**Вопрос 1. Психосоматика, определение. Психосоматический подход в медицине.**

В 1818 г. немецкий врач из Лейпцига Хайнрот ввел термин «психосоматический».В 1822 г. немецкий психиатр 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, во многом благодаря психоаналитикам (Франц Александер, Фландерс Данбар, Феликс Дойч и др.) [5].

На сегодняшний день существует множество определений понятия **«психосоматика».** В самом общем виде *психосоматика* определяется как *раздел клинической психологии, изучающий проблемы души и тела, психики и соматики* [2].Более детализированное определение звучит следующим образом: *психосоматика – это научное направление, которое устанавливает взаимоотношения между психикой и телесными функциями, исследует то, как психологические переживания влияют на функции организма, как переживания могут вызывать те или иные болезни.* Также термин «психосоматика» используют для обозначения *ряда феноменов, связанных с взаимовлиянием психического и телесного, в том числе ряда патологических нарушений* (т. е. *психосоматических расстройств;* в качестве иллюстрации можно привести диалог: «Меня тошнит каждый раз, когда я сильно волнуюсь» – «Должно быть, это психосоматика», где слово «психосоматика» использовано как аналог слова «психосоматическое расстройство»). И наконец, под психосоматикой понимают *направление медицины, ставящее своей целью лечение психосоматических нарушений* («психосоматическая медицина») [5].

***Психосоматическая медицина (психосоматический подход в медицине)*** – *это концептуальный подход к здоровью и болезни, рассматривающий эти состояния как результат взаимодействия психологических, социальных и биологических факторов.* Данный подход, нашедший применение в различных областях медицины, принципиально отличается от традиционной биомедицинской модели болезни как строго физической аномалии, вызванной физико-химическими факторами. Вопреки распространенному заблуждению, психосоматическая медицина – не отдельная медицинская специальность. *Каждый врач, который старается в ходе медицинского обследования получить информацию о нынешней и прошлой жизни больного, особенностях его личности, чувствах, установках, отношениях с другими людьми и использует эти данные для лучшего понимания физических симптомов и патофизиологических процессов, практикует психосоматический подход. Психосоматический подход к лечению* предполагает учет, наряду с биологическими, психологических и социальных факторов, поэтому *включает не только проведение биомедицинского лечения, но и использование методов психотерапии*[9].

Еще с древности, со времен Гиппократа и Аристотеля было известно, что состояние психики влияет на физическое здоровье. Древнегреческий философ Сократ (4 век до н. э.) говорил, что «…нельзя лечить тело, не леча душу». Врач Древней Индии Бхаскаре Бхатте (1 тысячелетие н. э.) считал, что такие психические состояния как тоска, гнев, печаль, испуг являются «первыми ступенями на лестнице любой болезни». Поэтому не случайно то, что индийское учение йога столь плотно впитало в себя идеи психической связи между мозгом и телом. Однако развитие медицины в научный период, т. е. начиная с 17 века, шло таким образом, что исследование психики и сомы происходили в отрыве друг от друга.

Современная психосоматическая медицина стала формироваться в начале 20 века, в работах Зигмунда Фрейда и Йозефа Брейера о конверсии (т. е. трансформации) психической травмы в соматические симптомы. Еще одним из основоположников психосоматической медицины считается Франц Александер – американский психоаналитик венгерского происхождения, который внес значительный вклад в понимание роли психологических и социальных факторов в развитии соматической патологии и выделил группу «классических» психосоматических заболеваний, известную также как «Святая семерка» («Holy seven») или «Чикагская семерка». Развитию психосоматической медицины способствовали и другие известные психоаналитики – Фландерс Данбар, Феликс Дойч, Альфред Адлер и Леопольд Сонди.

В России в исследованиях учеников академика И.П. Павлова (Быков К.М., Курцин И.М.) было экспериментально исследовано возникновение патологических изменений в органах при перенапряжении нервных процессов, тем самым доказано значение церебральных механизмов в формировании психосоматической патологии[2].

**Вопрос 2. Проблема психосоматических и соматопсихических соотношений.**

Отношения между телом и психикой носят двусторонний характер, в соответствии с этим принято выделять два вектора отношений между психической и соматической сферами – **(1)вектор психосоматических соотношений** (включает нормальные и патологические явления, возникшие в результате влияния психологических переживаний на функции организма) и **(2) вектор соматопсихических соотношений** (включает нормальные и патологические явления, возникшие в результате влияния соматических факторов на психическое состояние и психическое здоровье человека) [1].

