

М. В. Маркова, А. А. Зайцев

**Расстройство сексуальных взаимоотношений
среди студенческой молодежи
(клиническое исследование)**

*Украинский институт социальной и судебной психиатрии
и наркологии МЗ Украины (Киев)*

В работе описана полиморфная симптоматика расстройства сексуальных взаимоотношений (РСВ), установлены ведущие клинические признаки РСВ, определена этапность оказания медицинской помощи, а также принципы и содержание психотерапии.

М. V. Markova, A. A. Zaytsev

**Disorder of sexual relations among student
young people (clinical research)**

*Ukrainian Research Institute of Social
and Forensic Psychiatry and Narcology
(Kyiv)*

In work are described polymorphic symptomatic of disorder of sexual relations (DSR), established are set the clinical signs DSR, staging of providing of medicare is definite, and also principles and contents of the DSR psychotherapy.

УДК 616.85:616.89–008.441.44

*Н. О. Марута, д-р мед. наук, проф., І. О. Явдак, канд. мед. наук
Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України (Харків)*

ПРЕДИКТОРИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДАХ

Зростання рівня суїцидів є однією з найгостріших та найактуальніших проблем сучасного суспільства. Щорічно в світі реєструється більше 500 тис. завершених самогубств, а суїцидальних спроб — в 5–10 разів більше [2, 7]. У сучасних дослідженнях активно вивчається проблема суїцидів, особливості формування суїцидальної поведінки та чинники, що впливають на неї, розглядається питання частоти аутоагресивної поведінки при різних формах психічної патології [1–10]. Автори підкреслюють, що труднощі вирішення проблеми самогубств, особливо їх профілактики, пов'язані із відсутністю специфічності суїцидальних проявів. При цьому не досягнута єдність думок з таких важливих клінічних питань як належність суїцидів до тієї чи іншої психічної патології. Так, деякі дослідники вважають, що частіше скоюють суїциди хворі на шизофренію та депресивні стани, інші вважають, що навпаки, частіше скоюють суїциди хворі на алкоголізм, неврози та психопатії [1–3, 6, 7, 9]. При цьому

невивченими залишаються предиктори суїцидальної поведінки у пацієнтів у різній патології. Саме тому, в умовах сучасного патоморфозу психічних розладів та інтенсивного розвитку суспільства, питання своєчасного прогнозування, діагностики суїцидальної поведінки та профілактики суїцидів є актуальним та визначає основний напрямок даного дослідження.

Метою нашого дослідження було вивчення клініко-психопатологічних предикторів формування суїцидальної поведінки у хворих на невротичні (F 40) розлади.

Виходячи з мети дослідження, в умовах відділу неврозів та пограничних станів ІНПН АМН України було проведено комплексне клініко-психопатологічне обстеження 100 хворих на невротичні розлади (розлади адаптації (F 43), дисоціативні розлади (F 44), соматоформні розлади (F 45), неврастенію (F 48.0) — згідно з МКХ-10). Загальну характеристику хворих наведено у таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл хворих на невротичні розлади за статтю, віком, характером праці та сімейним станом

Критерії	Групи хворих							
	хворі на розлади адаптації (n = 23)		хворі на дисоціативні розлади (n = 26)		хворі на соматоформні розлади (n = 25)		хворі на неврастенію (n = 26)	
	абс. кільк.	%	абс. кільк.	%	абс. кільк.	%	абс. кільк.	%
Стать:								
— чоловіча	8	34,8	—	—	9	36,0	15	57,7
— жіноча	15	65,2	26	100	16	64,0	11	42,3
Вік, років:								
— до 20	—	—	4	15,4	2	8,0	—	—
— 21–30	5	21,7	9	34,6	4	16,0	3	11,5
— 31–40	13	56,5	8	30,8	9	36,0	9	34,6
— 41–50	5	21,7	5	19,2	9	36,0	9	34,6
— 51–60	—	—	—	—	1	4,0	5	19,2
Характер праці:								
— фізична	7	30,4	4	15,4	2	8,0	5	19,2
— розумова	11	47,8	5	19,2	8	32,0	13	50,0
— не працює	4	17,4	13	50,0	10	40,0	5	19,2
— учень	1	4,3	4	15,4	5	20,0	3	11,5
Сімейний стан:								
— у шлюбі	8	34,8	9	34,6	12	48,0	9	34,6
— розлучені	10	43,4	9	34,6	5	20,0	5	19,2
— ніколи не перебували у шлюбі	3	13,0	8	30,8	8	32,0	9	34,6
— вдові	2	8,7	—	—	—	—	3	11,5

Як свідчать наведені дані, серед обстежених переважали особи працездатного віку.

