматогенное и психогенное влияние соматической болезни на психику.**

На сегодняшний день является достаточно установленным, что имеются два основных вида патогенного влияния соматической болезни на психику человека: ***соматогенный и психогенный.*** 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 злокачественных 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 заболевания и его последствия,* имеющиеся при болезни астению, болезненные ощущения и нарушения общего самочувствия **(13).**

В рамках психогенного влияния рассматривается понятие «Внутренняя картина болезни».

**§3. Внутренняя картина болезни (ВКБ).**

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.

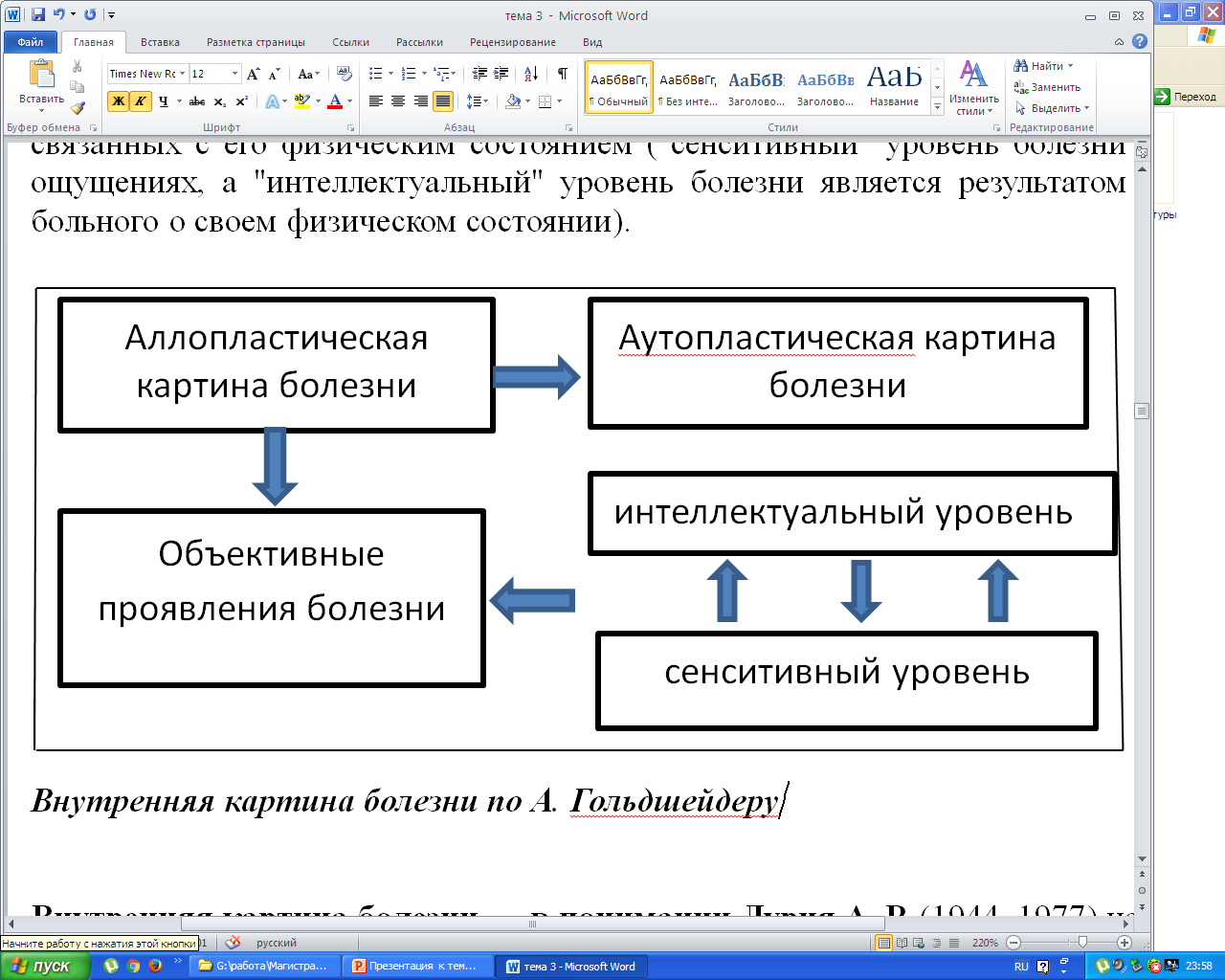
В научной литературе для описания субъективной стороны заболева­ния используется большое количество терминов, которые были введены различными авторами, но часто употребляются весьма сходным образом.

Субъективно-психологическую сторону любого заболевания чаще всего обозначают понятием ***"внутренняя*** *(или аутопластическая)* ***картина болезни, ВКБ ".***

ВКБ характеризуется формирова­нием у больного определенного рода чувствований, представлений и знаний о своем заболевании.

