

ЗНАЧЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА

Внутренняя картина болезни – это «все то, что испытывает, переживает больной. Вся масса ощущений, общее самочувствие, самонаблюдения, его представления о своей болезни, ее причинах... – весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [4–6]. Внутреннюю картину болезни следует рассматривать как единую действующую систему, все звенья которой тесно взаимосвязаны и постоянно взаимодействуют между собой. При анализе структуры внутренней картины болезни важно не только выделять ее отдельные звенья, но и дифференцировать их.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, индивидуальная программа реабилитации или абилитации.

T.V. KOSENKOVA, PhD in medicine, N.P. KUPRINA, MD, T.Yu. KHABAROVA, PhD in psychology, O.V. SERGEEVA, MD.
Burdenko Voronezh State Medical University

SIGNIFICANCE OF THE INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE FOR THE CREATION OF AN INDIVIDUAL REHABILITATION OR HABILITATION PROGRAM FOR PEOPLE WITH DISABILITIES

The internal picture of the disease is “everything that is experienced and underwent by the patient. The whole complex of feelings, the general state of health, self-observation, his idea of his illness, its causes ... the entire vast world of the patient, which consists of the very complex combinations of perception and sensation, emotions, affects, conflicts, mental experiences and traumas” [4–6]. The internal picture of the disease should be viewed as a single acting system, all components of which are closely interrelated and constantly interact with each other. When analysing the structure of the internal picture of the disease, it is important not only to separate its individual components, but also to differentiate them.

Keywords: internal picture of the disease, individual rehabilitation or habilitation program.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одной из задач психолога федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы является анализ внутренней модели болезни: представления больного о причинах, сущности и имеющихся или возможных био- и социально-психологических последствиях болезни или дефекта, об эффективности терапии и возможности реабилитации, а также его переживания по поводу собственной физической, психологической и социальной недостаточности. Более значимым оказывается в этом контексте субъективно оцениваемая пациентом тяжесть болезни. Взаимодействие личности и болезни, а также конкретной социальной ситуации, в которой она протекает, формируют ситуативно-адекватные (психологический уровень реагирования) или неадекватные (патопсихологический уровень реагирования) клинико-психологические регистры деятельности и представлений больного. Задачей психологического анализа внутренней картины болезни (далее ВКБ) является оценка реабилитационного потенциала личности и необходимости психологической коррекции ВКБ [2, 8, 9].

Цель: клинико-психологический анализ ВКБ освидетельствуемого преследует несколько целей. Во-первых, такой анализ позволяет уточнить уровень реагирования личности на болезнь (дефект) – психологический или патопсихологический – и оценить возможность формирования установочного поведения. Во-вторых, анализ ВКБ позволяет уточнить реабилитационный потенциал

личности, и, в-третьих, он является одним из направлений психокоррекционной работы в рамках психологического аспекта индивидуальной программы реабилитации или абилитации (далее ИПРА), если она формируется.

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ

К психологическим факторам, участвующим в формировании ВКБ, относят индивидуальные особенности личности – тип темперамента, характер как систему социально-психологических отношений («я – он»; «я – группа»; «я – созидательная деятельность»; «я – окружающий материальный мир»; «я – я»), а также уровень интеллекта и особенности мотивационной сферы (иерархия потребностей, шкала ценностей, уровень притязаний, самооценка, жизненные установки, общая направленность личности). В формировании ВКБ имеет значение и состояние психических процессов с учетом возраста и имеющегося заболевания.

В клинико-экспертной психологии особое значение имеют фазы первичной фрустрации, активной адаптации, вторичной фрустрации, «капитуляции» и фаза формирования компенсаторных механизмов.

