

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОЙ РЕАКЦИИ НА БОЛЕЗНЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗНЫХ ГРУПП ЗДОРОВЬЯ

Е.А. Сапрыкина

Аннотация. В работе представлено экспериментальное исследование, направленное на изучение психологических особенностей субъективной реакции на болезнь людей, имеющих разный уровень здоровья. На основании проведенного теоретического анализа было выдвинуто предположение, что существуют некоторые особенности отражения заболевания, опосредующие субъективную реакцию на болезнь, которая способствует возникновению определенной модели поведения человека. Исследование по изучению субъективной реакции на болезнь проводилось на базе ЕГУ им И.А. Бунина и ГУЗ «Елецкая городская больница № 1 им. Н.А. Семашко». В качестве испытуемых выступили люди, имеющие разный уровень состояния здоровья. Респонденты были разделены на три группы, в зависимости от уровня здоровья. Общее количество участников исследования составило 45 человек.

Возрастной диапазон испытуемых варьировал от 16 лет до 70 лет. Для достижения поставленной цели были использованы следующие методики: опросник тип отношения к болезни, опросник Плутчика Келлермана Конте – индекс жизненного стиля, опросник доверия к медицинскому персоналу Кранца. В результате показано, что у большинства участников исследования диагностируются неконструктивные типы отношения к болезни (анозогнозический, диффузный), то есть респонденты независимо от уровня здоровья либо гонят от себя мысль о возможной угрозе своему здоровью, либо вообще не сформировали у себя какого-либо отношения к болезни; при этом участники исследования не настроены критически оценивать свою модель поведения, так как в качестве защитного механизма выбирают «проекцию»; но практически все участники готовы активно лечиться и быть самостоятельными в лечении, а не слепо доверяться врачам.

Ключевые слова: здоровье, болезнь, внутренняя картина здоровья, здоровье-сбережение

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE SUBJECTIVE REACTION TO THE DISEASE OF REPRESENTATIVES OF DIFFERENT HEALTH GROUPS

E. Saprykina

Abstract. The paper presents an experimental study aimed at studying the psychological characteristics of the subjective reaction to the disease of people with different levels of health. Based on the theoretical analysis carried out, it was suggested

that there are some features of the reflection of the disease that mediate a subjective reaction to the disease, which contributes to the emergence of a certain model of human behavior. A study on the study of the subjective reaction to the disease was conducted on the basis of I.A. Bunin YSU and GUZ "Yelets City Hospital No. 1 named after N.A. Semashko". The subjects were people with different levels of health status. The respondents were divided into three groups, depending on their level of health. The total number of participants in the study was 45 people.

The age range of the subjects ranged from 16 years old to 70 years old. To achieve this goal, the following methods were used: the questionnaire type of attitude to the disease, the questionnaire of the Cheat Kellerman Conte – the lifestyle index, the questionnaire of trust in the medical staff of Krantz. As a result, it is shown that most of the study participants are diagnosed with non-constructive types of attitudes towards the disease (anosognosic, diffuse), that is, respondents, regardless of their level of health, either drive away the idea of a possible threat to their health, or did not form any attitude towards the disease at all; at the same time, the study participants did not They are determined to critically evaluate their behavior model, since they choose "projection" as a protective mechanism; but almost all participants are ready to be actively treated and be independent in treatment, and not blindly trust doctors.

Keywords: *health, illness, internal picture of health, health care*

На текущий момент, наверное, нет человека, который не опасался бы за своё здоровье и понятно почему. На современном этапе развития общества неуклонно растёт количество факторов, оказывающих негативное влияние на здоровье населения планеты. Перечислим лишь некоторые из них: это и увеличение количества предприятий, транспорта (вследствие чего страдает экология), и малоподвижный образ жизни, который ведут, к сожалению, достаточно многие, и появление различных видов курительных устройств, и стресс, и неправильное питание. Не стоит сбрасывать со счетов и тот факт, что в 2019 году люди столкнулись с пандемией COVID-19, последствия которой человечество ощущает и сейчас. Все перечисленные выше факторы и последствия пандемии привели к тому, что множество людей страдают хроническими заболеваниями. Чтобы не быть голословными приведем некоторые статистические показатели. По данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат), на 2023 год количество россиян, имеющих заболевания, установленные впервые в жизни, составляет 130442.6 человек. При этом нельзя не отметить, что количество заболевших с каждым годом только растёт. Для сравнения посмотрим на данные десятилетней давности (2013 год), тогда число болевших было значительно ниже, а именно 114721.1 [5].

