Трусикова О.О.**Проблема исследования внутренней картины болезни: диагностический аспект**

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

(Россия, Волгоград)

doi: 10.18411/lj-06-2021-304

Научный руководитель

Озерина А.А.

Аннотация

Данная статья посвящена проблеме исследования внутренней картины болезни, как сложного структурного образования. Обозначена важность исследования данного феномена у пациентов с соматическими заболеваниями. Рассмотрены факторы, влияющие на формирование внутренней картины болезни. Проведен теоретический обзор методов диагностики внутренней картины болезни и ее структурных компонентов.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, отношение к болезни, соматические заболевания, пациенты, психодиагностика.

Abstract

This article is devoted to the problem of studying the internal picture of the disease as a complex structural formation. The importance of studying this phenomenon in patients with somatic diseases is shown. The factors influencing the formation of the internal picture of the disease are considered. A theoretical review of methods for diagnosing the internal picture of the disease and its structural components is carried out.

Keywords: internal picture of the disease, attitude to the disease, somatic diseases, patients, psychodiagnostics.

Особенности личности пациента, его позиция по отношению болезни и лечению являются существенными факторами успешности его реабилитации [1, с. 33]. Диагностика внутренней картины болезни является сложной и комплексной задачей, а методик, специально направленных на исследование данного феномена крайне мало. В зависимости от многих факторов, внутренняя картина болезни может носить адекватный или неадекватный характер. Неадекватно сформированная внутренняя картина болезни отрицательно влияет на течение и исход заболевания, способствует развитию внутриличностных и межличностных конфликтов [5, с. 86]. Это может отражаться на образе жизни пациента, следовании медицинским рекомендациям и назначениям, на качестве жизни в целом. Психологическая помощь соматическим пациентам направлена на изменение неадекватных реакций на болезнь, создание позитивных установок на лечение и прогноз, восстановление социальных связей, что в совокупности способствует улучшению состояния пациентов, профилактике рецидивов заболевания, улучшению качества жизни. Таким образом, исследование внутренней картины болезни является одним из главных направлений выбора средств медико-психологической реабилитации, повышения эффективности лечения, определения терапевтического прогноза.

Отражение болезни, ее целостный образ в психике пациента составляют внутреннюю картину болезни. Под данным термином Р.А. Лурия определял всю массу ощущений и переживаний больного, его общее самочувствие, самонаблюдение, представления о болезни, причинах, ее вызывающих – весь внутренний мир пациента [4, с.215].

Процесс формирования отношения к заболеванию достаточно длительный и зависит как от личностного профиля человека, так и от внешних средовых факторов.

Данный процесс происходит в несколько этапов, начиная от осознания человеком своего болезненного состояния, затем – принятие или не принятие диагноза и соответствующую реорганизацию жизненного пространства. Мотивация к лечению во многом определяется личностными особенностями пациента и решением четко следовать рекомендациям врачей [3, с.35].

Психотравмирующие воздействия на личность, обусловленные соматическим заболеванием, могут быть обусловлены многими факторами, такими как тяжесть заболевания, представления самого пациента об опасности диагноза, возникающие ограничения в бытовой и профессиональной деятельности, изменение социального статуса, развитие побочных явлений и осложнений, наличие внешнего дефекта, страх смерти и т.д.

Все факторы, определяющие внутреннюю картину болезни могут быть распределены в несколько групп: 1) преморбидные биологические и личностные факторы (среди которых пол, возраст, темперамент, характер, личностные особенности); 2) характер самой болезни и ее возможные последствия (болевая характеристика, вероятность инвалидизации, хронизации, летального исхода, необходимость оперативного вмешательства); 3) социальное положение пациента и влияние окружения (взаимоотношение личности пациента с действительностью и отношения с другими людьми, в том числе с членами семьи, в профессиональной деятельности, в самом лечебном учреждении); 4) медицинские факторы (среди которых условия диагностики и лечения: взаимоотношения с лечащим врачом, роль медицинского персонала, воздействие обстановки лечебного учреждения, в которой пребывает пациент).

Между объективным проявлением болезни и ее переживанием очень часто отсутствует знак равенства: значение болезни может как преувеличиваться пациентом, так и преуменьшаться в его субъективном восприятии. Исходя из этого, выделяют нормозогнозию, при которой пациенты адекватно оценивают свое состояние и перспективы выздоровления, их оценка совпадает с оценкой врача; гипернозогнозию, что означает переоценку значимости отдельных симптомов и заболевания в целом; гипонозогнозию – напротив, недостаточную оценку тяжести заболевания, и наконец, анозогнозию – полное отрицание пациентом болезни как таковой.

