

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра психологии

А.Э.Березовский, Н.С.Бондарь, Н.Н.Крайнова

САМОСОЗНАНИЕ  
ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

*Учебное пособие*

Издательство «Самарский университет»  
2000

*Печатается по решению Редакционно-издательского совета  
Самарского государственного университета*

ББК 56.14  
Б 484

Березовский А.Е., Бондарь Н.С., Крайнова Н.Н. Самосознание психически больных: Учебное пособие. Самара: Издательство «Самарский университет», 2000. 36 с.

ISBN 5-86465-183-4

В данном учебном пособии рассматриваются некоторые подходы к исследованию самосознания психически больных. Приведены практические методики для исследования характера нарушений самосознания при различных формах психопатологических синдромов, их динамики в процессе течения болезни. Пособие предназначено для студентов психологических факультетов университетов и медицинских институтов, а также клинических психологов.

Рецензент чл.-корр. РАО, проф. В.А.Петровский  
Ответственный редактор канд. психолог. наук О.В.Лаврова

Б  $\frac{4108110000-082}{6К4(03)-2000}$  Без объявл.

ISBN 5-86465-183-4

© Березовский А.Э., Бондарь Н.С.,  
Крайнова Н.Н., 2000

## ВВЕДЕНИЕ

В последние несколько десятилетий в психиатрии произошли сильные изменения, связанные с успехами в лечении психических заболеваний. В первую очередь успех этот имеет своей причиной появление и широкое распространение фармакотерапии, которое позволило перенести внимание специалистов от острого периода болезни к таким менее ярким проблемам, как реабилитация и социальная адаптация психически больных. На первый план теперь выходит правильное ведение состояний ремиссии или интермиссии. А так как всякое обострение болезни берет начало в ремиссии, особенно важным становится ее качество и продолжительность, которые нередко начинают закладываться еще во время пребывания больного в психиатрической клинике.

Если в клинике человек проявляет себя большей частью как больной, то в социуме он будет проявлять себя как личность, вне зависимости от того, болен он или нет. В решении вопросов клинической практики важной в настоящее время является проблема изучения личности, её компенсаторных возможностей, проблема самосознания, подконтрольности поведения. Дальнейшая разработка этих проблем должна лечь в основу лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, в системе которых важная роль принадлежит клиническому психологу.

Повышение надежности результатов лечения и реабилитации можно наблюдать только тогда, когда работа с больными идет с опорой на психологическое взаимодействие с личностью больного. На самом деле, в медицине давно замечено, что процесс лечения и его эффективность зависят от личности самих больных, их отношения к своему заболеванию. Задача изучения субъективной стороны заболевания была поставлена ещё в прошлом веке в работах М.Я.Мудрова. Начиная с работ М.Я.Мудрова, Г.А.Захарьина, П.Б.Ганнушкина, наметился целостный подход в исследовании больного. Он предполагает изучение и правильное понимание роли личности больного при возникновении того или иного заболевания, что позволяет добиться большей эффективности как в изучении этиологии и патогенеза заболеваний, так и в организации лечения и профилактики болезней.

Изучение нарушений самосознания при психических заболеваниях представляет собой один из наиболее сложных и наименее разработанных разделов клинической психологии и психиатрии. Между тем,

нарушения самосознания наблюдаются при всех изученных формах психических заболеваний. Процессы самосознания обязательно участвуют в формировании и в механизмах любого психического расстройства, накладывают отпечаток на клинические его проявления и поведение больных, входят в структуру нарушений психической деятельности на всех этапах заболевания.

Без исследования самосознания больного картина психической болезни является не полной и не раскрывает всех лечебно-реабилитационных возможностей для больных. Кроме того, проблема изучения самосознания является актуальной в связи с возможностью использования полученных данных для постановки более точного дифференциального диагноза, оценки результатов лечения, разработки реабилитационных программ и экспертизы.

Изучение самосознания, построение различных теоретических моделей самосознания должно отвечать требованиям стремительно развивающейся психотерапевтической практики, отвечать растущим требованиям психотерапии в понимании внутреннего мира больного, предоставить психотерапевту необходимый инструментарий для такого понимания, расширить возможности психотерапии, но ни в коем случае не заключать психотерапевта в узкие рамки единственно «правильного» подхода к данной проблеме.

Клиническому психологу и психотерапевту необходимо знать отношение больного к болезни в целом, к отдельным ее симптомам, к своим возможностям и перспективам возвращения в нормальную жизнь, к проводимому лечению, окружающим.

## ПОНЯТИЕ

### О ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЕ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ

В связи с появлением работ по изучению субъективной стороны заболевания был введен целый ряд терминов, определяющих отражение болезни в психике человека. А.Гольдшейдером было введено понятие "аутопластическая картина болезни"; А.Р.Лурия – "внутренняя картина болезни"; Е.А.Шевалевым, В.В.Ковалевым – "переживание болезни"; Е.К.Краснушкиным – "чувство болезни"; Л.Л.Рохлиным – "сознание болезни", отношение к болезни; Д.Д.Федотовым – "реакция на болезнь"; Е.А.Шевалевым, О.В.Кербиковым – "реакция адаптации"; Я.П.Фрумкиным, И.А.Мизрухиным, Н.В.Ивановым – "позиция к болезни"; В.Н.Мясищевым, С.С.Либихом – "концепция болезни", "масштаб переживания болезни" и др. [11]

Большой вклад в изучение проблемы самосознания болезни внес А.Р.Лурия (1944 г.), сформулировав понятие "внутренней картины болезни". Он называл внутренней картиной болезни всё то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, всё то, что связано для больного с его приходом к врачу, – огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм.

Гольдшейдер назвал всю сумму ощущений, переживаний больного вместе с его собственными представлениями о своей болезни аутопластической картиной болезни и относит сюда не только субъективные симптомы больного, но и ряд сведений о болезни, которыми располагает больной из прежнего своего знакомства с медициной, из литературы, из бесед с окружающими, из сравнения себя с аналогичными больными и т.д.

Гольдшейдер рассматривал сензитивную и интеллектуальную части аутопластической картины болезни. Сензитивная часть состоит из субъективных ощущений, исходящих из конкретного местного заболевания или патологического изменения общего состояния больного. Вторая часть – интеллектуальная – является надстройкой над ними, созданной уже самим больным, размышлением о своей болезни, своём самочувствии и состоянии. Мы имеем здесь сложнейший клубок психических процессов, сущность которых мы ещё не знаем. Интеллектуальная часть имеет огромное влияние не только на функции органов, но и на течение органических процессов в них [10].

В зарубежной литературе мы также находим многообразие терминов, в которых описывается субъективная сторона болезни. Так, используя в качестве основного понятия "аутопластическую картину болезни", Р.Конечный и М.Боухал [6] предлагают следующую классификацию её типов:

- а) нормальная (соответствует объективному состоянию больного);
- б) пренебрежительная (недооценка тяжести болезни);
- в) отрицающая (игнорирование факта болезни);
- г) нозофобная (имеет место понимание того, что опасения преувеличены, но преодолеть своих опасений больной не может);
- д) ипохондрическая (погружение, уход в болезнь);
- е) нозофильная (больной получает удовлетворение от того, что болезнь освобождает его от обязанностей);
- ж) утилитарная (получение известной выгоды от болезни – материальной или моральной).

Эти же авторы отмечают, что аутопластическая картина болезни зависит от влияния ряда факторов:

а) характера болезни (острая или хроническая), наличия или отсутствия болей, косметических дефектов и т.д.);

б) обстоятельств, в которых протекает болезнь (появление новых проблем в семье, в профессиональной деятельности, в ближайшем социальном окружении и т.д.);

в) преморбидной личности (здесь, в частности, ставится вопрос о возрасте больного);

г) социального положения больного.

Из этого многообразия терминологии правомерно выделение общего, интегрального понятия, которое, по возможности, более полно отражало бы субъективную сторону заболевания.

Понятие внутренней картина болезни охватывает разнообразные стороны субъективной стороны заболевания. Это сложное структурированное образование включает по крайней мере четыре уровня психического отражения болезни в психике заболевшего:

1) чувственный – комплекс болезненных ощущений;

2) эмоциональный – переживание заболевания и его последствий;

3) интеллектуальный – выработка представления и знания о болезни пациентом и её реальная оценка, размышления о её причинах и возможных последствиях;

4) мотивационный – выработка определённого отношения к болезни и актуализация деятельности, направленной на выздоровление.

