

ВЗАИМОСВЯЗЬ МОТИВАЦИОННЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ И ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Л.В.Боговин, А.С.Водолазская

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания Сибирского отделения РАМН, 675000,
г. Благовещенск, ул. Калинина, 22

РЕЗЮМЕ

Изучена взаимосвязь особенностей мотивации и отношения к болезни у пациентов с бронхиальной астмой в зависимости от степени тяжести заболевания. Обследовано 119 больных бронхиальной астмой различной степени тяжести в возрасте от 19 до 69 лет. Использовались: тест-опросник МУН (А.А.Реан), тест «Мотивация к успеху» Т.Элерса, методика диагностики степени готовности к риску Г.Шуберта, методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ). Выявлено, что типы отношения к болезни у больных бронхиальной астмой связаны мотивационными особенностями: преимущественно наблюдаются мотивация успеха и склонность к осторожности, обратно коррелирующие с блоками типов отношения к болезни и лечению (эргопатический, анозогнозический и гармоничный). Учет взаимосвязи типов отношения к болезни и особенностей мотивации необходим для правильной организации психологической помощи больным бронхиальной астмой и действий, направленных на достижение полного контроля заболевания.

Ключевые слова: бронхиальная астма, мотивация, отношение к болезни.

SUMMARY

THE CORRELATION BETWEEN PERSONAL MOTIVATION AND TYPES OF ATTITUDE TO THE DISEASE IN ASMATHICS

L.V.Bogovin, A.S.Vodolazskaya

Far Eastern Scientific Center of Physiology and
Pathology of Respiration of Siberian Branch RAMS, 22
Kalinina Str., Blagoveshchensk, 675000,
Russian Federation

The correlation between the motivation peculiarities and attitude to the disease in patients with bronchial asthma depending on the disease severity degree was studied. 119 patients with bronchial asthma of a different severity degree at the age from 19 till 69 were examined. The test-questionnaire MSF (A.A.Rhean), the test «The motivation to success» by T.Ehlers, the methodology for diagnostics of the degree of readiness to risk by G.Schubert, and the methodology for psychological diagnosis of types of attitude to the disease were used. It was found out that types of attitude to the disease in patients with bronchial asthma are conditioned by the motivational features: the motivation to success and the tendency to being cautious are predominantly observed, they correlate in a reverse

manner with the types of attitude to the disease and treatment (ergopathic, anosognostic and harmonic). The consideration of the correlation of types of attitude to the disease and the features of motivation are necessary for the right organization of psychological help to the patients with bronchial asthma and the actions directed to achieve the total control over the disease.

Key words: bronchial asthma, motivation, attitude to the disease.

В реальной практике пульмонолог сталкивается с тем, что большая часть больных бронхиальной астмой (БА) не достигает полного контроля заболевания, несмотря на оптимально разработанные схемы лечения на разных этапах течения болезни [9]. При этом зачастую обнаруживается недостаточный учет восприятия пациентами своей болезни [10, 13]. Для успешного лечения необходимо пристальное изучение особенностей отражения болезни в психике больного человека, что обозначается понятием «отношение к болезни» [6].

Отношение к болезни и лечению в одних случаях играет роль оптимизатора, определяющего поведение, которое направлено на преодоление болезни, в других носит неадекватный характер, препятствует адаптации, мешает эффективному лечению, профилактике, реабилитации (от полного игнорирования с недооценкой тяжести состояния до «ухода» в болезнь с переоценкой ее тяжести) [5, 11]. Пациент склонен не доверять медицинским данным, он анализирует ситуацию с учетом собственных и переданных значимым окружением представлений и убеждений. Знание «внутренней картины болезни» конкретного человека позволяет решать «...задачи, которые современная медицина ставит перед врачом как перед личностью, призванной в силу своей специальности влиять на другую личность – на больного...» [8]. Изучение отношения к болезни включает исследование характера влияния на его формирование биологической, психологической и социальной структур (уровней) личности, поэтому при соматических заболеваниях следует анализировать опосредующую роль психических процессов, свойств, состояний, иерархию потребностей и мотивов, отношение больного к восприятию импульсов, поступающих из внешней среды и из собственного организма [3].

