

УДК 159.9

**ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА*****Пароньянц Ирина Владимировна,****Старший преподаватель, Севастопольский государственный университет,  
г. Севастополь, Россия  
e-mail: Ivparonynts@sevsu.ru****Рошка Елена Владимировна,****Старший преподаватель, Севастопольский государственный университет,  
г. Севастополь, Россия  
e-mail: EVRoshka@sevsu.ru*

В статье рассматривается проблема влияния внутренней картины болезни на социально-психологическую адаптацию у пациентов с дегенеративными заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Проведено эмпирическое исследование 56 больных остеоартрозом. Диагностический инструментарий включал в себя методики: ТОБОЛ (Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс), опросник «Самочувствие, активность, настроение» (В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай, М.П. Мирошников), методика «Диагностика социально-психологической адаптации» (К. Роджерс, Р.Даймонд). Особое внимание уделено изучению личностных особенностей пациентов с гармоничной, интерпсихической и интрапсихической типами направленности реагирования на болезнь. Выявлены достоверные различия в адаптации, принятии других, интернальности, самопринятии, стремлении к доминированию в группах с гармоничной и интерпсихической направленностью личностного реагирования на болезнь.

**Ключевые слова:** внутренняя картина болезни, социально-психологическая адаптация, дегенеративные заболевания опорно-двигательного аппарата.

**INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE AND SOCIO-PSYCHOLOGICAL ADAPTATION IN PATIENTS WITH DEGENERATIVE MUSCULOSKELETAL DISORDERS*****Paronyants Irina Vladimirovna,****Senior Lecturer, Sevastopol State University, Sevastopol, Russia  
e-mail: Ivparonynts@sevsu.ru****Roshka Elena Vladimirovna,****Senior Lecturer, Sevastopol State University, Sevastopol, Russia  
e-mail: EVRoshka@sevsu.ru*

This article explores how the internal representation of a disease impacts the socio-psychological adaptation of patients suffering from degenerative musculoskeletal disorders. An

empirical study was conducted involving 56 patients diagnosed with osteoarthritis. The research utilized a variety of diagnostic tools, including the TOBOL method (developed by L.I. Wasserman, B.V. Iovlev, E.B. Karpova, and A.Ya. Vuks), the questionnaire on “Well-being, Activity, and Mood” (by V.A. Doskin, N.A. Lavrentyeva, V.B. Sharai, and M.P. Miroshnikov), and the “Diagnostics of Socio-Psychological Adaptation” methodology (by K. Rogers and R. Diamond).

The study paid particular attention to identifying the personal characteristics of patients who exhibited harmonious, interpsychic, and intrapsychic responses to their illness. Significant differences were found among the patient groups in areas such as adaptation, acceptance of others, internality, self-acceptance, and the desire for dominance, particularly between those with harmonious and interpsychic orientations in their personal responses to the disease.

**Keywords:** internal picture of the disease, socio-psychological adaptation, degenerative diseases of the musculoskeletal system.

Здоровье населения – важнейший элемент национальной безопасности. Решение этой проблемы приобретает особую актуальность в настоящее время, поскольку совершенствование системы здравоохранения России относится к числу приоритетных национальных проектов государства. Развитие технологий и транспорта приводит к малоподвижному образу жизни. Многие физиологические процессы, в том числе активизация возрастных дегенеративных процессов в костной ткани, а также многие другие факторы, наряду с особенностями питания современного человека, резко повышают вероятность развития различных заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Заболевания и патологии опорно-двигательного аппарата включают в себя более 150 нарушений здоровья, затрагивающих опорно-двигательный аппарат. Эти заболевания варьируются от острых, кратковременных состояний, таких как переломы, растяжения и ушибы, до пожизненных состояний с постоянными нарушениями и инвалидностью. Наиболее распространенным дегенеративно-дистрофическим заболеванием опорно-двигательного аппарата является остеоартроз, занимая в структуре всех заболеваний суставов 80–85%. Он является причиной нетрудоспособности и невозможности самообслуживания 20% населения земного шара. Пациенты сталкиваются с тревогой по поводу наступления заболевания, потерей трудоспособности, нарушением жизненных перспектив, ограничением социальных контактов, чувством беспомощности, зависимостью от других людей в повседневной деятельности, ограничением движений и нарушением психической и эмоциональной сфер. В результате

воздействия симптомов заболевания и психологических переживаний пациента возникают тревога, враждебность, гнев и депрессия, приводящие к низкой самооценке, неуверенности в себе и неудовлетворенности своим образом жизни.