В.Т.Кондрашенко и Д.И.Донской говорят о важности учёта внутренней картины болезни в процессе рациональной терапии, называя это понятие скорее социально-психологическим, чем клиническим, и выделяют в нём три уровня: сенсорный, эмоциональный и интеллектуальный. Сенсорный уровень включает в себя отношение больного к своим болезненным ощущениям, эмоциональный – это оценка больным своей болезни с точки зрения опасности и безопасности, интеллектуальный уровень – это решение вопросов "болен или здоров", "чем, как и у кого лечится" и т.д.

В центре внимания проблемы внутренней картины болезни находится психология личности больного. Однако эта проблема имеет не только медицинские и психологические аспекты. Внутренняя картина болезни в одних случаях играет роль оптимизатора, определяющего поведение, направленное на преодоление болезни, в других – формирует пессимистические прогнозы, сопровождаемые отрицательными эмоциями.

Не только выраженность органических и функциональных нарушений, но и особенности личности, степень осознания и переживания болезни влияют на формирование структуры внутренней картины болезни.

Большое значение имеют также социальный статус личности больного, его роль в семейных и служебных отношениях, степень его трудоспособности, общественное положение, ценностные ориентации,

вынужденное болезнью ограничение поведения, сужение интерперсональных связей, снижение жизненной перспективы, и т.д., которые могут создавать дополнительные, помимо самой болезни, стрессовые ситуации, накладывают свой отпечаток на структуру психологических перестроек личности больного, что следует учитывать при его реабилитации.

Снижение его социального положения может явиться мощным психологическим фактором, создающим нежелательные перестройки в структуре внутренней картины болезни, в частности, невротического генеза, которые в дальнейшем могут фиксироваться.

Наличие неадекватно сформированной внутренней картины болезни может косвенно отрицательно влиять на течение и исход заболевания, создавать серьезные трудности в семейной и общественной жизни, становиться тормозом для реализации личности, а иногда – способствовать изменению (уплощению) самой личности, развитию внутренних конфликтов различного плана и даже тяжелой невротизации.

Понимание внутренней картины болезни помогает клиническому психологу найти нужную тактику в работе с больным, в выборе определенных форм коррекции. Однако при этом нужно знать, на какие звенья внутренней картины болезни можно опираться в психотерапевтической беседе, а какие поведенческие реакции больного следует представить врачу для коррекции лекарственными средствами.

Внутренняя картина болезни занимает также центральное место при решении вопросов об аггравации, симуляции, диссимуляции. Важна роль внутренней картины болезни в решении экспертных вопросов. Степень адекватности внутренней картины болезни объективной картине заболевания может быть различной. Каждый случай её неадекватности требует специального анализа.

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

Являясь психологическим образованием, внутренняя картина болезни имеет определённый нейрофизиологический базис. Правильные и современные представления о нем облегчают подход к пониманию внутренней картины болезни. Важно учитывать, что некоторые черты внутренней картины болезни могут быть связаны с особенностями или патологией структурно-функциональной организации мозга. В психологическом плане *внутренняя картина болезни может рассматриваться как элемент самосознания, сформированный в результате самопознания*. Её можно рассматривать также как сложный комплекс представлений, переживаний и идей, своеобразно отражающих в психике боль-

ного патологические изменения процессов жизнедеятельности организма и связанные с ними условия существования личности, определяемые патологией.

М.М.Кабановым с соавторами был осуществлён опыт теоретического моделирования внутренней картины болезни, так как допускаемые при моделировании сложных объектов и процессов упрощение и схематизация облегчают процесс познания и расширяют его возможности, особенно на начальных этапах. Создание универсальной модели внутренней картины болезни облегчает врачам, психологам, психотерапевтам понимание тех изменений личности, которые детерминируются новыми условиями существования, продиктованными болезнью. Это, в свою очередь, может помочь реализации психотерапевтических задач по адекватной перестройке эмоциональных и рациональных отношений личности к своей болезни, к жизненным задачам, планам и перспективам в рамках, например, рациональной терапии.

В основу теоретической модели внутренней картины болезни авторы положили понятие о "церебральном информационном поле болезни" (ЦИПБ) и формируемой на его основе "психологической зоне информационного поля болезни". Церебральное информационное поле болезни – это сохраняемая в долгосрочной памяти мозга информация о проявлениях болезни, его материальным субстратом являются матрицы долгосрочной памяти, фиксирующие информацию о нарушениях процессов жизнедеятельности организма, вызванных болезнью. Эти матрицы ассоциируются в функциональные комплексы, а последние, возможно, служат основой представлений личности о своей болезни. Названные матрицы или их комплексы могут включаться в информационные системы мозга и благодаря этому влиять на различные стороны работы мозга, а следовательно, и психики.

«Информационное поле мозга» – это нейрональные, главным образом кортикальные, поля, воспринимающие, хранящие и перерабатывающие информацию, на основе которой мозг принимает решения с учетом данной информации. В более узком смысле информационное поле мозга – это та его структурно-функциональная зона, которая обеспечивает переработку информации, необходимой для принятия решения, имеющего отношение к заболеванию. Наиболее стабильной частью этого поля является функциональная структура своего "Я" с его многочисленными отношениями к другим информационным системам (внутренним и внешним). Самосознание – наиболее стабильный элемент в «информационном поле мозга», поскольку основой самосознания является такая психологическая структура, как комплекс "Я". Вместе с этим комплексом ряд тесно спаянных с ним информационных структур образуют именно тот стержневой аппарат личности, по которому все другие образования информационного поля мозга ранжируются как наиболее близкие, менее близкие или далёкие от "Я", приятные или опасные, нужные или бесполезные. Информационное поле

может участвовать как в сознательной, так и в неосознаваемой психической деятельности. По-видимому, церебральное информационное поле болезни содержит информацию не только о патологических явлениях, но и механизмах и путях их преодоления, нормализации.

Таким образом, опыт организма и личности, полученный в условиях болезни и фиксированный в матрицах долгосрочной памяти церебрального «информационного поля болезни», формируется на основе доминирующих мотиваций, эмоций и связанных с заболеванием представлений.

В структурно-функциональной организации базиса внутренней картины болезни, объединяющего церебральное информационное поле и психологическую зону информационного поля болезни (ПЗИПБ), существенную роль играет «схема тела». Систему «схемы тела» можно рассматривать как психофизиологический информационный аппарат, где постоянно формируются и сопоставляются динамический и статический образы тела, а также оперативные образы (образы будущего движения).

В процессе онтогенеза «схема тела» выступает в важной роли гностического аппарата, благодаря которому человек овладевает движениями, воспринимает других людей, совершенствует производственные спортивные (двигательные) навыки. Однако информационные образы тела используются не только в механизмах управления движениями, но они становятся предметом самопознания и самосознания. При нарушении или ослаблении таких процессов может возникать недооценка или переоценка значения проявлений заболевания. На физиологическом базисе системы «схемы тела» формируется личностная надстройка, с помощью которой образуются психологические и эстетические образы тела, несущие уже и оценочную функцию (красиво – некрасиво, плохо – хорошо и т.п.). Эти образы связаны с такими процессами, как представление, воображение, мышление и т.п. Личность бывает пристрастна к одним частям тела и игнорирует другие. При заболевании такая установка приводит к тому, что больной фиксирует внимание на значимых для себя локальных симптомах и не замечает серьёзных признаков заболевания, в результате чего иной раз пропускается важный момент для лечения. На высшем уровне развития системы «схемы тела» – социально-психологическом – формируются образы, связанные с такими представлениями, как мода, интерьер, ролевые функции, мораль и т.д. Поскольку существуют такие представления, как престижные и не престижные заболевания, больной нередко начинает стыдиться и скрывать своё заболевание либо, наоборот, гордится им и слишком часто обращается к врачам, даже когда в этом нет необходимости.

Таким образом, начиная с полианализаторного и до социально-психологического уровня организации системы «схемы тела» создается психологический образ, являющийся основой структуры «Я». При на-

рушении её физиологического уровня возникают, например, различные виды соматоагнозий. Неправильное формирование психологического образа, например, в связи с неправильным воспитанием, ведет к невротическим расстройствам личности. Во всех случаях большая роль принадлежит эмоциональной системе, которая придаёт сенсорному образу определенный эмоциональный тон, а психологическому – эмоционально-социальную оценку.

