

**Подходы к изучению отношения к болезни в работах российских и
зарубежных исследователей**

© 2024 Семисчастнова Марина Михайловна*,

*аспирант кафедры «Общая психология» Пензенского государственного
университета (г. Пенза), email: msemch@mail.ru

Аннотация: В статье представлены результаты теоретического анализа существующих подходов к изучению отношения к болезни. В структуре отношения к болезни российские авторы выделяют несколько значимых компонентов: уровень чувственного отражения болезни, эмоциональный уровень, интеллектуальный и мотивационный уровень. Зарубежные исследователи как правило трактуют отношение пациентов к болезни с позиций когнитивного анализа, который осуществляет человек во время болезни, и поведенческих стратегий больного.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, восприятие болезни, субъективная реакция на заболевание, пациент.

**Approachesto the study of attitudesto the diseasein the works of
Russianandforeignresearchers**

© 2024 Marina Semichastnova Mikhailovna*,

* Postgraduate student of the Department of General Psychology, Penza State
University (Penza, Russia),email: msemch@mail.ru

Annotation: The article presents the results of a theoretical analysis of existing approaches to studying attitudes to illness. In the structure of attitudes to illness, Russian authors identify several significant components: the level of sensory reflection of illness, emotional level, intellectual and motivational

level. Foreign researchers usually interpret patients' attitudes to illness from the standpoint of cognitive analysis that a person carries out during illness, and the patient's behavioral strategies.

Key words: internal picture of illness, perception of illness, subjective reaction to illness, patient.

Отношение пациента к своей болезни может сильно влиять на его психоэмоциональное состояние. Позитивное отношение способствует улучшению самочувствия и более успешному прохождению лечения, в то время как негативное способно усугубить течение болезни [1].

Изучение отношения к болезни представляет собой актуальную область исследований как для медицины, так и для психологии. Получаемые в этом направлении знания, позволяют расширить представление о том, как люди справляются с новыми жизненными обстоятельствами и адаптируются к хроническим заболеваниям или травмам с целью:

1) создания более эффективных стратегий работы с пациентами (повышение мотивации к выполнению рекомендаций, следование плану лечения);

2) разработки комплексного подхода к уходу за пациентами, в том числе, с помощью разработки программ поддержки и реабилитации пациентов различных нозологических групп;

3) уменьшения тяжести патологий и снижения смертности от заболеваний;

4) улучшения качества жизни пациентов в связи успешной адаптации к болезням [4].

Исследования отношения к болезни показывают, что восприятие болезни — это сложный процесс, который зависит от множества факторов, включая психологические, социальные и культурные условия. Как зарубежные, так и

русские авторы в своих работах подчеркивают важность индивидуальных различий в восприятии болезни и необходимости комплексного подхода к лечению и поддержке пациентов [9].

Изучение отношения к болезни прошло долгий путь с первых теорий психосоматического взаимодействия до современных подходов, которые учитывают комплексные социальные, психологические и биологические факторы. Работы авторов по указанному направлению продолжают влиять на современные методы лечения, профилактику заболеваний и психологическую поддержку пациентов [2].

Обзор исследований по вопросу отношения к болезни позволит рассмотреть подходы русских и зарубежных авторов к изучению данной актуальной проблемы.

Русские исследователи в своих работах акцентируют внимание на анализе психологического реагирования пациента на болезнь.

Для описания отношения пациентов к болезни Р.А. Лурия впервые в 1977 году ввел понятие «Внутренняя картина болезни» (ВКБ) – все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о болезни, причинах, все то, что связано для больного с его приходом к врачу — весь внутренний мир больного, который состоит из сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, конфликтов, психических переживаний и травм. В структуре внутренней картины болезни автор выделял сензитивный и интеллектуальный компоненты [6].