Психологический анализ предполагает рассмотрение отношения к болезни в трех смысловых ракурсах: эмоциональном, поведенческом и когнитивном. В соответствии с этим, эмоциональный компонент отношения к болезни отражает весь спектр чувств, обусловленных болезнью, а также те эмоциональные переживания, которые возникают в ситуациях, связан-

ных с болезнью. Мотивационно-поведенческий компонент отражает выработку определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью (принятие «роли» больного, активная борьба с болезнью, игнорирование заболевания, пессимистические установки и пр.), а также связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней. Когнитивный компонент отражает знание о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на жизненное функционирование больного, предполагаемый прогноз. Таким образом, психологический анализ отношения к болезни, проводимый в этих смысловых ракурсах, и позволяет описать все основные психические феномены в личности больного, связанные с его заболеванием [2].

Рассмотрение отношения к болезни с позиций психологии отношений по самой своей сути включает анализ трех факторов, влияющих на формирование отношения к болезни: 1) преморбидные особенности личности; 2) природа самого заболевания; 3) социально-психологические факторы [2]. Отношение к болезни, как всякое отношение, является индивидуальным, избирательным, сознательным (или способным к осознанию), т.е. отражает индивидуальный или личностный уровень. Как всякое отношение, оно носит субъективно-объективный характер, является содержательным и не может рассматриваться вне объекта отношений, определяется природой самого заболевания.

Целью исследования явилось изучение сформированных типов отношения к болезни больных БА в зависимости от степени тяжести заболевания и особенностей мотивационной сферы.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе пульмонологического отделения клиники Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания СО РАМН. В исследование вошли 119 больных БА (55 мужчин и 64 женщины), в возрасте 19-69 лет (средний возраст составил $45,8 \pm 12,7$ лет). Диагноз астмы подтверждался клинически выявлением эпизодов обратимой бронхиальной обструкции и спирометрическими данными. В зависимости от степени тяжести заболевания были сформированы 3 группы: 1 группа – 39 (33%) больных БА легкой степени тяжести; 2 группа – 44 (37%) больных астмой средней степени тяжести; 3 группа – 36 (30%) больных тяжелой БА.

Для исследования особенностей мотивации и отношения к болезни использовался набор валидных психологических тестов: тест-опросник МУН (А.А.Реан) [1], тест «Мотивация к успеху» (Т.Элерс), методика диагностики степени готовности к риску (Г.Шуберт), методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ) [2].

Все расчеты производились с применением статистического пакета STATISTICA (data analysis software system), версия 6.1.478. Взаимосвязь между показателями определяли с помощью коэффициента корреляции Спирмена (r). Достоверными считались

результаты при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Данные экспериментально-психологического исследования выявили, что у 95% больных БА по результатам теста-опросника МУН преобладает мотивация успеха (графическое отображение усредненных величин представлено на рисунке 1). В то же время тест «Мотивация к успеху» демонстрировал данный вид мотивации преимущественно умеренно высокого уровня у 87,6% больных в 1 группе, у 75% пациентов во 2 группе и в 63% случаев в 3 группе. Среди обследованных лишь 4,4% имели мотивацию избегания неудач, у остальных мотивационный полюс не был выражен.

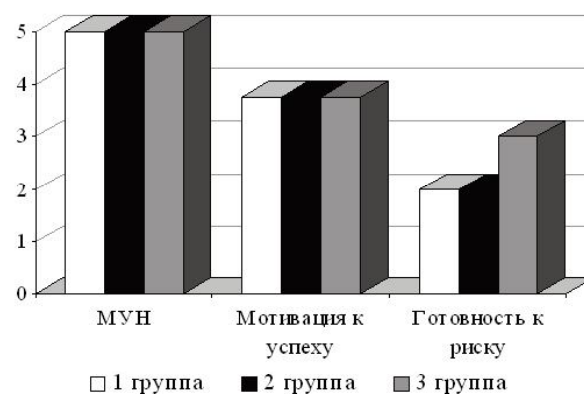


Рис.1. Уровни различных видов мотивации в группах больных БА (в баллах).

Примечание: баллы представлены в относительных величинах – от низкого (1) к высокому (5) уровню.