Для понимания внутренней картины болезни следует учитывать, что психологический образ тела имеет большее значение, чем сенсорный, так как он в большей степени определяет структуру поведения больного и развитие внутренней картины болезни.

Переживание телесного дискомфорта способствует развитию модели симптомов в определенном направлении. В этом отношении большое значение имеет проекция психологического образа тела в будущее (что имеет значение для прогноза заболевания и формирование жизненных планов). Следующий этап обработки информации о проявлениях болезни и их динамики осуществляется на различных уровнях личности. При этом используется запас медицинских знаний, бытующие житейские представления о данном заболевании и т.д.

В результате личность формирует своеобразные комплексы представлений о проявлениях своего заболевания, о его прогнозе и т.д. Речь идет прежде всего о модели ведущих симптомов болезни. Различные модели симптомов классифицируются личностью, между ними устанавливаются определённые иерархические отношения и связи.

В результате формируется центральное звено психологической зоны информационного поля болезни – информационная модель болезни.

В самом элементарном виде модель болезни состоит из двух субмоделей: сенсорно-эмоционального блока и логического блока. Формирование сенсорно-эмоционального блока происходит под влиянием непосредственных впечатлений и переживаний, вызванных проявлениями болезни и их течением. Эта же информация используется и формирования логической субмодели, но в этом случае существенную роль играют концепции, привлекаемые личностью для описания и объяснения причин и механизмов данной совокупности признаков болезни. Полное согласование сенсорно-эмоциональной и логической субмоделей встречается редко. Полная модель внутренней картины болезни создается, по-видимому, лишь тогда, когда складывается система и логических, и эмоционально-мотивационных отношений к болезни, порождающих определенные потребности: сохранения жизни, возвращение здоровья и работоспособности и т.д. Боли, неприятные эмоциональные переживания в связи с ограничением функций, страх инвалидизации, одиночества, смерти – всё это заставляет больного оценивать пессимистически свое состояние. Внутренняя картина болезни – это не только совокупность субъективных моделей проявлений

признаков заболевания, но и концепция данной болезни – реальная или ложная.

“Образование” модели болезни, связанная с ней осознанная или неосознанная потребность избавиться от её проявлений, угрозы инвалидизации или смерти ведут к формированию “программ” и целей личности, направленных на преодоление болезни. При этом образуются модель прогноза заболевания и модель ожидаемых результатов лечения. Модель прогноза данного заболевания выступает как эмоционально напряженный комплекс представлений больного о её вероятном течении и исходе. В зависимости от жизненного опыта, интеллекта, эмоциональной структуры личности, больные по-разному проецируют течение своего заболевания во времени.

При этом полярными параметрами являются полное выздоровление и смерть, между ними могут быть “промежуточные модели” – результаты с частичным выздоровлением.

Модель ожидаемых результатов лечения – образ или набор образов, предвосхищающих такой результат лечения, на который рассчитывает больной или который был внушен ему окружающими или врачом. На некоторых этапах заболевания модель ожидаемых результатов лечения может в значительной мере определять поведение больного. Во время курса лечения у больных формируются психологические модели полученных результатов лечения – эмоционально окрашенные представления, отражающие как реальные, так и мнимые (внушенные, самовнушенные) изменения нарушенных функций в сторону улучшения или ухудшения. На личностном уровне оценка результатов лечения осуществляется путём сличения модели ожидаемых результатов лечения и модели получаемых результатов лечения. При этом совпадение названных моделей вызывает положительные эмоции удовлетворения, а несовпадение, когда модель полученных результатов лечения ниже модели ожидаемых результатов лечения, – отрицательные эмоции, неудовлетворение. Такие эмоции могут быть причиной свертывания модели ожидаемых результатов лечения с отказом от лечения данным методом и депрессией или перестройкой психологической зоны информационного поля болезни с заниженными моделями прогноза заболевания и модели ожидаемых результатов лечения.

Большую роль в формировании ВКБ играет тип эмоциональных отношений (ТЭО) больного к своей болезни, её проявлениям, прогнозу и др. Существуют различные типы подобных отношений.

Гипонозогностический тип: больные игнорируют свою болезнь, пренебрежительно относятся к лечению и т.д. Больной может всё знать о своей болезни, о её серьёзном прогнозе и т.п., но это не вызывает у него эмоций тревоги, беспокойства и пр. У таких больных иногда легко образуется неадекватная (завышенная) модель ожидаемых результатов лечения и “сверхоптимальная” модель полученных результатов лечения.

О гипернозогностическом типе можно говорить в тех случаях, когда у больного имеется преувеличенно яркая эмоциональная окраска переживаний, связанных с болезнью, при этом формируется заниженная модель ожидаемых результатов лечения. Можно выделить также прагматический тип эмоциональных отношений к болезни: больной находится в деловом контакте с врачами, стремится к реальной оценке болезни и прогноза, уделяет внимание оптимальной организации лечебных и профилактических мероприятий.

В основе формирования нозогностических эмоциональных отношений лежат определенные особенности структуры личности, обязательные прежде всего воспитанию. Большое значение имеют психологические критерии для дифференцирования поведения, определяемого типом нозогностических отношений, от симуляции и аггравации.

Симулянт сознательно строит фиктивную картину болезни, аггравант сознательно усиливает имеющуюся картину болезни, в том числе и внутренней картины болезни. Однако у обычных больных различные элементы внутренней картины болезни могут оказаться неадекватными в связи с недостаточной информированностью, а также снижением критики или под влиянием тревоги и пр.

А.Е.Личко и Н.Я.Иванов выделяют 12 типов отношения к болезни: гармоничный, тревожный, апатичный, ипохондрический, меланхолический, неврастенический, сензитивный, обсессивно-фобический, паранойяльный, эгоцентрический, эйфорический, эргопатический.

Отношение к болезни, по мнению авторов, интегрирует все психологические категории, в рамках которых анализируется понятие внутренней картины болезни: это и знание болезни, её осознание личностью, понимание роли и влияние болезни на жизненное функционирование и эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью. Одновременно с внутренней картиной болезни создается другая, противоположная модель – внутренняя картина здоровья, своеобразный эталон здорового человека или здорового органа, части тела и т.д.

Этот эталон может быть достаточно сложным и включать различные элементы в виде образных представлений и логических обобщений. Актуализация и инактуализация этих двух компонентов личности и характеризуют динамику внутренней картины болезни и тем самым влияют на поведение больного. Идеал здоровья также является регулятором поведения, но иногда раньше формируется внутренняя картина болезни.

Следовательно, могут существовать образы психического и физического здоровья. Однако эталон, который человек считает нормой, в определенный период жизни может разрушаться или заменяться другим. Например, с возрастом неизбежно происходит смена эталона здоровья. При неврозах нередко происходит сознательное или бессознательное вытеснение идеала здоровья. "Уход в болезнь" – подавление идеала здоровья, что в определенной жизненной ситуации является

адаптивной реакцией. При изменении ситуации идеал здоровья может возрождаться. В случае анозогнозии, наоборот, образ здоровья становится жестким стереотипом, а динамический образ болезни либо не формируется, либо деструктурируется. Происходит доминирование "образа здоровья" над "образом болезни".

Внутреннюю картину болезни следует рассматривать как единую действующую систему, все звенья которой тесно взаимосвязаны и постоянно взаимодействуют между собой. Отличительными чертами внутренней картины болезни являются множественность и подвижность её элементов, а также сосуществование конкурирующих моделей. При анализе структуры внутренней картины болезни важно не только выделять её отдельные звенья, но и дифференцировать их.

Как свидетельствуют клинические факты и результаты предварительных исследований, структура внутренней картины болезни может быть различной у больных разных нозологических форм. "Удельный вес" различных составляющих внутренней картины болезни зависит и от преморбидных особенностей личности. Неодинаково представлены в сознании отдельные элементы внутренней картины болезни.

Наблюдается определенная динамика внутренней картины болезни с различным соотношением её элементов на разных этапах заболевания. В частности, преобладающие при некоторых заболеваниях вначале чувственные элементы внутренней картины болезни могут полностью исчезать и их место в этом случае могут занимать результаты рассудочной переработки больным факта заболевания и эмоциональная оценка болезни. Различная по структуре и динамике внутренняя картина болезни создает специфические и чрезвычайно важные условия развития перестройки личности заболевшего. Психологический анализ мотивационной сферы больных показывает, что внутренняя картина болезни может способствовать возникновению новой ведущей деятельности у больных, в рамках которой и происходит формирование патологических черт личности.

