

ОСОЗНАННЫЕ И НЕОСОЗНАННЫЕ КОМПОНЕНТЫ «ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ» У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Т.Н. Резникова, В.И. Семиволос, Н.А. Селиверстова (Санкт-Петербург)

Аннотация. Рассмотрена одна из наиболее актуальных проблем медицинской психологии – «внутренняя картина болезни». С помощью комплекса психологических методик, включающих проективный тест «профили человека», выявлено, что у больных рассеянным склерозом имеются диссоциации между осознанными и неосознанными компонентами внутренней картины болезни. Показано, что данные диссоциации формируются на фоне нарушения эмоционально-личностных особенностей.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни; осознанные и неосознанные компоненты; рассеянный склероз.

Проблема изучения «внутренней картины болезни» (ВКБ) в настоящее время сохраняет свою актуальность. ВКБ – это формируемая личностью психологическая структура, отражающая как изменения внутри организма, так и события внешнего мира, связанные с болезнью. Установлено, что особенности ВКБ влияют на течение, прогноз и исход заболевания, поэтому при нарушениях формирования ВКБ необходимо проводить психокоррекционные мероприятия [5, 6, 15, 17–19, 24, 25 и др.].

ВКБ представляет собой внутриличностную структуру, состоящую из разных компонентов (психологических, физиологических, биохимических и др.), объединенных в единую сложную систему [19, 24]. Особое значение в этой структуре принадлежит осознанным и неосознанным компонентам, исследование которых необходимо для расширения понимания механизмов ВКБ и личности в целом. Однако работ в этом направлении недостаточно, поэтому вопросы изучения взаимодействия осознаваемой и неосознаваемой психической деятельности больного остаются малоразработанными [26]. Вместе с тем важность согласованной работы на этих уровнях (осознанном и неосознанном) подчеркивается многими авторами, поскольку рассогласование может приводить к возникновению внутриличностных конфликтов и в итоге к разного рода психическим и соматическим нарушениям [9, 16].

Осознанные компоненты ВКБ изучаются с помощью беседы, наблюдения, опросников и анкет. Для исследования неосознанных процессов существуют, главным образом, проективные тесты, которые направлены на выявление отношения личности к тому или иному событию. Анализ проективных тестов является трудной задачей. Наиболее информативны в этом плане рисуночные тесты, позволяющие изучать бессознательные механизмы личности [13, 22 и др.].

Согласованная работа всех компонентов ВКБ имеет большое значение для сохранения и использования резервных возможностей личности, что важно при любом заболевании, а особенно при таком тяжелом, как рассеянный склероз (РС). Известно, что РС отличается большим разнообразием неврологической симптоматики, непредсказуемостью течения, наличием функциональных расстройств ЦНС и различных нарушений когнитивных функций и личности [1, 11]. Вместе с тем работ

по исследованию ВКБ при РС крайне мало. В связи с этим нашей задачей стало исследование осознанных и неосознанных компонентов ВКБ у больных РС, что важно для изучения психологических механизмов личности и в диагностических целях.

Контигент обследованных больных и методы исследования. Обследовано 50 больных рассеянным склерозом (16 мужчин и 34 женщины) в возрасте от 18 до 56 лет легкой и средней степени тяжести по расширенной шкале инвалидизации EDSS (Kurtzke J.F., 1983) от 1,5 до 4,5 балла с длительностью заболевания от 1 до 30 лет. Все больные на момент исследования находились в стадии ремиссии и не имели отчетливой очаговой неврологической симптоматики. Тип течения заболевания ремиттирующий.

Для оценки осознанных компонентов проводился психологический анализ жалоб. В жалобах больных отражаются изменения тех или иных нарушений процессов жизнедеятельности организма и отношение к ним (их значимость для больного), характеристики которых детерминированы особенностями организма и личностными свойствами.

Для оценки неосознанных компонентов использовался рисуночный тест, названный нами условно «профили человека», в котором проявляется разное отношение человека к своим субъективным ощущениям, главным образом, на неосознаваемом уровне. При анализе изображений субъективных ощущений (СО) использовались общепринятые критерии оценки рисуночных тестов – учитывались признаки, не зависящие от содержания изображения, такие как степень нажима, наличие штриховки, символического или конкретного изображения [12, 21].

