

УДК [159.91:159.972]:94

**ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ  
(обзор литературы)****Е. В. Громько, Э. А. Соколова****Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины**

Приведен обзор отечественных и зарубежных публикаций, позволяющих рассмотреть исторический аспект развития учения о внутренней картине болезни (ВКБ), факторы, влияющие на ее формирование, классификации типов реакций на болезнь, типологии отношений к болезни. Отмечено влияние ВКБ, преморбидных личностных особенностей на течение болезни, важность ВКБ для комплаенса. Выделены основные этапы развития учения о ВКБ.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, реакции на болезнь, отношение к болезни, преморбидные особенности личности, комплаенс.

**HISTORICAL ASPECTS OF THE INWARD PICTURE OF A DISEASE  
(literature review)****E. V. Gromyko, E. A. Sokolova****Gomel State University named after F. Skorina**

The given survey of national and foreign literature makes it possible to examine the historical aspects of the development of the study about the inward picture of a disease (IPD), factors influencing its formation, classification of the disease reaction types, typology of attitudes to diseases. The work shows the influence of IPD and premorbid personal features on the clinical course of the disease, importance of IPD for compliance. The main stages of the development of the studies about IPD have been outlined.

Key words: inward picture of a disease, reactions to a disease, attitude to a disease, premorbid features of a personality, compliance.

**Введение**

Внутренняя картина болезни (ВКБ) — возникающий у больного целостный образ болезни, психическое отражение болезни в психике заболевшего, часть самосознания, познание человеком самого себя в болезни [1]. Во ВКБ отражаются важные для врача и судьбы больного моменты: преморбидная личность больного; актуальная жизненная ситуация, в которой находится больной; прогностические признаки, важные для оценки возможности формирования патохарактерологических сдвигов. На переживание болезни, поведение во время болезни, ее исход влияют ощущения больного и то, как он воспринимает болезнь, поэтому ВКБ — центральное образование, на которое следует направлять психокоррекционные воздействия.

К сожалению, на практике мало распространена деятельность по изменению ВКБ. Учитывая актуальность и недостаточную изученность вопроса, было предпринято специально организованное исследование — анализ результатов изучения ВКБ в историческом аспекте. Метод исследования — теоретический анализ проблемы.

**Понятие ВКБ в психологии.** Задача изучения субъективной стороны болезни была поставлена в XIX в. М. Я. Мудровым: «Чтобы правильно лечить больного, надобно узнать больного во всех его отношениях, причины, на

его тело и душу воздействующие, надобно объять весь круг болезни, и болезнь сама скажет имя свое, откроет внутреннее свойство свое» [2]. А. Гольдшейдер выделил «аутопластическую картину болезни» (1929), в которую включил сензитивный и интеллектуальный компонент. С работ Г. А. Захарьина (1895), П. Б. Ганнушкина (1933) наметился целостный подход в исследовании больного, изучающий роль личности при возникновении болезни, что позволяет добиться большей эффективности в организации лечения. Работы указанных авторов можно рассматривать как первый этап в изучении ВКБ.

На следующем этапе были предложены различные термины, отражающие субъективную сторону болезни. Этот этап можно обозначить как выделение современного термина — ВКБ. Р. А. Лурия развил идею А. Гольдшейдера об аутопластической картине болезни (1935). Термином ВКБ Р. А. Лурия назвал все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о болезни, причинах, все то, что связано для больного с его приходом к врачу — весь внутренний мир больного, который состоит из сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, конфликтов, психических переживаний и травм [3].

В дальнейшем был введен ряд терминов, обозначающих субъективную сторону болезни. Так, Л. Л. Рохлин предложил понятия «сознание болезни», «отношение к болезни» (1957), Е. А. Шевалев (1936) — «переживание болезни»; Балинт (1957) — «аутогенное представление о болезни», Е. К. Краснушкин — «чувство болезни» (1960); Д. Д. Федотов — «реакция на болезнь»; Я. П. Фрумкин, И. А. Мизрухин и Н. В. Иванов — «позиция к болезни» (1970); О. В. Кербигов — «реакция адаптации» (1971); В. Н. Мясичев и С. С. Либих — «концепция болезни», «масштаб переживания болезни» (1966); Хецен-Клеменс (1987) — «образ собственного заболевания» и др. Познанию болезни у психически здоровых людей А. В. Квасенко присвоил понятие — «соматозогнозия» (1980). Таким образом, выдвинулось понимание: наличие отношения к болезни; реакции на болезнь.

На следующем этапе (40-е годы XX в.) проведено более углубленное изучение ВКБ и формируется личностный подход к пониманию ВКБ, который продолжается и в настоящее время. Согласно Р. А. Лурия, структура ВКБ как в сензитивной ее части, так и в интеллектуальной находится в зависимости от структуры личности больного, от его психологического профиля, культурного уровня, социальной среды и воспитания [3].