Середню освіту отримали 28 (28,0 %), середню спеціальну — 53 (53,0 %) і вищу — 19 (19,0 %) обстежених. Фізичною працею займалися 18 (18,0 %) пацієнтів, 37 (37,0 %) були службовцями, в навчальних закладах навчалось 13 (13 %) і безробітними були 32 пацієнти (32 %).

У шлюбі на момент госпіталізації перебувало 38 (38,0 %), були розлучені 29 (29,0 %), ніколи не перебували у шлюбі — 28 (28,0 %) і вдовими виявились 5 (5,0 %) обстежених. Наведені дані свідчать про значну частину пацієнтів, сімейна гармонія яких була порушена.

Аналіз початку хвороби дозволив виявити певні особливості, які наведені в таблиці 2.

Таблиця 2

Особливості початку та перебігу хвороби у хворих на невротичні розлади

Критерії	Групи хворих							
	хворі на розлади адаптації (n = 23)		хворі на дисоціативні розлади (n = 26)		хворі на соматоформні розлади (n = 25)		хворі на неврастенію (n = 26)	
	абс. кільк.	%	абс. кільк.	%	абс. кільк.	%	абс. кільк.	%
Перебіг хвороби:								
— гострий	20	87,0	10	38,5	3	12,0	4	15,4
— підгострий	3	13,0	11	42,3	18	72,0	9	34,6
— затяжний	—	—	5	19,2	4	16,0	13	50,0
Тривалість хвороби:								
— до 3 місяців	15	69,6	3	11,5	12	48,0	3	11,5
— до 6 місяців	5	21,7	2	7,7	4	16,0	4	15,4
— до 1 року	2	8,7	7	26,9	3	12,0	5	19,2
— до 3 років	—	—	5	19,2	6	24,0	8	30,8
— більше 3 років	—	—	9	34,6	—	—	6	23,1

З діагнозом розлад адаптації (F 43) обстежено 23 хворих. Серед обстежених переважали жінки віком від 31 до 40 років.

Отримані дані свідчать, що у 87,0 % хворих на розлад адаптації початок хвороби був гострим і лише в 13,0 % — підгострим. У 15 із 23 обстежених захворювання тривало від 1 до 3 місяців, у 5 випадках — до 6 місяців і лише у 2 випадках хвороба тривала біля року. Усі 23 хворих вперше звертались за спеціалізованою психіатричною допомогою.

Серед обстежених 26 хворих на змішаний дисоціативний розлад (F 44.7) більшість була у віці від 21 до 40 років, усі пацієнти були жіночої статі. У 42,3 % хворих на дисоціативні розлади початок хвороби був підгострим, у 38,5 % — гострим. Лише у 11,5 % хворих захворювання тривало від 1 до 3 місяців, у 7,7 % — до 6 місяців. У переважній кількості обстежених хвороба тривала більше 3 років (34,6 %), біля року (26,9 %) та до 3 років (19,2 %). 53,8 % хворих звертались до психіатрів, лікувались амбулаторно.

Серед хворих на соматоформні розлади (F 44.7) (25 осіб) переважали жінки віком від 31 до 50 років. Соматоформні розлади в 76,0 % наших досліджень були виявлені вперше. 38,0 % хворих раніше вже відзначали подібні хворобливі симптоми на фоні значного емоційного перенапруження, що обумовлено різними психогенними факторами, при цьому тільки 16,0 % спостерігались і лікувались раніше в психіатрів. В інших випадках вони спостерігались лікарями інших спеціальностей із приводу соматичних розладів і за спеціалізованою психіатричною допомогою звернулися вперше.

Серед хворих з діагнозом неврастенія (F 48.0) значно переважали особи віком від 31 до 50 років. Невротичні розлади в рамках неврастенії в 69,2 % наших досліджень були виявлені вперше і стали при-

чиною госпіталізації хворих. У 30,8 % випадків хворі вже спостерігались і лікувались раніше в психіатрів у зв'язку з розладами настрою на фоні тривалої психогенії.

Дані таблиці 2 свідчать про перевагу серед хворих на неврастенію пацієнтів з підгострим (34,6 %) і затяжним (50,0 %) початком захворювання, переважали особи з тривалістю хвороби більше року.

Аналіз чинників, які призвели до розвитку захворювання, наведено в таблиці 3.