Фаза первичной фрустрации характеризуется сменой жизненного стереотипа больного, появлением чувства страха, тревоги, растерянности, беспомощности, нарастающей социальной недостаточности. Фаза первичной фрустрации является результатом реакции личности не только на физический дискомфорт, но и на социально-психологические

«неудобства», вызываемые болезнью, что лишает человека уверенности в себе, собственных силах, возможностях и приводит в состояние фрустрации. На этом этапе им наименее проработана информационная сторона аутопластической картины болезни. Поэтому своевременная и четко организованная психокоррекционная работа позволяет значительно нивелировать фрустрационное напряжение.

Фаза активной адаптации характеризуется «приспособлением» личности к новой роли и измененному жизненному стереотипу, что ведет к уменьшению тревоги, страха, удрученности и безысходности. Больной начинает приспосабливаться к своим возможностям, новой социальной роли, измененному жизненному стереотипу. Определенные, даже временные, успехи терапии позволяют сформировать реальную жизненную перспективу, включающую все аспекты реабилитации, ее этапы, конечный результат, а также возможность реализации прошлых жизненных планов или необходимость смены установок, формирование новой социальной роли, социального статуса. В связи с этим в ряду факторов, фрустрирующих больного, собственно клинические проявления болезни начинают отступать на второй план, а ведущими становятся ее неблагоприятные физические, психологические и социальные последствия. На данном этапе аутопластическая картина болезни становится более проработанной, четкой и определенной. Ее эмоциональная сторона стабилизируется отчасти за счет расширения информационной стороны и формирования реальной перспективы. Волевая сторона аутопластической картины болезни организуется в соответствии с конкретным планом реабилитационных мероприятий, что является благоприятным фактором для формирования оптимального психологического контакта и рабочего альянса с больным, необходимых для успешной реализации ИПРА.

Фаза вторичной фрустрации. Эта фаза формируется, если течение заболевания или его обострение не соответствуют выстроенной больным ВКБ и перспективе улучшения состояния здоровья либо болезнь (дефект) оставляет необратимые последствия. Неудачи реабилитационных мероприятий, особенно их медико-биологического аспекта, разрушают перспективу личности на расширение сфер его жизнедеятельности и восстановление прежнего жизненного стереотипа. Это, естественно, приводит к еще более глубинным эмоциональным переживаниям в виде усиления тревоги, неуверенности в себе и своем будущем, появлению недовольства, раздражительности и даже агрессии в адрес врачей, родных и близких, к снижению настроения вплоть до депрессивного уровня с возможными суицидными мыслями и действиями. Это «сопротивление» нередко выражается в конфликтах с микросоциальными группами (семья, рабочая и учебная группы, группа «по интересам»), в поисках особых методов лечения, в полном недоверии и отказе от чьей-либо помощи и даже в асоциальных формах деятельности (алкоголизация, наркотизация, поиск контактов с делинквентной социальной средой и т.п.). Трансформация ВКБ может формироваться и через волевую сторону аутопластической картины болезни, что характеризуется отказом (ослаблением) от активной деятельности по реализации ИПРА, а нередко отказом от реабилитационных мероприятий вообще.

Фаза вторичной фрустрации опасна также из-за возможного «срыва» механизмов психологической защиты и появления болезненных форм личностного реагирования на жизнь в ситуации «болезнь» как патопсихологического, так порой и психопатологического уровня.

В фазе вторичной фрустрации клинические проявления болезни могут обраться симптоматикой личностного регистра (неврозоподобной и психопатоподобной).

Фаза вторичной адаптации. Человек (личность), живущий в ситуации «болезнь», не может бесконечно долго существовать во вторичной фрустрационной внутренней модели болезни. Выход из состояния фрустрации происходит через формирование компенсаторных образований переходом в личностные механизмы компенсации, которые могут формироваться по нескольким направлениям.

Медико-биологический вариант «компенсации» обычно ведет к ипохондризации больного, т.н. уходу в болезнь.

Аутопсихологические механизмы компенсации представляют собой патопсихологические формы реагирования личности, что проявляется в виде различных общевротических расстройств (синдромов): обсессивно-фобического, неврастенического, ипохондрического, истерического, синдрома невротической депрессии или их сочетаний.