Р. Конечный отмечает, что ВКБ зависит от характера болезни — острая либо хроническая, от того, какого лечения она требует, есть ли боль, ограничение подвижности, внешне заметные симптомы; от обстоятельств, в которых протекает болезнь (появление новых проблем в семье, в профессиональной деятельности, в ближайшем социальном окружении и т. д.); преморбидности личности (возраст больного, темперамент, особенности характера и ценностной сферы, уровень образования и медицинской сознательности, включая личный опыт перенесенных болезней, общения с врачами, осведомленность о болезни и ее причинах) [4].

При анализе понятий «ВКБ», «аутопластическая картина болезни», «переживание болезни», «отношение к болезни», «позиция личности к болезни», «реакция адаптации», «сознание болезни» обнаруживается их семантическая близость: все они отражают личное отношение, смысл болезни для больного. Личностное «Я» человека управляет психической активностью с помощью интенций — намерений, имеющих побудительную силу и связанных с будущим. Н. С. Курек называет болезнь психотравматическим стрессом, преодоление которого зависит от активности больного: «активность важна для успешности лечения, реабилитации после лечения, она определяет во

многом успешный возврат к труду, восстановлению социальных контактов» [5].

Определение ВКБ как сложного многоуровневого образования, включающего чувственную ткань, первичное и вторичное значение, личностный смысл дает А. Ш. Тхвостов. Личностный смысл — значение для человека обстоятельств болезни по отношению к мотивам его деятельности [6].

В дальнейшем изучении ВКБ внимание исследователей было направлено на выделение структуры ВКБ, а также были определены направления изучения ВКБ при разных видах заболеваний, так как к этому периоду уже возникло понимание, что сензитивная и интеллектуальная части ВКБ не в полной мере охватывают концепцию ВКБ. Этот этап связан с именами В. В. Николаевой, В. М. Смирнова, Б. Д. Карвасарского, В. А. Ташлыкова.

Так, В. В. Николаева (1976) дополнила ВКБ эмоциональным и мотивационным компонентами, которые отражают изменения в психике заболевшего:

1. Уровень непосредственно-чувственного отражения болезни (обусловленные болезнью ощущения и состояния).

2. Эмоциональный уровень (эмоциональные реакции на обусловленные болезнью ощущения и на последствия болезни в жизни).

3. Интеллектуальный уровень (знания о болезни, размышления о причинах, возможных последствиях, рациональная оценка болезни, вопросы «чем, как и у кого лечиться»).

4. Мотивационный уровень (возникновение новых мотивов и перестройка преморбидной мотивационной структуры) связан с отношением пациента к болезни, с изменением поведения, образа жизни в условиях болезни и актуализацией деятельности по возвращению здоровья. Болезнь — это не только болезненные ощущения и их переживание, но и изменения мотивации [7].

Во многих психологических исследованиях речь идет об искажениях ВКБ на уровне последующей переработки, изменении отношения к соматическим ощущениям, их интерпретации. Они могут быть следствием защитных процессов на познавательном, эмоциональном или мотивационном уровнях, нарушений мышления или самосознания.

Моделирование ВКБ было продолжено В. М. Смирновым, который в основу модели ВКБ положил понятие «церебральное информационное поле болезни» и формируемую на его основе «психологическую зону информационного поля болезни» (опыт во время болезни). Существенную роль играет «схема тела» — психофизиологический информационный аппарат, где постоянно формируются и сопоставляются динамический и статический

образы тела, а также оперативные образы (образы будущего движения). Важна проекция психологического образа тела в будущее — в результате формируется информационная модель болезни (имеет значение для прогноза болезни и формирования жизненных планов). У больного возникает модель прогноза и ожидаемых результатов лечения. Сопоставляя их с результатами терапии, больной переживает положительные или отрицательные эмоции.

Реальные модели болезни более адекватно отражают наличные расстройства и динамику заболевания. Для объяснения искажений ВКБ Т. Н. Резникова привлекает анатомические, физиологические и психологические аргументы: нарушения асимметрии головного мозга, состояние функциональных систем, внушаемость, тревожность, конституциональные особенности, ситуационные моменты, психологическая защита, волевые функции и пр. Искажения сенситивной части адресуются к неврологии или психиатрии [8].

По мнению Б. Д. Карвасарского (1982), ВКБ составляют «переживания больного и осознание болезни». Там, где отсутствует критика своего состояния, осознания болезни нет, есть лишь ее переживание. В структуру ВКБ входит отношение больного к себе, своему состоянию, окружающим, к прежней (до болезни) и нынешней деятельности [9].

Как считает В. А. Ташлыков (1984), ВКБ нужно рассматривать как систему понятий и механизмов психической адаптации личности к болезни. Типологию ВКБ автор строит в зависимости от эмоционального восприятия болезни (депрессивного или фобического), а также в зависимости от понимания больным причин болезни (соматоцентрированный и психоцентрированный типы) [10].

