

РАЗРАБОТКА КОНСТРУКТА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

© 2019 г. ^{1,3}А. В. Васильева, ^{1,2}Т. А. Караваева, ¹Е. Б. Мизинова,
¹В. А. Ташлыков, ²Е. И. Чехлатый

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург; ²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург; ³ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Цель работы – разработка конструкта внутренней картины болезни (ВКБ) при невротических расстройствах (НР) как основного личностного фактора, определяющего использование средовых ресурсов и приверженность лечению в стрессовых условиях заболевания; на основании оценки структуры и механизмов ВКБ определение основных эмоциональных, когнитивных и поведенческих ее составляющих в связи с задачами оптимизации медико-психологической реабилитации. *Методы.* Проведено многомерное когортное аналитическое обсервационное исследование 1 262 пациентов с НР. Применялись клинический, экспериментально-психологический и статистический методы. *Результаты.* Выделены четыре основных типа ВКБ: депрессивный соматоцентрированный (ДС), депрессивный психоцентрированный (ДП), фобический соматоцентрированный (ФС) и фобический психоцентрированный (ФП) с превалированием последнего ($p = 0,036$). Лицам с НР более свойственны «депрессивные» типы ВКБ ($p = 0,028$), с тревожно-фобическими расстройствами – «фобические» ($p = 0,032$), при диссоциативных наблюдается широкий разброс представленности типов ВКБ: ДП – 35,9 %, ДС – 26,0 %, ФП – 25,0 %, ФС – 13,1 %. Показана дисгармоничность межличностной сферы при НР: явное преобладание тенденции к конфликтности и доминированию (фактор доминирования $V 1,17 \pm 0,45$) над склонностью к сотрудничеству и подчинению (фактор доброжелательности $G -0,10 \pm 0,41$). Независимо от типа ВКБ при НР имеет место рассогласование концепций «Я-реальное» и «Я-идеальное», проявляющееся в низкой степени принятия себя и наличии конфликтного отношения к себе. Своеобразие самооценки больных с «депрессивными» типами ВКБ выражается в подчеркивании в переживаниях слабости при одновременном отражении в идеальных представлениях о себе черт уверенности, независимости, настойчивости; с «фобическими» – настороженность и прямолинейность в отношениях с окружающими. *Выводы.* Разработанная концепция ВКБ при НР представляет собой эмоционально-когнитивно-поведенческий конструкт адаптации личности к болезни как основы для психологической стратегии в терапии и медико-психологической реабилитации, направленной на повышение уровня психологического ресурсного резерва пациентов.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, модель репрезентации заболевания, соматизация, невротические расстройства, психотерапия

CONSTRUCT DEVELOPMENT OF THE INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE FOR OPTIMIZATION OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION

^{1,3}A. V. Vasileva, ^{1,2}T. A. Karavaeva, ¹E. B. Mizinova, ¹V. A. Tashlykov, ²E. I. Chekhlaty

¹V. M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg; ² Saint Petersburg State University, Saint Petersburg; ³I. I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg, Russia

The aim of the work is to develop a construct of the internal picture of the disease (IPD) in case of neurotic disorders (ND) as the main personality factor that determines the use of environmental resources and adherence to treatment under stressful conditions of the disease; based on the assessment of the structure and mechanisms of the IPD, the determination of the basic emotional, cognitive and behavioral components in connection with the tasks of optimization of medical and psychological rehabilitation. *Methods.* A multivariate cohort analytical observational study of 1,262 patients with ND was performed. Clinical, experimental-psychological and statistical methods were used. *Results.* Four main types of IPD were singled out: depressive somatocentric (DS), depressive psychocentric (DP), phobic somatocentric (FS) and phobic psychocentric (AF) with the prevalence of the latter ($p = 0.036$). Individuals with ND were more characterized by "depressed" types of IPD ($p = 0.028$), with anxiety-phobic disorders - "phobic" ($p = 0.032$), with dissociative, a wide variation in the representation of IPD types: DP - 35.9 %, DS - 26, 0 %, AF - 25.0 %, FS - 13.1 % was observed. The disharmony of the interpersonal sphere in ND was shown: a clear prepotence to conflict and dominance (dominance factor $V 1.17 \pm 0.45$) over the tendency to cooperate and subjection (benevolence factor $G -0.10 \pm 0.41$). Regardless of the type of IPD in HP there was a mistuning of the concepts "I-real" and "I-ideal", which manifested in a low degree of self-acceptance and the presence of a conflict attitude to oneself. The peculiarity of self-esteem in patients with "depressed" types of IPD was expressed in emphasizing weakness in emotional experience and at the same time reflecting traits of confidence, independence, perseverance in self-ideal; with "phobic" - alertness and straightforwardness in relations with others. *Conclusions:* the developed concept of IPD in case of HP was an emotional-cognitive-behavioral construct of personality adaptation to a disease as the basis for a psychological strategy in therapy and medical-psychological rehabilitation aimed at increasing the level of psychological resource reserve of patients.

Key words: internal picture of the disease, model of disease representation, somatization, neurotic disorders, psychotherapy

Библиографическая ссылка:

Васильева А. В., Караваева Т. А., Мизинова Е. Б., Ташлыков В. А., Чехлатый Е. И. Разработка конструкта внутренней картины болезни для оптимизации медико-психологической реабилитации // Экология человека. 2019. № 12. С. 32–39.

