**Содержание**

Введение

Глава 1. Теоретическая часть

.1 Определение и история психосоматики

1.2 Психосоматические теории и модели

.3 Внутренняя картина болезни

.4 Источники психосоматических заболеваний

.5 Сознательное и невольное искажение картины болезни

Глава 2 Практическая часть

.1 Определяющие факторы и методы коррекции

Заключение

Список используемой литературы

**Введение**

Сегодня в России наблюдается тенденция сближения медицинской и психологической психотерапии. Это проявляется в том, что и врачи, и психологи проявляют интерес к разнообразным (как новым, так и давно применяемым зарубежными специалистами) школам и техникам психотерапии, а также в размывании границ «врачебной территории», которая до недавнего времени строго охранялась от проникновения психологов.

Каждое свойство или качество личности, как известно, является достаточно устойчивым психическим образованием, а их наличие и делает личность таковой. Эти устойчивые психические образования мало подвержены даже возрастным изменениям. Изменчивость личности, ее адаптация к меняющимся условиям среды достигается за счет того, что каждое качество имеет настолько широкий диапазон ситуационно обусловленных проявлений, что порой может быть воспринято как наличие качества, противоположного тому, которое реально существует. Психотерапевтическое воздействие, не создавая новых качеств личности, приводит уже имеющиеся в соответствие, например, с изменившейся ситуацией жизнедеятельности. Такое «приведение в соответствие» и обеспечивает успех психотерапии незначительных психических нарушений (Бурлачук и др., 1999).

В отечественно психологии существует заложенная Р.А. Лурия традиция исследования внутренней картины болезни.

Изучение проблемы внутренней картины болезни при различных заболеваниях обусловлено необходимостью учета роли личности в развитии, течении и исходе заболевания, характера изменений личности в условиях болезни, что имеет большое значение для правильного и своевременного решения вопросов диагностики и лечения, а также для адекватного построения реабилитационных мероприятий одним из направлений которых является психотерапевтическая коррекция искаженного субъективного отражения больным проявлений своего заболевания.

Цель работы - изучение темы «Внутренняя картина болезни в психосоматике».

Задачи: - изучить литературу по данной теме;

Структура: введение, две главы с параграфами, заключение, список литературы.

**Глава 1. Теоретическая часть**

**.1 Определение и история психосоматики**

Психосоматика (греч. psyche - душа, soma - тело) - направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний. Согласно основному постулату этой науки, в основе психосоматического заболевания лежит реакция на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы. [5]

Проблема психосоматических соотношений - одна изнаиболее сложных проблем современной медицины, несмотря на то, что тесная взаимосвязь психического и соматического замечена и изучается в течение нескольких веков, со времен Гиппократа и Аристотеля. В 1818 г. немецкий врач из Лейпцига Хайнрот ввел термин «психосоматический». Ему принадлежали слова: «Причины бессонницы обычно психически-соматические, однако каждая жизненная сфера может сама по себе быть достаточным ей основанием». В 1822 г. немецкий психиатр М. Якоби ввел понятие «соматопсихическое» как противоположное и в то же время, дополняющее по отношению к «психосоматическому». В общепринятый врачебный лексикон термин «психосоматика» вошел лишь столетие спустя. Термин «психосоматический» окончательно прижился в медицине благодаря венским психоаналитикам (Deutsch, 1953), и с этого времени психосоматическая медицина обозначилась как «прикладной психоанализ в медицине». Дойч, эмигрировав в сороковые годы в США, вместе с коллегами Фландерс Данбар, Францем Александером и др. вызвал интерес к психосоматическим проблемам, и уже к концу 50-х годов в американской научной литературе было опубликовано около 5000 статей о соматической медицине глазами психологов. Среди тех, кто развивал это направление, следует назвать таких известных аналитиков, как Адлер, Сонди. В России наиболее близко к этому направлению подошли ученые школы И.П. Павлова при разработке метода экспериментального невроза.

По данным ВОЗ, от 38 до 42% всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматических больных. Строго говоря, психосоматическое направление не является самостоятельной медицинской дисциплиной - это подход, учитывающий многообразие причин, приведших к болезни. Отсюда многообразие методов и техник, позволяющих работать с человеком целостно. Именно разобщенность врачебных специальностей и взглядов на человека и привела к потере идеи о целостности в работе врача. У этой проблемы есть свои причины, прежде всего - преобладание анализа как метода в медицинской науке. В настоящее время в медицине описано 10 000 симптомов и нозологических форм, а для того чтобы успешно справляться с болезнями человека, существует более трехсот медицинских специальностей.

По мере эволюции человека постепенно нарушался универсальный механизм приспособления его психики к окружающей среде. Вместе с изменением психологии человека и среды его обитания проявлялись новые и численно увеличивались имеющиеся психологические симптомы и синдромы. В ходе эволюции человек приобрел присущие ему как биологическому виду силу, гибкость, подвижность, способность к терморегуляции, определенные характеристики органов чувств. Древние инстинктивные программы поведения человека помогали противостоять голоду, холоду, нападению врагов и хищников. По мере развития человеческой истории менялись нагрузки, от которых нет программ генетической защиты, и теперь приспособление к среде зависит от психических возможностей человека во много раз больше, чем от силы его мышц, крепости костей и сухожилий и скорости бега. Опасным стало не оружие врага, а слово. Эмоции человека, изначально призванные мобилизовать организм на защиту, теперь чаще подавляются, встраиваются в социальный контекст, а со временем извращаются, перестают признаваться их хозяином и могут стать причиной разрушительных процессов в организме (Радченко, 2002).

Психосоматический подход начинается тогда, когда пациент перестает быть только носителем больного органа и рассматривается целостно. Тогда психосоматическое направление можно рассматривать и как возможность «исцеления» от деперсонализированной медицины.

По современным представлениям, к психосоматическим заболеваниям и расстройствам относят:

**Конверсионные симптомы.** Невротический конфликт получает вторичный соматический ответ и переработку. Симптом имеет символический характер, демонстрация симптомов может пониматься как попытка решения конфликта. Конверсионные проявления затрагивают в большей части произвольную моторику и органы чувств. Примерами являются истерические параличи и парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены. [5]

**Функциональные синдромы.** В этой группе находится преобладающая часть «проблемных пациентов», которые приходят на прием с пестрой картиной часто неопределенных жалоб, которые могут затрагивать сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания или мочеполовую систему. Беспомощность врача относительно этой симптоматики объясняется среди прочего многообразием понятий, которыми обозначаются эти жалобы. Часто у таких больных имеются только функциональные нарушения отдельных органов или систем; какие-либо органические изменения, как правило, не обнаруживаются. В отличие от конверсионных симптомов, отдельный симптом не имеет специфического значения, будучи неспецифическим следствием нарушенной телесной функции. Александер описал эти телесные проявления как сопровождающие признаки эмоционального напряжения без характерных черт и обозначил их органными неврозами (Александер, 2002).

**Психосоматозы** - психосоматические болезни в более узком смысле.

В основе их - первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа. Заболевания, связанные с органическими изменениями, принято называть истинными психосоматическими болезнями, или психосоматозами. Первоначально выделяли 7 психосоматозов («holy seven»): бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз. Позже этот список расширился - к психосоматическим расстройствам относят рак, инфекционные и другие заболевания.

Несмотря на то, что слово «психосоматика» употребляется очень часто как в обиходе, так и в научной литературе, на сегодняшний день не существует единого определения этого термина. В целом его значение вытекает из слов, которые в него входят (душа и тело). С одной стороны, этот термин подразумевает научное направление, которое устанавливает взаимоотношения между психикой и телесными функциями, исследует, как психологические переживания влияют на функции организма, как переживания могут вызывать те или иные болезни. С другой стороны, под термином «психосоматика» подразумевается ряд феноменов, связанных с взаимовлиянием психического и телесного, в том числе целый ряд патологических нарушений. В-третьих, под психосоматикой понимают направление медицины, ставящее своей целью лечение психосоматических нарушений («психосоматическая медицина»).

В настоящее время психосоматика является междисциплинарным научным направлением:

• она служит лечению заболеваний и, следовательно, находится в рамках медицины;

• исследуя влияние эмоций на физиологические процессы, она является предметом исследования физиологии;

• как отрасль психологии она исследует поведенческие реакции, связанные с заболеваниями, психологические механизмы, воздействующие на физиологические функции;

• как раздел психотерапии она ищет способы изменения деструктивных для организма способов эмоционального реагирования и поведения;

• как социальная наука она исследует распространенность психосоматических расстройств, их связь с культурными традициями и условиями жизни.

В период создания психосоматической медицины как науки, стремившейся преодолеть разрыв между телесным и психическим, была создана жесткая однолинейная модель психосоматического заболевания. В последующем она была заменена представлением о возможности возникновения любого заболевания при взаимодействии как физических, так и психосоциальных факторов, что привело к многофакторной открытой модели болезни. В силу этого обстоятельства на место проблемы узкого круга психосоматических расстройств пришел интегральный психосоматический подход.

Патогенез психосоматических расстройств чрезвычайно сложен и определяется:

. неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;

. наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам;

. нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности ЦНС);

. личностными особенностями;

. психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;

. фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;

. особенностями психотравмирующих событий.

Перечисленные факторы не только участвуют в происхождении психосоматических расстройств, но и делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических нарушений.

Принято считать, что психосоматическая медицина - ровесница прошлого века. Однако речь при этом идет не о возникновении новой концепции в медицине, а о возрождении принципов медицины древности, подходившей к заболеванию как к специфически индивидуальному явлению, как к болезни конкретного человека, болезни души и тела. Психосоматическая медицина стара, как само врачевание.

История современной психосоматической медицины начинается с психоаналитической концепции Фрейда, который совместно с Брейером доказал, что «подавленная эмоция», «психическая травма» путем «конверсии» могут проявляться соматическим симптомом. Фрейд указывал, что необходима «соматическая готовность» - физический фактор, который имеет значение для «выбора органа».

