 © Авторы статьи / Authors of the article

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ/CLINICAL PSYCHOLOGY

DOI: https://doi.org/10.23670/IRJ.2024.141.103 EDN: SEQSDQ

ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ОНКОБОЛЬНЫХ

Научная статья

Пчелкин М.А.[1,*], Разуваева Т.Н.[2]
[1] ORCID : 0009-0002-6157-6110;
[1] Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Российская Федерация
[2] Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

* Корреспондирующий автор (pelkine[at]mail.ru)

Предложена: 21.02.2024; Принята: 12.03.2024; Опубликована: 18.03.2024

Аннотация

В данной статье рассмотрены типологические особенности внутренней картины болезни у онкологических больных. Проведен сравнительный анализ двух классификаций типов внутренней картины болезни у онкологических пациентов: классификации А.Е. Личко, Н.Я. Иванова и классификации П.Б. Зотова. Классификация А.Е. Личко и Н.Я. Иванова включает четырнадцать типов реагирования на болезнь в зависимости от природы болезни, отношения больного к заболеванию в референтной для пациента группе, типа личности заболевшего и его акцентуации характера. Классификация П.Б. Зотова включает пять типов внутренней картины болезни у онкологических пациентов, выделенных на основе психологических защит – это божественный, биомеханический, мозаичный, экспертный и адаптивный типы. В работе исследовано восприятие болезни у онкологических пациентов в зависимости от различных факторов, таких как демографические характеристики, социальный статус, уровень образования и психологические особенности. Уточнены основания для пяти типов внутренней картины болезни у онкологических больных в дополнение к выделенным П.Б. Зотовым и психологическим защитам – это убеждения о болезни. Систематизация типов осуществлена также в отношении внешних проявлений и отношения к лечению онкологических пациентов. Каждый тип характеризуется своими особенностями и требует индивидуального подхода в лечении и психокоррекционной поддержке. Указывается суицидальная активность онкологических больных с разными типами внутренней картины болезни, в частности ее наибольшая распространенность среди божественного типа.

Ключевые слова: онкопациенты, внутренняя картина болезни (ВКБ), психологические защиты, формирование убеждений онкологических пациентов, внешние проявления типов ВКБ.

TYPOLOGICAL SPECIFICS OF THE INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE IN CANCER PATIENTS

Research article

Pchelkin M.A.[1,*], Razuvaeva T.N.[2]
[1] ORCID : 0009-0002-6157-6110;
[1] Belgorod National Research University, Belgorod, Russian Federation
[2] N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

* Corresponding author (pelkine[at]mail.ru)

Suggested: 21.02.2024; Accepted: 12.03.2024; Published: 18.03.2024

Abstract

This article examines the typological features of the internal picture of the disease in cancer patients. A comparative analysis of two classifications of the types of the internal picture of the disease in cancer patients is carried out: the classification of A.E. Litchko and N.Y. Ivanov and the classification of P.B. Zotov. The classification of A.E. Litchko and N.Y. Ivanov includes fourteen types of response to the disease depending on the nature of the disease, the patient's attitude to the disease in the patient's reference group, the patient's personality type and their character accentuation. P.B. Zotov's classification includes five types of internal picture of illness in cancer patients, identified on the basis of psychological defences: divine, biomechanical, mosaic, expert and adaptive types. The work studies the perception of illness in cancer patients depending on various factors such as demographic characteristics, social status, level of education and psychological features. The grounds for five types of internal picture of the disease in cancer patients in addition to those identified by P.B. Zotov and psychological defences – these are beliefs about the disease, have been clarified. The systematization of the types was also carried out with regard to external manifestations and attitudes to treatment of cancer patients. Each type is characterized by its peculiarities and requires an individual approach in treatment and psychologically corrective support. Suicidal activity of cancer patients with different types of internal picture of the disease is indicated, in particular its highest prevalence among the divine type.

Keywords: oncology patients, internal picture of the disease (IPD), psychological defences, belief formation of oncology patients, external manifestations of IPD types.

Введение

 © Авторы статьи / Authors of the article

В изучении личностной субъективной работы и динамики отношения к болезни выявлено, что только в редких случаях субъективная, внутренняя картина болезни отражает реальные медицинские данные.

Множество исследований посвящены попыткам сопоставления жалоб больных с объективными показателями болезни, тестами и заключениями специалистов [2], [5], [8], [11], [13]. Так, исследовано восприятие болезни у онкологического больного в зависимости от таких факторов, как: демографические характеристики (пол, возраст), социальные (статус, уровень образования), психологические (личностные особенности), в том числе степень витальной угрозы и нозология заболевания. На то, как у больного будет складываться отношение к выявленному онкологическому заболеванию, его внутренняя картина болезни, влияет множество причин, которые можно сгруппировать следующим образом.

– Наблюдается психотравмирующее действие самого диагноза злокачественного новообразования, который ассоциируется с близостью смерти, причем мучительной с тяжелыми страданиями. Образ болезни и его динамика в будущем представляются в фатальном свете [2], [13].

– Наступающая активная внутренняя работа запускает действие механизмов защиты, уровень которых во многом превышает физиологическое состояние и реакции организма на болезнь [4], [8], [9], [11], [14].