Як видно з таблиці 3, майже у всіх хворих на розлади адаптації початок захворювання пов'язаний з гострими психотравмуючими чинниками: смерть близьких, яка сталася серед повного благополуччя внаслідок якоїсь катастрофи; важка несподівана хвороба, яка виникла гостро без попередніх симптомів; несподіваний розпад сім'ї, коли дружина вважала, що в сім'ї все добре та стабільно і ніщо не свідчило про розлучення.

У значній більшості хворих на дисоціативні розлади психотравма стосувалася сфери сімейних відносин (38,4 % — гострі та 53,8 % — хронічні). Необхідно відзначити, що у 46,2 % обстежених психотравмуючі фактори були поєднаними і виявлялися у формі як хронічних ситуацій, так і гострих конфліктів. Тобто, тривале неблагополуччя в якійсь сфері життя (сімейній, службовій) діяло хронічно, поступово погіршувало емоційний стан, а гостра конфліктна ситуація безпосередньо була пов'язана з дебютом невротичного розладу. Для хворих на дисоціативні розлади характерною була тенденція до висування на перше місце, в якості причини хвороби, гострої конфліктної ситуації (сімейні конфлікти, розлучення, службові конфлікти), яка ставала зовсім неочікуваною. Тобто пацієнти були неспроможні своєчасно і адекватно оцінити обстановку, оточення, відносини в сім'ї або на роботі.

Основні психотравматичні фактори, які призвели до розвитку захворювання у хворих на невротичні розлади

Характер психотравми	Групи хворих							
	хворі на розлади адаптації (n = 23)		хворі на дисоціативні розлади (n = 26)		хворі на соматоформні розлади (n = 25)		хворі на неврастенію (n = 26)	
	абс. кільк.	%	абс. кільк.	%	абс. кільк.	%	абс. кільк.	%
1. Гострі чинники:								
— смерть близьких	13	56,5	4	15,4	—	—	2	7,7
— несподіваний розпад сім'ї	8	34,8	3	11,5	4	18,0	3	11,5
— несподівана тяжка хвороба близьких	2	8,7	3	11,5	4	18,0	3	11,5
— ятрогенії	—	—	2	7,7	3	12,0	5	19,2
2. Хронічні чинники:								
— сімейно-побутові конфлікти	4	17,4	14	53,8	5	20,0	11	42,3
— погіршення матеріально-побутового рівня життя	7	30,4	12	46,2	6	24,0	9	34,6
— наявність соматичного захворювання	6	26,1	2	7,7	4	16,0	12	46,2
— перевантаження на роботі, службові конфлікти	10	43,5	7	26,9	13	52,0	8	30,8
— загроза безробіття	8	34,8	7	26,9	8	32,0	10	38,5
— тривала емоційна ізоляція	4	17,4	—	—	2	8,0	8	30,8
3. Відсутність психотравмуючих чинників	—	—	—	—	2	8,0	—	—

Хворі на соматоформні розлади, за даними таблиці 3, вірогідно частіше вказували на значні пролонговані перевантаження на роботі (52,0 %) та загрози безробіття (32,0 %), наявність тривалих переживань із приводу сімейно-побутових конфліктів (20,0 %) та погіршення матеріально-побутового рівня життя (24,0 %), а також переживань з приводу свого соматичного стану і фізичного неблагополуччя (16,0 %), тривалої хвороби чи втрати близьких (18,0 %). Рідше реєструвалися ситуації, які виникали гостро (48,0 %): розпад сім'ї (18,0 %), раптова хвороба близьких (18,0 %), або ятрогенії (12,0 %). Лише в 40,0 % обстежених хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію психогенії носили ізольований, переважно гострий характер, в інших пацієнтів даної групи психогенії були поєднаними. Відсутність психотравмуючих переживань мала місце в 8,0 % спостережень.

У хворих на неврастенію серед психотравмуючих чинників рідше були зазначення на гостро виникаючу ситуацію: звістка про серйозне соматичне захворювання (19,2 %), розпад сім'ї (11,5 %), або раптова хвороба чи смерть близьких (19,2 %). Вірогідно частіше хворі вказували на наявність тривалих переживань із приводу серйозної соматичної патології і фізичного неблагополуччя (46,2 %), сімейно-побутових конфліктів (42,3 %), погіршення матеріально-побутового стану родини (34,6 %), перевантажень на роботі, службових конфліктів, загрозу втрати роботи (38,5 %). Досить часто серед факторів, що надають додаткову психологічну травму, була тривала емоційна ізоляція від близьких людей за різними причинами (розлучення, смерть, зміна місця проживання) — 30,8 %. Слід зазначити, що лише в 26,9 % обстежених на неврастенію психогенії носили ізольований, переважно гострий характер, в інших пацієнтів даної групи психогенії поєднувалися, посилюючи соціальну дезадаптацію хворих. Найбільш значним виявилось сполучення різного роду психогеній чи їхньої послідовний вплив протягом років. Це відзначалося в 69,2 % хворих.

