

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ СОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ** (на примере бронхиальной астмы)

*Изучение психологических факторов, влияющих на особенности формирования и течения хронических соматических заболеваний в детском возрасте, обусловлено актуальной на сегодняшний день проблемой здоровья подрастающего поколения. Понимание особенностей внутренней картины болезни у подростков с бронхиальной астмой как одного из важных факторов, влияющих на динамику и прогноз заболевания, необходимо для разработки эффективных методов психологической помощи подросткам больным бронхиальной астмой. Актуальность исследования определяется, во-первых, логикой развития такого направления, как психология в соматической клинике, и, во-вторых, запросом со стороны медицины.*

**Ключевые слова:** внутренняя картина болезни, бронхиальная астма, психология телесности, миф болезни, личностный смысл болезни.

### **Постановка проблемы**

В последние годы новые аспекты в понимание внутренней картины болезни вносит активно развивающаяся, в рамках клинической психологии, новая область психологического знания — психология телесности. В рамках данной концепции, развитой А. Тхостовым, помимо области «нормальной» телесности, также рассматриваются проявления телесности в болезненных интрацептивных (телесных) ощущениях во время заболевания. Телесность рассматривается как психологическая, культурологическая и семиотическая проблема. Болезнь рассматривается не просто как дефект какого-либо органа, а прежде всего феномен сознания, который не может быть представлен субъекту иначе как в виде внутренней картины болезни (ВКБ) [3]. В статье для анализа ВКБ используется теоретическая модель, предложенная А. Тхостовым. В данной концепции он использует семиотический подход, предложенный Р. Бартом [1], согласно которому в каждой семиотической системе имеются три различных элемента — *означающее, означаемое и знак*. Формальная схема образования знака имеет универсальный характер и может быть заполнена различным содержанием. Итак, она может описывать отношения между отдельным внутренним ощущением (чувственной тканью) и телесным конструктом. Однако отношение означающего и означаемого может особым образом трансформироваться, создавая вторичную семиологическую систему, названную Р. Бартом «мифологической». Знак первой системы при этом становится означающим во второй. «Миф» в данном контексте рассматривается как ассоциативно-когнитивный паттерн, организованная знаковая система, а не как что-либо фантастическое и неправдоподобное. А. Тхостов переформулировал модель Р. Барта, связав ее с телесностью, где «...знак (означенное телесное ощущение), являющийся ассоциацией чувственной ткани и телесного конструкта (телесного события), становится означающим в мифологической схеме болезни и, разворачиваясь вовне, превращается в симптом. При этом симптом понимается как "субъективное явление" — ощущение, означающее болезнь и ставшее ее знаком» [4, 104–105]. Когда телесное ощущение становится симптомом, оно начинает строиться по другим законам. «Включаясь во вторичную семиотическую систему мифа, ощущения могут изменять как свое качество, так и порождаться сверху самим мифом, нуждающимся в чувственном подкреплении» [4, 109]. Субъективное влияние на телесные ощущения не исчерпывается мифологизацией или вторичным означением. Интрацептивное ощущение начинает приобретать смысл. А. Тхостов считает, что значение болезни может наполняться различным смыслом. Возможны следующие варианты соотношения болезни и мотивации: болезнь как условие, препятствующее достижению мотива (преградный, негативный смысл болезни), болезнь как условие, способствующее ему (позитивный смысл болезни) и болезнь, как условие, способствующее достижению одних мотивов и препятствующее достижению других (конфликтный смысл болезни). Таким образом, структура субъективного отражения болезни в концепции А. Тхостова [4]

состоит из следующих уровней: чувственная ткань, первичное означение, вторичное означение (миф) и личностный смысл. В своем исследовании ВКБ мы опирались на модель предложенную А. Тхостовым, так как в ней наиболее полно решается проблема смыслового опосредствования телесности и интрацепции в контексте внутренней картины болезни.

