

УКД 371.72+612.812

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗНЫХ ГРУПП ЗДОРОВЬЯ.

Ельникова О.Е.

ФГБОУ ВПО «Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина», Елец, Россия (399770, Елец, Липецкая обл., ул. Коммунаров, 28), e-mail: eln-oksana@yandex.ru

Проведено эмпирическое исследование особенностей внутренней картины болезни у представителей разных групп здоровья. Учитывался уровень здоровья участников экспериментального исследования. При подборе диагностического инструментария учитывались структурные компоненты ВКБ, выделенные Р.А. Лурья и В.В. Николаевой. Было выявлено, что у представителей 2 группы здоровья диагностируется «утяжеленная» форма ВКБ. Об этом свидетельствуют: неадекватно заниженная оценка качества жизни, подавленное эмоциональное состояние, наличие аггравации, низкий статус такой ценности, как «здоровье», заниженный уровень интернальности, отсутствие мотивации на успех и неконструктивное отношение к болезни. То есть у представителей данной группы здоровья очевидно доминирование эмоционального уровня ВКБ, а у представителей 1 и 3 групп здоровья – интеллектуального уровня ВКБ.

Ключевые слова: болезнь, здоровье, внутренняя картина болезни.

FEATURES AN INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE AMONG REPRESENTATIVES OF DIFFERENT GROUPS OF HEALTH

Elnikova O.E.

FGBOU VPO "Yelets state University. I.A. Bunin", Yelets, Russia (399770, Yelets, Lipetsk region, street of Communards, 28), e-mail: eln-oksana@yandex.ru

An empirical study of the internal features of the disease pattern among representatives of different groups of health. Take into account the health of the participants in experimental studies. When selecting diagnostic tools were considered structural components PSC allocated R.A. Lorie, and V.V. Nikolayeva. It was revealed that representatives of the 2 groups of diagnosed health "weighted" WKB form. This is evidenced by: inappropriately low quality of life, depressed emotional state, the presence of aggravate, the low status of such values as "health", low level of internality, lack of motivation to succeed and not constructive attitude to the disease. That is, the representatives of this group health clear dominance emotional level WKB, and members 1 and 3 groups of health intellectual level.

Keywords: disease, health, internal picture of the disease.

Согласно данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат), общая заболеваемость населения России неуклонно возрастает. Так, за последние пять лет, численность зарегистрированных пациентов с диагнозом «установленным впервые в жизни» увеличилась более чем на семь миллионов [5]. Тем не менее решение проблемы сохранения и улучшения качества здоровья на текущий момент, в большей степени, сфокусировано на таких, безусловно, важных направлениях здоровьесбережения, как: пропаганда здорового образа жизни и информирование населения о состоянии их здоровья в ходе мониторинга состояния здоровья населения РФ в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». При этом очевидным является тот факт, что, говоря о здоровье и здоровьесбережении, нельзя рассматривать данную проблему только с позиции «осведомлен, значит, вооружен», необходимо учитывать и другие аспекты, в частности, субъективное отражение своего состояния здоровья (в частности, заболевания) человеком.

Проведенный нами предварительный анализ позволяет утверждать, что субъективная

сторона заболевания обозначается различным образом: А. Гольдшейдером – «аутопластическая картина бо лезни», Е. А. Шевалевым – «пережи вание болезни», Е. К. Краснушкиным – «чувство бо лезни», Л. Л. Рохлиным – «сознание болезни», «от ношение к болезни», Д. Д. Федотовым – «реакция на болезнь», Я. П. Фрумкиным – «позиция к болезни», В. Н. Мясищевым, С. С. Либихом – «концепция бо лезни», «масштаб переживания болезни» и другие [1]. На наш взгляд, наиболее полно отражает исследуемый феномен понятие, введенное Р.А. Лурия, – «внутренняя картина болез ни» (ВКБ) [2], на которое мы будем опираться в ходе нашего исследования.

Основная цель работы – изучение форм ВКБ, которые не только ос ложняют общую картину течения болезни, но и могут влиять на формирование неадекватной внутренней картины здоровья. В рамках нашего исследования за основу была взята структура ВКБ В.В. Николаевой, которая включает в себя 4 уровня: чувственный, эмоциональный, интеллектуальный и мотивационный [3].