Таким образом, все сказанное выше убедительно доказывает, что укрепление и сохранение здоровья является одной из центральных задач не только в жизни каждого человека, но и человечества в целом. Нельзя отрицать, что на выработку определенной модели поведения, направленной на формирование или укрепление здоровья, непосредственно влияет опыт перенесения тех или иных заболеваний, с которыми сталкивается человек в течение всей жизни. Как отмечают ряд исследователей, у людей, имеющих опыт переживания тех или иных симптомов болезни, особенно хронической, независимо от условий их жизни и социального окружения формируется совсем иная модель поведения как в ситуации угрозы здоровью, так и в те моменты

жизни, когда симптомы (зачастую полностью) «уходят», нежели у людей, не имеющих такого опыта. Современные условия жизни таковы, что у большинства людей в той или иной степени сформирован такой психологический конструкт как – «отношение к болезни». До недавнего времени считалось, что следует изучать «отношение к болезни» только у людей, переживших болезнь той или иной нозологии, но актуальная ситуация коренным образом изменилась. Пандемия COVID-19 все расставила по своим местам, и население земного шара осознало, что здоровье легко можно потерять.

«Отношение к болезни» как психологическое составляющее здоровьесберегающей модели поведения зачастую является определяющим фактором. «Отношение к болезни» индивидуально и неповторимо. На него влияют множество факторов. Это и длительность заболевания, и условия, в которых протекает болезнь, а также пол, возраст, профессия, положение человека в социуме (социальный статус), преморбидные особенности личности и прочее.

Согласно исследованию, проведенному О.Е. Ельниковой, анализа исследований на данную тему, можно утверждать, что существует широкий спектр терминологии, обозначающий отражение заболевания в сознании человека. Так А. Гольдшейдер обозначил данное отражение термином «аутопластическая картина болезни», Е.А. Шевалев – «переживание болезни», Р.А. Лурия – «внутренняя картина болезни» (ВКБ), Е.К. Краснушкин – «чувство болезни», «отношение к болезни», Л.Л. Рохлин – «осознание болезни», В.Н. Мясичев, С.С. Либих – «концепция болезни», «масштаб переживания» и другие [2].

Чаще всего используемым термином является «внутренняя картина болезни» (ВКБ). И хотя данное понятие наиболее полно отражает психологическое состояние человека, переживающего ту или иную симптоматику, следует отметить, что задолго до введения термина «внутренняя картина болезни» Р.А. Лурия, на целостность психического и физического множество раз указывал С.П. Боткин, обращая особое внимание при обследовании больного на состояние его нервной системы и психики. Ещё раньше об этом писал М.Я. Мудров. Таким образом, можно с уверенностью утверждать, что психологическая составляющая при переживании человеком того или иного заболевания не менее важна, и изучение данного вопроса несомненно является детерминирующим фактором дальнейшего более глубоко исследования субъективного восприятия заболевания.

В ходе исторического становления понимания субъективного отражения потери здоровья, данный психологический конструкт все более и более усложнялся, «обрастая» новыми и новыми элементами. Так, согласно точке зрения немецкого врача-интерниста А. Гольдшейдера, в качестве компонентов «аутопластической картины заболевания» как переживания, восприятия, представления больного о своей болезни, следует выделить два уровня: «сенситивный» – этот уровень составляют субъективные ощущения, и «интеллектуальный» – представляет собой результат размышления о своем физическом состоянии.

Русский терапевт Р.А. Лурия [3] в 1935 году ввел наиболее интегративный термин «внутренняя картина болезни». Роман Альбертович продолжил развивать идеи А. Гольдшейдера, вследствие чего выделил внутреннюю и внешнюю картины болезни. Под внутренней он понимал переживания больного относительно болезни, а под внешней – те объективные данные, которые врач получает посредством анамнеза

или с помощью других специальных методов исследования. При этом Р.А. Лурия особо отметил, что нередко внутренняя и внешняя картина болезни, которую описывает врач, могут не совпадать.

Своё виденье внутренней картины болезни имеют ряд исследователей. Так Н.С. Болбат и Е.И. Скугапевская, подразумевают под ней «совокупность представлений человека о своём заболевании, результат творческой активности, которую прорабатывает пациент на пути осознания своей болезни» [1]. В.В. Николаева выделила структуру ВКБ, которая состоит из четырех взаимосвязанных уровней: чувственный, эмоциональный, интеллектуальный, мотивационный.

1) Чувственный уровень – субъективные ощущения человека, выявленные в процессе клинического опроса. Пациент рассказывает о своих физических ощущениях посредством жалоб.

2) Эмоциональный уровень – эмоциональные переживания болезненных ощущений: горе, тревога, отчаяние, разочарование, злоба, испуг, страх и так далее. Эмоциональный уровень может быть не выражен, об этом возможно говорить в том случае, если человек не может описать свои эмоции.