Vasileva A. V., Karavaeva T. A., Mizinova E. B., Tashlykov V. A., Chekhlaty E. I. Construct Development of the Internal Picture of the Disease for Optimization of Medical and Psychological Rehabilitation. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2019, 12, pp. 32-39.

Внутренняя картина болезни (ВКБ), или модель репрезентации заболевания, как она часто обозначается в современных исследованиях, является важным интрапсихическим конструктом, определяющим эмоциональное состояние, поведение и качество жизни человека при столкновении с фактом болезни. Она также в значительной степени влияет на приверженность пациента лечению, отношения с врачом, вероятность развития вторичных нозогенных осложнений [12, 18, 19, 21].

В возникновении и течении невротических расстройств (НР), а также терапии данного контингента больных основную роль играют психологические механизмы, которые определяются внутренними структурами и средовыми воздействиями, опосредующими самосознание пациентов. Наиболее важными этиопатогенетическими факторами, лежащими в основе НР, являются тип ВКБ, психотравмирующая ситуация, жизненные сферы декомпенсации и особенности личности больного [3, 6, 15, 17]. Внутренняя картина болезни может как играть отрицательную роль в терапии НР, способствуя затяжному течению, так и быть полезным регулятором поведения пациента, направленным на преодоление нарушений [20].

В исследованиях, посвященных изучению ВКБ при психосоматических расстройствах и НР, был поставлен ряд актуальных и дискуссионных вопросов, которые определили направленность изучения этого феномена, в частности структуры, невротических конфликтов, зависимости от нейрофизиологических особенностей нервной системы, «Я-концепции», механизмов психологической защиты и влияния их на качество жизни больных [10].

Не столько само заболевание, сколько его интрапсихическая переработка, создание «информационного поля болезни» определяет дальнейшее поведение пациента и включение стресспреодолевающих стратегий, поэтому исследование ВКБ является одним из основных направлений поиска путей выбора мероприятий медико-психологической реабилитации, повышения эффективности лечения, определения терапевтического прогноза [16].

Цель работы — разработка конструкта ВКБ при НР как основного личностного фактора, определяющего использование средовых ресурсов и приверженность лечению в стрессовых условиях заболевания, на основании оценки структуры и механизмов ВКБ определение основных эмоциональных, когнитивных и поведенческих ее составляющих в связи с задачами оптимизации медико-психологической реабилитации.

Задачи исследования:

1. Разработать типы ВКБ в соответствии с клинико-психологическими особенностями больных с НР.
2. Соотнести типы ВКБ с клинико-психологическими особенностями больных с НР, выявить различия в характере влияния биологических, психологических и социальных факторов на формирование уровня и форм осознаваемого и неосознаваемого при разных

формах невротических расстройств в соответствии с установленной типологией ВКБ.

3. Определить механизмы психологической регуляции ВКБ, в частности систему «Я», особенности межперсонального взаимодействия.

Методы

В отделении лечения пограничных психических расстройств и психотерапии НМИЦ ПН имени В. М. Бехтерева было проведено многомерное когортное аналитическое наблюдательное исследование, посвященное изучению патогенетических механизмов НР с позиции ВКБ.

Всего в исследовании приняли участие 1 262 пациента, проходившие стационарное лечение с 1985 по 2018 год с диагнозами, соответствующими выделенным ранее Б. Д. Карвасарским трем основным патогенетическим формам НР [4]. Среди обследованных респондентов согласно МКБ 10 были пациенты с тревожно-фобическими и другими тревожными расстройствами (F40–F41) — 613 человек (48,6 %), диссоциативными (конверсионными) расстройствами (F44) — 392 (31,0 %) и неврастенией (F48) — 257 (20,4 %). Набор пациентов осуществлялся на основании критериев включения и невключения. Критериями включения являлись: добровольное согласие на участие в обследовании, возраст пациентов от 18 до 55 лет, установленный диагноз НР (F40–F41, F44, F48), возможность заполнения опросников; критериями невключения были отказ пациента от участия в обследовании, наличие коморбидной психической и соматической патологии. Возрастной диапазон обследованных больных составлял от 18 до 55 лет, средний возраст ($34,3 \pm 0,5$) года. Распределение по полу: мужчин было 593 человек (46,9 %), женщин — 669 (53,1 %).

На момент исследования по стадии (этапу) развития острое НР было диагностировано у 303 человек (24,1 %), затяжное — у 782 (61,9 %) и невротическое развитие — у 177 (14,0 %). Эти данные соответствуют результатам, полученным в исследовании А. В. Васильевой с соавт., и свидетельствуют о тенденции к хронизации НР [1]. По характеру начала заболевания обследованные респонденты распределялись следующим образом: острое — 581 человек (46,0 %) и постепенное — 681 (54,0 %).

Методы исследования. Ведущим методом исследования, позволившим синтезировать все представления о психопатологической картине НР, личности больного и его жизненной ситуации, был клинический метод. Для сопоставления и интеграции объективных и субъективных, осознаваемых и неосознаваемых компонентов ВКБ материал исследования включал данные, получаемые параллельно от пациентов и лечащих врачей с помощью клинического опроса, наблюдения и экспериментально-психологического метода. Последний был представлен следующими методиками: опросник НР «BVNK-300» [7]; опросник для изучения степени осознания пациентами

психологических механизмов своего заболевания [5]; модификация методики интерперсональных отношений Т. Лири [13].