– Психологическое потрясение от полученного диагноза у большинства пациентов вызывает частичное или полное его отрицание. Ряд больных проходят этап мистического понимания паталогического процесса или остаются на этом уровне, чему часто способствует отсутствие единого мнения об этиологических факторах заболевания. В результате у многих начинается поиск нетрадиционных методов лечения [3], [11], [13].

– Больной оказывается чувствительным к дополнительному травмирующему действию неточности диагноза, неопределенности в прогнозах болезни, получаемых в основном от лечащего врача, к собственному отсутствию знаний об особенностях и механизме развития заболевания, его распространенности, эффективности современных методов лечения и т.д. В результате у больного искажается представление о симптомах собственной болезни [10], [13].

Обсуждение

– По данным исследований П.Б. Зотова на психологическое состояние онкобольных негативно влияет повышающаяся общая слабость, нарастание физической астении в связи с раковой интоксикацией и последствиями радикальных методов лечения (оперативного вмешательства, химиотерапии, лучевого лечения). Динамика астенизации усиливается сопутствующими соматическими патологиями. Все это в совокупности повышает риск развития вторичных соматогенных депрессивных расстройств [3].

На основе данных литературы о внутренней картине болезни и опыта работы в онкологической клинике профессор, д.м.н. П.Б. Зотов выделил пять типов ВКБ у онкологических больных в зависимости от представлений о болезни и используемых психологических защитах (божественный, мистический, биомеханический, аутологический, недифференцированный (мозаичный)), а также распределил внутри каждого типа больных на адаптивную и неадаптивную группы. В данном разделении на типы прослеживается упрощение наиболее распространенной классификации типов отношения к болезни (А.Е. Личко, Н.Я. Иванов) из общей теории внутренней картины болезни, где выделяют четырнадцать типов реагирования на болезнь в зависимости от природы болезни, отношения больного к заболеванию в референтной для пациента группе, типа личности заболевшего, в котором наиболее важную составную часть определяют акцентуации характера [3], [5].

Несмотря на сходство и некоторую преемственность классификаций П.Б. Зотова и А.Е. Личко в соавторстве с Н.Я. Ивановым, у них есть некоторые различия.

В случае с классификацией П.Б. Зотова перед исследователем стояли вопросы связи с жизнестойкостью и личностными качествами больного (с чем связано заболевание, и кто за него ответственен?), вопросы о ходе лечения болезни в рамках представлений больного и вопросы ответственности за результат лечения. По итогу клинических бесед и опросов автор формировал группы взаимосвязей представлений больного о своей болезни. А также внутри данных групп автор выделил благоприятные (адаптивные) и неблагоприятные (неадаптивные) варианты. Можно отметить, что независимо от принадлежности к той или иной группе, в каждой из них существуют сходные паттерны поведения, позитивно или негативно влияющие на прогноз и результат лечения. П.Б. Зотов подробно описал каждую из групп [3].

1. Божественный тип отличается религиозным акцентом в представлении о происхождении заболевания.

- Внешние проявления: крестики, кольца с религиозными символами, наличие икон и религиозной литературы, другие религиозные атрибуты.

- Формирование убеждений: больной чаще связывает начало его болезни с влиянием окружения и внешних факторов, отмечается начало или прогрессия признаков после установления диагноза.

Возникновение опухоли в зависимости от адаптации ассоциируется с различного рода наказаниями: в неадаптивном типе – это что-то незаслуженное свыше, грехи предков, грехи и поступки в течение жизни, которые впоследствии могут перерастать в полное отрицание Бога и переходить в мистический тип, наступление разочарования в Боге. Адаптивный тип отличается рассмотрением болезни как испытания, необходимости научения и назидания для других – больной полагается на собственные силы в излечении.

В итоге божественный характер ВКБ типологизируется в зависимости от разделения ответственности за развитие онкопатологии между двумя крайними полюсами: Богом и больным. Если ответственности на Боге больше (за что так со мной?), то у больного формируется неадаптивный вариант ВКБ, а если больной принимает ответственность на себя (виновность и самоуничижение) – то адаптивный.

- Отношение к лечению. Роль противоопухолевого лечения, как и лечащего врача, скорее прикладная (инструментальная) – пациент технически выполняет процедуры без убежденности в их эффективности. Согласно

 © Авторы статьи / Authors of the article

П.Б. Зотову, основными остаются религиозные действия: молитвы, исповедования, причащения, чтения религиозной литературы, это движущий и основной фактор улучшения состояния [3].

2. Мистический тип – акцентируются сверхъестественные представления о происхождении заболевания.

- Внешние проявления: прибегание к услугам различного рода магов, колдунов, экстрасенсов, проведение магических ритуалов и мистических практик, альтернативные методы лечения (уринотерапия, иглоукалывание и др.), наличие амулетов, нетрадиционных икон, колокольчиков, специальной литературы.

- Формирование убеждений: причины заболевания связываются с наличием так называемого «первобытного мышления», по Люсьену Леви-Брюлю, при котором мистическое предназначение вещей, событий и людей в жизни больного тесно связывается с эмоциями и не объясняет явления действительности [6].

