

УДК 159.942.5:616.7

### **ИССЛЕДОВАНИЕ ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ЛЮДЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

Статья посвящена рассмотрению проблемы переживания ситуации болезни лицами с нарушением опорно-двигательного аппарата различного генеза и степени тяжести. Цель работы – выявление типа отношения к болезни у людей с нарушением опорно-двигательного аппарата. У респондентов диагностированы такие реакции на заболевание как эргопатический, анозогнозический, сенситивный, ипохандрический, диффузный и смешанный типы. Выявленная типология имеет свои особенности, которые определяют выбор конкретной жизненной стратегии и силу мотивации, направленную на преодоление последствий заболевания.

Ключевые слова: инвалидность, инвалид, внутренняя картина болезни, тип отношения к болезни.

### **THE STUDY OF THE TYPE OF ATTITUDE TO DISEASE OF PEOPLE WITH A DISORDER OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM**

The article is devoted to the consideration of the problem of experiencing a situation of illness by persons with a disorder of the musculoskeletal system of various genesis and severity. The purpose of the study is to identify a type of attitude to the disease of people with disorders of the musculoskeletal system. Respondents were diagnosed with responses to the disease such as ergopathic, anosognostic, sensational, ipochondric, diffuse and mixed types. The identified typology has its own characteristics, which determine both the choice of a specific life strategy and the strength of motivation aimed at overcoming the consequences of the disease.

Key words: disability, disabled person, internal picture of the disease, type of attitude to the disease.

**Введение.** Ситуация болезнь – это всегда стрессогенное, порой доходящее до критического состояния, явление человеческой жизни, связанное не только с физическими недомоганиями, приводящими к той или иной степени ограничения жизнедеятельности, но также это сверхтрудная жизненная ситуация, определенный переломный момент, меняющий как сложившийся образ жизни, так и вносящий иногда существенные изменения в психологический статус личности.

Ключевые характеристики болезни зачастую затрагивают все социальные аспекты жизни. Вследствие заболевания человек «выпадает» из круга привычных и значимых социальных связей, например, семьи, профессионального коллектива, круга друзей и т.д. С ним происходит то, что в психологии часто называют «потерей сетевой линии общения». Как правило, меняется восприятие и отношение больного к окружающим его событиям и самому себе [3, с. 140]. Для того чтобы минимизировать влияние болезни и создать условия для компенсации возникших дефицитарных состояний, особое внимание уделяется изучению проблемы субъективной концепции болезни, в которой первостепенная роль отводится личности больного, в частности в ней рассматривается отношение к болезни.

Категорию «отношение к болезни» рассматривают в контексте теории В.Н. Мясищева, где понятие отношение к болезни выглядит как «совокупность трех компонентов:

- когнитивного, который включает все сведения о болезни, её осознание, представления о влиянии на жизнедеятельность больного, а также последующий прогноз течения болезни;

- эмоционального, который представлен в виде ощущений и переживаний, относящихся к болезненному состоянию и всей ситуации болезни в целом;
- поведенческого, который, в свою очередь, состоит из многочисленных видов реагирования на болезнь, которые способствуют формированию адаптивности или дезадаптивности к ней, а также определённых паттернов поведения в условиях инвалидизирующего заболевания» [1, с. 147].

Переживание состояния болезни через выше упомянутую совокупность компонентов принято обозначать термином «*внутренняя картина болезни*». Данное понятие ввел Р.А. Лурия. В настоящий момент оно широко применяется в сфере медицинской психологии.

По мнению самого ученого, данное понятие включает в себя все то, «что чувствует и переживает больной, всю массу его ощущений, его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах – весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [2, с. 37–40].

В свою очередь, известный советский психиатр, А.Е. Личко, конкретизировал и разработал классификацию реагирования на ситуацию болезни, которая включает в себя следующие типы [3, с. 154]:

- гармонический – правильная и реалистичная оценка больным своего состояния здоровья;
- эргопатический – рассматривается либо как компенсация болезни различной деятельностью, либо как «бегство от болезни» с целью избежать мыслей о ней;
- анозогнозический – активное отбрасывание мысли о болезни;
- тревожный – постоянное чувство беспокойства; больные люди при таком типе отличаются мнительностью и верой в приметы и ритуалы;
- ипохондрический – чрезмерная сосредоточенность на субъективных ощущениях болезни и преувеличение их значения;
- неврастенический – нетерпеливость и вспышки необоснованного раздражения;
- меланхолический – неверие в выздоровление, удрученность болезнью;
- апатический – полное безразличие к своей судьбе и состоянию здоровья;
- сенситивный – чувствительный и ранимый, боязнь стать обузой для близких;
- эгоцентрический – демонстративное поведение с выставлением напоказ своих страданий;
- паранойяльный – уверенность, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла или халатности медицинского персонала;
- дисфорический – мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым.