Объективные проявления заболевания, став осознанными, неизбежно подчиняются закономерностям субъективного восприятия. Для пациента заболевание приобретает личностный смысл. Здесь существует вероятность актуализации внутренних конфликтов и противоречий. Если говорить о заболеваниях с высокой вероятностью витальной угрозы и социальной фрустрированностью, то стоит отметить, что в данных случаях часто происходит интра- и интер- психическая дезадаптация личности, реакции «уход в болезнь», «уход от борьбы». При недостаточной эффективности когнитивно обоснованных действий, направленных на регуляцию эмоций или ситуацию, может наблюдаться соматизация аффективного напряжения, которая рассматривается как проявление более глубоких уровней психологической защиты [2, с.87].

Цель данной работы – проведение теоретического обзора методов диагностики внутренней картины болезни, ее структурных компонентов.

Согласно В.В. Николаевой, в структуре внутренней картины болезни выделяются следующие компоненты: сенситивный, включающий субъективные ощущения и предъявляемые жалобы человека; эмоциональный – эмоциональная реакция на заболевание; рациональный – вся совокупность информации о заболевании и возможных исходах лечения; мотивационный, связанный с целенаправленными действиями по изменению поведения и образа жизни [5, с.85]. Опираясь на описанную структуру можно рассмотреть конкретные психодиагностические методы и методики диагностики компонентов внутренней картины болезни.

Пациент, придя на консультацию к врачу, излагает свои жалобы на здоровье, ощущения и переживания. Однако полученные данные относительно состояния здоровья, могут не всегда соответствовать объективным данным. Важную роль в медицинской практике имеют осмотр пациента и выявление симптомов заболевания, подтверждающих или исключающих его ощущения и переживания. Кроме того, с помощью клинической беседы могут выявляться особенности характера, сформированные в ходе личной истории больного. Опрос может быть направлен на определение концепции болезни, модели ожидаемых и полученных результатов лечения.

Для диагностики эмоционального компонента внутренней картины болезни существует достаточно большой выбор психодиагностических методик. Могут использоваться такие методики, как шкала тревоги Спилбергера-Ханина, шкала тревоги Гамильтона, методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова, тест-опросник «Оценка настроения», методика «Самооценка эмоциональных состояний», опросник «Самочувствие, активность, настроение», «Госпитальная шкала тревоги и депрессии», «Опросник депрессивных состояний», шкалы оценки депрессии (Бека, Зунга).

Типы реакций на заболевание описываются многими исследователями в психиатрических терминах и понятиях. Одна из популярных классификаций типов отношения к болезни описана А.Е. Личко и Н.Л. Ивановым. От соотношения компонентов в структуре внутренней картины болезни и преобладания того или иного формируются 12 типов: гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, апатический, меланхолический, сенситивный, паранойяльный, эгоцентрический, дисфорический. На основе данной типологии была создана методика «Тип отношения к болезни». Данная методика в настоящее время используется достаточно широко, позволяя оценивать наиболее существенные отношения, затронутые заболеванием, выявлять тип отношения к заболеванию у пациентов с психической и соматической патологией.

Рациональный компонент внутренней картины болезни, может также выявляться с помощью беседы (способность пациента рассказать о своем заболевании, описать его тяжесть, возможные причины и прогнозы), опроса.

Стоит подчеркнуть, что при соматических заболеваниях локус контроля зачастую смещен в экстернальную сторону. Это связано с тем, что болезнь «формирует» у пациента чувство беспомощности, потребности в сочувствии и опеке окружающих, помощи врача. Для изучения этих данных в структуре внутренней картины болезни могут использоваться такие методики, как тест на локус контроля Дж. Роттера, опросник «Уровень субъективного контроля» (Е. Ф. Бажин, Е. А. Голынкина, Л. М. Эткин). В рамках данного уровня также возможно применение методики «Индекс жизненного стиля».