Все это стало подготовительным этапом для выделения типов реакций на болезнь. Выделение типов реакций на болезнь связано с именами: А. Вервердт, Б. А. Якубов, З. Д. Липовски, Н. Д. Лакосина, Д. Г. Бирн, Р. М. Баевский, В. А. Жмуров.

К одному из направлений исследования ВКБ относится *выделение классификаций типов реакций на болезнь*. Некоторые авторы отмечают, что нет однозначной зависимости между характером страданий и типом личностной реакции на болезнь, что в гораздо большей степени это зависит от длительности болезни, ее тяжести и интеллектуальных возможностей человека.

Так, А. Хулек (1969) выделяет следующие факторы при возникновении реакции на болезнь: продолжительность болезни; тяжесть нарушений и диапазон вызванных болезнью ограничений; вид инвалидности; возраст перехода на инвалид-

ность; уровень интеллектуального развития; особенности преморбидной личности [11].

По классификации А. Вервердта (1972), в зависимости от опыта, знаний, ценностных ориентаций, потребностей болезнь может выступать как враг, соревнование, утрата, штраф, выигрыш, судьба [12].

Классификацию реакций на болезнь предлагает Б. А. Якубов (1982):

1. Сопричастная — послушны, пунктуальны, «ассистенты» врача.

2. Спокойная — адекватно реагируют на указания врача, выполняют их.

3. Неосознаваемая (патологическая) — отрицают болезнь.

4. Следовая — при выздоровлении страх повторной болезни.

5. Негативная — находятся во власти предрассудков, ходят от одного врача к другому, обвиняя предыдущего в некомпетентности.

6. Паническая — страх, одновременно лечатся в нескольких учреждениях, пытаются подключить все лечебные мероприятия.

7. Разрушительная — ведут себя неадекватно, игнорируя указания врача, отказываются принимать лекарства и изменить образ жизни [13].

В своей типологии «психосоциальные реакции на болезнь» З. Д. Липовски выделяет поведенческую реакцию на болезнь, эмоциональную и реакцию преодоления болезни. Поведенческая реакция проявляет личностное значение болезни для человека: а) препятствие, угроза, вызов; б) потеря, проявление слабости организма; в) наказание за грехи; г) избавление, облегчение, приспособление к жизни (получить деньги), положительная ценность, помогающая обрести смысл жизни. Эмоциональная реакция: печаль, страх, тревога, вина, злость и др. Реакция преодоления болезни: преуменьшение личной значимости болезни или пристальное внимание к ней; активное сопротивление или капитуляция перед болезнью; «уход» (не думать) [14].

В качестве критерия, взятого за основу классификации, Н. Д. Лакосина выделяет потребности, которые фрустрирует болезнь: витальные, общественно-профессиональные, эстетические, связанные с интимной жизнью. Реакция на болезнь зависит от характера болезни, ее остроты, темпа развития, прогноза, представления о болезни, преморбидных особенностей личности, особенностей лечения, отношения к больному родственникам и окружения [15].

Психоаналитики рассматривают личностные реакции на болезнь в качестве различных психологических защит, отмечают зависимость реакции на болезнь от функционирования Эго. Психологические защиты могут быть нормальными и, в случае их выраженности, патологическими.

Д. Г. Бирн указывает на связь между реакциями на болезнь и эффективностью восстановления, выхода из болезни. Выделяет типы: фиксация на болезни; психосоциальные переживания; аффективный срыв; осмысление болезни; субъективное напряжение; уход в болезнь [16].

По Р. М. Баевскому, существует три реакции на болезнь: стеническая, астеническая и рациональная. Стеническая — активная позиция к лечению. Астеническая — пессимизм, мнительность. Рациональная — реальная оценка ситуации и рациональный уход от фрустрации [17].

В работе В. А. Жмурова рассматривается 13 реакций личности на болезнь: фобическая, сенситивная, депрессивная, ипохондрическая, истерическая, дисфорическая, сутяжно-паранойяльная (врач «специально» вредил), эйфорически-анозогностическая, суицидальная, регрессивная, утилитарная, эргопатическая и реакция отчуждения. Сенситивная реакция характеризуется стыдом, связанным с болезнью. Регрессивная — снижением мотивации, нацеленностью на инвалидность. Истерическая — болезнь как средство манипулирования (желание удержать мужа, вызвать чувство вины). Суицидальная — бывает обусловлена болями, страхом перед умиранием, стыдом, следствием шока после диагноза. Утилитарная — отказываются от лечения, если не верят в эффективность, остаток жизни посвящают цели. Эргопатическая — сокрытие болезни у пациентов: водителей, склонных к самоубийству больных и др. Реакция отчуждения — отстраненное переживание болезни [18].