3) Интеллектуальный уровень представлен теми знаниями о болезни, которыми владеет человек. Сюда же входит опыт болезни (собственный анализ заболевания), ожидание в отношении течения болезни, предвосхищение результата лечения.

4) Мотивационный уровень – связан с действиями, со смыслами, с желаниями личности. Смена образа жизни в условиях заболевания; деятельность, направленная на восстановление и сохранение здоровья, выявления личностных смыслов для борьбы с болезнью – всё это ярко отражает мотивационный уровень [4].

На наш взгляд, наиболее интегративное и всеобъемлющее определение исследуемого феномена дал Р.А. Лурия [3]. Именно на его понимание данного вопроса мы и будем опираться.

Основная цель работы – выявить особенности отражения заболевания, опосредующие субъективную реакцию на болезнь, которая способствует возникновению определенной модели поведения человека.

В качестве испытуемых выступили люди, имеющие разный уровень состояния здоровья. Респонденты были разделены на три группы, в зависимости от уровня здоровья: первая группа – лица, не имеющие функциональных отклонений, жалоб, хронических заболеваний, то есть здоровые; вторая группа – в данную категорию входят лица, не имеющие диагноза – хроническое заболевание, но находящиеся в зоне повышенного риска их приобретения; третья группа – люди, имеющие хронические заболевания, требующие диспансерного наблюдения и находящиеся в момент проведения исследования на лечении в больнице. Уровень здоровья определялся посредством анализа медицинских карт участников исследования, который проводился с их согласия. Общее количество участников исследования составило 45 человек. Возрастной диапазон испытуемых варьировал от 16 лет до 70 лет.

В исследовании использовались следующие методики: «Опросник типа отношения к болезни» (ТОБОЛ), опросник Плутчика Келлермана Конте – Методика «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI) и опросник доверия к медицинскому персоналу Кранца.

Тестовая методика ТОБОЛ необходима для изучения типа отношения к болезни. При этой диагностике была использована типология отношений к болезни

А.Е. Личко и Н. Я. Иванова. Определяя тип отношения к болезни, мы можем оценить модель поведения человека во время течения болезни.

Опросник Плутчика Келлермана Конте – Методика «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI). Данная методика позволяет выявить механизмы психологической защиты человека. Зная эти механизмы, мы можем наиболее ярко рассмотреть тот тип поведения, к которому прибегнет человек во время заболевания, каким образом он будет восстанавливать свое здоровье и каким будет видеть результат от лечения.

Доверие к медицинскому персоналу – немаловажная часть лечения. Так как это позволяет наиболее эффективно обмениваться важной информацией для оказания медицинской помощи. Нередко люди, не доверяющие медицинским работникам, начинают заниматься самолечением, что приводит к плачевным последствиям и указывает на наличие элементов неконструктивного поведения в ситуации потери здоровья. Выявить уровень доверия к медицинскому персоналу нам помог опросник Кранца, включающий 12 утверждений, которые могут быть верными или неверными по отношению к пациенту.

В ходе первого этапа исследования нами была проведена диагностика типов отношения к болезни с использованием методики ТОБОЛ.



Рисунок 1 – Тип отношения к болезни у представителей разных групп здоровья

Как видно на рис. 1, у большинства участников исследования, имеющих опыт переживания симптомов болезни, то есть респонденты 2 и 3 группы здоровья, диагностируется диффузный тип отношения к болезни, который указывает, что модель отношения еще не сформировалась. Можно сказать, что отношения как такового нет. Особенно ярко это выражено у представителей второй группы. У здоровых респондентов, имеющих первую группу здоровья, выявлен анозогностический тип. То есть они просто не думают о болезни, вплоть до отрицания очевидного.

На следующем этапе исследования диагностировались механизмы психологической защиты, которые использовались респондентами.



Рисунок 2 – Механизмы психологической защиты у представителей разных групп здоровья

Согласно данным, представленным на диаграмме, большинство респондентов используют в качестве защитного механизма «проекцию». То есть не признают себе в своих негативных проявлениях, а стараются приписать данные неблагоприятные качества и поведенческие проявления окружающим. Что неконструктивно, так как выстроить рациональную модель поведения, в частности, и в сфере здоровьесбережения, можно только в том случае, если человек понимает свои недостатки и готов их исправлять.

Также показано, что представители второй группы здоровья достаточно часто используют такой механизм защиты, как «отрицание», что косвенно указывает на низкий уровень адаптации к ситуации потери здоровья. Данные участники исследования болеют либо недавно, либо нерегулярно, поэтому, не зная как вести себя в ситуации болезни, гонят от себя мысль о тревожных обстоятельствах, связанных с потерей здоровья.