Возникновение опухоли ассоциируется с действием злых чар, сглаза, порчи, вселением злых духов и прочих воздействий на больного. В данном типе выделяют только неадаптивные два варианта, в любом из которых больной перекладывает ответственность в причинности заболевания либо частично (когда считает себя случайной жертвой посторонних воздействий незаинтересованных личностей), либо абсолютно и полностью (если больной точно «знает виновника» и «заинтересованного» в своем заболевании конкретного человека – родственника, соседа и т.д.).

- Отношение к лечению: имеется некоторое сходство с божественным типом, так как для больного роль врача – инструментальная, он считает ведущей линией лечения магические практики по снятию порчи, сглаза, очищению ауры и т.д. Однако больной в отношении лечения активен – у него присутствуют попытки влиять на проводимое лечение, искать верные средства для воздействия на мистический фактор болезни, он пробует разные способы, например, выведения из себя наведенной порчи.

3. Биомеханический тип – онкобольной причинами своей болезни считает серьезные нарушения строения (механической структуры) и функций (физиологических процессов) своего организма.

- Внешние проявления: ориентация и штудирование научной литературы по своей проблеме, оперирование в речи научными терминами, использование конкретно-формальных понятий при указании на симптомы заболевания. При этом поиск ответов на экзистенциальном уровне практически не осуществляется или уходит на второй план. Такой больной изучает случаи в своем генеалогическом древе, может быть ипохондричен, его мышление несет в себе отпечаток фатальности.

- Формирование убеждений: больной данного типа связывает свое состояние с плохой наследственностью (особенно если он терял близких людей быстро, на глазах), с плохой экологией, стечением обстоятельств, считает следствием травм и повреждений (например, при опухолях молочной железы женщина убеждена в травматичной этиологии заболевания) – больной выстраивает обоснованную цепочку приводящих к болезни причин или событий. В зависимости от давности травмирующих событий (от онкологии умерли дедушка с бабушкой) и силы убеждений больного формируется адаптивная позиция («все в руках врача», «наука сильно продвинулась», «мне помогут») или неадаптивная – пассивное отношение к «бессмысленной борьбе».

- Отношение к лечению: без противодействия, либо надежда на врача, либо подавленное принятие необходимости в проведении медицинских манипуляций.

4. Аутологичный тип – онкологическая патология рассматривается как следствие поступков самого индивида. При этом наблюдается гиперответственность больного.

- Внешние проявления: специфичные проявления отсутствуют.

- Формирование убеждений: больной считает себя виновником заболевания, становится в отношении к себе в обвинительную позицию, испытывая по этому поводу депрессивные переживания. Он сожалеет и досадует, что вел неправильный образ жизни или ошибся в выборе. Так, в своем исследовании П.Б. Зотов в качестве примеров данного типа приводит следующие негативные убеждения: «зря не бросил курить», «стресс на работе сделал дело», «питался чем-попало», «зря не вырезал язву» [3].

- Отношение к лечению: адаптивное, когда взятие на себя личной ответственности дает хорошую почву готовности к психотерапевтической коррекции и полному принятию специализированных методов противоопухолевого лечения.

5. Недифференцированный (мозаичный) тип – отличается сочетанием в различных пропорциях убеждений о причинности онкозаболевания, свойственным для больных предыдущих типов внутренней картины болезни.

- Внешние проявления: также могут быть разными, в зависимости от выбранного в том или ином моменте времени ведущего типа ВКБ.

- Формирование убеждений: зависят от мнения окружающих – родственников, друзей, знакомых, медицинского персонала. При этом убеждения характеризуются нестойкостью. Наблюдается низкая адаптивность так как больной старается уйти от ответственности за болезнь.

- Отношения к лечению: динамическое, также сочетающее в себе разные типы. Больной может сочетать использование нетрадиционных и традиционных методов лечения, характеризуется периодами недоверия врачу, отсутствием четкой картины авторитетности мнений, может равноценно прислушиваться как к словам врача, так и к советам соседей по палате или знакомым. Создает трудности в лечении т.к. данный тип больных склонен искать информацию самостоятельно в литературе и интернете.

На основании данных типов П.Б. Зотовым было проведено исследование суицидальной активности онкологических больных (N = 528 человек, из которых 45,3% были мужчины, 54,7% – женщины возрастного диапазона 23-82 лет, при среднем возрастном значении 56,3±9,6 лет). Согласно данным автора, исследование включало процедуру рандомизации, то есть целенаправленного распределения испытуемых по двум группам сравнения (экспериментальной и контрольной), с учетом пола, возраста, нозологии и степени выраженности патологического процесса. В первую экспериментальную клиническую группу автор включил онкологических больных (N = 406 человек) с различными формами суицидального поведения при первичном поступлении в стационар, во вторую, контрольную (N = 122 человек), вошли больные без суицидальных наклонностей.

 © Авторы статьи / Authors of the article

Для вторичного анализа результатов исследования, рассмотрим указанные автором данные.

Распределение по типам ВКБ показало, что чаще всего, в 58,7% случаев встречался божественный тип внутренней картины болезни. Затем по убывающей отмечались: у 18,4% – биомеханический тип, у 8,7% – мистический, у 7,8% – аутологический, у 6,4% – недифференцированный типы ВКБ.