Ранее данную субъективную реакцию человека на заболевание исследователи описывали другими близкими по значению терминами: Е. А. Шевалев (1936), В. В. Ковалев (1972) — «переживание болезни», Е. К. Краснушкин (1960) — «чувство болезни», Л. Л. Рохлин (1957) — «сознание болезни», «отношение к болезни», О. В. Кербиков (1971) — «реакция адаптации», Я. П. Фрумкин, И. А. Мизрухин (1970) — «позиция к

болезни», В. Н. Мясищев (2011) — «концепция болезни», «масштаб переживания болезни» и другие [3].

Дальнейшие исследования российских ученых были направлены на расширение представлений о ВКБ, в частности, о ее структуре.

Так, Б.Д. Карвасарский (1982) подчеркивал, что в основе ВКБ находятся «переживания больного и осознание болезни». И включал в структуру ВКБ следующие компоненты: отношение больного к себе, своему состоянию, окружающим, к прежней (до болезни) и нынешней деятельности [10].

В. В. Николаева (1987) рассматривает субъективную концепцию как сложное структурированное образование и дополняет ВКБ эмоциональным и мотивационным компонентами, которые отражают изменения в психике заболевшего:

1. Уровень непосредственно-чувственного отражения болезни (обусловленные болезнью ощущения и состояния).

2. Эмоциональный уровень (эмоциональные реакции на обусловленные болезнью ощущения и на последствия болезни в жизни).

3. Интеллектуальный уровень (знания о болезни, размышления о причинах, возможных последствиях, рациональная оценка болезни, вопросы «чем, как и у кого лечиться»).

4. Мотивационный уровень (возникновение новых мотивов и перестройка преморбидной мотивационной структуры) связан с отношением пациента к болезни, с изменением поведения, образа жизни в условиях болезни и актуализации деятельности по возвращению здоровья. Болезнь – это не только болезненные ощущения и их переживание, но и изменения мотивации [3].

О.Е. Ельникова, опираясь на мнения исследователей, делает вывод о том, что отношение к болезни лучше рассматривать как личностный психологический конструкт, определяющий некий системный ответ человека на болезнь. Автор предлагает условное разделение основных точек зрения, которые раскрывают сущность ответной реакции человека на его заболевание:

1) Исследование психологических реакций человека на заболевание определяется характером болезни.

2) Отношение к болезни можно рассматривать в независимости от нозологии, как определенный набор поведенческих реакций больного.

3) Тип отношения к болезни предопределяют различные личностные характеристики человека, способствующие формированию реагирования на болезнь (индивидуально-психологические, гендерные, этнические).

В иностранной литературе базовым термином для описания является «восприятие болезни» (*illness perception*) – организованные когнитивные представления или убеждения (способы мышления), которые пациенты имеют о своем заболевании [7]. Эти представления являются важными детерминантами поведения и связаны с рядом значимых результатов, таких как приверженность лечению и функциональное восстановление.

Развитие данного направления связано с именами следующих исследователей: А. Клейман, А. Бек, Р. Лазарус, Р. Конечный и М. Боухал, Левенталь и другие [8].

А. Клейман аналитически разделял болезнь на *illness* и *disease*. *Illness* – сфера субъективных (или даже коллективных, если учитывать окружение больного) реакций на появившиеся симптомы, сфера их оценок, переживаний, сама жизнь больного в условиях нарушения функций и ограничения возможностей. *Illness* – это опыт болезни, включающий классификацию и объяснение страданий самими заболевшими, их опасения и надежды, самолечение и коррекцию поведения. *Disease* – предполагает рассмотрение болезни исключительно в качестве объективной патологии [12].

А. Бек описывал восприятие болезни через концепцию автоматических мыслей. Он рассматривал их как непрерывный комментарий того, что люди делают и чувствуют. Такие мысли присутствуют у всех, но они различаются по своему содержанию и тем, насколько доставляют беспокойство.

Бек утверждал, что подавленное настроение и депрессия являются следствием негативной когниции, то есть преобладания мыслей о чём-либо плохом. Он считал, что у пациентов существуют ригидные дисфункциональные убеждения, которые, активизируясь под действием стрессоров, порождают негативную когнитивную триаду: негативные мысли о себе, о собственных переживаниях и окружающем мире, о собственном будущем [11].

