

УДК 615.851:618.1

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПО ДАННЫМ, ПОЛУЧЕННЫМ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДИКИ ТОБОЛ (ТИПОЛОГИЯ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ)

Татров А.С., Дзебоева А.Ю.

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия Минздрава России», Владикавказ, e-mail: sogma.rso@gmail.com

В условиях гинекологического отделения республиканской клинической больницы РСО-Алании, г. Владикавказ проведено исследование по методике ТОБОЛ у 35 пациенток. Подтверждена актуальность применения методики ТОБОЛ, психологического консультирования и сопровождения. Отношение пациентов к болезни определяется как элемент психологического анализа целостной системы отношений и поэтому не может рассматриваться обособленно. Вместе с тем отношение пациентов к своему заболеванию является значимым и, следовательно, оказывает определенное влияние и на другие отношения личности. Таким образом, для основательного изучения сопричастности к болезни необходимо рассматривать его в более широком контексте, учитывая также отношения к тем сферам функционирования личности, на которые может оказывать влияние как сам факт заболевания, так и отношение к нему индивида. Целью настоящего исследования явилось определение типа реакции на заболевание у пациенток гинекологического профиля в условиях стационара. Выявление типа реакции на заболевание позволяет лечащему врачу и психотерапевту сконструировать рациональный и адекватный подход к ведению пациентов, а также позволяет проводить комплексную фармакотерапию с психотерапией.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни (ВКБ), методика определения типологии отношения к болезни (ТОБОЛ), психологическое консультирование гинекологических больных.

INTERNAL PICTURE OF DISEASE IN GYNECOLOGIC PATIENTS ACCORDING TO THE DATA OBTAINED USING THE METHOD TAD (TYPOLOGY OF ATTITUDE TO THE DISEASE)

Tatrov A.S., Dzeboeva A.Y.

State educational institution of fiscal higher Professional Education North Ossetian State Medical Academy Russian Ministry of Health, Vladikavkaz, e-mail: sogma.rso@gmail.com

The current research project was made in the gynecological department of the Republican Clinical Hospital of the Republic of North Ossetia – Alania (the city of Vladikavkaz), where 35 patients were investigated by the method of Typology of Attitude to the Disease (TAD). The significance of TAD, counseling and support was established. The attitude of patients to the disease is defined as an element of psychological analysis of the integrated system of relations and therefore cannot be considered in isolation. However, the attitude of patients to their disease is significant and, therefore, has some impact on other relationships of the individual. Thus, for a thorough study of the relation of the disease must be considered in a broader context, considering also the relations to those areas of personality functioning, which may influence both the fact of the disease, and the attitude of the individual. The purpose of this study was to determine the type of response to the disease among gynecological patients in the hospital. Identification of the type of a reaction on illness allows doctor and psychotherapist to concentrate on a rational and adequate approach to treatment of patients, and also gives an opportunity to implement complex pharmacotherapy with pshychotherapy.

Keywords: internal picture of disease, method of determining the typology of attitude to the disease, psychological counseling gynecological patients.

Внутренняя картина болезни (ВКБ) – обязательная составляющая любого патологического процесса в организме. При рассмотрении болезни как результата нарушения деятельности материальных структур организма и их несоответствия физиологическим функциям, следует учитывать и наличие психосоматического компонента

заболевания, который оказывает определенное воздействие на течение патологического процесса. Структура заболевания, непременно, оказывает определенное влияние на формирование внутренней картины болезни, однако, полноценное понятие внутренней картины заболевания складывается у пациентов из их субъективного понимания сути болезни и отношения к различным областям функционирования – из отношения к работе, отдыху, самочувствию, к лечению, настроению, сну и другим отраслям. Отношение к болезни выделяется как значимая грань психологического анализа целостной системы отношений и поэтому не может рассматриваться изолированно. Кроме того, отношение пациентов к своему заболеванию является существенным и, следовательно, оказывает влияние и на другие отношения личности. Таким образом, для всестороннего изучения отношения к болезни необходимо анализировать и рассматривать его в более широком контексте, учитывая также отношения к тем областям деятельности личности, на которые может оказывать влияние как сам факт заболевания, так и отношение к нему индивида.

Многие авторы выделяют три основных фактора, которые принимают участие в формировании отношения к болезни: 1) преморбидные особенности личности; 2) природа самого заболевания; 3) социально-психологические факторы. Преморбидные особенности личности основываются на субъективных представлениях пациентов о себе, о своем состоянии здоровья, об окружающих и о сферах функционирования. Природа самого заболевания в зависимости от психологического типа личности и рационального подхода к болезни формирует определенный тип внутренней картины болезни. К социально-психологическим факторам относятся факторы, которые способны оказывать влияние на пациента со стороны окружающих людей – отношение к данной болезни у окружающих, понимание, поддержка либо отстранение такого человека, характер менталитета [1].