Отметим, что отношение к болезни «индивидуально, избирательно и сознательно (или способно к осознанию), т.е. отражает индивидуальный, личностный уровень. Оно носит субъективно-объективный характер, является содержательным и не может рассматриваться вне объекта отношений, иными словами, определяется природой самого заболевания. Отношение к болезни опосредовано существующими в значимом для больного микросоциальном окружении и в обществе в целом представлениями о данном заболевании, о регламентированных в определенной культуре нормах поведения больного, о социальных и социально-психологических последствиях болезни. Кроме того, отношение больного к своему заболеванию является значимым и, следовательно, оказывает влияние и на другие отношения личности» [1, с. 4–5]. Таким образом, изучение типов реагиро-

вания на болезнь позволит выстраивать адекватную стратегию реабилитационного процесса, в котором личность самого больного будет иметь большое значение в ситуации совладания с инвалидизирующим заболеванием.

Цель статьи – выявление и изучение типов отношения к болезни у людей с нарушением опорно-двигательного аппарата различного генеза и степени тяжести.

**Материал и методы.** В эмпирическом исследовании приняло участие 50 человек, из них 29 женщин и 21 мужчина. Все респонденты имеют инвалидность, связанную с нарушением опорно-двигательного аппарата различного генеза и степени тяжести. Возрастной диапазон выборки: от 18 до 66 лет. Для определения типа отношения к болезни была использована методика «ТОБОЛ» [1]. Данный опросник разработан в лаборатории клинической психологии института им. В.М. Бехтерева и позволяет диагностировать 12 типов отношения к болезни на основании информации об отношениях больного к различным жизненным проблемам и ситуациям, которые потенциально выступают наиболее значимыми и непосредственно или опосредованно связанными с самим заболеванием.

**Результаты и их обсуждение.** В ходе проведенного исследования, мы получили следующие результаты, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Выявленные типы отношения к болезни у людей с нарушением опорно-двигательного аппарата (кол-во человек)

Тип отношения к болезни	Количество человек
Гармоничный	1
Анозогнозический	12
Эргопатический	13
Смешанный	9
Сенситивный	4
Ипохандрический	1
Диффузный	10

Для визуализации данные таблицы представлены на рисунке 1.



Рисунок 1 – Выявленные типы отношения к болезни (%)

Анализируя полученные данные можно сделать следующие выводы: у людей с нарушением опорно-двигательного аппарата наблюдается эргопатический (стенический) тип реагирования на болезнь (26%). Отношение к болезни в этом случае можно сравнить с «уходом с головой в работу». В данном контексте подра-

зумеваются множество вариантов деятельности, при которой человек может не думать и не вспоминать об имеющихся ограничениях здоровья. Эргопатический тип отличается сверхответственной, стеничной позицией, касающейся работы, которая в ряде случаев имеет большую степень выраженности, чем до ситуации болезни. Также отмечается избирательность к медицинскому обследованию и лечению, обусловленная, прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, сохранить статус «работающего» или «занятого» человека.

Это стремление, на наш взгляд, можно объяснить, в первую очередь, желанием быть полезным и значимым для общества несмотря на имеющиеся ограничения жизнедеятельности связанные с ситуацией болезни.

Также выявлен анозогнозический (эйфорический) тип (24%), который можно охарактеризовать активным отбрасыванием мыслей о болезни, о различных и возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного состояния здоровья. При этом типе наблюдается определенная склонность расценивать проявления болезни как "несерьезные" или зачастую как ситуативные изменения самочувствия. В связи с этим нередко отмечается отказ от медицинского обследования, лечения и последующего наблюдения у профильных специалистов. Возникает достаточно стойкое желание «разобраться самому» и «обойтись собственными силами», не покидает мысль о том, что «все само обойдется». При данном типе отношения к болезни в ситуации, когда пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению приобретает доминирующий характер, это негативно сказывается как на самом течении болезни, так и на психоэмоциональном фоне больного.

Диффузный тип отношения к болезни, выявленный у 20% респондентов свидетельствует о множественности реакций на болезнь в личностном профиле (Рисунок 2). Как видно на рисунке горизонталь пересекают четыре пика, относящиеся к определенному типу реакции на болезнь. Исходя из этого не представляется возможным однозначно определить один тип отношения к болезни.