Депрессия в начале болезни сопровождается тревожностью, позже распространен астенодепрессивный синдром. Истерические реакции проявляются в эмоциональной неустойчивости, гипертрофированных жалобах. Ипохондрия обычно наблюдается при хронических болезнях. Ее появлению способствуют тревожно-мнительный характер, ригидность. Может перерасти в ипохондрическое развитие личности.

В отношении происхождения болезни В. Д. Менделевич выделяет мировоззренческие установки:

— вера в связь между нравственностью и возникновением болезни: болезнь как испытание, как назидание другим, как расплата за грехи;

— объяснение наследственными или средовыми причинами: стечение обстоятельств, собственная ошибка;

— мистический подход: болезнь вследствие зависти, ревности.

Тип реагирования на болезнь связан с оценкой пациентом тяжести своего состояния. «Объективная и субъективная» тяжесть болезни часто не совпадают [19].

Выделение типов реакций на болезнь шло параллельно с выделением типов отношения к

болезни и факторов, влияющих на болезнь. Параллельное выделение линий развития учения о ВКБ расширило ее понимание и позволило выделить аспекты ВКБ, с которыми необходимо работать практикующему психологу. Также расширение понимания ВКБ способствовало внедрению учения о ВКБ в практическую деятельность при оказании помощи больному. Одновременно с развитием учения о ВКБ шло ее практическое сопоставление с разными видами заболеваний. В 50-е годы прошлого века разрабатывалось направление изучения ВКБ при соматических заболеваниях. Этот этап связан с трудами Л. Д. Зикеевой, Г. Ф. Рыбина, В. В. Костиковой, В. Ю. Елецкого, А. В. Штраховой, Ю. Е. Куртановой и др. Однако было установлено, что субъективное отношение к болезни существует не только при соматических, но и психических заболеваниях (труды В. Я. Костеревой, Н. П. Татаренко, А. С. Познанского, В. В. Чирко, Г. В. Бурковского, В. М. Банщикова, А. С. Новикова, В. А. Ташлыкова, А. Л. Нелидова и др.)

*Типологии отношений к болезни.* Как отмечает Л. И. Васерман, отношение к болезни — это знание о болезни, ее осознание, понимание роли и влияния болезни на социальное функционирование и эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью. Отношение к болезни всегда значимо; оно оказывает влияние на другие стороны отношений личности, что проявляется в поведении больного, его взаимоотношениях с окружающими [20].

Р. Баркер (1946) отмечает пять типов отношения к болезни: избегание дискомфорта с аутизацией (низкий IQ), замещение с нахождением новых средств достижения целей (высокий IQ), игнорирующие поведение с вытеснением признания дефекта, компенсаторное поведение, невротические реакции. Преморбидные особенности личности во многом могут объяснить предпочтительность появления тех или иных форм реагирования [21].

В зависимости от личности больного Л. Л. Рохлин выделяет типы отношения к болезни: астено-депрессивный, психастенический, ипохондрический, истерический и эйфорически-анозогностический. Отношение к болезни складывается из восприятия болезни, ее оценки, связанных с ней переживаний и вытекающих из такого отношения действий [22].

Типы отношения к болезни по В. Вондрачеку (1969): адекватное, пренебрежительное (недооценка тяжести болезни), отрицающее, нозофобное (понимает, что опасения преувеличены, но преодолеть свои опасения больной не может), ипохондрическое, нозофильное (удовлетворение от того, что болезнь освобождает от обязанностей), утилитарное (выгоды

от болезни) [23]. Отнесение ВКБ к адекватной является дискуссионным, поскольку понимание сущности болезни часто приводит к стрессу.

Классификацию отношений к болезни по уровню активности личности предлагает Н. И. Рейнвальд: пассивно-страдательное, активно-положительное, «уход в болезнь», отрицание наличия заболевания, спокойно-выжидательное отношение, активное противодействие недугу [24].

В отношении человека к хронической болезни в динамике Э. Кюблер-Росс отмечает пять этапов:

1. Предмедицинская фаза — первые признаки болезни.

2. Фаза ломки жизненного стереотипа — больной становится изолированным от работы, семьи при госпитализации, нет уверенности в прогнозе болезни, он полон тревог.

3. Фаза адаптации — снижается чувство напряженности.

4. Фаза «капитуляции» — больной примиряется с судьбой, не предпринимает активных усилий, понимает ограниченность медицины в его полном излечении, становится равнодушным, угрюмым.

5. Фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления, установки на получение материальных и иных выгод от болезни [25].

В переживании опасной хронической болезни Э. Кюблер-Росс выделяет фазы: осознание тяжелой болезни; внутреннее отрицание опасности; ожесточение и гнев («почему я?»); депрессия, отчаяние с суицидными попытками; «договоренность со смертью» — защитное представление об откладывании срока смерти; примирение со смертью, при сохранении надежды на продление жизни. Если надежда исчезает, то происходит отказ от связи с жизнью, потеря интереса к окружающему [25].

