

# КЛИНИЧЕСКАЯ (МЕДИЦИНСКАЯ) ПСИХОЛОГИЯ

## ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ В СТРУКТУРЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, В.Л. Федорова (Санкт-Петербург)

**Аннотация.** Рассматриваются методологические вопросы исследования качества жизни и внутренней картины болезни (отношения к болезни) у больных с соматической патологией. Указывается на содержательное сходство понятий качества жизни и внутренней картины болезни как структурно сложных феноменов, отражающих особенности переживания индивидом жизненной ситуации в связи с нарушениями здоровья. Анализируется соотношение качества жизни и внутренней картины болезни как мета- и макросистем, подчеркивается необходимость их исследования с позиций системного обеспечения адаптации человека, что предполагает многомерную и многоуровневую оценку его функционирования.

**Ключевые слова:** адаптация к болезни, внутренняя картина болезни, качество жизни, системный подход.

Одним из наиболее важных достижений «гуманистической революции» середины XX в. в медицине и медицинской психологии стало утверждение биопсихосоциального подхода в исследовательской, лечебной и реабилитационной практике. В результате возникла необходимость пересмотра концепции здоровья и болезни, взглядов на процесс лечения, роль пациента в нем и позицию врача по отношению к больному. Можно сказать, что такой подход является своего рода мировоззренческой оппозицией биологическому редукционизму, примату традиционной естественно-научной парадигмы в исследовании проблемы здоровья и болезни [9].

Известно, что в психиатрии идеи субъектности пациента, необходимости междисциплинарного взаимодействия при его исследовании и лечении воплотились в концепции реабилитации, развивавшейся параллельно концепциям гуманистической психологии, а во многом и благодаря им [4]. Реабилитация рассматривается как многомерный процесс восстановления личного и социального статуса пациента, основанный на биопсихосоциальном подходе [8]. Развитие концепции реабилитации стало возможным благодаря теории, методологии и методам медицинской психологии и психотерапии. Иными словами, концепция реабилитации явилась результатом эволюционного развития наук о психическом здоровье.

Безусловно, значительное расширение возможностей естественно-научно ориентированной медицины, связанное с научно-техническим прогрессом, способствовало ее выходу на новый уровень понимания многих закономерностей функционирования организма и патологических нарушений в нем. Вместе с тем научно-техническая революция в медицине породила иллюзию возможности достижения высокой эффективности лечебного процесса без внимания к уникальной роли личности пациента в лечебном и профилактичес-

ком процессах, к индивидуальным особенностям переживания им обстоятельств болезни.

Рассмотрение пациента не только как объекта, но и как субъекта лечения, являясь условием обеспечения адекватной медицинской помощи, включая систему психологической коррекции личности, в настоящее время предполагает более широкое использование в медицине идей гуманистической психологии, которая, как известно, подчеркивает активное, творческое начало в человеке, его трансцендентные потребности, ценностно-смысловой аспект его существования [12, 17].

Весьма отчетливо влияние идей гуманистической психологии проявляется и в гуманистической направленности современной врачебной этики, а также в развитии биоэтики – области междисциплинарных исследований широкого круга моральных проблем, возникающих в системе человек – биомедицина, а не только в системе врач – пациент [12, 15].

В принципах современной биоэтики подчеркивается субъектная роль пациента в лечебном процессе. Предполагается, что он в большинстве случаев способен и имеет право принимать ответственные решения, касающиеся его здоровья, на основании как предоставляемой специалистами информации, так и индивидуальной системы представлений, потребностей и ценностей [6, 16].

В первую очередь это относится к соматической медицине. Имея более глубокие естественно-научные корни и традиции, она столкнулась с существенными трудностями в принятии гуманистических идей, предполагающих изучение целостной личности с ее уникальной ценностно-смысловой сферой. Это обстоятельство привело к необходимости разработки новых междисциплинарных концепций, способных обеспечить методологический фундамент для взаимодействия соматологии и психологии. Одним из

таких связующих звеньев стала концепция качества жизни (КЖ) [2].