Клиническому психологу полезно изучать внутреннюю картину болезни и учиться оптимизировать её. Возможна ситуация, когда клинический психолог может принимать участие в формировании внутренней картины болезни, притом не только реальной, но и мнимой, например, у лиц с тяжелыми интеркуррентными заболеваниями с целью облегчения психического состояния. Адекватно сформированные с помощью врача и клинического психолога модели прогноза и модели ожидаемых результатов лечения выступают как важнейший фактор оптимизации психического и общего состояния больного на всех этапах лечения.

## ПРОБЛЕМЫ КОНЦЕПЦИИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

Будучи выделенной как элемент самосознания, не смотря на хорошую разработанность, концепция внутренней картины болезни не лишена некоторых недостатков. Недостатки эти становятся особенно явными при попытках соотнести теоретическую модель внутренней картины болезни с задачами и методами современной психотерапии.

В концепции внутренней картины болезни больной предстает как объект воздействия врача, его самосознание становится предметом направленного лечебного воздействия, что ограничивает круг психотерапевтических методов в рамках, в основном, рациональной терапии. Между тем, спектр применяемых лечебно-реабилитационных методов, в том числе психотерапевтических, должен быть различен, зависеть и от стадии заболевания, и от степени глубины вовлечения личности, ее расстройства. На современном этапе все больше внимания начинает придаваться целенаправленной активности самого больного, его субъективному участию в процессе собственного излечения. В отношении субъективной картины заболевания современные методы психотерапии требуют от психотерапевта особого реконструирования внутреннего мира больного. "Об изучаемом предмете нельзя практически полезным способом рассказать, на него можно обратить или не обратить внимание, его можно открыть в собственном человеческом опыте, в своем переживании, ему нельзя научить, его можно только постигнуть в благоговейном, сочувственном наблюдении за собственным существованием человека и животного в себе, в другом..." (М.Л.Покрасс, 1997)

## ПОНЯТИЕ КРИТИКИ К БОЛЕЗНИ И САМОСОЗНАНИЕ

В психиатрии процесс формирования у больного отношения к болезни и всему, что с ней связано, анализируется не очень широко. В "большой" психиатрии изучаются преимущественно тяжелые формы психозов, при которых *грубо измененное сознание является не столько выражением "внутренней картины болезни", сколько самой психической болезни как таковой.*

Два аспекта этой проблемы традиционно привлекали внимание врачей:

1. Изучение и клиническое описание таких форм психических нарушений, основу которых составляет чувство измененности своего психического и физического "Я", его отчуждение. Т.е. в центре внима-

ния оказывались явления деперсонализации, дереализации, психической анестезии, синдром психического автоматизма.

2. Клиническое рассмотрение особенностей критического отношения к изменениям в собственной личности, или проще, критики болезни.

Сложилась практика оценки критики болезни как полной, частичной или отсутствующей.

Такая позиция не исчерпывает всего, что включено в понятие самосознания. Например, И.И.Кожуховская в понятие критики к психическому заболеванию вкладывает следующее:

- а) критичность к своим суждениям, действиям, высказываниям;
- б) критичность к себе в более глубоком личностном смысле;
- в) критичность к своим психопатологическим переживаниям, что часто рассматривается как критерий выздоровления.

Для большинства клинических работ, в которых изучались критические способности больных к оценке собственных психических нарушений, характерно, что критика к болезни рассматривается как отдельное, самостоятельное свойство, характеризующее состояние психической деятельности. В низкой степени учитывается то обстоятельство, что критическая оценка больным своей болезни есть лишь часть его отношения к своему "Я", характер которого отражает не только особенности болезни, но и личностные качества больного, его прошлое, настоящее и будущее, межличностные контакты, культурные факторы и т.д. Т.е. психиатр констатирует наличие или отсутствие критики к болезни, но генезис того или иного отношения остается нераскрытым. Поэтому понятие критики к болезни нельзя считать достаточным для описания самосознания больного.

## САМОСОЗНАНИЕ И "Я-КОНЦЕПЦИЯ"

В несколько более широком плане понятие самосознание рассматривается в зарубежной клинической психологии и психиатрии. Л.Корб (1973) указывает в восьмом издании американского руководства по психиатрии на необходимость установить при обследовании как больной понимает характер своих личностных конфликтов, границы своей социальной адаптации, причины обращения его к психиатру, желает ли он подвергнуться лечению, чувствует ли он себя изменившимся.

*Самосознание рассматривается как процесс, результатом которого является формирование "Я-концепции", совокупность всех представлений индивида о себе.*

"Я-концепция" имеет 3 уровня:

1. Описательная – составляющая образ "Я"

2. Самооценка, связанная с отношением к себе и отдельным своим качествам.

3. Поведенческая реакция, вызванная образом "Я" и самоотношением, образующие поведенческую составляющую "Я-концепции".

Таким образом, "Я-концепция" имеет три компонента:

- 1) когнитивный;
- 2) аффективный;
- 3) поведенческий,

которые имеют относительно независимую логику развития, но в своем функционировании обнаруживают взаимосвязь.

Самосознание дифференцируется по уровню развития. М.Розенберг выделил следующие параметры, характеризующие, по его мнению, уровень развития самосознания личности.

1. Степень дифференцированности "образа Я": сколько качеств больной в состоянии выделить, какие это качества.

2. Степень слитности качества и его эмоциональной оценки. Если эта степень высока, можно говорить об инфантильности психики, ориентации на хорошие и плохие качества или о наличии сильного аффективного состояния.

3. Степень внутренней цельности, последовательности "образа Я": несоответствие реального и идеального "Я", противоречивость отдельных качеств, которые больной относит к "Я".

4. Степень отчетливости "образа Я", его субъективной значимости для личности. Низкие показатели свидетельствуют о наличии негативных симптомов, нарастании психического дефекта (чаще – эмоционально-волевого).

5. Степень устойчивости и стабильности "образа Я" во времени. Высокая степень характеризует больного, осознающего болезненные изменения в своей психике. У него субъективно присутствует ощущение измененности "Я" ("Раньше я таким не был. Я изменился..."), что является благоприятным признаком.

6. Мера самопринятия. Позитивное или негативное отношение к себе. Этот параметр тесно связан с наблюдаемым у больного синдромом и сам по себе не является основой для благоприятного или неблагоприятного прогноза. У одного больного по мере течения болезни этот параметр может меняться радикальным образом от полного неприятия себя (например, при депрессии) до полного принятия (при мании).

Перечисленные критерии самосознания мы будем дальнейшем использовать при рассмотрении особенностей самосознания больных некоторыми психическими болезнями.

Остановимся в заключении этого обзора на тех аспектах самовосприятия, которые активно изучаются учеными на современном этапе.

1. Взаимосвязь самосознания с особенностями преморбидной личности, прошлым опытом больного.

2. Характер нарушений самосознания при различных формах психопатологических синдромов, их динамика в процессе течения болезни.

3. Влияние на самосознание больного медикаментозного и психологического лечения.

4. Роль самосознания в лечении и реабилитации больных.

5. Возрастные особенности самосознания при расстройствах психической деятельности и поведения.

6. Патофизиологические механизмы изменения самосознания.

7. Соотношение критики к психическим нарушениям и самосознания больных в целом.

В дальнейшем рассмотрим подробнее второй аспект – характер нарушений самосознания при различных формах психопатологических синдромов, их динамику в процессе течения болезни.

## МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ САМОСОЗНАНИЯ

В настоящее время исследованию подвергаются не только результаты акта самосознания в форме самооенок и критики болезни, но и различные стороны самого процесса самосознания, его генезис. В частности, обращается внимание на способность больного к осознанию различных параметров образа "Я" в сопоставлении со способностью оценивать те же параметры "Я" других людей. Изучается способность переноса знаний об окружающих на себя. Важное место уделяется изучению осознания больным своего физического и психического и физического "Я".

Методы, используемые для изучения вышеперечисленных аспектов, можно классифицировать на общие и специальные.

### Общие методы

1. Сопоставление данных объективного (со слов родственников, знакомых) и субъективных (со слов больного) анализа жизни и болезни. При сборе этой информации исследователь получает представление о том, как больной оценивает качества своего характера и личности, свое поведение в различных ситуациях, свои мысли и поступки, а также как характеризует те же явления окружающие, близкие и т.д.