Выбор нозологии в данном исследовании обусловлен тем, что к числу наиболее распространенных соматических заболеваний, в прогнозе и течении которых немаловажную роль отводят психологическим факторам, относят бронхиальную астму (БА). На сегодняшний день, распространенность бронхиальной астмы у детей варьирует от 5 до 10% и почти в два раза превышает уровень данных по взрослому населению [2]. Бронхиальная астма — реально угрожающее жизни заболевание, что заставляет уделять особое внимание как вопросам медицинской помощи, так и психологической поддержки пациентов. Тенденция к увеличению заболеваемости бронхиальной астмой у детей, утяжеление течения данного заболевания превращает проблему бронхиальной астмы в медико-психологическую проблему, требующую междисциплинарного подхода.

*Цель* исследования состоит в том, чтобы уточнить представления об особенностях ВКБ у подростков с БА, определить проблемные области в структуре ВКБ, что позволит сформулировать подходы к психокоррекционной работе с подростками с БА, а также рекомендации для врачей и родителей подростков с данной нозологией.

### **Изложение основного материала**

Экспериментально-психологическое исследование ВКБ проводилось у подростков с диагнозом бронхиальной астмы и у здоровых подростков на базе пульмонологического отделения областной детской клинической больницы г. Симферополя в период с октября 2007 по май 2010 гг. Возраст детей, участвовавших в экспериментально-психологическом исследовании, на момент его проведения был от 11 до 14 лет. В исследовании приняли участие 29 подростков, которым на основании лабораторных и функциональных методов исследования был поставлен диагноз — бронхиальная астма I, II и III степеней. Контрольную группу составили 25 учеников 5–8 классов школ г. Симферополя. Подростки контрольной группы не имели хронических соматических заболеваний и не состояли на диспансерном учете.

В связи с целями и задачами, поставленными в данной работе и с учетом особенностей, которые имеет внутренняя картина болезни у детей в этом возрастном периоде, экспериментальное исследование проводилось с помощью проективных методик. С помощью проективных психологических методик исследовалось отношение к болезни, представление детей о своем заболевании, особенности восприятия симптоматики. Все вышеперечисленное в психологии рассматривается как ВКБ. Использовались следующие проективные методики: пиктограммы, незаконченные предложения, самооценка Дембо-Рубинштейн, также детям предлагалась проективная методика «Игра в волшебника» и рисуночная методика, где подросткам предлагалось нарисовать три рисунка «Я здоровый», «Я больной» и «Как я себя чувствую, когда болею». Также, с целью более глубокого и детального понимания психологических механизмов, приводящих к формированию внутренней картины болезни, ее структуры и динамики, у подростков, страдающих данным заболеванием, проводилась клиническая беседа.

Описание состояния своего здоровья в подростковом возрасте становится четким, дифференцированным и развернутым. Подростки способны ясно описать свои переживания, давать оценки и очертить жизненную ситуацию, которая складывается в связи с их заболеванием.

Исследование показало, что проблемные ситуации, выявленные с помощью проективных методик, у подростков с БА выступают более остро, чем у здоровых подростков. Основной проблемной категорией для подростков с БА является категория «болезнь», например, подросток Ф.М. говорит: «Если бы я не был болен, то мог бы нормально развиваться, быть нормальным человеком». Зачастую болезнь воспринимается не только как препятствие, но многие подростки испытывают чувство вины в связи с болезнью, например, подросток БА: «Моей большой ошибкой было заболеть астмой». Часто выражается желание забыть о болезни, к примеру, подросток З.С. говорит: «Думаю, что моя болезнь плохая, сделал бы все чтобы забыть эту болезнь». Зачастую проявляются негативные эмоции по отношению к болезни:

подросток Х.Ф.: «Думаю, что моя болезнь — кошмар». Полученные по всем методикам данные свидетельствуют о том, что для подростков с БА проблемы, связанные с семьей, встречаются в два раза чаще, чем у здоровых подростков. Ограничение в физической активности также одна из преобладающих проблем у подростков с БА (связано со спецификой данного заболевания), в частности, подросток З.С. говорит: «Если бы я не был болен, я бы занимался бегом, спортом, как все». Часто у больных подростков встречаются страхи, которые связаны именно с болезнью, например, больной Х.Ф.: «Хотелось бы мне перестать бояться, когда приступ». Страхи, выявленные у здоровых подростков, никак не связаны с физическим самочувствием, а связаны с некоторыми жизненными ситуациями, боязнью темноты, собак, высоты и др.