Статистическая обработка. Проверка на нормальность распределения проводилась на основании использования критериев Колмогорова – Смирнова и Лилиефорса, гомогенность дисперсий осуществлялась с помощью теста Левена. Для оценки частоты встречаемости исследуемого эффекта и сравнения двух дисперсий независимых выборок использовалось угловое преобразование Фишера (двусторонний критерий Фишера). Для сравнения средних шкальных показателей октант применялся однофакторный дисперсионный анализ (One-way ANOVA), который позволил обнаружить значимые различия между средними значениями признаков в сравниваемых группах.

Результаты

На основании клинического и экспериментально-психологического методов сформулированы два основных принципа описания ВКБ.

Первый принцип определен как апперцептивный. В апперцептивных типах ВКБ отражаются особенности «Я-концепции» больных и способы эмоционального реагирования на болезнь как трудную жизненную ситуацию. На основе такой целостной оценки каждый пациент был отнесен к одному из двух типов ВКБ, условно названных «депрессивный» тип ВКБ (Д ВКБ) и «фобический» тип ВКБ (Ф ВКБ).

«Депрессивный» тип проявляется преимущественно в абсолютизации больными представлений об утрате ими прежних или желаемых возможностей, сил, объектов привязанности, в чувстве разочарованности, обиды, несостоятельности, в снижении активности, в признании слабости, при высокой значимости в системе идеальных ценностей самообладания, силы и достижений как определяющих поведение человека в жизненных ситуациях. «Фобический» тип состоит преимущественно в абсолютизации больными опасений, связанных с утратой своей безопасности, в чувстве неуверенности, потери самоконтроля, в признании зависимости от окружающих, при значимости спонтанного уверенного поведения.

Второй принцип описания ВКБ охарактеризован как концептуальный. Он связан со сферой представлений пациента о своей болезни и ее возможных причинах. С этой позиции были выделены «соматоцентрированный» тип ВКБ (С ВКБ) и «психоцентрированный» тип ВКБ (П ВКБ).

Пациентам с С ВКБ свойственна некоторая отчужденность переживания болезни от своего «Я». Такие больные связывают развитие НР с вероятными, по их мнению, органическими нарушениями нервной системы или внутренних органов. Пациенты с П ВКБ причины своего заболевания считают психологическими и связывают с жизненными трудностями и отношениями с людьми.

Апперцептивные Д ВКБ и Ф ВКБ имеют, как правило, устойчиво сохраняющиеся в течение болезни

особенности, в то время как концептуальные типы С ВКБ и П ВКБ нестабильны и в ходе психотерапии могут изменяться.

При анализе полученного материала использовались четыре варианта ВКБ на основе сочетаний Д ВКБ или Ф ВКБ с С ВКБ или П ВКБ: чаще определялся ФП ВКБ – у 431 (34,1 %) невротических пациентов ($p = 0,036$); ДС ВКБ – у 213 (16,9 %); ДП ВКБ – у 242 (19,2 %); ФС ВКБ – у 376 (29,8 %).

Таким образом, невротическим пациентам в целом наиболее свойствен ФП ВКБ, то есть причины своего заболевания они, как правило, считают психологическими и связывают переживаниями тревожного регистра с опасениями за текущие жизненные обстоятельства, близких, тревогой за будущее.

Среди механизмов регуляции ВКБ наиболее существенным является психологический фактор, однако социальные и биологические факторы также принимают определенное участие в формировании и изменении восприятия и отношения больного к своему заболеванию. Установлено, что среди невротических больных с Д ВКБ (особенно с ДП ВКБ) чаще встречаются женщины ($p = 0,004$) и лица старшей возрастной группы ($p = 0,048$), а среди пациентов той же нозологической группы с Ф ВКБ (особенно с ФС ВКБ) – чаще мужчины ($p = 0,036$) и лица более молодого возраста ($p = 0,041$) [14]. Биологическая «почва» (перенесенные в прошлом черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, соматические заболевания) не существует изолированно, а перерабатывается в субъективном мире больного, в его представлениях о своем физическом «Я», поэтому пациенты с невротическими расстройствами с С ВКБ значимо чаще ($p = 0,028$) имеют в анамнезе соматические заболевания, чем невротические больные с П ВКБ.

В ходе проведенного исследования была также определена специфика ВКБ при разных формах НР (табл. 1). Для больных с неврастенией (F48.0, согласно МКБ-10) типичны Д ВКБ ($p = 0,028$): ДП ВКБ был диагностирован у 101 (39,3 %) обследованного, а ДС ВКБ – у 92 (35,8 %). Ф ВКБ у пациентов с неврастенией встречаются реже: ФС ВКБ имели 43 (16,7 %) обследованных больных, ФП ВКБ – 21 (8,2 %). Среди больных с диссоциативными (конверсионными) расстройствами (F44) наиболее распространен ДП ВКБ – 141 (35,9 %) пациент, реже встречаются ДС и ФП варианты ВКБ – у 102 (26,0 %) и 98 (25,0 %) респондентов соответственно, а также ФС ВКБ – у 51 человека (13,1 %). Для пациентов с тревожно-фобическими и другими тревожными расстройствами (F40–F41) характерными являются Ф ВКБ и не типичны Д ВКБ ($p = 0,032$). Так, ФП ВКБ был диагностирован у 312 (50,9 %) обследованных, ФС ВКБ – у 282 (46,0 %), в то время как ДС ВКБ был выявлен только у 19 (3,1 %) больных с тревожными расстройствами, а ДП ВКБ не верифицировался у данного контингента больных (0 %).

