

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н. Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»

Кафедра педагогической психологии и психодиагностики

**ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ
ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С
НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Автореферат выпускной квалификационной работы

студентки 4 курса 432 группы
направления 44.03.02 Психолого-педагогическое образование,
профиль подготовки «Психология и социальная педагогика»
факультета психолого-педагогического и специального образования

Мамедовой Айсел Вугар кызы

Научный руководитель
канд. психол. наук, доцент

подпись

дата

М. С. Ткачева

Зав. кафедрой
доктор психол. наук, профессор

подпись

дата

М. В. Григорьева

Саратов 2021

Актуальность исследования. Клиническая психология в системе здравоохранения – явление достаточно новое.

Психиатрическая помощь относится к комплексным дисциплинам, в которой основным компонентом является медицинское вмешательство, а дополнительным, но не менее важным – психологическое, социальное, педагогическое сопровождение пациентов. Ввиду этого компетентность всех специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, требует постоянного повышения, расширения профессиональных возможностей.

Основное назначение психолога состоит в проведении совместно с другими специалистами диагностической, экспертной, реабилитационной, психокоррекционной и профилактической работы с пациентами при формировании внутренней картины болезни. Психолог оказывает помощь врачу на различных этапах обследования, лечения и экспертизы больного, а также участвует в разработке социально-психологических рекомендаций в целях интеграции больных в обществе.

Актуальность проблемы выявления психологического механизма формирования внутренней картины болезни определила тему исследования: «Личностные факторы формирования внутренней картины болезни у пациентов с неврологическими заболеваниями».

Объект исследования – процесс формирования внутренней картины болезни.

Предмет исследования – психологические механизмы внутренней картины болезни.

Цель данной работы – анализ психологических особенностей механизма формирования внутренней картины болезни.

Выделенные объект, предмет и цель исследования обусловили решение следующих задач:

1. На основе литературных данных выявить состояние проблемы личностных факторов формирования внутренней картины болезни.

2. В ходе эмпирического исследования выявить показатели сформированности внутренней картины болезни и личностных свойств пациентов с неврологическими заболеваниями.

3. В ходе статистической обработки данных установить различия между личностными характеристиками пациентов с разными типами отношения к болезни.

Гипотеза исследования заключается в том, что у лиц с неврологическими заболеваниями имеются особенности внутренней картины болезни, связанные с личностными характеристиками

Методологические основы исследования: при подготовке выпускной квалификационной работы были изучены труды многих авторов по теме исследования. Методики исследования были выбраны исходя из трудов Е.С. Романовой (методика по изучению самоотношения С.Р. Пантелеева), В.И. Тютюника (опросник Леонгарда-Шмишека) и др. Значительный вклад в ход исследования внесло изучение научных работ Н.А. Батурина, Л.С. Выготского, Т.В. Корниловой, С.А. Маничевой, И. Харди и т.д. В теоретической части работы были рассмотрены и применены для цели дальнейшего исследования типы отношения к заболеванию, определённые А.Е. Личко.

Методы исследования:

1. Теоретические: анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования, аналогия.

2. Эмпирические: наблюдение, сравнительный анализ.

Структура работы. Выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и приложений. Текст занимает 55 страниц, библиография включает 52 литературных источника.

В ходе исследования мы выявили, что клиническая картина болезни включает в себя жалобы пациентов на психические и вегетативные нарушения, которые отражаются в виде различных расстройств.

Чаще всего причиной выявленной симптоматики является психоэмоциональный стресс как следствие переживаний тревожности. Возникающие расстройства могут быть перманентными и в начале заболевания могут длиться до двух-трех часов и более. Затем вегетативные дисфункции проявляются вне зависимости от внешних обстоятельств, которые создают психотравмирующую ситуацию, а воспроизводятся самопроизвольно или же провоцируются самими пациентами.

Самочувствие пациентов часто определяется психоэмоциональными факторами, для чего современным врачам важно представлять внутреннюю картину болезни каждого конкретного пациента, чтобы осознавать его отношение к заболеванию, лечению, понимать, осознаёт ли сам пациент серьёзность своего состояния и готов ли он соблюдать предписания врача.

Психологические факторы, влияющие на формирование внутренней картины болезни, имеют специфическую природу (установки больного по отношению к самому себе и окружающей действительности) и подавленные тенденции вызывают хроническую дисфункцию внутренних органов. Понимание причинных факторов должно быть основано на знании истории развития болезни у пациента.