Концепция КЖ стала логическим развитием биопсихосоциальной концепции здоровья, сформулированной ВОЗ еще в 1948 г. Согласно определению ВОЗ здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Субъективная оценка этого благополучия индивидом и рассматривается в настоящее время как основная мера КЖ, и прежде всего КЖ, связанного со здоровьем [14].

Понятие КЖ является междисциплинарным (в отличие, например, от понятия внутренней картины болезни) и отражает попытку теоретико-методологического обеспечения холистического (биопсихосоциального) подхода к больному человеку в условиях реального лечебного процесса. Более того, ВОЗ указывает на то, что КЖ следует рассматривать как основной критерий эффективности лечебно-восстановительных мероприятий при отсутствии реальной угрозы жизни пациента. Это положение свидетельствует о важных изменениях в подходе к страдающей личности. Однако высокая значимость критерия КЖ делает недопустимым упрощение его содержательных характеристик и методологии оценки, что весьма вероятно в связи с недостаточной определенностью этого понятия. Понимание КЖ как интегральной характеристики физического, психического и социального функционирования человека, основанной на субъективном восприятии состояния здоровья, общего благополучия, возможности удовлетворения актуальных потребностей в соответствии с индивидуальной системой представлений и ценностей, не является законченным и общепринятым. Важно, что подчеркивается субъективный план переживания ситуации болезни (при наличии таковой) в противоположность объективным клиническим и социальным параметрам. Это, в свою очередь, усиливает ценностный и многомерный характер КЖ: оно оценивается человеком на основании всей полноты своего опыта и своих переживаний (не всегда хорошо осознаваемых) в различных сферах жизнедеятельности с учетом их индивидуальной значимости.

В этом плане концепция связанного со здоровьем КЖ созвучна концепции личности как системы значимых отношений (отношение к здоровью – одно из наиболее значимых), развивавшейся В.Н. Мясищевым и его последователями [7, 13], а также концепцией внутренней картины болезни (ВКБ) [10]. Взаимосвязь этих понятий, с нашей точки зрения, очевидна, однако недостаточно эмпирически подтверждена. И КЖ, и отношение к здоровью, и ВКБ являются структурно сложными феноменами, отражающими особенности переживания индивидом актуальной жизненной ситуации в связи с нарушениями здоровья. Однако междисциплинарный характер

концепции КЖ, изначальная ориентированность на решение практических задач (популяционных исследований, стандартизации и оценки эффективности лечения и т.п.) лишает ее полноценного психологического содержания, непосредственно связанного с другими личностными параметрами, в том числе с многомерной системой ВКБ.

Следует отметить, что необходимость оценки и стандартизации методов исследования КЖ по методологии ВОЗ привела к появлению и широкому практическому использованию в медицине многочисленных общих и специальных опросников. Вместе с тем требования простоты, экономичности и удобства в применении опросников, их некорректная валидизация в связи с очевидными проблемами операционализации, дробление КЖ на нозоспецифические составляющие (например, КЖ, связанное с гипертонией, язвенной болезнью и т.п.) обусловили содержательное обеднение сложного понятия, преобладание вследствие этого поверхностных оценок и интерпретаций при его исследовании [19]. В настоящее время очевидна несоразмерность концепции КЖ тому, что исследуется с помощью соответствующих опросников, их недостаточная содержательная наполненность, поскольку попытки свести КЖ к простым (дискретным) психологическим конструкциям наносят ущерб его изначальному гуманистическому смыслу. Одной из причин описанных выше процессов стало отсутствие четкой теоретической и методологической основы для изучения КЖ, его места в структуре других понятий, характеризующих функционирование человека как биопсихосоциальной целостности.

Одним из путей преодоления указанных трудностей, с нашей точки зрения, является рассмотрение КЖ с системных позиций, т.е. с позиций открытой биопсихосоциальной системы человека – комплекса взаимосвязанных элементов, взаимодействие которых обеспечивает его функционирование и развитие в изменяющихся условиях за счет механизмов адаптации и компенсации. При этом в контексте рассматриваемой проблемы наибольшее значение приобретает психическая адаптация [3]. Фактически КЖ может рассматриваться как метасистема, в структуре которой могут быть выделены сложные подсистемы, определяющие возможность удовлетворения человеком индивидуальных потребностей, успешность его функционирования в конкретных условиях, в том числе в условиях болезни.