Методика «профили человека» представляет собой два контура тела человека, разделенных по центру вертикальной линией на правую и левую части (рис. 1). Профили располагаются на протяжении всей ширины листа белой бумаги размером (21 × 30). Исследование проводилось индивидуально с каждым больным в такой последовательности: больному давали простой карандаш ТМ, ластик и лист, на котором изображены «профили человека». Затем предлагалась следующая инструкция: «Отметьте на рисунке наиболее значимые для Вас ощущения». На основании литературных данных [13, 22] и по результатам наблюдения нами были выделены основные параметры, по

которым принципиально отличались варианты изображения ощущений у разных больных, такие как пространственно-временная соотнесенность и эмоциональный тон ощущения. Выделенные параметры играют большую роль в диагностике ВКБ, поскольку отражают важные характеристики тела, а также отношение к ощущениям, степень

«сформированности» образа СО в сознании больного и фиксации на нем. Таким образом, посредством проекции своих СО в свободной форме на рисунке раскрывались эмоциональное отношение к симптомам и их значимость для больного, отражающие неосознанные компоненты ВКБ.

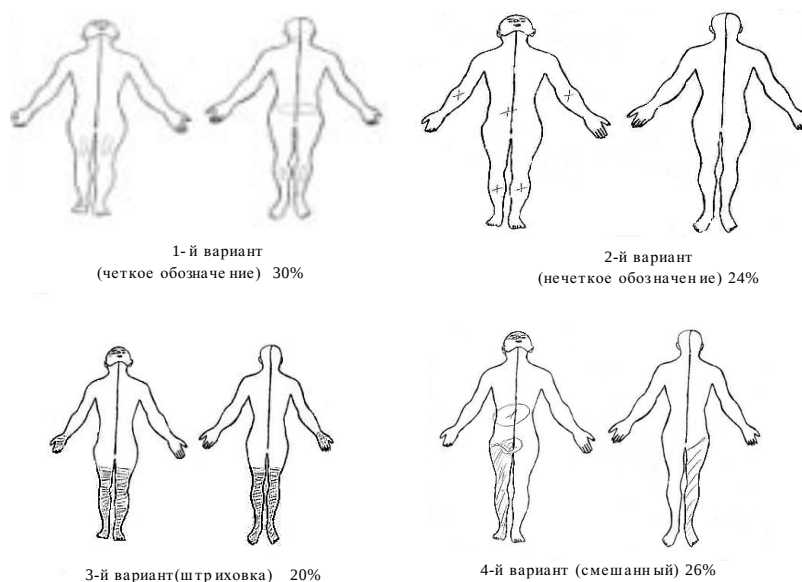


Рис. 1. Примеры основных вариантов изображения субъективных ощущений на «профилях человека»

В дальнейшем для раскрытия особенностей «внутренней картины болезни» было проведено сопоставление приоритетных СО, предъявленных больными вербально во время беседы и обозначенных графически на «профилях человека». Мы придерживались мнения, что наиболее беспокоящие СО больной должен отметить как в ходе беседы, так и на рисунке. При сопоставлении указанных данных рассматривались совпадения основных категорий жалоб, выделенных в ходе опроса по специальной программе и обозначенных на рисунке, при этом форма самого речевого высказывания не рассматривалась. Совпадение смысловых категорий высказывания и изображения принималось за соответствие. В итоговом заключении учитывались оценки независимых экспертов.

Кроме того, для оценки эмоционально-личностных особенностей больных применялись личностный опросник ММРІ [2] и тест Тейлор [14]. Эти тесты были выбраны в связи с тем, что они наиболее четко отражают актуальное психическое состояние больных, на фоне которого проявляются особенности ВКБ, одним из индикаторов которого являются СО. Для статистического анализа использовались описательная статистика и критерий Манна–Уитни [23].

Результаты

Большинство больных РС предъявляли разнообразные жалобы, связанные с различными системами орга-

низма. Наиболее значимыми оказались жалобы на затруднения при ходьбе, болевые ощущения, эмоциональные нарушения и нарушения чувствительности. Иерархия значимости жалоб оценивалась по первостепенности предъявления.

Качественный анализ жалоб позволил разделить их по характеру (табл. 1).

Как видно из табл. 1, для больных РС характерно большое количество разнообразных СО, которые свидетельствуют о вовлечении в патологический процесс различных систем организма. Наиболее значимыми оказались двигательные (слабость при ходьбе, шаткость походки, мелкая моторика рук); болевые (головные, боли в сердце, в различных частях тела и др.); чувствительные (онемение в различных частях тела); вегетативные (головокружение, звон в ушах, потливость и др.); эмоциональные (тревога, ощущение эмоционального дискомфорта, раздражительность, сниженный фон настроения и др.); активационные (сонливость, утомляемость, общая слабость, нарушение сна и др.); интеллектуальные (снижение памяти, внимания и др.); нарушения зрения и функций тазовых органов; нейропсихологические (главным образом, остаточные нарушения речи); прочие СО (изменение голоса, слуха и др.).