В литературе часто используется концепция гармоничной внутренней картины болезни, но очень трудно определить, что именно следует считать признаком гармоничного отношения к болезни. Ведь наличие соматических заболеваний уже является признаком патологии, которая мешает адаптации человека и поэтому вызывает психологический дискомфорт. Болезнь как стрессовая ситуация определяет включение психологических защит, которые не позволяют полностью осознать опасность ситуации и предпринять необходимые действия. Само использование психологической защиты, с точки зрения психолога, не является признаком дисгармонии и характерно для всех здоровых людей.

Важным признаком гармоничного отношения к заболеванию является то, что поведение человека во время болезни не дезорганизует жизнь других

людей (родственников, коллег, друзей, врачей), не мешает ему помогать. Создается впечатление, что врачи склонны называть гармоничным, что удобная для них модель поведения пациента не доставляет ему лишних хлопот. Однако с этим не всегда можно согласиться: ведь вкусы разных врачей на эту тему могут значительно различаться. Кроме того, часто случается, что пассивный пациент, который не проявляет сопротивления во время лечения, на самом деле погружен в безнадежность и испытывает страдания, которые он никак не выражает, но эти страдания мешают его выздоровлению.

Помимо гармоничного типа отношения к болезни, существуют и иные типы отношения человека к заболеванию. Принадлежность человека к тому или иному типу зачастую самым непосредственным образом сказывается на процессе его лечения и выздоровления.

В представленном исследовании мы поставили цель определить особенности влияния личностных факторов на формирование внутренней картины болезни лиц с неврологическими заболеваниями. Объектом исследования выступила внутренняя картина болезни у пациентов неврологического профиля.

Исследование проводилось на базе Клинической больницы им. С.Р. Миротворцева в неврологическом отделении для взрослых. В исследовании принимали участие пациенты с неврологическими заболеваниями, в том числе, с болезнью Паркинсона, рассеянным склерозом, последствиями инсульта, остеохондрозом позвоночника, эпилепсией, болезнью Альцгеймера.

Выборка составила 40 человек, из которых 25 (62,5%) женщин и 15 мужчин (37,5%).

В исследовании использовались следующие методики:

- методика ТОБОЛ (Тип отношения к болезни, клиническая тестовая методика);
- опросник Леонгарда — Шмишека «Методика изучения акцентуации характера»;
- методика исследования самооотношения (МИС) С.Р. Пантелеева».

Гипотеза исследования заключается в том, что у лиц с неврологическими заболеваниями имеются особенности внутренней картины болезни, связанные с личностными характеристиками.

Первая методика, применённая нами в исследовании – методика ТОБОЛ (тип отношения к болезни). Это клиническая тестовая методика, которая имеет направленность на диагностику типа отношения к болезни. Отличительная особенность теста ТОБОЛ заключается в его структуре. В ходе исследования респондентам были предложены списки утверждений, в каждом из которых им было необходимо выбрать 1 или 2, что отличает данную методику от остальных методик, применённых в ходе работы.

Цель данной методики состоит в диагностике типа отношения пациента к болезни на основе информации об отношениях больного к ряду жизненных проблем и ситуаций, которые потенциально значимы для пациента или прямо либо косвенно имеют связь с его заболеванием. Данные отношения (подсистемы) являются базисом структурирования содержания методики по 12-ти темам: отношение к болезни, к её лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учёбе), одиночеству, будущему, самооценку самочувствия, настроения, сна и аппетита.

В процессе анализа данных для каждого утверждения опросника по таблице кода проводилось определение диагностических коэффициентов, которые для соответствующих шкал типов в дальнейшем суммировались. Итоговый тип отношения к болезни определялся нами по наивысшим значениям шкал.

Преимущественно респонденты продемонстрировали типы отношения к болезни, относящиеся к первому блоку (гармонический, эргопатический и анозогнозический). Исходя из этого, можно утверждать, что психологическая реакция на болезнь у пациентов, которые страдают различного рода неврологическими заболеваниями, в 55,1% случае не имеет негативного отражения на процессах их социальной адаптации.

Чаще всего в группе встречается эргопатический тип. В количественном выражении он составляет 25,8% (10 чел.) от общего числа испытуемых. На втором месте по частоте встречаемости находится анозогнозический тип отношения к болезни. Такой тип наблюдается у 17,7% (7 чел.). 11,6% (5 чел.) респондентов продемонстрировали гармонический тип отношения к болезни.

Такие типы, как ипохондрический, меланхолический и сенситивный наблюдаются на одинаковом уровне – по 8% респондентов (по 3 человека в каждом типе).