Материал и методы исследования

Испытуемые в зависимости от состояния здоровья были отнесены к одной из трех групп: люди, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии (3 группа), здоровые люди, но имеющие те или иные функциональные отклонения, без симптомов хронических заболеваний (2 группа), и здоровые люди с нормативными показателями (1 группа). В выборку вошли 28 испытуемых, имеющих 3 группу здоровья (от 40 до 17 лет), 27 – имеющих 2 группу (от 34 до 17 лет) и 25 – имеющих 1 (от 32 до 17 лет).

Таблица 1

Возраст испытуемых разных групп здоровья
(среднее и стандартное отклонение)

	Группы здоровья		
	1	2	3
Возраст	21,8±4,2	21,0±4,5	23,3±6,5

В качестве диагностического инструментария были использованы: для диагностики чувственного уровня ВКБ: "SF-36 Health Status Survey" и методика и диагностика самочувствия, активности и настроения (САН); эмоционального уровня ВКБ: симптоматический опросник SCL-90-R; методика диагностики копинг-поведения в стрессовых ситуациях; интеллектуального уровня ВКБ: методика «Уровень субъективного контроля», методика изучения ценностных ориентации М. Рокича; мотивационного уровня ВКБ: опросник А.А. Реана «Мотивация успеха и боязнь неудачи» (МУН), методика ТОБОЛ.

"SF-36 Health Status Survey" относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни, в частности, общего состояния здоровья. Перевод на русский язык и

апробация методики была проведена «Институтом клинико-фармакологических исследований» (Санкт-Петербург). Цель методики САН: экспресс-оценка самочувствия, активности и настроения. Использование данных методик позволит получить информацию об уровне ощущений человеком собственного физического состояния.

Симптоматический опросник SCL-90-R – методика, предназначенная для оценки паттернов психологических признаков. Дополнить полученные при помощи симптоматического опросника данные необходимо при помощи методики диагностики копинг-поведения в стрессовых ситуациях (С. Норман, Д. Эндлер, Д. Джеймс, М. Паркер). Данная методика предназначена для дифференциации доминирующих стратегий преодоления в стрессовых ситуациях. Использование указанных методик в комплексе позволяет не только оценить психоэмоциональное состояние, но и определить, насколько конструктивную стратегию преодоления выбирает индивид.

Определить ведущие ценности представителей разных групп здоровья и, как следствие, представление о причинах потери здоровья, мы полагаем с помощью методики изучения ценностных ориентации М. Рокича. Дополнить данные об осознанности причин потери здоровья мы считаем возможным при помощи методики «Уровень субъективного контроля», так как локус контроля обозначает систему убеждений личности относительно того, где располагаются силы, влияющие на результаты его действий. Данная методика позволит выявить интернальность в сфере здоровья.

Методика ТОБОЛ используется для изучения отношения к болезни. Определение типа отношения к болезни позволяет оценить поведение и образ жизни в условиях болезни, а также актуализацию деятельности по возвращению и сохранению здоровья, то есть мотивационный уровень ВКБ.

Результаты исследования и их обсуждение

По итогам диагностики чувственного уровня ВКБ нами были получены следующие результаты: представители 2 группы здоровья достаточно низко оценивают общее состояние здоровья по шести из 8 шкал, а представители 3 группы только по 4 шкалам: испытуемые, имеющие 2 группу здоровья, хуже оценивают свое общее состояние здоровья (GH), чем испытуемые, имеющие 1 и 3 группу здоровья, равно как и физическое функционирование (PF) и интенсивность боли (BP). Так же представители 2 группы здоровья, в отличие от представителей 3 группы здоровья, отмечают влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность и ограничение в выполнении повседневной работы.