Изучение отношения к болезни с позиций психологии отношений по самой своей сути включает анализ всех трех обозначенных выше факторов. Отношение к болезни, как и любое отношение, является индивидуальным, частным, избирательным, сознательным (или способным к осознанию), т.е. выражает индивидуальный, или личностный уровень. Как и всякое отношение, оно носит субъективно-объективный характер, является содержательным и обстоятельным и не может рассматриваться вне объекта отношений, иными словами, определяется сущностью самого заболевания. И наконец, как всякое отношение, отношение к болезни складывается из существующих в значимом для больного микросоциальном окружении и в обществе в целом, представлениях о данном заболевании, о регламентированных в определенной культуре нормах поведения больного, о социальных и социально-психологических последствиях болезни.

Отношение к болезни, как и любое психологическое отношение, индивидуально и

персонализировано. Однако психологический анализ выявляет, что отношение отдельного человека, оставаясь уникальным по своей сути, может быть описано через принадлежность этого отношения к определенным психологическим типам отношений, то есть через обнаружение сходства с уникальными по своей природе отношениями других людей. Данное положение справедливо и для описания отношения к болезни. Учитывая данный факт, очевидна актуальность проведенного исследования.

С целью выявления типа реагирования на заболевание и возможностью рационального воздействия на лечебный процесс с последующим возможным применением психотерапии использована методика типологии отношения к болезни. Применение данной методики по выявлению типа реагирования на болезнь позволяет проводить адекватную и рациональную терапию пациенток гинекологического отделения. Психотерапия больных с соматическими расстройствами направлена на изменение неадекватных и нерациональных реакций на болезнь, формирование у больных реалистических установок на лечение, восстановление внутрисемейных и более широких социальных взаимосвязей и тем самым способствует не только улучшению состояния больных, но и профилактике рецидивов заболевания. Достижение обозначенных психотерапевтических целей осуществимо только при изменении отношения к болезни [4].

Нами предполагалось, что в структуре внутренней картины болезни будет преобладать болевой синдром, что определяется с помощью показателей шкалы «Сенситивность» методики ТОБОЛ.

Целью также явилось определение структуры благоприятных типов реагирования на болезнь: «Гармоничный», «Эргопатический», «Анозогнозический» и неблагоприятных типов реагирования: «Тревожный», «Ипохондрический», «Неврастенический», «Меланхолический», «Апатический», «Сенситивный», «Эгоцентрический», «Паранойяльный», «Дисфорический» [1].

Объектом исследования стали 35 пациенток гинекологического отделения в возрасте от 20 до 50 лет. В качестве методики исследования был использован тестовый комплекс ТОБОЛ, предназначенный для психологической диагностики типов отношения к болезни, сконструированный в лаборатории клинической психологии института имени В.М. Бехтерева (2005, 1987 г.). Трудоемкость работы с опросником составляет 1,5 часа на одного пациента; информативность и достоверность методики стандартизованы и верифицированы.

Тестовая методика, направленная на диагностику типа отношения к болезни и соответственно названная ТОБОЛ, была сконструирована в лаборатории клинической психологии института им. В.М. Бехтерева как модель мышления клинического психолога и психоневролога, потенциально восполняющая недостаток опыта у врачей-интернистов в

квалификации психического состояния и личностной диагностики больного при отсутствии клинических психологов и психоневрологов во многих клиниках соматического профиля.

Для проведения исследования нами был применен усовершенствованный вариант этой методики, разработанный в связи с потребностями врачей и клинических психологов, широко использующих психотерапию в комплексе лечебно-восстановительных мероприятий и в процессе подготовки и усовершенствования соответствующих кадров. Особенностью методики ТОБОЛ является универсальность, то есть возможность использования данной методики в качестве определения типа реакции на заболевание у пациентов различных отделений.

Методика ТОБОЛ, построенная в форме опросника, диагностирует внутреннюю картину болезни (ВКБ) на основании информации об отношениях больного к ряду жизненных проблем и ситуаций, потенциально наиболее для него значимых и непосредственно или опосредованно связанных с его заболеванием: отношение к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также оценка самочувствия, настроения, сна и аппетита.

Согласно нашей гипотезе, у пациенток гинекологического отделения возможно преобладание сенситивного компонента реакции на заболевание с вовлечением типов реагирования на заболевание, относящихся к группе неблагоприятного типа, что и подтвердилось при анализе полученных данных по методике ТОБОЛ [1].

Для статистической обработки полученного материала нами использовалось программное обеспечение IBM SPSS 21. Проведен корреляционный анализ по Пирсону [3].