Лишь в 4,8% (примерно 2 человека в каждом типе) процентов случаев были выявлены неврастенический и эгоцентрические типы отношения к болезни у пациентов, а дисфорический и апатический типы оказались выражены ещё слабее – 3,2% и 1,6% соответственно. Паранойяльный тип отношения к болезни не был выражен ни у одного из испытуемых.

Таким образом, на основании первого исследования можно сделать выводы о том, что в большинстве своём пациенты продемонстрировали типы отношения к болезни первого блока (гармонический, эргопатический и анозогнозический). Из этого исходит, что психологическая реакция на болезнь у больных в 55,1% случаев не оказывает отрицательного воздействия на процессы социальной адаптации.

Так как в группе испытуемых наиболее часто встречается эргопатический тип отношения к болезни (25,8% от общего значения), можно сказать, что четверть группы под влиянием заболевания склонны уходить с головой в работу, продолжать свою трудовую деятельность и стремиться к сохранению собственного социального статуса.

У 11,6% от общего числа испытуемых был выявлен гармонический тип отношения к болезни.

Ипохондрический, меланхолический и сенситивный типы были выявлены в выборке в количестве 8% для каждого типа соответственно.

Тревожный тип отношения к болезни был выявлен у 6,5% респондентов из общего числа.

Неврастенический и эгоцентрический тип отношения к болезни был обнаружен у 4,8% в каждом типе соответственно.

По результатам исследования наиболее слабо выраженным оказались дисфорический и апатический типы, а пациентов с паранойальным типом в выборке выражено не было.

Второе исследование группы было проведено нами на основании опросника К. Леонгарда – С. Шмишека «Методика изучения акцентуаций личности». Участникам исследования были предложены утверждения, касающиеся их характера.

В большей мере демонстративность ярко выражена у женщин. От 14 до 18 баллов по данной шкале было выявлено у 18 женщин (72%), среди мужчин показатель составил 4 человека (26,6%). Всего демонстративный тип характерен для 55% респондентов (22 человека).

По шкале «Застревание» средний результат получился несколько выше, и составил 14,5 баллов, что также свидетельствует о средней степени выраженности свойства. Только у одного испытуемого (женщина, 45 лет) данный показатель был высоким.

Женщины и мужчины с неврологическими заболеваниями, исходя из полученных данных, имеют примерно одинаковое присутствие в своей личности «застревающего типа». В среднем результат по данному критерию варьировался от 12 до 16 баллов – у 21 женщины (84% от всех респондентов женского пола) и у 11 мужчин (72,6% от всех респондентов мужского пола).

По шкале «Педантичность» средний балл среди всех испытуемых составил 12,8, что свидетельствует о том, что в целом в группе исследования данное свойство практически не выражено либо выражено очень слабо. Тем не менее, среди исследуемых есть 1 женщина и 1 мужчина, чей показатель оказался выше среднего (20 и 22 балла соответственно).

Свойство не выражено у 20 человек (50% от общего количества респондентов), среди которых 12 женщин (48% от общего количества женщин) и 8 мужчин (52,8% от общего количества мужчин).

По шкале «Возбудимость» средний балл составил 11,025, что обозначает, что у большинства респондентов данное свойство выражено крайне слабо либо не выражено. Присутствие возбудимого типа, как показало тестирование, особенно характерно для мужчин – 12 человек из общего числа мужчин (79,2% от общего числа мужчин), у женщин же данное свойство выражено гораздо меньше – только у 5 респондентов (20% от общего числа респондентов-женщин).

Гипертимический тип личности просматривается у 28 респондентов (70% от общего числа), свойственен в большей мере женщинам – 21 человек (84% от числа женщин), мужчинам в меньшей мере – 7 человек (46,2% от общего числа). Средний балл по группе респондентов по данному типу составил 14,46, что говорит о средней степени выраженности данного свойства.

Дистимный тип личности просматривается у 12 респондентов (30% от общего количества), что составляет почти треть от общего числа испытуемых. Дистимный тип характерен для 8 мужчин (52,8%) и всего для 4 женщин (16%). Средний балл по группе составил 11,25, что говорит о том, что в большинстве случаев дистимный тип у больных не выражен.

Тревожный тип – самый часто встречающийся тип личности среди больных неврологическими заболеваниями. Любая болезнь влечёт за собой появление тревожности.

Так, по результатам исследования, средне выраженная тревожность наблюдалась у семи человек (17,5% из общего количества испытуемых) из них 2 человека мужчины (13,2% от всех мужчин-респондентов), 5 человек женщины (20%). Ещё у семи респондентов наблюдался высокий уровень тревожности, и все респонденты с таким показателем – женщины (28% от общего количества женщин). Таким образом, наличие средней и ярко выраженной акцентуации тревожного типа наблюдалось у 35%. Средний балл по группе составил 11,62 балла.