2. Клинико-психопатологическое исследование. Позволяет судить об адекватности и точности субъективных самооенок. Само исследование больного раскрывает некоторые стороны патологии самосозна-

ния. Так констатация у больного синдрома помрачения сознания заставляет предположить одновременное нарушение процессов самосознания. К такому же выводу можно прийти, наблюдая психомоторное возбуждение. Однако в случае ясного сознания большой объем информации можно получить, используя в дополнение к этому методы, специально разработанные для изучения особенностей самосознания.

## Специальные методы

1. Методика "Условного двойника" [Чудновский В.С., 1980] имеет три варианта:

а) методика "воображаемого двойника".

Больному предлагается представить себе, что он встретился с другом (подругой), с которым давно не виделся. Друг с тревогой рассказывает ему том, что... (следует описание болезненных переживаний самого больного). Больной должен высказать свои соображения по поводу состояния двойника и дать ему совет.

Обычно больной догадывается, что речь идет о нем, но включается в игру.

Так больной шизофренией с парафренным бредом на фоне маниакального аффекта, который считает себя абсолютно здоровым, может легко узнавать себя в воображаемом двойнике и без колебаний заявить, что тот "сошел с ума" и его нужно лечить.

В других случаях больные отрицают болезнь у себя и у двойника.

б) методика "конкретного двойника".

В присутствии испытуемого проводится беседа с другим больным со сходной симптоматикой. Необходимо оценить физическое и психическое состояние двойника, дать ему совет.

При нарушении абстрактно-логического компонента самосознания, а так же способности к вчувствованию, идентификация двойника и перенос его на себя оказываются грубо нарушенными.

в) Методика "обобщенного двойника".

Больному предлагается прочитать отрывок из руководства по психиатрии, в котором приводится описание картины болезни, сходной с наблюдаемой у испытуемого.

Здесь менее всего представлен эмоциональный компонент самосознания. Позволяет судить о степени развитости абстрактно-логического познания окружающего мира и своего образа "Я"

2. Методика графической самооценки. Предлагается оценить по определенной шкале выраженность различных качеств.

Например: рост, физическое здоровье, психическое здоровье, память, внимание, настроение, характер и т.д.

Каждая самооценка затем комментируется испытуемым.

Применяется так же вариант этой методики, когда больному предлагается оценить себя по всем указанным параметрам от лица различных людей: папы, мамы, и т.д.

Существуют так же специальные опросники для диагностики самооценки.

## ОСОБЕННОСТИ САМОСОЗНАНИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

### Особенности самосознания больных неврозом (истерия, неврастения)

Клинические проявления истерического невроза, его происхождение и динамика в процессе лечения тесно связаны со структурой "Я" больного, с особенностями преморбидной личности. Ее характеризуют эгоцентризм, завышенная самооценка, впечатлительность, повышенная самовнушаемость, страх перед возможной болезнью, склонность к эмоциональным оценкам окружающего мира и своего места в нем, сниженная способность к самоанализу, неспособность улавливать тонкий эмоциональный подтекст и неумение разбираться в душевных качествах других людей.

Представление о психической болезни складывается у истериков исходя из внешних ярких признаков. Психически больной, по их мнению, человек раздражительный, крикливый, плаксивый, склонный к дракам.

Себя психически больными не считают. Настаивают на наличии у них соматической болезни. Но быстро научаются: делают соответствующие выводы из отсутствия диагноза врачей соматического профиля и факта нахождения в отделении неврозов и общения с другими больными. Начинают считать свою болезнь нервной, но все же отрицают, что она психическая (что, видимо, связано с бытовым представлением о сумасшествии). Такая оценка собственной болезни, основанная на научении, лишена внутренней убежденности. Это обуславливает двойственность высказываний: "Болезнь у меня нервная, но надо лечить сердце..."

Самооценка: завышают умственное развитие: причем чем ниже интеллект, тем выше самооценка. Характер оценивают как хороший, завышают показатели внешней привлекательности, общительности, социальной значимости, считают себя хорошо адаптированными.

Неадекватно заниженными оказываются показатели физического здоровья, счастья, памяти.

Больные без труда узнают свою болезнь в воображаемом двойнике. Оценивают ее как нервную и соматическую.

При прочтении описания болезни в руководстве по психиатрии, все переносят на себя ("Все как у меня. Точь-в-точь..."), при этом игнорируются всякие различия, даже довольно существенные. Считают, что их заболевание еще тяжелее, чем описано в книге.

При обследовании по методике конкретного двойника больные постоянно отвлекались, встревали со своими замечаниями, старались привлечь внимание врача к себе. Различий в характере болезни не усматривали: ("Все одинаково. Но у меня тяжелее...")

В процессе лечения, по мере того, как нормализовался сон, интенсивность сенестопатических болей снижалась, настроение больных улучшалось. Больные начинали более адекватно оценивать память и физическое здоровье, но тем не менее были убеждены, что до полного выздоровления еще далеко.

Перед выпиской почти у всех больных состояние резко ухудшается. Это находит свое объяснение в механизме «бегства в болезнь».

Таким образом, из этих данных можно сделать вывод о том, что в самосознании истерика болезнь имеет особую ценность. Они постоянно бравируют болезнью, преувеличивая в своем состоянии болезненные симптомы. Очень любят говорить о своей болезни, часто только о ней и говорят. Болезнь становится способом привлечения к себе внимания (что является основной целью инфантильного, эгоцентрического "Я" истерика), является способом внутреннего оправдания несоответствия "идеального Я" (сильно завышенного) и реального Я, а также способом "бегства" от фрустрирующих жизненных событий.

Преморбидная личность больных неврастенией характеризовалась общительностью, склонностью к рациональной оценке окружающего мира и своей личности, склонностью к самоанализу, способностью к сопереживанию, умением разбираться в особенностях других людей.

Неврастеники оценивали свою болезнь как нервно-психическую, но настаивали на том, что они больны и соматически.

Общее представление о психически больном, в отличие от такового у истерических больных, было сложным и достаточно дифференцированным.

В отличие от истерических больных, правильно оценивают свой рост и вес, а в хорошем настроении также память и все физические данные. Тем не менее в самооценке существуют парадоксы. К примеру, низко оценивая свою активность и социальную адаптацию, больные при этом сильно завышали свою значимость и полезность для общества.

Считали, что воображаемый двойник болен неврозом, но ему рекомендовалось полечиться у врачей соматического профиля и отдохнуть. Обобщенный двойник: считали, что заболевание нервно-

психическое, лечить надо у психиатра. Больные были способны находить в описании болезни общее и различное со своим состоянием.

При обследовании по методике конкретного двойника, в отличие от истериков, слушали с большим вниманием. Правильно оценивали сходное и различное, тяжесть заболевания (критерием для этого служило настроение свое и двойника).

Т.о. можно сделать вывод о том, что неврастеники обнаруживают способность к легкому переносу знания об окружающих на самих себя. Причем этот перенос включает рационально-логические компоненты самосознания. Это обуславливает достаточно адекватный образ физического и психического "Я".

Сравнительный анализ особенностей самосознания больных шизофренией с неврозоподобными состояниями и больных неврозами.

Известно, что отличительной особенностью самосознания шизофреника является отсутствие критического отношения к болезни, но при этом у больных, например, вялотекущей шизофренией может быть повышенная рефлексия, обостренное осознание своей болезни. Таким образом, критерий критики не может являться решающим в постановке дифференциального диагноза, к тому же надо учесть еще и тот факт, что у больных неврозом критика к болезни также может быть грубо нарушена.

