


МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ
Кафедра общей и социальной психологии

РЕКОМЕНДОВАНО К ЗАЩИТЕ В ГЭК
Заведующий кафедрой
д-р. психол. наук, доцент

 И.В. Васильева
26 июня 2023 г.

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
магистерская диссертация

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПРИ РАДИОЙОДТЕРАПИИ

37.04.01 Психология

Магистерская программа «Психология: личностное и организационное
консультирование»

Выполнила работу
студентка 2 курса
очной
формы обучения



Юдина
Екатерина
Игоревна

Руководитель
канд. психол. наук, доцент



Богданова
Мария
Владимировна

Рецензент
Заведующий лабораторией перспективных
социосредовых исследований
ФГБОУ ВО «Уральский государственный
педагогический университет»,
канд. психол. наук, доцент



Кружкова
Ольга
Владимировна

Тюмень
2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ РАДИОЙОДТЕРАПИИ	10
1.1. ПРОБЛЕМА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ РАДИОЙОДТЕРАПИЮ	10
1.1.1. ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ПОЛЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ РАДИОЙОДТЕРАПИЮ	10
1.1.2. ВАЖНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ РАДИОЙОДТЕРАПИЮ	13
1.1.3. ПРОБЛЕМА В ПРАКТИКЕ ПСИХОЛОГА-КОНСУЛЬТАНТА ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С ПАЦИЕНТАМИ, ПРОХОДЯЩИМИ РАДИОЙОДТЕРАПИЮ	15
1.2. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ	17
1.2.1. ПОНЯТИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ	17
1.2.2. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ И ЕЁ СВЯЗЬ С РАДИОЙОДТЕРАПИЕЙ	22
1.3. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ	24
1.3.1. ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ	24
1.3.2. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	26
ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ	30
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ	31
2.1 ПЛАНИРОВАНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	31

2.1.1. ПЛАНИРОВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	31
2.1.2. ХОД ИССЛЕДОВАНИЯ	32
2.2. ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ	34
2.2.1. РЕЗУЛЬТАТЫ РАСЧЁТОВ ФАКТОРНОГО АНАЛИЗА	34
2.2.2. РЕЗУЛЬТАТЫ РАСЧЁТОВ ПО U-КРИТЕРИЮ МАННА-УИТНИ.	41
2.2.3. РЕЗУЛЬТАТЫ РАСЧЁТОВ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА.....	43
2.3. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	45
2.3.1. ОБСУЖДЕНИЕ РАСЧЁТОВ ФАКТОРНОГО АНАЛИЗА	45
2.3.2. ОБСУЖДЕНИЕ РАСЧЁТОВ ПО U-КРИТЕРИЮ МАННА-УИТНИ	53
2.3.3. ОБСУЖДЕНИЕ РАСЧЁТОВ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА.....	53
ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ.....	56
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	58
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	60
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	67
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ОПРОСНИК «ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ (ТОБОЛ)»	67
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ДИАГНОСТИРУЕМЫЕ ТИПЫ ОТНОШЕНИЙ.....	76

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АТ-ТГ – антитела к тиреоглобулину

ВКБ – внутренняя картина болезни

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ЙД – йодный дефицит

ЙДЗ – йоддефицитные заболевания

МКМЦ – многопрофильный клинический медицинский центр

РЙТ – радиойодтерапия

Т4св. – свободный тироксин

ТАБ – тонкоигольная аспирационная биопсия

ТГ – тиреоглобулин

ТТГ – тиреотропный гормон

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЩЖ – щитовидная железа

ХМАО – Ханты-Мансийский автономный округ – Югра

ЯНАО – Ямало-Ненецкий автономный округ

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данного исследования заключается в том, что на данный момент по России заболеваемость раком щитовидной железы с каждым годом возрастает, что показывают нам различные исследования. Из последних данных, за 2017 год численность пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях (на конец года) по Тюменской области (кроме ХМАО и ЯНАО), составило 33 593, а по всей Тюменской области 68 413 [Витрина статистических данных]. Это показывает остроту проблемы заболевания онкологией, в которые также входит и рак щитовидной железы. Заболеваемость раком щитовидной железы в стране увеличивается. И касается это областей с йодной недостаточности, даже если она в лёгкой форме [Кияев]. Например, такую тенденцию можно заметить в Свердловской области, а также в близлежащих областях, например, в Тюменской, где на данный момент существует Радиологический центр, образованный в 2011 году в медицинском городе (МКМЦ) [URL: <https://medgorod.info/npravleniya/radiologicheskiy-tsentr/>].

Начало исследованиям, относящимся к внутренней картине болезни, положил А. Гольдшейдер в 20-х гг. XX в., когда обратил внимание на ощущения, переживания и представления человека о своём заболевании.

Множество исследователей обратили внимание на эту проблему и стали выделять внутреннюю картину болезни, используя свою терминологию одного понятия: Е.А. Шевалев, В.В. Ковалев; Е.К. Краснушкин; Л.Л. Рохлин; Д.Д. Федоров; Е.А. Шевалев, О.В. Кербиков; Я.П. Фрумкин, Й.А. Мизрухин, Н.В. Ивановым; В.Н. Мясищев, С.С. Либих.

Сам термин «внутренняя картина болезни» обозначит Р.А. Лурия в 1935 году, где выделил не только внутреннюю картину болезни, но и внешнюю.

Далее различные классификации предложили: В.В. Николаева, А.Б. Смулевич. Классификации типов реагирования на болезнь представили:

Н.И. Рейнвальд, В.С. Степанов, Л.Н. Лежепекова, Б.А. Якубов, Н.Д. Лакосина, Б.С. Ушаков, А.Е. Личко, Н.Я. Иванов [1969, 1975, 1976, 1977, 1980]. Наиболее распространенной можно считать классификацию, предложенную А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым. Её мы взяли как основную в данном исследовании.

Таким образом, **проблемой** нашего исследования является то, что психологи испытывают трудности в консультировании людей с онкологией щитовидной железы, в связи с эмоциональной составляющей пациентов из-за гормональных перепадов и ощущением, переживанием и представлением своей картины заболевания. Психологу-консультанту не хватает методических указаний или дополнительного образования, вследствие чего это может негативно повлиять на эффективность работы с людьми до и после прошедшей радиойодтерапии. Исследовательских работ, связанных с людьми, столкнувшимися с онкологией и проходящих химиотерапию, большое множество, тем временем как радиойодтерапия менее изучена. Это лечение является более щадящим и имеет свои особенности прохождения, которые влияют на психологическое состояние больных.

Степень разработанности проблемы.

Онкологические больные являются предметом изучения как медицины (А.М. Беляев), так и психотерапии (Э.Г. Рытик, А.А. Заливин, М.В. Набока, Е.С. Волосникова) и психологии (К.А. Фурса, А.Ю. Петрухина, А.А. Василенко). Также внимание уделяется онкобольшим раком щитовидной железы, а также такому способу лечения этого вида онкологии, как радиойодтерапия (Т.Т. Кондратьева, П.И. Гарбузов, И.В. Зябкина, А.С. Бердникова, В.А. Паршина).

Для нашего исследования важно обратиться к исследованиям внутренней картины болезни (Л.И. Вассерман, Д.С. Тарасова, Ю.С. Степанова, А.И. Голов, А.М. Бородай, В.С. Собенников, Н.С. Болбат). Однако исследований, обращающих внимание на ВКБ при таком лечении, как радиойодтерапия, не было обнаружено. Так как у этого лечения есть и своя специфика, заключающаяся в способе лечения, в котором встречается также

дистанцирование и гормональные изменения, мы обратили внимание на это при написании данной исследовательской работы.

Объектом данного научного исследования является внутренняя картина болезни пациентов с онкологией щитовидной железы.

Предметом исследования является тип отношения к болезни у пациентов с онкологией щитовидной железы, прошедших радиойодтерапию.

Цель исследования – изучение особенностей внутренней картины болезни на примере типов отношения к болезни у людей с онкологией щитовидной железы.

Таким образом, цель работы предопределила решение следующих **основных задач**:

1. Определить типологию отношения к заболеванию у больных раком щитовидной железы.
2. Исследовать взаимосвязи между типами отношения к заболеванию и клинико-психологическими особенностями больных онкологией щитовидной железы.
3. Выявить соотношение типов отношения к заболеванию с методом лечения онкологии ЩЖ (радиойодтерапия и/или тиреоидэктомия).
4. Разработка подхода к больному онкологией щитовидной железы для психологической интервенции ВКБ.

Гипотезы исследования:

1. В структуре внутренней картины болезни у больных онкологией щитовидной железы доминируют дезадаптивные типы отношения к заболеванию.
2. У людей, прошедших радиойодтерапию и людей, получивших лечение только в виде тиреоидэктомии, различаются типы отношения к болезни.

Методологической базой исследования послужили исследования и теории А. Гольдшейдера, Н.Я. Иванова, А.Е. Личко, Р.А. Лурия, В.В. Николаевой, А.Б. Смулевича и др.

Методы исследования:

Для решения задач, поставленных в диссертации, был использован общенаучный поисковый метод: анализ научной, методической литературы и электронных информационных средств по ключевым вопросам данной работы.

В эмпирическом исследовании диагностика респондентов производилась при помощи методики «Тип отношения к болезни» Санкт-Петербургского Психоневрологического НИИ им. В.М. Бехтерева (ТОБОЛ).

Результаты данного исследования обрабатывались с помощью статистических процедур: факторный анализ, кластерный анализ, U-критерий Манна-Уитни в программе STATISTICA 8.

Фактологическая база.

Отбор респондентов осуществлялся через социальные сети «ВКонтакте», где люди в различных группах про онкологию или проблемы ЩЖ делились своим диагнозом, и беседу в «Telegram» с названием «Щитовидка - чат (рак щитовидной железы)», где участники делятся личным опытом, общаются и задают вопросы по поводу нынешнего или предстоящего лечения. Контролировался пол (женский) и метод лечения (радиойодтерапия или тиреоидэктомия). Выборка производилась из женщин, так как у них это заболевание встречается чаще. Базу исследования составили 54 женщины различного возраста от 18 до 70 лет (средний возраст 36 лет), имеющие диагноз «рак щитовидной железы», как проходящие радиойодтерапию, так и только через удаление щитовидной железы (тиреоидэктомию).

Теоретическая новизна состоит в том, что ранее не проводилось аналогичных исследований, связанных с выявлением закономерности радиойодтерапии и внутренней картины болезни пациентов. Результаты исследования позволят выявить особенности внутренней картины болезни у разных пациентов, прошедших через радиойодтерапию.