Таблица 1
Распределение типов внутренней картины болезни среди пациентов с невротическими расстройствами

Тип невротического расстройства	Тип ВКБ				Итого	Отличия между группами
	ДП ВКБ группа 1	ДС ВКБ группа 2	ФС ВКБ группа 3	ФП ВКБ группа 4		
Неврастения	101 39,3 %	92 35,8 %	43 16,7 %	21 8,2 %	257	1 и 3** 1 и 4** 2 и 3** 2 и 4**
Диссоциативные (конверсионные) расстройства	141 35,9 %	102 26,0 %	51 13,1 %	98 25,0 %	392	1 и 3** 2 и 3**
Тревожно-фобические расстройства	0** 0 %	19 3,1 %	282 46,0 %	312 50,9 %	613	1 и 3** 1 и 4** 2 и 3** 2 и 4**
Итого	242 19,2 %	213 16,6 %	376 29,8 %	431 34,1 %	1262 100 %	1 и 3** 2 и 3** 1 и 4** 2 и 4**

Примечание. ** – значимость отличий $p < 0,01$.

Проведенное экспериментально-психологическое исследование особенностей коммуникативного поведения больных с невротическими расстройствами в соотношении с типами ВКБ в целом указывает на отсутствие акцентуации определенных поведенческих стереотипов, дезадаптирующих качеств. Как видно из данных табл. 2, средние значения ни по одному из октантов «Опросника интерперсональных отношений» не выходят за уровень восьми баллов.

Выявляется довольно значимая дисгармоничность межличностной сферы пациентов с НР, поскольку, несмотря на нормативную выраженность измеряемых коммуникативных характеристик, их приспособительное значение снижается несогласованным распределением оценок по октантам. В системе межперсональных отношений тенденция к тесному сотрудничеству (VII октант) и пассивно-подчиненное поведение (V октант) плохо согласуются со стремлением занимать недоверчиво-скептическую позицию в общении с окружающими (IV октант). Вероятно, оценивая свои интерперсональные качества, обследованные больные подчеркивают собственные

Таблица 2
Сравнение средних показателей по шкалам личностных черт «Опросника интерперсональных отношений», $M \pm \sigma$

Тип личностных черт (октант)	Аспект оценки	ДС ВКБ (n = 213)	ДП ВКБ (n = 242)	ФС ВКБ (n = 376)	ФП ВКБ (n = 431)	Вся выборка (n = 1262)
I. Властный – лидирующий	1	5,12±0,12	4,02±0,12	3,24±0,19	4,43±0,21	4,03±0,18
	2	6,14*±0,14	6,35*±0,16	6,25*±0,12	6,76*±0,22	6,69±0,17
	3	4,08±0,16	4,36±0,15	3,34±0,16	3,96±0,14	3,78±0,12
II. Независимый – доминирующий	1	4,54±0,12	4,22±0,17	3,48±0,14	3,99±0,16	3,68±0,14
	2	5,62*±0,19	5,69*±0,11	5,34*±0,18	5,41*±0,17	5,54±0,16
	3	4,50±0,22	5,03±0,19	3,36±0,16	3,92±0,18	4,42±0,16
III. Прямолинейный – агрессивный	1	5,78±0,17	4,94*±0,15	7,38±0,14	4,60±0,19	5,05±0,17
	2	5,25±0,15	4,72±0,17	4,49±0,13	4,90±0,14	4,91±0,18
	3	2,97**±0,13	3,46**±0,18	2,94**±0,16	3,22**±0,15	3,12±0,14
IV. Недоверчивый – скептический	1	6,82*±0,14	6,83*±0,19	6,60*±0,21	7,66*±0,15	6,32±0,17
	2	1,22±0,12	1,20±0,14	0,75±0,21	1,25±0,16	1,08±0,16
	3	5,13**±0,16	5,25**±0,16	4,55**±0,18	4,89**±0,17	4,64±0,17
V. Покорный – застенчивый	1	7,96*±0,16	5,15*±0,17	6,18*±0,17	5,39*±0,12	5,67±0,22
	2	3,57±0,14	3,74±0,21	3,38±0,16	3,53±0,15	3,56±0,19
	3	3,32**±0,15	2,77**±0,14	3,88**±0,12	4,19**±0,13	3,66±0,14
VI. Зависимый – послушный	1	4,01*±0,21	7,49*±0,14	5,85*±0,14	5,67*±0,14	5,43±0,14
	2	3,26±0,14	3,02±0,16	2,55±0,19	3,02±0,14	2,98±0,17
	3	3,24**±0,16	2,85**±0,19	4,55±0,18	4,73**±0,18	3,86±0,19
VII. Сотрудничающий – конвенциональный	1	6,49±0,15	6,26±0,18	6,38±0,16	6,65±0,19	5,51 ± 0,18
	2	6,62±0,14	7,04±0,18	6,98±0,16	6,88±0,16	6,92±0,17
	3	2,31**±0,16	2,32**±0,17	3,61**±0,19	3,58**±0,14	3,12±0,14
VIII. Ответственный – великодушный	1	6,47±0,17	6,32±0,15	5,45±0,16	6,29±0,15	4,76±0,19
	2	6,22±0,18	6,54±0,23	6,82±0,18	6,12±0,16	6,62±0,16
	3	0,83**±0,14	1,25**±0,17	1,82**±0,17	1,72**±0,16	1,66±0,14
Фактор доминирования (V)	1	2,21±0,14	1,98±0,16	2,41**±0,17	2,01±0,14	1,17±0,45
	2	6,61*±0,15	6,93*±0,18	6,50*±0,19	6,68*±0,15	6,34±0,17
	3	4,46±0,19	5,02±0,15	3,39±0,17	3,94±0,14	4,46±0,136
Фактор доброжелательности (G)	1	0,04±	-0,04±	-0,12±	-0,13±	-0,10±0,41
	2	-0,09±	-0,08±	-0,08±	-0,10±	-0,09±
	3	-0,07±	-0,10±	-0,12±	-0,08±	-0,09±

Примечания: 1 – «Я-реальное»; 2 – «Я-идеальное»; 3 – «оценка больного врачом»; * – значимость различий между «Я-реальным» и «Я-идеальным» ($p < 0,05$); ** – значимость различий между «Я-реальным» и «оценкой больного врачом».