Одной из задач клинической психологии является анализ внутренней картины болезни (ВКБ). Под этим понимается восприятие пациентом причин, характера и существующих или возможных социально-психологических последствий болезни, эффектов лечения и возможностей социально-психологической адаптации.

С древних времен взаимному влиянию души и тела придавалось большое значение. Изучение субъективных аспектов болезни было начато в конце XIX века М.Я. Мудровым, А. Гольдшейдером, Г.А. Захариным, П.Б. Ганушкиным и А.Р. Лурия. «Для того чтобы правильно лечить больного, необходимо распознать все его отношения, причины, влияющие на его тело и душу» [11].

При дальнейшем изучении ВКБ внимание исследователей было направлено на выявление структуры ВКБ, факторов, влияющих на ее формирование, и на выбор направления исследования ВКБ при различных видах заболеваний. Инициаторами этого этапа проекта стали В.В. Николаева, В.М. Смирнов, Б.Д. Карвасарский, В.А. Ташлыков, А. С. Нелюбин, В.Д. Менделевич, А.В. Квасенко, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко и многие другие [5]. Отношение к болезни и мотивация к выздоровлению играют ключевую роль в формировании внутренней картины болезни. Психолог способен помочь пациенту осознать необходимость борьбы с заболеванием. Правильное отношение к болезни подразумевает понимание необходимости лечения и полноценной реабилитации. Это также во многом зависит от качественного и профессионального взаимодействия с пациентом. В психологических исследованиях изучались искажения ВКБ. Эти искажения могут представлять собой защитные механизмы на когнитивном, эмоциональном и мотивационном уровнях, а также нарушения мышления и самосознания [3]. У пациентов с

дегенеративными заболеваниями опорно-двигательного аппарата неадекватное отношение к болезни может привести к возникновению психологического феномена сопротивления болезни, который выражается в полном отказе от обращения за медицинской помощью или резком прекращении начатого лечения. В этом случае люди безразлично относятся к своему здоровью, нередко утрачивают понимание ценности жизни. Эта категория пациентов требует более внимательного и терпеливого отношения к себе [10].

По мнению исследователей, патология опорно-двигательного аппарата приводит к нарушению социально-психологической адаптации и негативным изменениям практически во всех сферах жизнедеятельности пациента [2]. Кроме того, личный опыт перенесения хронической боли может привести к значительным изменениям в жизни, повлиять на межличностные отношения и эмоциональное состояние пациента.

Процесс осмысления и развития доктрины ВКБ продолжается. С помощью анализа ВКБ можно выявить уровень реагирования личности на болезнь и оценить возможности реабилитации. Так, в основе концепции В.Д. Менделевича лежит представление о том, что реакция на конкретное заболевание определяется двумя ключевыми факторами: объективной тяжестью заболевания (которая определяется уровнем летальности и вероятностью инвалидизации) и субъективной тяжестью заболевания (собственной оценкой пациентом своего состояния). Восприятие субъективной серьезности заболевания формируется на основе социально-конституциональных характеристик. Для каждой возрастной категории определено свое понимание серьезности заболевания – это специфическое распределение заболеваний в соответствии с их социально-психологической значимостью и степенью тяжести. Так, лица зрелого возраста более психологически тяжело реагируют на хронические и инвалидизирующие заболевания. Это связано с системой ценностей и отражает устремленность человека зрелого возраста удовлетворять такие социальные потребности, как

потребность в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности и пр. Для пожилых и престарелых людей наиболее значимыми являются болезни, которые могут привести к смерти, потере трудо- и работоспособности [7].

Существует типология способов реагирования на заболевание пациентом А.Е.Личко и Н.Я. Иванова, которая включает в себя 13 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 для больного группе. В первом блоке типологии находятся те типы отношения к болезни, при которых не происходит существенного нарушения адаптации: гармоничный, эргопатический и анозогностический. Во второй блок входят типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, эйфорический, апатический, обсессивно-фобический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический. Понимание типа реагирования больного на заболевание поможет сделать союз врача и пациента более эффективным, способствующим психологическому благополучию обоих участников лечебного процесса.

Таким образом, вопрос о внутреннем образе болезни у пациентов с дегенеративными заболеваниями опорно-двигательного аппарата является малоизученной темой в психологии. Особую актуальность сегодня приобретает вопрос методологического исследования и разработки психопрофилактических и психореабилитационных мероприятий, направленных на социально-психологическую адаптацию. Правильное субъективное отношение пациента к болезни, готовность к самопомощи и ответственное отношение к здоровью являются важными факторами, влияющими на эффективность лечения, успешную психологическую и социальную адаптацию и качество жизни, а

также на возможность психологической профилактики срывов и кризисов, связанных с дезадаптацией.