Практическая значимость исследования заключается в том, что знание и анализ ВКБ пациентов, проходящих радиойодтерапию, позволит дать обоснованные рекомендации для психолого-реабилитационных мероприятий, в

частности психологического сопровождения обследуемых в Радиологическом центре. Полученные данные помогут в работе психолога, подготовке будущих консультантов в онкопсихологии, ведении различных тренингов.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ РАДИОЙОДТЕРАПИИ

1.1. ПРОБЛЕМА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ РАДИОЙОДТЕРАПИЮ

1.1.1. ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ПОЛЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ РАДИОЙОДТЕРАПИЮ

На сегодняшний день проблема с заболеваниями щитовидной железы стоит остро, особенно в России. Территориально по стране ощущается нехватка йода в организмах людей, от чего с каждым годом увеличивается процент заболеваний ЩЖ, а возраст у пациентов становится всё меньше, соответственно достигает молодого поколения. Частым заболеванием становится онкология щитовидной железы разных форм. Исследователи отмечают, что «за последние два десятилетия отмечено повышение заболеваемости раком щитовидной железы почти на 28%, при одновременном снижении смертности более чем на 23%» [Радиойодтерапия рака щитовидной железы, с. 43]. Если раньше и увеличивалась смертность, то сейчас предусмотрены другие технологии для лечения этого заболевания, соответственно процент снижается. Первоначально это конечно удаление очага раковых клеток, а дополнительно применяется радиойодтерапия. При том, что смертность становится намного ниже, количество таких пациентов увеличивается, а у них уже страдает качество жизни. Важно ознакомиться с представлениями у пациентов об этом, посмотреть реакцию больного на своё заболевание и с помощью этого проследить исход лечения у пациента. При этом конечно же важны не только тестирования, но и психологическая поддержка как самих пациентов, так и их близких людей.

Радиойодтерапия – это лечение, при котором больной принимает внутрь определённую дозу радиоактивного йода (I-131) при таких заболеваниях как

диффузный токсический зоб, токсическая аденома щитовидной железы, фолликулярный и папиллярный рак щитовидной железы (дополнительная терапия), регионарные и отдаленные метастазы (дополнительная терапия) [Бердникова, Паршина]. «Суть лечения радиоактивным йодом основана на способности клеток щитовидной железы к связыванию и накоплению радиоизотопа йода I-131, который обладает повреждающим действием на тиреоидную ткань» [Бердникова, Паршина, с. 44]. Перед лечением пациент обязательно проходит через безйодовую диету (препараты «l-тироксин», «эутирокс» тоже отменяются), чтобы ЩЖ лучше накапливала радиоактивный йод. В этот период люди часто чувствуют нервозность, повышенную тревожность, общую утомляемость. Работая с психологом-консультантом, можно минимизировать эти симптомы.

Область феноменов, с которыми имеет дело данное исследование, определим посредством описания типичных ситуаций, которые взяты из реальной жизни, посредством диалога с пациентами «Радиологического центра» города Тюмени.

1. Пациентка 26 лет наблюдалась у эндокринолога, где и заметили опухоль щитовидной железы с помощью ТАБ. После операции по удалению очага опухоли ей назначили радиойодтерапию с повтором в 5 раз. Диета за месяц до терапии была направлена на выведение йода из организма. Во время безйодовой диеты нельзя принимать тироксин, который является заменой щитовидной железы. Девушка много жаловалась на слабость, головокружения, нервозность, которая спровоцировала частые ссоры с мужем. Во время проживания в радиологической клинике она не могла спать и есть. Постоянно ругалась на храпы соседки и была нервной. Когда звонил муж, то происходили постоянные ссоры. Ребёнку старалась говорить, что уехала к бабушке. Плакала и переживала, что не сможет видеть ребёнка ближайший месяц из-за радиации.

2. Женщине 42 года. Говорит о том, что до своего диагноза внутренне чувствовала себя пустой, ничего не радовало из того, что происходило в семье, постоянно винила себя. Обращалась за психологической помощью, ей это

помогло стабилизировать своё душевное состояние. Через 6 лет после этого случайно узнала о раке щитовидной железы, хотя и знала, что 10 лет назад у неё по УЗИ уже образовался узел. Всё время гормоны были в порядке, кроме АТ-ТГ, который был повышен. И все 5 лет по словам пациентки было очень плохое самочувствие, проблемы со сном, не стабильное эмоциональное состояние. Поддержку от других она не ощущала и из-за этого закрылась в себе. После лечения радиоiodом, когда радиолог ей сказала «настройся, что ты здорова, оставь негативные мысли», стала стараться держаться, больше ценить жизнь, отдаляться от негатива, но пока всё равно сталкивается паническими атаками.

3. Девушке 24 лет диагностировали онкологию случайно – на УЗИ щитовидной железы заметили узлы, которые оказались опухолью. Ей назначили курс радиоiodтерапии на 1 раз. Надоело постоянно сдавать анализы на АТ-ТГ, Т4св., ТГ и ТТГ. Диета давалась ей очень тяжело. Она сильно поправилась, был повышенный аппетит. Несколько раз нарушала диету. Переболела коронавирусом, пока сидела на диете в первый раз, поэтому терапию отменили. Второй раз был для неё тяжелее. Ссоры с мужем участились. По профессии психолог в садике, но не могла работать из-за болезни, находится на больничном уже полгода, думает уволиться. Отправила маленького сына к родителям, муж остался на работе. Плакала и сильно переживала из-за этого, тяжело переносит разлуку с ребёнком. Говорила ребёнку, что дома с папой.

4. У пациентки 22 лет обнаружили узлы при прохождении УЗИ сосудов головного мозга у невролога. Сделав пункцию, диагностировали опухоль неясного характера. Вырезав левую часть щитовидной железы и отправив опухоль на гистологию, выяснилось, что это папиллярная карцинома. Удалив оставшуюся часть, отправили в радиологический центр, в котором девушке назначили безйодовую диету с последующей терапией через месяц. В течение месяца общее состояние было удовлетворительным, но с постоянной усталостью. Начала посещать психолога. Через время часто начала жаловаться

на истерики и нервозность. Во время нахождения в центре была спокойна, выполняла задание от психолога, в котором нужно было каждый день описывать свои чувства и ощущения в течение 15 минут без перерыва. После терапии начала посещать психотерапевта, потому что эмоциональное состояние ухудшилось.

Как мы можем заметить, практически у всех пациентов случаются трудности коммуникации с близкими людьми, особенно это касается детей. Самыми морально тяжёлыми периодами являются безйодовая диета и дистанцирование после выхода из больницы. В первом случае требуется психологическая поддержка, чтобы убрать волнение перед процессом терапии и снизить тревожность и раздражительность, которая появляется из-за того, что пациент закончил принимать гормональные медикаменты. Во втором наблюдается похожая проблема как с дистанцированием из-за ковида, потому что больной месяц из-за облучения должен избегать столпотворения, минимизировать контакт с людьми, а первую неделю изолировать себя от людей (от детей изоляция на месяц). В этом случае у пациентов возрастает тревожность и депрессивность, и для поддержания их эмоционального состояния требуется дистанционная консультация. Именно для этого важно знать внутреннюю картину болезни онкологического больного, чтобы суметь выстроить коммуникацию должным образом и дать рекомендации для психологической интервенции отношения к заболеванию.

Соответственно *объектом* нашего исследования внутренняя картина болезни пациентов с онкологией щитовидной железы, прошедших радиойодтерапию.

1.1.2. ВАЖНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ РАДИОЙОДТЕРАПИЮ

Прохождение через радиойодтерапию является актуальной на сегодняшний день проблемой как для общества в целом, так и для России, так

как большинство регионов можно отнести к йододефицитным, что повышает шанс развития эндокринных заболеваний. Так как сейчас людей с проблемами с ЩЖ встречается всё больше, в связи с нехваткой йода в организме и нехватки источников его получения, по России построено уже более 10 Радиологических центров, в которых проводится лечение как гиперпродукции гормонов щитовидной железы, так и злокачественной опухоли ЩЖ.

Ещё в 2007 году писали, что «за последние двадцать лет заболеваемость раком ЩЖ в среднем в нашей стране увеличилась с 3,9 до 5,1 на 100 000 населения. Женщины оказались в 3–5 раз чаще подвержены этому заболеванию» [Кондратьева, Павловская, Врублевская, с. 9]. Женщины по-прежнему преобладают количеством в Радиологических центрах, при этом мужчины тоже подвержены этому заболеванию и нельзя сказать, что они совершенно не болеют раком ЩЖ.

«В соответствии с критериями оценки степени тяжести ЙДЗ ВОЗ (2003) в Свердловской области установлена зобная эндемия средней степени тяжести (частота зоба – 22,8%) на фоне легкой йодной недостаточности (медиана йодурии – 53 мкг/л). Это позволяет отнести ее к региону легкого йодного дефицита» [Кияев, с. 34–35]. Тюменскую область так же можно отнести к региону с йододифицитом, поэтому в Тюмени и соседних областях (например, Свердловская и Челябинская области) есть свои Радиологические центры, в которые приезжают с других областей.

Так как рак является многофакторным заболеванием, то нельзя точно определить возникновение определённого вида онкологии у человека. Одним из факторов является психологический, сами врачи зачастую говорят, что на развитие раковых клеток мог повлиять стресс. Также психологическое благополучие очень важно в период узнавания о своей болезни и дальнейшего проживания этого, устойчивости к изменяющимся факторам и изменениям ради выздоровления.

Так как для большинства пациентов узнавание о самом существовании у них такого диагноза является экстремальной, кризисной ситуацией, с этого

начала является важным психологическое сопровождение, а также будут полезными памятки и различные встречи с родными и близкими заболевшего. Это может помочь с предотвращением развития онкологического и новых психологических заболеваний. После узнавания человеком о раке, как пишет Д.С. Тарасова, «возникает повышенный риск развития психических заболеваний, посттравматического стрессового расстройства, суицидального поведения, а также депрессивных расстройств. Особенности эмоционального состояния и восприятие болезни существенно влияют на адаптацию, успешность реабилитационных мероприятий и качество жизни пациентов» [Тарасова, с. 118].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что эта проблема является актуальной на сегодняшний день. Об этом говорят проценты заболевания раком щитовидной железы, нехватка йода в близлежащих регионах и новые центры для лечения радиойодом. Также надо отметить, что крайне важно наблюдать за внутренней картиной болезни пациента в период его лечения, так как это поможет прогнозировать дальнейшее поведение болезни и предотвратить рецидив.

1.1.3. ПРОБЛЕМА В ПРАКТИКЕ ПСИХОЛОГА-КОНСУЛЬТАНТА ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С ПАЦИЕНТАМИ, ПРОХОДЯЩИМИ РАДИОЙОДТЕРАПИЮ

В практике психолога-консультанта при взаимодействии с пациентами, проходящими радиойодтерапию, могут возникнуть проблемы как у психолога, так и у клиентов.