мягкость, дружелюбие, склонность к компромиссам, застенчивость, уступчивость, пассивность, при этом они не проявляют признаков уверенности в себе, лидерских тенденций, здорового соперничества, независимости и предприимчивости. Подобное поведение детерминировано неуверенностью пациентов в своей значимости и привлекательности для других, стремлением обрести внимание и признание окружающих. Однако, не получая с течением времени ожидаемого отношения, больные с невротическими расстройствами начинают со скептицизмом и негативизмом воспринимать других людей, испытывать неудовлетворенность собой и своим поведением в социуме. Такой неконструктивный паттерн своим следствием имеет нарастание замкнутости, обид и общего недовольства, снижение социальной активности, отсутствие поиска новых контактов, трудности приспособления в коллективе. Негативные эмоции кумулируются, создавая тем самым повышенную напряженность в межличностной сфере.

На внутреннюю несбалансированность описаний указывает также соотношение оценок по октантам и вторичным факторам (V, G), которые являются количественными показателями степени выраженности глубинных (обобщающих) интерперсональных тенденций. Анализ вторичных факторов показал, что для больных с НР характерно явное преобладание тенденции к конфликтности и доминированию (фактор доминирования V $1,17 \pm 0,45$) над склонностью к сотрудничеству и подчинению (фактор доброжелательности G $-0,10 \pm 0,41$). Иначе говоря, субъективно ощущаемая несамостоятельность и зависимость негативно оценивается пациентами и сопровождается диссоциирующим желанием контролировать окружающих людей и управлять ситуацией.

Основные психологические механизмы регуляции ВКБ представляют собой триединство психологического «ядра» невротического расстройства — «Я-концепции», внутриличностного конфликта, или фрустрации, и адаптивных реакций личности. «Я-концепция» невротических пациентов проявляется в особенностях переживания болезни и лечения, роли больного, в типах конфликта и психологической защиты, в отношениях с окружающими. У пациентов с НР в целом независимо от типа ВКБ имеет место значительное рассогласование концепций «Я-реальное» и «Я-идеальное», которое проявляется в низкой степени принятия себя и наличии конфликтного отношения к себе. Больные с НР, считая себя преимущественно неуверенными, подчиняемыми и недоверчивыми, хотят видеть себя прежде всего отзывчивыми, дружелюбными и доминирующими. Своеобразие самооценки больных с Д ВКБ выражается в подчеркивании ими в субъективных переживаниях слабости при одновременном отражении в идеальных представлениях о себе черт уверенности, независимости, настойчивости, т. е. понятий стеничности и силы. Характерным для невротических пациентов с Ф ВКБ является настороженность и прямолинейность в отношениях с

окружающими. Пациенты с ДС ВКБ считают себя более покорными и застенчивыми, пациенты с ДП ВКБ склонны к зависимым отношениям и покорности, в то время как больные с ФС ВКБ более прямолинейные и агрессивные, а с ФП ВКБ — недоверчивые и скептические ($p = 0,034$). Больным неврастений (F48.0), особенно с ДП ВКБ, для «Я-реального» характерны более низкие показатели недоверчивости по сравнению с пациентами с диссоциативными (конверсионными) расстройствами (F44) с тем же вариантом ВКБ ($p = 0,026$). Уверенный, независимый и соперничающий стиль поведения чаще подчеркивают в самооценке больные с диссоциативными (конверсионными) расстройствами (F44), особенно с ДС ВКБ. Для больных с тревожно-фобическими и другими тревожными расстройствами (F40—F41) общей особенностью самооценки являются более высокие показатели зависимости, причем при ФС ВКБ выше черты недоверчивости, а при ФП ВКБ — отзывчивости.

Обсуждение результатов

На основании комплексного подхода, позволяющего определить как эмоциональное, так и содержательное отношение к болезни у пациентов с НР, было выделено четыре типа ВКБ: ФП ВКБ, ДП ВКБ, ДС ВКБ, ФС ВКБ. Представленные типы отражают эмоциональный ответ и когнитивную оценку стресса заболевания и связанных с ним средовых взаимодействий. Наиболее часто у пациентов с НР отмечается ФП ВКБ, что свидетельствует о преобладании тревожных опасений за свое здоровье и благополучие, ощущении неуверенности, зависимости от окружающих при понимании значимой роли психологических факторов в возникновении заболевания. В медико-психологических реабилитационных подходах учет и коррекция имеющихся у пациента особенностей психологической саморегуляции и направлений собственной активности, обусловленных ВКБ, способствует выбору оптимальной стратегии, поскольку позволяет более персонализированно подобрать психокоррекционные и психотерапевтические интервенции [8]. В концепции ВКБ необходимо учитывать роль как психологических, так и биологических факторов, соотношение которых может быть различным. В формировании соматоцентрированных представлений, не отражающих истинную природу невротических расстройств и затрудняющих лечение, биологические факторы вносят существенный вклад. Характер формирования типов ВКБ зависит от клинических проявлений: при неврастении более часто определяется ДП ВКБ, при тревожных расстройствах — ФП ВКБ.