Предполагается, что субъекты, мотивированные на успех, уверены в благоприятном исходе задуманного, им свойственны решительность в неопределенных ситуациях, склонность к разумному риску, адекватный средний уровень притязаний, который повышается после успеха и снижается после неудачи, готовность взять на себя ответственность. Отсюда следует, что данным больным свойственно стремление к постановке и поэтапному достижению реальных целей. Субъекты со склонностью к избеганию неудачи при достижении результата обращают внимание на информацию о возможности неудачи [11].

По усредненным значениям методики диагностики степени готовности к риску Г.Шуберта, обследуемые 1 и 2 групп оказались одинаково осторожными ($-6,9 \pm 3,4$ и $-12,1 \pm 2,3$ баллов, соответственно). По данному критерию они достоверно отличались от больных 3 группы, которые имели средние значения готовности к риску ($0,4 \pm 4,2$ баллов при $p < 0,05$). Готовность к риску непосредственно связана с направленностью личности на достижение цели или с ориентацией на избегание неудачи. Предшествующие исследования показали, что люди, умеренно и сильно ориентированные на успех, предпочитают средний уровень риска. А те, кто боится неудач, предпочитают малый или слишком большой уровень риска. Выявленная у больных БА склонность к разумной осторожно-

сти предполагает повышение интереса к информации о негативных явлениях заболевания и принимаемых препаратов [11].

Результаты методики ТОБОЛ показали, что у больных БА отмечается преобладание следующих типов психологического реагирования на болезнь и лечение: эргопатический (32%), сенситивный (19%), анозогнозический (15%). Гармоничный (адекватный) тип отношения к болезни и лечению диагностирован у 10% пациентов (рис. 2).

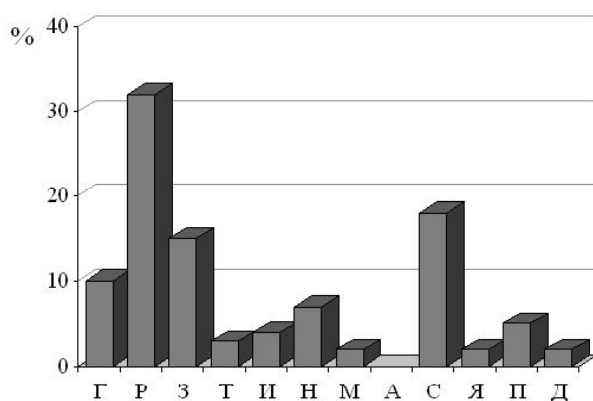


Рис. 2. Диагностические коэффициенты типов отношения к болезни (ТОБОЛ).

Примечание: Г – гармоничный, Р – эргопатический, З – анозогнозический, Т – тревожный, И – ипохондрический, Н – неврастенический, М – меланхолический, А – апатический, С – сенситивный, Я – эгоцентрический, П – паранойяльный, Д – дисфорический типы отношения к болезни.

Типология отношений к болезни А.Е.Личко и Н.Я.Иванова включает в себя 12 типов психологического реагирования на заболевание, выделенных на основе оценки влияния трех факторов: природы самого соматического заболевания, типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера и отношения к данному заболеванию в референтной (значимой) для больного группе [4, 7].

При эргопатическом типе отмечается сверхответственное отношение к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни. «Уход от болезни в работу», стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве. Пациенты стараются лечиться и подвергаться обследованиям так, чтобы это не мешало работе. Поэтому они пытаются не поддаваться болезни, активно борются с собой, преодолевают недомогание и боли. Их позиция заключена в том, что нет такого заболевания, которого нельзя было бы преодолеть своими силами. Такие пациенты часто являются принципиальными противниками лекарств.

Сенситивный тип отношения к болезни связан с чрезмерной озабоченностью возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни. Появляются опасения, что окружающие станут их избегать, считать не-

полноценными, пренебрежительно относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Появляется боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим. Они нередко в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу или медицинской сестре даже в случаях угрожающего для жизни состояния. Отмечаются робость, застенчивость, повышенная скромность таких пациентов.

Для анозогнозического типа характерно активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. Наблюдаются отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» нарушений или случайных колебаний самочувствия. Анозогнозия может отражать внутреннее неприятие статуса больного, нежелание считаться с реальным положением вещей. С другой стороны, за этим может стоять заблуждение человека по поводу значимости признаков болезни.