Целью исследования являлось изучение взаимосвязи внутренней картины болезни и особенностей социально-психологической адаптации у пациентов с дегенеративными заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Исследование проводилось на базе отделения амбулаторной медицинской реабилитации ГБУЗС «Городской больницы № 9» г. Севастополя в период с апреля по ноябрь 2023 года. В исследовании принимали участие 56 человек, больных остеоартрозом: 32 мужчины, 24 женщины в возрасте 54-76 лет.

В эмпирическом исследовании были использованы методы:

1. Индивидуальная беседа с целью установления контакта с пациентом, создания доброжелательной атмосферы, сбора сведений о субъекте диагностического обследования.

2. Диагностический инструментарий включал в себя методики: ТОБОЛ (Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс), опросник «Самочувствие, активность, настроение» (В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай, М.П. Мирошников), методика «Диагностика социально-психологической адаптации» (К. Роджерс, Р. Даймонд) [4, 6, 9].

3. Математическая обработка результатов была выполнена с помощью стандартных методов вариационной статистики. Оценка достоверности различий между процентными долями двух независимых выборок проводилась при помощи многофункционального критерия Фишера.

Ключевыми критериями отношения к болезни по методике ТОБОЛ были выделены: «адаптивность–дезадаптивность» и «интер– интрапсихическая направленность» дезадаптации (в случае дезадаптивного характера отношения). Согласно данным критериям все участники исследования были разделены на три эмпирические группы.

Первая группа (12 испытуемых (21,4%)) – гармоничный тип, (испытуемые с эргопатическим и анозогнозическим типом отношения к болезни), для

которого характерно отсутствие значительных нарушений социально-психологической адаптации, сохранение активного социального функционирования, принятие роли больного. Лица с данным типом отношения к болезни адекватно оценивают состояние своего здоровья, принимают активное участие в процессе лечения, следуют назначениям и рекомендациям врачей.

Во вторую группу (24 испытуемых (42,9%)) вошли пациенты с интрапсихической направленностью личностного реагирования на болезнь (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы). Нарушение социально-психологической адаптации проявляется в таких формах дезадаптивного поведения, как: реакция «ухода в болезнь», тревожное, подавленное и угнетенное состояния, реакции аффективно-эмоциональной сферы по типу раздражительной слабости, отказ от усилий, направленных на выздоровление.

В третью группу вошли пациенты (20 испытуемых (35,7%)) с интерпсихической направленностью личностного реагирования на болезнь (сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы). Для данных больных нарушение социально-психологической адаптации обусловлено сенсibilизированным отношением к своему заболеванию, которое проявляется в таких видах дезадаптивного поведения как: острое чувство стеснения из-за своего заболевания перед окружающими, использование диагноза в манипулятивных целях с формированием «комплекса исключительности», построение паранойяльного характера концепции относительно причин своего заболевания и его хронического течения, проявление агрессивных тенденций обвинения других в своем заболевании.

Следующим этапом было проведение методики «САН». Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. Распределение испытуемых по особенностям самооценки самочувствия, активности, настроения по методике «САН»

№	Самочувствие			Активность			Настроение		
	низкий уровень	средний уровень	высокий уровень	низкий уровень	средний уровень	высокий уровень	низкий уровень	средний уровень	высокий уровень
1 гр.	16,7%	66,7%	16,7%	33,3%	66,7%	-	-	50%	50%
2 гр.	58,3%	41,7%	-	83,3%	16,7%	-	25%	75%	-
3 гр.	80%	20%	-	100%	-	-	80%	20%	-

Таким образом, согласно результатам исследования по методике «САН»: во-первых, в группе больных с гармоничным типом реагирования на болезнь уровень самооценки самочувствия значительно выше, чем в группах с интрапсихической и интерпсихической направленностью личностного реагирования на болезнь. Во-вторых, было отмечено преобладание низкого уровня активности во всех экспериментальных группах. В-третьих, выявлено преобладание низкого уровня самооценки настроения в выборке с интрапсихической направленностью, среднего – с интерпсихической направленностью, в равной степени высокого и среднего уровня самооценки настроения в первой группе больных с гармоничным типом реагирования на болезнь.