Классификация А. Е. Личко (1980) известна в связи с методикой диагностики типов отношения к болезни. В ее основу положены факторы: природа болезни, тип личности, отношение к болезни окружения. Типы отношения к болезни объединены в 3 блока. Первый блок составляют типы, при которых адаптация существенно не нарушена: гармонический, анозогностический, эргопатический. Второй блок — типы с наличием психической дезадаптации интрапсихической направленности: тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, чувствительный. В третий блок вошли отношения к болезни, характеризующиеся дезадаптивным поведением: обсессивно-фобический, эгоцентрический, эйфорический и паранойяльный [26].

А. В. Квасенко различает нормальные личностные реакции и психопатологические (фобические, истерические, ипохондрические и ано-

зогностические) и подразделяет соматозогнозии на типы: нормосоматозогнозии — больные правильно оценивают состояние; гиперсоматозогнозии — преувеличение значимости симптомов и болезни; гипосоматозогнозии — недооценка болезни, пренебрежение лечением; диссоматозогнозии — отрицают болезнь [27].

Рассматривая соотношение болезни и мотивации, А. Ш. Тхвостов выделяет негативный, позитивный и конфликтный смысл болезни: болезнь, препятствующая достижению мотива, болезнь, способствующая ему, и болезнь, способствующая достижению одних мотивов и препятствующая достижению других. Болезнь изменяет отношение к больному обществу. Негативный смысл болезни порождает защитные процессы: сенсорная десенсибилизация или повышение уровня порогов; отрицание реальности; вытеснение (забывание обследований); регрессия; рационализация; дискредитация (недоверие к врачам, считающим, что болезнь тяжела); семантико-перцептивная защита: нарушение структуры угрожающих стимулов («неясный» симптом). Позитивный смысл болезни — в моменте оправдания: психическая болезнь снимает обвинения в неуспешности, физическая может стать средством избавления от унижительного состояния слабого, средством добиться сочувствия. Болезнь дает возможность отказа от ответственности за неудачи, возможность сохранения высокой самооценки. Боль дает возможность пациенту избежать нежелательной деятельности; достичь социальной поддержки. Феноменологию позитивного смысла болезни можно найти в исследованиях истерии. Примечательно, что некоторые пациенты к беседе с психологом относятся настороженно, считая, что их осматривают, чтобы «снять инвалидность». Больные с позитивным смыслом болезни составляют категорию «трудных больных» и эффективный способ коррекции — лишение «вторичных выгод» либо психотерапевтическая работа по демонстрации больному «упущенных из-за болезни возможностей». Конфликтный смысл болезнь приобретает тогда, когда она способствует достижению одних мотивов и препятствует другим. Аутизация, замкнутость, эмоциональное обеднение больных обусловлены сужением круга мотивов. Доминирование мотива сохранения жизни переструктурирует систему ценностей, мироощущение. Как отмечают сами больные, «все стало другим» [6].

Еще один путь исследования ВКБ — установление факторов, влияющих на ВКБ. Чтобы понять ВКБ, необходимо учитывать факторы, влияющие на ее формирование.

По мнению В. Д. Менделевича, на формирование субъективного отношения к болезни влияют социально-конституциональные фак-

торы (пол, профессия) и индивидуально-психологические (эмоциональность, переносимость боли, разница в болевом пороге, активность, семейные традиции воспитания, стоическая и ипохондрическая позиция, особенности личности, ценностные ориентации, морально-нравственные критерии) [19].

По В. Н. Косыреву, на отношение к болезни влияют: вероятность летального исхода, инвалидизации, хронификации, необходимость радикального или паллиативного лечения, его стоимость, влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения, социальная значимость болезни и традиционное отношение к больным в микросоциуме, влияние болезни на семейную и сексуальную сферы, на сферу интересов. В каждом конкретном случае отношение к болезни имеет индивидуальное своеобразие. Лица зрелого возраста более тяжело реагируют на хронические, инвалидизирующие болезни, что связано с системой ценностей [28].

Факторы, влияющие на ВКБ, А. С. Нелюбина разделяет на 2 группы:

1. Параметры, связанные с личностью (характеристики мотивационно-волевой, эмоциональной, когнитивной сфер, смысло-жизненные ориентации, самооценка, поведенческий тип), социальные факторы — качество жизни, профессия, конституциональные особенности, в том числе патохарактерологические — расстройства личности, психическая патология.

2. Клинические особенности болезни [29].