**1. Вектор психосоматических соотношений.**

В рамках данного вектора рассматриваются психосоматические реакции и психосоматические расстройства.

***Психосоматические реакции*** – это кратковременные изменения со стороны различных органов и систем организма (повышение артериального давления, покраснение или бледность кожных покровов, внезапная мышечная слабость, кратковременные нарушения стула или мочеиспускания), которые возникают в напряженных жизненных ситуациях. Психосоматические реакции наблюдаются у здоровых людей, они еще не являются патологией в полном значении этого слова, а встречаются как ответы (единичные) организма на те или иные стрессовые воздействия. При определенных условиях такие единичные психосоматические реакции могут стать началом психосоматического расстройства.

***Психосоматические расстройства*** *– это расстройства органов и систем организма функциональной или органической природы, возникающие в связи с воздействием психотравмирующих факторов при определенном отношении к ним [т. е. к психотравмирующим факторам] личности.*

Важную роль в развитии психосоматических расстройств играют ***отрицательные эмоции*** (тоска, тревога, гнев, отчаяние, ревность, зависть и др.). Эмоции оказывают влияние на: *1) иммунную систему* (исследования, проводимые с 1980-х годов, показали, что психологические факторы могут влиять на иммунные процессы; выраженное ослабление иммунной защиты наблюдается, в частности, при депрессии); *2) гормональное состояние;3) периферическую физиологическую активацию* (например, частоту сердцебиений и артериальное давление)[2, 4, 9]. Еще в 40-60 гг. 20 века Франц Александер пришел к выводу, что часть психосоматических расстройстввызвана *хроническим вегетативным сопровождением длительно сохраняющихся негативных эмоций, не находящих разрядки* (Александер называл эти расстройства «вегетативными неврозами», в современных классификациях используется термин «соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы»).При этом он подчеркивал, что к развитию психосоматической патологии приводят как негативные эмоции сами по себе, так и *особенно* процесс их подавления. В настоящее время эти утверждения Александера по-прежнему актуальны. Различными учеными были подробно изучены изменения в организме, обусловленные эмоциями и доказано, что *разные отрицательные эмоции сопровождаются довольно однотипными регуляторными сдвигами* – повышается возбудимость симпатоадреналовой системы, возрастает секреция катехоламинов, что вызывает тахикардию, спазмирование сосудов с повышением АД и усиление прилива крови к мышцам. Патогенное воздействие сильных отрицательных эмоций на организм связано с работой *лимбической системы,* которая не только отвечает за формирование эмоций, но и регулирует деятельность вегетативной нервной системы (работу внутренних органов) и эндокринных желез (выработку гормонов), обусловливает нейровегетативное и нейроэндокринное обеспечение эмоциональных реакций, влияние эмоций на тело и иммунитет [2].

***Двумя основными группами психосоматических расстройств являются:***

***(1)*** Так называемые «большие» психосоматические заболевания или ***психосоматозы*** (ишемическая болезнь сердца, эссенциальная гипертония, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма и др.) – *соматические заболевания, в возникновении и течении которых существенную роль играют психологические факторы.* ***(2)*** «Малые» психосоматические расстройства или ***соматоформные расстройства*** (ранее называемые «органными неврозами», «системными неврозами», «вегетативными неврозами» и др.) *– группа психогенных расстройств, характеризующиеся наличием соматических симптомов, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическим заболеванием и которые не являются вторичными последствиями другой психической патологии (например, депрессии или панических расстройств).* При соматоформных расстройствах имеет место с одной стороны – *соматизация переживаний,* а с другой стороны – *предшествовавшая слабость некоторых органов и систем* (locus minoris resistentia, т.е. место наименьшего сопротивления), за счет чего именно этот орган страдает во время интенсивных переживаний (рвется там, где тонко). Соматоформные расстройства не имеют под собой физической (органической) основы, они носят функциональный обратимый характер. Однако при длительном существовании соматоформное расстройство может привести к реальным морфологическим изменениям в органах – психосоматическим заболеваниям [2, 4].