Основной проблемой для консультанта является клиническая направленность. Тема тесно связана с медициной, и потому незнание некоторых аспектов может негативно повлиять на работу психолога.

Также общей проблемой для клиента и психолога является то, что из-за заболеваний ЩЖ, люди, проходящие радиойодтерапию, являются очень чувствительными, особенно в темах, касающихся семьи или здоровья.

Может быть так, что это будет психолог, травмированный заболеванием личным или близкого человека. В таком случае он имеет опасность начать заниматься личными трудностями [Чулкова, Пестерева]. Это можно увидеть и на личном примере, в котором есть риск перенять на себя проблемы клиентов, так как также происходило лечение радиойодтерапией из-за папиллярной карциномы щитовидной железы и в последующем для стабилизации психологического состояния прохождение психотерапевтической помощи в течение года с медикаментозным лечением в связи с тревожностью, которую спровоцировала ситуация с онкологическим заболеванием.

Чтобы справиться с вышеперечисленными трудностями, надо, во-первых, для психолога-консультанта иметь возможность участвовать в супервизии и параллельно получать психологическую поддержку. Во-вторых, стоит вопрос о прохождении дополнительных курсов или образовании (например, курсы онкопсихологии или дополнительное образование клинического психолога), возможности параллельной работы со специализированным врачом, чтобы больше знать об онкопсихологии и эндокринологии и не сталкиваться с недостатком информации. В-третьих, может предстоять работа с травматизацией, без использования техник по типу КПТ, так как для большинства клиентов сама постановка диагноза будет являться травматичной, а дополнительные семейные проблемы будут уже второстепенны. И в личной работе чаще прибегать к помощи психолога/психотерапевта при любой возможности на рецидив и не пытаться забыть о своей проблеме, помогая другим.

Можно сделать вывод, что предполагаемым ожидаемым результатом будет изучение внутренней картины болезни пациентов, предположение о результатах прохождения лечения и дистанционная поддержка в периоды

изоляции, а также психологическое сопровождение в периоды всего заболевания в комплексе с врачом-эндокринологом.

Это исследование может стать полезным для онкологических, радиологических центров. Возможность сотрудничества с клиниками может быть полезна тем, что врачи этой области выдавали бы контакты на психолога-консультанта до поступления пациента в стационар, что помогло бы дать человеку совладать с принятием данного заболевания и при возможности минимизировать развитие болезни и шанс рецидива.

Практическая значимость исследования заключается в консультативной работе, подготовке будущих консультантов в онкопсихологии, различных тренингах. А также прямая связь с Радиологическим центром, как дополнительная психологическая поддержка онкобольных пациентов.

1.2. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

1.2.1. ПОНЯТИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

Ещё М.Я. Мудров писал в 1820 г., что «должно исследовать настоящее положение болезни, в больном искать, где оно избрало себе ложе; и для чего нужно пробежать все части тела больного: наружный вид, положение тела, исследовать действия душевные, зависящие от мозга, состояние ума, тоску».

Н.С. Болбат и Е.И. Скугаревская отмечают, что «А. Гольдшейдер в 20-х гг. XX в. обратил внимание на ощущения, переживания и представления человека о своей болезни, которые он назвал «аутопластической картиной заболевания». Им выявлены сензитивная и интеллектуальная части этой картины. Первую составляют субъективные ощущения, вторая включает размышления о своем физическом состоянии» [Болбат, Скугаревская, с. 4].

Как пишет О.Е. Ельникова: «субъектная сторона заболевания исследователями обозначается разным образом: А. Гольдшейдером было введено понятие «аутопластическая картина болезни», Р.А. Лурия – «внутренняя картина болезни», Е.А. Шевалевым, В.В. Ковалевым – «переживание болезни», Е.К. Краснушкиным – «чувство болезни», Л.Л. Рохлиным – «сознание болезни», «отношение к болезни», Д.Д. Федоровым – «реакция на болезнь», Е.А. Шевалевым, О.В. Кербиковым – «реакция адаптации», Я.П. Фрумкиным, Й.А. Мизрухиным, Н.В. Ивановым – «позиция к болезни», В.Н. Мясичевым, С.С. Либихом – «концепция болезни», «масштаб переживания» и другие» [Ельникова, с. 11].

В нашей работе важно обратиться к понятию «*внутренняя картина болезни*», так как мы считаем его более подходящим к нашему исследованию. Впервые этот термин так обозначил врач-терапевт Роман Альбертович Лурия в 1935 году.

«Он продолжил развивать идеи А. Гольдшейдера об аутопластической картине заболевания и выделил:

1. Внешнюю картину болезни, под которой понимал объективные данные, которые врач получает с помощью специальных методов исследования, все то, что можно зафиксировать и описать.

2. Внутреннюю картину болезни, под которой понимал переживания пациента по поводу болезни, всю совокупность ощущений, общее самочувствие, представления о причинах заболевания. Это «весь огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм»» [Болбат, Скугаревская, с. 4].

Д.С. Тарасова отмечает, что «на становление отношения к болезни влияют психоэмоциональные реакции личности на известия о наличии данного заболевания» [Тарасова, с. 119]. И это ещё раз показывает, как важно экологично сообщить пациенту о его заболевании, не выражая при этом каких-то острых реакций, а говоря более конкретно про лечение, иначе неправильно

поданная информация способна мнительного больного привести к посттравматическому стрессовому расстройству.

Идеи Р.А. Лурии продолжает В.В. Николаева и предлагает более дифференцированную модель внутренней картины болезни. «В её 4 уровня отражения болезни: чувственный, эмоциональный, интеллектуальный и мотивационный. Важно отметить мотивационный уровень, который связан с определенным отношением к болезни, необходимостью к изменениям образа жизни и поведения и зависит от мотивов, актуализированных в момент болезни. Увидеть, проанализировать мотивационную составляющую внутренней картины болезни можно через отношение больного к ситуации болезни, через изменения в его поведении. Но и повлиять на поведение больного, на его отношение к болезни, включить его в активную жизнедеятельность, в деятельность, направленную на выздоровление, можно через мотивационную сферу» – отмечает И.В. Зябкина [Николаева, 2009, цит. по Зябкина, с. 127].

«В большинстве современных психологических исследований внутренней картины заболевания в ее структуре выделяется несколько взаимосвязанных *сторон (уровней)*:

1. болевая сторона болезни (уровень ощущений, чувственный уровень) – локализация болей и других неприятных ощущений, их интенсивность и т.п.;

2. эмоциональная сторона болезни связана с различными видами эмоционального реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия;

3. интеллектуальная сторона болезни (рационально-информационный уровень) связана с представлениями и знаниями больного о его заболевании, размышлениями о его причинах и последствиях;

4. волевая сторона болезни (мотивационный уровень) связана с определенным отношением больного к своему заболеванию, необходимостью изменения поведения и привычного образа жизни, актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья» [Собенников, Ясникова, с. 14].

«Таким образом, у больного создается модель заболевания, т. е. представление об ее этиопатогенезе, клинике, лечении и прогнозе, которое определяет «масштаб переживаний» и поведение в целом» [Этноконфессиональные особенности внутренней..., с. 115].

Как ещё один из примеров моделей внутренней картины болезни, И.В. Зябкина отмечает, что «в модели, разработанной под руководством А.Б. Смулевича, ВКБ понимается как совокупность представлений и переживаний пациента, а также его активность, связанные с соматическим страданием. При этом внутренняя картина болезни оценивается по двум параметрам:

Первый: гипернозогнозия – гипонозогнозия (высокая и низкая значимость соматического страдания).

Второй: эгодистонность – эгосинтонность (активное, целенаправленное сопротивление болезни и пассивная стратегия поведения, отстранение от болезни)» [Смулевич, 1999, цит. по Зябкина, с. 127].

Д.С. Тарасова выделила «ряд классификаций типов реагирования на болезнь следующих авторов: Рейнвальд (1969), Степанов (1975), Лежепекова, Якубов (1977), Лакосина и Ушаков (1976), Личко, Иванов (1980). Авторы строят свои классификации на основе различных критериев, например, на основе потребностей, которые фрустрируются заболеванием (Лакосина и Ушакова)» [Тарасова, с. 119].

Можно считать наиболее обширной классификацию А.Е. Личко и Н.Я. Иванова, «в которой выделяют следующие типы отношения к болезни:

1. Гармонический – правильная, трезвая оценка состояния, нежелание обременять других тяготами ухода за собой.
2. Эргопатический – "уход от болезни в работу", желание сохранить работоспособность.
3. Анизогностический – активное отбрасывание мысли о болезни, "обойдется".

4. Тревожный – непрерывное беспокойство и мнительность, вера в приметы и ритуалы.

5. Ипохондрический – крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочного действия лекарств, процедур.

6. Неврастенический – поведение по типу "раздражительной слабости", нетерпеливость и вспышки раздражения на окружающих (особенно при болях), затем – сожаление вплоть до слез и раскаяния.

7. Меланхолический – неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (вплоть до угроз суицидом).

8. Апатический – полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение процедурам и лечению.

9. Сенситивный – чувствительность к межличностным отношениям, опасения, что окружающие его избегают из-за болезни, боязнь стать обузой для близких.

10. Эгоцентрический – "уход в болезнь" с выставлением напоказ своих страданий, требование к себе особого отношения.

11. Паранойяльный – уверенность, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, а осложнения в лечении являются результатом халатности медицинского персонала.

12. Дисфорический – доминирует мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым людям. Характерны вспышки гнева с требованием от близких подчинения и угождения во всем» [Личко, Иванов, 1980, цит. по Тарасова, с. 119].

Таким образом, можно сделать вывод, что понятие «внутренняя картина болезни» является довольно обширным понятием и имеет множество омонимов. Значимым для нашей работы выступает определение Лурии, которое является наиболее точным. Также его идею продолжила Николаева, которая классифицировала ВКБ на 4 уровня. Классификация Личко и Иванова на наш взгляд является довольно подробной и понятной, поэтому её мы посчитали

важным включить в работу. Эта классификация используется при определении типов отношения к заболеванию в опроснике «ТОБОЛ».