Потребности, выявленные у здоровых и больных детей свидетельствуют о том, что потребности хронически больного и здорового подростков различны и степень их выраженности отличается. Такие различия свидетельствуют о разной социальной ситуации развития у здоровых и больных детей, а следовательно, и о различиях в потребностной и мотивационной сфере. Интересно, что по результатам проведенных методик можно сделать вывод, что хронически больные подростки в меньшей мере проявили потребность быть здоровыми, чем подростки без соматических патологий. Это может свидетельствовать о рассогласованности между вербально выраженным желанием быть здоровым и реально существующими внутренними тенденциями. У подростков с БА потребность в безопасности и защите проявлялась чаще, чем у здоровых подростков. В то же время у детей без хронических заболеваний доминируют несколько иные тенденции. В первую очередь — это потребность в привлекательном внешнем виде и потребность быть полезным.

С помощью рисуночных методик и методики «незаконченные предложения» мы анализировали частоту тех или иных ощущений, описываемых детьми в связи с заболеванием, т. е. означение первого уровня, где были выделены: ощущения, связанные с дыханием (удушье, кашель, тяжело дышать); ощущения общего самочувствия (утомление, слабость); другие ощущения, связанные с организмом (голова болит, травмы, простудные заболевания); положительные и отрицательные эмоции в связи с болезнью (страх, обида, волнение, радость), а также отсутствие описания ощущений. Чаще всего, при описании ощущений, связанных с заболеванием, подростки с БА говорят об ощущениях, связанных с дыханием. Достаточно часто встречаются у детей с БА ощущения общего самочувствия, а у 59 % испытуемых с БА — ощущения, связанные с болезнью, окрашены яркими негативными эмоциями. Здоровые подростки, ощущения, связанные с болезнью, также связывают с эмоциями, причем не только с отрицательными, но и с положительными в 30% случаев.

Знания, представления о болезни, которые есть у подростка, представляют собой вторичное значение. Это имеющийся у подростков миф о болезни, представление о том, что с ним происходит. Рассматривая полученные данные, можно выделить несколько типов представлений подростков о своем заболевании или мифов о болезни — это «медицинский миф», болезнь как реакция на социум, и связь начала приступа с эмоциональными реакциями у подростков с БА. У этих подростков достаточно хорошо сформировано представление о болезни. У большинства из них наблюдается миф, который условно можно назвать «медицинским». Это то представление, которое ребенок получил при столкновении с медицинским миром — несколько поверхностное, и может быть неточное, но соответствующее медицинским данным представление. Например, больной Б.В.: «У меня аллергическая астма на запахи духов, шерсть кошек». Большой интерес представляют подростки, которые вместо «медицинского» мифа или параллельно с «медицинским» мифом видят причину начала приступов во взаимоотношениях с другими людьми. Приступ бронхиальной астмы воспринимается ребенком в этих случаях как реакция на события в социуме. Такое представление о болезни есть у 20% подростков с БА. Например, больная З.С.: «С родителями поссорилась и стало плохо, есть связь, когда понервничаю»; подросток М.Д.: «В школе поругался с учительницей — приступ. Чаще всего на нервной почве в школе или дома»; подросток М.М.: «С одноклассниками ссорюсь — приступ». Около 52% подростков отмечают связь начала приступа с сильными эмоциями. Например, больная С.З.: «Когда был последний приступ, я плакала, я была обижена на весь мир»; больной К.Г.: «Из-за эмоциональных перегрузок, когда поплачу сильно»; больной А.Я.: «...когда смеюсь». Представление о болезни есть и у всех здоровых подростков. Миф болезни у здоровых детей

носит в 100% «медицинский» характер — это, как правило, поверхностное описание симптомов простудного заболевания или травмы. У здоровых детей болезнь в их сознании никак не связывается ни с эмоциями, ни с реакцией на социальное окружение.