Наряду с психосоматозами и соматоформными расстройствами к патологическим нарушениям в контексте вектора психосоматических соотношений относятся также ***(1) конверсионные симптомы*** (симптомы изменения или утраты какой либо функции организма, не имеющие реальной телесной патологической основы и являющиеся выражением психологического конфликта или психологической потребности), которые чаще всего наблюдаются при диссоциативных неврозах(устаревшее название – истерический невроз), ***(2) соматизированная депрессия*** (атипично протекающая депрессия, при которой собственно симптомы депрессии скрыты за маской стойких соматических и вегетативных жалоб) и ***(3) расстройства пищевого поведения*** (нервная анорексия, нервная булимия).

**2. Вектор соматопсихических соотношений.**

К этому вектору относятся ***соматопсихические расстройства*** *– психические расстройства вследствие влияния соматической патологии на психику.* Выделяют две группы соматопсихических расстройств – ***нозогенные психические расстройства (нозогении)*** и***соматогенные психические расстройства (соматогении).***

***Нозогенные психические расстройства (нозогении)*** *– психогенные расстройства, обусловленные влиянием психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием; психические расстройства (тревожно-фобические, депрессивные и др.), возникающие в связи с реакцией личности на свое соматическое заболевание (соматическое заболевание выступает как психотравмирующий фактор)* [1, 2].

***Соматогенные психические расстройства (соматогении)*** – *психические расстройства, обусловленные воздействием на ЦНС тяжелого соматического заболевания (сосудистого, эндокринного, инфекционного), вызывающего повреждение и гибель нейронов головного мозга (соматическое заболевание выступает как органический фактор)* [1, 8]. Более подробно – см. «вопрос 3. Психогении и соматогении».

Стоит отметить, что к примерам взаимоотношений и взаимовлияния психической и соматической сфер относятся не только перечисленные выше формы патологии, но и многочисленные феномены нормы, которые являются предметом изучения более широкой по отношению к психосоматике области знаний – ***психологии телесности***[2].

**Вопрос 3. Психогении и соматогении.**

Все расстройства, наблюдаемые в психосоматической клинике делятся на две группы – ***психогенные (психогении)*** и ***соматогенные (соматогении),*** в зависимости от того, по каким механизмам – психологическим или биологическим – они развиваются.

**Психогенные расстройства (психогении)** *– группа психических расстройств, возникновение и течение которых обусловлено психической травмой; болезненные нарушения, возникающие под влиянием психологических факторов.*

Наиболее частыми формами психогений являются ***неврозы*** и ***психосоматические расстройства.*** Также психогенную природу могут иметь психотические состояния (психозы), такие как ***психогенная депрессия, психогенные бредовые расстройства*** (при условии, что эти расстройства возникли в качестве *реакции* на какое-либо психотравмирующее событие; отсюда другое название этих расстройств – *«реактивные расстройства»*) [6]. К психогенным расстройствам можно отнести большую часть нарушений, рассмотренных в предыдущем разделе – ***психосоматозы, соматоформные расстройства, конверсионные расстройства, соматизированная депрессия*** (при условии, что депрессия возникла как реакция на психотравмирующие обстоятельства и не имеет эндогенной природы), ***расстройства пищевого поведения*** (анорексия, булимия), ***нозогении.***

Не всякое расстройство, возникающее на фоне стрессовых событий, является психогенным. Известно, что травмирующее событие часто играет роль лишь триггерного фактора, а истинной причиной болезни является патологическая наследственность. Так, в практике психиатра нередко встречаются приступы шизофрении, спровоцированные психической травмой, что, однако, не отменяет того, что шизофрения является эндогенным заболеванием.

В отечественной психиатрии диагностика психогенных расстройств традиционно основывается на констатации тесной связи между психотравмирующим событием, с одной стороны, и течением и клиническими проявлениями расстройства, с другой стороны. Наиболее четко эта связь сформулирована в ***триаде К. Ясперса*** (1910):

***(1)*** психогенное расстройство развивается непосредственно после воздействия психотравмы;

***(2)*** проявления расстройства непосредственно вытекают из содержания психотравмы, между ними имеются психологически понятные связи;

***(3)*** течение расстройства тесно связано с выраженностью и актуальностью психотравмы; разрешение психотравмы приводит к прекращению или значительному ослаблению проявления расстройства.