1.2.2. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ И ЕЁ СВЯЗЬ С РАДИОЙОДТЕРАПИЕЙ

Выше мы рассмотрели, что такое внутренняя картина болезни и её классификации. Можно сказать, что ВКБ – это многомерная конструкция, которая относится к субъективной оценке человека о своём заболевании. В нашем исследовании мы берём внутреннюю картину болезни в основном онкобольных людей, проходящих радиойодтерапию. Как пишет А.А. Василенко: «Следует избавить пациента от изоляции по отношению к близким ему людям. Ширма, которой он отгораживается от других больных, выполняет функцию могилы, разверзшейся перед ним еще до кончины. Молчание – враг умирающего и служит лишь увеличению степени его изоляции от общества» [Василенко, с. 238]. И это лишний раз доказывает, как для пациентов важно быть услышанными, получать поддержку от близких людей и находиться в социуме, именно поэтому прохождение через радиойод является травматичной ситуацией, особенно для пациентов с маленькими детьми, так как есть большая привязанность, но невозможность общаться лично около месяца после терапии. Во многих исследованиях можно заметить, что уровень тревожности у пациентов с онкологией выше, чем у здоровых людей, а также можно увидеть обсессивно-фобическую реакцию на заболевание. Важным моментом является и то, что исследования доказывают то, что психологические факторы влияют на развитие и протекание болезни у онкобольных людей. Это показывают нам такие авторы, как М.О. Климова, А.Ю. Петрухина, А.Н. Позднякова, К.А. Фурса [Фурса 2011, 2013; Позднякова 2018; Петрухина 2019; Климова 2020].

Исследование таких авторов как Р.Б. Мирошкин и Е.В. Фисун показало, что онлайн-консультации являются уместными и довольно эффективными в

работе с родителями онкобольных детей [Мирошкин, Фисун]. Для нашей работы это является важным показателем, так как при дистанцировании после радиойода также могут проводиться онлайн-консультации с клиентами и их родственниками, а также можно давать рекомендации близким людям о том, как заочно коммуницировать с заболевшими людьми и проговаривать важность этого.

Имеет значение также знать, какие виды психологического консультирования можно использовать на онкобольных людях, так как не каждые виды техник и терапий могут быть эффективными, так как узнавание об онкологии уже привносят вклад в травматизацию, даже если заболевание на начальных стадиях и смертность от него минимальна. А.А. Заливин, М.Н. Набока и Е.С. Волосникова выделяют следующие методы психологического консультирования и психотерапий при реабилитации онкобольных пациентов:

1. Клиническая беседа;
2. Кризисная интервенция;
3. Техники саморегуляции;
4. Динамическая психотерапия;
5. Работа с образами;
6. Гештальт-терапия;
7. Когнитивно-поведенческая терапия;
8. Нарративная (повествовательная) терапия;
9. Библиотерапия;
10. Арт-терапия;
11. Экзистенциальная терапия;
12. Танцдвигательная терапия;
13. Десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ) [Заливин, Набока, Волосникова].

Проводить личностную терапию желательно после ознакомления человека с диагнозом, в период его безйодовой диеты (1–1,5 мес.) и после

дистанцирования в срок две недели (1 неделя госпитализации и 1 неделя облучения). В период изоляции также важно проводить консультации, даже если это будет просто активное слушание. В среднем это может быть работа в течение трёх месяцев, количество консультаций в неделю варьируется от желания и возможностей клиента, а также от занятости консультанта. Первый месяц работы идёт после ознакомления клиента с диагнозом, далее это будет месяц подготовки к радиойодтерапии и месяц после, включая период изоляции. Важно проследить за тем, как меняются отношения клиента к заболеванию с первыми замерами от узнавания диагноза и последними, когда проведены все виды лечения (это может быть как один курс принятия радиойода, так и множество, в зависимости от стадии онкологии, метастазирования и рекомендаций лечащего врача). Далее можно в работе с врачом проследить за динамикой диагноза, долгосрочностью лечения, чтобы точно сделать вывод о том, как влияет внутренняя картина болезни пациента на дальнейшие изменения и результаты.

Таким образом, важность ВКБ прослеживается при таком диагнозе, как онкология щитовидной железы. Несмотря на то, что этот вид рака считается одним из самых лёгких в лечении, но он с каждым годом имеет прирост в больших процентах. В период лечения многие пациенты замечают психологические изменения и проблемы, поэтому консультирование является немаловажной работой на пути к долгосрочной ремиссии.

1.3. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ

1.3.1. ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ

Взаимодействие с онкобольными людьми является частой проблемой для людей, не сталкивающихся с подобным заболеванием. Множество исследований показывает, что при взаимодействии люди часто допускают

ошибки, которые в дальнейшем ведут к тому, что пациент остаётся наедине со своим заболеванием, не получая должной поддержки от окружающих. Некоторые онкологические больные могут раздражаться от различных факторов, например, при тревожном типе реагирования на болезнь или при паранойальном типе отношения, которому свойственна обида на врачей и окружающих.

На формирование внутренней картины болезни и отношения к ней влияют различные факторы, которые описаны в учебно-методическом пособии «Внутренняя картина болезни. Реакция личности на болезнь»:

- «возраст;
- пол;
- профессия, социальный статус пациента;
- характеристики самой болезни;
- обстоятельства, в которых протекает болезнь;
- особенности человека до заболевания;
- семья, воспитание и мировоззрение пациента;
- уровень медицинской образованности и культуры общества и заболевшего;
- медицинские факторы» [Болбат, Скугаревская, с. 6].

В работе мы рассмотрели такие факторы, как возраст, обстоятельства, в которых протекает болезнь и семья, так как они показали наиболее значимыми в нашей работе. Значимость раскрыта тем, что у людей при прохождении радиойодтерапии страдает в большей степени семейный аспект, так как в это время общение становится либо дистанционным, либо сводится к нулю. А также после лечения у пациентов, являющимися родителями, нет возможности контактировать с детьми в течение месяца. Семейный фактор напрямую связан с возрастом, а обстоятельства протекания болезни имеют вес потому, что от этого фактора растёт или снижается надежда на скорейшее выздоровление.

Из этого можно сказать, что важность взаимодействия с близкими людьми, семьёй и врачами повышается, так как при должной поддержке, правильно преподнесённой информации о заболевании и должном реагировании на тревогу пациента, есть шанс развития иного типа реагирования на заболевание.

Некоторые исследования показывают, что первичным является взаимодействие пациента с врачом, а уже после идёт дополнительное психологическое и психотерапевтическое сопровождение. Из чего можно сделать вывод о том, что и врачу-онкологу важно уметь взаимодействовать с пациентом психологически грамотно [Семиглазова, Ткаченко, Чулкова].

Для эффективного взаимодействия врача с онкобольным пациентом важно соблюдать несколько факторов:

- «Понимание переживаний онкологического больного.
- Проявление эмпатии (сочувствие и сострадание, безоценочное отношение).
- Адекватное информирование о болезни (диагноз, исследования, лечение, процедуры, осложнения, дальнейшая жизнь в условиях болезни)» [Беляев, с. 88–90].

1.3.2. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Некоторые психологи не только сталкиваются с тем, что им приходится взаимодействовать с онкобольными, но это также может являться частью из работы, например, в клинике или стационаре. Психологическим сопровождением может заниматься не только психолог, но и врач, близкие пациента. Это является важной частью в выздоровлении больного, так как психологическое состояние влияет на отношение пациента к себе, болезни, прогнозу заболевания и процессу лечения [Артемьев, Хусаинова].

Психолог, психиатр и гуманист А.В. Гнездилов выделил основные направления работы с онкологическими больными. Им были приняты за основу этиологические факторы, которые преобладали на том или ином временном отрезке пути онкобольного. И как показывает исследование, «выявилось несколько естественных этапов с присущими им клиническими особенностями: 1) диагностический, 2) этап поступления в стационар, 3) предоперационный, 4) постоперационный, 5) этап выписки, 6) катамнестический этап» [Василенко, с. 239].

При радиойодтерапии эти этапы являются важными, но отличающимися при других заболеваниях. Спецификой будет являться момент подготовки к госпитализации, при которой пациент не принимает жизненноважное медикаментозное лечение для того, чтобы курс прошёл лучше, сам момент поступления и нахождения в стационаре, где даже медицинский персонал не будет подходить к пациенту, а также этап выписки, после которого появляются проблемы с прохождением через охрану аэропорта, избеганием людей в течение недели, детей в течение месяца. Также может возникнуть ослабление иммунитета и трудности с тем, чтобы раз в три месяца проверять свой организм. Как и при любом онкологическом заболевании, человек начинает пожизненно испытывать определённые ограничения, придерживаться рекомендаций и делать УЗИ, сдавать анализы на гормоны (АТ-ТГ, ТГ, ТТГ и Т4св), иногда проходить ПЭТ КТ.

Поэтому для родных важно находиться с человеком рядом и оказывать поддержку, если есть на это силы и возможности, так как это оказывает влияние на отношение к типу своего заболевания. Как пишет Беляев: «Значительную роль в повышении качества жизни онкологического пациента играет значимое окружение – семья. От родственников также во многом зависит готовность больного продолжать начатое лечение, его настрой, оценка своих возможностей. Ощущение беспомощности, невозможности помочь близкому, психологически отстраняться от онкологического больного, они могут испытывать трудно скрываемый гнев от чувства бессилия и отсутствия

контроля над ситуацией. Как правило, причиной подобных реакций является чувство вины и ощущение беспомощности. В таких случаях сами родственники нуждаются в индивидуальной помощи психотерапевта или медицинского/клинического психолога» [Беляев, с. 27]. В этой ситуации важно обращаться за психологической помощью не только самому больному, но и людям, которые на протяжении долгого времени курируют онкобольного в лечении радиойодом. Врачам, при возможности переноса проблемы на себя, также будет важна психологическая поддержка или же подготовка непосредственно перед началом работы с онкологическими больными.

В руководстве для врачей отмечаются виды терапии, подходящие для работы с онкологическими больными:

- «Клиническая беседа;
- Кризисная интервенция;
- Техники саморегуляции;
- Динамическая психотерапия;
- Работа с образами;
- Гештальт-терапия;
- Когнитивно-поведенческая терапия;
- Нарративная (повествовательная) терапия;
- Библиотерапия;
- Сказкотерапия;
- Арт-терапия;
- Экзистенциальная терапия;
- Логотерапия;
- Двигательная терапия;
- Десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ)» [Беляев, с. 159–172].

Таким образом, довольно большое количество видов терапии может быть применено по отношению к онкобольному человеку в зависимости от его

индивидуальных качеств и подходящих ему техник. Стоит отметить, что всё же не всё может подойти, но помимо основной проблемы с заболеванием, человек может захотеть решать другие проблемы, поэтому психологу не нужно ориентироваться на кого-то одного или имеющуюся инструкцию, а уже индивидуально работать с каждым пациентом.

ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ

В первом разделе данной главы была описана проблематика внутренней картины болезни у пациентов, проходящих радиойодтерапию. Статистика показала, что количество заболевших раком щитовидной железы с каждым годом увеличивается. На базе феноменологического поля показаны ощущения пациентов при прохождении лечения, неадаптивные реакции на заболевание. Пациенты были опрошены непосредственно в Радиологическом центре города Тюмени, находившиеся там на лечении. И практически у всех пациентов были выявлены проблемы с коммуникацией, повышенная раздражительность и тревожность.