Согласно результатам по методике «Диагностика социально-психологической адаптации» (К. Роджерс, Р. Даймонд), в первой группе больных с гармоничным типом реагирования на болезнь уровень социально-психологической адаптации значительно выше. Во второй и третьей выборках, с интрапсихической и интерпсихической направленностью личностного реагирования на болезнь, преобладает низкий уровень социально-психологической адаптации.

Для проверки достоверности различий был проведен сравнительный анализ при помощи многофункционального критерия Фишера (ф-критерий) для сопоставления двух выборок по частоте встречаемости интересующего исследователя эффекта.

Для определения достоверности различий были выделены процентные доли в каждой выборке по признаку – количество испытуемых в зоне нормального распределения по определенной шкале.

Данные математической обработки результатов 1 и 2 выборок представлены в таблице 2.

Математический анализ показал, что различия по шкалам «адаптация», «принятие других», «интернальность» в группах с гармоничной и интрапсихической направленностью личностного реагирования на болезнь достоверны. Различия по шкалам «самопринятие» и «интернальность» не достоверны. Соответственно, выявленные различия являются статистически значимыми.

Таблица 2. Результаты статистического анализа 1 и 2 выборок

Шкала	1 группа			2 группа			ФЭМП	Различия
	Кол-во	%	$\phi$	Кол-во	%	$\phi$		
Адаптация	10	83,3	2,330	4	16,7	1,459	2,68	Достоверны
Принятие других	12	100,0	3,142	4	16,7	1,459	3,54	Достоверны
Самопринятие	6	50,0	1,571	10	41,6	1,402	1,64	Не достоверны
Эмоциональный комфорт	4	33,3	1,230	4	16,7	1,459	1,72	Не достоверны
Интернальность	6	50,0	1,571	6	24,9	1,043	2,56	Достоверны

Данные математической обработки результатов 1 и 3 выборок представлены в таблице 3.

Математический анализ показал, что различия по шкалам «адаптация», «принятие других», «интернальность», «самопринятие», «стремление к доминированию» в группах с гармоничной и интрапсихической направленностью личностного реагирования на болезнь достоверны. Соответственно, выявленные различия являются статистически значимыми.

Таблица 3. Результаты статистического анализа 1 и 3 выборок

Шкала	1 группа			3 группа			ФЭМП	Различия
	Кол-во	%	φ	Кол-во	%	φ		
Адаптация	10	83,3	2,330	2	10,0	1,459	2,68	Достоверны
Принятие других	12	100,0	3,142	2	10,0	0,644	2,98	Достоверны
Самопринятие	6	50,0	1,571	4	20,0	0,927	3,07	Достоверны
Стремление к доминированию	12	100,0	3,142	6	30,0	1,159	3,46	Достоверны

Исследование позволило выделить три экспериментальные выборки – с гармоничной, интерпсихической и интрапсихической направленностью личностного реагирования на болезнь. Результаты психодиагностики показали, что пациенты с гармоничной направленностью выше оценивают свой уровень самочувствия и настроения, вместе с тем самооценка уровня активности низкая у всех респондентов экспериментальных выборок. Изучение взаимосвязи особенностей внутренней картины болезни и особенностей социально-психологической адаптации пациентов с дегенеративными заболеваниями опорно-двигательного аппарата выявило достоверные различия в адаптации, принятии других и интернальности в группах с гармоничной и интрапсихической направленностью личностного реагирования. Выявлены достоверные различия в адаптации, принятии других, интернальности, самопринятии, стремлении к доминированию в группах с гармоничной и интерпсихической направленностью личностного реагирования на болезнь.

Таким образом, целью психологической реабилитации пациентов с дегенеративными заболеваниями опорно-двигательного аппарата должно быть формирование у них личностных черт, способствующих социально-психологической адаптации. При проведении комплексных реабилитационных мероприятий важной целью является восстановление личного и социального статуса больного с учетом следующих аспектов: партнерство пациента с психологом в реализации целей реабилитации; разносторонность усилий,

направленных на различные сферы жизнедеятельности пациента и на изменение его отношения к себе и своему недугу; единство воздействий биологических (медикаментозное лечение, физиотерапия и т. д.) и психосоциальных (психотерапия, трудовая терапия и др.) факторов; апелляция к личности клиента.