Р. Лазарус (1966) разработал теорию стресса и копинга, которая позволила описать структуру процесса поведения, связанного с реагированием на стрессовую ситуацию. В своих исследованиях автор опирался на подходы когнитивно-психологического стресса, рассматривая человека и среду, как факторы, находящиеся в динамичных, двунаправленных отношениях. Формирование стресса у человека рассматривалось им, с учетом следующих процессов: когнитивной оценки и копинг-стратегии.

В процессе когнитивной оценки человек определяет оказывает ли влияние данная ситуация на его благополучие, если да, то каким образом. Функции копинга заключаются в том, чтобы справляться с проблемой, вызывающей дистресс, и регулировать эмоции[8].

Р. Конечный и М. Боухал (1983) указывают, что ВКБ может быть обусловлена такими факторами, как:

1) характер болезни. Сюда входят течение заболевания (острое или хроническое), необходимое лечение (амбулаторное или клиническое), наличие или отсутствие болей, косметических дефектов, ограничения подвижности;

2) обстоятельств, в которых протекает болезнь;

3) преморбидная личность. Сюда можно отнести и возможность ухода с работы, перевода на пенсию, изменения взаимоотношений в семье;

4) социальное положение больного. Авторы отмечают, что для большинства людей болезнь означает экономические потери, поэтому они

стремятся быстрее поправиться, но в отдельных случаях нетрудоспособность, вытекающая из болезни, может принести и выгоду.

Согласно Левенталю и его коллегам, когнитивная репрезентация болезни включает в себя восприятие личности, времени, последствий и причин борьбы с болезнью. Разница основана на влиянии окружающей среды и жизненном опыте каждого человека, разные люди оценивают свои шансы на физическое воздействие или контроль над своим здоровьем, независимо от того, есть ли у них острое или хроническое заболевание, или есть ли надежда в их конкретной ситуации. Эти восприятие определяет поведение людей, а также их реакцию на управление угрозами здоровью, связанными с заболеванием или с симптомами [13].

Впечатление человека о своей болезни, как правило, имеет определенную структуру, состоящую из представлений о причине, симптомах, которые являются частью заболевания, последствиях для жизни человека и его болезни, о том, как контролировать или излечивать болезнь и как долго она будет длиться.

Проведенный теоретический обзор изучения отношения к болезни в работах российских и зарубежных авторов позволяет сделать вывод о наличии определенных расхождений в подходах исследователей к рассмотрению проблемы.

Основное внимание российских ученых при анализе отношения к болезни сосредоточено на внутреннем мире больного (субъективных эмоциональных переживаниях), его ощущениях, самочувствии и характерологических особенностях. В структуре отношения к болезни российские авторы выделяют несколько значимых компонентов: уровень чувственного отражения болезни, эмоциональный уровень, интеллектуальный и мотивационный уровень.

В работах зарубежных авторов отношение пациентов к болезни рассматривается зачастую с позиций когнитивного анализа, который осуществляет человек во время болезни, и поведенческих стратегий больного.

В качестве решающих факторов в обусловленности отношения пациента к болезни приводят следующие: характер болезни, жизненные обстоятельства на момент болезни, социальное положение, когнитивная репрезентация болезни. В структуре болезни выделяют следующие факторы: представление о причинах и симптомах болезни, основных аспектах лечения.

Литература:

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. Громыко Е.В. Исторический аспект внутренней картины болезни (обзор литературы) // Проблемы здоровья и экологии. – 2019. – № 3. – С. 37-44.
3. Ельникова О.Е. Концепт отношения к болезни как научная проблема. Обзор литературы // Комплексные исследования детства. – 2020. – № 4(2). – С. 292-304.
4. Ельникова О. Е. Психологические и психофизиологические особенности субъективной реакции на болезнь / О. Е. Ельникова. – Елец: Елецкий государственный университет им. И. А. Бунина, 2019. – 76 с.
5. Левченко И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И.Ю. Левченко. – М.: Издательский центр «Академия», 2018. – 232 с.
6. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания/ Р.А.Лурия. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.
7. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практ. руководство / В. Д. Менделевич. — М.: МЕДпресс, 2021. – С. 436.
8. Муравьева О.В. Взаимосвязь субъективного восприятия болезни и приверженности лечению пациентов с инсультом // О.В. Муравьева. – 2019. – Научные ведомости. Гуманитарные науки. – № 2(32). – С. – 48-56.