Также на основе вышеизложенных фактов можно сделать вывод о том, что женщины подвержены этому заболеванию в 4–5 раз чаще, нежели мужчины. Об этом говорят различные исследования. Поэтому для исследования мы выбрали женщин разного возраста.

Сама проблема является злободневной, о чём говорят проценты заболевания раком щитовидной железы, нехватка йода в близлежащих регионах и новые центры для лечения радиойодом. Из этого выходит, что рассматривать внутреннюю картину болезни при радиойод терапии является целесообразным. Важным и то, что вместе с пониманием типа отношения, можно сделать вывод о прогрессе лечения или же за счёт этих знаний повысить уровень жизни пациента.

Вместе с этим человек проходит через различные трудности, которые непосредственно влияют на тип отношения к заболеванию. Могут влиять и такие факторы, как семья, самочувствие, другие заболевания и т.д. При взаимодействии с онкобольными не только врачи и близкие должны получать психологическую поддержку, но и сами психологи не должны заикливаться на чём-то одном, а искать индивидуальный подход к каждому пациенту.

В следующей главе будет показано, как все вышеперечисленные теоретические знания будут реализовываться на практике.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

2.1 ПЛАНИРОВАНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель эмпирического исследования – установление внутренней картины болезни у онкобольных ЩЖ и выявление взаимосвязи типа отношения к болезни и вида лечения (радиойодтерапия или тиреоидэктомия).

Эмпирические задачи:

1. Подобрать методику, подходящую для проведения данного исследования, дающую возможность определить ВКБ.
2. Определить выборку испытуемых.
3. Провести исследование и обработать результаты данного исследования.
4. С помощью факторного, кластерного анализ и U-критерия Манна-Уитни проинтерпретировать результаты.
5. Сделать выводы о различии типов отношения к болезни.

Эмпирические гипотезы:

1. У людей с онкологией щитовидной железы преобладают дезадаптивные типы отношения к заболеванию.
2. У экспериментальной и контрольной групп различаются преобладающие типы отношения к болезни.
3. Без прохождения радиойодтерапии у больных нет чёткого понимания своего заболевания, то есть они отбрасывают мысли о своём заболевании.

2.1.1. ПЛАНИРОВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Независимая переменная: возраст.

Зависимая переменная: представления испытуемых о своём заболевании.

Контролируемая переменная: пол, способ лечения онкологии щитовидной железы (радиойодтерапия или тиреоидэктомия), осложнения заболевания.

Характеристики выборки

Выборка состоит из 54 женщин в разном возрастном диапазоне от 18 до 70 лет (средний возраст 36). Из них 28 человек проходили лечение радиойодом, а 26 только тиреоидэктомией.

Методы сбора данных

Для сбора данных была выбрана методика «Тип отношения к болезни» Санкт-Петербургского Психоневрологического НИИ им. В.М. Бехтерева (ТОБОЛ).

Результаты были обработаны в программе STATISTICA 8 методом факторного, кластерного анализов и U-критерия Манна-Уитни.

2.1.2. ХОД ИССЛЕДОВАНИЯ

Участники эксперимента отбирались в ходе рассмотрения множества групп в социальной сети «ВКонтакте», где просматривались группы на тему онкологии, проблем щитовидной железы и группы тюменского Радиологического центра, где люди на добровольной основе делились комментариями о наличии заболевания и его текущим состоянием. Также предлагалось пройти опросник участникам беседы в «Telegram» с названием «Щитовидка – чат (рак щитовидной железы)», где люди делятся своим личным опытом, задаются вопросами о заболевании и т.д. В чате присутствует психотерапевт (которая тоже столкнулась с этим заболеванием) и хирург-онколог. Опросник «ТОБОЛ» заполнялся испытуемыми в виде тестирования Google Формы в формате онлайн. В ходе исследования участники были

разделены на две экспериментальные группы по виду лечения онкологии щитовидной железы: проходящие радиойодтерапию и не проходящие.

Было использовано 13 диагностируемых типов отношений к болезни [Личко, Иванов]. В Google Форме испытуемым было предложено выбрать от 1 до 3 выборов по двенадцати темам: 1. Самочувствие; 2. Настроение; 3. Сон и пробуждение ото сна; 4. Appetit и отношение к еде; 5. Отношение к болезни; 6. Отношение к лечению; 7. Отношение к врачам и медперсоналу; 8. Отношение к родным и близким; 9. Отношение к работе (учебе); 10. Отношение к окружающим; 11. Отношение к одиночеству; 12. Отношение к будущему. Полученные результаты анкет заносились в Excel, где в последствии формировалась суммарная матрица для дальнейшей статистической обработки.

Используя методику «ТОБОЛ», испытуемые набрали определённые доминирующие типы отношения к заболеванию, такие как: гармоничный (Г); тревожный (Т); сенситивный (С); неврастенический (Н); паранойяльный (П); анозогнозический (З); обсессивно-фобический (О); эргопатический (Р); эйфорический (Ф); эгоцентричный (Я); апатический (А); меланхолический (М); ипохондрический (И). Особенностью этой методики является то, что нужно набрать минимальное диагностическое число, которое индивидуально у каждого типа отношения к болезни. У одного человека может быть выявлено несколько доминирующих типов, тогда он получается смешанным. Гармоничный тип считается доминирующим только в том случае, если у человека нет других типов, это единственный тип, который не диагностируется в сочетаниях. Например, преобладал он у семерых людей, но посчитать доминирующим его можно только у двоих.

Таблица 1

Распределение результатов выборки по опроснику «ТОБОЛ»

Г	Т	С	Н	П	З	О	Р	Ф	Я	А	М	И
2	8	15	18	4	7	5	3	24	13	5	0	8

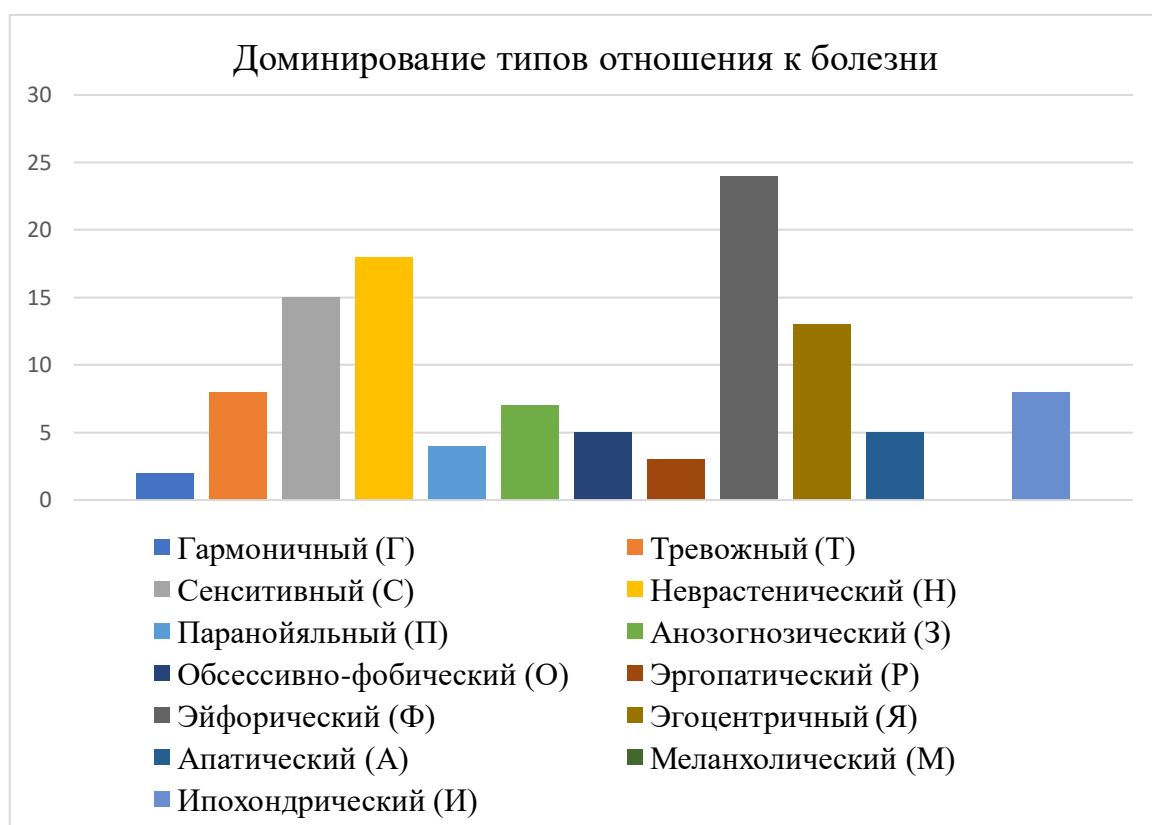


Рис. 1. Распределение результатов выборки по опроснику «ТОБОЛ»

Исходя из данных таблицы 1, можно сделать вывод о том, что преобладающим типом является эйфорический. Меланхолический тип не встречается совсем. Гармонический тип отношения к болезни, который является единственным адаптивным, встречается меньше всего, далее идёт эргопатический, который является условно-адаптивным типом. Из этого можно сделать вывод, что у людей, которые имеют такое заболевание, как онкология щитовидной железы, доминируют дезадаптивные типы отношения к заболеванию.

2.2. ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ

2.2.1. РЕЗУЛЬТАТЫ РАСЧЁТОВ ФАКТОРНОГО АНАЛИЗА

В данном случае для сбора данных использовалась методика «ТОБОЛ», в котором в качестве объектов шкалирования выступали следующие типы отношения к заболеванию:

1. Гармоничный (Г); 2. Тревожный (Т); 3. Сенситивный (С);
4. Неврастенический (Н); 5. Паранойяльный (П); 6. Анозогнозический (З);
7. Обсессивно-фобический (О); 8. Эргопатический (Р); 9. Эйфорический (Ф);
10. Эгоцентричный (Я); 11. Апатический (А); 12. Меланхолический (М);
13. Ипохондрический (И).