**Внутренняя картина болезни** – это сложный комплекс представлений, переживаний и идей, своеобразно отражающие в психике больного патологические процессы и связанные с ними условия жизни, определяемые патологией.

**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).



*Рис.2. Внутренняя картина болезни по А.* *Гольдшейдеру*

**Внутренняя картина болезни — в понимании Лурия А. Р.** (1944. 1977) не соответствует обычному понима­нию субъективных жалоб больного. Структура ее, в отношении как сенситивной, так и интеллектуальной части аутопластической карти­ны болезни, находятся в очень большой зависимос­ти от личности больного, его общего культурного уровня, социаль­ной среды и воспитания.

|  |
| --- |
| ***А.Р. Лурия называл внутренней картиной болезни*** всё 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, всё то, что связано для больного с его приходом к врачу, - весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм. |

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.

Полная модель внутренней картины болезни создается, по-видимому, лишь тогда, когда складывается система и логических и эмоционально- мотивационных отношений к болезни, порождающих определенные потребности: сохранения жизни, возвращение здоровья и работоспособности и т.д.

Боли, неприятные эмоциональные переживания в связи с ограничением функций, страх инвалидизации, одиночества, смерти - всё это заставляет больного оценивать пессимистически свое состояние. Внутренняя картина болезни - это не только совокупность субъективных моделей проявлений признаков заболевания, но и концепция данной болезни - реальная или ложная **(14).**

**§4. Факторы и уровни ВКБ. Переживание болезни во времени.**

Субъективное отношение к болезни формируется на базе множества факторов, которые можно сгруппировать в следующие группы: социально-конституциональную и индивидуально-психологическую.

* *Под социально-конституциональными* параметрами понимается влияние пола, возраста и профессии человека,
* *под индивидуально-психологическими* — свойств темперамента, особенностей характера и качеств личности.

**ВКБ обуславливают следующие факторы:**

***1. Характер заболевания:***

Определяет отношение и поведение к болезни.

* Наличие или отсутствие боли.
* Наличие или отсутствие косметических дефектов.
* Наличие или отсутствие ограничения подвижности.
* Требуемое лечение.

***2. Обстоятельства, в которых протекает болезнь:***

* Проблемы и ожидание (что будет с семьей; кто будет приносить деньги, что будет с домашним животным, проблема с выбором больницы).
* Где протекает болезнь (стационар – дом).
* Кто виновен в болезни:
  + самообвинение;
  + обвинение других;
  + обвинение обстоятельств.

***3. Особенности личности до заболевания:***

* возраст (чем моложе больной, тем более выражен чувственный компонент; в зрелом возрасте – опасения, связанные с последствиями; в пожилом возрасте – страх смерти, страх одиночества);
* пороги чувствительности;
* эмоциональная реактивность
* своеобразная окраска страха, жалости к себе, колебание надежд и безнадежности.
* особенности характера и жизненные ценности;
* тип отношения к болезни;

***4. Социальное положение больного.***

Реакции на информацию о заболевании зависят также от **"значения болез­ни"** для больного:

* *болезнь* — *угроза или вызов,* а тип реакций — противодействие, тревога, уход или борьба (иногда паранойяльная);
* *болезнь* — *утрата,* а соответствующие типы реакций — депрес­сия или ипохондрия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе вни­мание, нарушения режима;
* *болезнь* — *выигрыш или избавление,* а типы реакций при этом —  
  безразличие, жизнерадостность, нарушения режима, враждебность по  
  отношению к врачу;
* *болезнь* — *наказание,* при этом возникают реакции типа угне­тенности, стыда, гнева.

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"* (Либих С.С, 1979) 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, вплоть до полного отрицания болезни как таковой.

|  |
| --- |
| ***Масштаб переживания болезни***  Гипернозогнозия Нормонозогнозия Гипонозогнозия  \* ----------\*-----------------------------------\*  Паника Адекватная Отрицание болезни  реакция |

* 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. *Анозогнозия* — полное отрицание болезни как таковой; типична для больных с алкоголизмом и онкологическими заболеваниями [4].

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.

**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 первые признаки болезни и заболевший человек 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).

**§5. Отношение к болезни. Типы реакции на болезнь, диагностика типа отношения к болезни (ТОБОЛ).**

По мнению П.И. Сидорова и А.В. Парнякова (2000), 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 рациональный уход от фрустрации.

**Типы личностной реакции на заболевание (Якубов Б.А., 1982)**

1. **Содружественная реакция.** Эта реакция характерна для лиц с развитым интеллектом. Они как бы с первых же дней заболевания становятся "ассистентами" врача, демонстрируя не просто послу­шание, но и редкую пунктуальность, внимание, доброжелатель­ность. Они безгранично доверяют своему лечащему врачу и при­знательны ему за помощь.
2. **Спокойная реакция.** Такая реакция характерна для лиц с ус­тойчивыми эмоционально-волевыми процессами. Они пункту­альны, адекватно реагируют на все указания врача, точно выпол­няют лечебно-оздоровительные мероприятия. Они не просто спокойны, 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.
3. **Неосознаваемая реакция.** Такая реакция, имея патологическую основу, выполняет в ряде случаев роль психологической защиты, и эту форму защиты не всегда следует устранять, особенно при тяже­лых заболеваниях с неблагоприятным исходом.
4. **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.
5. **Негативная реакция.** Больные находятся во власти предубеж­дений, тенденциозности. 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".
6. **Паническая реакция.** Больные находятся во власти страха, легко внушаемы, часто 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.
7. **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 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

В этом аспекте довольно широкую попу­лярность приобрела классификация типов отношения к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Л. Ивановым (1980).