Значимость или «личностный смысл» ВКБ отражены в объективных и субъективных проявлениях НР, а также в характере взаимодействия осознаваемой и неосознаваемой психической деятельности больного. Типология ВКБ при НР раскрывает особенности апперцептивного структурирования переживания болезни с доминирующе значимым эмоциональным

восприятием ее Д ВКБ и Ф ВКБ — и концептуализации больными причинно-следственных связей развития болезни — С ВКБ и П ВКБ. Система механизмов регуляции ВКБ при НР представлена «Я-концепцией», внутриличностным конфликтом или фрустрацией потребностей и адаптивными реакциями личности (совладения, компенсации и защиты). В «Я-концепции», ведущем регуляторном механизме личности, у пациентов с НР установлено значительное рассогласование представлений о «Я-реальном» и «Я-идеальном», а также противоречивость и низкий уровень самооценки. Межличностный стиль поведения невротических пациентов меняется в зависимости от типа ВКБ [9], так, больные с Д ВКБ чаще имеют пассивные установки и негативные пессимистичные ожидания от взаимодействия с окружающей средой, с Ф ВКБ обычно прогнозируют неблагоприятный эффект от взаимодействия с окружающей средой с предположительной утратой социального достоинства в связи с симптомами болезни, что, несомненно, оказывает влияния и на качество жизни больных [11].

Заключение

Разработанная концепция ВКБ при НР представляет собой систему понятий и механизмов психической (преимущественно интрапсихической) адаптации личности к болезни, являющуюся основой для психологической стратегии врача в терапии данного контингента больных, что одновременно может быть использовано и для выявления лиц групп риска по дальнейшему развитию заболевания [2].

Повышению эффективности терапии НР способствует концепция болезни «психоцентрированного» типа, высокий уровень осознания психологических причин заболевания, идентификация характерных для каждого типа ВКБ конфликтов, выделение в «Я-концепции» черт активности и сотрудничества, активные механизмы психологической компенсации и защиты. Неблагоприятными факторами терапевтического прогноза отдаленных результатов лечения являются: концепция болезни «соматоцентрированного» типа, низкий уровень понимания больными причин своего заболевания, неадекватные и пассивные механизмы психологической защиты («уход в болезнь», «рационализация», «нетерапевтическое отреагирование»), мотивационная установка на получение «вторичной выгоды» от болезни, сохранение в самооценке высокого уровня черт недоверчивости и зависимости. Прогностически наиболее неблагоприятным является «соматоцентрированный» тип ВКБ у больных с диссоциативными (конверсионными) расстройствами. Механизм «соматизации тревоги» во ВКБ при НР формирует резистентные к терапии факторы фиксации невротических проявлений и приводит к позднему обращению больных к специализированной психотерапевтической помощи, что обуславливает необходимость ранней диагностики и адекватных программ комплексного лечения данного контингента больных.

Оптимизация медико-психологической реабилитации пациентов с НР предполагает персонализированный подход с учетом не только клинических проявлений заболевания, но и переживаний, представлений больного о характере и причинах своих нарушений, что позволяет выделить приоритетные мишени коррекционного и терапевтического воздействия, повысить эффективность проводимых мероприятий. Разработанная концепция ВКБ у пациентов с НР дает возможность оценить большое количество факторов, влияющих на формирование репрезентации заболевания в интрапсихической сфере пациента, и совершенствовать помощь широкому кругу населения.

Авторство

Васильева А. В. внесла существенный вклад в концепцию и дизайн исследования; Караваева Т. А. внесла существенный вклад в концепцию и дизайн исследования, получение и интерпретацию данных; Мизинова Е. Б. существенно переработала статью, внесла существенный вклад в интерпретацию данных; Ташлыков В. А. подготовил первый вариант статьи, внес существенный вклад в концепцию и исследования, Чехлатый Е. И. существенно переработал полученный материал на предмет важного интеллектуального содержания.

Васильева Анна Владимировна — SPIN 2406-9046; ORCID 0000-0002-5116-836X

Караваева Татьяна Артуровна — SPIN 4799-4121; ORCID 0000-0002-8798-3702

Мизинова Елена Борисовна — SPIN 2334-3954; ORCID 0000-0003-3178-543X

Ташлыков Виктор Анатольевич — AuthorID РИНЦ 797218
Чехлатый Евгений Иванович — SPIN 6763-1206; ORCID 0000-0002-5851-0447

Список литературы

1. *Васильева А. В., Караваева Т. А., Полторац С. В.* Затяжные формы невротических расстройств: клинико-психопатологические аспекты и вопросы терапии // *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева.* 2012. № 4. С. 81–87.
2. *Ичитовкина Е. Г., Злоказова М. В., Соловьев А. Г.* Влияние личностных и психосоциальных характеристик на развитие пограничных психических расстройств у комбатантов Министерства внутренних дел // *Вестник психотерапии.* 2011. № 37 (42). С. 56–68.
3. *Караваева Т. А., Бабин С. М., Васильева А. В., Мизинова Е. Б., Полторац С. В., Чехлатый Е. И., Колесова Ю. П., Белан Р. М., Гребенюков С. В., Лукошкина Е. П.* Психогенные психические расстройства: клиника и диагностика состояний невротического уровня: методические рекомендации / ФГБУ «СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева». СПб., 2015. 24 с.
4. *Карвасарский Б. Д.* Общепсихиатрическое значение проблемы невротических расстройств // *Болезнь и здоровье, психотерапия и сопереживание* / под общ. ред. Н. Г. Незнанова; авт.-сост. А. В. Васильева, Т. А. Караваева. СПб.: Изд. дом «Альфа-пресс», 2018. С. 129–144.
5. *Клиническая психология* / ред. Б. Д. Карвасарский. М.; СПб.: Питер, 2007. 960 с.
6. *Лурия Р. А.* Внутренняя картина болезней и патоген-

ные заболевания. 4-е изд. СПб.: Изд. дом «Алеф-Пресс», 2018. С. 36–50.

7. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум / сост. О. В. Барканова (серия: Библиотека актуальной психологии). Красноярск: Литера-принт, 2009. Вып. 2. 237 с.

8. Потанов О. В., Ульянов И. Г. Динамика тревоги и особенностей внутренней картины болезни у лиц с расстройствами адаптации в процессе психотерапии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 3 (66). С. 59–63.

9. Потанов О. В., Ульянов И. Г. Эпидемиология нарушений и искажения внутренней картины болезни у пациентов с расстройствами адаптации макросоциального генеза // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013. № 3. С. 24–27.

10. Сидоров П. И., Новикова И. А., Соловьев А. Г., Мулькова Н. Н. Внутренняя картина болезни при сахарном диабете типа 1 // Проблемы эндокринологии. 2004. Т. 50, № 3. С. 3–6.

11. Сидоров П. И., Соловьев А. Г., Новикова И. А. Социально-психологические аспекты качества жизни больных сахарным диабетом // Проблемы эндокринологии. 2002. Т. 48, № 1. С. 9–13.

12. Сирота Н. А., Московченко Д. В. Психодиагностика страха прогрессирования заболевания: результаты апробации русскоязычной версии опросника страха прогрессирования заболевания // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2014. № 4. С. 86–91.

13. Собчик Л. Н. Диагностика межличностных отношений. Модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири: методическое руководство. М.: Московский кадровый центр при Главном управлении по труду и социальным вопросам Мосгорисполкома. Консультационная фирма, 1990. 24 с.

14. Солохина Н. А. Некоторые подходы к изучению внутренней картины болезни и реакции на болезнь при психических расстройствах в подростковом возрасте // Эл. сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2011. Т. 13. С. 297–298.

15. Ташлыков В. А. Клинико-психологическое исследование «внутренней картины болезни» при неврозах в процессе их психотерапии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1981. Т. 81, № 11. С. 1704–1708.

16. Трегубов Л. З., Заякин Ю. Ю. Исследование внутренней картины болезни (ВКБ) — необходимое условие в современной диагностике психических болезней // Пермский медицинский журнал. 2003. Т. 20, № 2. С. 206–209.

17. Трегубов Л. З., Заякин Ю. Ю. Об истории изучения внутренней картины болезни в клинической практике // Пермский медицинский журнал. 2002. Т. 19, № 2. С. 124–131.

18. Федоряка Д. А. Особенности внутренней картины болезни у больных паническими атаками // Сборник статей конференции «Развитие идей В. М. Бехтерева в современной медицине, психологии и педагогике». 2018. С. 199–202.

19. Федоряка Д. А., Резникова Т. А., Селиверстова Н. А. Изучение субъективных ощущений у больных паническими атаками в структуре внутренней картины болезни // Вестник психотерапии. 2017. № 62 (67). С. 99–109.

20. Шишкова И. М. Понятие о внутренней картине болезни // Личность в меняющемся мире: Здоровье, адаптация, развитие. 2017. Т. 4, № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/ponyatie-o-vnutrenney-kartine-zdorovya> (дата обращения: 02.06.2019)

21. Evaluation of two group therapies to reduce fear of progression in cancer patients / P. Herschbach, K. Book, A. Dinkel [et al.] // Support Care Cancer. 2010. Vol. 18, N 1. P. 471–479.

References

1. Vasileva A. V., Karavaeva T. A., Poltorak S. V. Lingering forms of neurotic disorders: clinical-psychopathological aspects and therapy issues. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V. M. Bekhtereva* [V. M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology]. 2012, 4, pp. 81-87. [In Russian]

2. Ichitovkina E. G., Zlokazova M. V., Solov'ev A. G. The influence of personality and psychosocial characteristics on the development of borderline mental disorders in combatants of the Ministry of Internal Affairs. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy]. 2011, 37 (42), pp. 56-68. [In Russian]

3. Karavaeva T. A., Babin S. M., Vasileva A. V., Mizinova E. B., Poltorak S. V., Chekhatly E. I., Kolesova Yu. P., Belan R. M., Grebenyukov S. V., Lukoshkina E. P. *Psikhogennyye psikhicheskie rasstroistva: klinika i diagnostika sostoyanii nevroticheskogo urovnya: metodicheskie rekomendatsii* [Psychogenic mental disorders neurotic level mental states: clinic and diagnostic: methodic recommendations]. Saint Petersburg, 2015, 24 p.

