
УРОВНИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗНЫХ ГРУПП ЗДОРОВЬЯ*

О.Е. Ельникова

Кафедра психофизиологии и педагогической психологии
Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина
ул. Коммунаров, 28, Елец, Россия, 399770

В статье представлены результаты пилотажного эмпирического исследования, направленного на оценку субъективного реагирования на болезнь. В частности, выделены доминирующие уровни внутренней картины болезни у представителей разных групп здоровья.

Ключевые слова: болезнь, здоровье, субъективная сторона заболевания, внутренняя картина болезни.

Проблема здоровья, а именно сохранения и улучшения его качества в настоящее время не потеряла своей актуальности. Однако следует отметить, что решение указанной проблемы, как правило, сфокусировано на одном, безусловно важном, векторе здоровьесбережения — пропаганде здорового образа жизни и информирования населения о состоянии здоровья. При этом очевидным является тот факт, что, говоря о здоровье и здоровьесбережении, нельзя рассматривать данную проблему только с позиции «осведомлен, значит вооружен». Зачастую люди, даже знающие о необходимости соблюдения определенных правил поведения, которые позволят им не болеть, все же выбирают неконструктивную модель поведения: либо активное отбрасывание мысли о болезни, либо уход от болезни в работу. Данное утверждение подтверждено проведенным нами исследованием отношения к собственному здоровью как фактору «больного» поведения представителей разных групп здоровья [2].

Считается, что тип реагирования на заболевание связан с субъективной оценкой пациентом его тяжести. Проведенный нами предварительный анализ позволяет утверждать, что субъективная сторона заболевания обозначается различным образом: «аутопластическая картина болезни» (А. Гольдшейдер), «переживание болезни» (Е.А. Шевалев), «чувство болезни» (Е.К. Краснушкин), «сознание болезни», «отношение к болезни» (Л.Л. Рохлин), «реакция на болезнь» (Д.Д. Федотов), «позиция к болезни» (Я.П. Фрумкин), «концепция болезни», «масштаб переживания болезни» (В.Н. Мясищев, С.С. Либих) и др. [3]. На наш взгляд, наиболее полно отражает исследуемый феномен понятие, введенное Р.А. Лурия, — «внутренняя картина болезни» (ВКБ) [4], на которое мы будем опираться. В рамках нашего исследования за основу была взята структура ВКБ В.В. Николаевой, которая включает в себя четыре уровня: чувственный, эмоциональный, интеллектуальный и мотивационный [5]. Основной целью исследования являлось определение ведущего уровня ВКБ у представителей разных групп здоровья.

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

Для определения ведущего уровня ВКБ использовался психодиагностический комплекс, в состав которого были включены: SF-36 HealthStatusSurvey; методика диагностики самочувствия, активности и настроения (САН); симптоматический опросник SCL-90-R; методика диагностики копинг-поведения в стрессовых ситуациях; методика «Уровень субъективного контроля», методика изучения ценностных ориентации М. Рокича; опросник А.А. Реана «Мотивация успеха и боязнь неудачи» (МУН), методика ТОБОЛ, сконструированная в лаборатории клинической психологии института им. В.М. Бехтерева и предназначенная для психологической диагностики типов отношения к болезни.

Диагностический инструментарий подбирался в соответствии с целью исследования и с учетом структуры ВКБ, предложенной В.В. Николаевой.

Использование методики SF-36 HealthStatusSurvey позволило определить субъективную оценку представителями разных групп здоровья своего состояния, т.е. особенности чувственного уровня ВКБ. Для получения более достоверных данных в ходе исследования нами был использован вариант методики SF-36 HealthStatusSurvey, переведенный на русский язык и апробированный Институтом клиничко-фармакологических исследований (Санкт-Петербург) [6]. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал, но в рамках данного этапа исследования анализировались данные по шкале GeneralHealth (GH) — общее состояние здоровья. В свою очередь, цель методики САН [1] — экспресс-оценка самочувствия, активности и настроения. Опросник состоит из 30 пар противоположных характеристик, по которым испытуемого просят оценить свое состояние.

Симптоматический опросник SCL-90-R — клиническая тестовая и скрининговая методика, предназначенная для оценки паттернов психологических признаков. В исследовании использовался адаптированный Н.В. Тарабриной (Институт психологии РАН, лаборатория психологии посттравматического стресса и психотерапии) вариант методики [7]. Дополнить полученные при помощи симптоматического опросника данные нам удалось путем применения 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, т.е. специфику эмоционального уровня ВКБ.

Оценить закономерности индивидуальной системы ценностных ориентаций, определить ведущие ценности, основу мировоззрения представителей разных групп здоровья и, как следствие, представление и знания о уровне своего здоровья, размышления о причинах его потери и возможных последствиях мы предполагаем с помощью методики изучения ценностных ориентаций 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 (или локализируются) силы, влияющие на результаты ее действий и на всю ее судьбу.