У больных из первой группы с суицидальной склонностью чаще регистрировались в различных типах ВКБ ее неадаптивные варианты. Например, 26,1% больных экспериментальной группы считали свою болезнь наказанием за личные грехи или проступки, а 15,3% больных – незаслуженным наказанием свыше.

В контрольной группе без суицидальных наклонностей чаще (а именно в 30,3% случаев) встречался более адаптивный вариант болезни как испытания [3].

Указанные данные косвенно свидетельствуют о связи реагирования на наличие онкозаболевания и суицидальной склонности, что делает значимым в психологической помощи учет типа ВКБ как собственно мишени психокоррекционной работы и психопрофилактики суицидального поведения среди онкобольных.

В целом в экспериментальной группе антивитальные переживания встречались часто, в 46,6% и имели отличительную особенность – отсутствие конкретных способов совершения суицида в структуре суицидального поведения при преобладании в мыслях общего нежелания жить.

Автор также разделил результаты по степени действенности суицидальных наклонностей.

Так, переживание отсутствия желания жить чаще всего встречалось в божественном типе (51,5%), немного реже наблюдались у биомеханического (46,6%), затем – аутологического (39,4%) и мистического (30,3%) типов [3].

Более выраженная суицидальная направленность в виде суицидальных мыслей без попыток совершения суицида регистрировалась у 27,8% больных из экспериментальной группы: чаще у женщин (34,7%; $P<0,05$), чем у мужчин (19,6%). Больные с такими суицидальными особенностями мучились сомнениями в отношении применимости для себя и возможных духовных и социальных последствий, в особенности для близких. Такая суицидальность была характерна в большей степени для мистического (33,3%) и аутологического (30,3%) типов.

Еще более выраженная степень суицидальности регистрировалась реже (14,0%) в общем объеме случаев в виде суицидальных замыслов. Данный тип суицидальности чаще наблюдался у мужчин (20,6%), по сравнению с женщинами (8,6%); наиболее часто встречаясь при мистическом типе (соответственно в 21,2% случаев – у мужчин и 15,2% – у женщин). На этом уровне выраженности суицидности размышления онкобольных характеризовались уже более конкретными способами и средствами самоубийства. Неопределенность касалась пространство-временного определения обдумываемых способов лишения себя жизни. Как правило, конкретный способ связывался с внешним признаком в виде некой угрозы, носящей форму «если…, то….». Так, П.Б. Зотов приводит следующие примеры таких условных угроз: «если наложат колостому, то удавлюсь…», «если станет совсем плохо, то…», «если назначат наркотики, то это конец, и лучше влить всю дозу, чем стать наркоманом…» и т.д.) [3].

И наконец самая выраженная степень суицидальности – суицидальные намерения – встречалась реже всего – у 11,6% человек, что П.Б. Зотов связывает с трудностями в диагностике. Онкологические больные с такой суицидальной направленностью характеризуются наличием поведенческого компонента в суицидальной структуре. Они осуществляли поиск возможностей и условий прекращения собственной жизни. Принадлежность к таким пациентам часто обнаруживалась уже после того, как их находили реализовавшими попытку суицида. Данный тип преобладал у мужчин (14,1%) по сравнению с женщинами (9,4%).

Результаты исследования интересны своей неоднозначностью в отношении божественного типа: суицидальные мысли в целом чаще наблюдались у этого типа. По-видимому, выход на экзистенциальный уровень размышлений в божественном типе онкологических больных о смысле и конечности земной жизни, возможности жизни вечной, посмертного существования может способствовать смягчению остроты негативных переживаний в отношении близящегося исхода. Иногда смерть становилась желанной и рассматривалась как переход «на тот свет», встреча с умершими родными и близкими. Однако общие мировоззренческие взгляды и религиозные факторы осуждения суицида, в том числе и со стороны умерших родственников после его совершения, являлись основополагающим антисуицидальным барьером. Таким образом, данные больные чаще других думали о суициде, но останавливались на этом уровне и реже всего обращались к суицидальным замыслам (11,9%) и намерениям (10,3%). Если же суицидальная активность наблюдалась в данном божественном типе, то она характеризовала его неадаптивность, как бы «прорыв обороны», выражалась в маловерии и некоем разочаровании в Боге («Бог простит, видя, как я страдаю») и в более выраженной степени – в резко-негативном отношении к Богу («Видно, я зря думал, что Бог существует», «Его нет, раз он мне не помог»).

В данном случае связь негативной направленности божественного типа внутренней картины болезни и суицидальной активности в виде замыслов и намерений объясняется внешней религиозностью, когда Бог рассматривается инструментально как помогающая инстанция, которая должна за определенную «плату» дать ожидаемый результат исцеления или облегчения страданий. Человек выдвигает Богу требования, ставит условия или старается угадать эти условия и угодить Ему, но по своему разумению. Не получив должного для себя ответа от Бога, полностью разочаровывается, сильно гневается и уничтожает свою веру в Него. Поскольку Бог рассматривается как последняя надежда, то сильная злость и разрушение Его в себе рушит все преграды суицида, не остается никого и ничего, чтобы человек мог терпеть свою болезнь.