В методологическом плане исследование КЖ в контексте системного обеспечения адаптации человека делает необходимыми всестороннюю – многомерную и многоуровневую – оценку его функционирования, а также изучение межуровневого и внутриуровневого взаимодействия элементов, обуславливающего своеобразие человека как биопсихосоциаль-

ной целостности, уникальность его субъективного опыта и системы отношений.

Из вышесказанного, в частности, следует, что адекватное понимание КЖ соматического больного невозможно без исследования специфики психосоматических и соматопсихических зависимостей, а также психологических механизмов и факторов адаптации к болезни [22]. К таким факторам можно отнести все многообразие стабильных и ситуативных характеристик личности в ее взаимодействии с социальной средой: актуальное эмоциональное состояние, особенности стиля совладания со стрессом, преобладающие механизмы психологической защиты и др. Значимость и соотношение этих характеристик строго индивидуальны. Вместе с тем можно предположить, что в психологической структуре КЖ больного человека центральное место занимает значимое отношение к болезни, которое в прикладном и теоретическом плане соотносится с ВКБ – самостоятельным, структурно сложным образованием, действительно макросистемой по отношению к КЖ.

Как известно, понятие ВКБ ввел Р.А. Лурия [10], который определял его как всю совокупность ощущений и переживаний пациента в связи с заболеванием и лечением. Автор выделял два уровня ВКБ:

- сенситивный, характеризующийся особенностями субъективно воспринимаемых симптомов болезни и эмоциональными состояниями в связи с болезнью;
- интеллектуальный, отражающий представления и мысли пациента о болезни, ее причинах и последствиях, о лечении и его эффективности и др.

Дальнейшие исследования привели к более тонкой дифференциации структурных характеристик ВКБ, выявлению закономерностей ее формирования и изменения в зависимости от комплекса клинических и психосоциальных факторов [5].

В ВКБ отражаются особенности глубинных и во многом недоступных для экспериментальных исследований переживаний пациента в связи с болезнью, ее личностный смысл. Включающая как структурные компоненты знания, представления, оценки, эмоциональные реакции, чувства, мотивационные тенденции, поведенческие стратегии и механизмы защиты в связи с болезнью, в переживаниях пациента ВКБ нерасчленима, целостна. В этом ее сходство с КЖ, которое можно определить как совокупность переживаний и отношений человека, опосредованных осмыслением существования, ценности здоровья или личностным смыслом болезни в контексте индивидуального жизненного опыта [4].

Вместе с тем при системном подходе и КЖ, и ВКБ, не являясь личностными конструктами, могут рассматриваться как структурно сложные подсистемы общей адаптационной системы. Поэтому ВКБ, в частности, должна исследоваться в контексте соотно-

шений элементов когнитивного, эмоционального и поведенческого уровней во всей сложности взаимодействия с другими подсистемами (преимущественно психосоциального уровня), которые наполняют содержание и КЖ.

Рассматривая соотношение КЖ и ВКБ, следует отметить, что понятие ВКБ отражает наиболее специфическое и индивидуальное в переживании ситуации болезни. При исследовании ВКБ делается акцент на сущности и своеобразии конкретных представлений, переживаний, мотивов поведения пациента в связи с заболеванием, характере изменения системы отношений и ценностей в связи с болезнью. Структурная сложность психологического феномена ВКБ делает возможным и необходимым его индивидуализированное, глубинно-ориентированное исследование с особым вниманием к качественным, содержательным характеристикам и их соотношениям, ко всему жизненному опыту личности, к ее ценностно-смысловой сфере.

С другой стороны, КЖ, являясь междисциплинарным, интегративным понятием, метасистемой, должно рассматриваться в более широком контексте функционирования личности. Трудность изучения КЖ заключается в том, что, в отличие от ВКБ, оно не является самостоятельным психологическим конструктом, хотя его связь с факторами психической адаптации очевидна. Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что КЖ, по крайней мере так, как оно оценивается в настоящее время, в значительно большей мере зависит от психосоциальных, чем от клинических характеристик. Например, КЖ лиц с аффективными расстройствами значительно ниже КЖ лиц с хроническими соматическими заболеваниями и сопоставимо с КЖ лиц, страдающих тяжелой соматической патологией [21].