Исследование тенденции у больных к циклотимному типу личности показало, что данное свойство средне либо ярко выражено у 27 респондентов (67,5% от общего числа респондентов). Признак акцентуации наблюдается у 20 женщин (80%) и 7 мужчин (46,6%).

Среднее количество баллов для циклотимного типа у группы респондентов составило 17,5.

Экзальтированный тип характерен для 29 испытуемых (72,5%, баллы от 18 до 24). Данный тип характерен для 11 мужчин (73,3%) и 18 женщин (72%). Средний балл по группе в тенденции к экзальтированному типу составил 16,5, что является высоким результатом. Исходя из результатов тестирования можно сделать вывод, что для больных неврологическими заболеваниями характерна выраженность экзальтированного типа личности.

Эмотивный тип личности характерен для 25 испытуемых (62,5%). Из них 18 испытуемых – женщины (72%) и 7 – мужчины (46,2%). Средний балл по группе в склонности к данному типу личности составил 16,35.

Третье исследование было проведено нами на основании опросника С.Р. Пантелеева о самоотношении. Самоотношение рассматривается в качестве представления личности о смысле собственного «Я».

Шкала «закрытость» определяет преобладание одной из двух тенденций: либо конформности, выраженной мотивации социального одобрения; либо, напротив, критичности, глубокого осознания себя, внутренней честности и открытости. По шкале «закрытость» среднее значение среди респондентов составило 6,15, что означает избирательное отношение человека к себе: преодоление некоторых психологических защит при актуализации иных, в особенности, в критических ситуациях, одной из которых может являться болезнь. Среди всех респондентов только у троих человек шкала «закрытость» показала высокие значения у 7 человек (17,5% от общего числа респондентов).

По шкале «самоуверенность» средний показатель среди респондентов составил 4,5 стенов. Данное значение является средним. Оно свойственно для

больных, кто в привычных для себя ситуациях сохраняет работоспособность, уверенность в себе, ориентацию на успех начинаний. В период болезни у таких людей снижается уверенность в себе, нарастает тревога и беспокойство.

У 15 человек (37,5% респондентов) данный показатель составлял от 1 до 3 стенов, что отражает их неуважение к себе, которое связано с неуверенностью в собственных возможностях, сомнением в своих способностях.

Шкала «саморуководство» отражает представление личности об основном источнике собственной активности, результатов и достижений, об источнике развития собственной личности, подчёркивает доминирование либо собственного «я», либо внешних обстоятельств. У группы респондентов средний показатель по шкале составил 2,9. Низкие значения говорят о вере больных в подвластность собственного «я» внешним обстоятельствам и событиям. Механизмы саморегуляции у больных ослаблены.

Шкала «отражённое самоотношение» характеризует представление больного о способности вызвать у окружающих уважение, симпатию. По данной шкале среднее значение у респондентов составило 7,4. Данный показатель является средним и означает избирательное восприятие больным отношения окружающих к себе.

Шкала «самоценность» передаёт ощущение ценности собственной личности и предполагаемую ценность собственного «я» для окружающих людей. Среднее значение по шкале «самоценности» составило 3,15 стенов, что говорит о глубоких сомнениях больных в уникальности своей личности и недооценке своего духовного «я». Неуверенность в себе ослабляет сопротивление средовым влияниям, в том числе, и болезни.

Шкала «самопринятие» даёт возможность судить о выраженности чувства симпатии к себе, согласия с собственными внутренними побуждениями, принятия себя, несмотря на все собственные слабости и недостатки. По шкале самопринятия средний результат составил 7,4 стенов, что говорит об избирательности отношения больных к себе. Важно отметить, что низкие значения стенов (от 1 до 3) присутствовали у 5 больных (12,5%). Данное

значение отражает общий негативный фон восприятия себя больными, склонности воспринимать себя излишне критично.

По шкале «самопривязанность» выявляется степень желания больных изменяться по отношению к их существующему состоянию. Среднее значение по данной шкале составило 6,2 балла. Среднее значение говорит об избирательности отношения больных к своим личностным свойствам. Они стремятся к изменению лишь некоторых своих качеств при сохранении иных.

Низкое значение балла было выявлено у 10 респондентов (25%), что указывает на их высокую готовность к изменению «Я» - концепции, открытость новому опыту познания себя, поиски соответствия реального и идеального «Я».

Шкала «внутренняя конфликтность» определяет наличие у респондентов внутренних конфликтов, сомнений, несогласия с собой, выраженность тенденций к самокопанию и рефлексии. По данной шкале среднее значение составляет 5,28, то есть, показатель преимущественно средний, что характерно для людей, у которых отношение к себе, установка видеть себя зависит от степени адаптированности в конкретной ситуации.

