

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

*Факультет №6
Кафедра соціології та психології*

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

з навчальної дисципліни «**Клінічна психологія**»
обов'язкових компонент освітньої програми першого
(бакалаврського) рівня вищої освіти

053 Психологія (практична психологія)

Тема №1 : Внутрішня картина хвороби

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол від 30.08.23 №7

СХВАЛЕНО

Вченою радою факультету
Протокол від 25.08.23 р. №7

ПОГОДЖЕНО

Секцією Науково-методичної ради
ХНУВС з гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін
Протокол від 29.08.23 №7

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології
Протокол від 15.08.2022 №8.

Розробник:

доцент кафедри соціології та психології, кандидат психологічних наук, доцент,
Жданова І.В.

Рецензенти:

1. Доцент кафедри педагогіки та психології Харківської державної академії фізичної культури, кандидат психологічних наук, доцент Павлик О. М.
2. Доцент кафедри соціології та психології факультету № 6 Харківського національного університету внутрішніх справ, кандидат психологічних наук, доцент Шиліна А.А

План лекції:

1. Поняття «внутрішня картина хвороби».
2. Структура внутрішньої картини хвороби..
3. Класифікації внутрішньої картини хвороби.

Рекомендована література:

Основна:

1. Вітенко І.С. Медична психологія [Підручник] К: Здоров'я, 2017. 208с
2. Діденко С.В. Клінічна психологія. Словник-довідник. К.: Академвидав, 2012. 320 с.
3. Максименко С. Д., Цехмістер Я. В., Коваль І. А., Максименко К. С. Медична психологія : підручник / за загальною ред. С. Д. Максименка. 2-е вид. К. : Слово, 2014. 516 с.
4. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: Навчальний посібник. Вид. КНТ Київ, 2016, 368 с.
5. Основи медичної психології : навч.-метод. посіб. Для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рів. акред. та лік.-інтерн. / Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. та ін. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014. 255 с

Допоміжна:

6. Гальчук О.Я. Клінічна психологія : навчальний посібник. К.: Атіка, 2012. 216 с.
7. Максименко С.Д., Чуприков А.П., Прокопович Є.М. та ін.. Патопсихологія. Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. К.: Видавництво ТОВ "КММ", 2012, 210 с.
8. Мартинюк І. А. Патопсихологія. Навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2018. 208 с.
9. Хомуленко Т.Б. Основи психосоматики: навчально-методичний посібник Вінниця: Нова Книга, 2019. 120 с.
10. Шебанова С.Г., Шебанова В.І. Клінічна психологія: навчально-методичний посібник. Херсон, 2019. 192 с.

Конспект лекції.

Питання 1. Поняття «внутрішня картина хвороби».

Традиційно психологічні дослідження особливостей виникнення і протікання тих чи інших захворювань здійснювалися з позиції уявлень про внутрішню картину хвороби (Лурія О.Р., Личко А. Є., Іванов Н.Я., Ю.Р. Резнікова Т.М., Смирнов В.М., Ніколаєва В.В., Ташликов В. А. та ін..).

Концепцію внутрішньої картини хвороби (ВКХ) запропонував О. Р. Лурія (1929 р.). Він розвинув ідеї А. Гольдшейдера про «аутопластичну картину хвороби», зробивши акцент на залежності формування стійкості до захворювання і характеру перебігу хвороби від активності відношення хворого до свого захворювання, до власного внутрішнього світу і до навколишньої реальності. А. Гольдшейдер, у свою чергу, розрізняв «алопластичну картину хвороби», що відображає органічні та функціональні (об'єктивні) зміни, пов'язані