Таким образом, ВКБ — сложное динамическое образование, ее формирование обусловлено многообразием факторов. На отношение к болезни, в частности, влияют ее характер и тяжесть, отношение к болезни окружающих. Болезнь зависит как от внешних, так и от внутренних, субъективных моментов, от особенностей личности и эмоциональных переживаний. «Психологический фактор» особенно велик в начале болезни и убывает по мере углубления заболевания.

ВКБ — единая действующая система, все звенья которой тесно взаимосвязаны и постоянно взаимодействуют между собой. Множество элементов системы объясняют большое количество классификаций ВКБ.

В зависимости от индивидуальных особенностей структуры личности, жизненных ситуаций и течения болезни психологическая структура ВКБ и ее роль регулятора поведения может быть различной. При изучении ВКБ и ее роли в поведении больного необходим системный подход, анализ основных элементов ВКБ и взаимодействия со структурами личности. При длительно протекающих заболеваниях происходят различные перестройки ВКБ, связанные не только с особенностями течения

болезни, но и со сложными процессами адаптации и дезадаптации личности к болезни, к жизненным ситуациям, которые связаны с болезнью. ВКБ влияет на интерперсональные и социальные отношения человека, и на ВКБ влияют семейные и общественные отношения больного.

В процессе заболевания, по А. В. Квасенко, могут быть выделены 3 этапа, которые отражают динамику личностных реакций на болезнь.

1. Сенсологический этап — осознание неясных неприятных ощущений различной степени выраженности с неопределенной локализацией.

2. Оценочный этап — больной определяет степень значимости проявлений болезни, оценивает свое состояние как переносимое или тяжелое; формирует представление о причинах и возможном исходе болезни. На этом этапе в основном складывается ВКБ.

3. Этап отношения к болезни — переживания, высказывания и действия, поведение больного [27].

Эти этапы автор рассматривает во взаимосвязи с уровнями личности (биологический, индивидуально-психологический и социально-психологический), обращает внимание на возрастной аспект преморбидно-личностных особенностей. Деление формирования ВКБ на этапы условно, в действительности переживание ощущений, оценка их значимости, эмоциональный отклик, проявляющийся в поведении — все это происходит одновременно и связано друг с другом, составляя в сознании больного общую картину переживания болезни [27].

При психической патологии достигнуть терапевтического сотрудничества сложнее, чем при соматической болезни. Болезненность психопатологических переживаний (бред, галлюцинации, расстройства настроения) отрицается пациентами. Лечение вызывает противодействие. При депрессии пациент может не принимать лекарства вследствие ощущения бессмысленности жизни, двигательной заторможенности. У больных психозами отсутствует критика к своему состоянию, возможно, бредовое толкование: назначение лекарств трактуют как отравление. Нарушение медицинских рекомендаций часто связано с опасением побочных эффектов; стигматизацией («лекарства не дают мне забыть о болезни»). Некоторые больные в период ремиссии считают, что вылечились, хотя признают болезнь в прошлом. При психической болезни ВКБ имеет большое значение для комплаенса, определения социальной опасности больного. ВКБ открывает возможность проникновения в компенсаторный потенциал личности: улучшение состояния, формирование критики к переживаниям способствуют достижению комплаенса, больные начинают принимать лекарства, продолжают лечение после выписки [30].

В формировании ВКБ принимают участие различные обстоятельства. Удельный вес каждого из них различен на разных этапах диагностического и лечебного процесса. При этом важны как объективные условия жизни больного (социальные условия, объективная тяжесть болезни, прогноз), так и субъективный контекст деятельности (направленность больного, активность, преморбидные особенности личности). Не меньшую роль при этом играет и совокупность ситуационных особенностей жизни больного, его взаимодействия с миром. Важным ситуационным фактором, формирующим ВКБ, становится вся ситуация лечения: тяжесть и длительность лечебных процедур, степень зависимости больного от медицинской аппаратуры и персонала, содержание и взаимоотношения больного с медработниками.

Различия ВКБ больных, находящихся на стационарном лечении, и больных без утраты трудоспособности отмечает Э. А. Соколова [31]. Изменение мотивационного компонента занимает одно из ведущих мест в личностной деформации при заболевании. При тех заболеваниях, при которых человек остается трудоспособным и занимается профессиональной деятельностью, может отмечаться снижение мотивации профессиональных достижений. Изменение содержания ведущего мотива деятельности происходит при заболеваниях не только по экстенсивности, но и по интенсивности. Изменение интенсивности — начальный этап в изменении мотивационного компонента личности [31].

При болезни, как указывает Э. А. Соколова, возрастает поляризация восприятия окру-

жающего мира, он перестает восприниматься гармоничным. Изменяется восприятие окружающего мира, в частности, отмечается повышение чувствительности: к внешним негативным составляющим профессионального взаимодействия, в котором заложен оценочный компонент; и к негативным составляющим среды, мешающим работе (материальные, организационные трудности). Такое толкование позволяет рассматривать сенситивную составляющую ВКБ более широко [31].