Индивидуальные показатели больных по данным ММРІ и теста Тейлор характеризовались большим разнообразием и выраженностью эмоционально-личностных нарушений. Вместе с тем по усредненным данным

по группе больных РС выделились общие закономерности. Оценка актуального психического состояния и особенностей личности больных РС по тесту ММРІ показала следующее. В усредненном профиле больных РС (рис. 2) наблюдалось повышение значений 1, 2, 3, 4

и 8-й шкал, что свидетельствовало о выраженном эмоциональном дискомфорте и трудностях адаптации преимущественно по смешанному типу, наиболее неблагоприятному, сочетающему разнонаправленные типы личностного реагирования.

Т а б л и ц а 1

Субъективные ощущения по жалобам больных рассеянным склерозом

Жалобы	Количество чел.	%
Двигательные	31	62
Вегетативные	25	62
Мочеполовые	20	40
Болевые	31	50
Эмоциональные	17	34
Чувствительные	16	32
Активационные	15	30
Зрительные	12	24
Интеллектуальные	6	12
Нейропсихологические	4	8
Прочие	17	34

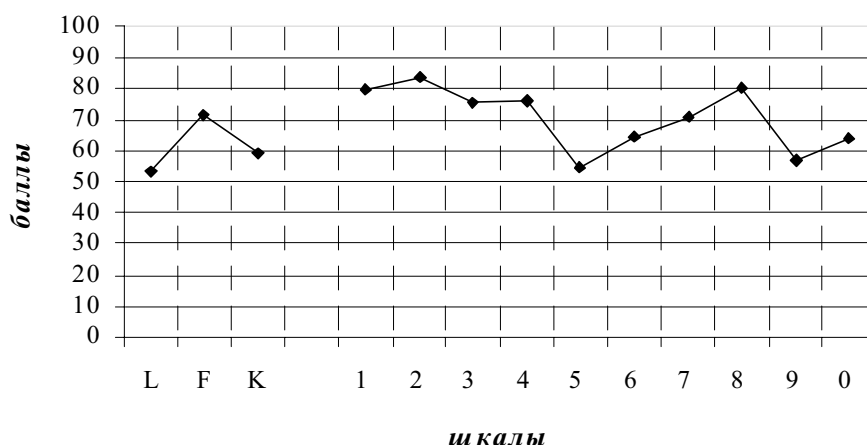


Рис. 2. Усредненный «профиль личности» по методике ММРІ у больных рассеянным склерозом.

Оценочные шкалы: *L* – шкала лжи; *F* – аггравации и симуляции; *K* – шкала коррекции.

Основные шкалы: 1 – ипохондриии; 2 – депрессии; 3 – истерии; 4 – психопатии;

5 – женственности – мужественности; 6 – паранойи; 7 – психастении; 8 – аутизма;

9 – гипомании; 0 – социальной интроверсии

В эмоциональном состоянии больных отмечался высокий уровень тревоги (по тесту Тейлор $23,32 \pm 9,08$).

Для выявления неосознанных компонентов в структуре ВКБ у больных РС было проведено исследование СО с использованием проективной методики, представляющей собой схематическое изображение контуров тела человека, где в свободной форме больные изображали зоны дискомфортных ощущений. Известно, что на рисунке человек проецирует свое внутреннее состояние и эмоциональные особенности, о которых свидетельствуют факторы, относительно не зависящие от содержания изображения, такие, как, например, сила нажима, размер, детализирование, наличие штриховки [13, 22]. Кроме того, рисунок помогает раскрыть значимость для больных соматических ощущений и наличие психологических конфликтов, связанных с заболеванием.

В ходе анализа индивидуальных изображений было выявлено несколько основных вариантов обозначения больными своих СО. Варианты рисунков формировались по степени сходства изображения.