Гармоничный вариант реагирования на болезнь характеризуется адекватной оценкой своего состояния без склонности преувеличивать или недооценивать его тяжесть, стремлением во всем активно содействовать успеху лечения. Пациент старается опираться в своих реакциях на известные науке (медицине) факты о возможности излечения от конкретной болезни, о происхождении симптомов. И такие сведения ему можно предоставить.

В более ранних исследованиях психологического статуса больных БА только у 27,3% пациентов выявлялись гармоничный и эргопатический типы отношения к болезни. В большинстве случаев диагностировался смешанный тип отношения к болезни с преимущественным представительством сенситивного (52,2%), ипохондрического (34,8%), тревожного (26%) и меланхолического (26%) типов [12].

Все типы отношения к болезни делятся на три блока. Первый включает варианты, при которых социальная адаптация существенно не нарушается: гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы. Второй блок включает типы реагирования преимущественно с интрапсихической направленностью (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический). В третий блок входят виды реагирования с интерпсихической направленностью: сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический. Второй и третий блоки характеризуются психической дезадаптацией и нарушением социального функционирования [4].

С целью обнаружения связи субъективного представления о своем состоянии с мотивационной направленностью личности был проведен корреляционный анализ. Выявлена обратная связь между полом и блоками отношения к болезни ($r = -0,2$, $p < 0,05$). А именно, у мужчин чаще встречаются адаптивные типы психологического реагирования на болезнь и лечение (гармоничный, анозогнозический, эргопатический). Это свидетельствует о том, что мужчины чаще могут ис-

пользовать тактику «ухода от болезни в работу» и продолжать получать от жизни всё, несмотря на болезнь, рассматривая ее симптомы как случайные колебания самочувствия. Обнаружены отрицательные корреляции типов отношения к болезни с показателями теста-опросника МУН ($r=-0,47$, $p<0,05$). Высокие показатели мотивации к успеху говорят о том, что пациенты решительны, уверены в благоприятном исходе событий. Казалось бы, уход от болезни и ее отрицание должны вести к серьезным проблемам со здоровьем, но можно предположить, что происходит «отрицание» не самого заболевания, а возможности развития у этих пациентов осложнений БА и их последствий. У них нет скептицизма в отношении возможности положительного решения проблемы, то есть достижения хороших результатов контроля БА, но самостоятельно они не готовы решать эту проблему. В этом проявляется своеобразный «инфантилизм» анозогнозического и эргопатического типов отношения к болезни. Вероятно, решение проблемы в данной группе пациентов происходит тогда, когда проявляется активность со стороны медицинского персонала, либо близкого окружения, когда есть заинтересованность кого-то еще в решении их проблемы. В подобной ситуации они учатся грамотному управлению заболеванием и достигают хороших результатов. Далее вырабатывается привычка самоконтроля и меняются стратегии психологической защиты [3]. Так же результаты методики ТОБОЛ отрицательно коррелируют с показателями методики диагностики степени готовности к риску Г.Шуберта ($r=-0,3$, $p<0,05$). Выявленная склонность к разумной осторожности предполагает повышение интереса к информации о негативных явлениях заболевания и принимаемых препаратов.

Таким образом, у больных БА преимущественно наблюдаются мотивация успеха и склонность к осторожности, отрицательно коррелирующие с блоками типов отношения к болезни и лечению (эргопатический, анозогнозический и гармоничный). Эти данные указывают на благоприятный прогноз в отношении течения заболевания. Понимание типа реагирования больного БА на заболевание поможет сделать взаимодействие врача и пациента более эффективным, направленным на преодоление недооценки болезни, на совладание с болезнью, на достижение успеха.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бордовская Н.В., Реан А.А. Педагогика: учебник для вузов. СПб.: Питер, 2000. 304 с.
2. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л.И.Вассерман [и др.]. СПб.: НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2005. 27с.
3. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Л.: Медицина, 1980. 181с.
4. Косырев В.Н. Клиническая психология. Тамбов: ТГУ им. Г.Р.Державина, 2003. 451 с.
5. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебник для студентов медицинских вузов. 3-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2007. 416 с.

6. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Медико-психологическое обследование соматических больных // Невропатология и психиатрия. 1980. Вып.8. С.1195–1198.

7. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Усовершенствованный вариант опросника для психологической диагностики типов отношения к своей болезни. Методические рекомендации. СПб.: Питер, 2001. 134 с.

8. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. 3-е изд. М.: Медгиз, 1944. 83 с.

9. Эффективность применения индуктора интерферона в период обострения бронхиальной астмы на фоне острой респираторной вирусной инфекции / Е.Л.Лазуткина [и др.] // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2012. Вып.43. С.23–27.

10. Клиническое течение, внутренняя картина болезни и нозогенные реакции у больных бронхиальной астмой / С.И.Овчаренко [и др.] // Тер. арх. 2001. Т.73, №3. С.9–14.

11. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие. Самара: БАХРАХ-М, 2004. 672 с.

12. Ребров А.П., Кароли Н.А. Особенности психики больных бронхиальной астмой // Рос. мед. журн. 2003. №1. С.23–26.

13. Boulet L.P. Asthma education what has been its impact? // Can. Respir. J. 1998, Vol.5 (Suppl A). P.91A-96A.

REFERENCES

1. Bordovskaya N.V., Rean A.A. *Pedagogika: uchebnyk dlya vuzov* [Pedagogy: the manual for universities]. St. Petersburg: Piter, 2000.
2. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuks A.Ya. *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: posobie dlya vrachev* [Psychological diagnostics of attitude to the disease: the manual for doctors]. St. Petersburg, 2005.
3. Kvasenko A.V., Zubarev Yu.G. *Psikhologiya bol'nogo* [The psychology of the patient]. Leningrad: Meditsina, 1980.
4. Kosyrev V.N. *Klinicheskaya psikhologiya* [Clinical psychology]. Tambov: TGU, 2003.
5. Lakosina N.D., Sergeev I.I., Pankova O.F. *Klinicheskaya psikhologiya: uchebnoe posobie dlya vuzov* [Clinical psychology: the manual for universities]. Moscow: MEDpress-inform, 2007.
6. Lichko A.E., Ivanov N.Ya. *Nevropatologiya i psikhiatriya* 1980; 8:1195–1198.
7. Lichko A.E., Ivanov N.Ya. *Usovershenstvovanny variant oprosnika dlya psikhologicheskoy diagnostiki tipov otnosheniya k svoey bolezni: metodicheskie rekomendatsii* [Improved variant of the questionnaire for psychological diagnostics of the types of attitude to the disease: methodological recommendations]. St. Petersburg: Piter, 2001.
8. Luriya R.A. *Vnutrennyaya kartina bolezni i iatrogennye zabolevaniya* [Inner picture of the disease and iatrogenic diseases]. Moscow: Medgiz, 1944.
9. Lazutkina E.L., Lazarenko L.L., Landyshev Yu.S., Tsyrendorzhiev D.D., Landyshev S.Yu. *Bulleten' fiziologii i patologii dyhaniya* 2012; 43:23–27.
10. Ovcharenko S.I., Smulevich A.B., Dpobizhev

M.Yu, Ishchenko E.N., Bevz I.A. *Terapevticheskiy arkhiv* 2001; 3:9–14.

11. Raygorodskiy D.Ya. *Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy: uchebnoe posobie* [Psychodiagnostic practice. Techniques and tests; textbook]. Samara: BAKhRAKh-M; 2004.

12. Rebrov A.P., Karoli N.A. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal* 2003; 1:23–26.

13. Boulet L.P. Asthma education what has been its impact? *Can. Respir. J.* 1998; 5(Suppl A): 91A–96A.

Поступила 22.10.2012

Контактная информация

Лариса Викторовна Боговин,

кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории профилактики НЗЛ,
Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания Сибирского отделения РАМН,
675000, г. Благовещенск, ул. Калинина, 22.

E-mail: bogovin@ya.ru

Correspondence should be addressed to

Larisa V. Bogovin,

MD, PhD, Senior staff scientist of Laboratory of Prophylaxis of Non-Specific Lung Diseases,
Far Eastern Scientific Center of Physiology and Pathology of Respiration SB RAMS,
22 Kalinina Str., Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation.

E-mail: bogovin@ya.ru