В системе реабилитационных мероприятий возрастает значение целенаправленной активности больного, который предстаёт не только в качестве объекта лечения, но и в качестве субъекта, так или иначе осознающего болезнь и свою роль в восстановлении здоровья. Неадекватная ВКБ отрицательно влияет на течение, исход болезни, семейную, общественную жизнь, реализацию личности. ВКБ — не застывшее образование, реакция на болезнь, а процесс адаптации к болезни. ВКБ имеет значение для дифференциальной диагностики, оценки результатов лечения, разработки реабилитационных программ, понимание ВКБ помогает правильно выбрать психокоррекционные мероприятия. Направленное воздействие на осознание больным своей болезни существенно для его реабилитации.

Учет ВКБ позволяет обоснованно применять дифференцированную психотерапевтическую тактику, в настоящее время активно разрабатывается этап работы с ВКБ при разных видах заболеваний. Периодизация истории изучения ВКБ представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Основные этапы развития учения о ВКБ

1. Начало изучения: Вторая половина XIX – начало XX в. субъективная сторона болезни, целостный подход		М. Я. Мудров, А. Гольдшейдер, Г. А. Захарьин, П. Б. Ганнушкин		8. Изучение ВКБ при соматических заболеваниях 50-е годы XX – начало XXI в. Л. Д. Зикеева, Т. В. Виноградова, Г. Ф. Рыбина, В. В. Костикова, В. Ю. Елецкий, А. В. Штрахова, Ю. Е. Куртанова и др.
2. Выделение современного термина		40–70 годы XX в. Р. А. Лурия, Балинт, Л. Л. Рохлин, Е. А. Шевалев, Е. К. Краснушкин, Я. П. Фрумкин, Д. Д. Федотов и др.		
3. Личностный подход понимания ВКБ		40-е годы XX в. – начало XXI в. – Р. А. Лурия, Р. Конечный, Н. С. Куррек, М. Боухал, А. Ш. Тхвостов и др.		
4. Выделение структуры ВКБ, моделирование ВКБ		70–80 годы XX в. В. В. Николаева, В. М. Смирнов, Т. В. Резникова, Б. Д. Карвасарский, В. А. Ташлыков		
5. Выделение типов реакций на болезнь 80–90 годы XX в. А. Вервердт, Б. А. Якубов, З. Д. Липовски, Н. Д. Лакосина, Д. Г. Бирн, Р. М. Баевский, В. А. Жмуров и др.	6. Выделение типов отношения к болезни 50-90 годы XX в. Р. Баркер, Л. Л. Рохлин, В. Вондрачек, Н. И. Рейнвальд, А. Е. Личко, А. В. Квасенко и др.	7. Выделение факторов, влияющих на ВКБ 80-е годы XX в. – начало XXI в. А. Хулек, Р. Конечный, В. Н. Косырев, В. Д. Менделевич, А. С. Нелюбина и др.	9. Изучение ВКБ при психических заболеваниях 60-е годы XX – начало XXI в. Н. П. Татаренко, В. Я. Костерева, А. С. Познанский, А. С. Новиков, В. М. Банщиков, Г. В. Бурковский	
			10. Изучение ВКБ у амбулаторных и стационарных больных (Э. А. Соколова, 2005 г.)	
			11. Изучение возможностей работы с ВКБ	

**Выводы**

История изучения ВКБ показывает сложный процесс понимания и поэтапного развития учения о ВКБ, которое началось во второй половине XIX в. и продолжается в настоящее время.