При первом варианте изображения больные точно и четко обводили область субъективных ощущений окружностью или отграничивали ее чертой. Такой вариант наблюдался у 30 % больных (15 чел.) и был назван как «четкое обозначение» СО. Поскольку в литературе наличие четкого изображения, отсутствие знаков, символов считается более адекватным в изображении [13, 22], можно считать, что такие больные имеют отчетливо сформированное представление о своих субъективных ощущениях. Во втором варианте больные (24 % случаев, 12 чел.) неопределенно обозначали области СО знаком (плюсом, стрелкой, крестиком, точкой, волнистой

линией), он был назван «нечеткий вариант» изображения. При третьем варианте больные (20 %, 10 чел.) обозначали субъективные ощущения штриховкой. Согласно литературным данным штриховка отражает фиксацию и тревогу рисующего на изображенном элементе [13, 22], что в нашем случае может указывать на зону беспокойства. У 26% больных (13 чел.) был выделен четвертый вариант, названный смешанным, при котором отмечалось сочетание ранее выделенных способов обозначения субъективных ощущений. Таким образом, по характеру проективного способа изображения субъективных ощущений все больные РС разделились на 4 группы с разными вариантами, отражающими отношение к СО.

В ходе психологического исследования было обнаружено несоответствие между предъявляемыми вербально жалобами (V) и изображением СО на «профилях человека» (G), вследствие чего было проведено сопоставление данных рисуночного теста и вербальных жалоб. В процессе психологического анализа было выделено несколько подгрупп больных с разными вариантами соответствия.

I подгруппа включала больных (22%), у которых СО, представленные на графическом изображении, соответствовали жалобам в ходе клинической беседы. Во II подгруппу вошли больные (30%), изображавшие больше СО на рисунке, чем предъявлено жалоб. В III подгруппу вошли больные (30%), отметившие на рисунке не все жалобы, предъявляемые вербально, и IV подгруппа состояла из лиц (18%), у которых области, указанные на «профиле человека» и вербально, не соответствовали друг другу. Например, больной в ходе беседы предъявлял жалобы на слабость, сильную головную боль, а на

рисунке изображал только нарушение чувствительности пальцев левой руки и ноги. Такое расхождение могло быть связано с нестабильностью значимости СО, что приводило к разной степени актуализации СО либо на осознанном, либо на неосознанном уровне.

Проведенный сравнительный анализ психологических тестов среди выделенных подгрупп выявил (табл. 2), что у больных I подгруппы с полным соответствием СО, предъявленных вербально и графически, усредненные тестовые показатели, отражающие психическое состояние и личностные особенности, были в пределах нормы (значения показателей по ММРІ и тесту Тейлор не превышали нормативных значений).

В других подгруппах наблюдались значительные эмоционально-личностные нарушения, которые проявлялись повышенным уровнем тревоги по тесту Тейлор ($p < 0,05$), а также высокими значениями ряда шкал теста ММРІ. Так, во II и III подгруппе выше нормативных были значения большинства шкал – 1, 2, 3, 4, 7 и 8-й ($p < 0,05$). В IV подгруппе повышены значения 1, 2, 3, 4, 6, 7 и 8-й шкал ($p < 0,05$).

Таким образом, в 78% случаев наблюдалось несоответствие жалоб изображению на рисунке и только в 22% они совпадали. Соответствие значимости СО, предъявляемых вербально и невербально, наблюдалось на фоне нормативных показателей эмоционального состояния и личностной сферы, при несоответствии (рассогласовании) СО отмечалось повышение уровня тревоги и показателей большинства шкал ММРІ.

Суммируя полученные результаты, можно сказать, что при соответствии данных, полученных во время беседы и с помощью методики «профили человека», у больных не отмечалось личностных изменений, в то

Таблица 2

Усредненные показатели психологических тестов у больных с разными типами соответствия изображения на «профиле человека» жалобам

Показатели тестов	I подгруппа G = V n=12	II подгруппа G > V n=17	III подгруппа G < V n=15	IV подгруппа G ≠ V n=9
	M±m	M±m	M±m	M±m
Шкалы теста Тейлор				
Суммарная тревога	15,33 ± 8,34	26,53 ± 7,34***	25,92 ± 9,61**	25,86 ± 6,62**
Шкалы теста ММРІ				
Ипохондрии	68,18 ± 14,76	81,13 ± 14,85*	77,00 ± 11,26	77,00 ± 11,59
Депрессии	67,27 ± 12,19	85,93 ± 14,32***	84,79 ± 12,72***	80,57 ± 8,52*
Истории	65,09 ± 11,97	77,87 ± 13,88**	74,14 ± 9,29	76,00 ± 9,09
Психопатии	68,18 ± 7,36	77,00 ± 11,98	78,50 ± 12,62**	77,57 ± 9,93*
Мужеств./женственности	55,45 ± 11,25	54,80 ± 11,89	50,86 ± 7,78	51,57 ± 6,50
Паранойи	56,91 ± 7,13	69,80 ± 11,18***	67,50 ± 14,58*	70,29 ± 9,86**
Психастении	56,55 ± 9,86	74,20 ± 12,61***	70,43 ± 12,34**	71,00 ± 5,39**
Шизофрении	67,82 ± 9,45	82,13 ± 6,79**	77,36 ± 8,56**	80,86 ± 4,49**
Гипомании	61,64 ± 6,96	60,20 ± 10,71	59,50 ± 9,30	61,43 ± 9,54
Интроверсии	53,18 ± 7,69	63,47 ± 8,03**	69,43 ± 7,77***	61,14 ± 5,52*