У 9 респондентов по шкале «Сенситивность» выявлены повышенные показатели, что составляет 25,71 % от общего числа обследованных, достоверно коррелирующие по Пирсону с данными шкал «Эргопатичность», «Апатичность» и «Эгоцентризм» (0,618-0,769-0,834 соответственно), причем у 5 (14,28 %) из них значительно выше среднего – в 2–3 раза. Преобладание сенситивного элемента свидетельствует о наличии болевого синдрома, интерпсихической направленности личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации у данных больных. Больные с таким типом отношения к болезни характеризуются сенсibilизированным отношением к болезни, которое, вероятно, в наибольшей степени зависит от преморбидных особенностей личности. Такое сенсibilизированное отношение к болезни проявляется дезадаптивным поведением больных: они стесняются своего заболевания перед окружающими их людьми, «используют» его для достижения своих определенных целей, строят паранойяльного характера предположения относительно причин своего заболевания и его хронического течения, проявляют гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем состоянии. Такие

пациентки нуждаются в обязательном медикаментозном и психотерапевтическом лечении.

Таким образом, более ¼ части респондентов из 35 имеют выраженный болевой синдром. Выраженный и средний болевой синдром вызывают неврастенизацию, тревожность, усиливают проявление эгоцентризма, приводят к апатическим реакциям и в виде психологической защиты могут вызывать анозогнозию, ипохондризацию или эргопатическую реакцию.

У 28,57 % пациенток по шкале «Тревожность» выявлены высокие показатели, достоверно коррелирующие по Пирсону со шкалами «Дисфоричность» (0,546), «Меланхоличность» (0,502) и «Сенситивность» (0,700). Это значит, что более ¼ части респондентов имеют повышенный показатель по шкале «Тревожность». 5 респондентов из 10 имеют значительно завышенные показатели по «Тревожности». Для данных пациентов характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных с этими типами реагирования. Эмоционально-аффективная сфера отношений у таких больных проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь, отказе от борьбы – «капитуляции» перед заболеванием и т.п.

10 респондентов по шкале «Неврастения» имеют повышенные значения, что составляет 28,57 % от общего количества респондентов. Самые высокие показатели наблюдаются у 6 респондентов, что составляет 17,14 %. Шкала «Неврастения» коррелирует с «Паранояльностью» (0,441), «Сенситивностью» (0,420), «Дисфоричностью» (0,413). Пациентки данного типа реагирования на заболевание имеют стойкий психологический дисбаланс и нуждаются в обязательной психотерапевтической коррекции.

У 37,14 % (13 респондентов) наблюдаются повышенные показатели по шкале «Меланхоличность», коррелирующие с «Тревожностью» (0,502), «Ипохондрией» (0,472), «Паранояльностью» (0,462), «Дисфоричностью» (0,456), «Эгоцентричностью» (0,398). Из них наивысшие показатели имеются у 3 респондентов, что составляет 8,57 % от общего количества респондентов. Пациентки с меланхоличным типом реагирования, как правило, подавлены, для них характерно состояние «ухода» в болезнь и нежелание лечиться. Наличие самого заболевания вызывает у данных пациенток угнетенность, отсутствие представления о благоприятном исходе от лечения. Учитывая наличие соматического и неврогенного компонента болезни, данным пациенткам показано проведение психологической диагностики и коррекции, включая применение психофармакотерапии.

У 37,14 % (13 респондентов) пациенток выявлены повышенные показатели по шкале «Эгоцентричность». Наивысшие показатели по данной шкале наблюдаются у 5,71 %

пациенток от общего числа всех респондентов. Корреляция отмечена со шкалой «Меланхоличность» (0,398) и с «Тревожность» (0,356). Самые высокие показатели у 2-х респондентов. Для пациентов с эгоцентрическим типом реагирования характерно агрессивное состояние, стремление привлечь внимание окружающих для достижения собственных целей, а также нежелание к принятию во внимание мнения, наставлений и советов лечащего врача.

Из 35 тестируемых у 17 % женщин (6 человек) наблюдался выраженный болевой синдром. Данный факт связан с тем, что на стационарном лечении находятся пациентки со средней и выраженной степенью тяжести заболевания. Болевой синдром сочетается с повышенными показателями тревожности, неврастении, меланхолии и элементами дисфории.

Сочетания видов реагирования: сенситивно-тревожное; сенситивно-неврастеническое являются наиболее частыми (60 %), а сочетание сенситивно-меланхолическое и сенситивно-дисфорическое зарегистрировано у 40 %.

К неблагоприятному виду реакции относится и «Паранойяльный», который составил от общей выборки 6 человек (17 %). Пациенты с данным типом реагирования отказывались от выполнения необходимых лечебных манипуляций, были склонны к обвинению окружающих в развитии своего заболевания, не были нацелены на благоприятный исход от лечения. Психологическая консультация и сопровождение пациенток паранойяльного типа клиническим психологом и психотерапевтом совместно с лечащим врачом обязательна, так как это позволяет сформировать установку на выздоровление. А также необходимо проведение консультаций и индивидуальных тренингов для данных пациенток в динамике: во время лечения в стационаре и после выписки.