Клінічна картина у хворих на розлад адаптації характеризувалась наявністю, перш за все, депресивних проявів: знижений фон настрою протягом доби, без суттєвих добових коливань, періодичне виникнення тривожності помірного рівня. Для цих хворих характерним було зниження працездатності, ускладнення або неспроможність приймати рішення в різних ситуаціях, неможливість почувати себе впевнено. Крім того, для цієї групи хворих є характерними часті спогади про психотравмуючі переживання протягом дня, почуття провини — думки, що вони щось зробили не так, або не зробили взагалі для того, щоб психотравмуючі події не відбулися. Також у клінічній картині в усіх хворих мало місце порушення сну у вигляді несприятливих сновидінь, пробуджень, відсутності відпочинку після сну. Характерною була наявність астенії — підвищена втомлюваність, складність концентрації уваги, почуття млявості протягом дня, зниження розумової та фізичної активності. Усі симптоми не тільки посилювались при спогадах, пов'язаних з психотравмуючими переживаннями, але нерідко виникали у зв'язку з цими спогадами. У той же час хворі могли зацікавитись якоюсь справою і на деякий час відволіктися від особистісних переживань, спілкуватись з оточуючими.

У хворих на дисоціативні розлади в клінічній картині переважали емоційна лабільність, тривожні та депресивні прояви, які були неглибокі, лабільні, чітко пов'язані з психотравмуючими факторами, стресовими впливами, соматичним станом. Для цієї групи хворих властиве яскраве забарвлення емоційними проявами, демонстрація власних переживань перед оточуючими, намагання показати зв'язок між «важким» психічним станом і впливом психотравмуючих чинників, які, звичайно, виникають через провину окремих осіб. До клінічних особливостей невротичної депресії хворих на дисоціативний розлад необхідно віднести схильність цих пацієнтів до легкого переключення переживань на інші питання зі значним покращанням психічного стану і навпаки різкий

перехід від гарного настрою до «важкої» депресії. Занепокоєння хворих торкалося різних питань, але переважно було спрямованим на психотравмуючу ситуацію, а також власний соматичний стан. Значне місце в клінічній структурі дисоціативного розладу займали соматовегетативні порушення.

Клінічна картина хворих на соматоформні розлади характеризувалась, перш за все, наявністю поряд з емоційними розладами розладів вегетативної нервової системи, що виявлялися як у вигляді об'єктивних ознак вегетативного збудження (серцебиття, гіпергідроз, «гра» вазомоторів, тремор, лабільність артеріального тиску та пульсу і т. п.), так і у вигляді суб'єктивних, неспецифічних симптомів (раптові болі, печія, відчуття тяжкості, здуття, розтягнення і т. п.). Присутність фізичних симптомів, які повторювалися, поєднувалася з незадоволеністю попередніми обстеженнями, прагненням всебічного обстеження, незважаючи на вже проведену об'єктивізацію їх соматичного стану. В більшості спостережень соматовегетативні прояви були поліморфними, мали перебільшений, не відповідний реальній соматичній причині характер, мали тісний взаємозв'язок з психоемоційним станом, були пов'язані як з динамікою психогенії, так і з іншими ситуаційними впливами. Серед психопатологічних синдромів у клінічній картині хворих на соматоформні розлади переважали астеничний, іпохондричний, тривожний, депресивний, фобічний

та їх поєднання. Афективні розлади виявлялися сполученням зниженого настрою з ранимістю, сльозливістю, зниженням енергійності, втратою колишньої активності. Пацієнти відзначали невпевненість у собі, висловлювали постійні тривожні думки про своє соматичне становище, відчуття занепокоєння, тривоги і внутрішнього напруження.