Динамика религиозной веры в исследовательских группах подтверждает психологическую значимость религии в структуре внутренней картины болезни. Так, после выявления онкологического процесса впервые к Богу обращались 47,0% и 49,2% участников обеих групп. Также онкобольные в контрольной группе (без суицидальной направленности) чаще отмечали усиление веры (29,5%), чем испытуемые из экспериментальной группы, имеющие суицидальную направленность (17,7%).

В биомеханическом типе преобладали антисуицидальные барьеры в виде семьи и культуральных факторов.

 © Авторы статьи / Authors of the article

В качестве общего итога обзора исследования П.Б. Зотова можно указать на высокую значимость в качестве позитивной направленности внутренней картины болезни элементов таких типов, как божественный, биомеханический и аутологичный, в которых позитивные способы внутренней психологической работы по овладению своим состоянием возможно использовать в психокоррекционной работе с онкобольными. Это рассмотрение болезни как испытания, взятие на себя личной ответственности за свое состояние, необходимость научения через свою болезнь новому отношению к себе, окружающим людям, Богу, смирение и надежда, любовь и назидание для других, полагание в излечении на собственные силы, на знания врачей, поддержку близких и «освобождение места» для Божией помощи.

Классификация внутренней картины болезни А.Е. Личко, Н.Я. Иванова объединена в блоки по степени нарушения социальной адаптации, среди которых авторы выделяют следующие блоки внутренней картины болезни [7]:

1. Приспособительный, адаптивный блок – существенно не нарушена социальная адаптация, больной не сосредоточен на внутренних переживаниях, связанных с болезнью, хорошо адаптируется к новым условиям. Внутри данной группы выделяют три типа ВКБ.

- Гармоничный тип (реалистичный, взвешенный) внутренней картины болезни – это, прежде всего, трезвая оценка своего состояния. Активное выполнение рекомендаций по лечению, гибкость в приспособление к условиям и факторам болезни, самостоятельный уход за собой, при невозможности которого все равно наблюдается стремление к самостоятельности.

- Эргопатический (стенический) тип ВКБ – отличается сохранением прежней жизненной, профессиональной, личностной структуры несмотря на заболевание. Такой пациент не прекращает профессиональную трудовую деятельность, продолжает работать даже с еще большим рвением. Заболевание может расценивать как вызов себе, старается «не поддаваться болезни» и преодолевает связанные с ней боль и ограничения. Часто стремится избегать лекарственную терапию, избирателен в лечении, считает, что естественные возможности организма способны победить болезнь. Гибкость в адаптации к болезни и ее условиям слабо выражена или совсем отсутствует.

- Анозогнозический тип ВКБ – представляет собой непризнание и отрицание заболевания, его тяжести. Привлекаются случайные обстоятельства в качестве причин и объяснения особенностей течения болезни, практически нивелируется значимость болезни. Больной не соблюдает лечебную терапию. Гибкость в адаптации полностью отсутствует.

2. Интрапсихический, дезадаптивный блок, согласно А.Е. Личко, Н.Я. Иванову, включает шесть типов внутренней картины болезни [7].

- Тревожный тип ВКБ – это, прежде всего, непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни и ее прогноза, неэффективности и опасности лечения, возможных осложнений заболевания. В фокусе интересов пациента находятся не субъективные ощущения, а объективные данные в виде результатов анализов и заключений специалистов. Для таких больных характерна постоянная придирчивость к медработникам, перепроверка получаемых сведений и результатов. Пациенты не любят говорить о своих ощущениях и жалобах, предпочитая слушать других. Лечебная терапия соблюдается точечно, частично, после перепроверки пациентом литературы либо оценки со стороны другого специалиста. Гибкость и адаптация к заболеванию присутствует в ограниченной форме.

- Ипохондрический тип внутренней картины болезни – характеризуется высокой сконцентрированностью на собственных болезненных ощущениях в противоположность тревожному типу. При этом типе онкобольной проявляет склонность к преувеличению проявлений заболевания и тяжести течения болезни, эгоцентризм, стремление рассказывать о своих ощущениях в подробностях. Ему присущи полярные проявления в лечебном процессе – упорное стремление лечиться, даже без необходимости и часто необоснованный страх получения вреда от лечения, болезненности и опасности проводимых лечебных процедур и манипуляций. Формируется неуверенность в успехе лечения, поэтому пациент стремится преувеличивать побочное действие лекарственных средств и искать альтернативные способы лечения. Лечебная терапия как правило соблюдается хорошо. Однако адаптация к новым условиям болезни отсутствует в связи с образом жизни пациента – он будто бы и никогда не выздоравливает.

- Неврастенический (астенический) тип – это один из самых частых проявлений реагирования на болезнь, при котором основным проявлением является раздражительная слабость. Больной испытывает вспышки гнева, которые могут сменяться слабостью, жалостью и раскаянием за собственные реакции. Проявляется избирательность, требовательность к окружающим, после гнева пациенты ищут успокоения, ласки, участия. Лечение соблюдается, однако часто пациент рискует впадать в депрессивные состояния и из-за сопутствующей слабости и стремления игнорировать рекомендации врачей. Адаптация к болезни вначале отсутствует из-за непереносимости болевых ощущений, затем может ограниченно присутствовать, однако сохраняется нетерпеливость и неспособность ждать облегчения.

