

# ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПАЦИЕНТОВ В КОНТЕКСТЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ В ОНКОКЛИНИКЕ

Гурская Т. В., Иванова О. Б.

Одесский национальный университет им. И.И. Мечникова

Институт инновационного и последипломного образования, г. Одесса, Украина

**Ключевые слова:** внутренняя картина болезни, клиническое интервью, эмоциональный фон, психокоррекция.

**Вступление.** Одной из важных психологических проблем в онкологической клинике является проблемы реакции личности на болезнь. От того, как пациент относится к своему заболеванию, зависит общий успех лечения. Анализ современного состояния проблемы позволил предположить, что особенности личностного реагирования больного на ситуацию онкологического заболевания наиболее ярко представлены в эмоциональной сфере и что отношение к своей болезни зависит от эмоционального состояния больного в первую очередь. Поэтому купирование и психокоррекция на первых этапах терапии неблагоприятных эмоциональных воздействий представляется не менее важной задачей, чем непосредственное медицинское лечение онкологического заболевания.

Внутренняя картина болезни (ВКБ) как “продукт” собственной внутренней творческой активности субъекта формируется при любом соматическом страдании – начиная от однократных эпизодов боли, дискомфорта до грубых проявлений соматической патологии, при тяжелых формах хронических заболеваний. В научной литературе по медицинской психологии и психиатрии для описания субъективной стороны заболеваний используется большое количество терминов, которые были введены различными авторами, но часто употребляются весьма сходным образом. Е.К. Краснушкин субъективную сторону болезни раскрывает в термине “сознание болезни”, Р.А. Лурия называет ее “внутренней картиной болезни”, Е.А. Шевалев – “переживание болезни, Р. Гольдшейдер писал об “аутопластической картине болезни”, выделяя две взаимодействующие стороны: сенситивную (чувственную) и интеллектуальную (рассудочную, интерпретативную) [4].

В большинстве современных исследований внутренней картины болезни как психологического феномена, при различных нозологических формах, в ее структуре можно выделить несколько взаимосвязанных сторон (уровней):

1. Болевая сторона болезни (уровень ощущений, чувственный уровень) – локализация болей и других неприятных ощущений, их интенсивность и т.д.
2. Эмоциональная сторона болезни связана с различными видами эмоционального реагирования на отдель-

ные стороны, симптомы, заболевание в целом и его последствия.

3. Интеллектуальная сторона болезни (рационально-информационный уровень) связана с представлениями и знаниями больного о его заболевании, размышлениями о его причинах и последствиях.

4. Волевая сторона болезни (мотивационный уровень) связана с определенным отношением больного к своему заболеванию, необходимостью изменения поведения и привычного образа жизни, актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

На основании взаимодействия этих аспектов у больного создается модель заболевания, т.е. представление о ее этиопатогенезе, клинике, лечении и прогнозе, которое определяет “масштаб переживаний” (Либих С.С., Берзин Т.Б.) и поведение в целом.

Сопутствующие психоэмоциональному состоянию отрицательные эмоции, напряжение или депрессия могут усугубить течение болезни. Имеющиеся в мировой научной практике сведения о влиянии эмоциональных отклонений на онкологических больных свидетельствуют, что не только течение заболевания, но и социально-психологическая реабилитация больного, возвращение его к активной полноценной жизни в семье и обществе, снижение риска повторного заболевания, во многом зависят от отношения человека к болезни, его душевного состояния, воли, активной позиции, направленной на борьбу с недугом.

**Целью проведенного исследования** является изучение особенностей влияния эмоциональных нарушений на отношение к своей болезни у онкологических больных для формирования эффективной программы психокоррекционной работы клинического психолога в онкоклинике.

**Материалы и методы исследования.** Оценка исходного уровня социально-психического стресса и особенности эмоционального реагирования больных на болезнь осуществлялась с использованием следующих методик: клинического интервью, методика личностного дифференциала (ЛД) и метода цветочных выборов Люшера (МЦВ). Исследование эмоциональных особенностей онкобольных в контексте ВКБ проводилось нами на базе каби-

нета учета диспансерных онкологических больных в поликлиниках г.Одессы и Одесской области. В исследовании принимали участие пациенты с диагностированными онкологическими заболеваниями. Объем выборки – 89 человек, из них мужчин (60%) и женщин (40%). Возраст испытуемых составил 45–76 лет, средний возраст по группе – 53,5 лет. Длительность онкологического заболевания в исследуемой группе в среднем – 1–2 года.