Наиболее четко связь между психотравмирующим событием и психическим расстройством прослеживается при реактивных психозах. При мягких непсихотических расстройствах (неврозах) психотравма, как правило, существует продолжительно, что не позволяет точно соотнести во времени болезнь и существующую патогенную ситуацию. Сам больной не всегда способен осознать связь имеющихся расстройств с психотравмой, поскольку при неврозах обычно активно используются механизмы психологической защиты, которые предполагают непроизвольное вытеснение из сознания человека эмоционально неприятной информации для сохранения психического равновесия. Использование защитных механизмов приводит также к тому, что утрачиваются психологически понятные связи между психотравмой и проявлениями болезни.

Обращает на себя внимание тот факт, что в одинаковой ситуации психогенные заболевания развиваются далеко не у всех людей. Это свидетельствует о существенной роли индивидуальных личностных особенностей, черт врожденной психофизиологической конституции (темперамента) в развитии психогений [3, 7].

**Соматогенные психические расстройства (соматогении)***– психические расстройства, обусловленные воздействием на ЦНС тяжелого соматического заболевания (сосудистого, эндокринного, инфекционного), вызывающего повреждение и гибель нейронов головного мозга.* Соматогенные психические расстройства проявляются преимущественно в виде *неврозоподобной симптоматики* (особенно частыми являются неврастеноподобные состояния – повышенная утомляемость при умственной и физической нагрузке, раздражительность, повышенная чувствительность к внешним раздражителям, нарушения сна, разнообразные симптомы вегетодистонии), однако в ряде случаев на фоне тяжелой органической патологии возможно развитие *психотических состояний,* а также существенных *нарушений высших психических функций* вплоть до *деменции.*

В МКБ-10 указываются следующие общие критерии соматогенных (в том числе органических) расстройств:

***(1)*** Объективные данные (результаты физического и неврологического обследований и лабораторных тестов) и (или) анамнестические сведения о поражениях ЦНС или заболевании, которое может вызывать церебральную дисфункцию, включая гормональные нарушения (не связанные с алкоголем или другими психоактивными веществами) и эффекты непсихоактивных препаратов.

***(2)*** Временная зависимость между развитием (обострением) заболевания и началом психического расстройства.

***(3)*** Выздоровление или значительное улучшение психического состояния после устранения или ослабления действия предположительно соматогенных (органических) факторов.

***(4)*** Отсутствие других вероятных объяснений психического расстройства (например, высокой наследственной отягощенности клинически сходными или родственными расстройствами).

При соответствии клинической картины заболевания критериям 1, 2 и 4 оправдан временный диагноз, а при соответствии всем критериям диагноз соматогенного (органического, симптоматического) психического расстройства может считаться определенным.

В МКБ-10 соматогенные расстройства представлены преимущественно в разделе F00-F09 Органические, включая симптоматические психические расстройства [1, 8].

**Литература:**

1. Березанцев А.Ю. Соматопсихические и психосоматические расстройства: вопросы систематики и синдромологии (клинико-психологический аспект). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон.науч. журн. 2011. N 1. URL: http:// medpsy.ru (дата обращения: 27.09.2016).
2. Дереча В.А. Основы психосоматики: учебное пособие / В.А. Дереча, Г.И. Дереча. – ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава РФ, 2013. – 90 с.
3. Иванец Н.Н. Психиатрия и наркология: учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина. – ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832 с.
4. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. – СПб.: Питер, 2004. – 960 с.
5. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.
6. Мясищев В. Н. и др. "Основы общей и медицинской психологии". – Изд-во "Медицина", Л., 1968 г.
7. Психогенные заболевания. Общие критерии диагностики. Систематика психогенных расстройств [Электронный ресурс] // Медицинская учебная литература. - URL.: https://auno.kz/uchebnik-po-psixiatrii/152-psixogennye-zabolevaniya-obshhie-kriterii.html. (Дата обращения - 13.10.2017 г.)
8. Телия К.К. Психические расстройства при соматических заболеваниях [Электронный ресурс] // Сайт кафедры психиатрии и наркологии 1СПбГМУ им. И.П. Павлова. – URL: <http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnik-po-psihiatrii/tema-no18-psihiceskie-rasstrojstva-pri-somaticeskih-zabolevaniah-/psihiceskie-rasstrojstva-pri-somaticeskih-zabolevaniah>. (Дата обращения 24.10.2016 г.)
9. Энциклопедия Кольера. — Открытое общество. 2000. URL.:http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc\_colier/4264/%D0%9F%D0%A1%D0%98%D0%A5%D0%9E%D0%A1%D0%9E%D0%9C%D0%90%D0%A2%D0%98%D0%A7%D0%95%D0%A1%D0%9A%D0%90%D0%AF (Дата обращения: 08.12.2014 г.).