- Меланхолический (витально-тоскливый) тип ВКБ – больного отличает подавленность и удрученность вследствие болезни. Такой пациент с трудом верит в успех излечения и выздоровления. Механизмы саногенеза нарушены либо игнорируются, пациент имеет пессимистичный взгляд на будущее, часто склонен к суицидальной активности. Часто встречается среди образованных людей с высокой интеллектуальностью и кругозором знаний, медицинских работников. Лечение соблюдается безинициативно, адаптация к собственному состоянию слабая либо отсутствует.

- Апатический (гипопатический) тип внутренней картины болезни – проявляется в безразличии к исходу болезни, результатам лечения, суженном круге интересов и безучастности к собственной судьбе. Лечебные процедуры соблюдаются пассивно-подчинительно, заинтересованности в лечебном процессе нет. Такое безразличие, как правило, обусловлено депрессией и полной сосредоточенностью на собственном состоянии. Адаптация отсутствует.

- Обсессивно-фобический тип ВКБ – этот тип отличает мнительность в отношении маловероятных осложнений, а не реальных, статистически-значимых. Пациент сфокусирован на пессимистичных мыслях, учитывает все побочные действия лекарственной терапии, часто соблюдает предписания врача, если они носят ритуальный и приметный

 © Авторы статьи / Authors of the article

характер. Это все обосновано постоянными навязчивыми мыслями, пациент становится суеверным и придает особое значение мелочам, ищет символизм. Проявления затрагивают не только болезнь, но и личную жизнь больного, семью, работу, которые начинают восприниматься через призму болезни.

3. Интрапсихический, сенсибилизационный, дезадаптивный блок внутренней картины болезни объединяет пять типов.

- Сенситивный тип ВКБ – отличается рефлексивной реакцией на заболевание, озабоченностью мнением референтной группы, опасениями, что окружающие узнают о болезни и осудят, будут избегать, говорить сплетни. Собственные ощущения от болезни менее значимы. Как правило, больной робкий, скромный, застенчивый, боится стать обузой для родных из-за болезни, может подолгу в ущерб здоровью не обращаться за помощью из-за своих страхов. Во многих случаях он не прибегает к лечению, как правило, придерживается извиняющегося стиля поведения. Адаптация к болезни частичная.

- Эгоцентрический тип внутренней картины болезни – на первый план выходит «болезненное» стремление к привлечению внимания близких и окружающих путем демонстрации своих страданий и переживаний. Жалобы выражаются эмоционально, с использованием жестикуляции и мимики. Основной мотив – привлечение внимания к своей личности, подчеркивание своего особого статуса. Пациент переносит все разговоры на себя, постоянно требует заботы и стремится быть в центре внимания, используя свое состояние для упреков и шантажа. Он воспринимает других, нуждающихся во внимании, как конкурентов и относится к ним с неприязнью.

- Паранойяльный тип ВКБ – больного с данным типом отличает уверенность в том, что болезнь обусловлена зловредным вмешательством. Пациент винит медицинский персонал в халатности, обвиняет и требует наказания. Проявляется крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам.

- Дисфорический тип – характеризуется гневно-мрачным настроением, завистью к здоровым, вспышками озлобленности и требованием особого внимания.

- Эйфорический тип внутренней картины болезни – пациент отличается необоснованным приподнятым настроением, наигранным оптимизмом и легкомысленным отношением к болезни. Онкобольной игнорирует рекомендации и нарушает режим лечения, проявляя беспечность по отношению к своему здоровью.

Также нельзя не отметить сходную классификацию, выделяющую типы реагирования на болезнь, на которую указывают Н.С. Болбат, Е.И. Скугаревская [1]. Данная классификация включает пять типов оценки пациентом своего состояния и реагирования на болезнь в сравнении с оценкой состояния врачом.

По данным авторов, у онкологических больных чаще всего наблюдается анозогнозический тип реагирования (полное отрицание), так как при прогнозировании неблагоприятного исхода болезни психика пациентов использует защитные механизмы. Однако наблюдаются и другие виды реагирования, среди которых имеются следующие пять типов [1, С. 14-15].

1. Диснозогностический тип – характеризующийся искажением восприятия заболевания. Пациент данного типа может отрицать некоторые симптомы своей болезни, его основная эмоция, движущая его мысли и поведение, – страх.

2. Собственно, анозогнозический тип реагирования на болезнь – при нем наблюдается полное отсутствие понимания своего заболевания. Пациент уверен в своем здоровье и благополучии.

3. Гипонозогнозический тип – характеризуется неполным пониманием, недостаточным признанием факта наличия болезни у себя. Пациент склонен недооценивать тяжесть и серьезность болезни, отдельных ее признаков. Лечение такого больного нерегулярное, так как он обследуется и обращается за помощью ситуативно, либо по чужой воле (родственников, друзей).

4. Гипернозогнозический тип – пациента данного типа отличает преувеличение тяжести заболевания и его осложнений, неблагоприятных исходов и прогнозов. Такой пациент склонен избыточно эмоционально реагировать на болезнь, обладает высокой активностью в отношении обследований и лечения, в связи с этим часто меняет врачей и назначенные медикаменты, активно изучает и интересуется своим заболеванием в медицинской литературе. Однако может и бездействовать, впадать в депрессию и обреченность из-за переоценки тяжести болезни и ее исхода.