Эмоциональная реакция, выражающаяся в форме тоски и постоянной тревоги, нейро-вегетативно-эндокринных изменений и характерном ощущении страха, является связующим звеном между психологической и соматической сферами. Полное развитие чувства страха предотвращено защитными физиологическими механизмами, но обычно они лишь уменьшают, а не устраняют полностью эти физиологические явления и их патогенное действие. Этот процесс можно рассматривать как торможение, то есть состояние, когда психомоторные и словесные выражения тревоги или враждебных чувств блокируются таким образом, что стимулы, поступающие из ЦНС, отводятся к соматическим структурам через вегетативную нервную систему и, таким образом, приводят к патологическим изменениям в различных системах органов.

При наличии эмоционального переживания, которое не блокируется психологической защитой, а, соматизируясь, поражает соответствующую ему систему органов, функциональный этап поражения перерастает в деструктивно-морфологические изменения в соматической системе, происходит генерализация психосоматического заболевания. Таким образом, психический фактор выступает как повреждающий.

К психосоматическим заболеваниям относят те нарушения здоровья, этиопатогенез которых - истинная соматизация переживаний, то есть соматизация без психологической защиты, когда, защищая душевное равновесие, повреждается телесное здоровье.

Сверхактуальное переживание фиксируется, образуя установочную доминанту, являющуюся функциональным очагом психической патологической импульсации. Свойственное больным смутное чувство физического дискомфорта обусловливает при определенных воздействиях реализацию болезненных ощущений и их фиксацию.

Необычная импульсация, поступающая из внутренних органов в ЦНС, усиливает эти ощущения, что, в конечном счете, приводит к формированию патологического состояния. Таким образом, негативные эмоции висцерального происхождения как бы подкрепляются личностными реакциями таких больных на тот или иной симптом или состояние организма в целом. Повторение психотравмирующих воздействий астенизирует нервную систему, кора становится более чувствительной к внешним воздействиям и интероцептивным сигналам. Поэтому появление выраженных соматических ощущений может быть вызвано не только психогенным влиянием как таковым, но и любым незначительным нарушением деятельности внутренних органов и даже патологическим восприятием их обычной работы. Сформировавшийся очаг патологической импульсации обрастает нейрогуморальными связями с теми или иными системами организма. Считается, что в этом процессе ключевым звеном является долговременная память.

Долговременная память - это всегда эмоциональная память. Чем ярче эмоции, тем больше вероятность активации следа памяти в дальнейшем, и пережитое человеком стрессовоесостояние надежно закрепляется в долговременной памяти. На основе механизмов реверберации возбуждения и долговременной постсинаптической потенциации пережитое состояние паники, страха, ужаса сохраняется в виде энграмм - «следов памяти».

В итоге запас уже сложившихся энграмм получает особое значение для развития психосоматических расстройств. Например, пароксизмы синусовой тахикардии с ощущением удушья и страха смерти возникают при снижении настроения или переутомления у больной с аналогичным эпизодом на фоне послеродового эндометрита в прошлом. Подлинной причиной рецидива нередко становится лишь «воскрешение» соответствующей симптоматики вследствие оживления ее следов. Чем острее было чувство опасности для жизни и здоровья, тем больше вероятность воспроизведения развернутой клинической картины по типу депрессии или ее соматического эквивалента.

Ведущая роль в формировании долгосрочной памяти принадлежит не столько действительной тяжести соматического страдания, сколько стрессогенным действием вызванных им или случайно совпавших с ним душевных переживаний. Первостепенным фактором, обусловливающим преимущественную локализацию психосоматических расстройств, становится страх смерти, испытанный хотя бы раз в жизни в связи с каким-либо заболеванием.

Центром тяжести психосоматического страдания оказывается всегда орган, наиболее уязвимый и важный для жизнедеятельности организма в представлении индивида. «Выбор органа» свидетельствует о преимущественной направленности защитно-приспособительных механизмов, вызывающих повреждающий эффект по мере нарастания дезинтеграции в стрессовых ситуациях.

Инициатива в выборе органа принадлежит всегда корковым связям, влияющим на эмоциональные подкорковые аппараты и программирующим степень вовлечения тех или иных органов в стрессовую ситуацию. Какой именно эффекторный путь окажется предпочтительнее для выхода на периферию эмоционального возбуждения, зависит, в конечном счете, от особенностей данной эмоции, от особенностей нервной конституции человека и от всей истории его жизни.

Очаг психической импульсации взаимодействует с соматическими системами организма и образует устойчивую функциональную систему, патологическую в своей основе, но одновременно и защитную, поскольку она является частью механизмов гомеостаза в рамках измененного болезнью существования и приспособления организма к патопластическому воздействию фиксированного переживания.

Предполагается существование так называемого препсихосоматического личностного радикала - тех личностных особенностей, которые приводят к заболеванию; это очаг психосоматической импульсации, фиксированное патопластическое переживание. Он формируется в детском и подростковом возрасте.

В современной психосоматике различают предрасположенность, разрешающие и задерживающие развитие болезни факторы. Предрасположенность - это врожденная (например, генетически обусловленная), а при определенных условиях и приобретенная готовность, которая выливается в форму возможного органического или невротического заболевания. Толчком к развитию такого заболевания являются трудные жизненные ситуации. Если манифестируют невротические или соматические заболевания, то они развиваются по собственным закономерностям, которые, однако, тесно связаны с факторами окружающей среды. Например, значение способствующих развитию болезни факторов при хронических заболеваниях стало известно лишь в последнее время. В любом случае для диагностики как психосоматического, так и невротического заболевания необходимо понимание ситуационного характера его происхождения. Констатация наличия психосоматических нарушений не приводит к отрицанию основного диагноза. Если сегодня говорят о психосоматическом, биопсихосоциальном заболевании, то это лишь указывает на связь «предрасположенность - личность - ситуация».

Человек, находящийся в гармоничных отношениях со своей средой, может перенести экстремальные соматические и психические нагрузки, избегнув болезни. Однако в жизни встречаются личностные проблемы, которые вызывают настолько тягостную фиксацию и душевный разлад, что в определенных жизненных ситуациях приводят к негативным эмоциям и неуверенности в себе. Именно в сложных ситуациях психосоматически отягощенные пациенты, проявляющиеэмоциональную подавленность, не могут правильно оценить и описать свое состояние.

Таким образом, в современном понимании патогенеза психосоматических заболеваний признается многофакторность в объяснении их природы. Соматическое и психическое, влияние предрасположенности и среды, фактическое состояние окружающей среды и ее субъективная переработка, физиологические, психические и социальные воздействия в их совокупности и взаимодополнении - все это имеет значение в качестве взаимодействующих между собой факторов психосоматических заболеваний.

**.2 Психосоматические теории и модели**

Существует достаточно большое количество теорий и моделей возникновения психосоматических заболеваний и способов их классификации. Мы коротко перечислим основные из них.

**Характерологически ориентированные направления и типологии личности.** В древности Гиппократ, а затем Гален описали людей с разными видами темпераментов - сангвиников, холериков, меланхоликов и флегматиков. Это положение нашло дальнейшее развитие в психологических теориях конституции Эрнста Кречмера (Кречмер, 2000) и Уильяма Шелдона (Sheldon, Stevens, 1942).

Классические психосоматические работы этого характерологического направления принадлежат американскому врачу Флендерс Данбар (Dunbar, 1947).

В современной медицине применение этого подхода приобрело большое значение в исследовании определенной типологии «личностей риска», как это, например, предлагает рабочая группа Rosenman и Friedman (1959, 1978) в разработке для лиц с угрозой развития инфаркта миокарда (так называемого поведения типа А). Такие описания встречаются во многих исследованиях личности (Irvine et al., 1991; Siegman, Smith, 1994; Williams, 1994).

**Психоаналитические концепции.** Научная основа, на которой в дальнейшем развивались психосоматические исследования, была заложена 3. Фрейдом, создавшем конверсионную модель, согласно которой ущемленные эмоции порождаютконверсионные симптомы. Вытесненные из сознания социально неприемлемые инстинкты (агрессивные, сексуальные) прорываются, принимая ту или иную символическую форму (Бройтигам и др., 1999).

К теориям данного направления относятся также: теория де- и ресоматизации Шура (Schur, 1974), модель отказа от веры в будущее Энгеля и Шмале (Engel, Schmale, 1967), концепция потери объекта Фрайбергера (Freyberger, 1976), концепция двухфазной защиты, или двухфазного вытеснения, Митчерлиха (Mitscherlich, 1956).

**Теория специфического психодинамического конфликта Александера.** Основателем современной психосоматики считается Франц Александер. Упомянутые выше психосоматические теории исходили из дифференцированных психологических конструкций, причем соматическое лечилось исключительно на психологическом уровне (конверсия, регрессия, ре-соматизация и т.д.). Александер впервые в 1950 г. предложил теорию, согласно которой симптомы вегетативного невроза являются не попыткой выражения подавленного чувства, а физиологическим сопровождением определенных эмоциональных состояний. Александер говорит о вегетативном неврозе в случае постоянного физиологического сопровождения эмоциональных состояний напряжения при отсутствии действия, направленного вовне и сбрасывающего напряжение. На втором этапе обратимые функциональные симптомы ведут к необратимым изменениям в органах (Александер, 2002).

**Интегративные модели.** Изначально по-другому ориентированная самостоятельная линия развития психосоматической теории происходит из изучения большого контингента больных с так называемыми функциональными нарушениями без патологической органической основы.

К данным моделям относятся: интегративная модель здоровья, болезни и болезненного состояния по Вайнеру (Weiпег, 1977), биопсихосоциальная модель Икскюля и Везиака (Uexkull, 1963, Uexkull, Wesiak, 1990), медицинская антропология В. Вайцзеккера (Weizsacker, 1949).