Данная методика позволяет выявить интернальность в сфере здоровья, что связано с интеллектуальным уровнем ВКБ.

Методика ТОБОЛ используется для изучения отношения к болезни. Методика позволяет диагностировать 12 типов отношения. Определение типа отношения к болезни позволяет оценить особенности поведения и образа жизни в условиях болезни, а также актуализацию деятельности по возвращению и сохранению здоровья, т.е. мотивационный уровень ВКБ.

В исследовании принимали участие 50 испытуемых в возрасте от 17 до 60 лет, имеющих разные группы здоровья.

На основании данных, полученных в ходе проведенной диагностики, все испытуемые были разделены на две группы: испытуемые с доминирующим эмоциональным уровнем и испытуемые с доминирующим интеллектуальным уровнем ВКБ. Отнесение испытуемых к одной из указанных групп осуществлялось на основании анализа и статистической обработки данных, полученных в ходе диагностики. Так, в ходе диагностики с помощью методик SF-36 HealthStatusSurvey и САН были получены данные, представленные в табл. 1.

Таблица 1

Оценка качества жизни и ощущений собственного физического состояния испытуемыми разных групп (среднее и стандартное отклонение, баллы)

Группа испытуемых с доминированием разных уровней ВКБ	SF-36 HealthStatusSurvey	САН	
	GH	самочувствие	активность
Эмоциональный уровень	60,6 ± 21	4,8 ± 2	3,8 ± 1,4
Интеллектуальный уровень	80,4 ± 11*	5,3 ± 8	5 ± 1*

* — $p \leq 0,001$ по t -критерию Стьюдента.

В ходе диагностики с использованием симптоматического опросника SCL-90-R и методики диагностики копинг-поведения нами были получены результаты, представленные в табл. 2.

Таблица 2

Оценка паттернов психологических признаков и копинг-поведение в стрессовых ситуациях испытуемых разных групп (среднее и стандартное отклонение, баллы)

Группа	Симптоматический опросник SCL-90-R				Копинг-стратегии		
	депрессия	тревожность	фобия	психотизм	копинг-решение задач	копинг-эмоции	копинг-избегание
Эмоциональный уровень	1,4 ± 0,7	1,2 ± 0,6	0,67 ± 0,6	0,88 ± 0,63	55,6 ± 12	48,6 ± 8,3	48,7 ± 9,5
Интеллектуальный уровень	0,4 ± 0,2*	0,33 ± 0,29*	0,12 ± 0,2*	0,17 ± 0,18*	61,4 ± 8,9	38,2 ± 9,3*	44,6 ± 11,3

* $p \leq 0,001$ по t -критерию Стьюдента.

При диагностике уровня субъективного контроля и ценностных ориентаций были установлены достоверные отличия по шкалам общей интернальности (Ио), интернальности в сфере здоровья (Из), шкалам «отрицание активности» (Оа) и готовности к деятельности (Дг) (табл. 3).

Таблица 3

Уровень интернальности места «здоровья» в иерархии ценностей у испытуемых разных групп (среднее и стандартное отклонение, баллы)

Группа	Методика «Уровень субъективного контроля»				МИЦО М. Рокича
	Ио	Из	Оа	Дг	здоровье
Эмоциональный уровень	23,8 ± 5,2	5,2 ± 1,5	6,4 ± 2,9	3,7 ± 2	5,5 ± 5
Интеллектуальный уровень	28,6 ± 4,3*	6 ± 1,2**	3,9 ± 3,5*	5,7 ± 1,4*	3,9 ± 3,2

* $p \leq 0,001$, ** при $p \leq 0,05$ по t -критерию Стьюдента.

В ходе диагностики отношения к болезни, мотивации успеха и боязни неудачи не было установлено достоверных различий. По методике ТОБОЛ у испытуемых, участвующих в исследовании, доминирует анозогнозический, эргопатический типы и у незначительного количества испытуемых (около 20%) в обеих группах гармоничный. Согласно данным, полученным по методике МУН, практически у всех испытуемых диагностируется тенденция мотивации на успех (табл. 4).

Таблица 4

Оценка мотивационного уровня ВКБ (среднее и стандартное отклонение, баллы)

Группы	ТОБОЛ	МУН
Эмоциональный уровень	2,6 ± 0,7	12,6 ± 4
Интеллектуальный уровень	2,8 ± 0,4	13,6 ± 2,2

На основании проведенного исследования нами были выделены следующие характеристики уровней ВКБ.