із захворюванням, і «аутопластичну картину хвороби», тобто суб'єктивні уявлення про неї. З точки зору О.Р.Лурія, основною формою впливу соматичного захворювання на психіку людини є психологічна реакція особистості на сам факт захворювання і його наслідки: астенію, хворобливі відчуття і порушення загального самопочуття. Суб'єктивно-психологічну сторону будь-якого захворювання він позначив поняттям «внутрішня картина хвороби» (О.Р. Лурія), яка характеризується формуванням у хворого певного роду почуттів, уявлень і знань про своє захворювання, тобто суб'єктивним ставленням до захворювання. Суть її полягає в інтелектуальній інтерпретації діагнозу захворювання, когнітивній оцінці її тяжкості та прогнозу і формуванню на цій основі емоційного і поведінкового патернів. ВКХ створюється самим хворим на основі сукупності його відчуттів, уявлень і переживань, пов'язаних з його фізичним та психічним станом. Співзвучними до поняття «внутрішня картина хвороби» є поняття «аутопластична картина хвороби», «концепція хвороби», «переживання хвороби», «усвідомлення хвороби», «нозогнозія», «суб'єктивна картина хвороби» та інші, але вони не повною мірою відбивають суть ВКХ.

На думку Кагана В.Є., внутрішня картина хвороби – це не просто реакція особистості на хворобу, але це патопластичний і потенційно патогенетичний фактор. У концепції О. Р. Лурія ВКХ як система переживань і розуміння хвороби отримала права громадянства нарівні з верифікованими даними анамнезу, соматичними та параклінічними симптомами.

ВКХ тісно пов'язана з проблемою критичності мислення..

У ВКХ фіксується все відносини людини до захворювання:

- 1) це те, що буває тільки у хворій людини;
- 2) це психологічне новоутворення у самосвідомості людини (чого в свідомості до захворювання не було);
- 3) виникає на якомусь етапі хвороби.

ВКХ - це складне багаторівневе психологічне новоутворення у самосвідомості хворої людини, що включає в себе чотири основних рівня відображення хвороби.

Питання 2. Структура внутрішньої картини хвороби.

Структура внутрішньої картини хвороби В.В.Ніколаєвою розглядається з точки зору наступних її сторін:

1) *сензитивна сторона або рівень ВКХ* (рівень відчуттів) – відбиває локалізацію болю та інших неприємних відчуттів, їх інтенсивність і т. п. це найменш психологічний рівень за своїм змістом. Він утворений сукупністю всіх хворобливих відчуттів і переживань, які є у хворої людини (болить голова, печіння, свербіж шкіри і т.д. - це при соматичних захворюваннях). При психічних розладах цей рівень слабо проявляється («нічого не болить»), т. е. у психічних хворих не виникають неприємні соматичні відчуття, але з'являються особливі психологічні стани, які є власне проявами хвороби (страх, туга, апатія). Але можуть бути складні переживання, маячні, галюцинаторні («відчуває промені з космосу»). У кожної людини цей рівень різний.

2) *емоційна сторона ВКХ* пов'язана з різними видами емоційного реагування на окремі симптоми, захворювання в цілому, його наслідки. Тобто, являє собою сукупність емоційних реакцій людини, які обумовлені фактом

усвідомлення у себе того чи іншого захворювання. Змінюється з плином часу: спочатку захворювання гострота реакцій більш виражена, потім знижується. Це рівень ставлення до хвороби. Емоційна переробка того факту, що я хворий.

3) *інтелектуальна сторона* / рівень ВКХ (раціонально-інформаційний рівень) пов'язана з уявленнями і знаннями хворого про його захворювання, роздумами про його причини та наслідки, можливостями лікування. Це рівень усвідомлення своєї хвороби, він формується поступово з часом..

4) *мотиваційна сторона* відбиває виникнення нових мотивів і розбудову колишньої мотиваційної структури у зв'язку із хворобою. Цей рівень утворений сукупністю змін перебудов, трансформацій в мотиваційній сфері людини, які обумовлені фактом усвідомлення наявності у себе того чи іншого захворювання.

Р. Конечний та М. Боухал пропонують виділяти у внутрішній картині хвороби також і вольову сторону, пов'язану із прагненням людини впоратися з хворобою, актуалізацією діяльності з повернення і збереження здоров'я.

На підставі цих сторін у хворого створюється модель захворювання, тобто уявлення про її етіопатогенез, клініку, лікування і прогноз, яка визначає «масштаб переживань» (за Лібіх С. С.) та поведінку в цілому.