Характер (особенности), стойкость и степень выраженности возникающей в подобных случаях социальной недостаточности и (или) ограничения жизнедеятельности могут быть обусловлены не только проявлениями соматического заболевания, но и присоединившейся симптоматикой патопсихологического регистра.

Именно с этой фазой чаще всего приходится сталкиваться в своей работе психологам МСЭ [1, 3, 10, 11].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

ВКБ создается в рамках конкретной социальной ситуации и конкретной патологии, в контексте которых больной воспринимает, оценивает и анализирует возникшие био-, социопсихологические проблемы, являющиеся следствием жизни в ситуации «болезнь».

Сложный патогенез формирования ВКБ, предполагающий взаимодействие, взаимовлияние указанных составляющих (медико-биологических, социальных и психологических), обуславливает необходимость при клинко-психологическом обследовании тщательного системного анализа всех данных о личности и ВКБ освидетельствуемого.

Психологический портрет личности включает в себя анализ личности как единой переменной функциональной адаптивности, анализ состояния личностных структур (темперамент, характер, интеллект, мотивационная сфера).

Основанная цель такого анализа – представление об уровнях реагирования, наличии установочного поведения и оценки реабилитационного потенциала, а также более глубокий анализ ВКБ. Понятно, что психологический портрет играет особую роль при психокоррекционных мероприятиях. Для уточнений патопсихологического уровня реагирования личности необходим клинко-психологический анализ не только особенностей ВКБ, но и особенностей личности освидетельствуемого. Подбор методик проводится индиви-

дуально, учитывая диагноз больного, возраст, уровень образования, руководствуясь соображением о том, как больной понимает цель исследования и как к ним относится.

При проведении психологического обследования в рамках медико-социальной экспертизы используются три метода психологического анализа:

- психобиографический,
- метод клиничко-психологического наблюдения,
- экспериментально-психологическое обследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Обследование проводилось на базе ФКУ «ГБ МСЭ по Воронежской области» Минтруда России в рамках стандартного психологического обследования с применением методики ТОБОЛ.

Анализируя данные, полученные при психологическом обследовании за 2013–2015 гг., можно сделать вывод об увеличении числа больных с патопсихологическим уровнем реагирования (табл. 1, 2). В рамках проведения МСЭ это обусловлено тем, что на экспертизу попадают наиболее тяжелые больные. Таких больных в 2013 г. было около 52%, в 2015 г. число увеличилось до 77%.

ВЫВОДЫ

Формирование компенсаторных механизмов личности по социальной направленности, по существу, является компенсацией по типу «второй жизни». Понимание и принятие факта неустранимости болезни, ее последствий и необходимости жизни с ограниченными возможностями, жизни в ситуации «болезнь» ведет к адекватной переоценке и смене уровня притязаний, шкалы ценностей, жизненных целей и установок. Обретение «второй жизни» способствует постепенной дезактуализации ВКБ за счет появления альтернативных жизненных целей и установок, а также успехам на пути их реализации, что ведет к уменьшению в конечном итоге степени социальной недостаточности. Такой путь компенсации, несомненно, является наиболее продуктивным как в социальном, так и в

Таблица 1. Данные о количестве больных, направленных на обследование «личность – болезнь» (% от общего количества обследуемых)

Год	2013	2014	2015
Всего направлено	258 (40%)	307 (52%)	295 (77%)
Психологический уровень реагирования	42	26	32
Патопсихологический уровень реагирования	216	281	263

Таблица 2. Оценка патопсихологического уровня реагирования по степени выраженности

Год	2013	2014	2015
степень			
I (легкая)	9 (4%)	42 (15%)	35 (13%)
II (умеренная)	204 (94%)	234 (83%)	226 (86%)
III (стойко выраженная)	3 (2%)	5 (2%)	2 (1%)
Всего обследуемых	216	281	263

психологическом плане, поэтому как реабилитационную составляющую его следует использовать при разработке и реализации соответствующих аспектов ИПРА.