Кроме перечисленных выше психосоматических концепций и моделей необходимо упомянуть следующие:

**Концепция алекситимии** - неспособности к эмоциональному резонансу и «оперативного мышления» (конкретное мышление, свобода от сновидений), невозможности выразить собственные переживания, эмоции и ощущения, неспособности человека быть в контакте с собственным внутренним миром. Человек как бы отделен от всего того в себе самом, что не поддается строго логическому упорядоченному анализу. Все нюансы собственных душевных движений остаются для него скрытыми (Nemiah, Sifneos, 1970, Sifheos, 1973). Алекситимия рассматривается как некая совокупность признаков, характеризующих психический склад индивидов, предрасполагающий их к психосоматическим заболеваниям. Ее рассматривают как фактор риска развития многих заболеваний (Abramson et al., 1991; Dirks et al., 1981; Finn et al., 1987; Freyberger et al., 1985; Fukunishi etal., 1997; Greenberg, Dattore, 1983; Kauhanen et al., 1993; Numata et al., 1998).

**Теория стресса** (Cannon, 1975, Селье, 1982, 1991) - экспериментально-психологические, клинико-физиологические, биохимические и цитологические исследования последствий эмоционального стресса, устанавливающие влияние экстремальных и хронических стрессовых ситуаций на восприимчивость и особенности патогенеза, течения и терапии психосоматических заболеваний. В данное направление входит большое число отдельных направлений изучения психосоматической патологии (например, стресс й адаптационные реакции, стресс и стрессорные повреждения, стресс-факторы и картина их субъективного переживания и т. д.).

**Нейрофизиологическое направление** (Анохин, 1975; Губачев, 1994; Судаков, 1987; Курцин, 1973), в основе которого лежит стремление установить взаимосвязи между отдельными психофизиологическими характеристиками (например, некоторые неокортикально-лимбические характеристики или симпатико-парасимпатикотрофные проявления) и динамикой висцеральных проявлений (активацией органных функций). Принципиальной основой концепции является наличие функциональных систем. Данное направление изучает нейрофизиологическое обеспечение стойких патологических состояний и объясняет возникновение психосоматических расстройств нарушенными кортико-висцеральными взаимоотношениями. Суть этой теории заключается в том, что нарушения кортикальных функций рассматриваются как причина развития висцеральной патологии. При этом учитывается, что все внутренние органы имеют свое представительство в коре головного мозга. Влияние коры больших полушарий на внутренние органы осуществляется лимбико-ретикулярной, вегетативной и эндокринной системами.

**Психоэндокринное и психоиммунное направление** исследований, изучающее широкий спектр нейроэндокринных и нейрогуморальных феноменов у больных психосоматическими заболеваниями (психоэндокринное тестирование особенностей и уровня синтеза катехоламинов, гипофизарных и тиреоидных гормонов, специфика иммунограмм). Поиск «специфического неирогормонального обеспечения» эмоционального реагирования показал, что высокий уровень личностной и ситуативной тревожности связан с разнонаправленными нейро-гормональными сдвигами.

**Теория нарушения функциональной асимметрии мозга** как причина психосоматической патологии (Косенков, 1997, 2000).

**Концепция враждебности.** Согласно этой гипотезе, гнев и враждебность могут играть существенную роль в этиологии различных тяжелых соматических заболеваний (Graves, Thomas, 1981; Smith, 1998).

Представленные основные концепции психосоматической патологии показывают, что невозможно вычленить изолированно специфические психические или физиологические констелляции, которые бы охватывали весь спектр проявлений при данном виде заболеваний. Однако все гипотезы сходятся в одном: социальная дезадаптация - это основная причина возникновения психосоматической патологии.

В качестве обзорных работ, освещающих различные теории патогенеза психосоматических заболеваний, можно порекомендовать следующие: Бройтигам и др., 1999; Любан-Плоцца и др., 2000; Исаев, 2000. [1]

**.3 Внутренняя картина болезни**

Беседуя с пациентом, собирая информацию о болезни, обсуждая тактику лечения, не следует забывать, что врач и пациент рассматривают недуг с различных позиций. Это часто становится препятствием в достижении взаимопонимания, приводит к неудовлетворенности результатами лечения, а иногда и к ухудшению состояния здоровья.

Позиция больного отличается тем, что только он испытывает те ощущения (боли, неудобство, зуд), которые вызываются болезнью. Кроме того, он не может относиться к болезни равнодушно, поскольку чувствует угрозу и ущемление его базовых потребностей. Каждый пациент также имеет свой уникальный жизненный опыт, индивидуальный багаж знаний, выработанных в юности убеждений и заблуждений, набор привычных стратегий преодоления стресса. Все это заставляет его сформировать свою собственную позицию по отношению к расстройствам здоровья, которую мы называем внутренней картиной болезни.

**Внутренняя картина болезни** - это сугубо индивидуальная система ощущений, эмоциональных переживаний и мыслей (суждений), определяющих отношение больного к нарушению здоровья и связанное с ним поведение. (Тюльпин Ю.Г. 2004 г.)

Понятие «внутренняя картина болезни» ввел известный российский терапевт Роман Альбертович Лурия (1874-1944), который отталкивался от работ А. Гольдшейдера об «аутопластической картине болезни». Эти авторы пытались, с одной стороны, подчеркнуть субъективизм восприятия человеком своей болезни, ее опасности и последствий, а с другой - обратить внимание на то влияние, которое психологическое отношение к болезни оказывает на ее течение. Р.А. Лурия призывал к осторожности как в оценке жалоб больных, так и в обсуждении с пациентом его заболевания, поскольку неточное, окрашенное субъективными эмоциями восприятие слов врача может ухудшить состояние пациента и даже стать причиной психического расстройства (ятрогении). Внутренняя (аутопластическая) картина болезни противопоставляется аллоплластической картине расстройства, суммирующей ее объективные проявления, которые можно исследовать с помощью специальных медицинских методов и приборов.

**Аллопластическая картина** - это объективные признаки болезни, вызванные ею функциональные и органические изменения; темп болезни, ее динамика, прогноз, эффективность терапии. Проявления аллопластической картины болезни также могут привести к изменению психики больного; чаще всего тяжелые заболевания приводят к астенизации (утомляемость, раздражительная слабость, бессонница, ухудшение памяти и внимания и пр.). Еще более тяжелые и остропротекающие процессы могут сопровождаться помрачением сознания (делирий, аменция, оглушенность).

Психическую индивидуальность пациента определяет **аутопластическая картина болезни**, что является надстройкой над аллопластическим базисом. Именно особенности аутопластической картины болезни требуют вмешательства психолога и/или психотерапевта, диктуют необходимость создания вокруг больного определенной психотерапевтической среды.

Необходимость внимания к душе пациента подчеркивалось многими именитыми клиницистами, начиная с Гиппократа, который утверждал, что такой подход приближает целителя к Богу.

**Сенситивный уровень** предполагает наличие болезненных ощущений (слабость, тошнота, головокружение, боль и пр.). Важно понимать, что для каждого человека характерен свой индивидуальный порог восприятия. Одинаковые изменения во внутренних органах могут сопровождаться у разных пациентов совершенно несхожими ощущениями. Достаточно упомянуть, что родильницы очень по-разному описывают болевые ощущения во время родов, некоторые заявляют, что не почувствовали почти ничего неприятного. Назначаемые лекарства (анальгетики) могут существенно повлиять на болезненные ощущения и на время изменить отношение человека к расстройству. Так, больные с инфарктом миокарда, напуганные внезапной болью и испытывающие страх за свою жизнь, часто становятся излишне беспечными после назначения обезболивающих, считают, что опасность миновала, перестают выполнять требования врачей. Иногда болезнь протекает без очевидных ощущений (латентный период, ремиссия). Это не значит, что больные в данный момент считают себя здоровыми, поскольку они могут оценивать болезнь на других уровнях.

**Эмоциональный уровень** отражает общее чувственное впечатление от ситуации, вызванной болезнью. Так, разными пациентами появление симптомов может восприниматься не только как угроза, вызов, утрата, но и как наказание или даже выигрыш (избавление). Так, одна женщина задержку месячных будет воспринимать как шанс обрести желанного ребенка, а другая - как досадное препятствие или как наказание за неосторожность. Появление после этого кровотечения для первой женщины будет означать утрату иллюзий а для второй - избавление. Так же будет радоваться школьник который перед сложной контрольной обнаружит, что у него поднялась температура и появились высыпания на теле А вот при депрессии эмоции являются практически основным и единственным ведущим проявлением болезни Пессимизм чувства непоправимой утраты и бесперспективности возникают у таких пациентов без какой-либо органической причины

**Интеллектуальный уровень** предполагает логическую оценку ситуации болезни с позиции имеющихся знаний опыта интеллектуальных способностей. Особенно заметна разница в отношении к болезни взрослых, обремененных опытом и знаниями, и детей, для которых болезнь, не вызывающая неприятных ощущений, всегда кажется менее опасной. Важным фактором, влияющим на отношение к болезни, считается медицинская информация, распространяемая на телевидении почерпнутая из специальной литературы, найденная в аннотациях к купленным лекарствам. Это накладывает на составителей такой информации особую ответственность. Грубым нарушением моральных принципов следует считать распространение с рекламными целями недостоверных, неподтвержденных или эмоционально искаженных сведений медицинского характера. Личный жизненный опыт тоже во многом определяет позицию больного по отношению к расстройству. Так дочь больного, умершего от рака легких, как катастрофу будет воспринимать прожилки крови, появившиеся у нее в мокроте, хотя действительной их причиной может быть банальный трахеит.

**Поведенческий уровень** выражается в действиях, которые предпринимает или планирует предпринять больной в связи с наличием расстройства. Так, одного пациента болезнь заставляет активно искать способы лечения и защиты от неприятных последствий, другого - парализует: у него опускаются руки, и он безропотно ждет конца, третьего - оставляет равнодушным, и он продолжает заниматься тем, что его интересовало до болезни. На поведение человека в какой-то мере влияют сложившиеся обстоятельства, мнение окружающих советы врача, однако в наибольшей степени его поступки определяются его личностью и сложившейся системой стратегий преодоления стресса. Действия и советы врача пациент будет сравнивать со своим представлением о том, как надо действовать в данной ситуации (внутренняя картина процесса лечения). Так, например, больная вряд ли согласится, что из-за небольшой опухоли в грудной железе нужно удалять всю грудь, да еще часть мышц впридачу. Также больному трудно понять, что при некоторых травмах лучше не спасать поврежденный глаз, а удалить его.