**Результаты и обсуждение.** Первым этапом психодиагностического обследования исследуемой нами группы пациентов являлось изучение истории болезни с целью уточнения клинического диагноза, особенностей и длительности течения болезни, сопутствующих заболеваний и прочих анамнестических данных. Следующим этапом обследования являлась клиническая беседа, целью которой было установление эмоционального контакта с пациентом и оценка его индивидуально-личностных особенностей как психодиагностического контекста обследования. Задача оценки эмоционального реагирования как предположительно влияющего на отношение к своей болезни реализовывалась в период, когда перед больным стояла задача пройти весь объем лечения (возможная операция, химиотерапия, лучевая терапия).

Метод клинического интервью использовался нами для изучения особенностей эмоционального реагирования на болезнь в исследуемой группе пациентов (рис. 1).

В целом, испытуемые предъявляют жалобы на наличие тревоги, страха, бредоподобных сомнений, вялость, расстройство сна. Причиной своего эмоционального состояния называют поставленный им диагноз “рак”. Большинство испытуемых свои переживания связывают:

- с неопределенностью прогноза лечения;
- со страхом перед физической болью;
- со страхом смерти.

На момент диагностики онкологического заболевания, 67,5% испытуемых страдали различными хроническими заболеваниями (артериальная гипертензия, хронический бронхит, пиелонефриты и др.).

При описании своих личностных особенностей до болезни, половина испытуемых (50%) характеризуют себя как уверенных в себе и активных. Описывают себя как чувствительных и зависимых 40% испытуемых. У 37,5% испытуемых в детстве наблюдались функциональные нарушения здоровья, которые не редко были вызваны сильным эмоциональным напряжением (в важных оценочных ситуациях).

Большинство испытуемых (82%) о своем заболевании знают мало, в основном со слов знакомых, родственников. 55% испытуемых объясняют свое отношение к болезни как к бесперспективному будущему (из самоописания своего состояния пациен-

том: “...я не верю в излечение, будь что, будет”, или “...на работу меня уже никто не возьмет”, “...кому я буду нужен”). При этом, 32,5% испытуемых выразили готовность к сотрудничеству и выполнению всех назначений “во имя здоровья”, 12,5% изучали специальную литературу по данной тематике, и 6,25% испытуемых на вопрос о своей болезни ответили: “...ничего не знаю, и не хочу”.

Анализируя результаты клинического интервью, наиболее высокие показатели получены по шкалам тревожность (92,7%) и потребность в эмпатии (92,7%). Подчеркивают у себя ранимость, обидчивость (раздел “чувствительность”) 65% испытуемых. 55% под причиной неверия в лучший исход заболевания реагируют пассивностью. Мнение окружающих важно для 42,5% испытуемых. 40% испытуемых проявляют недоверие к медперсоналу и получаемому лечению. 32,5% испытуемых отмечают у себя появление несдержанности, раздражительности по отношению к близким и медперсоналу. При этом, 25% испытуемых склонны в создавшемся положении обвинять самих себя. Повышенная агрессивность выявлена у 12,5% испытуемых, так же 12,5% испытуемых описывают свое состояние как отчаяния.

Подводя итоги из полученных данных клинического интервью, можно сделать вывод, что у онкологических больных доминирует пониженный фон настроения с депрессивными и субдепрессивными проявлениями в сочетании с повышенным уровнем тревожности, а также, на общем фоне пониженного настроения развивается пассивность, раздражительность неуверенность в себе и неверие в лучший исход заболевания.

Анализируя результаты полученные методикой “Личностный дифференциал” (рис. 2), в оценках пациентов самих себя получено невысокое значение фактора **O** (6,03),

