СОДЕРЖАНИЕ

1) Введение стр. 2

2) Внутренняя картина болезни стр. 2-5

3) Механизм психологической защиты стр. 5-9

4) Совладающее поведение (копинг-поведение) стр. 9-11

5) Психологические реакции больных на заболевание стр. 11-14

6) «Социальная престижность» болезни стр. 14-15

7) Симуляция стр. 15

ВВЕДЕНИЕ

Если заболевание приобретает хроническое течение, то образ жизни пациента, связанный с исполнением им роли «больного», во многом сохраняется: ограничения в диете, в физических и эмоциональных нагрузках, в режиме труда и отдыха, поддерживающей терапии. Насколько строго и пунктуально пациент будет придерживаться рекомендаций врача, во многом зависит от субъективной оценки им своего состояния, от того, что он сам думает о своей болезни, как оценивает перспективы выздоровления и свою роль в этом процессе. Субъективная сторона заболевания разными авторами обозначается различным образом: Гольдшейдер использует термин «аутопластическая картина заболевания», Мясищев и Скворцов - «отношение к болезни», Краснушкин и Рохлин - «сознание болезни», Либих применяет понятие «концепция болезни», Лакосина и Ушаков - «реакция на заболевание». Наиболее распространенным и общепринятым термином, обозначающим субъективную сторону отражения в сознании больного патологического процесса, является термин «внутренняя картина болезни», предложенный Лурия в монографии «Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания».

**Внутренняя картина болезни.**

Внутренней картиной болезни Лурия называет «весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятий и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм». В современной литературе чаще используют более простое определение: внутренняя картина болезни - это вся сумма ощущений, переживаний, представлений, связанных с заболеванием. В структуре внутренней картины болезни Лурия выделяет 4 компонента: сенситивный, отражающий локальные боли и расстройства; эмоциональный; рациональный и мотивационный, или волевой, связанный с сознательными целенаправленными действиями по преодолению болезни.

Петровский и Ярошевский определяют внутреннюю картину болезни как «возникающий у больного целостный образ своего заболевания». С психологической точки зрения формирование этого целостного образа осуществляется в несколько этапов. При возникновении дисгармонии, нарушении согласованной деятельности различных органов и систем, появлении признаков морфофункциональных расстройств развиваются субъективные состояния с ощущениями необычного, неопределенного характера. Эти ощущения, будучи предвестниками соматической болезни, обусловливают состояние, обозначаемое как дискомфорт. Нарушения психофизиологического тонуса, изменения настроения в ряде случаев могут быть ранним симптомом отдельных форм соматических заболеваний. Наряду с диффузными (неопределенными) субъективными ощущениями дискомфорта, возможен локальный дискомфорт (в области сердца, желудка, кишечника). Дальнейшее развитие заболевания может сопровождаться перерастанием дискомфорта в болевые ощущения.

По современным представлениям, боль - это своеобразное психофизиологическое состояние человека, которое возникает в результате воздействия сверхсильных раздражителей, вызывающих органические или функциональные изменения в организме. В качестве сигнала неблагополучия боль вызывает разнообразные индивидуальные реакции. Реакция на боль, ее субъективная оценка изменяются в зависимости от внешних условий, индивидуальных особенностей личности, отношения к болевым ощущениям. Ожидание и опасение боли, усталость и бессонница повышают чувствительность к ней. В качестве элементарного переживания боль представляется наиболее близкой к эмоции страха. Болевые ощущения оцениваются больным не только как признак, симптом заболевания, но и как сигнал угрозы для жизни и возможных последствий в виде инвалидизации, изменения профессионального, социального статуса, материального положения. Эмоция страха, возникающая в ответ на болевое воздействие, запускает целый комплекс эмоциональных реакций, связанных с болезнью: чувство надежды, переживание печали, отчаяния, безнадежности, скорби, тоски и т. д. Многочисленные эмоциональные феномены, проявляющиеся на разных этапах формирования болезни, в ходе ее течения, составляют эмоциональный компонент внутренней картины болезни.