5. Нормонозогнозический (прагматический) тип реагирования на болезнь – такого больного отличает реалистичная оценка своего состояния, самого заболевания и прогноза выздоровления, адекватные по силе и длительности эмоции.

По типу эмоционального отношения к болезни при наличие онкологического заболевания чаще наблюдается нозофобный тип (больной боится болезни), так как воспринимает болезнь как приговор, уверен, что необходимо неоднократно обследоваться, менять врачей для смены мнения о тех или иных проявлениях. Сама по себе ситуация онкологического заболевания во внутренней картине болезни больного связана с сильными эмоциональными переживаниями страха смерти и ее последствий, поэтому его опасения часто преувеличены, а информированность недостаточна.

В данном случае отношения к болезни как к приговору со стороны врача необходимо мягко подчеркивать преимущества болезни для больного, который находится в апатичных состояниях, однако быть предельно аккуратным, так как это может привести к нежеланию выздоравливать и включаться обратно в социум при наступлении ремиссии).

Однако, встречается и нозофильный тип реагирования («любитель» болезни), связанный с преимуществами, которые больной получает после заболевания. Во многих случаях длительное нахождение в статусе больного позволяет почувствовать пациенту любовь и заботу от близких родственников, поддержку от друзей. Окружающие больного чаще с ним соглашаются, выполняют любые просьбы и помогают в житейских проблемах. При такой ситуации может сформироваться желание дольше оставаться в статусе больного и преувеличивать признаки заболевания. У такого больного наблюдается пристрастие к лечению, высокий интерес к популярной литературе по тематике заболевания, больной может выступить «экспертом в палате» и давать советы другим по поводу их

 © Авторы статьи / Authors of the article

заболеваний, часто выбирает народные способы лечения и активно делится с другими больными тем, что, по субъективной оценке, помогло ему самому.

Очевидно, что больного данного типа необходимо включать в социальное взаимодействие и приемлемые формы заботы о «еще более слабых» (растениях, животных, детях), возможна ориентация на ведение дневника, передачу опыта и т.д.

Заключение

Таким образом, разработанные классификации типов внутренней картины болезни включают разные основания для разделения на группы, и само число таких групп также не совпадает у разных авторов. Общим выводом всех авторов классификаций является необходимость учета особенностей типа, к которому принадлежит больной с онкологическим заболеванием, во взаимодействии в ходе лечения и его психокоррекционного сопровождения.

Конфликт интересов

Не указан.

Рецензия

Сообщество рецензентов Международного научно-исследовательского журнала
DOI: https://doi.org/10.23670/IRJ.2024.141.103.1

Conflict of Interest

None declared.

Review

Community of Reviewers of the International Research Journal
DOI: https://doi.org/10.23670/IRJ.2024.141.103.1

Список литературы / References

1. Болбат Н.С. Внутренняя картина болезни. Реакция личности на болезнь: учебно-методическое пособие / Н.С. Болбат, Е.И. Скугаревская. — Минск: БГМУ, 2021. — 24 с.

2. Гнездилов А.В. Путь на Голгофу: очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе / А.В. Гнездилов. — СПб.: Клинт, 1995. — 136 с.

3. Зотов П.Б. Типы внутренней картины болезни и суицидальная активность больных злокачественными новообразованиями / П.Б. Зотов // Медицинская психология в России. — 2013. — № 2 (19). — URL: http://medpsy.ru (дата обращения: 23.11.2023).

4. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни / Е.Р. Исаева. — СПб.: Издательство СПбГМУ, 2009 — 136 с.

5. Крюкова Т.Л. Человек как субъект совладающего поведения / Т.Л. Крюкова // Совладающее поведение: современное состояние и перспективы / Под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко. — М.: Изд-во Института психологии РАН, 2008 — С.55-66.

6. Леви-Брюль Л. Первобытное мышление / Л. Леви-Брюль; пер. с фр. Б.И. Шаревской. — М.: Академический проект, 2020. — 430 с.

7. Личко А.Е. Методика определения типа отношения к болезни / А.Е. Личко, Н.Я. Иванов // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1980. — № 8 — С. 1527-1530.

8. Меньшикова А.А. Психологические детерминанты совладающего поведения женщин с онкологическими заболеваниями во время беременности / А.А. Меньшикова // Социальная политика и социология. — 2011 — №7. — С. 356-363.

9. Московченко Д.В. Совладающее поведение женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы: автореф. … дисс. канд. психол. наук / Д.В. Московченко. — М., 2016 — 36 с.

10. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. — 168 с.

11. Орлова М.М. Специфичность адаптационных стратегий женщин, больных онкологическими заболеваниями репродуктивной системы / М.М. Орлова // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. — 2017 — № 2 — С. 55-65.

12. Тхостов А.Ш. Интрацепция в структуре внутренней картины болезни: дис. … д-ра психол. наук / А.Ш. Тхостов. — М., 1991 — 413 с.

13. Усманова Е.Б. Психологические факторы качества жизни больных с опухолевым поражением костей: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Е.Б. Усманова. — СПб., 2016. — 26 с.