При этом следует отметить, что напряженность психологической защиты у подавляющего большинства участников исследования в пределах нормы. Как известно, нормативное значение данной величины составляет 40-50%. Лишь у двух испытуемых зафиксировано превышение значения напряженности. Одним является респондент второй группы здоровья, имеющий общую напряжённость защиты (ОНЗ) – 76%. Вторым – участник исследования первой группы здоровья с показателем ОНЗ – 58%. При этом у первого участника преобладающими механизмами психологической защиты являются вытеснение и гиперкомпенсация, что указывает на то, что респондент переводит в бессознательный уровень те импульсы, которые являются для него не-

приемлемыми, и ищет замену реального недостатка, пытаясь найти некие объяснения неблагоприятным поступкам. Как правило, данная защита используется, если человек включает защиту от комплекса неполноценности. У второго респондента показано использование «проекции» в качестве психологической защиты, то есть неприемлемые мысли и чувства респондент приписывает другим людям.

В ходе третьего этапа проводилась диагностика степени доверия медицинскому персоналу.

Табл. 1.

**Степень доверия медицинскому персоналу
согласно опроснику Кранца (среднее значение, стандартное отклонение)**

	Группы здоровья		
	1	2	3
Уровень доверия	5,8±2,1	4,4±1,3	5,8±2,2

Как видно по результатам, представленным в таблице, у представителей всех трех групп здоровья зафиксирован средний уровень доверия, то есть участвующие в исследовании люди демонстрируют необходимую активность в процессе лечения и разумную самостоятельность.

Полученные результаты позволяют заключить:

- современные тенденции таковы, что вопросы здоровьесбережения и здоровьесформирования выходят на первый план и являются актуальными для всего человечества, даже для тех, кто считает себя совершенно здоровыми, так как угроза потерять здоровье теперь стоит перед каждым;

- не взирая на угрозу здоровья, у подавляющего большинства участников исследования диагностируются неконструктивные типы отношения к болезни (либо анозогнозический, либо диффузный), то есть респонденты независимо от уровня здоровья, либо гонять от себя мысль о возможной угрозе своему здоровью, либо вообще не сформировали у себя какого-либо отношения к болезни;

- при этом участники исследования не настроены критически оценивать свою модель поведения, так как в качестве защитного механизма выбирают «проекцию», то есть свои негативные качества они видят в других, но не у себя;

- единственно, что утешает, это практически все 45 участников исследования имеют средний уровень доверия к медицинскому персоналу, то есть готовы активно лечиться и быть самостоятельными в лечении, а не слепо доверяться врачам.

Всё вышесказанное указывает на то, что ни патогенные факторы, ни угроза пандемии не мотивировали людей, принявших участие в исследовании, выработать конструктивную модель здоровьесберегающего поведения и начать «работать на опережение», то есть либо сохранять имеющееся здоровье, либо пытаться его вернуть. И это является задачей, которую еще предстоит решить.

Список литературы:

1. Болбат Н.С., Скугаревская Е.И. Внутренняя картина болезни. Реакции личности на болезнь: Учебно-методическое пособие. – Минск: БГМУ, 2021. – 24 с.

2. Ельникова О.Е. Особенности внутренней картины болезни у представителей разных групп здоровья // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 5. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=14678> (дата обращения: 24.02.2024).

3. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – 4-е изд. – Москва: Медицина, 1977. – 111 с.

4. Николаева В.В. Влияние хронических болезней на психику. – Москва: Изд-во Московского университета, 1987. – 166 с.

5. <https://rosstat.gov.ru/folder/13721>

References:

1. Bolbat N.S., Skugarevskaya E.I. The internal picture of the disease. Personality's reactions to the disease [*Vnutrennyaya kartina bolezni. Reakcii lichnosti na bolezni`.*]. Educational and methodological manual. – Minsk: BGMU, 2021. – 24 p.

2. El`nikova O.E. Features of the internal picture of the disease in representatives of different health groups [*Osobennosti vnutrennej kartiny` bolezni u predstavitelej razny`x grupp zdorov`ya*] // Modern problems of science and education. – 2014. – № 5. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=14678> (date of the application 24.02.2024).

3. Luriya R.A. The internal picture of the disease and iatrogenic diseases [*Vnutrennyaya kartina bolezni i yatrogenny`e zabolevaniya*] – Moskva: Medicina, 1977. – 111 p.

4. Nikolaeva V.V. The impact of chronic diseases on the psyche [*Vliyanie khronicheskix boleznej na psixiku*] – Moscow: Moscow University Publishing House, 1987. – 166 p.