А также следующий список дескрипторов:

Таблица 2

Дескрипторы

Радиоiodтерапия	Тиреоидэктомия
1. Яна	1. Регина
2. Екатерина	2. Ирина
3. Лейла	3. Дарья
4. Юлия	4. Анжелика
5. Ольга	5. Лейсан
6. Татьяна	6. Нажипат
7. Юлия	7. Анастасия
8. Александра	8. Анастасия
9. Лина	9. Ирина
10. Ольга	10. Елена
11. Оксана	11. Наталия
12. Марина	12. Мария
13. Амина	13. Александра
14. Валентина	14. Айгерим
15. Ксения	15. Ирина
16. Кристина	16. Майа
17. Светлана	17. Ольга
18. Виктория	18. Виктория
19. Татьяна	19. Олеся
20. Алина	20. Галина
21. Ольга	21. Ирина
22. Ольга	22. Има
23. Юлия	23. Елена
24. Надежда	24. Елена
25. Надежда	25. Валентина

Продолжение таблицы 2

Радиойодтерапия	Тиреоидэктомия
26. Ольга 27. Ольга 28. Наталья	26. Людмила

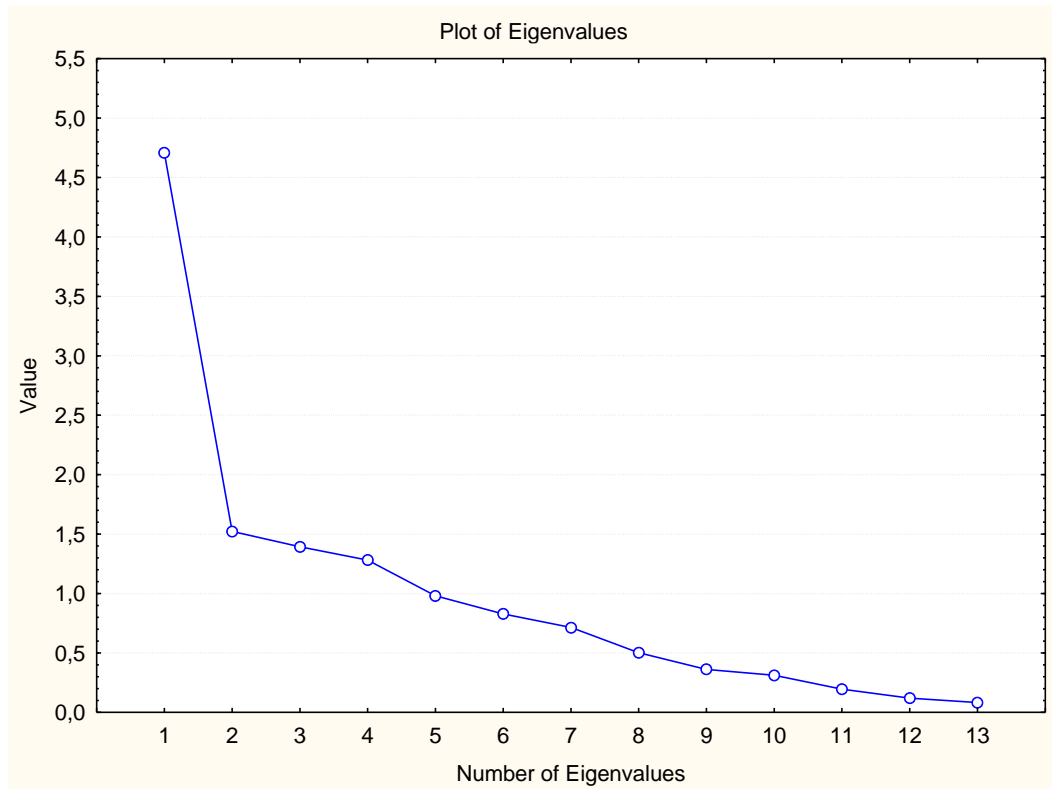


Рис. 2. График собственных значений факторов у людей, прошедших радиойодтерапию

Таблица 3

Вес факторов в общей дисперсии у людей, прошедших радиойодтерапию
(% Total variance)

Value	Eigenvalues (Spreadsheet1) Extraction: Principal components			
	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1.	4,7	36,2	4,7	36,2
2.	1,52	11,71	6,22	47,91
3.	1,39	10,72	7,62	58,63

Value	Eigenvalues (Spreadsheet1) Extraction: Principal components			
	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
4.	1,28	9,85	8,9	68,49

На представленном графике (Рисунок 2) излом заметен после четвертого фактора. Исходя из проверки факторов двумя методами, было решено оставить только четыре фактора (таблица 3).

Таблица 4

Координаты объектов шкалирования в пространстве полученных факторов у людей, прошедших радиойодтерапию

Case	Factor Scores (Spreadsheet1) Rotation: Varimax normalized Extraction: Principal components			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
1.	1,007	0,16	0,05	-0,49
2.	-0,17	0,22	-1,19	1,92
3.	-0,16	-0,47	1,59	2,22
4.	-1,76	0,104	-0,37	-1,12
5.	1,01	0,29	0,16	-0,18
6.	0,23	-0,03	-2,66	0,56
7.	-0,39	-0,38	-0,39	1,28
8.	0,58	0,39	0,73	-1,54
9.	-0,28	-0,3	-1,75	-0,38
10.	-1,59	0,93	0,82	-0,57
11.	-1,34	-0,27	0,16	-0,46
12.	1,12	0,24	-0,85	0,23
13.	0,006	-4,49	0,14	-0,09
14.	-0,95	0,22	0,48	-1,05
15.	1,004	0,28	0,04	-0,25
16.	0,16	0,04	-1,27	-0,95
17.	-2,24	0,5	-0,26	-0,54
18.	0,11	-0,18	0,12	1,01
19.	1,17	0,56	0,47	0,3
20.	-1,24	-0,06	-0,71	0,14
21.	-0,19	0,53	0,96	1,49

Case	Factor Scores (Spreadsheet1) Rotation: Varimax normalized Extraction: Principal components			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
22.	0,67	-0,58	-0,32	-0,68
23.	-0,57	0,42	1,15	1,54
24.	0,29	0,49	0,71	-1,12
25.	1,26	-0,44	0,91	-0,36
26.	0,02	-0,19	1,94	-0,74
27.	1,64	0,33	-0,14	-0,8
28.	0,6	1,66	-0,54	0,67

Таблица 5

Факторные нагрузки у людей, прошедших радиойодтерапию

Variable	Factor Loadings (Varimax normalized) (Spreadsheet1) Extraction: Principal components (Marked loadings are >,700000)			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Г	-0,01	0,27	-0,86	0,08
Т	0,86	0,13	0,03	-0,19
С	0,20	-0,18	0,18	-0,5
Н	0,88	0,02	0,12	0,15
П	-0,1	0,23	-0,12	-0,66
З	-0,49	0,24	0,15	0,47
О	0,67	0,29	0,22	-0,38
Р	-0,22	-0,35	-0,77	0,11
Ф	-0,71	0,35	0,03	0,25
Я	0,72	-0,13	0,28	-0,32
А	0,2	-0,27	0,25	-0,59
М	-0,001	-0,88	0,02	0,01
И	0,36	0,21	0,19	-0,69
Expl.Var	3,55	1,49	1,68	2,16
Prp.Totl	0,27	0,11	0,12	0,16

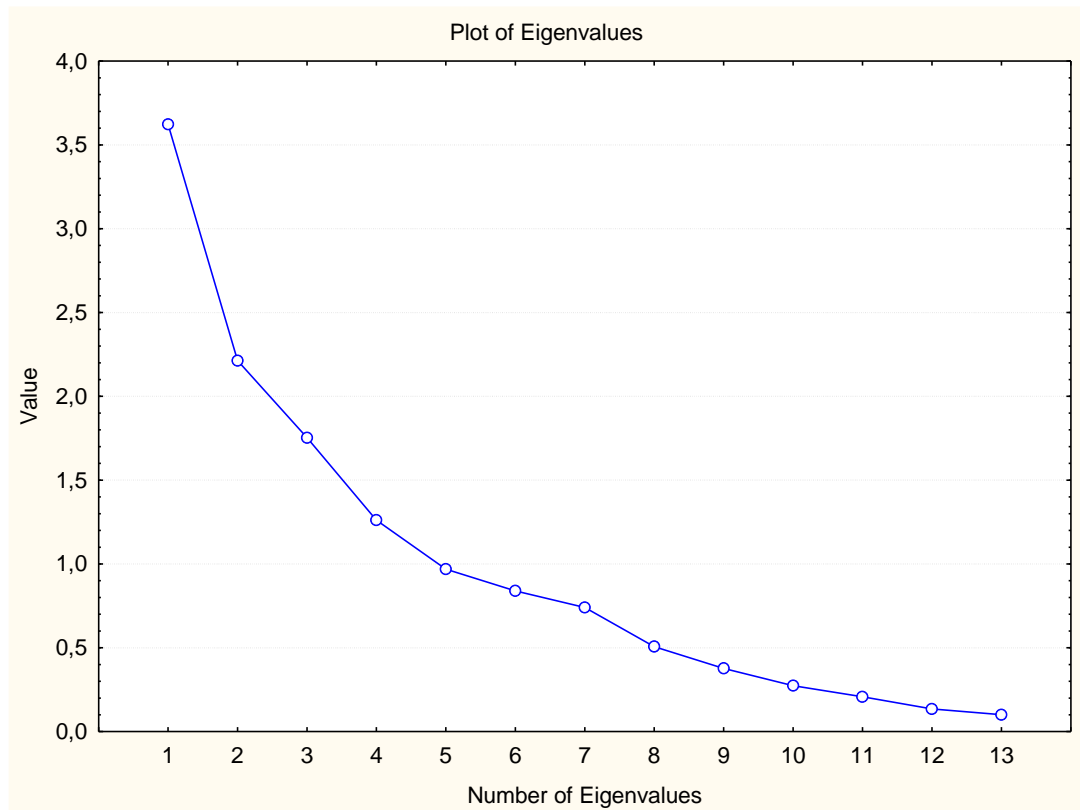


Рис. 6. График собственных значений факторов у людей, прошедших только тиреоидэктомию

Таблица 6

Вес факторов в общей дисперсии у людей, прошедших только тиреоидэктомию
(% Total variance)

Value	Eigenvalues (Spreadsheet1) Extraction: Principal components			
	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1.	3,62	27,87	3,62	27,87
2.	2,21	17,02	5,83	44,89
3.	1,75	13,48	7,58	58,38
4.	1,26	9,70	8,85	68,08

На представленном графике (Рисунок 6) излом заметен после четвёртого фактора. Исходя из проверки факторов двумя методами, также было решено оставить только четыре фактора (таблица 6).