**1.1. 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 порождают конверсионные 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, Мит-черлиха (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 (Wei-пег, 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 сим-патико-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 тиреоид-ных 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.

*Источник: Малкина-Пых И.Г. Психосоматика*

**Внутренняя картина болезни**

Углубление знаний о психологической стороне заболеваний в отечественной теории и практике медицины привело к появлению к настоящему времени множества различных концептуальных схем, раскрывающих структуру внутреннего мира больного человека. Многообразие терминов, в которых описывается субъективная сто­рона болезни, характерно и для зарубежных исследователей. Однако в большинстве современных психологических исследований внут­ренней картины заболевания при различных нозологических формах болезней в ее структуре выделяется несколько взаимосвязанных сторон (уровней):

1. **болевая сторона болезни** (уровень ощущений, чувственный уровень) — локализация болей и других неприятных ощущений, их интенсивность и т.п.;
2. **эмоциональная сторона болезни** связана с различными видами эмоционального реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия;
3. **интеллектуальная сторона болезни** (рационально-информационный уровень) связана с представлениями и знаниями больного о его заболевании, размышлениями о его причинах и последствиях;
4. **волевая сторона болезни** (мотивационный уровень) связана с определенным отношением больного к своему заболеванию, необ­ходимостью изменения поведения и привычного образа жизни, ак­туализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

На основании этих сторон у больного создается модель заболева­ния, т.е. представление о ее этиопатогенезе, клинике, лечении и про­гнозе, которая определяет *"масштаб переживаний"* (Либих С.С, 1979) и поведение в целом.

Между истинным положением дел со здоровьем и "моделью бо­лезни" больного часто нет знака равенства. Значение болезни в вос­приятии больного может как преувеличиваться, так и приумень­шаться, вплоть до полного отрицания болезни как таковой.

**Масштаб переживания болезни**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Гипернозогнозия** | **Нормонозогнозия** | **Гипонозогнозия** |
| **• -------------------------------------------- 1 --------------------------------------------•** |
| **Паника** | **Адекватная реакция** | **Отрицание болезни** |

При адекватном типе реагирования *{нормонозогнозия)* больные правильно оценивают свое состояние и перспективы, их оценка со­впадает с оценкой врача.

При *гипернозогнозии* больные склонны переоценивать значи­мость отдельных симптомов и болезни в целом, а при *гипонозогно-зии* — склонны их недооценивать.

При *диснозогнозии* у больных наблюдаются искажение восприятия и отрицание наличия болезни и ее симптомов с целью диссимуляции или из-за страха ее последствий. *Анизогнозия* — полное отрицание болезни как таковой; типична для больных с алкоголизмом и онкологическими заболеваниями.

Внутренняя картина болезни, характеризуя целостное отноше­ние к заболеванию, тесно связана *с осознанием больным своей бо­лезни.* Степень осознанности своего заболевания во многом зависит от образованности и общего культурного уровня пациента, хотя пол­ного соответствия здесь часто не наблюдается (как, например, при анизогнозиях). Даже при психических заболеваниях больной не мо­жет не давать естественных, психологически понятных и характерных для его личности реакций на свое заболевание. Причем при этом у некоторых больных имеется иногда смутное и неотчетливое осозна­ние своей болезни, но бывает и так, что отчетливое осознание болез­ни может сочетаться с безразличным, тупым отношением к ней.

Степень осознанности своей болезни больным может нару­шаться при некоторых очаговых поражениях мозга. Например, по­ражениям задних отделов левого полушария чаще сопутствует адекватная внутренняя картина болезни, в то время как при пора­жении задних отделов правого полушария наблюдалось сочетание адекватного когнитивного уровня осознания внутренней картины болезни с неадекватным эмоциональным представлением больных о своих перспективах, расхождение между планами на будущее и реальными возможностями. Неадекватная внутренняя картина бо­лезни (неполное представление о своем состоянии) в сочетании с недостаточным ее эмоциональным переживанием характерна для лиц с поражением левой лобной области, а поражение правой лоб­ной доли мозга также сопровождается расхождением между когни­тивными и эмоциональными планами внутренней картины болез­ни (Виноградова Т.В., 1979).