14. Холланд Дж. Опыт введения в современную психоонкологию / Дж. Холланд, Л. Леско, Ю.Л. Фрейдин [и др.] // Независимый психиатрический журнал. — 1995. — № 4. — С. 9-17.

Список литературы на английском языке / References in English

1. Bolbat N.S. Vnutrennjaja kartina bolezni. Reakcija lichnosti na bolezn': uchebno-metodicheskoe posobie [The Internal Picture of Disease. Reaction of the Personality to the Disease: educational and methodical manual] / N.S. Bolbat, E.I. Skugarevskaja. — Minsk: BSMU, 2021. — 24 p. [in Russian]

2. Gnezdilov A.V. Put' na Golgofu: ocherki raboty psihoterapevta v onkologicheskoj klinike i hospise [The Road to Calvary: Essays on the Work of a Psychotherapist in an Oncology Clinic and Hospice] / A.V. Gnezdilov. — SPb.: Klint, 1995. — 136 p. [in Russian]

3. Zotov P.B. Tipy vnutrennej kartiny bolezni i suicidal'naja aktivnost' bol'nyh zlokachestvennymi novoobrazovanijami [Types of Internal Picture of the Disease and Suicidal Activity of Patients with Malignant Neoplasms] / P.B. Zotov //

 © Авторы статьи / Authors of the article

Medicinskaja psihologija v Rossii [Medical Psychology in Russia]. — 2013. — № 2 (19). — URL: http://medpsy.ru (accessed: 23.11.2023). [in Russian]

4. Isaeva E.R. Koping-povedenie i psihologicheskaja zashhita lichnosti v uslovijah zdorov'ja i bolezni [Coping Behaviour and Psychological Protection of Personality in Conditions of Health and Illness] / E.R. Isaeva. — SPb.: Publishing House SPbSMU, 2009 — 136 p. [in Russian]

5. Krjukova T.L. Chelovek kak sub'ekt sovladajushhego povedenija [Man as a Subject of Coping Behaviour] / T.L. Krjukova // Sovladajushhee povedenie: sovremennoe sostojanie i perspektivy [Coping Behaviour: Current State and Prospects] / Ed. by A.L. Zhuravlev, T.L. Krjukova, E.A. Sergienko. — M.: Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, 2008 — P. 55-66. [in Russian]

6. Lévy-Bruhl L. Pervobytnoe myshlenie [Primitive Thinking] / L. Lévy-Bruhl; transl. from Fre. by B.I. Sharevskaya. — M.: Academic Project, 2020. — 430 p. [in Russian]

7. Lichko A.E. Metodika opredelenija tipa otnoshenija k bolezni [Methodology for Determining the Type of Attitude to the Disease] / A.E. Lichko, N.Ja. Ivanov // Zhurnal nevropatologii i psihiatrii [Journal of Neuropathology and Psychiatry]. — 1980. — № 8 — P. 1527-1530. [in Russian]

8. Men'shikova A.A. Psihologicheskie determinanty sovladajushhego povedenija zhenshhin s onkologicheskimi zabolevanijami vo vremja beremennosti [Psychological Determinants of Coping Behaviour of Women with Cancer during Pregnancy] / A.A. Men'shikova // Social'naja politika i sociologija [Social Policy and Sociology]. — 2011 — №7. — P. 356-363. [in Russian]

9. Moskovchenko D.V. Sovladajushhee povedenie zhenshhin s onkologicheskimi zabolevanijami reproduktivnoj sistemy [Coping Behaviour of Women with Cancer of the Reproductive System]: abst. … diss. for PhD in Philology / D.V. Moskovchenko. — M., 2016 — 36 p. [in Russian]

10. Nikolaeva V.V. Vlijanie hronicheskoj bolezni na psihiku [The Impact of Chronic Illness on the Psyche] / V.V. Nikolaeva. — M.: Publishing House of Moscow Univ, 1987. — 168 p. [in Russian]

11. Orlova M.M. Specifichnost' adaptacionnyh strategij zhenshhin, bol'nyh onkologicheskimi zabolevanijami reproduktivnoj sistemy [Specificity of Adaptation Strategies of Women with Oncological Diseases of the Reproductive System] / M.M. Orlova // Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta im. A.S. Pushkina [Bulletin of the Leningrad State University named after A.S. Pushkin]. — 2017 — № 2 — P. 55-65. [in Russian]

12. Thostov A.Sh. Intracepcija v strukture vnutrennej kartiny bolezni [Intraception in the Structure of the Internal Picture of the Disease]: dis. … PhD in Psychology / A.Sh. Thostov. — M., 1991 — 413 p. [in Russian]

13. Usmanova E.B. Psihologicheskie faktory kachestva zhizni bol'nyh s opuholevym porazheniem kostej [Psychological Factors of Quality of Life in Patients with Bone Tumour Lesions]: abst. dis. ... PhD in Psychology / E.B. Usmanova. — SPb., 2016. — 26 p. [in Russian]

14. Holland J. Opyt vvedenija v sovremennuju psihoonkologiju [The Experience of an Introduction to Modern Psychooncology] / J. Holland, L. Lesko, Ju.L. Frejdin [et al.] // Nezavisimyj psihiatricheskij zhurnal [Independent Journal of Psychiatry]. — 1995. — № 4. — P. 9-17. [in Russian]