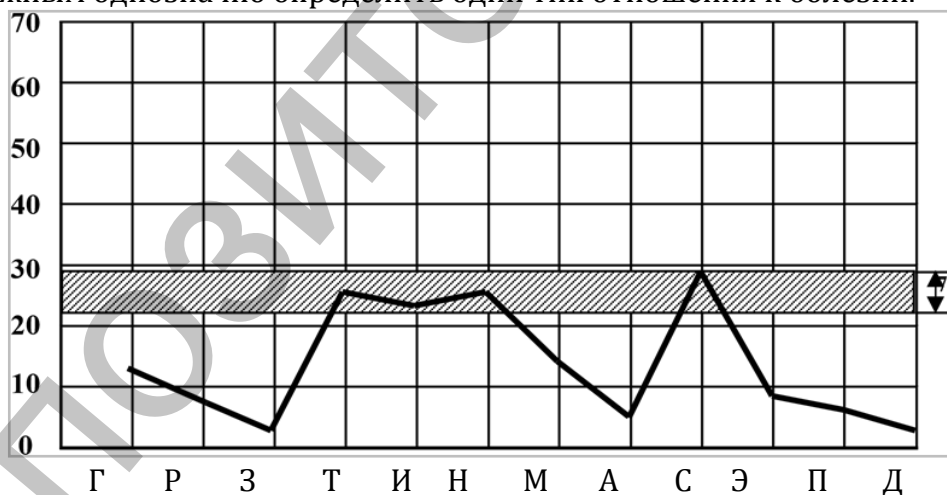


Рисунок 2 – Профиль шкальных оценок при диффузном типе

Проявление той или иной реакции на болезнь в составе диффузного типа, на наш взгляд, связано с неопределенностью восприятия как самой болезни, так и себя в ситуации болезни. При диагностировании данного типа нельзя исключать и влияние внешних факторов воздействия на личность.

18 % респондентов показали смешанный тип отношения к болезни, в котором были выявлены следующие сочетания типов:- *эргопатический, сенситивный* (уход в работу с целью избежать мыслей о болезни в сочетании с ранимостью и чувствительностью);- *апатический, меланхолический* (полное безразличие к исхо-

ду болезни в сочетании с неверием в выздоровление, в возможное улучшение состояния здоровья);- *анозогнозический, эргопатический* (активное отбрасывание мысли о болезни в сочетании с сверхответственным, одержимым отношением к любой деятельности, которая позволяет не ориентироваться на болезнь);- *неврастенический, дисфорический* (вспышки раздражения и нетерпеливости в сочетании с гневливо-мрачным, озлобленным настроением).

Реакция на болезнь по сенситивному типу была диагностирована у 8 % инвалидов. Такой тип реакции предполагает повышенную эмоциональную уязвимость, ранимость, опасения насчет жалости, которая может исходить от окружающих. Также присутствует боязнь стать или быть в тягость родственникам по причине болезни. Может возникать лабильность эмоциональной сферы по причине выстраивания межличностных контактов.

По 2% выборки получили такие типы отношения к болезни как гармоничный (реалистичный, взвешенный) и ипохандрический. Последний в свою очередь связан с повышенным вниманием к субъективным болезненным ощущениям. Люди с данным типом реагирования на болезнь стремятся постоянно напоминать и рассказывать о болезни врачам, медперсоналу и окружающим людям, склонны преувеличивать реальные и находить несуществующие болезни и симптомы. Готовность к лечению и неверия в его успех, бесконечные требования тщательного обследования у специалистов высокого профессионального статуса и боязнь возможных ухудшений от медицинских манипуляций, находятся в постоянном противостоянии.

Стоит отметить, что гармоничный тип встречается достаточно редко, что подтверждается эмпирическими данными нашего исследования. Реакция на болезнь по диагностируемому типу опирается на адекватную оценку состояния здоровья без приверженности преувеличивать или значительно недооценивать тяжесть болезни. Готовность к активному сотрудничеству в процессе лечения, сочетается с вниманием к близким и желанием облегчить им тяготы ухода за собой. В ситуации понимания неутешительного прогноза развития болезни, осуществляется смещение интересов на те сферы жизни, которые являются доступными для больного даже в ситуации ухудшения физического состояния. Многие специалисты сходятся во мнении, что гармоничный тип отношения к болезни – это наиболее удачный способ сосуществования человека и болезни.

**Заключение.** Понятие «тип отношения к болезни» является динамичным компонентом личностного профиля больного, который со временем может как замещаться другими типами, так и наслаиваться один на другой, определяя тем самым конкретную жизненную стратегию людей с инвалидностью. Выявление и изучение типов отношения к болезни у людей с нарушением опорно-двигательного аппарата различного генеза и степени тяжести позволит профильным специалистам и психологам проводить работу по переориентации на более конструктивные типы реагирования на болезнь, корректно выстраивать взаимодействие с инвалидами в рамках реабилитационного процесса, а также прогнозировать успешное выполнение индивидуальной программы реабилитации.

#### Список использованной литературы:

1. Вассерман, Л.И., Психологическая диагностика отношения к болезни; пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова // Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2005. – С. 3–31.
2. Лурия, Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания / Р.А. Лурия. – 4-е изд. – М.: Медицина, 1977. – С. 37–52.
3. Нагаев, В.В. Основы клинической психологии: учеб. пособие для студентов вузов / В.В. Нагаев, Л.А. Жолковская. – М.: ЮНИТИ-ДАНА: Закон и право, 2017. – 463 с.