Отношение человека к болезни нельзя рассматривать в отрыве от его отношения к здоровью, поэтому для оценки позиции пациента важно проанализировать **внутреннюю картину здоровья**. Это понятие также можно рассматривать с сенситивной, эмоциональной, интеллектуальной и поведенческой сторон. Так, человек может не придавать существенного значения головным болям, появившимся в конце рабочего дня, так как он считает вполне нормальным, что удачный рабочий день может вызвать некоторую усталость и неудобство, соответственно такой человек, вероятнее всего, не будет интересоваться уровнем артериального давления, хотя в действительности оно может быть существенно повышено. А вот пациентка, заинтересованная в поддержании стройности, может быть напугана, если при росте 170 см она обнаружит, что масса ее тела более 50 кг, будет принимать специальные средства для похудания, соблюдать диету и мучить себя физическими упражнениями. Люди по-разному относятся к имеющемуся у них здоровью: одни предпринимают неимоверные, часто тщетные усилия для его поддержания (особенно это свойственно застревающим личностям), другие проявляют беспечность, не задумываясь о последствиях, злоупотребляют едой, алкоголем, курением.

Не следует забывать, что в отличие от врача пациент имеет весьма смутное представление об анатомическом строении своего тела. Он пользуется собственной «схемой тела», весьма отличной от реальности. Любые изменения, отличные от сложившегося представления о своем теле, могут напугать и расстроить человека. Особенно это заметно по поведению подростков в период пубертата, когда девушек пугают растущая грудь и появление месячных, а мальчиков беспокоят рост волос на лобке, изменение пропорций тела и появление эрекций. Внутренние ощущения больные также могут объяснять исходя из неверных представлений. Так, боли в грудной клетке часто рассматриваются как признак заболевания сердца, и пациент бывает искренне удивлен, если врач утверждает, что их причина заключена в поражении позвоночника. Значение многих органов (селезенки, надпочечников, щитовидной железы, лимфатических узлов и пр.) для большинства обывателей вообще является загадкой.

Интересно, что каждый человек имеет свое представление о том, какие органы являются более важными, а какие играют второстепенную роль. Часто это связано с профессией человека (так, пианист бережет свои руки, балерина - ноги, артист - лицо и горло, а летчик знает, что болезни сердца и глаз лишат его возможности летать). Иногда важнейшими считаются органы, которые были поражены у умерших близких. Больному алкоголизмом всегда интересно, что происходит с его печенью. Люди проявляют особое внимание к работе органов, которые они считают более важными, часто бывают напуганы даже несущественными отклонениями в работе этих органов, ищут помощи у врачей, остаются глухи к разубеждению и словам поддержки.

Внутренняя картина болезни может сложиться у человека, у которого нет никаких существенных изменений во внутренних органах (**фиктивная внутренняя картина болезни**). Это может быть результатом ложных болезненных ощущений: например, при психических заболеваниях больные иногда жалуются на странные ощущения внутри тела (сенестопатии): скручивание кишок, размягчение костей, щекотание в мозжечке, примагничивание сердца. Фиктивная модель болезни может также быть основана на неверной трактовке информации: так, больной может ошибочно считать температуру 370С признаком болезни. Часто причиной ошибок в оценке своего здоровья становится избыточная тревожность, особенная склонность к поиску у себя различных расстройств (ипохондрия) отличаются люди с тревожно-мнительным (педантичным) характером. Наконец, больной может просто выдумать несуществующую болезнь (симуляция), если сочтет, что это ему полезно.

Что же важнее для врача: знать об объективных изменениях во внутренних органах (аллопластическая картина болезни) или прочувствовать субъективный мир переживаний больного в связи с возникшими нарушениями здоровья (аутопластическая картина болезни)? Единственно правильный ответ: одинаково важно и то, и другое! Во-первых, многие симптомы не могут быть установлены с помощью объективных средств. Так, описание болей, изучение болевой чувствительности, измерение слуха и остроты зрения невозможны без оценки субъективных ощущений человека. Во-вторых, многие находки, сделанные с помощью объективных методов, могут никак не влиять на состояние здоровья пациента. Известно, например, что остеохондроз, пролапс митрального клапана, увеличение щитовидной железы и пр. у многих людей не проявляются никакими симптомами и не нарушают адаптации. А у людей, перенесших инфаркт миокарда, изменения на ЭКГ сохраняются до конца жизни, даже если у них не обнаруживается обострения заболевания. Часто нарушения работы внутренних органов возникают вторично вследствие тягостного психологического состояния: так, тревога и депрессия часто сопровождаются повышением артериального давления и тахикардией.

Наиболее точное представление о болезни врач получит, сопоставляя объективные находки с субъективным их описанием. Несоответствие между жалобами и объективными сведениями может помочь врачу либо обнаружить собственную ошибку в диагностике, либо обосновать наличие у пациента психического расстройства, либо подтвердить факт симуляции. Точное понимание внутренней картины болезни помогает удовлетворить именно те потребности больного, которые в наибольшей степени были ущемлены болезнью. Так, для женщины и подростка на первом месте может стоять сохранение привлекательной внешности. Игнорирование этого факта может закончиться конфликтом с врачом, официальной жалобой или даже самоубийством пациента.

Все это определяет необходимость наряду с принятыми для каждой специальности диагностическими приемами обязательно проводить исследование внутренней картины болезни. [4]

**.4 Источники психосоматических заболеваний**

Психосоматические заболевания различаются не только по локализации (что и где болит), но и по способу возникновения, если так можно выразиться. Иногда таким "источником", причиной может явиться неосторожно сказанное слово ("сердце за тебя болит" и вот сердце уже прихватило не на шутку!..), а иногда выгода, которую пациент имеет от болезни годами не дает ему с ней расстаться.

. Внутренний конфликт, конфликт между частями личности, или субличностями

Субличности - это те голоса, которые часто спорят у нас в голове. Простейший пример внутреннего конфликта - это конфликт различных желаний. «Хочу вот то красивое платье, но оно дорогое. А ведь я еще и сэкономить хочу!» Или конфликт желания быть хорошей женой - домашней, заботливой и забыть про карьеру - вступает в противоречие с родительскими установками «женщина должна меть хорошую работу и не зависеть от мужа».

. Мотивация или условная выгода

Это одна из самых серьезных причин психосоматических заболеваний. В психологической практике очень часто именно с ней приходится иметь дело, когда работаешь с болезнями и симптомами. Трудность заключается в том, что выгода не дает выздороветь, человек (бессознательно) не хочет отпускать симптом, т.к. он ему служит «хорошую» службу, в чем-то облегчает жизнь. Самый простой пример - это когда дети при дефиците внимания со стороны родителей заболевают, чтобы привлечь его. Иногда так делают и взрослые. Иногда болезнь позволяет таким образом нам отдохнуть (если мы не позволяем этого себе сами) или избежать неприятных обязанностей. У подростков часто встречается, например, субфебрильная температура, ВСД, на фоне возрастающих нагрузок, сложностей с учебой и проблем в общении со сверстниками. В психологии есть даже выражение - «уход в болезнь», т.е. такой способ избегания, «убегания» от чего бы то ни было.

. Эффект внушения

Внушения со стороны других людей. На мой взгляд, может проявляться (действовать) двояко: с одной стороны, когда просто есть внушение про здоровье-нездоровье. Если родители озабочены физическим здоровьем ребенка или его болезненностью, все время меряют температуру, пугаются каждого чиха и «между прочим» говорят, какой он «болезненный». Ребенок на самом деле может «впитать» в себя эту установку и расти слабым и хилым.

С другой стороны, внушение может быть и не прямым, а очень косвенным. Например, нельзя злиться (т.е. показывать и выражать злость), но если она есть, то тогда ее приходится прятать, давить в себе и давиться ею. А любая невыраженная, неосознанная эмоция - это путь к психосоматическому заболеванию (например, злость, гнев связаны с печенью). Или еще пример приводится авторами Стефанович И.В., Малкина-Пых И.Г.: если девочке внушили, что сексуальные отношения - это что-то постыдное, грязное, она будет бояться их, всячески избегать, или, вступая в них, испытывать целую гамму неприятных эмоций. Это, точно, так или иначе, не лучшим образом отразится на ее женском здоровье.

. «Элементы органической речи»

Психосоматические заболевания интересны тем, что симптомы очень ярко описывают реальную проблему человека, открыто «говорят» про нее. Симптом может быть воплощением какой-то расхожей фразы. Обратите внимание на свою речь и речь окружающих. «У меня голова от этого пухнет» - и действительно, человека начинает мучить мигрень. Или «сердце болит за него»… Мы, психологи, часто просим своих клиентов просто описать болезнь, симптом эпитетами, глаголами: какая она, и что с ним делает? Например, про кожные заболевания приходилось слышать такие описания «сухая», «раздраженная», «стянутая» - и клиентка призналась, что в жизни она часто раздражается, а в общении суха, скована. Или еще одна клиентка описывала боль «мне надоело терпеть эту боль» - а по жизни она выбрала быть в тяжелых болезненных отношениях (хроническую боль), побоявшись из них уйти и перетерпеть острую, но проходящую боль.

Поэтому я очень осторожно отношусь к своим словам (и не от суеверия "накаркать", а скорее от нежелания "соматизировать" душевный процесс), но при этом очень внимательно прислушиваюсь к чужой речи - ведь можно услышать столько всего не только интересного, но и очень правдивого.