9. Старцев С. Биографическое измерение терминальной болезни, или есть ли альтернатива медицине? // Интеракция. Интервью. Интерпретация. – 2019. – № 20(11). С. 97–113.
10. Четвериков Д.В. Личность и болезнь: лекция // Омский психиатрический журнал. – 2014. – № 2(2). – С. 2-12.
11. Ялтонский В.М. Психометрические характеристики русско-язычной версии краткого опросника восприятия болезни // Психологические исследования. – 2017. – №51. – С. 51-74.
12. Kleinman A. The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition New York: Basic Books. – 2017.– 115 p.
13. Nur, K. R. M. Illness perception and cardiovascular health behaviour among persons with ischemic heart disease in Indonesia. International Journal of Nursing Sciences, 2018.–5(2), 174–180. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.007>

References:

1. Bolbat N. S. Vnutrennyaya kartina bolezni. Reakciya lichnosti na bolezni': uchebno-metodicheskoe posobie / N. S. Bolbat, E. I. Skugarevskaya. – Minsk: BGMU, 2021. – 24 s.
2. Gromyko E.V. Istoricheskij aspekt vnutrennej kartiny bolezni (obzor literatury) // Problemy zdorov'ya i ekologii. – 2019. – № 3. – S. 37-44.
3. El'nikova O.E. Koncept otnosheniya k bolezni kak nauchnaya problema. Obzor literatury // Kompleksnye issledovaniya detstva. – 2020. – № 4(2). – S. 292-304.
4. El'nikova O. E. Psihologicheskie i psihofiziologicheskie osobennosti sub"ektivnoj reakcii na bolezni' / O. E. El'nikova. – Elec: Eleckij gosudarstvennyj universitet im. I. A. Bunina, 2019. – 76 s.
5. Levchenko I.Yu. Patopsihologiya: Teoriya i praktika: Ucheb. posobie dlya stud. vyssh. ped. ucheb. zavedenij / I.Yu. Levchenko. – M.: Izdatel'skij centr «Akademiya», 2018. – 232 s.
6. Luriya R.A. Vnutrennyaya kartina bolezni i iatrogennye zabolevaniya/ R.A.Luriya. – M.: Medicina, 1977. – 112 s.

7. Mendelevich V. D. Klinicheskaya i medicinskaya psihologiya: prakt. rukovodstvo / V. D. Mendelevich. — M.: MEDpress, 2021. — S. 436.
8. Murav'eva O.V. Vzaimosvyaz' sub"ektivnogo vospriyatiya bolezni i priverzhennosti lecheniyu pacientov s insul'tom // O.V. Murav'eva. — 2019. — Nauchnye vedomosti. Gumanitarnye nauki. — № 2(32). — S. — 48-56.
9. Starcev S. Biograficheskoe izmerenie terminal'noj bolezni, ili est' li al'ternativa medicine? // Interakciya. Interv'yu. Interpretaciya. — 2019. — № 20(11). S. 97–113.
10. Chetverikov D.V. Lichnost' i bolezni: lekciya // Omskij psixiatricheskij zhurnal. — 2014. — № 2(2). — S. 2-12.
11. Yaltonskij V.M. Psihometricheskie harakteristiki russko-yazychnoj versii kratkogo oprosnika vospriyatiya bolezni // Psihologicheskie issledovaniya. — 2017. — №51. — S. 51-74.
12. Kleinman A. The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition New York: Basic Books. — 2017.— 115 p.
13. Nur, K. R. M. Illness perception and cardiovascular health behaviour among persons with ischemic heart disease in Indonesia. International Journal of Nursing Sciences, 2018.—5(2), 174–180. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.007>