Эмоциональные переживания стимулируют познавательную деятельность, которая направлена на поиск информации и конструирование логической схемы, концепции, объясняющей пациенту, что с ним происходит. На этапе построения концепции важную информацию больной получает от врача. Помимо медицинских работников, пациент начинает советоваться с родственниками и знакомыми, которые переживали что-либо подобное; он читает научно-популярные журналы по медицине; смотрит и слушает научно-популярные передачи. В результате сконструированная больным концепция заболевания (рациональный компонент внутренней картины болезни) может оказаться субъективной и далекой от реальности. Свое представление о болезни пациент воплощает в конкретных действиях, направленных на преодоление болезненного состояния: он идет на прием к врачу, к представителю альтернативной медицины или занимается самолечением (мотивационный, или волевой компонент внутренней картины болезни). Ташлыков рассматривает внутреннюю картину болезни как систему психической адаптации больного к своему заболеванию, имеющую в своей основе механизмы психологической защиты и совладания. По мнению автора, внутренняя картина болезни создается в защитных целях, для ослабления интенсивности негативных переживаний, связанных с болезнью, компенсации чувства вины, стыда, агрессии. В структуре внутренней картины болезни Ташлыков выделяет познавательный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий аспекты.

**Механизм психологической защиты.**

Представление о механизмах психологической защиты сформировалось в рамках психоаналитического направления в психологии. Согласно последователям этого направления, психологическую защиту составляет ряд специфических приемов переработки переживаний, нейтрализующих патогенное влияние, которое эти переживания могут оказывать. Представление о психологической защите было введено Фрейдом и разрабатывалось его дочерью А. Фрейд. В психологической литературе представлено различное понимание этого термина. Зачепицкий определяет психологическую защиту как «пассивно-оборонительные формы реагирования в патогенной жизненной ситуации», Бассин - как «психическую деятельность, направленную на спонтанное изживание последствий психической травмы». Наиболее часто приводится определение Ташлыкова: защитные механизмы - это «адаптивные механизмы, направленные на редукцию патогенного эмоционального напряжения, предохраняя от болезненных чувств и воспоминаний и дальнейшего развития психологических и физиологических нарушений». Все защитные механизмы обладают двумя общими характеристиками. Во-первых, они, как правило, бессознательны, то есть действуют преимущественно на неосознаваемом уровне. Во-вторых, они искажают, отрицают или фальсифицируют реальность. Механизмы психологической защиты различаются по степени зрелости. Так, наиболее инфантильными, незрелыми механизмами считают вытеснение и отрицание - они характерны для маленьких детей, а также для самого социально незрелого типа личности - истероидного. Вытеснение является одной из центральных отличительных особенностей личности больного истерическим неврозом , истероидной формой психопатии. Подростковому возрасту более свойственны механизмы, занимающие промежуточное положение по степени зрелости: идентификация и изоляция. К наиболее зрелым защитным механизмам относятся сублимация, рационализация, интеллектуализация. Чаще описывают следующие механизмы психологической защиты.

*1. Вытеснение.* Механизм вытеснения был описан еще Фрейдом, который считал его центральным в формировании невротических расстройств. Вытеснение - это механизм психологической защиты, посредством которого неприемлемые для личности импульсы (желания, мысли, чувства), вызывающие тревогу, становятся бессознательными. Вытесненные (подавленные) импульсы, не находя разрешения в поведении, тем не менее, сохраняют свои эмоциональные и психовегетативные компоненты. При вытеснении содержательная сторона психотравмирующей ситуации не осознается, а вызванное ею эмоциональное напряжение воспринимается как немотивированная тревога.