Типы отношения к болезни данной классификации могут идентифицироваться и с по­мощью специальной психологической методики (опросник), пред­ложенной авторами.

**Типы отношения к болезни (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980)**

1. ***Гармонический*** — правильная, трезвая оценка состояния, неже­лание обременять других тяготами ухода за собой.
2. ***Эргопатический*** — "уход от болезни в работу", желание сохра­нит работоспособность.
3. ***Анизогнозический*** — активное отбрасывание мысли о болезни, "обойдется".
4. ***Тревожный*** — беспрерывное беспокойство и мнительность, вера в приметы и ритуалы.
5. ***Ипохондрический*** — крайняя сосредоточенность на субъектив­ных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочного дей­ствия лекарств, процедур.
6. ***Неврастенический*** — поведение по типу "раздражительно слабости". Нетерпеливость и вспышки раздражения на первого встреч­ного (особенно при болях), затем — слезы и раскаяние.
7. ***Меланхолический*** — неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (угроза суицида).
8. ***Апатический*** — полное безразличие к своей судьбе, пассивно подчинение процедурам и лечению.
9. ***Сенситивный*** — чувствительный к межличностным отношени­ям, полон опасений, что окружающие его избегают из-за болезни, бо­язнь стать обузой для близких.
10. ***Эгоцентрический*** — "уход в болезнь" с выставлением напоказ своих страданий, требование к себе особого отношения.
11. ***Паронойяльный*** — уверенность, что болезнь является ре­зультатом чьего-то злого умысла,

а осложнения в лечении являются результатом халатности медицинского персонала.

1. ***Дисфорический*** — доминирует мрачно-озлобленное настрое­ние, зависть и ненависть к здоровым. Вспышки гнева с требованием от близких людей, угождения во всем.

Соотношение масштаба переживания болезни и типов отношения к болезни - см. **(15).**

Типология отношений к болезни, предложенная А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым, положена в основу диагностической методики ТОБОЛ предназначенной для исследования типов отношения к болезни.

При этом были выбраны два критерия:

* адаптивность—дезадаптивность, отражающий то, как отношение к болезни влияет на адаптацию личности больного,
* интер-, интрапсихическая направленность дезадаптации (в случае дезадаптивного характера отношения).

Методика ТОБОЛ, построенная в форме опросника, диагностирует тип отношения к болезни на основании информации о том, как больной относится к ряду жизненных проблем и ситуаций, потенциально наиболее для него значимых и непосредственно или опосредованно связанных с его заболеванием.

Отличительной особенностью теста, вытекающей из первоначальной задумки и организации валидизации, является необычная структура: он состоит из списков утверждений, в каждом из которых респонденту необходимо выбрать 1 или 2 (в отличие от тестов, в которых нужно ответить на ряд вопросов да/нет, либо степенью согласия с утверждением). Если ни одно из утверждений не подходит, нужно выбрать последнее «Ни одно утверждение мне не походит».

Типы отношения к болезни по методике ТОБОЛ – см. **(16).**

Время заполнения не ограничено. Исследование можно проводить индивидуально или в небольших группах. Ответы фиксируются на отдельном листе с таблицей для регистрации результатов **(17).**

**§6. Возрастные особенности внутренней картины болезни**

Наибольшие расхождения между субъективной оценкой болезни и ее объективными проявлениями выражены в молодом и старческом возрасте (Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г., 1980). У молодых болезнь ведет к нарушению планов на будущее, у больных среднего возраста препятствует выполнению замыслов, пожилыми воспринимается как неизбежный конец.

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 механизм.

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).

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.

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 галлюцинации по ночам.

**Контрольные вопросы для повторения и самопроверки:**

1. Что включают в себя социально-конституциональные и индивидуально-психологические факторы, формирующие отношение к болезни?
2. Аутопластическая картина болезни (Гольдшейдер А., 1929).
3. Внутренняя картина болезни — в понимании Лурия А.Р.
4. Назовите 4 стороны (уровня) внут­ренней картины заболевания при различных нозологических формах болезней.
5. Перечислите этапы в переживаниях и отношении человека к своей болезни в динамике (во времени).
6. Перечислите типы реагирования на болезнь.
7. Перечислите типы отношения к болезни (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980).
8. Каковы возрастные особенности внутренней картины болезни?