Ценностно-смысловые ориентации и мотивы пациентов включают систему смыслов, иерархию ценностей, потребности, направленность личности, ожидания и мотивы по поводу здоровья, болезни, лечения [6, с. 76]. Для исследования мотивов и ценностных ориентаций возможно использование методик: «Ценностные ориентации» Рокича, «Морфологический тест жизненных ценностей» (В.Ф. Сопов Л.В. Карпушина), «Диагностика мотивационной структуры личности» (В.Э.Мильман). Приверженность терапии и мотивацию пациентов к лечению можно исследовать с помощью методик: «Уровень комплаентности» Р.В. Кадырова, «Шкала комплаентности» Мориски–Грин, «Оценка мотивации к лечению» (М.Ю. Сорокин), Шкала медикаментозного комплаенса.

Как отмечалось выше, на формирование внутренней картины болезни могут оказывать влияние личностные особенности. Следовательно, для выявления психологических особенностей возможно использование личностных методик, среди которых «Личностный дифференциал», мини-СМИЛ, Фрайбургский многофакторный

личностный опросник FPI, характерологический опросник Леонгарда-Шмишека, индивидуально-типологический опросник Л. Н. Собчик и многие другие.

Для комплексного изучения внутренней картины болезни возможно использование и проективных методик, среди которых тест Роршарха, незаконченные предложения, методика Дембо-Рубинштейн, «Тематический апперцептивный тест». Могут использоваться и рисуночные тесты, такие как «Я», «Моя болезнь», «Мое здоровье», «Несуществующее животное», «Человек под дождем».

Таким образом, была рассмотрена структура внутренней картины болезни; факторы, влияющие на ее формирование; совершен анализ психодиагностических методов исследования ее компонентов. Одними из основных методов являются беседа и опрос. Структурные компоненты внутренней картины болезни чаще всего диагностируются с помощью опросников и в основном направлены на осознаваемую пациентом часть внутренней картины болезни, реже используются методики для исследования ее неосознанных составляющих.

1. Васильева А.В., Караваева Т.А., Мизинова Е.Б., Ташлыков В.А., Чехлатый Е.И. Разработка конструкта внутренней картины болезни для оптимизации медико-психологической реабилитации // Экология человека. 2019. №12. С. 32-39.
2. Вассерман Л. И., Чугунов Д. Н., Щелкова О. Ю. Соотношение субъективных и объективных факторов в процессе формирования внутренней картины болезни и совладающего поведения // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27. – №. 2. – С. 82-94.
3. Ефремова Е.В., Шутов А.М., Петрова Е.В. Личностные особенности и механизмы адаптации больных с артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью // Архив внутренней медицины. 2021. №1. С. 34-42.
4. Солодухин А.В., Трубникова О.А., Серый А.В., Яницкий М.С., Барбараш О. Л. Взаимосвязь психологических характеристик внутренней картины болезни и копинг-поведения пациентов с ишемической болезнью сердца с показателями их смысловых ориентаций // Казанский медицинский журнал. – 2019. – Т. 100. – №. 2. – С. 214-220.
5. Солодухин А.В. Серый А.В., Яницкий М.С., Трубникова О.А. Возможности методов когнитивно-поведенческой психотерапии в изменении внутренней картины болезни у пациентов с ишемической болезнью сердца // Фундаментальная и клиническая медицина. – 2017. – Т. 2. – №. 1. С. 84-90.
6. Ушакова В.Р., Ибриш М.И. Мотивационный компонент отношения пациентов к болезни // Ученые записки Крымского инженерно-педагогического университета. Серия: Педагогика. Психология. 2018. №. 1. С. 71-77.

Фрикке Я.А., Слипченко О.И.

Особенности детско - родительских отношений в семьях, где воспитываются дети младшего школьного возраста

*Филиал ГБОУ ВО «СГПИ» в г. Ессентуки
(Россия, Ессентуки)*

doi: 10.18411/lj-06-2021-305

Аннотация

Тема детско-родительских отношений в семьях, где воспитываются дети младшего школьного возраста интересовала ученых многих поколений. Данная статья открывает нам возможность увидеть проблему на современном этапе ее развития. В статье отражены результаты исследования особенностей детско-родительских отношений в семьях, где воспитываются дети младшего школьного возраста.

Ключевые слова: детско-родительские отношения, младший школьный возраст, учебная деятельность, концепция Э.Эриксона.

Abstract

The topic of parent-child relations in families where children of primary school age are brought up has been of interest to scientists of many generations. This article opens up the