Рассмотрим некоторые особенности самосознания больных шизофренией с неврозоподобной симптоматикой и больных неврозами

Особенности самосознания и поведения больных шизофренией с неврозоподобными проявлениями	Особенности самосознания и поведения больных неврозами
1	2
<p><b>В случае обсессивно-фобического синдрома</b></p> <p>Ритуальные действия постепенно становятся все более разнообразными (увеличивается ассортимент), по мере развития болезни ритуальные действия становятся все более непонятными по смыслу (пр. ложатся спать в мокрой одежде, чтобы не заболеть раком).</p>	<p>Характерно ограниченное число ритуалов. Ритуалы психологически понятны (обычно позаимствованы из широко известных в народе суеверий).</p>

1	2
<p>Больные мало обеспокоены тем, какое впечатление их ритуалы производят на окружающих, скрывают только наиболее нелепые навязчивые действия.</p>	<p>Больным очень важно, как реагируют окружающие на их ритуалы, стараются скрывать многие из них.</p>
<p>Считают свои навязчивости проявлением характера или фантазии.</p>	<p>Подчеркивают чуждый личности характер симптомов, но в период усиления страхов критика утрачивается.</p>
<p><b>При сенестопатически-ипохондрическом варианте</b></p> <p>На начальных этапах развития болезни проявляют большую активность в обследовании у врачей интернистов, но по мере прогрессирования болезни перестают обращаться к врачу.</p> <p>Сенестопатические боли отличаются большей вычурностью, чем у невротиков, и по своему характеру больше тяготеют к псевдогаллюцинациям (пр. "будто в голове рычаги переключаются; жгущий стержень от сердца к плечу и т.д.").</p> <p>Не наблюдается жесткой привязанности болей к той или иной жизненной ситуации.</p>	<p>Проявляют постоянную активность в обследовании у врачей соматического профиля. Чем сильнее симптомы, тем чаще обращаются.</p> <p>Сенестопатические боли приближаются по своему характеру к соматическим. "Выбор" того или иного характера сенестопатических болей психологически понятен: в основном начинают "болеть" той болезнью, которая произвела наибольшее впечатление в детстве (например, от которой умерли родственники, о которой прочитали в книге и были сильно эмоционально задеты).</p> <p>Состояние больных ухудшается именно в определенных ситуациях (которые пациент "расценивает" как психотравмирующие).</p>
<p>Оценивают себя противоречиво, отрицают у себя болезнь, но легко соглашаются на госпитализацию. "Двойника" считают психически больным, а себя здоровым, и наоборот.</p>	<p>Настаивает на лечении у врачей-соматиков, но постепенно, по мере проявления положительного эффекта психотерапии, начинают признавать, что больны неврозом. Двойнику рекомендуют обратиться к психотерапевту.</p>

1	2
<p>Характерно формирование собственной концепции болезни (чаще всего – бредового содержания), разработка собственной системы лечения (пр. особым образом раскладывать постель перед сном, класть подушку на грудь и т.д.). Предписания врача игнорируются.</p> <p>Свои патологические ощущения больные описывают неадекватно: вяло, монотонно, нередко с улыбкой, часто могут упустить описание самых опасных с его точки зрения переживаний (пр. "Кстати, вчера сердце остановилось, чуть не умер...") Впечатление на врача произвести не пытаются.</p> <p>Сохранен рационально-логический компонент самосознания, поэтому могут хорошо справляться с анализом текста про болезнь (методика обобщенного двойника) и грубо нарушен эмоциональный компонент: не способны подмечать и правильно оценивать мимику, скрытый эмоциональный подтекст, поэтому не "справляются" с оценкой себя и другого человека по методике конкретного двойника (т.е. в процессе непосредственного общения).</p> <p>Болезнь оценивают фрагментарно (отдельные симптомы).</p>	<p>Очень внимательно относятся к диагнозу, поставленному им врачом. Четко выполняют все лечебные назначения на всем течении заболевания.</p> <p>В самосознании болезненным переживаниям уделено большое значение. Больные улавливают малейшее изменение своего состояния и тут же сообщают врачу. Рассказывают о своих симптомах с большой эмоциональной вовлеченностью, стремясь "поразить" врача глубиной своих страданий (т.е. стремятся вовлечь врача в собственные эмоциональные переживания. Важна обратная связь, стремятся произвести впечатление).</p> <p>Сохранен рационально-логический компонент самосознания; в зависимости от вида невроза в разной степени может страдать эмоционально-конкретный компонент, но в целом гораздо больше, чем шизофреники способны к анализу эмоционального мира другого человека, больше выражена мотивация к этому.</p> <p>Болезнь оценивают более целостно.</p>

## ОСОБЕННОСТИ САМОСОЗНАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСИХОПАТИЯМИ

Больными себя не считают. Свой характер оценивают как плохой (раздражительный, вспыльчивый). Достаточно адекватно оценивают физические данные, а так же ум, память, внимание. Некоторые показатели слегка завышены (пр. общительность, настроение). Психическое здоровье оценивают на 3 балла (из 5-ти), объясняя это тем, что они грубые, несдержанные, конфликтные, легко теряются, не могут за себя постоять. Параметры "идеального Я" значительно превосходят таковые у "реального Я" (т.е. можно диагностировать достаточно высокий уровень притязаний, хотя мало кто из обследованных действительно прилагал какие-либо усилия для достижения своего идеала)

В "двойниках" себя узнают. Больными их не оценивают. Нарушения поведения у двойника связывали с неправильными действиями педагогов и воспитателей, а так же родителей.

Само применение исследовательских методик расценивали как воспитательную работу с ними.

В целом в поведении психопатов явно просматривались две тенденции: либо бравирование своим плохим поведением, либо, наоборот, желание выставить себя в лучшем свете.

Таким образом, в целом можно говорить о незрелости самооценок (недостаток морально-этических установок и тенденция обвинять других в сложившейся ситуации). Наиболее незрелым оказывался абстрактно-логический компонент самосознания. Характерен однобокий эмоционально кататимный характер мышления, определяющий их тенденцию к психологической защите – переносу фактов своего отклоняющегося поведения на окружающих людей, в чем больные находили причину аномальных свойств собственной личности.

Особенно глубокие нарушения способности к адекватному осознанию себя и отношений между людьми обнаруживали больные с параноидальной формой психопатии.

С эмоциональной охваченностью больные отстаивают правомерность своих поступков, категорически отрицают факты своего аномального поведения. Наблюдается значительная переоценка своих физических и интеллектуальных возможностей, своей значимости в системе общественных отношений.

В результате проведенной с ними психотерапии, несмотря на то, что появились видимые изменения в поведении, больные их не замечали или объясняли их тем, что "много думали" на эту тему и никак не связывали с проводимым лечением. Наблюдается явление "расслоения самосознания": больные могут оценивать наиболее отклоняющиеся элементы своей психической деятельности как ненормальные, но в целом продолжают убежденно оценивать свою психику как здоровую.

Свое поведение также объясняют влиянием социума, психотравмирующих ситуаций.

Других больных оценивают как здоровых людей, но имеющих недостатки в характере. Психически больной, по их мнению, человек вспыльчивый, с галлюцинациями, но при этом бредовые идеи, даже самые нелепые, не расценивают как патологию: "Раз говорит так, значит ему это нужно", "Болтает ерунду по глупости..."

При обследовании по методике воображаемого двойника, даже при наличии формальной критики к болезни, расценивали бредовые идеи как житейские заблуждения. Считали, что "двойника" надо переубедить, предостеречь от совершения социально опасных поступков.

Таким образом, характерна неспособность к адекватным оценкам межперсональных отношений, результатом чего является глубокое нарушение критического отношения к процессам в сфере собственной психической деятельности, результатом чего становится допущение любых маловероятных событий и явлений (вплоть до существования марсиан). Это в конечном итоге свидетельствует о незрелости самосознания. Фактами, ее определяющими, являются отклонения в эмоциональной сфере (неспособность к эмоциональному вчувствованию, наличие патологических аффектов), а также незрелость мышления.

### Сравнительный анализ нарушений самосознания при психопатиях и шизофрении с психопатоподобными проявлениями

Особенности самосознания больных шизофренией	Особенности самосознания психопатов
1	2
Оценки "идеального Я" практически не отличаются от оценок реального. Это свидетельствует о низком уровне притязаний – источника развития личности.	Характерно наличие существенных расхождений между "Я идеальным" и "Я реальным".
Самооценка не адекватна: все физические качества оценивают на среднем уровне, психические – завышают. Несмотря на грубые нарушения поведения и нарушение контактов с окружающими, больные довольны своим характером, считают себя общительными, свою ситуацию оценивают как благополучную. Амбивалентные самооценки (например, "Те, с кем я общаюсь – плохие, я – хорошая, но общаться мне надо именно с ними.")	Самооценка в целом адекватна, хотя может существовать тенденция к завышению оценок социально одобряемых качеств (это носит явно компенсаторный характер). Критика к изменениям в поведении присутствует (считают свой характер "плохим").