Таблица 2

Оценка качества жизни испытуемых разных групп
(среднее и стандартное отклонение, баллы)

Гр. зд.	SF-36 Health Status Survey
---------	----------------------------

	GH	PF	RP	RE	BP	MH
1 группа	85,8 ±8,7**	98,3 ±2,4**	87,5±19,9	72,5 ±27,5	90,5 ±12,3**	77,6±13**
2 группа	64,1 ±15,9** *	88,8 ±11,2***	64,7 ±38,5***	45,4 ±33,1***	63,2 ±16,1***	61,4 ±18,4***
3 группа	68,6±20, 7	92,7±9,4	81,9±26,8	68,7±35*	75,4±22,4	64,2±16,5

* – достоверно при $p \leq 0,05$ по Т-критерию Стьюдента. (между 3 и 2 группой);

** – достоверно при $p \leq 0,05$ по Т-критерию Стьюдента. (между 1 и 3 группой);

*** – достоверно при $p \leq 0,05$ по Т-критерию Стьюдента. (между 2 и 1 группой).

То есть представители 2 группы здоровья считают, что их физическая активность и ролевое функционирование значительно ограничивается состоянием здоровья.

Указанный вывод подтверждается данными, полученными в ходе экспресс-оценки по методике САН. Были выявлены достоверные различия между данными по шкалам «активность» и «настроение» у представителей 2 и 3 групп здоровья.

Таблица 3

Оценка ощущение собственного физического состояния испытуемых разных групп
(среднее и стандартное отклонение, баллы)

группа здоровья	САН		
	Самочувствие	Активность	Настроение
1 группа	4,8±1,1	4,5±1	5±1,2
2 группа	4,8±2	4±1*	4,8±1,3*
3 группа	5,3±1	4,8±1,5	5,6 ±0,6

* – достоверно при $p \leq 0,05$ по Т-критерию Стьюдента. (между 3 и 2 группой).

По итогам диагностики эмоционального уровня ВКБ нами были получены следующие данные: выявлены достоверные различия по шкалам: депрессия (Д), тревожность (Т), враждебность (В), фобия (Ф), паранояльность (Пар) и психотизм (Пс). Следует отметить, что у представителей 2 группы здоровья более высокие показатели по указанным шкалам, по сравнению с представителями 1 и 3 групп здоровья.

Таблица 4

Оценка паттернов психологических признаков испытуемых разных групп
(среднее и стандартное отклонение, баллы)

группа здоровья	симптоматический опросник SCL-90-R						
	Д	Т	В	Ф	Пар	Пс	Общ. инд. т
1 группа	0,4 ±0,3**	0,47±0,5	0,5±0,3	0,2±0,3	0,8±0,7	0,21±0,2	0,4±0,2
2 группа	1,1 ±0,9***	1,02 ±0,7***	1,4 ±1***	0,7 ±0,6***	1,2±0,8	0,8 ±0,6***	1,02±0,5***
3 группа	0,7±0,5	0,6±0,4*	0,8±1,1	0,2±0,3*	0,5±0,4*	0,4±0,4*	0,5±0,3*

* – достоверно при $p \leq 0,05$ по Т-критерию Стьюдента. (между 3 и 2 группой);

** – достоверно при $p \leq 0,05$ по Т-критерию Стьюдента. (между 1 и 3 группой);

*** – достоверно при $p \leq 0,05$ по Т-критерию Стьюдента. (между 2 и 1 группой).

Полученные результаты позволяют утверждать, что у испытуемых, имеющих 2 группу, диагностируются такие проявления, как: отсутствие интереса к жизни, недостаток мотивации (как симптомы по шкале депрессия); нервозность и приступы паники как признаки тревожности; агрессия, раздражительность, гнев и негодование (как симптомы по шкале враждебность); стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, ведущая к избегающему поведению (как симптомы по шкале фобия); проективные мысли, враждебности, подозрительности (как симптомы по шкале паранояльность); а также грубую аггравацию как симптом психотизма. В то время как у испытуемых, имеющих 3 группу, диагностируются только незначительное увеличение баллов по шкале депрессия.

При этом следует отметить, что в ходе диагностики копинг-поведения в стрессовых ситуациях достоверных различий выявлено не было. Представители всех групп здоровья ориентированы на решение проблемной ситуации.