Примечание. G – жалобы, изображенные графически; V – жалобы, предъявленные вербально; G = V – жалобы совпадают; G ≠ V – указаны разные жалобы.

M – среднее значение; m – стандартное отклонение.

* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,003$ – отличия от I подгруппы.

время как при их несоответствии наблюдались выраженные психические нарушения личности, что может свидетельствовать о дезадаптивном отношении к заболеванию. Это подчеркивает важность информации, не осознаваемой больными, которая может влиять на всю его систему отношений.

Обсуждение

Результаты нашей работы показали, что у больных рассеянным склерозом с легкой и средней степенью тяжести в состоянии ремиссии имеются многочисленные субъективные значимые жалобы, затрагивающие разные системы организма, на фоне эмоционально-личностных нарушений – высокого уровня тревоги (по тесту Тейлор) и дезадаптации личности смешанного характера (по тесту ММРІ). Эти результаты согласуются с литературными данными [1, 7, 20, 21, 28].

Для изучения неосознанных компонентов ВКБ была использована проективная рисуночная методика «профили человека». В то же время анализ литературных данных показал, что для исследования ВКБ используются преимущественно опросники, основанные на осознанной оценке своего состояния, главным образом ТО-БОЛ. Вместе с тем известно, что по сравнению с опросниками рисуночные тесты позволяют изучать субъективный мир человека на глубинном бессознательном уровне и несут в себе информацию, касающуюся разных сторон личности [13, 22]. В литературе работ по психологическому исследованию субъективных ощущений крайне мало, а проективные рисуночные методики применяются в основном для изучения таких аспектов системы отношений, как образ «Я», представление о болезни, восприятие своего тела [4, 8, 27].

Исследование неосознанных компонентов ВКБ с использованием проективных рисуночных тестов показало,

что во внутреннем мире больных РС формирование образа СО формируется по-разному. При этом в 30% случаев больные могут изображать свои СО в виде штриховки, нечетких областей и т.д. Такого рода исследований в литературе мы не встречали. Можно предположить, что полученные данные, отражая различное отношение больных к симптомам, указывают на возможные эмоционально-личностные проявления, такие как недооценка, игнорирование или, наоборот, повышенное внимание и фиксация на них, затрудняющие процесс лечения.

Известно, что невербальное поведение гораздо меньше подвергается сознательному контролю, чем вербальное, так как преимущественно управляется бессознательными механизмами [3, 10, 16], в то время как в вербальном предъявлении материала отражаются преимущественно осознанные компоненты психики. По мнению некоторых авторов, «невербальное поведение и речевая активность индивида, как разные уровни сообщения, могут быть согласованными и несогласованными между собой в рамках единой психологической структуры» [16].

Таким образом, больные РС в состоянии ремиссии предъявляли большое количество разнообразных СО, которые по-разному отображаются на вербальном (осознанном) и невербальном (неосознанном) уровне. Результаты нашей работы выявили роль диссоциации субъективных ощущений, изображенных на рисунке, с жалобами, предъявленными вербально, что дает важную информацию о механизмах нарушений ВКБ. При соответствии осознанной и неосознанной оценок СО у больных РС эмоционально-личностная сфера была сохранной, при несоответствии – наблюдались существенные нарушения. Это подчеркивает важность информации, не осознаваемой больными, которая может влиять на всю систему отношений, эффективность лечения и качество ремиссии [25].