1	2
<p>При исследовании по методике "двойника" болезнь не видят. Себя с двойником вообще не соотносят. В случае прямого вопроса о том, есть ли общее, больные давали либо отказные ответы (отказывались отвечать на вопросы), либо делали акцент на различиях в своем состоянии и состоянии двойника (причем в качестве различного употреблялись незначительные, второстепенные признаки)</p>	<p>В двойнике способны отмечать отдельные болезненные симптомы. Узнают себя в двойнике.</p>
<p>Дефект самосознания более выражен в эмоционально-чувственной сфере.</p>	<p>Дефект более очевиден в абстрактно-логической сфере самосознания.</p>

Нарушения самосознания при шизофрении являются в значительной степени вторичными: следствие грубого нарушения познания больным явлений окружающего мира (из-за нарастания эмоционального дефекта и наличия патологии мышления) и, особенно, переноса результатов такого познания на себя.

## ОСОБЕННОСТИ САМОСОЗНАНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ

### Самосознание у больных с эндогенной депрессией при маниакально-депрессивном психозе и циклотимии

У депрессивных больных часто наблюдается критика к болезни. Они понимают, что больны. Оценивают свою болезнь как нервно-психическую, соглашаются на лечение в стационаре.

Некоторые невротические симптомы при первом приступе болезни могут оцениваться как соматические, но хорошо выражен фактор "научения" – наличие прошлого опыта болезни помогает больным правильно оценить характер своей симптоматики.

У больных возникает ощущение измененности "Я" ("словно стал другим человеком"). Больные отмечают изменение собственных чувств – ослабление их силы, понижение гедонистического компонента всех психических витальных процессов, притупленность, бедность чувств,

понижение эмоционального резонанса. Больные переживают также изменение качества своих эмоций (появление тоски, тревоги и т.д.)

Меняется сознание идентичности "Я" во времени. Больные сравнивают какие они были до болезни и какими они стали. Одним из критериев выздоровления называют возврат к своему доболезненному состоянию во всем его разнообразии.

Больные воспринимают измененным и внешний мир, он теряет краски, отдаляется. Больные осознают болезненный характер этого явления, к которому у них имеется критическое отношение. Осознают, что время для них субъективно замедляется.

Т.о. у больных меняется восприятие окружающего и собственного "Я", но абстрактно-логический компонент самосознания – самоанализ и самооценка – остаются сохранными.

Больные субъективно могут испытывать чувство трудности запоминания, сосредоточения, внимания, но при объективном обследовании данные функции оказываются не нарушенными. В самооценке несколько занижаются также показатели волевых качеств.

При исследовании по методике "воображаемого двойника" идентифицируют с ним симптомы собственного заболевания (т.е. способность переноса знаний извне на себя не нарушена). Оценивают двойника как больного нервно-психическим заболеванием. Его состояние оценивают адекватно, рекомендуют обратиться к психиатру.

При исследовании по методике "конкретного двойника" больные заинтересованно относились к выполняемой процедуре, правильно воспринимали жалобы, тонко оценивали внешний вид и поведение партнера, точно дифференцировали сходство и различие состояний.

Таким образом, можно сделать вывод о высокой степени сохранности самосознания у депрессивных больных.

### **Особенности самосознания больных с маскированной формой депрессии (на примере больных с сексуальными расстройствами при циркулярной депрессии)**

Существует закономерность: в качестве ведущего симптома при маскированной депрессии чаще всего выступает нарушение той функции организма, которая имеет наибольшее субъективное значение для данной личности. Поэтому непосредственное возникновение дефекта является мощной психотравмирующей ситуацией: быстро развивается или углубляется комплекс социально-психологической неполноценности, который становится основой для вторичных психогенных болезненных наслоений – углубление дефекта, невротические реакции и состояния.

Все это наглядно можно рассмотреть на примере особенностей самосознания больных циркулярной депрессией с ведущим симптомом нарушений в половой сфере.

В самосознании больных возникает мощное центрирование на болезненных симптомах. Характерны идеи неизлечимости. Симптомы расцениваются как наказание за "грехи", вплоть до бредовых идей самообвинения и малоценности. Возникают суицидальные мысли. Часто больные начинают видеть свою жизненную перспективу в смерти.

При этом больные дают ясное, точное и адекватное описание существующих у них нарушений. Но при общей их характеристике определилась явная тенденция к значительному усугублению их тяжести.

В случае дальнейшего развития депрессии переживания больных в связи с нарушением сексуальных функций постепенно блокируются нарастающими симптомами депрессии, но вновь актуализируются при ее ослаблении.

Отношение больных к возникающим половым нарушениям играет существенную роль в формировании больными образа своего "Я" – физического и психического. В случае маскированной депрессии самосознание пациента обнаруживает глубокие нарушения, суть которых в существенном завышении субъективной значимости пораженной функции.

## **Особенности самосознания больных шизофренией с депрессивным и депрессивно-параноидным синдромами**

### **При шубообразной шизофрении:**

Достаточно адекватно оценивают свое физическое "Я". Занижают показатели внешней привлекательности, но при улучшении состояния эти оценки возрастают.

Оценки психического "Я" противоречивы. Утверждают, что являются людьми нервными, возбудимыми, присутствовал страх сойти с ума, но не считают себя психически больными. Хотя при этом все соглашаются со следующей формулировкой "Сам я больным себя не считаю, но раз лечат в психиатрической больнице, то, возможно, действительно болен." Не видят необходимости лечиться, не считают окружающих больных страдающими психическими болезнями.

Самооценка психического здоровья приближается к максимально высокой.

Такое отсутствие адекватности образа психического "Я", видимо, связано с дефектами эмоционально-гностического компонента самосознания. Часто на образ своего "Я" накладывают отпечаток патологии мышления: бред самообвинения, ничтожности и т.д.

При рекуррентной шизофрении характерно наличие полноценных ремиссий. Постепенно, в процессе редукции психотических проявлений, восстанавливается критика своего состояния. Больные начинают считать свои прежние болезненные переживания проявлениями болезни, хотя внутренней убежденности нет ("а может быть, надо мной действительно смеялись").

В целом можно выделить в структуре осознания больным патологических изменений психической деятельности, а также своего психического и физического "Я" два компонента.

#### 1. Лабильный.

Тесно связан с позитивной симптоматикой, претерпевающей значительные изменения на протяжении приступа. К нему можно отнести собственно депрессивные симптомы (их отражение в сознании), сопутствующие им бредовые идеи виновности, малоценности, пессимистическая оценка настоящего и будущего, суицидальные намерения, нарушения волевого поведения.

Полная неспособность к осознанию патологического характера этих изменений наблюдается на высоте приступа. Одновременно страдает способность осознавать смысл окружающих событий, понимать явно болезненный характер поступков и высказываний других больных, а также нарушается оценка физического "Я": отрицание любых социально-значимых позитивных черт внешнего облика, особенно внешней привлекательности.

#### 2. Стабильный.

К нему можно отнести осознание персикаторных бредовых идей, особенно отношения, инсценировки. Они также утрачивают актуальность в связи с регрессом депрессивной симптоматики, но осознание их патологического характера происходит преимущественно путем абстрактно-логического переноса на себя фактов окружающей среды (я болен, т.к. я в психиатрической лечебнице). Эмоциональный компонент осознания их неадекватности присутствует в очень низкой степени, это и обуславливает отсутствие внутренней убежденности. При шубообразной шизофрении восстановление критического отношения к этим формам кататимного бреда не наблюдается вообще. Даже при рекуррентной шизофрении в период полноценной ремиссии при практически полном восстановлении нормальной психической деятельности оценка этого бреда может быть колеблющейся, неполной, лишенной эмоциональной убежденности.

Этот компонент депрессивного состояния, видимо, является вторичным, следствием нарастания негативной симптоматики.

## Изменение самосознания у больных шизофренией с синдромом Кандинского-Клерамбо

С.Ф.Семенов в числе психопатологических синдромов, при которых в первую очередь нарушается самосознание, называет явления психического автоматизма, нарушение чувственной эмоциональной окраски восприятия, депрессивный тип чувственного восприятия.

А.В.Снежневский у больных с синдромом психического автоматизма отмечает двойственность "Я" – "не Я", принадлежности к "Я".

Для больных с синдромом Кандинского-Клерамбо характерно произвольное возникновение патологических переживаний, их чуждость личности больного, ощущение насильственности, интерпретативный бред преследования (т.е. вторичный, вытекающий из самих явлений автоматизма)

С развитием синдрома наступает изменение образа "Я". Сначала оно носит аморфный характер (страх, тревога), затем отчуждаются мысли: есть мои мысли и чужие. Раздвоение "Я" касается цельности, идентичности, обособленности прежнего "Я". По мере дальнейшего нарастания симптомов автоматизма с появлением наплыва мыслей, их открытости, навязанных мыслей, "эхо мыслей", больные все больше подчеркивают утрату прежней свободы психического "Я", отсутствие четкой грани в психических процессах, относимых к "Я" и "не Я".