Таблица 5

Копинг-поведение в стрессовых ситуациях испытуемых разных групп
(среднее и стандартное отклонение, баллы)

группа здоровья	копинг-стратегии		
	копинг решение задач	копинг ориентир на эмоции	копинг ориентир на избегание
1 группа	58,2±9,3	39,9±10,1	46,1±10,9
2 группа	55,2±9,6	42,4±13	45,5±9,7
3 группа	60,1±12,4	43,4±7,8	46,5±11,1

В ходе диагностики интеллектуального уровня ВКБ было определено место одной из ведущих ценностей – «здоровья» в системе ценностей представителей разных групп здоровья.

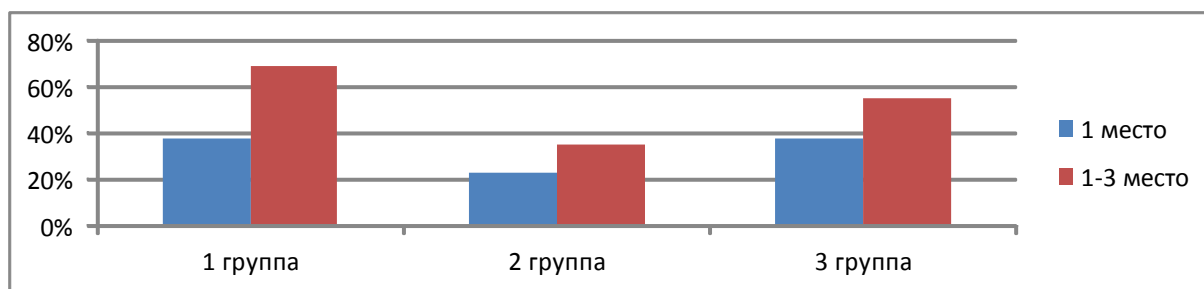


Рис.

1. Место «здоровья» в иерархии ценностей испытуемых разных групп

Как видно из представленного рисунка, представители 1 группы здоровья в иерархии ценностей «здоровье» ставят на первое место 38 % испытуемых и 69 % в первую тройку мест. Также 38 % представителей 3 группы в иерархии ценностей на первое место ставят «здоровье» и 55 % в первую тройку мест. В то время как среди представителей 2 группы только 23 % испытуемых «здоровье» ставят на первое место и 35 % в первую тройку мест.

В ходе диагностики осознанности причин потери здоровья были получены данные об уровне интернальности испытуемых разных групп. У испытуемых, имеющих 2 группу, диагностируется: более низкий уровень интернальности (Ио), чем у представителей других групп здоровья, высокие показатели по шкале «отрицание активности» (Оа) и низкий уровень готовности к деятельности (Дг), по сравнению с представителями 1 и 3 групп здоровья. Но при этом для испытуемых, имеющих 2 группу, в большей степени характерны проявления самообвинительного поведения (Псоб). Самые высокие показатели «интернальности в сфере здоровья» (Из) – у испытуемых, имеющих 3 группу здоровья. Что говорит о готовности представителей данной группы брать ответственность в указанной сфере на себя.

Таблица 6

Уровень интернальности испытуемых разных групп
(среднее и стандартное отклонение, баллы)

группа здоровья	Локус контроля				
	Ио	Псоб	Из	Оа	Дг
1 группа	25,4±5,5	-0,7±1,4***	5±1,2	6,2±4	4,7±1,6
2 группа	23,4±5,8*	0,5±2,1	5,2±1,4*	6,6±2,9*	3,9±2,1*
3 группа	27,9±5	0,2±2,4	6,1±1,3**	3,8±2,8	5,5±1,7

* – достоверно при $p \leq 0,05$ по Т-критерию Стьюдента (между 2 и 3 группой);

** – достоверно при $p \leq 0,05$ по Т-критерию Стьюдента (между 3 и 1 группой);

*** – достоверно при $p \leq 0,05$ по Т-критерию Стьюдента (между 1 и 2 группой).

В ходе диагностики мотивационного уровня ВКБ было установлено, что только у испытуемых, имеющих 3 группу здоровья, диагностируется мотивация на успех, в то время

как у представителей 1 и 2 группы здоровья только тенденция мотивации на успех.