При доминирующем эмоциональном уровне у испытуемых диагностируются такие проявления, как низкая оценка общего состояния здоровья; заниженная оценка активности; отсутствие интереса к жизни, недостаток мотивации (как симптомы по шкале депрессии); стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, ведущая к избегающему поведению (как симптомы по шкале фобии); нервозность, напряжение и дрожь, приступы паники и ощущение насилия (как симптомы по шкале тревожности); а также грубая аггравация как симптом психотизма; низкий уровень общей интернальности и интернальности в сфере здоровья, высокие показатели по шкале отрицания активности и низкий уровень готовности к деятельности.

У испытуемых, находящихся на интеллектуальном уровне ВКБ, диагностируются такие проявления, как высокая оценка общего состояния здоровья; высокая оценка активности; положительный эмоциональный фон, который проявляется в отсутствии показателей, указывающих на наличие симптомов депрессии, тревожности, наличия фобий; ориентация на решение задач и отсутствие ориента-

ции на копинг-ориентир на эмоции при диагностике доминирующих стратегий преодоления в стрессовых ситуациях; достаточно высокий уровень общей интернальности и интернальности в сфере здоровья, низкие показатели по шкале отрицания активности и высокий уровень готовности к деятельности.

При этом не установлено достоверных отличий в выделенных группах по возрасту и группам здоровья, установленным согласно анализу медицинских карт.

Таблица 5

Возраст испытуемых и принадлежность к разным группам здоровья (среднее и стандартное отклонение)

Группы испытуемых с доминированием разных уровней ВКБ	Возраст	Группы здоровья, согласно медицинским картам
Эмоциональный уровень	26,1 ± 16	2,3 ± 0,6
Интеллектуальный уровень	23,5 ± 7,7	2 ± 0,8

Полученные результаты позволяют заключить, что у испытуемых независимо от групп здоровья, определяемых согласно медицинским осмотрам и зафиксированных в медицинских картах, диагностируется доминирование либо эмоционального, либо интеллектуального уровня внутренней картины болезни, при этом испытуемых с доминирующим чувственным или мотивационным уровнем выявлено не было.

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 диагностируются у испытуемых, участвующих в исследовании.

Таким образом, по нашему мнению, говорить в настоящее время о здоровьесбережении неэффективно, нужно ставить вопрос об осознанном здоровьесформировании.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // Вопросы психологии. — 1973. — № 6. — С. 141—145. [Duskin V.A., Lavrenteva N.A., Miroshnikov M.P. Test defferencirovannoj samoocenki funktsionalnogo sostoania // Voprosy psikhologii. — 1973. — No 6. — S. 145.]
- [2] Ельникова О.Е. Отношение к здоровью как фактор способствующий «больному» поведению // Психология образования в поликультурном пространстве. — 2013. — Т. 4 (№ 24). — С. 42—48. [Elnikova O.E. Otnosenie k zdorovyu kak factor sposobstvuusii “bolnomu” povedeniu // Psikhologiya obrazovania v polikulturnom pronstranstve. — 2013. — T. 4 (No. 24). — S. 42—48.]
- [3] Ельникова О.Е. Субъективная реакция человека на болезнь: анализ проблемы // Психология образования в поликультурном пространстве. — 2014. — Т. 1 (№ 25). — С. 10—19. [Elnikova O.E. Subjectivnaya reakziya na bolezni: analiz problemy // Psikhologiya obrazovania v polikulturnom pronstranstve. — 2014. — T. 1 (No. 25). — S. 10—19.]

- [4] *Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. — 4-е изд. — М.: Медицина, 1977. [*Luria R.A.* Vnutrennyaya kartina bolezni i iatrogennye zabolevania. — 4-e izd. — М.: Medicina, 1977.]
- [5] *Николаева В.В.* Влияние хронических болезней на психику. Психологическое исследование. — М.: Изд-во МГУ, 1987. [*Nikolaeva V.V.* Vliyanie khronicheskikh boleznei na psikhiku. Psikhologicheskoe issledovanie. — М.: Izd-vo MGU, 1987.]
- [6] *Новик А.А., Ионова Т.И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Под ред. Ю.Л. Шевченко. — М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2007. [*Novik A.A., Ionova T.I.* Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v medicine / Pod red. U.L. Shevchenko. — М.: OLMA-PRESS, 2007.]
- [7] *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб: Питер, 2001. [*Tarabrina N.C.* Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa. — SPb: Piter, 2001.]

LEVELS OF INTERNAL DISEASE PATTERNS IN REPRESENTATIVES OF DIFFERENT HEALTH GROUPS

О.Е. Elnikova

Chair of Psychophysiology and Educational Psychology
I.A. Bunin Yelets State University
Kommunarov str., 28, Yelets, Lipetsk region, Russia, 399770

The article presents the results of a pilot empirical research on the assessment of the subjective response to the disease. In particular the dominant levels of the internal disease patterns in the representatives of different health groups are highlighted.

Key words: disease, health, subjective side of the disease, internal picture of the disease.