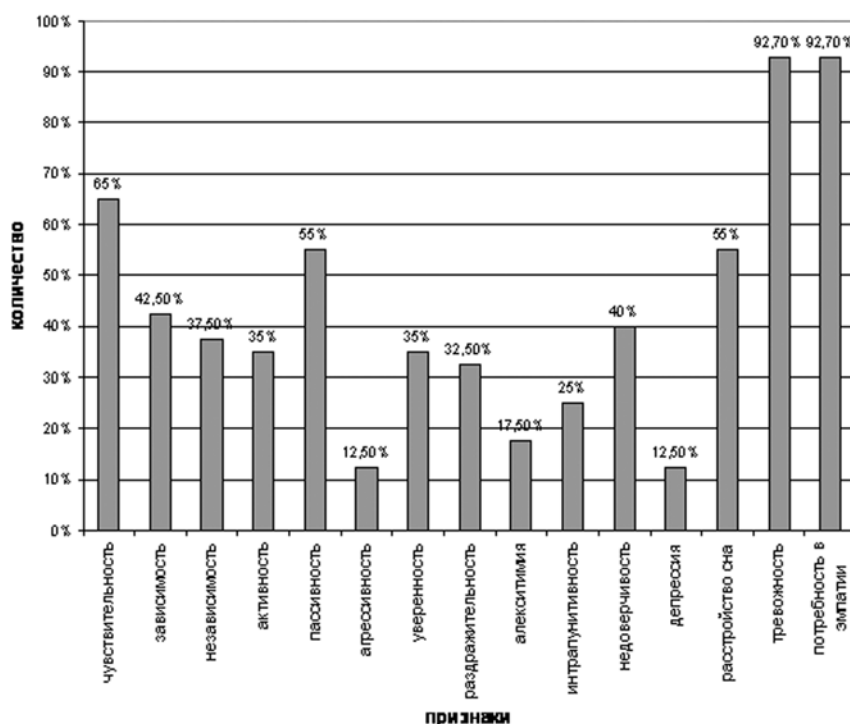


Рис. 1. Результаты и шкалы клинического интервью

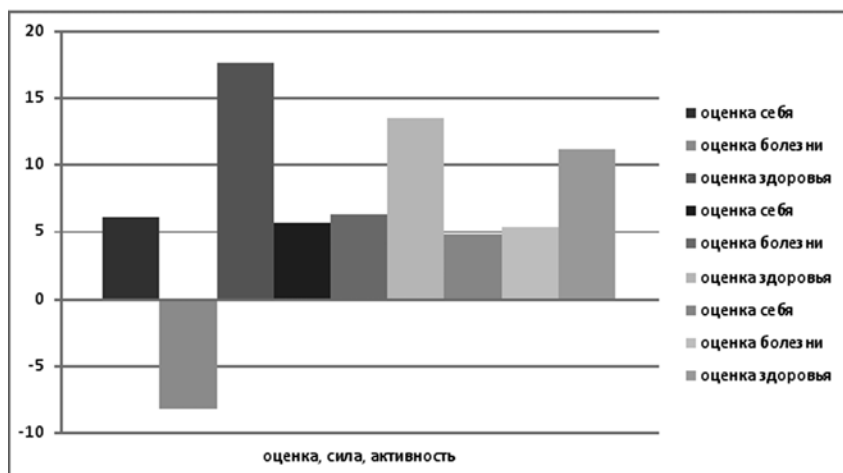


Рис. 2. Анализ результатов по методике “Личностный дифференциал”

что может свидетельствовать о низкой самооценке, неудовлетворенности собой, собственным поведением. Члены исследуемой группы больных склонны оценивать себя как недостаточно сильных, зависимых от обстоятельств (значение С: 5,6) и недостаточно активных (значение А: 4,74).

Болезнь оценивается как непривлекательная, отталкивающая (О: -8,2), сильная, независимая (С: 6,3), при этом ее можно охарактеризовать как активную (А: 5,3). Здоровье рассматривается группой как нечто, обладающее положительными качествами (О: 17,6), независимое и устойчивое (С: 13,5), активное (А: 11,1).

При исследовании эмоционального состояния группы онкологических больных с помощью метода цветových выборов (МЦВ), были получены следующие результаты (табл. 1).

Анализируя средние данные метода цветových выборов, средние значения уровня тревоги по группе составляет 5,2 баллов.

– При выборе цветов чаще всего на первой позиции в исследуемой группе оказывались 4 и 6 цвет (желтый и коричневый). При этом наблюдается одинаковая структура предпочтений – 27,5 % испытуемых называют 4 и 6 цвет наиболее приятным.

Выбор 4-го цвета на первую позицию свидетельствует о следующих тенденциях: потребность в перспективе, в общении, эмоциональную неустойчивость, зависимость от средовых воздействий, тенденция к избеганию ответственности. Выбор 6-го цвета на первой позиции свидетельствует о напряжении, страхе, желании уйти из неблагоприятной ситуации.

– На последней позиции наиболее часто оказывались 7 и 0 (черный и серый) – 25% и 27,5% испытуемых соот-

ветственно, что свидетельствует про тенденцию к подавлению какой-либо потребности, мотива, настроения, отражаемые данным цветом. Также на последней позиции оказывались и основные цвета: 4 цвет – (15%), 3 цвет – (12,5%), 2 цвет – (10%), 1 цвет – (5%) испытуемых, что обозначает наличие интраперсонального конфликта, повышение уровня ситуативной тревожности, характерных проявлений дистрессового состояния с преобладанием отрицательных эмоций.

**Выводы.** Исследование исходного уровня социально-психологического стресса онкологических больных по методике МЦВ показало высокий уровень тревожности, наличие страха, напряжения. Кроме того, получены данные о наличии блокированной потребности в самореализации, ощущение нависшей угрозы, чувства собственного бессилия и переутомления.