*2. Отрицание* - механизм психологической защиты, который заключается в отрицании, неосознавании (отсутствии восприятия) какого-либо психотравмирующего обстоятельства. Как процесс, направленный вовне, «отрицание» часто противопоставляется «вытеснению» как психологической защите против внутренних, инстинктивных требований и побуждений. В качестве механизма психологической защиты отрицание реализуется при любых внешних конфликтах и характеризуется выраженным искажением восприятия действительности, когда индивид не воспринимает информацию, противоречащую его основным установкам, представлению о мире и самом себе.

*3. Реактивные образования.* Этот вид психологической защиты нередко отождествляется с гиперкомпенсацией. К реактивным образованиям относится замена «Эго» - неприемлемых тенденций на прямо противоположные. Например, преувеличенная любовь ребенка к одному из родителей может быть преобразованием социально недопустимого чувства ненависти к нему. Жалость или заботливость могут рассматриваться как реактивные образования по отношению к бессознательной черствости, жестокости или эмоционального безразличия.

*4. Регрессия* - возврат на более раннюю стадию развития или к более примитивным формам поведения, мышления. Например, истерические реакции типа рвоты, сосания пальцев, детского лепета, излишняя сентиментальность, предпочтение «романтической любви» и игнорирование сексуальных отношений у взрослого человека идут в ход, когда «Эго» не в состоянии принять реальность такой, какая она есть. Регрессия, как и реактивные образования, характеризует инфантильную и невротическую личность.

*5. Изоляция* - отделение аффекта от интеллектуальных функций. Неприятные эмоции блокируются таким образом, что связь между определенным событием и его эмоциональным переживанием в сознании не выступает. По своей феноменологии этот механизм психологической защиты напоминает синдром отчуждения в психиатрии, для которого характерно переживание утраты эмоциональной связи с другими людьми.

*6. Идентификация* - защита от угрожающего объекта путем отождествления себя с ним. Так, маленький мальчик бессознательно старается походить на отца, которого боится, и тем самым заслужить его любовь и уважение. Благодаря механизму идентификации достигается также символическое обладание недостижимым, но желаемым объектом. Идентификация может происходить практически с любым объектом - другим человеком, животным, неодушевленным предметом, идеей и пр.

*7. Проекция.* В основе механизма проекции лежит процесс, посредством которого неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализуются вовне, приписываются другим людям. Агрессивный человек склонен, оценивая самого себя как личность сенситивную, ранимую и чувствительную, приписывать окружающим агрессивные черты, проецируя на них ответственность за социально неодобряемые агрессивные тенденции. Хорошо известны примеры ханжества, когда индивид постоянно приписывает другим собственные аморальные стремления.

*8. Замещение (смещение).* Действие этого защитного механизма проявляется в своеобразной «разрядке» подавленных эмоций, обычно враждебности и гнева, направленных на более слабых, беззащитных (животных, детей, подчиненных). При этом субъектом могут совершаться неожиданные, в ряде случаев бессмысленные действия, которые разрешают внутреннее напряжение.

*9. Рационализация* - псевдоразумное объяснение человеком своих желаний, поступков, в действительности вызванных причинами, признание которых грозило бы потерей самоуважения. Наиболее яркие проявления механизма рационализации получили название «кислый виноград» и «сладкий лимон». Защита по типу «кислого винограда» заключается в обесценивании недостижимого, снижении ценности того, что субъект получить не может. Защита по типу «сладкого лимона» имеет своей целью не столько дискредитацию недосягаемого объекта, сколько преувеличение ценности того, чем человек реально обладает. Механизмы рационализации наиболее часто используются в ситуациях потери, защищая от депрессивных переживаний.

*10. Сублимация* - психологическая защита посредством десексуализации первоначальных импульсов и преобразования их в социально приемлемые формы активности. Агрессивность может сублимироваться в спорте, эротизм - в дружбе, эксгибиционизм - в привычке носить яркую броскую одежду.