. Идентификация

Похожесть на кого-то, например, на родителя или идеал. Возможно, именно этим механизмом и объясняется наследование из поколения в поколение некоторых заболеваний, которые, строго говоря, не являются генетически (наследуемыми) передаваемыми, а признаны заболеваниями именно психосоматическими: например, гипертоническая болезнь. Встречала множество семей, где она передавалась из поколения в поколение, равно как и некоторые черты характера, некое мировоззрение, которые, думаю, и обусловливают его развитие.

. Самонаказание

Если человек чувствует себя неправым или виноватым, он бессознательно будет искать наказания. Например, если человек поступает вразрез со своими (родительскими) установками, поступает не так, как было принято в его семье (даже если новый способ лучше для него), он тоже может начать испытывать чувство вины (как в детстве). Наиболее распространены в этой ситуации травмы. Замечали ли Вы когда-нибудь, что если Вы сильно злитесь, буквально кипите от гнева (но не даете выхода ему и считаете, что не правы), то вдруг почему-то начинает обжигаться горячим, кипящим или стукаться, короче причиняете себе боль, отчего злость либо усиливается, либо сменяется обидой.

Или посмотрите на детей: когда дети, расшалившись в порыве игры, вдруг падают, налетают друг на друга и начинают громко рыдать. Хотя до инцидента взрослые уже предупредили детей, попросили их успокоиться. Просто у детей (кроме родительских рамок - запретов) нет никаких собственных сформировавшихся регуляторов активности, кроме собственного тела - вот оно-то и тормозит перевозбужденного ребенка, когда его уже не в силах усмирить даже родитель.

. Болезненный, травматический опыт прошлого

Считается самым серьезным источником. Серьезным потому, что, с одной стороны, это чаще всего детские травмы, которые были давно (т.е. они находятся глубоко). Поэтому они могут быть вытеснены или хорошо забыты. С другой стороны, даже если клиент и психолог еще не подозревают об их наличии, это не значит, что ничего подобного не влияет на клиента и его жизнь и здоровье. Еще, этот эпизод может быть очень незначительным на первый взгляд, и клиент может не посчитать нужным рассказывать про него. [5]

**1.5 Сознательное и невольное искажение картины болезни**

В литературе часто используется понятие гармоничной внутренней картины болезни, однако определить, что именно следует считать признаком гармоничного отношения к болезни, очень сложно. Ведь наличие соматической болезни уже является признаком патологии, которая мешает адаптации человека, а значит, вызывает психологический дискомфорт. Болезнь как стрессовая ситуация определяет включение психологических защит, которые мешают полностью осознать опасность ситуации и предпринять необходимые действия. Само использование психологических защит, с точки зрения психолога, не является признаком дисгармонии и свойственно всем здоровым людям.

Важным признаком гармоничного отношения к болезни является то, что поведение человека в момент болезни не дезорганизует жизнь других людей (родственников, коллег, друзей, врачей), не мешает оказывать ему помощь. Складывается впечатление, что врачи склонны называть гармоничной ту модель поведения больного, которая удобна им, не причиняет им лишних хлопот. Однако с этим не всегда можно согласиться: ведь вкусы разных врачей на этот счет могут существенно различаться. Кроме того, нередко бывает так, что пассивный больной, не оказывающий сопротивления при лечении, в действительности погружен в безнадежность и испытывает страдания, которые он никак не выражает, но эти страдания мешают его выздоровлению. [4]

А.Е. Личко (1983) предлагает следующее определение:

**Гармоничный тип** отношения к болезни - это трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без основания видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Это стремление во всем активно содействовать успеху лечения, нежелание обременять других уходом за собой, а в случае инвалидизации - переключение интересов на те области жизни, которые остаются доступными больному.

Следует учитывать, что гармоничная внутренняя картина болезни вовсе не означает полного совпадения мнения врача и пациента, не предполагает отсутствия противоречия в их интересах. Ее изучение так же полезно для эффективной врачебной практики, как и анализ дисгармоничных моделей. Такая модель является тем удачным случаем, когда больной и врач совместными усилиями могут достигнуть максимума в коррекции всех имеющихся расстройств, упустить этот шанс - значит лишить себя того удовольствия, которое приносит нам наша профессия.

К сожалению, во многих случаях приходится сталкиваться с негармоничной, дезорганизующей реакцией пациента на болезнь. Все возможные варианты искаженной модели болезни можно условно разделить на два основных типа: преувеличение и недооценка тяжести болезни. Особо следует выделить случаи сознательно неверного представления болезни врачу: симуляцию, аггравацию и диссимуляцию.

**Симуляция** - намеренная и целенаправленная демонстрация признаков несуществующей болезни. Симуляция всегда основана на стремлении получить конкретную материальную выгоду (избежать уголовной ответственности или службы в армии, получить освобождение от работы, материальную компенсацию или льготы). Симуляцию следует отличать от стремления демонстративных личностей привлечь внимание и вызвать сочувствие, которое является признаком внутреннего страдания и неудовлетворенности жизнью. Симулянт никакого страдания не испытывает - им движет только предвкушение выгоды. Данные объективного обследования не всегда могут выявить факт симуляции, поскольку симулянт может повлиять на результат обследования (принять лекарства, повышающие артериальное давление и температуру, учащающие пульс и пр.). Отсутствие признаков болезни при обследовании также не является надежным критерием симуляции, поскольку возможности объективных методов ограничены; кроме того, многие болезни имеют функциональную природу (психические заболевания, дискинезии внутренних органов, вегето-сосудистая дистония).

Диагностика симуляции должна быть основана на противоречии между данными обследования и жалобами, которые предъявляет больной. Весьма характерно точное воспроизведение в речи больного классических описаний, представленных в специальных медицинских руководствах. Важно попросить больного описать имеющиеся ощущения собственными словами. Это сложное, часто невыполнимое задание для человека, который в действительности ничего не испытывает. Наконец, диагностика симуляции будет неполной без попытки определить истинные цели пациента. Обычно это бывает нетрудно, потому что «болезнь» возникает непосредственно в связи с приближением срока службы, перед уголовным разбирательством, накануне отъезда в командировку и пр. Лучше не расспрашивать больного о его проблемах, а дать ему самому выговориться. Как правило, пациент сам задаст вопросы, которые наведут врача на мысль о симуляции, например: «А разве мне не полагается больничный лист?», «А с такой болезнью можно служить в армии?», «А что, вы меня так и отпустите без всякой справки?».

Иногда врачи склонны обнаруживать симуляцию там, где ее нет. Больные с некоторыми психическими расстройствами производят странное впечатление своими нелепыми, беспомощными действиями. Часто обнаруживается диссонанс между сохранением способностей к счету, письму и тяжелой беспомощностью пациента в простейших ситуациях. Такое поведение может быть проявлением изолированного повреждения лобных долей мозга, злокачественных вариантов шизофрении или истерии.

**Аггравация** - это намеренное усиление и демонстрация признаков имеющегося в действительности расстройства в расчете на получение выгод и льгот. Как и в случае симуляции, имеются определенная цель и стремление к материальному результату. Однако при объективном обследовании четко обнаруживаются явные признаки заболевания, определить истинную тяжесть которого бывает не всегда просто. Аггравация должна быть предметом анализа врачей - специалистов высшего класса. Только большой опыт и наблюдательность позволят точно оценить выраженность болезненного дефекта.

**Диссимуляция** - намеренное сокрытие имеющихся расстройств, вызванное опасением за свою судьбу. В основе диссимуляции всегда лежат тревога и страх: боязнь потерять любимую работу, стремление избежать конфликта в семье, нежелание провести длительное время в больнице, страх перед операцией или другим активным методом лечения. Особенно часто встречаются случаи диссимуляции в психиатрии, у инфекционных и туберкулезных больных, при угрозе карантина, в экспертных профессиональных комиссиях.

В целом случаи сознательного искажения картины болезни не вызывают у врачей большого беспокойства, поскольку верное понимание ситуации позволяет человеку принять решение, не причиняющее ему большого вреда: избежать ненужной операции при симуляции или продолжить прием лекарств, несмотря на скрытие факта болезни при диссимуляции.

Неосознанное, невольное извращение истинной ситуации требует гораздо больше внимания и усилий врача, поскольку многие поступки или бездействие больных в этом случае наносят им явный вред.

**Гипернозогнозия** - это переоценка тяжести и опасности имеющихся расстройств, ошибочное признание болезнью феноменов, являющихся в действительности нормальными, неверие в выздоровление. Поведение больных с гипернозогнозией может быть разным - от растерянности и взывания о помощи до обреченности и бездействия. Полезно будет каждый из вариантов гипернозогнозии описать более подробно.

**Ипохондрией** называют преувеличенное внимание к своему физическому здоровью и ошибочное чувство наличия соматического заболевания при отсутствии реальных проявлений болезни. Пациенты с ипохондрией постоянно прислушиваются к работе своего организма, придают особое значение любым ощущениям, происходящим внутри тела, подозревают у себя возникновение опасной болезни, строят сложные концепции относительно природы возникших у них ощущений. В связи с этим они часто обращаются к врачам, требуют проведения специальных обследований. Ипохондричность свойственна людям тревожно-мнительного склада с чертами интровертированности.

**Тревога** за свое здоровье выражается в довольно неопределенных чувствах. Такие больные не могут точно сформулировать, чего именно они опасаются больше всего. Любые случайные слова врача вызывают у них опасения, чувство надвигающейся угрозы.

Предупреждение о необходимости проведения дополнительных обследований и манипуляций лишают их сна и покоя. Они очень хотят и одновременно боятся узнать результаты обследования, считая, что они будут неблагоприятными, постоянно с надеждой смотрят на врача, как бы моля о том, чтобы их успокоили и разъяснили, что происходит. Такое поведение свидетельствует о слабом, зависимом темпераменте.

**Депрессия** проявляется чувством обреченности и пассивностью. Такие больные часто не привлекают внимания врача, так как они молчаливы, могут постоянно без сна лежать в постели и смотреть в потолок. Они не интересуются другими больными, не общаются ни с кем, часто отказываются от предлагаемой помощи, плохо едят. Депрессия часто бывает причиной позднего обращения за медицинской помощью. Только под нажимом родных удастся привести таких пациентов к врачу. Пациенты с депрессией должны вызывать у врача особую настороженность, поскольку без активного участия окружающих они не сообщат о наступивших осложнениях и побочных эффектах терапии. Нельзя забывать о том, что депрессия является одной из наиболее частых причин самоубийства.

