

## 2.4. Отношение пациента к болезни и его влияние на результаты лечения и реабилитации

Таким образом, указанные конституционально-типологические особенности, которые во многом определяют индивидуальную реактивность организма, сказываются на том, что даже лёгкие травмы и воспаления, не требующие госпитализации больного, а уж тем более – последующей медицинской реабилитации, могут вызывать у разных людей совершенно отличные друг от друга варианты **отношения к болезни**. Тем более важно, в том числе и с точки зрения психологических и психотерапевтических мер поддержки больного в период реабилитации, если заболевание или травма значительно вмешивается в его жизнь и влечёт за собой целый ряд последствий, которые нельзя не учитывать. Травматическая или хирургическая ампутация органа или конечности, ограничение жизнедеятельности вследствие болезни, особенно, если это приводит к инвалидности, необходимости неоднократных, сложных, дорогостоящих, болезненных медицинских процедур и операций, так называемая **стигматизация** (от греч. «стигма» - «ярлык», «клеймо») при некоторых социально значимых заболеваниях (например - при заражении ВИЧ, венерическими заболеваниями) – далеко не полный перечень проблем со здоровьем, способных вызвать разный спектр эмоционального отношения к ним больных – от равнодушного неприятия с отказом от лечения, до панических реакций и суицидальных попыток. **Нормозогнозия** – это адекватный тип реагирования, с совпадением оценки больным своего состояния и своих перспектив выздоровления с оценкой врача. Переоценка больным значимости отдельных симптомов, как и болезни в целом, вплоть до панических настроений и излишней, неоправданной активности с последующими результатами, лишь наносящими вред лечению и реабилитации – этот тип называется **гипернозогнозией**. Недооценка значимости болезни, необходимости полноценного и комплексного лечения и

последующей реабилитации, называется **гипонозогнозией**. Иногда эта недооценка может носить крайне выраженный характер с полным отрицанием у себя болезни и связанных с нею проблем, называясь **анозогнозией**. Такая форма отношения к болезни встречается у больных алкоголизмом, а также у некоторых онко-больных и пациентов с кардиологической патологией. Стоит отметить и такой вариант отношения к болезни, как **диснозогнозия**, когда восприятие больным проблем со здоровьем искажено и может включать как признаки преувеличения, так и недооценки некоторых симптомов. Кроме того, диснозогнозия может наблюдаться в случаях отрицания болезни и её симптомов с целью диссимуляции или из-за страха её последствий (Сидоров П.И., Парняков А.В., 2010).

При том, что в современной клинической психологии на сегодняшний день описано множество классификаций реакций на болезнь, в системе мер медицинской реабилитации стоит учесть и особо выделить некоторые из них. Типы личностной реакции на заболевание по Якубову Б.А. (1982) включают в себя семь вариантов, которые стоит учитывать с точки зрения участия самого пациента в собственном выздоровлении и реабилитации. **Содружественная** реакция, характерная для лиц с развитым интеллектом, предполагает активное участие пациента с самого начала лечения. Такой больной как бы становится «ассистентом» врача, проявляя готовность и понимание, пунктуальность и послушание. Такие пациенты реже и меньше проявляют в процессе лечения и реабилитации психологическое сопротивление (фактор своеобразной бессознательной защиты, направленной на восстановление нарушенного гомеостаза организма). **Спокойная** реакция характерна для лиц с устойчивыми эмоционально-волевыми процессами, адекватно реагирующих на все действия медицинского персонала, выполняющих все рекомендации и указания, но иногда могут не в полной мере осознавать всех аспектов своей болезни. Неосознаваемая реакция имеет, как правило, патологическую основу, выполняя роль психологической защиты, особенно – при тяжёлых заболеваниях с неблагоприятным исходом. **Следовая** реакция характерна для

больных, склонных к болезненным сомнениям, тревожным ожиданиям рецидива заболевания. Они чаще астенизированы, угнетены, в той, или иной степени проявляют признаки депрессии, склонны к ипохондрическим переживаниям и, как правило, нуждаются в психотерапии помимо психокоррекционных и психотерапевтических мер. **Негативная** реакция характерна для больных, находящихся во власти предубеждений и тенденциозности. Недоверчивость, подозрительность и затруднения в контакте с медицинским персоналом, склонность к конфликтам – факторы, заставляющие их преодолевать и учитывать в процессе реабилитации. **Паническая** реакция – вариант упоминаемой выше гипернозогнозии в крайнем её проявлении, характерна для пациентов, особо внушаемых, находящихся во власти страхов. Такие больных нередко начинают консультироваться и лечиться сразу в нескольких лечебных учреждениях, а нередко и одновременно обращаясь к тем, кого Б.Д.Карвасарский называл «альтернативными специалистами в психотерапии»: знахарям, колдунам и шаманам (2006 г.). **Разрушительная** реакция, последствия которой бывают неблагоприятными, характерна для больных, ведущих себя неадекватно, нежелающих менять свои привычки и игнорирующих все указания врача, отказывающихся от приёма лекарств и госпитализации в стационар.

Не менее полезной в оказании реабилитационной помощи больным, на наш взгляд, можно считать классификацию типов отношения к болезни, предложенную А.Е.Личко и Н.Я.Ивановым (1980), описавшим 12 их вариантов: **гармонического**, с трезвой и правильной оценкой своего состояния; **эргопатического**, с «уходом в работу»; **анозогнозического**, с активным «отбрасыванием мыслей о болезни – мол, обойдётся, пройдёт и так»; **тревожного**, с верой в приметы и ритуалы, мнительностью и беспокойством; **ипохондрического**, с выраженной сосредоточенностью на болезненных переживаниях, преувеличением их значения, боязнью побочных действий процедур и лекарств; **неврастенического**, с раздражительностью и нетерпеливостью, особенно при усилении болей, последующими затем

раскаяниями и чувством вины перед «жертвами своего раздражения»; **меланхолического**, с удручённостью болезнью, неверием в результаты лечения и возможное выздоровление, необходимостью особого внимания со стороны персонала с точки зрения опасности суицида; **апатического**, с заметным, а порой и полным безразличием к себе и своему состоянию, пассивным подчинением процедурам и лечению; **сенситивного**, с особой чувствительностью к социальным связям и межличностным отношениям, опасениям, что окружающие будут негативно в нём относиться из-за их болезни, страхом стать обузой для близких; **эгоцентрического**, с требованием к себе особого отношения, выставлением на показ своих страданий и «уходом в болезнь»; **паранойяльного**, с убеждённостью во влиянии чьего-то злого умысла, обвинении в своей болезни кого-то, от «наведения порчи» до «доведения до болезненного состояния» - близких, принимавших участие в их лечении медиков и т.п.; **дисфорического**, с завистью и ненавистью к здоровым, мрачно-озлобленным настроением, вспышками гнева по отношению к близким и персоналу, требованием угождения им и беспрекословного подчинения.