Благоприятный тип реакции на болезнь («благополучная триада» – сочетание гармонично-эргопатического и гармонично-анозогнозического наблюдался у 13 человек, что составило 37 %. Достоверными данные результатов были у 6 человек, что составило 17 % ($p < 0,05$) от общей выборки, то есть истинно благоприятный тип реакции на заболевание наблюдался у небольшого процента пациенток. Данный факт свидетельствует о том, что значительный процент пациентов, находящихся на стационарном лечении, нуждаются в психологической помощи: диагностике, консультации и сопровождении клинического психолога и психотерапевта.

Гармоничный тип реагирования на заболевание позволяет лечащему врачу сконструировать рациональную тактику ведения данных пациентов, а также стремление самих пациентов оказать содействие в лечении, приводит к более ускоренному лечению со значительно меньшим количеством рецидивов заболевания. Пациенты с данным типом

реагирования активно выполняли все лечебно-диагностические процедуры и были нацелены на выздоровление.

На наш взгляд, консультация и наблюдение клинического психолога и психотерапевта необходимы всем пациенткам, так как это позволяет вырабатывать рациональную и адекватную стратегию и тактику в диагностике, лечении и профилактике заболеваний. В проведении лечения пациенток гинекологического профиля, а также пациентов, имеющих другие различные нозологические формы, необходимо в условиях стационара проводить комплексный подход к лечению, выявлять внутреннюю картину болезни и формировать у пациентов установку на положительный исход от лечения. Медикаментозную этиопатогенетическую терапию необходимо сочетать с психотерапевтическим лечением, с проведением индивидуальных и групповых тренингов, а также с проведением консультаций с клиническим психологом и психоневрологом. Состояние внутренней картины болезни необходимо наблюдать в динамике заболевания, отмечая изменения установок на лечение. Необходимо также выявлять группы пациентов с неблагоприятным типом реагирования на болезнь и проводить с такими пациентами курсы психотерапевтической коррекции, тренинги, включая и фармакотерапию в комплексное лечение – применение транквилизаторов, антидепрессантов, нейролептиков, ноотропов и других нейротропных препаратов.

Если учесть, что в течение года в гинекологическом отделении проходят обследование 1500–1700 пациенток, более половины из них будут иметь вышеуказанные виды реакции на болезнь, и такие пациентки, непременно, нуждаются в психологической, психотерапевтической и медикаментозной коррекции – это индивидуальная и групповая психотерапия, тренинги; применение анальгетиков, транквилизаторов, антидепрессантов, биостимуляторов и ноотропов. Соответствующий подход к лечению заболеваний позволит проводить полноценное лечение, включая и психотерапевтическое лечение, пациентов с отсутствием рецидивов заболеваний.

Таким образом, на наш взгляд, проведенное исследование по выявлению типа реагирования на заболевание по методике типологии отношения к болезни у пациенток гинекологического отделения республиканской клинической больницы имеет несомненную теоретическую ценность и практическую значимость в деятельности врача, клинического психолога и психотерапевта на современном этапе развития медицины. Данный подход к диагностике и лечению заболеваний позволит клиническим психологам, психотерапевтам и практикующим врачам осуществлять полноценное лечение пациентов с уменьшением частоты развития рецидивов заболевания, а также позволит формировать у пациентов рациональную установку на проводимое лечение и дальнейшее отношение к основным

сферам функционирования личности – к самочувствию, состоянию своего здоровья, работе, труду, сну, отдыху, характеру питания и другим отраслям. Необходимо отметить, что пациенты, которые с самого начала проведения лечения содействуют врачу и добросовестно выполняют все намеченные лечебные рекомендации, а также имеют положительный, позитивный настрой на исход от курса лечения, как правило, имеют меньшее количественное значение рецидивов и осложнений заболевания. Данный факт следует учитывать при формировании у пациентов мотива на выздоровление. Таким образом, определение психологического статуса пациента и выявление внутренней картины болезни – это значительные структурные элементы в проведения рационального лечения, что и подтвердилось в ходе проведения исследования внутренней картины болезни в условиях республиканской клинической больницы города Владикавказа.

Список литературы

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психологическая диагностика отношения к болезни; пособие для врачей // Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2005. – С. 3-31.
2. Лукацкий М.А., Остренкова М.Е. Психология; учеб. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 664 с.
3. Наследов А. IBM SPSS 20 statistics и AMOS, профессиональный стат. анализ данных. – СПб.: Питер, 2013. – 416 с.
4. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию: Т. I.: Учеб. для студентов мед. вузов. / (Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии). – М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 416 с.
5. Татров А.С., Аветисян Р.Р., Датиева И.Р. Педагогика. Учебно-методическое пособие. – М., 2010. – 184 с.