### Список литературы:

1. Вайберт М.И., Ермакова И.В. Негативные эмоциональные состояния у лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Проблемы современного педагогического образования. 2018. № 58-4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/negativnye-emotsionalnye-sostoyaniya-u-lits-s-narusheniyami-oporno-dvigatel'nogo-apparata>
2. Грехов Р.А., Сулейманова С.А., Харченко П.В., Латышова Г.П., Лященко М.А. Психологические аспекты ревматоидного артрита // Медицинская психология в России. 2013. № 3 (20). URL: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2013\\_3\\_20/nomer/nomer15.php](http://mprj.ru/archiv_global/2013_3_20/nomer/nomer15.php)
3. Гройсман А.Л. Клиническая психология, психосоматика и психопрофилактика : монография. М.: Магистр-Пресс, 2002. 452 с.
4. Ильин Е.П. Психология индивидуальных различий. СПб. : Издательский дом Питер, 2011. 700 с.
5. Клиническая психология 21 века: методология, теория, практика. Коллективная монография / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Лоциной. М. : Издательство ФГБНУ НЦПЗ, 2023. 584 с.
6. Колесник Н.Т., Орлова Е.А., Ефремова Г.И. Клиническая психология. М. : Юрайт, 2024. 359 с.
7. Менделевич В.Д. Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии. М. : Городец, 2016. 128 с.
8. Разуваева Т.Н., Локтева А.В., Гут Ю.Н., Пчелкина Е.П. Особенности психологического сопровождения лиц с приобретенными нарушениями опорно-двигательного аппарата // Известия Юго-Западного государственного университета. 2021. Т. 11, № 2. С. 172–187.
9. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара : ООО "Издательский Дом "Бахрах-М", 2019. 672 с.
10. Романова Е.С., Коган Б.М., Свистунова Е.В., Ананьева Е.В. Система психологической помощи пациентам с травматической болезнью спинного мозга в специализированном реабилитационном центре / Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга. М. : ЗАО "Московские учебники и картолитография". 2010. С. 619–639.
11. Силуянова И.В., Мудров М.Я. О вопросах «благочестия и нравственных качествах врача» // История медицины. 2014. № 2. С. 88–92.

## References:

1. Vajbert M.I., Ermakova I.V. Negativnye jemocional'nye sostojanija u lic s narushenijami oporno-dvigatel'nogo apparata. Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovanija. 2018. No 58–4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/negativnye-emotsionalnye-sostoyaniya-u-lits-s-narusheniyami-oporno-dvigatel'nogo-apparata>
2. Grehov R.A., Sulejmanova S.A., Harchenko P.V., Latyshova G.P., Ljashhenko M.A. Psihologicheskie aspekty revmatoidnogo artrita. Medicinskaja psihologija v Rossii. 2013. No 3 (20). URL: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2013\\_3\\_20/nomer/nomer15.php](http://mprj.ru/archiv_global/2013_3_20/nomer/nomer15.php)
3. Grojsman A.L. Klinicheskaja psihologija, psihosomatika i psihoprofilaktika : monografija. M.: Magistr-Press, 2002. 452 p.
4. Il'in E.P. Psihologija individual'nyh razlichij. SPb. : Izdatel'skij dom Piter, 2011. 700 p.
5. Klinicheskaja psihologija 21 veka: metodologija, teorija, praktika. Kollektivnaja monografija. Pod red. N.V. Zverevoj, I.F. Loshhinoj. M. : Izdatel'stvo FGBNU NCPZ, 2023. 584 p.
6. Kolesnik N.T., Orlova E.A., Efremova G.I. Klinicheskaja psihologija. M. : Jurajt, 2024. 359 p.
7. Mendelevich V.D. Terminologicheskie osnovy fenomenologicheskoj diagnostiki v psixiatrii. M. : Gorodec, 2016. 128 p.
8. Razuvaeva T.N., Lokteva A.V., Gut Ju.N., Pchelkina E.P. Osobennosti psihologicheskogo soprovozhdenija lic s priobretnymi narushenijami oporno-dvigatel'nogo apparata. Izvestija Jugo-Zapadnogo gosudarstvennogo universiteta. 2021. Vol. 11, No 2. P. 172–187.
9. Rajgorodskij D.Ja. Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy. Samara : OOO "Izdatel'skij Dom "Bahrah-M", 2019. 672 p.
10. Romanova E.S., Kogan B.M., Svistunova E.V., Anan'eva E.V. Sistema psihologicheskij pomoshhi pacientam s travmaticheskij bolezn'ju spinno mozga v specializirovannom reabilitacionnom centre. Reabilitacija bol'nyh s travmaticheskij bolezn'ju spinno mozga. M. : ZAO "Moskovskie uchebniki i kartolitografija". 2010. P. 619–639.
11. Silujanova I.V. Mudrov M.Ja. O voprosah «blagochestija i npravstvennyh kachestvah vracha». Istorija mediciny. 2014. No 2. P. 88–92.