**Совладающее поведение (копинг-поведение).**

В последние десятилетия в зарубежной психологии широко обсуждается проблема преодоления конфликта в формах его компенсации или совладающего поведения (копинг-поведения). Понятие «копинг», или преодоление стресса, рассматривается как деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими требованиям. Копинг-поведение реализуется посредством применения копинг-стратегий на основе личностных и средовых копинг-ресурсов. Оно является результатом взаимодействия блока копинг-стратегий и блока копинг-ресурсов. Копинг-стратегии - это актуальные ответы личности на воспринимаемую угрозу, как способ управления стрессом. Относительно стабильные личностные и социальные характеристики людей, обеспечивающие психологический фон для преодоления стресса и способствующие развитию копинг-стратегий, рассматриваются в качестве копинг-ресурсов.

Одним из самых важных средовых копинг-ресурсов является социальная поддержка в виде информации, приводящей субъекта к утверждению, что его любят, ценят, заботятся о нем, и что он является членом социальной сети и имеет с ней взаимные обязательства. Как показывают исследования, лица, получающие разные виды поддержки от семьи, друзей, значимых для них людей, отличаются более крепким здоровьем, легче переносят повседневные жизненные трудности и заболевания. Социальная поддержка, смягчая влияние стрессоров на организм, тем самым сохраняет здоровье и благополучие индивида, облегчает адаптацию и способствует развитию человека. К личностным копинг-ресурсам относят Я-концепцию, локус контроля, восприятие социальной поддержки, низкий нейротизм, эмпатию, аффилиацию и другие психологические характеристики. С когнитивной сферой связаны такие стратегии, как отвлечение и проблемный анализ, с эмоциональной - эмоциональная разрядка, оптимизм, пассивное сотрудничество, сохранение самообладания, с поведенческой - отвлечение, альтруизм, активное избегание, поиск поддержки, конструктивная активность.

Копинг-поведение, наряду с механизмами психологической защиты, рассматривается в качестве важнейших форм адаптационных процессов и реагирования индивидов на стрессовые ситуации. Отличие защитных механизмов и механизмов совладания проводится по параметрам «активность-конструктивность» и «пассивность-неконструктивность». Психологическая защита пассивна и неконструктивна, в то время как копинг-механизмы активны и конструктивны. Карвасарский отмечает, что если процессы совладания направлены на активное изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей, то процессы компенсации и, в особенности, психологической защиты направлены на смягчение психического дискомфорта. Наиболее продуктивными копинг-стратегиями больных считаются: сотрудничество (пациента с врачом в лечебно-диагностическом процессе); активный поиск поддержки (в социальной или терапевтической среде); разумная степень игнорирования болезни; проблемный анализ. Использование копинг-стратегий, как и механизмов психологической защиты, различается в зависимости от нозологической принадлежности пациентов. Так, для больных неврастенией на начальных стадиях заболевания характерно использование таких копинг-механизмов, как уход в деятельность, переключение, активное преодоление болезни (активный образ жизни). Для пациентов с фобическими расстройствами более типичными копинг-стратегиями являются: проблемный анализ, поиск информации или пассивное сотрудничество. Больные истерическим неврозом или истероидной формой психопатии используют преимущественно механизмы психологической защиты, в частности, вытеснение и отрицание.

**Психологические (поведенческие) реакции больных на заболевание.**

В зависимости от способа адаптации пациента к заболеванию, от сформированной им внутренней картины болезни, от используемых механизмов психологической защиты, копинг-стратегий в практике врача встречаются самые различные психологические реакции на заболевание, которые реализуются в соответствующих формах поведения.