Это представляется вполне закономерным, учитывая то, что в концепции КЖ акцентируется субъективное эмоционально окрашенное и не всегда осознаваемое восприятие ситуации болезни, ощущение удовлетворенности / неудовлетворенности, благополучия / неблагополучия.

Велико значение целостного и всестороннего исследования системы отношений личности, и прежде всего отношения к здоровью и болезни, для корректной интерпретации данных, полученных с помощью традиционных опросников КЖ. Как отмечалось ранее, недостаточная обоснованность методологии оценки КЖ приводит к постепенной утрате его гуманистического смысла, фактически, к депсихологизации. Не умаляя значимости накопленных эмпирических данных о КЖ при различной патологии, необходимо подчеркнуть, что тесная функциональная связь КЖ с ВКБ делает актуальным вопрос о качественной психологической интерпретации этих дан-

ных в противоположность формальным оценкам – «высокое» / «низкое» КЖ, «благополучие» / «неблагополучие» и т.п.

Так, в частности, нередко выявляемое высокое КЖ при тяжелом соматическом статусе может определяться преобладанием защитно-компенсаторных анозогностических тенденций в структуре ВКБ. С другой стороны, низкое КЖ при незначительных соматических отклонениях может указывать на наличие эмоционально-личностных расстройств (например, при соматоформной патологии), влияние широкого круга неморбидных факторов, а также на выраженность гипернозогностических тенденций в структуре ВКБ. Очевидно, что дисгармоничность ВКБ является значимым фактором для оценки КЖ, однако поверхностное оценивание удовлетворенности / неудовлетворенности может нивелировать указанные различия, приводя к ложным выводам, а возможно, и ошибочным решениям в лечебном процессе.

Более того, для выбора адекватной стратегии коррекции ВКБ необходимо исследование механизмов ее формирования, относительной значимости и характера взаимодействия широкого круга клинических, психосоциальных и социально-психологических факторов у каждого конкретного больного. Фактически, как уже подчеркивалось, необходимым условием корректной интерпретации данных о КЖ и ВКБ пациента является исследование индивидуальной специфики психосоматических и соматопсихических соотношений, в том числе диагностирование соматогенных и психогенных нарушений, определение качественных особенностей отношения к болезни, степени их стабильности/нестабильности, связи с личностным преморбидом, реальной жизненной ситуацией, актуальным психическим и соматическим состоянием.

Особое значение исследование сложного взаимодействия соматических и психосоциальных факторов приобретает у пациентов с хроническими заболеваниями, которые традиционно относят к категории «психосоматических». Примером, в частности, могут служить воспалительные заболевания кишечника – язвенный колит и болезнь Крона [1]. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний кишечника изучены недостаточно, особенно в контексте проблемы психосоматических и соматопсихических соотношений. Известно, что в развитии указанных

расстройств важную роль играют как биологические, так и психосоциальные факторы. По мнению ряда авторов, склонность к частым обострениям и прогрессированию болезни в значительной мере определяется преморбидными особенностями личности больного, и прежде всего склонностью к депрессивным реакциям и хроническим нарушениям настроения (дистимии) [20]. С другой стороны, при воспалительных заболеваниях кишечника отмечается повышенный риск развития широкого спектра психических нарушений невротоподобного характера, существенно утяжеляющих течение основного заболевания. Наиболее характерные аффективные нарушения развиваются на фоне ведущей астенической симптоматики [18]. Эти нарушения имеют сложную природу из-за тесной взаимосвязи и взаимозависимости собственно патогенных, психогенных и личностных факторов, удельный вес каждого из которых существенно колеблется и зависит от формы, тяжести, стадии развития заболевания, этапа лечения и степени эффективности проводимой терапии. Исследование указанных зависимостей необходимо для правильного понимания не только патогенеза нарушений психической адаптации пациента, но и механизмов формирования ВКБ и КЖ, поскольку невротическая и невротоподобная симптоматика в значительной мере определяет специфику переживаний больного в связи с заболеванием.