Задача врача — коррекция модели болезни, коррекция "масшта­ба переживаний". Однако при коррекции внутренней картины бо­лезни следует учитывать множество факторов. Например, если для успешного лечения алкоголизма анизогнозию требуется ликвидиро­вать, то надо ли устранять таковую при онкологических заболеваниях, однозначного ответа нет.

*Источник: Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию*

# Внутренняя картина болезни

**Вну́тренняя карти́на боле́зни** (ВКБ) — совокупность представлений человека о своём заболевании, результат творческой активности, которую проделывает пациент на пути осознания своей болезни[[1]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%98%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA2-1). Феномен ВКБ представляет собой один из самых разработанных в [психосоматическом поле](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0)[[1]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%98%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA2-1). Термин ввёден [Р. А. Лурией](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D1%83%D1%80%D0%B8%D1%8F_%D0%A0%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%BD_%D0%90%D0%BB%D1%8C%D0%B1%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87) в 1935 году. Исследования ВКБ развиваются преимущественно в русле российской [клинической психологии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F).

Врач, учитывающий внутреннюю картину болезни пациента, имеет возможность более полно понять [этиологию](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D1%82%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F), [патогенез](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D0%B7) болезни и скорректировать ход лечения, основываясь на особенностях личности больного[[1]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%98%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA2-1)[[2]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%98%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA1-2). Этот феномен представляет оценку болезни и субъективного здоровья, что может оказывать влияние на дальнейшее представление о своём состоянии в ходе течения болезни[[3]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-3). Динамика феномена зависит от пола, возраста, тяжести болезни, её продолжительности, так и от характеристик личности, таких как, например, система ценностей и мотивов[[1]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%98%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA2-1).

Коррекция позиции по отношению к своей болезни психологическими средствами ведет к улучшению состояния, профилактике рецидивов, облегчению тяжести страданий, а также снятию тревоги[[4]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-4). Изучение внутренней картины болезни является значимой областью не только для медицинских работников и психологов, но и становится центральным звеном в анализе личностной проблематики больного: для исследователей субъективная картина болезни начинает выступать в качестве увеличительного стекла, позволяющего заглянуть во внутренний мир больного[[5]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%98-5).

## Внутренняя картина болезни и внутренняя картина здоровья

[Внутренняя картина здоровья](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%8C%D1%8F) (ВКЗ) не «обратное» понятие внутренней картине болезни, а представляет собой самостоятельный результат познавательной активности человека. ВКЗ можно определить как совокупность представлений человека о своем нормальном и патологическом состоянии, так и образ динамики и тяжести своей болезни, понимание своих ресурсов психических и физических. ВКБ, согласно определению, представляет собой часть феноменологии, охваченного ВКЗ[[6]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-6).

## История введения понятия

Термин «внутренняя картина болезни» был введён врачом-терапевтом [Романом Альбертовичем Лурией](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D1%83%D1%80%D0%B8%D1%8F_%D0%A0%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%BD_%D0%90%D0%BB%D1%8C%D0%B1%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87) в 1935 году в книге «Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания». Он выделял:

1. *Внешнюю картину болезни*, под которой понимал объективные данные, которые врач получает с помощью специальных методов исследования, все то, что можно зафиксировать и описать;
2. *Внутреннюю картину болезни*, под которой он понимал переживания больного по поводу болезни, всю совокупность ощущений и общее самочувствие, представления о причинах болезни. Это «весь огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм»[[2]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%98%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA1-2).

Сам феномен «субъективная картина болезни» впервые описал врач А. Гольшейдер (1926 г.), назвав его «аутопластическая картина болезни»[[9]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-9). В течение 20 века возникло большое количество терминов от разных авторов: «аутопластическая картина»; «внутренняя картина болезни»; «переживание болезни»[[10]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-10); «реакция адаптации»[[11]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-11)[[12]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-12); «позиция к болезни»[[13]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-13); «отношение к болезни»[[14]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-14); «сознание болезни» (Краснушкин 1950, Познанский 1966); «образ собственного заболевания»[[15]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-15); «аутогенное представление о болезни» (М.Балинт, 1960). Все эти авторы описывали тот или иной аспект явления, самым интегративным и всеобъемлющим из них является концепция «внутренней картины болезни»[[1]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%98%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA2-1).