*Диссимуляция.* Одна из возможных форм психологического реагирования в ситуации болезни. Отдавая себе отчет в том, что он болен, пациент сознательно скрывает симптомы болезни и прикладывает значительные усилия, чтобы скрыть их: продолжает выполнять в прежнем объеме свои профессиональные, семейные, социальные обязанности. Несмотря на то, что по мере развития заболевания скрывать симптомы становится все труднее, пациент упорно продолжает держаться выбранной им линии поведения. Во врачебной практике поведение диссимуляции часто встречается в тех случаях, когда болезнь угрожает потерей трудоспособности, профессионального, социального, материального статуса: например, открытая форма туберкулеза у лектора или преподавателя; хроническая почечная недостаточность у моряка загранплавания. Часто в таких случаях больные начинают использовать копинг-стратегию отвлечения или ухода в деятельность. Реакция диссимуляции встречается также у лиц, страдающих «социально непрестижными» болезнями, испытывающих стыд, страх и чувство вины перед окружающими. Диссимуляция характерна для больных венерическими заболеваниями и особенно СПИДом. К лицам, страдающим СПИДом, окружающие действительно относятся негативно, часто жестоко, обвиняя их в аморальности, распущенности, асоциальном образе жизни. По наблюдениям Александровой, известны случаи, когда соседи таких больных переставали общаться с ними и даже самовольно предпринимали попытки их выселения, поджигая двери, разбивая окна. В таких ситуациях больные реагировали либо усилением чувства вины и стыда, либо обнаруживали агрессивное поведение, что приводило к конфликтным ситуациям. Поведение диссимуляции может наблюдаться при психических заболеваниях, что связано не только со страхом перед осуждением со стороны окружающих, но и с социальными последствиями болезни, накладывающими ограничения на определенные профессии. Реакция диссимуляции встречается у онкологических больных, которые предпочитают переносить боль и дискомфорт, связанный с болезнью, чем подвергаться хирургическому лечению, проходить курсы химиотерапии.

*Аггравация* - преувеличение симптомов, тяжести состояния, демонстрируемое больным. При аггравации пациенты стараются представить реально существующее заболевание или болезненное состояние более тяжелым и опасным, чем это есть на самом деле. Аггравация может наблюдаться у лиц с истероидными чертами характера. Болезнь используется такими пациентами с демонстративно-шантажными целями: для того, чтобы привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, добиться каких-либо выгод, манипулируя чувствами окружающих людей. Поведение аггравации характерно для пожилых пациентов, которые, испытывая страх одиночества, боясь в любой момент оказаться в беспомощном состоянии, стремятся привлечь к себе внимание врачей, медицинского персонала, продлить срок пребывания в стационаре. Аггравация не является полностью бессознательной психологической реакцией: цель и причины такого поведения могут быть осознаны больными.

*Анозогнозия -* неосознавание болезни, ее симптомов. Больной «скрывает» свое заболевание не только от окружающих людей, но и от самого себя. Как бы ни были очевидны признаки болезни для других людей, он утверждает, что здоров, не нуждается в медицинской помощи и отказывается обращаться к врачам.

Чаще всего анозогнозия встречается при алкоголизме. Страдающий алкоголизмом убежден в том, что он здоров, полностью контролирует прием спиртного и в любой момент может бросить пить, если посчитает нужным. В основе реакции анозогнозии при алкоголизме лежит постепенное снижение критики к своему состоянию, наблюдающееся при этом заболевании по мере его развития. Лечение больных алкоголизмом становится возможным только с преодолением анозогнозических установок, когда пациент с помощью врача или психолога начинает осознавать симптомы своего заболевания. Реакция анозогнозии может наблюдаться также у врачей при наличии у них тяжелого соматического заболевания. Так, показано, что в США врачи, заболевшие раком, обращаются за специализированной медицинской помощью в среднем на год позже, чем другие больные, так как долгое время не признают наличие заболевания, отказываются видеть очевидные для окружающих симптомы болезни.