У клінічній картині неврастенії емоційні розлади виявлялися сполученням зниженого настрою з ангедонією, нерізко вираженою ідеаторною і моторною загальмованістю, зниженням енергійності, втратою колишньої активності, перевагою млявості, втоми, виснажливості, а також зниженням продуктивності при розумовій і фізичній роботі, складністю у засвоєнні інформації, неухважністю. 42,3 % обстежених даної підгрупи відзначали невпевненість у собі, своїх можливостях, песимістично оцінювали майбутнє, 30,8 % висловлювали ідеї вини перед близькими, підкреслюючи, що винні в їх хворобі чи смерті, недостатньому матеріальному становищі. Спостерігалася підвищена сонливість удень, не пов'язана з дефіцитом нічного сну. Хворі висловлювали скарги також на підвищену дратівливість, неусвідомлене відчуття занепокоєння, тривоги і внутрішнього напруження.

Дані тесту самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів (передсуїцидального синдрому) наведені в таблиці 4.

Таблиця 4

Характеристики вираженості аутоагресивних предикторів у хворих на невротичні розлади (у балах)

Шкали	Групи хворих			
	хворі на розлади адаптації (n = 23)	хворі на дисоціативні розлади (n = 26)	хворі на соматоформні розлади (n = 25)	хворі на неврастенію (n = 26)
— аутоагресії	13,6	10,2	5,8	12,8
— агресії	4,2	7,9	5,4	5,8
— імпульсивності	3,5	15,6	7,3	5,6
— афективних порушень	18,3	13,4	10,6	15,4
— звуження та розлад когнітивних функцій	13,7	13,1	12,9	17,5
— звуження та розлад міжособових контактів	14,6	20,7	12,6	13,9
— вегетативних розладів	20,7	30,7	32,0	24,8

Як свідчать дані, підвищення показників у хворих на розлади адаптації спостерігається за шкалами аутоагресії, афективних порушень, звуження та розлад міжособових контактів та шкалою вегетативних розладів до рівня помірних показників. За шкалами агресії, імпульсивності, звуження та розладів когнітивних функцій оцінювані показники були низькими.

У хворих на дисоціативні розлади помірна інтенсивність характерна для шкал «імпульсивності», «агресії», «звуження та розлад міжособових контактів», за шкалою «вегетативних розладів» виявлені високі показники.

Для усіх хворих на соматоформні розлади характерними були помірні показники за шкалою «імпульсивності», високі — за шкалою «вегетативних розладів».

Хворі на неврастенію, як свідчать дані таблиці 4, мали помірні показники за шкалами «звуження та розлад когнітивних функцій», «аутоагресії», «афективних порушень» та «вегетативних розладів».

Отримані дані свідчать про те, що рівень аутоагресивних предикторів у хворих на невротичні розлади відповідає помірному, який збігається з клінічними проявами депресії в структурі захворювання зі зниженням інтересу та загальної активності, наявністю суїцидальних думок тощо. Суїцидальні предиктори невротичного кола у хворих при зазначених розладах характеризуються певною клінічною різноманітністю та поліморфізмом, який обумовлений особливостями психогенних впливів, клінічним патоморфозом та патопсихологічними механізмами формування цих станів.

Список літератури

1. Бровина Н. Н., Бачериков А. Н., Ситенко Л. Н. и др. Особенности структуры завершённых суицидов у лиц с психическими заболеваниями // Украинський медичний альманах. — 2000. — Вип. 2 (додаток), — С. 13–14.
2. Волошин П. В., Бачериков А. Н., Бровина Н. Н. и соавт. Завершённые самоубийства в городе Харькове // Украинський вісник психоневрології. — 2004. — Т. 13, вип. 4 (41). — С. 5–7.
3. Марута Н. О. Клинико-психопатологические особенности современных невротических расстройств // Международный медицинский журнал. — 2004. — Т. 10, — № 1. — С. 38–42.
4. Психологія суїциду (посібник) / Під ред. В. П. Москаля — К.: Академвидав, 2004.
5. Предотвращение самоубийств. Психиатрия / Под ред. Р. Шейдера. — М.: Практика, 1998. — С. 212–221.
6. Суицид. Хрестоматія по суїцидології / Под ред. Моховикова А. Н. — К.: АЛД., 1996. — 216 с.
7. Чуприков А. П., Пилягина Г. Я., Никифоров Р. И. Проблема суицидов в Украине // Международный медицинский журнал. — 1999. — Т. 5. — № 1. — С. 52–57.
8. Carter G., Reith D., Whyte I. M., McPherson M. Repeated self-poison: increasing severity of self-harm as a predictor of subsequent suicide // British Journal of Psychiatry. — 2005. — 186. — P. 253–257.
9. Douglas J., Cooper J., Amos T., Webb R., Guthrie E., Appleby L. "Near fatal" deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide // Journal of Affective Disorders. — 2004. — 79. — P. 263–268.
10. Kahn A., Kahn Sh., Brown W. A. Suicide rates in clinical trials of SSRIs, other antidepressants and placebo. Analysis 01.1985–01.2000 // American Journal of Psychiatry. — 2003. — 156. — P. 1563–1569; — 160 — P. 790–792.