Таблица 7

Координаты объектов шкалирования в пространстве полученных факторов у людей, прошедших только тиреоидэктомию

Case	Factor Scores (Spreadsheet1) Rotation: Varimax normalized Extraction: Principal components			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
1.	0,12	-0,94	-0,76	-0,08
2.	0,72	0,97	-0,21	0,27
3.	-0,03	0,86	1,01	0,02
4.	-0,66	-1,38	1,97	-1,38
5.	-0,34	1,34	1,84	0,24
6.	0,63	0,65	0,06	-0,25
7.	1,3	-1,29	-2,01	-0,82
8.	0,13	-0,2	0,61	-0,59
9.	-0,72	-2,47	-0,51	-0,58
10.	1,73	-0,67	1,08	1,48
11.	0,69	-0,25	0,46	0,94
12.	-1,22	-0,4	-0,77	-0,44
13.	-0,65	0,56	-0,8	0,33
14.	-0,97	-0,16	-1,55	-0,57
15.	0,73	-0,85	-0,05	0,77
16.	-0,84	-0,81	-0,32	3,55
17.	-0,01	-1,23	1,38	-1,01
18.	2,83	0,53	0,19	-1,13
19.	-0,36	0,78	-0,52	-0,80
20.	-0,40	1,64	-0,6	-0,89
21.	-1,41	-0,04	1,57	0,04
22.	-0,79	0,82	-0,39	-0,31
23.	1,23	0,68	-0,57	0,72
24.	-0,27	0,06	-0,46	0,09
25.	-0,77	1,12	-0,6	0,36
26.	-0,65	0,65	-0,01	0,07

Таблица 8

Факторные нагрузки у людей, прошедших только тиреоидэктомию

Variable	Factor Loadings (Varimax normalized) (Spreadsheet1) Extraction: Principal components (Marked loadings are >,700000)			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4

Variable	Factor Loadings (Varimax normalized) (Spreadsheet1) Extraction: Principal components (Marked loadings are >,700000)			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Г	-0,18	-0,81	0,06	-0,29
Т	0,76	-0,16	0,16	-0,4
С	0,46	-0,52	-0,4	-0,07
Н	0,66	-0,33	0,5	-0,23
П	0,007	-0,52	0,03	0,53
З	-0,68	-0,43	-0,09	0,04
О	0,56	-0,05	-0,5	-0,26
Р	-0,31	-0,29	0,53	-0,38
Ф	-0,67	-0,38	-0,2	-0,17
Я	0,74	-0,2	-0,12	0,41
А	0,3	0,3	0,69	0,09
М	0,24	0,38	-0,46	-0,4
И	0,53	-0,38	-0,02	0,26
Expl.Var	3,62	2,21	1,75	1,26
Prp.Totl	0,27	0,17	0,13	0,09

2.2.2. РЕЗУЛЬТАТЫ РАСЧЁТОВ ПО U-КРИТЕРИЮ МАННА-УИТНИ

В работе мы использовали непараметрический статистический критерий – U-критерий Манна-Уитни, так как выборки получились разные по значению. Для проведения оценки различий использовались контролируемые переменные. Первую выборку составили люди с заболеванием онкологией щитовидной железы, прошедшие радиойодтерапию, 28 человек. Вторую выборку составили люди с заболеванием онкологией щитовидной железы, прошедшие только хирургическое удаление ЩЖ (тиреоидэктомия) – это 26 человек.

Число испытуемых в группах не превышает 60 человек, минимальное число испытуемых – 3 человека в каждой группе, объём групп не является строго одинаковым, сравниваемыми показателями является выраженность типов отношения к болезни.

Расчет U-критерия Манна-Уитни

variable	Mann-Whitney U Test (Spreadsheet 1)									
	By variable Лечение Marked tests are significant at $p < .05000$									
	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N Group 1	Valid N Group 2	2*1sided exact p
Г	743,5	741,5	335,5	0,49	0,62	0,50	0,61	26	28	0,62
Т	774,5	710,5	304,5	1,03	0,3	1,05	0,29	26	28	0,3
С	790,5	694,5	288,5	1,3	0,19	1,34	0,17	26	28	0,19
Н	739,5	745,5	339,5	0,42	0,67	0,43	0,66	26	28	0,67
П	726,5	758,5	352,5	0,19	0,84	0,20	0,83	26	28	0,84
З	840	645	239	2,16	0,03	2,20	0,02	26	28	0,03
О	792	693	287	1,33	0,18	1,38	0,16	26	28	0,18
Р	752	733	327	0,64	0,52	0,65	0,51	26	28	0,53
Ф	727	758	352	0,2	0,83	0,21	0,83	26	28	0,84
Я	693	792	342	-0,38	0,7	-0,39	0,68	26	28	0,71
А	729,5	755,5	349,5	0,25	0,80	0,29	0,76	26	28	0,8
М	716,5	768,5	362,5	0,02	0,97	0,07	0,93	26	28	0,97
И	670,5	814,5	319,5	-0,77	0,44	-0,8	0,42	26	28	0,44

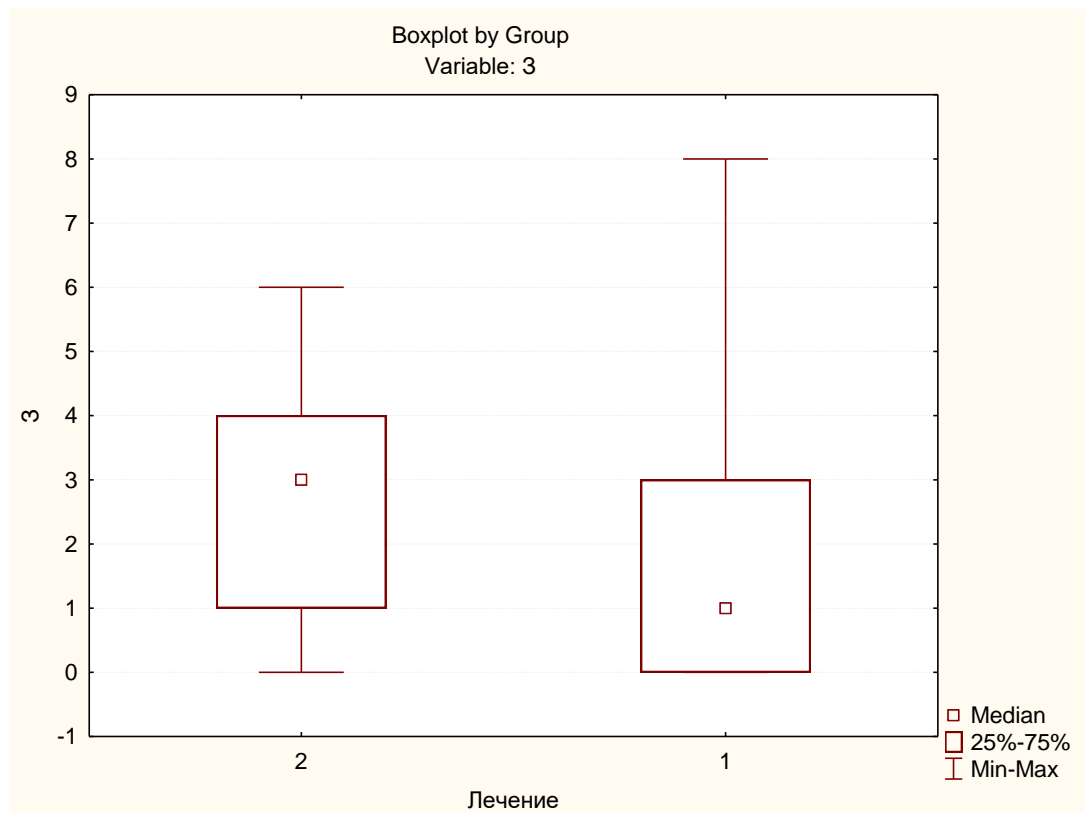


Рис. 6. Боксплот анозогностического (3) типа отношения к болезни у прошедших (1) радиойодтерапии и не прошедших (2)

Исходя из данных, можно сделать вывод, что между контролируруемыми переменными (прохождение через радиойодтерапию или только тиреоидэктомию) не было выявлено значимых различий.

Статистически достоверно ($p < 0,01$) у прошедших радиойодтерапию (1, Рисунок 6) и только тиреоидэктомию (2, Рисунок 6) различается анозогнозический (3) тип отношения к заболеванию, которому характерно активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Анозогнозический тип превалирует у тех, кто не проходил через радиойодтерапию.

2.2.3. РЕЗУЛЬТАТЫ РАСЧЁТОВ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА

Объектами для кластеризации выступали типы отношения к заболеванию: 1. Гармоничный (Г); 2. Тревожный (Т); 3. Сенситивный (С); 4. Неврастенический (Н); 5. Паранойяльный (П); 6. Анозогнозический (З); 7. Obsessивно-фобический (О); 8. Эргопатический (Р); 9. Эйфорический (Ф); 10. Эгоцентричный (Я); 11. Апатический (А); 12. Меланхолический (М); 13. Ипохондрический (И).

Дескрипторы (конструкторы) можно посмотреть в Таблице 2.

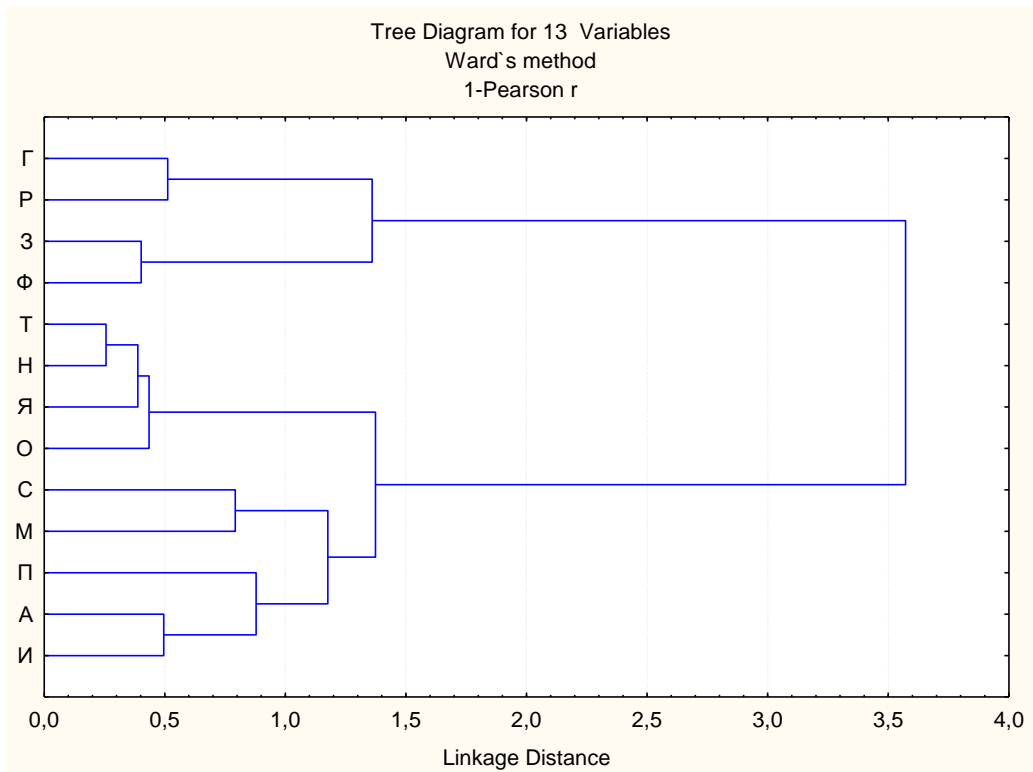


Рис. 7. Кластерное дерево типов отношения к болезни у людей, прошедших радиойодтерпию