4. Karvasarskij B. D. Obshchemedicinskoe znachenie problemy nevroticheskikh rasstroystv [General medical significance of the problem of neurotic disorders]. *Bolezn' i zdorov'e, psihoterapiya i soperezhivanie* [Disease and health, psychotherapy and empathy]. Ed. N. G. Neznanov; avt-sost. A. V. Vasil'eva, T. A. Karavaeva. Saint Petersburg, Al'fa-press Publ., 2018, pp. 129-144. [In Russian]

5. *Klinicheskaya psikhologiya* [Clinical psychology]. Ed. B. D. Karvasarskij. Moscow, Saint Petersburg, Piter Publ, 2007, 960 p.

6. Luriya R. A. *Vnutrennyaya kartina boleznei i patogennyye zabolevaniya* [Internal disease construct and pathogenic illnesses]. Saint Petersburg, Alef-press Publ, 2018, pp. 36-50. [In Russian]

7. *Metodiki diagnostiki emotsional'noi sfery: psikhologicheskiiy praktikum* [Methods of diagnostics of the emotional sphere: psychological workshop]. Seriya: Biblioteka aktual'noi psikhologii. Sost. O. V. Barkanova. Krasnoyarsk, Literatura-print, 2009, iss. 2, 237 p.

8. Potapov O. V., Ulyanov I. G. Dynamic of anxiety and peculiarities of internal picture of the illness and the world in persons with adjustment disorders in the process of psychotherapy. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian herald of psychiatry and addiction psychiatry]. 2011, 3 (66), pp. 59-63. [In Russian]

9. Potapov O. V., Ulyanov I. G. Epidemiology of disorders and distortion of the internal picture of disease in patients with macrosocial disadjustments. *Nevrologiya, neiropsikhiiatriya, psikhosomatika* [Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics]. 2013, 3, pp. 24-27. [In Russian]

10. Sidorov P. I., Novikova I. A., Solov'ev A. G., Mul'kova N. N. Internal picture of the disease in type 1 diabetes. *Problemy endokrinologii* [Problems of endocrinology]. 2004, 50 (3), pp. 3-6. [In Russian]

11. Sidorov P. I., Solov'ev A. G., Novikova I. A. Socio-psychological aspects of the quality of life of patients with diabetes. *Problemy endokrinologii* [Problems of endocrinology]. 2002, 48 (1), pp. 9-13. [In Russian]

12. Sirota N. A., Moskovchenko D. V. Psychodiagnostic fear of disease progression the results of trying and testing the Russian version of the Fear of Progression Questionnaire-Short Form. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V. M. Bekhtereva* [Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2014, 4, pp. 86-91. [In Russian]
13. Sobchik L. N. *Diagnostika mezhlichnostnykh otноshenii. Modifitsirovannyi variant interpersonal'noi diagnostiki T. Liri. Metodicheskoe rukovodstvo* [Interpersonal relationship diagnostic. Modified Leary interpersonal communication skills test. Methodical manual]. Moscow, 1990, 24 p.
14. Solokhina N. A. Nekotorye podkhody k izucheniyu vnutrennei kartiny bolezni i reaktsii na bolezni pri psikhicheskikh rasstroistvakh v podrostkovom vozraste [Some approaches to the internal construct of the disease and personality reaction to the illness study in adolescence]. In: *El. sbornik nauchnykh trudov «Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke»* [Electronic collection of scientific works "Health and education in XXI century"]. 2011, 13, pp. 297-298.
15. Tashlykov V. A. Internal construct of the disease in neurosis and its change in the course of psychotherapy clinical psychological study. *Zhurnal nevropatologii i psikhiiatrii im. S. S. Korsakova* [S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1981, 81 (11), pp. 1704-1708. [In Russian]
16. Tregubov L. Z., Zayakin Yu. Yu. Internal construct of the disease assessment as sinequanon of the modern mental disorders diagnostic. *Permskii meditsinskii zhurnal* [Perm medical journal]. 2003, 20 (2), pp. 206-209. [In Russian]
17. Tregubov L. Z., Zayakin Yu. Yu. The history of internal construct of the disease study in clinical practice. *Permskii meditsinskii zhurnal* [Perm medical journal]. 2002, 19 (2), pp. 124-131 [In Russian]
18. Fedoryaka D. A. Osobennosti vnutrennei kartiny bolezni u bol'nykh panicheskimi atakami [The specific of the internal construct of the disease in panic attacks patients]. In: *Sbornik statei konferentsii «Razvitie idei V. M. Bekhtereva v sovremennoi meditsine, psikhologii i pedagogike»* [Conference book of abstracts "The V. M. Bekhterev ideas development in modern medicine, psychology and pedagogic]. 2018, pp. 199-202.
19. Fedoryaka D. A., Reznikova T. A., Seliverstova N. A. The study of subjective sensations in patients with panic attacks in the structure of the internal representation of disease. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy]. 2017, 62 (67), pp. 99-109. [In Russian]
20. Shishkova I. M. The concert of the internal picture of health. *Lichnost' v menyayushchemsya mire: Zdorov'e, adaptatsiya, razvitie* [Personality in a changing world: health, adaptation, development]. 2017, 4 (1). [In Russian]. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/v/ponyatie-o-vnutrenney-kartine-zdorovya> (accessed: 02.06.2019)
21. Evaluation of two group therapies to reduce fear of progression in cancer patients. P. Herschbach, K. Book, A. Dinkel [et al.]. *Support Care Cancer*. 2010, 18 (1), pp. 471-479.

Контактная информация:

Чехлатый Евгений Иванович — доктор медицинских наук, профессор, руководитель Научно-образовательного и клинического центра «Психотерапия и клиническая психология» ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Адрес: 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9

E-mail: chekhlaty@mail.ru