## Модели внутренней картины болезни

### Развитие теоретического осмысления психологических аспектов внутренней картины болезни

#### Модель Р. А. Лурия

[Роман Альбертович Лурия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%BD_%D0%90%D0%BB%D1%8C%D0%B1%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87_%D0%9B%D1%83%D1%80%D0%B8%D1%8F) в своей работе «внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания» (1977) продолжил развивать идеи А. Гольдшейдера об «аутопластической картине заболевания». Его представление о структуре ВКБ отображалось в введении двух компонентов[[1]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%98%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA2-1):

* *Сензитивный* включает в себя ощущения, исходящие из конкретного заболевания или патологического изменения общего состояния больного, причем именно те, что переживает субъект[[1]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%98%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA2-1).
* *Интеллектуальный* создается больным в размышлении о своей болезни, самочувствии и состоянии (по другому называется рациональной оценкой болезни), причем бывает, что данные представления не имеют реальной соматической базы. Он является надстройкой над сензитивным уровнем[[2]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%98%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA1-2).

Данное разделение отражает дихотомию соматического и психического, которая существовала в медицине на тот момент[[1]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%98%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA2-1).

#### (...)

#### Концепция В. В. Николаевой

Данная модель включает в себя четыре компонента[[1]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%98%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA2-1):

1. *Сенсорный* — совокупность всех ощущений, основной материал предъявляемых жалоб. Включает в себя собственно телесные ощущения и эмоциональный тон ощущений, представляясь в виде образа телесного самочувствия, обремененного негативными характеристиками[[1]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%98%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA2-1).
2. *Эмоциональный* — эмоциональная реакция на болезнь[[1]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%98%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA2-1).
3. *Рациональный, интеллектуальный* — совокупность информации о болезни у больного, выраженная в представлениях и знаниях о болезни, собственном опыте болезни и ожидаемых результатах лечения[[1]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%98%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA2-1).
4. *Мотивационный* — связан с определенным отношением больного к своему заболеванию, с изменением поведения и образа жизни в условиях болезни и актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья. Включает в себя личностный смысл, встраивание болезни в смысловую структуру личности[[1]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%98%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA2-1).

#### (...)

### Развитие представления об отношении к болезни

Следующие концепции развивают представление о сознании болезни, связывая факторы, относящиеся к «гнозису болезни» (ощущения, знания о болезни, личный опыт) и отношению к болезни (личностные особенности, специфика заболевания и социальной среды и прочее)[[1]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%98%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA2-1)

#### Типология реакций на болезнь Н.В. Борисова, Е.С. Груздевой, А. Е. Личко, Н. Я. Иванова

Данная типология построена исходя из предполагаемого влияния таких факторов, как природа заболевания, отношение к болезни и тип личности. Блок типов отношений, которые не предполагают нарушение адаптации[[23]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%9B%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%BE-23):

* *Гармоничный тип* реагирования предполагает отсутствие переоценки и недооценки тяжести заболевания, активное содействие рекомендациям по лечению и их исполнение, гибкость в изменении интересов в сторону доступных, забота об окружающих в случае неблагоприятного исхода[[23]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%9B%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%BE-23).
* *Эргопатический тип* предполагает увеличение количества рабочих часов, «уход в работу»[[23]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%9B%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%BE-23).
* *Анозогнозический тип* реагирования состоит в активном отрицании тяжести и прогноза болезни, приписывании причин случайным обстоятельствам, отказе от лечения[[23]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%9B%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%BE-23).