Реакция «ухода в болезнь» заключается в том, что пациент, фиксируясь на своем болезненном состоянии, ставит его в центр собственных интересов, отношений, игнорируя все, что не связано с заболеванием. Такая погруженность в болезненные переживания, захваченность всей личности происходящими в организме изменениями обычно сопровождается неудачами в жизни, конфликтными субъективно неразрешимыми проблемами. Болезнь избавляет от необходимости разрешать сложные жизненные ситуации, служит оправданием профессиональной или личной несостоятельности, приобретая таким образом значение «условной приятности», «условной желательности». Реакция «ухода в болезнь» может формироваться у лиц с истероидными чертами, завышенный уровень притязаний которых при недостаточных способностях и отсутствии длительного волевого усилия не позволяет им добиваться поставленных целей, признания и восхищения со стороны окружающих. Наличие заболевания дает таким пациентам возможность получать внимание, сочувствие и заботу, удовлетворяя в определенной степени эгоцентрические интересы истероидной личности. Психологическая реакция «ухода в болезнь» может наблюдаться также у лиц астено-невротического типа с их высокой чувствительностью, непереносимостью чрезмерных нагрузок (физических, эмоциональных, интеллектуальных) и склонностью к ипохондрии. При астено-невротической акцентуации характерны высокая чувствительность и низкие нейрофизиологические пороги, вследствие чего любой, самый незначительный раздражитель, малейший дискомфорт в организме приобретает значение сверхсильного сигнала. Такие лица легко реагируют на изменение самочувствия эмоцией тревоги и посвящают свое время и силы излечению и сохранению здоровья. Любые другие жизненные ценности и цели играют второстепенную роль.

**«Социальная престижность» болезни.**

В формировании психологической реакции пациента на заболевание принимает участие такой важный фактор, как его «социальная престижность», то есть отношение к нему и к болезням в данной социальной группе. В разных странах и культурах к болезням относились по-своему. В Древней Спарте, где господствовал культ красивого здорового тела, как указывается в отдельных исторических источниках, стариков и больных сбрасывали в море с высокой отвесной скалы. Психически больных в Средневековой Европе сжигали на кострах, изгоняя из них «бесов», «ересь» и «нечистую силу». В настоящее время в европейской культуре отношение к болезни более чем терпимое: разговоры о здоровье, о различных заболеваниях, как собственных, так и других людей, являются темой светских бесед. Негласно болезни делятся на «престижные», о них можно говорить в обществе, и «непрестижные», которые обычно стараются скрыть. К «престижным» болезням относится, например, ишемическая болезнь сердца: стенокардия, и, в особенности, инфаркт миокарда. Они повышают социальный статус человека, свидетельствуя о таких его социально-одобряемых психологических качествах, как ответственность, обязательность, трудолюбие, чувство долга. Пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы вызывают уважение, внимание со стороны окружающих людей, сочувствие, готовность помочь. Для этой категории больных заболевание также может приобретать значение «условной желательности». В то же время такие болезни, как геморрой , язвенный колит, являются «непрестижными», их обычно скрывают от окружающих. Для формирования психологической реакции пациента на заболевание имеет значение и то, как к нему относятся родственники, друзья, значимые лица из окружения заболевшего. Пациент, лишенный внимания и заботы со стороны близких, стремится скорее вернуться к профессиональной деятельности, чтобы возвратить себе утраченное вследствие болезни расположение членов семьи.

**Симуляция.**

Поведение симуляции не является реакцией на заболевание, так как оно отсутствует. Симуляция определяется как сознательное предъявление симптомов болезни, которой данное лицо не страдает. Симуляция наблюдается в тех случаях, когда болезнь приносит человеку какую-либо выгоду: избавляет его от необходимости нести военную службу, позволяет получить группу инвалидности и т. п. Поведение симуляции наблюдается преимущественно у двух категорий лиц: либо у людей с низким уровнем образования, не информированных в области медицины, наивных и социально незрелых, либо, напротив, у лиц опытных, искушенных, имеющих медицинское образование или работающих в здравоохранении (психологов, педагогов, социальных работников), которые хорошо изучили изображаемый ими вид патологии.