**Боязнь огласки** и **осуждения** характерна для пациентов с расстройствами, которые вызывают у окружающих пренебрежение, страх, брезгливость, осуждение. Так, многие пациенты боятся того, что окружающие узнают об их психическом, венерическом, инфекционном, кожном заболевании. Иногда такие чувства ни на чем не основаны. Так, многие женщины опасаются операций удаления яичников и матки, считая, что они лишатся своей сексуальной привлекательности, в то время как исследования показывают, что сексуальность взрослого человека не исчезает даже после удаления гормонально-активных органов. Страх потерять волосы часто становится причиной отказа от приема противоопухолевых препаратов.

**Поиск виновного** характерен для эгоцентрических личностей с сильным активным темпераментом. Такие люди уделяют больше внимания поиску доказательств чужих проступков, чем собственно лечению. Они выпячивают возникшие побочные эффекты, видят в них подтверждение некомпетентности врачей, укоряют всех в нерадивости и эгоизме. Отношение к любому предлагаемому методу осторожное, часто подозрительное. Убедить таких пациентов начать предлагаемое лечение могут только некоторые особо авторитетные врачи, пользующиеся их особым доверием. Попытка разубедить их часто заканчивается тем, что врача относят к клану врагов и обвиняют в сговоре.

**Манипуляция** проявляется подчеркиванием своей слабости, беспомощности, потребности в помощи и поддержке. Имеющиеся расстройства выставляются напоказ, так как они указывают на необходимость сочувствия и ухода. Такие пациенты не терпят, чтобы внимание в их присутствии уделялось кому-либо другому, поэтому ухудшение, возникшее у любого другого пациента в палате, скорее всего, приведет к тому, что их самочувствие тоже ухудшится. Нередко приходится наблюдать, как за ними ухаживают родственники или соседи по палате, которые в действительности имеют существенно более тяжелое расстройство. Особенно часто манипулируют окружающими демонстративные личности.

**Раздражительность** проявляется нетерпеливостью, бесконечным брюзжанием, упреками в том, что состояние не улучшается, требованием проявить сочувствие, уберечь от всего неприятного. Такие больные постоянно просят сделать потише звук радио, закрыть окно, убрать сильно пахнущие цветы. Они недовольны тем, что постель слишком жесткая, что предлагаемая им еда слишком горячая, что врач прикасается к ним холодными руками, что таблетки застревают в горле. Их также раздражает, что так долго не наступает облегчение, несмотря на принятые лекарства. Такое поведение характерно для больных со слабым темпераментом.

От гипернозогнозии отличается поведение больных с **нозофилией.** Такие пациенты постоянно от чего-то лечатся, читают популярную и специальную литературу о болезнях и лекарствах. Они охотно выслушивают жалобы других больных, с удовольствием находят, что они знакомы с подобным расстройством, предлагают свои методы борьбы с болезнью, испытанные ими самими или услышанные от других. Такие пациенты любят ездить в санатории, прикладывают большие усилия для того, чтобы им было назначено максимальное количество лечебных процедур при том, что имеющееся у них расстройство вовсе не опасно и по существу не особенно мешает им в жизни.

Не редкостью являются и различные варианты **недооценки тяжести болезни**. Чаще всего причиной этого является включение различных механизмов психологической защиты, оберегающих больного от пугающих его мыслей. Однако в некоторых случаях причиной некритичности пациента бывают явные психические расстройства, особенно повреждения лобных долей мозга.

**Гипонозогнозией** называют недооценку тяжести заболевания, избегание лечения, признание факта болезни, при том, что подчеркивается ее ничтожное положение в иерархии потребностей.

Гипонозогнозия может проявляться **индифферентностью**, т.е. равнодушием, спокойствием, апатией, отсутствием интереса к результатам обследования и проводимому лечению. Такой пациент не возражает против назначаемых процедур, однако без напоминания забывает о необходимости принимать лекарство, проявляет удивительную пассивность, обращается к врачу только по требованию родственников, которых пугает заметное прогрессирование болезни. Такая позиция более характерна для пациентов с чертами интроверсии, которые уделяют мало внимания не только своему здоровью, но и внешнему виду, не занимаются протезированием потерянных зубов, не стремятся удалить уродующие их доброкачественные опухоли, не лечат поврежденные грибком ногти. Болезнь не беспокоит их до тех пор, пока она не мешает заниматься интересующим их занятием (чтение, исследовательская работа).

**Демонстрация занятости** - это еще один вариант гипонозогнозии, который заключается в том, что человек признает необходимость лечения, но постоянно откладывает его из-за ответственных дел, которые, по его мнению, не могут быть выполнены без его участия. Так, больной может откладывать операцию якобы из-за того, что он не может оставить предприятие до того, как будет сдан годовой отчет. Домохозяйка может считать болезнь очень несвоевременной, так как она занята подготовкой детей к школе, лечением родителей или обслуживанием мужа, который попал в сложную финансовую ситуацию. Подобное отношение к болезни характерно для людей с альтруистической позицией. Довольно часто за демонстрируемой занятостью скрывается чрезвычайный страх того, что болезнь окажется на самом деле гораздо опаснее, чем кажется.

**Анозогнозией** называют отсутствие чувства болезни, полное отрицание самого факта ее существования, уверенность в своем здоровье и благополучии. Крайние степени анозогнозии свидетельствуют о наличии психического расстройства. Так, анозогнозия довольно характерна для больных с маниакальным синдромом, бредом (преследования, ревности, величия и пр.), слабоумием (деменцией). Нередко факт болезни отрицают пациенты с алкоголизмом и наркоманиями. Они пытаются убедить врача, что могут контролировать прием наркотиков, что могут прекратить их употребление в любой момент, не замечают опасных повреждений внутренних органов или отрицают их связь с приемом наркотиков. Подобное поведение характерно для людей с гипертимической акцентуацией. Они демонстрируют полное довольство своим состоянием, начинают успокаивать врача, утверждают, что лечения не требуется вовсе, так как все пройдет само собой.

Довольно часто анозогнозия становится единственным способом защитить свою психику от постоянной угрозы смерти. Так, многие пациенты с онкологическими заболеваниями утверждают, что врачи допустили ошибку в постановке диагноза. Такие пациенты не замечают прогрессирования болезни, ухудшение своего состояния они объясняют присоединением банальной инфекции. Включение психологических защит означает, что подсознательно больные сохраняют чувство нездоровья. Отрицание наличия заболевания в этом случае не означает отказа от помощи. Создается противоречивая ситуация, когда больной заявляет, что болезни нет, но все же спокойно, без возражений принимает предписанные лекарства, не отказывается от назначенных процедур. Эта ситуация должна удовлетворять врача, нет необходимости без особой необходимости нарушать сложившуюся систему защит, если пациент делает все, что необходимо для выздоровления, а мы не можем предложить ему другого способа избежать непереносимых психологических страданий. [3]

психогенный соматический сенситивный поведенческий

**2. Глава Практическая часть**

**.1 Определяющие факторы и методы коррекции**

Внутренняя картина болезни находится под влиянием многих факторов. Знание этих факторов позволяет лучше понимать внутренние переживания больного и в случае необходимости оказывать влияние на отношение пациента к своему заболеванию. (Кабанов М.М, Личко А.Е, Смирнов В.М. 1983)

**Внутренняя картина болезни определяется:**

природой самого заболевания

этапом его течения

типом личности (темперамент, иерархия потребностей, типичный набор психологических защит, локус контроля)

интеллектом и состоянием мозга

возрастом

отношением к данному заболеванию в значимой микросреде

условиями, в которых протекает болезнь

**Тяжесть самой болезни**

Характер болезни (оценка ее аллопластической картины), ее тяжесть, темп развития, вероятность излечения, имеющиеся эффективные средства лечения, интенсивность вызываемых болезнью неприятных ощущений; наконец, наступившее изменение внешнего вида, особенно лица.

Естественно, субъективное переживание, эмоциональные изменения при излечимой и неизлечимой болезни будут различны. То же касается возможных изменений работоспособности, подвижности, общения. Болезнь, подкрадывающаяся постепенно с четкими объективными симптомами, будет переживаться иначе, чем наступившая внезапно, «как гром среди ясного неба» («асимптоматически» по Л.Л. Рохлну отечественному психиатру, посвятившему ВКБ много работ). Кожные или ожоговые, или хронические язвенные поражения на конечностях будут переживаться иначе, чем те же поражения на лице.

Так, острый приступ ишемической болезни сердца почти всегда сопровождается страхом смерти. Постоянная изнуряющая боль при некоторых поражениях суставов, при растущих злокачественных опухолях никак не позволяют игнорировать заболевание. А вот вне острых болей пациенты с ишемической болезнью сердца нередко проявляют неосмотрительность, берутся за дела, явно превышающие их возможности, уходят с головой в работу, проявляют беспечность и уверенность в том, что все будет хорошо. Такая гипонозогнозия совершенно не свойственна больным с бронхиальной астмой и язвенной болезнью. При этих заболеваниях пациенты обычно проявляют ипохондричность, постоянно акцентируют внимание на неприятных ощущениях, часто бывают недовольны результатами лечения, проявляют брюзжание и капризность, обижаются на других пациентов, считают, что им уделяют недостаточно внимания. Особенно тягостные переживания выпадают на долю пациентов со злокачественными опухолями. Известно, что тревога и депрессия у данных больных часто возникают до того, как врач устанавливает пугающий диагноз.