Типы реагирования на болезнь, для которых характерно наличие психической дезадаптации[[23]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%9B%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%BE-23):

* *Тревожный тип* реагирования характеризуется мнительным беспокойством относительно течения и прогноза болезни, что подталкивает таких пациентов к постоянному поиску новой информации о болезни, новых методов лечения, результатов обследования, авторитетного мнения[[23]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%9B%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%BE-23).
* *Ипохондрический тип* реагирования предполагает преимущественную ориентацию на собственные ощущения, имеющие болезненное или неприятное качество, их преувеличенное значение. Для пациентов с таким типом реагирования характерно сочетание упорного стремления лечиться и опасения получения вреда от процесса лечения[[23]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%9B%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%BE-23).
* *Неврастенический тип* реагирования предполагает непереносимость боли, реагирование по типу «раздражительной слабости», когда вспышка гнева на почве недомогания сменяется слезливым раскаянием[[23]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%9B%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%BE-23).
* *Меланхолический тип* реагирования характеризуется пессимистическим видением прогнозов и их активной трансляции несмотря на объективные данные, опровергающие данную точку зрения[[23]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%9B%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%BE-23).
* *Эйфорический тип* реагирования предполагает необоснованно повышенное настроение, которое создает ощущение искусственного, чрезмерно легкомысленное отношение к болезни[[23]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%9B%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%BE-23).
* *Апатический тип* реагирования — особое безразличное отношение пациентов к своему состоянию здоровья, резко суженный круг их интересов[[23]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%9B%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%BE-23).
* *Обсессивно-фобический тип* предполагает фиксацию на крайних, маловероятных вариантах негативного течения болезни и лечения, так и активным привлечением ритуалов к защите от возникающей тревоги[[23]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%9B%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%BE-23).
* *Сенситивный тип* реагирования характеризуется страхами неприятия в связи со своей болезнью[[23]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%9B%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%BE-23).
* *Эгоцентрический тип* занят привлечением к себе максимального количества внимания за счет выставления тяжести и сложности переживания болезни в качестве особого права на исключительную заботу[[23]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%9B%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%BE-23).
* *Паранойяльный тип* характеризуется стремлением объяснить для себя болезнь и неприятные переживания в течение лечения результатом злобного умысла[[23]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%9B%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%BE-23).
* *Дисфорический тип* представляет собой тоскливо-озлобленное настроение[[23]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%9B%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%BE-23).

#### Нозогении в концепции А. Б. Смулевича

[А. Б. Смулевич](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BC%D1%83%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%B8%D1%87%2C_%D0%90%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D0%B9_%D0%91%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%81%D0%BB%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87) предполагает «нозогении», или психогенные реакции, возникающие в ответ на психотравмирующие влияния соматического заболевания, как одну из 4 групп состояний, которые можно отнести к психосоматическим расстройствам. Выделяются психологические, конституциональные, биологические и социальные детерминирующие факторы психогенных реакций. В психологическом измерении первостепенную роль играет отношение к болезни, которое предполагает наличие двух полярностей: переоценки болезни, или гипернозогнозии, и недооценки болезни, или гипонозогнозии[[24]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%A1%D0%BC%D1%83%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%B8%D1%87-24).

В соответствии с типологией А. Б. Смулевича рассматриваются три группы синдромов нозогений[[24]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%A1%D0%BC%D1%83%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%B8%D1%87-24):

1. Невротические, представленные гипернозогнозией и гипонозогнозией. Гипергнозии предполагают навязчивости и истероипохондрию, что выражается в демонстративности, развернутых жалобах и сопутствующих конверсионных расстройствах. Гипонозогнозия проявляется как диссоциация соматизированной тревоги и небрежного отношения к лечению, то есть синдромом «la belle indifference»[[24]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%A1%D0%BC%D1%83%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%B8%D1%87-24).
2. Аффективные синдромы также представлены в двух вариантах. Гипернозогнозия проявляется как синдром ипохондрической депрессии. Гипонозогнозия представлена как синдром «эйфорической псевдодеменции»[[24]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%A1%D0%BC%D1%83%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%B8%D1%87-24).
3. Патохарактерологические синдромы. Гипернозогнозия характеризуется проявлением сверхценных идей (ипохондрия здоровья), наряду с которым выделяется синдром «патологического отрицания болезни»[[24]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8#cite_note-%D0%A1%D0%BC%D1%83%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%B8%D1%87-24)

*Источник: Внутренняя картина болезни // Википедия. [2019—2019]. Дата обновления: 15.11.2019. URL:*[*https://ru.wikipedia.org/?oldid=103346012*](https://ru.wikipedia.org/?oldid=103346012)*(дата обращения: 15.11.2019).*