Болезнь всегда соотносится в сознании человека с его жизнью: болезнь может быть выгодна или невозможна. Отношение к собственному заболеванию — это личностный смысл болезни. Согласно теории А. Тхостова [3] болезнь может выступать как условие, либо как препятствие достижению мотива, согласно этому болезнь может носить преградный (негативный), позитивный и конфликтный смысл.

Смысл болезни, отношение к болезни есть у всех детей. У подростков с БА — это осознанное, развернутое в значениях, отношение. В подростковом возрасте в сознании многих детей с БА возникает связь между началом приступа и нежелательными для ребенка событиями в жизни. Это сопряжено с формированием конфликтного смысла болезни. Подростки с БА начинают неосознанно использовать болезнь для решения жизненных проблем. На осознанном уровне подростки с БА выражают негативное отношение к болезни, так как она ограничивает физическую активность, снижает удовлетворение многих потребностей, ребенок не может в полной мере реализовать свой потенциал, строить планы на будущее. Для большинства подростков с БА (62%) болезнь чаще носит конфликтный смысл. В этом случае болезнь, с одной стороны, мешает подростку в реализации его мотивов, с другой стороны, помогает разрешить сложные для него жизненные ситуации, т. е. способствует достижению других мотивов. Зачастую, заболевание не только препятствует жизненным планам, но и используется ребенком для решения проблем и манипуляции окружающими. Можно отметить, что использование болезни для разрешения жизненных проблем детьми с БА не осознается. Ибо, на вербальном уровне, в незаконченных предложениях все подростки отмечают отрицательное отношение к болезни. Например, в клинической беседе подросток М.М. рассказывает, что после перехода в другую школу отношения с одноклассниками не сложились, часто после ссоры с ними возникают приступы и добавляет: «Я часто жалею, что не настоял остаться в своей школе», тем самым ребенок неосознанно пытается разрешить свою тяжелую жизненную ситуацию. Или больная У.Г. рассказывает: «В школе мои учителя очень строгие, когда не могу ответить, бывает приступ»; больная С.З.: «Папина жена меня не любит, кричит. Я сказала, что мне сейчас станет плохо, и папа сказал маме, чтобы она отстала от меня». Здоровые дети никак не связывают свое плохое самочувствие с конфликтными ситуациями. В то же время, у 38% подростков с БА смысл болезни негативный. Это проявляется в том, что болезнь мешает реализации основных мотивов. Например, больной З.С.: «Если бы я не был болен, я бы занимался бегом, спортом, как все»; больная М.Л.: «Если бы я не была больна, я была бы очень счастливой». У здоровых подростков смысл болезни в большинстве случаев носит негативный характер — 70% испытуемых. Очевидно, что болезнь для здоровых подростков препятствует ведущей деятельности данного возрастного периода — общению со сверстниками. Описывая ситуацию болезни, подростки без соматических патологий дают следующие пояснения: например, подросток П.В.: «...скучно, одиночество, друзья гуляют, а ты дома»; подросток Т.Г.: «Расстроена, плачу, без друзей, одна».

У 25% здоровых подростков встречается конфликтный смысл болезни, например, подросток К.В.: «...читаю книгу, не надо в школу идти, с одной стороны, можно отдохнуть, а с другой, — школу пропустишь, можно получить двойку и мороженое нельзя». Позитивный смысл у 5% здоровых подростков можно проиллюстрировать высказыванием подростка А.К.: «...можно отдохнуть, нет никаких страданий, только расслабление».

Таким образом, с помощью проективных методик исследовалось отношение к болезни, представление о своем заболевании, особенности восприятия симптоматики. Все перечисленное в психологии рассматривается как составляющие внутренней картины болезни.

## Выводы

1. Описание состояния своего здоровья в подростковом возрасте становится четким, дифференцированным и развернутым. Подростки способны ясно описать свои переживания, давать оценки и очертить жизненную ситуацию, которая складывается в связи с их заболеванием.

2. Проблемные ситуации, выявленные с помощью проективных методик, у подростков с БА выступают более остро, чем у здоровых подростков.