Характеризуя отношение человека к болезни, важно учитывать **этап ее течения**. Описывают характерную динамику психологического состояния, наблюдаемую при многих расстройствах. (Тышыков В.А. 1984)

**Премедицинская фаза** характеризуется подозрением о возможном заболевании, сомнениями относительно необходимости обращаться к врачу, обвинениями себя в излишнем внимании к мелочам, страхом перед неизвестностью, боязнью того, что болезнь окажется действительно опасной. Попытки успокоить себя приемом седативных средств, обезболивающих и алкоголя, активное использование психологических защит оттягивают обращение к врачу и по существу увеличивают внутреннюю тревогу. Беседуя с таким сомневающимся пациентом, следует обратить его внимание на то, что, вероятнее всего, он мучает себя по пустякам: ведь обследование может показать, что опасности не существует, а значит обращение к врачу - это единственный способ развеять тревогу.

Острая **манифестация болезни** часто становится причиной неотложной госпитализации. Резкая боль, нарушение жизненно важных функций не оставляют сомнения в тяжести болезни. Страх и растерянность в этом случае поддерживаются тем, что врачи еще не имеют достаточной информации, чтобы точно определить свою тактику, они часто ограничиваются неопределенными замечаниями: «Получим результаты обследования - тогда скажем». Поступки пациента в этот период нередко бывают неосторожными и нелогичными. Так, больной с инфарктом миокарда начинает бегать по квартире, чтобы найти свой страховой полис

**Период активной адаптации** наступает не позднее, чем на 5-й день лечения, он связан с купированием наиболее опасных проявлений болезни: исчезновением острой боли, восстановлением дыхания, исчезновением перебоев в работе сердца, снижением температуры и пр. Выраженное улучшение самочувствия вселяет в пациента надежду, не всегда обоснованную. Он начинает проявлять беспечность и излишнюю воодушевленность (эйфория реконвалесцента). Порой он забывает принимать антибиотики («Ведь температуры больше нет»), пытается раньше времени начать проявлять активность (не соблюдает диету и постельный режим, пытается пользоваться сломанной конечностью). Приходится специально сгущать краски в беседе с таким пациентом, настаивать на недопустимости отступления от правил, указывать на то, что опасность остается еще весьма существенной.

Если заболевание продолжается достаточно долго, нередко приходится видеть признаки **психической декомпенсации**. На этом этапе пациент понимает, что успех, достигнутый в первые дни лечения, был неполным, а все последующие усилия не привели к окончательному восстановлению здоровья. Поскольку основные острые проявления болезни исчезли, такой пациент во многом лишается пристального внимания врачей, он чувствует явный избыток свободного времени. Для того чтобы избавить больного от ненужных переживаний, рекомендуется активно вовлекать его в процесс лечения. Неплохо было бы дать ему достаточно сложную инструкцию, выполнение которой требовало бы времени и его внимания. Это может быть система упражнений, которые должны быть выполнены многократно в течение дня, комплекс ухода за кожей, полостью рта, носоглоткой. Важно включить в лечебный комплекс физиотерапию, занятия в группе лечебной гимнастки или психологической разгрузки. Даже если эффект этих методов не очень выражен, они создают необходимый режим занятости и отвлекают пациента от бессмысленных переживаний.

При неизлечимых заболеваниях нередко наблюдается **этап пассивной адаптации (капитуляции)**. Этот этап характеризуется лотерей надежды на выздоровление, снижением интереса к лечебным и реабилитационным мероприятиям. Больной привыкает быть больным и не стремится к здоровой жизни, потому что не верит в ее возможность. Этому соответствует ситуация «вращающихся дверей», когда пациент стремится вернуться в стационар уже через несколько дней после выписки. Основными его переживаниями становятся пессимизм и тоска (депрессия). Задача врача на этом этапе - это переключить внимание больного на те области жизни, которые остаются ему доступными. Для преодоления депрессии нередко приходится прибегать к назначению специальных средств (антидепрессанты).

Безусловно, важную роль в формировании внутренней картины болезни играют **личностные особенности пациента**.

Особенности личности. Проявления болезни могут оцениваться адекватно, но может иметь место постоянная тревожность, относящаяся как к уже имеющимся симптомам, так и представляющимися человеку - грядущими, пациент может постоянно прислушиваться к своему телу и неизменно находить какие-то изменения. С другой стороны, у определенных индивидуумов или в определенных ситуациях может развиться недооценка тяжести болезни, вплоть до ее отрицания. Следует отметить, что болезнь чаще всего заостряет личностные особенности.

Важно учитывать сложившуюся иерархию потребностей человека. Так, люди, посвятившие себя самореализации, с одной стороны, воспринимают болезнь, как существенную преграду, а с другой - они могут проявить большую стойкость по отношению к боли, неудобствам, пытаться продолжать дело своей жизни, несмотря на болезнь, а под угрозой смерти искать возможности передать свои знания последователям, чтобы те могли завершить начатое. Показательно изменение иерархии потребности у больных алкоголизмом.

В начале заболевания роль семьи и профессии так велика, что родным и сотрудникам удается склонить пациента к лечению и воздержанию, однако по мере прогрессирования болезни становится очевидной деградация личности и алкогольная потребность для человека становится единственно важной, он больше не обеспокоен семейными проблемами, своей профессиональной несостоятельностью, не чувствует тяжести последствий болезни (эйфория, анозогнозия).

Другой важной чертой считают **локус контроля**. Человек, считающий себя виновником заболевания, часто проявляет больше желания бороться с болезнью и преодолевать ее последствия. Пациент, чувствующий себя жертвой судьбы, часто бывает пассивен, надеется на чудо, безропотно сносит неудачи лечения, не пытается достигнуть большего, компенсировать (реабилитировать) себя в какой-нибудь новой деятельности.

Не следует забывать и об органических заболеваниях, которые могут **повлиять на интеллект пациента**, а значит и на способность осознать тяжесть болезни.

Интеллект и медицинская культура пациента. Возможен двойственный эффект; осведомленность в медицине, в частности у заболевшего медработника, укрепляет его анципационную самостоятельность. С другой стороны, нагромождение медицинских знаний без их отбора может вести к повышенной тревожности, неуверенности, пессимизму.

Наиболее тяжелая анозогнозия наблюдается при поражении лобных отделов мозга. Психиатрам хорошо известны беспечность и эйфория при многих вариантах деменции (болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, опухоли и травмы лобных долей, прогрессивный паралич и пр.). Органические поражения некоторых подкорковых отделов (например, паркинсонизм), напротив, проявляются беспокойством, подавленностью, сознанием особой тяжести болезни. Описаны специфические нарушения «схемы тела» при сочетанных таламопариетальных поражениях. Исследования по межполушарной асимметрии показали, что у лиц с доминированием правого полушария чаще наблюдаются различные варианты гипернозогнозии.

**Возраст пациента** также часто оказывает существенное влияние на его отношение к болезни.

**Дети** воспринимают болезнь в первую очередь на сенситивном уровне. Исчезновение болей и недомогания заставляет их забыть о болезни; они начинают играть, шалить, развлекаться. Появление неприятных ощущений делает их капризными, они не хотят отпускать от себя маму. Непонимание опасности делает для них бессмысленными все болезненные и неприятные процедуры (уколы, горькие лекарства, лечение зубов).

**Подростковый и юношеский период** характеризуется тем, что на первый план выступает забота о своей внешней привлекательности и сексуальности. В этот период наиболее тяжело переживаются болезни, влияющие на внешний вид (кожные заболевания, алопеция, пигментные пятна, ожирение). Это заставляет подростков предпринимать чрезвычайные, порой болезненные усилия по улучшению своей внешности. Одним из опасных расстройств у девушек может быть нервная анорексия. При проведении операций в этом возрасте надо позаботиться о косметических качествах рубцов.

В **период зрелости** на первый план в иерархии потребностей выступают карьера и семья. Чувство ответственности за свое дело часто заставляет пациента надолго откладывать обращение к врачу, пренебрегать советами врачей, забывать о приеме лекарств. Интересно, что обострения болезней в этом возрасте также часто связаны с проблемами на работе. В этом случае болезнь может восприниматься как желанная передышка, а выздоровление - как возвращение в ад.

Период **инволюции** соответствует климаксу у женщин, у мужчин может отмечаться примерно в те же годы или позже. В это время на первый план выступает страх наступающей старости, одним из компонентов которого нередко бывает страх утраты сексуальности и потенции. Оснований для такого страха мало, поскольку большинство здоровых людей сохраняет сексуальные функции в течение всей жизни, однако среди жалоб данных пациентов нередко появляется обеспокоенность по поводу влияния лекарств и операций на потенцию. Женщины, перенесшие операции на яичниках, часто скрывают это от мужей.

В **старости** болезни нередко становятся основным способом заполнить свободное время, добиться внимания занятых собою детей, пообщаться. Поэтому так часто у стариков мы наблюдаем стремление регулярно посещать врачей, обсуждать свое здоровье со знакомыми. В то же время отношение к болезням становится более спокойным, наполненным житейской мудростью.

**Отношение окружающих** к заболеваниям менялось в разные эпохи и в разных культурах. Все помнят о ненависти к больным в Древней Спарте, где сформировался своеобразный культ здоровья. Душевные заболевания в средневековой Европе рассматривались как бесовство, а во многих северных культурах считались божественным даром. В древних манускриптах эпилепсию называют «царской болезнью», а в наши дни ее часто рассматривают как признак неполноценности. В среде подростков венерическая болезнь может стать признаком раннего взросления и предметом гордости, а зрелые люди ее тщательно скрывают ото всех. Интересно, что «модные» заболевания чаще становятся предметом симуляции, нередко копируются в истерических расстройствах. Так, в XIX в. среди истерических реакций преобладали припадки, обмороки, а в конце XX-начале XXI века гораздо чаще встречаются головные боли, сердечные приступы, жалобы на одышку, боли в спине. Приведем один пример зависимости поведения больного от отношения близких к его болезни.