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

1. Краткий психологический словарь / под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. — Ростов н/Д: Феникс, 1999. — С. 54.
2. Мудров, М. Я. Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных / М. Я. Мудров // Хрестоматия по истории медицины. — М.: Медицина, 1968. — С. 79–94.
3. Лурия, Р. А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания / Р. А. Лурия. — М.: Медицина, 1977. — С. 38.
4. Конечный, Р. Психология в медицине / Р. Конечный. — Прага: Авиценум, 1983. — С. 245.
5. Курек, Н. С. Дефицитарные нарушения психической активности: личность и болезнь: дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.04 / Н. С. Курек. — М., 1998. — С. 28.
6. Тхостов, А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. — М.: Смысл, 2002. — С. 142.
7. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева — М.: издательство Московского университета, 1987. — С. 6.
8. Резникова, Т. В. О моделировании внутренней картины болезни / Т. В. Резникова, В. М. Смирнов. — Л.: Медицина, 1976. — С. 122–124.
9. Карвасарский, Б. Д. Медицинская психология / Б. Д. Карвасарский. — Л.: Медицина, 1982. — С. 421.
10. Ташлыков, В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. — Л.: Медицина, 1984. — С. 128.
11. Hulek, A. Teoria i praktyka rehabilitacji invalidow / A. Hulek. — Warszawa: Panstwowe wyd. Naukowe, 1969. — P.207.
12. Vervoerd, A. Psychopathological responses to the stress of physical illness / A. Vervoerd // Ad v. In Psychosom. Med. — 1972. — Vol. 8. — P. 345–380.
13. Якубов, Б. А. Психогигиена и психопрофилактика в работе практического врача / Б. А. Якубов. — Л.: Медицина, 1982. — С. 58.
14. Lipovski, Z. L. Psychosocial reactions to psychical illness / Z. L. Lipovski // Can. Med. Ass. J. — 1983. — Vol. 128, № 6. — P. 123–128.
15. Лакошина, Н. Д. Медицинская психология / Н. Д. Лакошина. — М.: Медицина, 1984. — С. 219.
16. Byrne D. G. Psychological responses to illness and outcome after survived myocardial infarction: long term follow-up / D. G. Byrne // Psychosom. Res. — 1982. — Vol. 26, № 2.
17. Баевский, Р. М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии / Р. М. Баевский. — М.: Медицина, 1988. — С. 124.
18. Жмуров, В. А. Психопатология / В. А. Жмуров. — М.: Медицинская книга, 2002. — С. 199.
19. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология: практ. руководство / В. Д. Менделевич. — М.: МЕДпресс, 2001. — С. 436.
20. Вассерман, Л. И. Отношение к болезни больных эпилепсией: клиничко-психологические корреляции / Л. И. Вассерман. — Л.: Медицина, 1990. — С. 62–69.
21. Barker, R. G. Adjustment to physical handicap and illness: A survey of the social psychology of physique and disability / R. G. Barker. — New York: Social Science Research Council. — 1946. — № 55.
22. Рохлин, Л. Л. Сознание болезни и его значение в клинической практике / Л. Л. Рохлин // Клинич. медицина. — 1957. — № 9. — С. 16–24.
23. Vondracek, V. Zeicarska psychologie / V. Vondracek, J. Dobias. — Praha, 1969. — P. 245.
24. Рейнвальд, Н. И. Проявление структуры личности больного в его отношении к своей болезни / Н. И. Рейнвальд // Психология и медицина: матер. к симп. — М., 1978. — С. 47.
25. Кюблер-Росс, Э. О смерти и умирании / Э. Кюблер-Росс. — Киев: София, 2001. — С. 74.
26. Кабанов, М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М. М. Кабанов. — Л.: Медицина, 1983. — С. 104.
27. Квасенко, А. В. Психология больного / А. В. Квасенко. — Л.: Медицина, 1980. — С. 70.
28. Косырев, В. Н. Клиническая психология / В. Н. Косырев. — Тамбов: Изд-во ТГУ им. Г. Р. Державина, 2003. — С. 31–35.
29. Нелюбина, А. С. Роль обыденных представлений в формировании внутренней картины болезни / А. С. Нелюбина // Материалы науч.-практ. конф. / под ред. В. И. Тарасова. — Ярославль, 2006. — Т. 2. — С. 359–363.
30. Данилов, Д. С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации / Д. С. Данилов // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2008. — № 1. — С. 15–19.
31. Соколова, Э. А. Психологические проблемы в понимании медицинских работников и внутренняя картина болезни / Э. А. Соколова // Материалы респ. науч. конф. «Актуальные вопросы теоретической и практической медицины», Гомель, 2 дек. 2005 г. / Гомел. гос. мед. ун-т; редкол.: С. В. Жаворонок [и др.]. — Гомель, 2006. — Т. 2. — С. 93–95.

Поступила 16.01.2012

УДК 611.959:616-009.7-073.48

## МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОДВДОШНО-ПОЯСНИЧНОЙ СВЯЗКИ

А. М. Юрковский, О. И. Аникеев

Гомельский государственный медицинский университет

**Цель исследования:** определить наиболее эффективные приёмы ультразвукового исследования подвздошно-поясничной связки.

**Материал исследования:** произведена оценка возможности использования различных анатомических образований в качестве топографических ориентиров, для визуализации зоны расположения подвздошно-поясничной связки.

**Результаты.** Использование предложенных топографо-анатомических ориентиров позволило во всех случаях визуализировать подвздошно-поясничную связку.

**Заключение.** Метод сонографии является довольно надёжным методом обнаружения подвздошно-поясничной связки.

**Ключевые слова:** подвздошно-поясничная связка, сонография

## METHODOLOGICAL ASPECTS OF ULTRASOUND INVESTIGATION OF ILIOLUMBAR LIGAMENT

A. M. Yurkovskiy, O. I. Anikayev

Gomel State Medical University

**Aim of research:** To define the most effective methods of ultrasound investigation of the iliolumbar ligament.

**Materials and methods:** the possibility of the application of different anatomical structures as topographical landmarks for the visualization of iliolumbar ligament has been evaluated.