Для успешной реализации ИПРА необходимо, чтобы ВКБ личности была адекватна его настоящему статусу по всем направлениям (медико-биологическое, социальное и психологическое), в связи с чем в психологический аспект реализации ИПРА может быть включена и психокоррекция ВКБ в тех случаях, когда это представляется необходимым и возможным.

Таким образом, анализ ВКБ позволяет уточнить уровень реагирования личности на болезнь, оценить возможность реабилитационного потенциала, что является одним из направлений психокоррекционной работы в рамках психологического блока ИПРА.



Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в ходе написания данной статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Войтенко Р.М. Пограничные состояния. Избранные вопросы. СПб., 2011. 251 с./ Voitenko R.M. Boundary states. Selected questions. St. Petersburg, 2011. 251 p.
2. Войтенко Р.М. Клиничко-экспертная психология. Руководство для клинических психологов и врачей. СПб., 2010. 260 с./ Voitenko R.M. Clinical Expert Psychology. Guidelines for clinical psychologists and practitioners. St. Petersburg, 2010. 260 p.
3. Войтенко Р.М., Саковская В.Г., Филиппова М.П. Изменения психических процессов и методы их исследования. Значение в МСЭ. учебно-методическое пособие. СПб.: АЙСИНГ, 2012. 44 с./ Voitenko R.M., Sakovskaya V.G., Filippova M.P. Changes in mental processes and methods to study such changes. A role in sociomedical assessment. Study Guide. SPb.: AYSING, 2012. 44 p.
4. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 384 с./ Luria A.R. Fundamentals of Neuropsychology. Textbook for students of higher educational institutions. M.: Akademiya Publishing Center, 2003. 384 p.
5. Лурия А.Р. Внимание и память: материалы к курсу лекций по общей психологии. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1975. 104 с./ Luria A.R. Attention and memory: materials for the lecture course on general psychology. M.: Publishing House of Moscow University, 1975. 104 p.
6. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. М.: Мир, 1977./ Luria A.R. Internal picture of diseases and iatrogenic diseases. M.: Mir, 1977
7. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Методика определения типа отношения к болезни. *Журнал невропатологии и психиатрии*, 1980. 8: 1527-1530./ Lichko A.E., Ivanov N.Ya. Procedure for determining the type of attitude toward illness. *Zhurnal Nevropatologii i Psikhiiatrii*, 1980. 8: 1527-1530
8. Организационно-методическое обеспечение психологической экспертно-реабилитационной диагностики в учреждениях МСЭ. Методическое руководство. М.: ФГУ ФБ МСЭ, 2012./ Organizational and methodological support of psychological expert-rehabilitation diagnostics in sociomedical assessment institutions. Methodical guidance. M.: FGU FB SMA, 2012
9. Психологические аспекты реабилитационного потенциала инвалида. Методические рекомендации для психологов учреждения медико-социальной экспертизы и реабилитации. М., 2002, 120 с./ Psychological aspects of the rehabilitation potential of the disabled. Methodical guidelines for psychologists of the sociomedical assessment and rehabilitation institution. M., 2002, 120 p.
10. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. СПб НИПНИ им. Бехтерева, СПб., 2005./ Psychological diagnosis of attitude toward illness. A manual for doctors. Bekhterev SPb NIPNI. St. Petersburg, 2005
11. Саковская В.Г. Экспертно-психологическая оценка когнитивной сферы при органическом поражении головного мозга: усовершенствованная медицинская технология. СПб.: СПбГМА им. Мечникова, 2008. 24с./ Sakovskaya V.G. Expert and psychological assessment of the cognitive sphere in the organic brain damage: improved medical technology. St. Petersburg: Mechnikov SPbGMA, 2008. 24p.