У 13 респондентов (32,5%) данный показатель был высоким (от 8 до 10 баллов), что указывает на преобладание у них негативного фона отношения к себе. Люди находятся в состоянии постоянного контроля над собственным «Я», стремятся к глубокой оценке всего, что происходит в его внутреннем мире.

Шкала «самообвинение» характеризует выраженность отрицательных эмоций больного в адрес собственного «Я». Средний показатель по рассматриваемой шкале составил 4,17 баллов (среднее значение), что указывает на избирательное отношение больных к себе. Обвинение себя за те либо иные поступки и действия, как правило, сочетается с выражением гнева и досады в адрес окружающих. Интересно, что для больных были характерны низкие показатели по данной шкале (2-3 балла), что встречалось у 64,7% респондентов (25 человек).

Низкие значения стена показывают тенденцию к отрицанию больными собственной вины в конфликтных ситуациях.

Полученные по трём методикам исследования группы показателям были проанализированы нами с помощью метода Манна-Уитни. В результате расчётов и аналитического анализа были получены следующие результаты: большая часть пациентов показала типы отношения к болезни, входящие в блок социально-адаптивных. Полагаем, что данное связано с тем, что у пациентов с неврологическими заболеваниями в основном не нарушается привычный ход жизни, их заболевание чаще всего протекает незаметно для окружающих и не отражается на социальной и бытовой сфере больного.

Таблица 1 – Значения U-критерия Манна — Уитни при попарном сравнении подгрупп с разными типами отношения к болезни

Диагностические показатели	Эргопатический-Анозогнозический	Анозогнозический-Гармоничный	Эргопатический-Гармоничный
Закрытость	28,5	23*	23*
Самоуверенность	29,5	48,5	16,5*
Саморуководство	27,5	19	19*
Отражённое самоотношение	36	13,5	20,5*
Самоценность	39	17	31
Самопринятие	35	16	18*
Самопривязанность	28	17	18*
Внутренняя конфликтность	37,5	21	36
Самообвинение	31	21	28,5
Демонстративность	28,5	15	20*

Застревание	32	11	13,5**
Педантичность	37,5	9,5	10,5**
Возбудимость	46,5	16,5	32
Гипертимность	41	10,5	18,5*
Дистимность	34,5	21,5	28
Тревожность	30,5	17,5	18*
Экзальтированность	35,5	16	27
Эмотивность	44,5	18,5	42
Циклотимность	43,5	11	30,5

*уровень значимости $p = 0,05$

**уровень значимости $p = 0,01$

Таким образом, больше всего различий в личностных характеристиках пациентов оказалось между подгруппами с эргопатическим и гармоничным типами отношения к болезни. Данные различия весьма очевидны. Если для гармонического типа характерно адекватное отношение к заболеванию и осознание необходимости лечения (даже с временным «выбытием» из активной социальной жизни), то пациенты с эргопатическим типом, напротив, не задумываясь о последствиях могут уходить с головой в работу, учёбу и иные дела, таким образом поднимая свою самооценку и отвлекаясь от своего заболевания. Для данных двух типов характерно абсолютно разное отношение к заболеванию, к лечению, различная оценка своего состояния и отношения окружающих к их заболеванию. Если пациенты с гармоническим типом, обычно, хорошо поддаются лечению и не требуют пристального внимания со стороны врачей и медперсонала, то людям с эргопатическим типом для успешного лечения часто требуется дополнительная помощь, в том числе, и психологического характера.

На основании проведённого исследования нами были определены следующие рекомендации:

1. Медицинским работникам, психологам и иным специалистам, которые работают с лицами с неврологическими заболеваниями, важно уделять больше внимания особенностям личного реагирования пациентов на свою болезнь, на окружающих и самого себя;

2. Правильное психологическое сопровождение лиц с неврологическими заболеваниями ведёт к улучшению состояния больного, профилактике возникновения рецидивов, облегчению тяжести страданий, а также снятию тревоги.

Помимо этого, применение психодиагностики в практике врача представляется, по нашему мнению, обязательным. В том случае, когда пациент убеждается в собственных отрицательных психологических и эмоциональных качествах, он начинает понимать действительные причины своего заболевания и лучше осознавать личную ответственность за собственное здоровье. У пациента начинает формироваться понимание невозможности перекладывания личной ответственности на врача, и пациент получает действительную мотивацию к работе над собой, своим физическим, эмоциональным и психологическим состоянием.