Анализ полученных данных об отношении к болезни позволяет утверждать, что у подавляющего большинства испытуемых (всех групп здоровья), участвующих в исследовании, диагностируется анозогнозический тип отношения к болезни, который характеризуется «активным отбрасыванием мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного» [4, С.14]. Показано, что практически не наблюдается разницы между типами отношения к болезни у людей, страдающих хроническими заболеваниями, и здоровыми людьми. Следовательно, подавляющее большинство испытуемых, даже знающих о необходимости соблюдения определенных правил поведения, позволяющих им не страдать от симптомов болезней, все же выбирают не конструктивную модель поведения, либо «активное отбрасывание мысли о болезни» при анозогнозическом типе, либо «уход от болезни в работу» при эргопатическом типе. У испытуемых, имеющих вторую группу здоровья, диагностируется достаточно широкий спектр типов отношения к болезни. Причем, если у испытуемых, имеющих 1 и 3 группы здоровья, диагностируются типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается, то у испытуемых, имеющих вторую группу здоровья, типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием.

Таблица 7

Оценка мотивационного уровня ВКБ
(среднее и стандартное отклонение)

	Группы здоровья		
	1	2	3
МУН	13,6±2,2	12,6±4	14,1±2,7
ТОБОЛ	2,8±0,4	3,9±2,9*	2,6±0,7

* – достоверно при $p \leq 0,05$ по Т-критерию Стьюдента. (между 3 и 2 группой).

Выводы

Таким образом, можно говорить о том, что у представителей 2 группы здоровья диагностируется доминирование эмоционального уровня ВКБ. Об этом свидетельствуют такие показатели, как: неадекватно заниженная оценка состояния своего здоровья, подавленное эмоциональное состояние и наличие аггравации. Но при этом низкий статус «здоровья» в иерархии ценностей, заниженный уровень интернальности (в том числе и в сфере здоровья), а также отсутствие мотивации на успех и неконструктивное отношение к болезни. А у представителей 1 и 3 групп здоровья – интеллектуального уровня ВКБ. Данное утверждение доказывают следующие данные: адекватная оценка состояния своего здоровья, отсутствие показателей эмоциональной нестабильности, достаточно высокий статус

«здоровья» в иерархии ценностей испытуемых и высокий уровень интернальности (в том числе и в сфере здоровья), выраженная мотивация на успех, но при этом не конструктивное отношение к болезни.

Очевидным является тот факт, что знание о наличии заболевания должно менять не только чувственный, эмоциональный и интеллектуальный, но и мотивационный компоненты субъективной стороны заболевания. Тем не менее изменения образа жизни и актуализации деятельности, направленной на выздоровление, согласно проведенному нами исследованию, не диагностируется ни в одной из групп, участвующих в эксперименте. Таким образом, говорить сейчас о здоровьесбережении неэффективно, нужно ставить вопрос об осознанном здоровьесформировании.

Работа выполнена при финансовой поддержке Минобрнауки России в рамках базовой части государственного задания.

Список литературы

1. Ельникова О.Е. Субъективная реакция человека на болезнь: анализ проблемы // Психология образования в поликультурном пространстве. – 2014. – Т. 1 (№ 25). – С.10-19.
2. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. – 4-е изд. – М.: Медицина, 1977. – С. 37-52.
3. Николаева В. В. Влияние хронических болезней на психику. Психологическое исследование. – М.: Изд-во Московского ун-та, 1987. – 169 с.
4. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. – СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2005. – 33 с.
5. Российский статистический ежегодник, 2013 г.
http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078

Рецензенты:

Барышева Т.А., д.псих.н., профессор, профессор кафедры педагогики начального образования и художественного развития ребенка Института детства РГПУ им. А.И. Герцена, РГПУ им. А.И. Герцена, г. Санкт-Петербург.

Николаева Е.И., д.б.н., профессор, профессор кафедры «прикладная психология» Петербургского государственного университета путей сообщения императора Александра I, Петербургский государственный университет путей сообщения императора Александра I, г. Санкт-Петербург.