Литература

1. Алексеева Т.Г., Бойко А.Н., Гусев Е.И. Спектр нейропсихологических нарушений при рассеянном склерозе // Журнал невропатологии и психиатрии. 2000. Т. 100, № 11. С. 15–20.
2. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине, в психогигиене). М.: Медицина, 1976. 186 с.
3. Болдырева Л.С., Ковалева З.Я., Хряцева Н.Ю. Социально-психологическая подготовка врача-интерниста в клинике психосоматических заболеваний // Психологическая диагностика отношений к болезни при нервно-психической патологии. Л., 1990. С. 115–119.
4. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. СПб.: Питер Ком, 1999. 528 с.
5. Вассерман Л.И. Методика для исследования типов отношения к болезни: Методические рекомендации института им. В.М. Бехтерева. Л., 1987. 16 с.
6. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. и др. Психологическая диагностика типов отношения к болезни при психосоматических и нервно-психических расстройствах: Методические рекомендации. СПб., 1991. 23 с.
7. Заславский Л.Г. Значение психоэмоционального стресса в этиологии и течении рассеянного склероза // Рассеянный склероз как болезнь, образ жизни и общественное течение. СПб., 1997. С. 34.
8. Исаев Д.Н., Шац И.К. Внутренняя картина болезни у детей с острым лейкозом // Педиатрия. 1985. № 7. С. 42–44.
9. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология: Учеб. 2-е изд. СПб.: Питер, 2006. 960 с.
10. Кириленко Г.Л. Проблема исследования жестов в зарубежной психологии // Психологический журнал. 1987. Т. 8, № 4. С. 138–147.
11. Коркина М.В., Мартынов Ю.С., Малков Г.Ф. Психологические нарушения при рассеянном склерозе. М.: Изд-во УДН, 1986. 123 с.
12. Линде Н.Д. Эмоционально-образная терапия // Психотерапия. 2007. № 5. С. 21.
13. Маховер К. Проективный рисунок человека: Пер. с англ. 2-е изд., испр. М.: Смысл, 2000. 154 с.
14. Немчин Т.А. Изучение состояния тревоги у больных неврозами при помощи опросника // Вопросы современной психоневрологии. Л., 1966. С. 52–55.

15. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во МГУ, 1987. 168 с.
16. Подсадный С.А. К проблеме согласованности вербального и невербального каналов сообщений у больных неврозами в процессе групповой психотерапии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1992. № 4. С. 93–95.
17. Резникова Т.Н. Внутренняя картина болезни: структурно-функциональный анализ и клинико-психологические соотношения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1998. С. 40.
18. Резникова Т.Н., Краснов А.А., Селиверстова Н.А., Терентьева И.Ю. Исследование «внутренней картины болезни» у больных с органической и функциональной патологией ЦНС в процессе лечебных активаций методом артифициальных стабильных функциональных связей мозга человека // Вестник клинической психологии. 2004. Т. 2, № 1. С. 84–90.
19. Резникова Т.Н., Смирнов В.М. О моделировании «внутренней картины болезни» // Проблемы медицинской психологии. Л., 1976. С. 122–124.
20. Резникова Т.Н., Терентьева И.Ю., Селиверстова Н.А., Хоменко Ю.Г. Особенности адаптации личности больных рассеянным склерозом // Неврологический вестник. 2006. Т. 38, вып. 3–4. С. 30–35.
21. Резникова Т.Н., Терентьева И.Ю., Селиверстова Н.А., Хоменко Ю.Г. О значении психологического исследования для диагностики и лечения больных рассеянным склерозом // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 2007. Т. 107, № 7. С. 36–42.
22. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. СПб.: Речь, 2001. 416 с.
23. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. СПб.: Речь, 2002. 350 с.
24. Смирнов В.М., Резникова Т.Н. Основные принципы и методы психологического исследования «внутренней картины болезни» // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / Под ред. М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнова. Л., 1983. С. 38–62.
25. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Л., 1984.
26. Трегубов Л.З., Заякин Ю.Ю. Исследование внутренней картины болезни – необходимое условие в современной диагностике психических болезней // Пермский медицинский журнал. 2003. Т. 20, № 2. С. 206–209.
27. Шорина Н.М. «Внутренняя картина болезни» как предмет психологического исследования: Учеб. пособие. Владивосток: Морской гос. ун-т, 2003. 32 с.
28. Якимов В.И. Эмоциональные нарушения в клинике и течении рассеянного склероза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2005. 22 с.

CONSCIOUS AND UNCONSCIOUS COMPONENTS OF THE INNER PICTURE OF THE DISEASE OF PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS
Reznikova T.N., Semivolos V.I., Seliverstova N.A. (Saint-Petersburg)

Summary. This article deals with one of the most challenging problem of medical psychology – the inner picture of the disease. A complex of psychological methods was used involving projective method «profiles of people». Patients with multiple sclerosis have been found to have dissociations forming against the background of emotional and personality disturbances.

Key words: the inner picture of the disease; multiple sclerosis.