Изучение особенности эмоционального реагирования на болезнь у онкологических больных методом клинического интервью показало выраженность в эмоциональном фоне тревожности (92,5%), расстройств (55%), пассивности (55%), раздражительности (32,5%), повышенного уровня агрессивности (12,5%)

Исследование особенностей чувственного содержания внутренней картины болезни у онкологических больных по методике “Личностный Дифференциал” показало снижение самооценки испытуемого во время болезни. Высокие оценки получило понятие “Здоровье” и низкие понятие “Болезнь”. Сдвиги значений между показателями “Я” и “Болезнь” незначительные, а между показателями “Я” и “Здоровье” значимые, что определяет здоровье как состояние, субъективно переживаемое как недостижимое пациентом на данный момент.

Важно отметить, что полученные нами данные об особенностях эмоционального реагирования на болезнь и чувственного содержания внутренней картины болезни у онкологических больных, полученные методом клиническим интервью и методикой ЛД не противоречат друг другу, а свидетельствуют о взаимодополняющих и взаимовлияющих тенденциях.

Осуществив количественный и качественный анализ по данным клинического интервью, методики ЛД, метода цветových выборов, полученных в ходе эмпирического исследования, можно сделать вывод, что выдвинутое нами

Таблица 1

Частота выбора цветов на первую и последнюю позицию

Цвет	1 синий	2 зелен	3 красн	4 Желт	5 фиол	6 корич	7 черн	0 серый
Первая позиция (частота выбора)	4	0	4	11	7	11	1	2
Последняя позиция (частота выбора)	2	4	5	6	2	1	10	11

+

предположение о влиянии эмоциональных отклонений на внутреннюю картину болезни онкологических больных подтвердилось. Действительно, эмоциональные нарушения в виде повышенной тревожности, страха, напряжения и наличия чувства нависшей угрозы влияют на активность пациента и снижают самооценку, усиливают склонность видеть свою болезнь, как нечто не преодолимое.

Установленные нами закономерности представляют значимыми при их учете при разработке комплексных реабилитационных программ, на что и будут ориентированы наши дальнейшие исследования.

*Рецензент: д.мед.н., профессор Напреснко О.К.*

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Блинов Н.Н., Хомяков И.П., Шиповников Н.Б. Об отношении онкологических больных к своему диагнозу // *Вопросы онкологии.* – 1990.- № 8. – С.966 – 969.
2. Любан – Плоцца Б., Пельдингер В. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике.- С.- Пб. – 2000. №6 – 287 с.
3. Собчик Л.Н. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера: МИВ – метод цветowych выборов.- СПб.: Речь, 2002.- 112с.
4. Чаплин А.В. Психологические аспекты онкологии // *Вопросы онкологии* – 1992. – №7.– 873 – 888 с.

### ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ПАЦІЄНТІВ В КОНТЕКСТІ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ В ОНКОКЛІНІЦІ

*Гурська Т.В., Іванова О.Б.*

*Одеський національний університет  
ім. І.Мечникова, ІІПО, м.Одеса, Україна*

**Резюме.** Емоційною реакцією на захворювання пацієнтів з онкодіагнозом є відчуття внутрішньої напруги, страху, підвищення загального рівня тривоги, невпевненості в собі, поява страху за майбутнє. Дані, отримані в ході емпіричного дослідження групи пацієнтів із онкодіагнозом, підтвердили висунуте припущення про вплив емоційних відхилень на внутрішню картину хвороби (домінуюча тривожно-депресивна симптоматика із пасивним ставленням до свого захворювання) та дозволили описати їх специфіку з метою подальшої розробки і впровадження в психологічну практику ефективних психокорекційних програм роботи з такими пацієнтами.

**Ключові слова:** внутрішня картина хвороби, клінічне інтерв'ю, емоційний фон, психокорекція.

### RESEARCH OF EMOTIONAL SPHERE IN THE INTERNAL PICTURE OF DISEASE CONTEXT IN CLINIC OF CANCER

*Tetyana V. Hurska, Oksana B. Ivanova*

*Odessa I.I. Mechnikov National University, IIPE,  
Odessa, Ukraine*

**Summary.** An emotional reaction on the disease of patients with cancer is feeling of internal tension, fear, increase of general level of alarm, appearance of fear for the future etc. Information got during empiric research from groups of patients with cancer confirmed the pulled out supposition about influence of emotional rejections on the internal picture of illness (dominant anxiously depressed symptomatika with passive attitude toward the disease) and allowed to describe their specificity for further development and implementation of psychological practice effective psycho-correctional programs for work with this type of patients.

**Key words:** internal picture of disease, clinical interviews, emotional background, psycho-correction.