Зміст внутрішньої картини хвороби залежить від впливу ряду *факторів*:

- характер розладу (гостре або хронічне, наявність чи відсутність болю, косметичних дефектів, збереження або обмеження колишніх можливостей у поведінці та діяльності тощо);
- обставини життя з розладом (поява нових проблем, стигматизація, дискримінація і т. д.);
- особистісні особливості пацієнта;
- соціальний статус до розвитку розладів.

Внутрішня картина хвороби, на думку Лурія О.Р., знаходиться в дуже великій залежності від особистості хворого, його загального культурного рівня, соціального середовища і виховання.

Знання структури та типу внутрішньої картини хвороби дозволяє здійснювати адекватний психологічний супровід процесу одужання людини, обирати адекватну програму психокорекційних заходів, спрямованих на зняття дискомфортних відчуттів, або на зміну модальності переживань, або на активізацію зусиль щодо конструктивного пристосування до хворобливого стану, на корекцію когнітивних установок і способів раціоналізації свого стану.

Питання 3. Класифікації внутрішньої картини хвороби.

Існує декілька класифікацій внутрішньої картини хвороби. Частіше за все виділяють наступні **варіанти ВКХ**.

1. *Адекватний* - характеризується досить повним адекватним відповідністю об'єктивних проявів захворювання і суб'єктивних реакцій на це захворювання. Це оптимальний варіант ВКХ. При такому варіанті хворий вчасно звертається за допомогою, акуратно лікуватися, виконує всі вимоги. Однак, при деяких захворюваннях - з несприятливим літальним результатом - до повної ВКХ прагнути не слід. Тобто, повна ВКХ не завжди є бажаним варіантом.

2. *Загострений варіант (гіпернозогнозія)* - коли хворий сприймає тяжкість свого стану важче, ніж це є об'єктивно (логічний рівень), емоційні

реакції на захворювання більш сильні, більш виражені. Ці хворі становлять додаткові проблеми при лікуванні. Основний метод лікування - психокорекція. В рамках цієї ВКХ функціонує механізм семантико-перцептивного захисту (універсальний механізм захисту, коли ми бачимо не те, що є насправді біле - чорне.) Такий хворий декларує вкрай важкі оцінки свого стану, але від вас чекає більш легкої оцінки, переконання, підтримки.

3. *Збіднена ВКХ (гіпнозогнозія)* = являє собою неповне, часткове, фрагментарне відображення проявів хвороби на одному або декількох рівнях ВКХ. Це найчастіший варіант ВКХ.

4. Анозогнозія - заперечення наявності у себе захворювання. При такому варіанті ВКХ немає, немає усвідомлення хвороби. Хворий вважає себе здоровим, заперечує будь-який прояв свого захворювання. Сам до лікаря не звертається, виникає проблема поводження. Анозогнозія зустрічається частіше при психічних захворюваннях, коли психічно хворий не розцінює свій стан як хворобливе. З такими хворими існують проблеми (тому що є принцип добровільності звернення до психіатра).

Анозогнозія буває також у ракових хворих на 4-й стадії, коли у вмираючого хворого за рахунок інтоксикації всього організму, і перш за все мозку, відсутня можливість адекватного оцінювати своє стану. В даному випадку - анозогнозія носить захисний характер.

При деяких вогнищевих уражень головного мозку, коли вогнище локалізовано в правій півкулі у правшів в лобно-скроневої області, спостерігається особливого роду анозогнозія. Такий хворий не знає про своє дефекті (параліч лівої руки, лівої частини тіла), ліву половину тіла хворий ігнорує, ліве простір. Якщо вогнище в лівій півкулі, то такого не буде. Тобто порушення критики відрізняється при ураженні правої лобної ділянки.

Внутрішня картина хвороби, на думку Лурія А.Г., знаходиться в дуже великій залежності від особистості хворого, його загального культурного рівня, соціального середовища і виховання.

Є й інші класифікації внутрішньої картини хвороби. Так, А.Е. Личко з співавт. в останній класифікації типів ставлення до хвороби виділив гармонійний, ергопатичний, анозогнозичний, тривожно-фобічний, іпохондричний, неврастенічний, депресивний, апатичний, сенситивний (психастеничний), ейфорійний, істеричний, паранойяльний і дисфоричний варіанти. Зустрічаються також змішані типи, наприклад, тривожно-депресивний або ейфорично-анозогнозичний.