Мужчина 39 лет, чернорабочий, страдает алкоголизмом около 10 лет, лечился по поводу этого заболевания более 10 раз. Отмечались длительные периоды воздержания, во время которых находил дополнительную работу, чтобы обеспечить семью. Женат на женщине с высшим образованием, которую очень любит, но немного боится. Имеет дочь 14 лет. После очередного срыва самостоятельно амбулаторно обратился в наркологический кабинет с просьбой провести ему лечение. От госпитализации отказался, поскольку хотел скрыть факт лечения от жены. Попросил все назначения делать в виде таблеток, поскольку если жена увидит следы от инъекций, то поймет, что он лечится от алкоголизма. Также подробно расспросил об эффектах лекарств, не влияют ли они на потенцию, поскольку боится стать импотентом, уверен, что в этом случае жена его обязательно бросит.

**Условия**, в которых протекает болезнь, и лечение также определяют позицию пациента.

Возникающие вокруг пациента мнения, суждения, слухи и т.п., они могут предъявляться пациентам его близкими, малоосведомленными в медицине, санитарками, соседями по палате, предлагающими «чудодейственные средства лечения» или напоминающими пациенту, что именно на его кровати недавно скончался больной, или настраивающими пациента против медперсонала.

Так, простуда у спортсмена будет вызывать совсем разные чувства в зависимости от того, возникает ли она во время соревнований или в период отдыха. Вызывает восхищение стойкость некоторых спортсменов, которые, преодолевая боль, достигают удивительных результатов. Отношение к лечению работающего пациента и того, кто находится в стационаре, будет совершенно различным. Само сообщение о необходимости госпитализации заставляет человека поверить в тяжесть болезни. Заявление врача о том, что лечиться можно и дома, часто вселяет в пациента надежду, помогает ему быстрее справиться с недугом. Создание идеальных условий в больнице может мешать быстрому восстановлению пациента, поскольку он не очень хочет расставаться с комфортом и отдыхом от домашних забот. [1]

Особенности поведения врача и среднего медперсонала. Трудно переоценить вред невнимания, ответов «на ходу», ситуаций, когда врач или медсестра упорно не хотят запомнить имя и отчество пациента. На формирование определенной ВКБ оказывает влияние микроклимат палаты, в которой непременно образуется «лидер»; его высказывания и поведение могут ободрить и поддержать пациента, но могут и ухудшить его эмоциональное состояние.

Груз ответственности за близких; за их материальное благосостояние из-за неработоспособности пациента и эмоциональные переживания из-за этого; за чрезмерные и трудноразрешимые проблемы на работе, усугубляемые болезнью. Все это ведет к тревожности и пессимизму пациента. Гибель близкого человека способна мгновенно преобразить ВКБ (из адекватной оценки в завышенную).

Преморбидные интересы пациента: чрезмерные увлеченности могут привести либо к игнорированию болезни, либо к «паранойи здоровья», к сужению интересов, ограничивающихся болезнью, к конфликтам с медперсоналом, которому пациент диктует «свои» методы лечения.

Определяемые пациентом «выгоды» болезни - снятие ответственности за решение вопросов семьи, трудных проблем на работе. Заболевание в глазах сослуживцев нередко позволяет сохранить престиж. Осознание «выгод» может привести к «госпитализму» - стремлению оставаться возможно большее время в стационаре, а также к «боязни выздоровления» - возвращения в привычную среду.

Осознание «выгоды» или невыгоды болезни может привести к манипулированию ею. Пациент может сознательно усиливать проявления болезни (в основном, субъективные жалобы), что носит название аггравация; может демонстрировать несуществующую болезнь (симуляция), что распространено при решении экспертных вопросов - при военно-врачебной, судебно-психиатрической экспертизе: наконец, скрывать существующую болезнь (диссимуляция), что особенно часто встречается в психиатрической практике.

Хотя и не определяющими ВКБ в основном, но вносящими в нее определенные нюансы факторами являются: пол, возраст, профессия, темперамент, воспитание и мировоззрение пациента.

**Пол.** Женщины лучше переносят болевые ощущения, вследствие физиологических особенностей. Кроме того, для них менее травматичными являются ограничения активности и подвижности (они все же менее озабочены работой). Однако субъективное переживание болезни у них усугубляется ограничением общения.

**Профессия**. Тяжесть субъективных переживаний нередко определяется видом занятости: например, заболевания верхних дыхательных путей приводят к выраженной тревоге у оперного певца; остеохондроз - у спортсмена; гипертоническая болезнь - у людей, занятых операторской деятельностью.

**Темперамент** (по сути дела, включается в личностные особенности). Отметим, что болевые ощущения и ограничения подвижности тяжелее переносятся индивидуумами с холерическим и меланхолическим темпераментом.

**Фактор воспитания**. В определенных семьях воспитывается либо «стоическое», либо «ипохондрическое» отношение к болезни. «Стоическое» воспитание отвергает повышенное внимание к собственному телу, и от подростка требуют, чтобы он продолжал вести тот же образ жизни, что и до болезни. «Ипохондрическое» воспитание предписывает повышенное внимание к своему телу, улавливание первых же признаков болезни, обращение к окружающим за помощью, что, естественно, будет иметь место в условиях стационара или при амбулаторном наблюдении.

**Мировоззрение.** Глубоко и искренне верующие люди спокойнее, с меньшей долей тревоги и неуверенности относятся к болезни. Воинствующие атеисты скорее станут искать «виновников» своей болезни и затевать конфликты. Среди искренне верующих распространены следующие мнения о происхождении своего заболевания: кара; испытание, посланное свыше; расплата за грехи предков, назидание другим; болезнь нередко рассматривается как неизбежность или следствие собственных ошибок.

С другой стороны, среди людей суеверных, но не обязательно верующих распространены суждения о происхождении болезни как следствия зависти, ревности, «сглаза» и т.п., что порождает параноидную настроенность пациента.

Болезнь изменяет психику пациента неизбежно, поскольку наступает жизнь в иных условиях. Меняются время провождение пациента, его возможности в самореализации, нередко его подвижность. Болезнь изменяет жизнь семьи пациента, ее структуру, смену лидирующего положения (например, мужчина, бывший лидер семьи, вынужден занимать зависимое положение). При падении работоспособности пациента страдает его авторитет. Он меньше встречается с друзьями, иногда ограничивает общение в силу чисто физиологических причин.

Знание всех перечисленных факторов помогает в коррекции дисгармоничной внутренней картины болезни. Чаще всего для этого применяются различные психотерапевтические приемы Нередко применяются косвенные приемы влияния на мнение больного: так, громкая похвала больного в разговоре с кем-либо из врачей, медсестер, соседей по палате или родственников может вселить в него воодушевление.

Перевод из одной палаты в другую (например, из палаты интенсивной терапии в обычную) также производит на пациента сильное впечатление. Большое значение для всех больных имеют позиция врача, его уверенность в себе, последовательность в отстаивании своей точки зрения, открытость к дискуссии, доступность, правдивость.

Наконец, не следует забывать, что во многих случаях быстрый и надежный эффект на психологическое состояние пациента могут оказать психотропные лекарственные средства.

Психоактивные вещества особенно полезны для коррекции эмоционального компонента внутренней картины болезни. Так, транквилизаторы позволяют быстро купировать тревогу; в случае депрессии антидепрессанты, хотя действуют и относительно медленно, считаются более надежными, чем психотерапевтические методики. [2]

**Заключение**

Нами было проведено исследование литературы по теме «Внутренняя картина болезни в психосоматике» по результатам выявлено следующее, что проблема психосоматических заболеваний актуальна до настоящего времени.

По мере эволюции человека постепенно нарушался универсальный механизм приспособления его психики к окружающей среде. Вместе с изменением психологии человека и среды его обитания проявлялись новые и численно увеличивались имеющиеся психологические симптомы и синдромы. В ходе эволюции человек приобрел присущие ему как биологическому виду силу, гибкость, подвижность, способность к терморегуляции, определенные характеристики органов чувств. По мере развития человеческой истории менялись нагрузки, от которых нет программ генетической защиты, и теперь приспособление к среде зависит от психических возможностей человека во много раз больше, чем от силы его мышц, крепости костей и сухожилий и скорости бега. Опасным стало не оружие врага, а слово. Эмоции человека, изначально призванные мобилизовать организм на защиту, теперь чаще подавляются, встраиваются в социальный контекст, а со временем извращаются, перестают признаваться их хозяином и могут стать причиной разрушительных процессов в организме.

Из-за быстрого темпа жизни в наше время люди не справляются с теми проблемами, которые «обрушиваются» на них. Вследствие острой нехватки профессиональных кадров пациенты, так называемые «трудные больные», чьи расстройства месяцами или даже годами не находят понимания и эффективной помощи у врачей, не владеющих достаточными знаниями и опытом работы с психосоматическими заболеваниями. Ведь главное не только выявить симптоматику нарушения, а найти причину, по которой они появились, и найти пути решения для их локализации.

Практический психолог использует те же методы, что и клинический психотерапевт. Разница заключается, прежде всего, в их нацеленности. Важнейшая задача психолога состоит не в снятии или облегчении симптомов болезни, а в создании условий для оптимального функционирования личности и ее развития. Поэтому знание медицинской психологии трудно переоценить. Практический психолог и врач-терапевт должны работать в тандеме, только в таком случае можно добиться реальных результатов в лечении психосоматических заболеваний. Изучение внутренней картины болезни позволяет в значительной степени рассмотреть весь сложный процесс самопознания заболевшего человека, выявить те средства, которые использует человек для осуществления этого познавательного процесса. В то же время изучение внутренней картины болезни открывает возможность понимания особых способов, приемов преодоления, овладения собственным поведением, используемых человеком в сложной жизненной ситуации. Тем самым анализ внутренней картины болезни открывает возможность проникновения в компенсаторный потенциал личности.

**Используемая литература**

1. Волков В.Г. Личность пациента и болезнь. - Томск, 1995

2. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. - Л.: Медицина, 1983

3. Личко А.Е. Внутренняя картина болезни. - Кишинев, 1980

4. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания: 2-е изд. - М., 1977

5. Малкина-Пых И.Г. «Психосоматика» справочник практического психолога» Москва ЭКСМО 2005