3. ВКБ подростков с БА отличается рядом особенностей по сравнению с ВКБ подростков, не имеющих опыта хронического соматического заболевания:

а) при описании ощущений, связанных с заболеванием, подростки с БА больше говорят об ощущениях, связанных с дыханием и телесными переживаниями, в то время, как подростки, не имеющие опыта серьезного соматического заболевания, больше описывают эмоции, связанные с ситуацией болезни;

б) в сознании подростков завершается оформление мифа болезни, что происходит чаще всего под влиянием общения с медицинским миром. Миф болезни и у здоровых, и у больных детей в большинстве случаев носит медицинский характер. Однако, наряду с «медицинским мифом», в подростковом возрасте у хронически больных детей может формироваться миф о болезни как реакция на социум. В подростковом возрасте у подростков с БА остро проявляется реакция на окружение, что служит основой для образования соответствующего мифа болезни. Другая часть подростков с БА начинает связывать обострение заболевания с сильными эмоциями, что способствует формированию мифа о болезни в связи с эмоциональными проявлениями;

в) в подростковом возрасте в сознании многих детей с БА возникает связь между началом приступа и нежелательными для ребенка событиями в жизни. Это сопряжено с формированием конфликтного смысла болезни. Подростки с БА начинают неосознанно использовать болезнь для решения жизненных проблем. На осознанном уровне подростки с БА выражают негативное отношение к болезни, так как она сужает сферу их жизнедеятельности. Для здоровых подростков болезнь в большинстве случаев носит негативный смысл, так как препятствует ведущей деятельности данного возрастного периода — ограничивает их общение со сверстниками.

Данные, полученные в результате экспериментального исследования, необходимо учитывать при оказании психологической помощи подросткам с хроническими соматическими патологиями, а также для рекомендаций врачам и родителям. Возможно не все выводы можно экстраполировать на другие нозологии, однако проведенное исследование позволяет выявить общие тенденции в формировании и динамике ВКБ подростков с хроническим соматическим заболеванием.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Барт Р. Избранные работы / Р. Барт. — М., 1989. — 616 с.
2. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». — 3-е изд., исправл. и допол. — М. : Издательский дом «Атмосфера», 2008. — 108 с.
3. Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система / А.Ш. Тхостов // Вестник Московского Университетата. — 1993. — № 1, 4. — (Серия «Психология»).
4. Тхостов А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. — М. : Смысл, 2002. — 287 с.

**Романова В.В.**

## ДОСЛІДЖЕННЯ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ СОМАТИЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ (на прикладі бронхіальної астми)

*Вивчення психологічних факторів, що впливають на особливості формування і перебігу хронічних соматичних захворювань в дитячому віці, обумовлене актуальною на сьогоднішній день проблемою здоров'я підростаючого покоління. Розуміння особливостей внутрішньої картини хвороби у підлітків з бронхіальною астмою як одного з важливих чинників, що впливають на протікання і прогноз захворювання, необхідне для розроблювання ефективних методів психологічної допомоги підліткам хворим на бронхіальну астму. Актуальність дослідження визначається логікою розвитку такого спрямування, як психологія в соматичній клініці, і, зрештою, запитом з боку медицини.*

**Ключові слова:** внутрішня картина хвороби, бронхіальна астма, психологія тілесності, міф про хворобу, особистий сенс хвороби.

**Romanova V.V.**

**INVESTIGATION OF MENTAL IMAGE OF ILLNESS OF ADOLESCENTS  
SUFFERING FROM A CHRONIC SOMATIC DISEASE  
(on the example of bronchial asthma)**

*The investigation of psychological factors, which influence the peculiarities of formation and course of chronic somatic diseases in the childhood, is conditioned by the nowadays actual problem of the health of the growing up generation. The understanding of the peculiarities of mental image of illness of adolescents with bronchial asthma, as one of the important factors influencing the course and prognosis for a disease, is necessary for the working out of the effective methods of psychological help for adolescents suffering from bronchial asthma. The actuality of the research is determined by the logic of such psychological branch development as the psychology in the somatic clinic and by the medical inquiry as well.*

**Key words:** *mental image of illness, bronchial asthma, the bodily psychology (somatic psychology), myth of the disease, personal sense of the disease.*