Надійшла до редакції 12.04.2006 р.

Н. А. Марута, И. А. Явдак

Предикторы суицидального поведения при невротических расстройствах

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины (Харьков)

С целью изучения клинико-психопатологических особенностей формирования предикторов суицидального поведения обследовано 100 больных невротическими расстройствами. Показано, что уровень аутоагрессивных предикторов у больных с невротическими расстройствами соответствует умеренному и совпадает с клиническими проявлениями депрессии в структуре заболевания. Суицидальные предикторы у больных невротического круга при указанных расстройствах характеризуются определенными клиническими особенностями и полиморфизмом, что обусловлено особенностями психогенных влияний, клиническим патоморфозом и патопсихологическими механизмами их формирования.

N. O. Maruta, I. A. Yavdak

Predictors of the suicidal behavior in neurotic disorders

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine (Kharkiv)

To investigate clinical-psychopathological peculiarities of predictors of suicidal behavior formation 100 patients with neurotic disorders were examined. It was demonstrated that a level of autoaggressive predictors in patients with neurotic disorders was moderate and coincided with clinical manifestation of depression in the disease structure. Suicidal predictors in patients of neurotic sphere in disorders mentioned above were characterized by certain clinical peculiarities and polymorphism due to peculiarities of psychogenic influences, clinical pathomorphosis, and pathopsychological mechanisms of their formation.

УДК 616.89–008.441.1: 616.853

К. М. Мар'єнко, аспірант кафедри неврології

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького (Львів)

ТИПИ ВІДНОШЕННЯ ДО ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ З ЕПІЛЕПСІЄЮ

Будь-яке хронічне захворювання, незалежно від того, яка його етіологія, який орган або функціональна система уражені, ставить людину в особливі життєві обставини, або, інакше кажучи, створює особливу об'єктивну соціальну ситуацію, яка змінює психологічний стан людини. В умовах хвороби пацієнт формує своє власне відношення до нових обставин життя і до себе самого в цих обставинах, тобто внутрішню картину хвороби (ВКХ) [6].

Реакція особистості на хворобу залежить від багатьох чинників: характеру захворювання, його гостроти і темпу розвитку, уявлень самого пацієнта про «своє» захворювання, особливостей лікування, преморбідної особистості хворого, його віку, відношення до хвороби родичів та співробітників.

Про важливість вивчення суб'єктивної сторони захворювання писав ще в 1944 р. Р. А. Лурія, робота якого, присвячена проблемі внутрішньої картини хвороби, була перевидана в 1977 р. [4]. Він продовжив розвиток ідей А. Гольдшейдера (1926) про аутопластичну картину захворювання. Р. А. Лурія вказував, що добре знання скарг, переживань і змін характеру хворого є так само важливе для постановки

діагнозу, як і результати об'єктивного дослідження його хвороби. За його визначенням, «внутрішня картина хвороби — все те, що відчуває і переживає хворий, вся маса його відчуттів ..., його загальне самопочуття, самоспостереження, його уявлення про свою хворобу, про її причини — увесь той великий світ хворого, який складається із досить складних поєднань сприйняття і відчуттів, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань і травм» [6].

У зв'язку з появою робіт з вивчення суб'єктивної сторони захворювання був введений цілий ряд термінів, які визначають відображену хвороби в психіці людини. Гольдшейдером, як вже вказувалось, було введено поняття «аутопластична картина захворювання», Р. А. Лурія — «внутрішня картина хвороби», Є. А. Шевальовим, В. В. Ковальовим — «переживання хвороби», Є. К. Краснушкіним — «почуття хвороби», Л. Л. Рохліним — «свідомість хвороби», «відношення до хвороби», Д. Д. Федотовим — «реакція на хворобу», Є. А. Шевальовим, О. В. Кербіковим — «реакція адаптації», Я. П. Фрумкіним, І. А. Мізрухіним, Н. В. Івановим — «позиція до хвороби», В. Н. М'ясищевим, С. С. Лібіхом — «концепція хвороби», «масштаб переживання хвороби» та інші [3, 6].