Таким образом, связанное со здоровьем КЖ может анализироваться и оцениваться лишь в контексте всей полноты информации о способности личности эффективно функционировать и удовлетворять актуальные потребности в реальных условиях, о степени ее адаптированности. В этом случае ВКБ как структурно сложный и многомерный психологический феномен является ключом к пониманию переживаний, уровня и конкретных механизмов нарушения психической адаптации пациента в связи с заболеванием.

При этом всесторонность исследования, внимание к ценностно-смысловому аспекту жизни человека позволяют на практике реализовать гуманистический подход, открывающий возможности наполнения терапевтического процесса личностным, духовным содержанием и одновременно максимально эффективно использовать достижения естественнонаучно ориентированной медицины.

#### Литература

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. М., 2001.
2. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: Пособие для врачей и психологов. СПб., 1998.
3. Вассерман Л.И., Бербин М.А., Косенков Н.И. О системном подходе к оценке психической адаптации // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 1994. № 3. С. 16–25.
4. Вассерман Л.И., Громов С.А., Михайлов В.А., Лынный С.Д., Флерова И.Л. Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. СПб., 2001, С. 103–114.

5. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Усовершенствованная методика для психологической диагностики отношения к болезни (ТОБОЛ): Пособие для врачей. СПб., 2002.
6. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение. СПб.; М., 2003.
7. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология. СПб., 1999.
8. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Л., 1985.
9. Ловелле Р.П., Кудрявая Н.В. Психологические основы деятельности врача. М., 1999.
10. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. 4-е изд. М., 1977.
11. Малков С.М., Огурцов А.П. (ред.). Биоэтика: проблемы и перспективы, М., 1992.
12. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы. М., 1999.
13. Мясищев В.Н. Проблемы личности в психологии и медицине // Актуальные вопросы медицинской психологии. Л., 1974. С. 5–25.
14. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине: Учебное пособие для вузов. М., 2004.
15. Орлов А.Н. Клиническая биоэтика: Избранные лекции. М., 2003.
16. Покуленко Т.А. Принцип информированного согласия: вызов патернализму // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 73–76.
17. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М., 1994.
18. Семченко Е.В., Якубенко О.В., Семченко Л.Ю., Смирнова Л.М., Бикбавова Р.К., Исакова А.Г. Особенность проявления психосоматического фактора у больных язвенным колитом // Актуальные вопросы внутренней патологии. 2000. № 5. С. 113–115.
19. Gill T., Feinstein A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life-measurements // JAMA. 1994. Vol. 272. P. 619–626.
20. Masand P.S., Kaplan D.S., Gupta S., Bhandary A.N. Irritable bowel syndrome and dysthymia. Is there a relationship? // Psychosomatics. 1997. Vol. 38. P. 63–69.
21. Surtees P.G., Wainwright N.W.J. Functional health status, chronic medical conditions and disorders of mood // The British Journal of Psychiatry. 2003. Vol. 183. P. 299–303.
22. Wasserman L.I., Trifonova E.A. Diabetes mellitus as a model of Psychosomatic and Somatopsychic interrelationships // The Spanish Journal of Psychology. 2006. Vol. 9. P. 75–85.

#### PERSONAL DISEASE PICTURE IN QUALITY OF LIFE STRUCTURE IN INDIVIDUALS WITH PHYSICAL ILLNESSES

L.I. Wasserman, E.A. Trifonova, V.L. Fedorova (St.-Peterburg)

**Summary.** The paper discusses methodological issues in quality of life and personal (subjective) disease picture research in individuals with physical illnesses. The similarity of the concepts is stressed: the both are structurally complex (multi-level and multi-dimensional) phenomena reflecting the specificity of personal experiences in connection with health disturbance. The relation of quality of life and personal disease picture is considered as relation of meta-system and macro-system. It is suggested that quality of life and personal disease picture be understood using principles of systems and adaptation theory, which implies comprehensive investigation of the individual's functioning.

**Key words:** adjustment to disease, personal disease picture, quality of life, systems theory approach.