С присоединением сенсорного кинестетического автоматизма нарушается и физическое "Я" ("уменьшают вес, вытягивают шею, передвигают кишечник"). С развитием тотального отчуждения всех психических актов у отдельных больных отчетливо формируется новое бредовое "Я", бредовая деперсонализация, нередко отмечаются явления дереализации ("мир изменился, стал чужим...")

При исследовании по методике условного двойника больные не узнавали в описаниях себя. Не считали "двойника" больным. При интерпретации переживаний и поведения двойника многие больные использовали услышанное в качестве доказательства фактов воздействия и преследования их самих, указывали на новые источники этого воздействия, дополняли свой бред новыми деталями. Проявлялся фрагментарный симптом транзитивизма: больные считали, что воздействуют не только на них, но и на других людей.

Некоторые больные все же признавали болезненный характер некоторых симптомов, но считали, что возникли они от переутомления. Помещение в больницу рассматривали как "козни" родственников.

Самооценка не адекватна: завышают умственные способности и психическое здоровье.

Остальные показатели варьируют в зависимости от характера бреда.

По мере нарастания выраженности шизофренического дефекта в форме аутизма, негативизма, апатии и абулии усиливались изменения эмоциональной и затем познавательной форм самосознания. Больные переставали болезненно воспринимать изменения нарушения цельности, самостоятельности, идентичности, обособленности прежнего "Я", констатировали изменения без эмоциональных реакций, как если бы они происходили с посторонним человеком. "Я" больного теряло прежнюю активность, возникала патологическая простота нового измененного "Я", образ прежнего "Я" как бы стирался, утрачивалось переживание чуждости своему "Я" патологических симптомов. Так же прогрессировали изменения мышления, оно становилось все более избирательным (воспринимались только те факты, которые вписывались в бред).

При непрерывном течении заболевания больных не удается даже научить диссимулировать болезнь. Критика к болезни отсутствует.

У больных приступообразной шизофренией по мере обратного развития приступа идет постепенное восстановление некоторых параметров самосознания. Но оно является не полным.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование самосознания является крайне мало разработанной областью в психиатрии и клинической психологии. В основном изучение этого вопроса ограничивается лишь отдельными, несистематизированными экспериментальными данными, хотя изучение особенностей самосознания является весьма важной и перспективной с точки зрения возможностей использования этих данных для более точной дифференциальной диагностики, разработки методов лечения и реабилитации психических больных.

В целом, нарушения самосознания при различных психических заболеваниях можно классифицировать на две категории:

- 1) лабильные;
- 2) стабильные.

**Лабильные** изменения самосознания встречаются при психопатических состояниях, которые не связаны с клинически выраженными и стойкими изменениями личности больного, неврозах (неврастения и фобический невроз выраженными тревожно-ипохондрическими, навязчивыми расстройствами, страхом и эгоцентрическим восприятием симптомов болезни как мучительных и невыносимо тяжелых, представляющих опасность для жизни). Ближе к ним стоят нарушения при циклотимической депрессии, включающей наряду с дистимией невро-

зоподобные, сенестопатические, ипохондрические и сексуальные расстройства.

При некоторых формах психозов (шизофрения с рекуррентным течением, органические психозы с синдромом вербального галлюциноза и др.)

Общим является то, что нарушения самосознания наступают на высоте приступа. Нарушения в сфере ощущений, восприятия, мышления и сознания проявляются как бы вторично, в связи с патологией в сфере витальных эмоций (депрессивный аффект, тревога, страх). Эти эмоции являлись отражением действительной или мнимой опасности, затормаживают все психические процессы, которые не имеют непосредственного отношения к ликвидации угрозы. По мере снижения аффективных расстройств повышается способность больных к интроспекции, адекватным оценкам своего "Я" и "Я" других людей. Такое восстановление не является непосредственным следствием психотерапии. Восстановлению образа "Я" предшествует осознание "Я" других больных, в начале "воображаемого", затем "конкретного" и "обобщенного" двойника. Для этого этапа характерно такое высказывание больного: "Я не болен, а он (они) больны". Когнитивный компонент самосознания при лабильных его нарушениях восстанавливается уже тогда, когда чувственный компонент еще продолжает оставаться нарушенным ("Я понимаю, что это болезнь, но голоса звучат так ясно...") Такое постепенное восстановление логически-познавательной стороны самосознания принято обозначать термином "научение".

**Стабильные** нарушения самосознания тесно связаны с преморбидными изменениями личности – конституциональными или приобретенными. Стабильные изменения вырисовываются отчетливо по мере угасания лабильных при наступлении неполной терапевтической ремиссии.

Стабильные нарушения можно наблюдать у больных с шубообразной и непрерывной шизофренией, при появлении внешних признаков улучшения состояния у больных истерическим неврозом, паранойяльным развитием личности, при формирующейся психопатии у подростков.

Можно выделить две подгруппы с характерными нарушениями самосознания:

- 1) больные с изменениями личности, формирующимися в постнатальном периоде развития (истерический невроз, психопатии);
- 2) шизофрения, паранойяльное развитие личности.

В первом случае нарушения самосознания носят частичный и парциальный характер. Больные сохраняют значительную способность оценивать у себя и других людей качества физического и психического "Я", не имеющие, по их понятиям, прямого отношения к болезни. Ис-

ключение составляет завышенная самооценка признаков своего "Я", высоко значимых в социальном отношении, что заключает в себе компенсаторный смысл.

Во втором случае характерно отсутствие эмоционального интереса к другим людям (инфантильно-эгоцентрические, аутические черты личности), что часто завуалировано развитым когнитивным компонентом самосознания. В условиях манифестации психоза, при наличии выраженных нарушений, этот когнитивный компонент рушится, обнажая грубую патологию самосознания. Она распространяется не только на осознание своего физического и психического "Я", но и других людей. В этом случае коррекция своего образа "Я" на основе познания других людей резко страдает.

Осознание своего "Я" формируется на ранних этапах онтогенеза на основе эмпатических способностей. Этим можно объяснить тот факт, что наиболее глубокие тотальные нарушения самосознания наблюдаются при врожденных конституционально обусловленных изменениях личности и при нарушении способности к эмоциональному вчувствованию (при шизофреническом процессе).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бачериков Н.Е. Клиника и профилактика психических заболеваний. Киев: Здоровье, 1980.
2. Блейлер Е. Руководство по психиатрии. – М.: Издательство Независимой психиатрической ассоциации, 1993.
3. Руководство по психиатрии: В 2-х т. / Под ред. А.В.Снежневского М.: Медицина, 1983.
4. Клинический аспект самосознания при психических заболеваниях в связи с вопросами диагностики, лечения и реабилитации. – Куйбышев: Издательство Куйбышевского мед. института, 1982.
5. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М.: Издательство МГУ, 1989 год.
6. Баканова И.В., Зейгарник Б.В. и др. Отношение к болезни как условие формирования осознаваемых и неосознаваемых мотивов деятельности. Бессознательное. Природа, функции и методы исследования. Тбилиси, 1978. Т.2. С.458-463.
7. Покрасс М.Л. Залог возможности существования. Самара: Изд. Дом «Бахрах», 1997.
8. Носачев Г.Н. Введение в психотерапию. Самара: Самарский дом печати, 1997.
9. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1983.
10. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага: Авиценум, 1983.

11. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Методика определения типа отношения к болезни // Журнал невропатологии и психиатрии. 1980. №8. С.1527-1530.
12. Личность пациента и болезнь / Под ред. В.Т.Волкова. Томск, 1995.
13. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. М.: Мир, 1977.
14. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во МГУ, 1987.
15. Николаева В.В. Внутренняя картина болезни при некоторых психических заболеваниях // Проблемы патопсихологии. Тез. докл. конференции. М., 1972. С.25-45.
16. Николаева В.В. Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. Л., 1976. С.98-99.
17. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М.: Мир, 1970. – 215 с.
18. Ташлыков В.И. Клинико-психологическое исследование "внутренней картины болезни" при неврозах в процессе их психотерапии // Журнал невропатологии и психиатрии. 1981. №11. С.1704-1708.