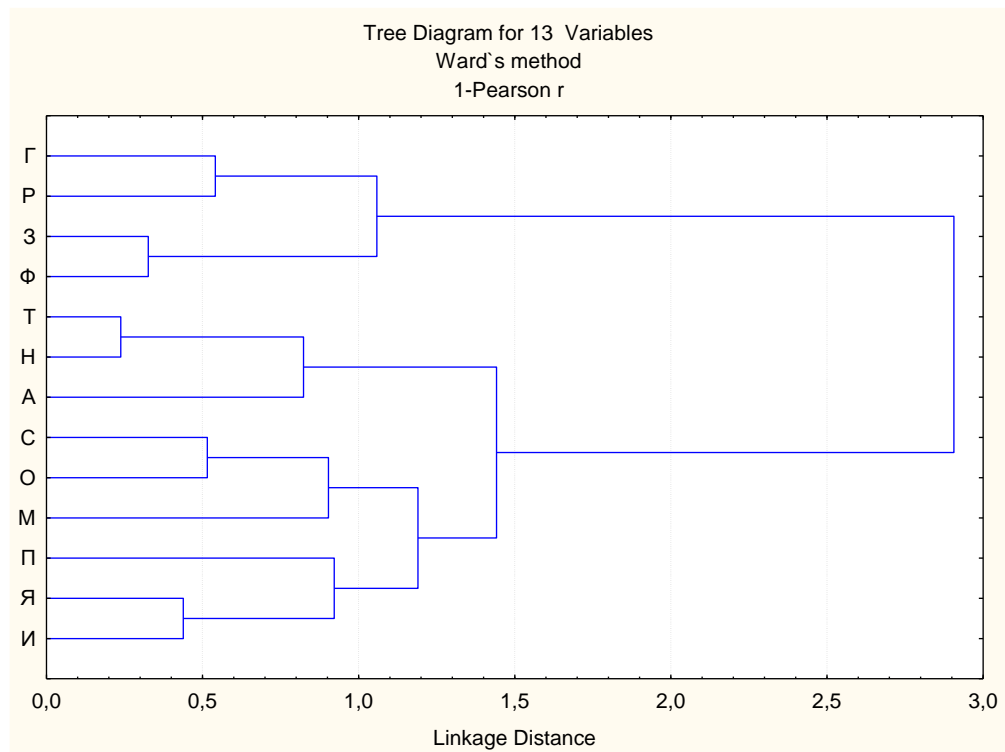


Рис. 8. Кластерное дерево типов отношения к болезни у людей, прошедших только тиреоидэктомия

2.3. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

2.3.1. ОБСУЖДЕНИЕ РАСЧЁТОВ ФАКТОРНОГО АНАЛИЗА

Первыми рассмотрим факторы у группы, которая проходила лечение радиойодтерапией.

Таблица 10

Фактор 1			
«Опасение – Пренебрежение»			
0,88	Неврастенический (Н)	1,64	27
0,86	Тревожный (Т)	1,26	25
0,72	Эгоцентричный (Я)	1,17	19
0,67	Обсессивно-фобический (О)	1,12	12
		1,01	5
		1,007	1
		1,004	15
		-0,95	14
		-1,24	20
		-1,34	11
		-1,59	10
-0,49	Анозогнозический (З)	-1,76	4
-0,71	Эйфорический (Ф)	-2,24	17

Данные таблицы 10 показывают **первый фактор**, который можно назвать **«Опасение – Пренебрежение»**. Этот фактор имеет наибольшую нагрузку. Можно сделать вывод, что респонденты оценивали заболевание в большей степени по этому фактору, разделяя на свои впечатления от опасного к безопасному варианту развития болезни.

Положительный полюс фактора характеризует человека как тревожного, опасяющегося маловероятных осложнений заболевания, ушедшего в своё заболевание, неспособного ждать облегчения, а вследствие этого со вспышками раздражения. Под этот фактор подошли испытуемые под номерами 27, 25, 19,

12, 5, 1 и 15 (см. таблицу 2). В основном это смешанный тип. Из данных можно предположить, что при неврастеническом типе, когда больной сталкивается с частыми вспышками раздражительности, человек углубляется в заболевание и находится в ожидании осложнений или других заболеваний.

В отрицательном полюсе эйфорический тип, который характеризуется легкомыслием по отношению к заболеванию и необоснованным повышенным настроением. В этот полюс вошли такие испытуемые под номерами как 17, 4, 10, 11, 20, 14. Из всего можно предположить, что приподнятое настроение связано с тем, что они задумываются о будущем не в ключе заболевания.

Таблица 11

Фактор 2			
«Пренебрежение – Удрученность»			
0,35	Эйфорический (Ф)	1,66	28
0,29	Обсессивно-фобический (О)	0,93	10
-0,88	Меланхолический (М)	-4,49	13

Второй фактор (таблица 11) можно назвать *«Пренебрежение – Удрученность»*. Этот фактор имеет наименьшее количество испытуемых. Можно сказать, что это из-за того, что меланхолический тип отношения к заболеванию не является доминирующим у людей с онкологией щитовидной железы.

Положительный полюс обозначает пренебрежительное отношение к своему заболеванию, наигранное повышенное настроение, но при этом опасений, которые не являются реальными, а также неудач в других сферах. В этом факторе испытуемые 28 и 10.

Удрученность болезнью и возможное депрессивное состояние показывает отрицательный полюс фактора. Сюда входит респондентка 13, которая единственная набрала балл по меланхолическому типу отношения к болезни, но

он не стал преобладающим. Тем не менее этот полюс имеет высокое значение факторной нагрузки.

Таблица 12

Фактор 3			
«Уход в болезнь – Трезвая оценка»			
0,28	Эгоцентричный (Я)	1,94	26
		1,59	3
		1,15	23
		0,96	21
		0,91	25
		0,82	10
		0,73	8
		0,71	24
		-0,71	20
		-0,85	12
		-1,19	2
		-1,27	16
-0,77	Эргопатический (Р)	-1,75	9
-0,86	Гармоничный (Г)	-2,66	6

Результаты расчётов представлены в таблице 12. **Третий фактор** можно назвать *«Уход в болезнь – Трезвая оценка»*. Этот фактор характеризует деструктивность отношения к заболеванию.

Положительный полюс описывает более негативные характеристики, показывает выставление своих страданий напоказ и концентрацию на них. В него вошли испытуемые 26, 3, 23, 21, 25, 10, 8, 24.

Важно отметить, что в отрицательном полюсе нельзя сказать, что описываются негативные характеристики. Это гармоничный тип, который предполагает трезвую оценку своего состояния и содействие в успехе лечения, а также эргопатический, который предполагается как условно-адаптивный и обозначает желание сохранить работоспособность. К этому типу в основном

отнеслись испытуемые, которым по методике не присвоен гармоничный тип из-за преобладающих других типов. Но можно сказать, что для этих людей приближение к гармоничному типу может стать ресурсным. Список составили: 6, 9, 16, 2, 12 и 20. Чистый гармоничный тип у респондентов 16 и 9.

Таблица 13

Фактор 4 «Обойдётся – Что-то случится»			
0,47	Анозогностический (З)	2,22	3
		1,92	2
		1,54	23
		1,49	21
		1,28	7
		1,01	18
		-0,74	26
		-0,8	27
		-0,95	16
		-1,05	14
		-1,12	4
-0,66	Паранойяльный (П)	-1,12	24
-0,69	Ипохондрический (И)	-1,54	8

Последний, **четвёртый фактор** называется *«Обойдётся – Что-то случится»* и представлен в таблице 13.

Положительный полюс составили люди, которые считают, что с их заболеванием всё «обойдётся». Это люди с номерами 3, 2, 23, 21, 7 и 18.

Отрицательный полюс характеризуется сосредоточением и преувеличением, мыслями про злой умысел. Сюда вошли люди под такими номерами, как 8, 24, 4, 14, 16, 27, 26.

Вывод. Таким образом, в процессе работы в обеих группах мы выявили 4 основных фактора, по которым респонденты транслируют своё отношение к заболеванию. Это *«Опасение – Пренебрежение»*, *«Пренебрежение – Удрученность»*, *«Уход в болезнь – Трезвая оценка»*, *«Обойдётся – Что-то случится»*.

Следующая группа, факторы которой мы рассмотрели – это испытуемые, у которых было только полное удаление щитовидной железы (тиреоидэктомия).

Таблица 14

Фактор 1 «Опасение – Пренебрежение»			
0,76	Тревожный (Т)	2,83	18
0,74	Эгоцентричный (Я)	1,73	10
0,66	Неврастенический (Н)	1,3	7
0,56	Обсессивно-фобический (О)	1,23	23
0,53	Ипохондрический (И)	0,73	15
		0,72	2
		-0,72	9
		-0,77	25
		-0,79	22
		-0,84	16
		-0,97	14
-0,67	Эйфорический (Ф)	-1,22	12
-0,68	Анозогнозический (З)	-1,41	21

В таблице 14 **первый фактор** отображают такие же данные, как и в группе радиойодтерапии. Это фактор *«Опасение – Пренебрежение»*. Во второй группе испытуемых этот фактор имеет ещё большую нагрузку, чем в первой.

Как и у первой группы, положительный полюс характеризует тревожного и опасяющегося. В этом факторе находятся люди под номерами 18, 10, 7, 23, 15 и 2 (см. таблицу 2 справа). Некоторые из них имеют осложнения, например 18 (Ксения) имеет осложнение в виде тиреоидита Хашимото.

В отрицательном полюсе отличие от первой группы в незначительном изменении положения типов отношения к болезни, которое не меняет характеристики фактора. Тут присутствуют респонденты 21, 12, 14, 16, 22, 25 и 9. Можно предположить, что людям с тиреоидэктомией более свойственно отбрасываем мыслей о заболевании.

Таблица 15

Фактор 2			
«Удрученность – Трезвая оценка»			
0,389	Меланхолический (М)	1,64	20
0,302	Апатический (А)	1,34	5
		1,12	25
		0,97	2
		0,86	3
		0,82	22
		0,78	19
		-0,81	16
		-0,85	15
		-0,94	1
		-1,23	17
		-1,29	7
		-1,38	4
-0,81	Гармоничный (Г)	-2,47	9

Таблица 15 демонстрирует **второй фактор**, который можно назвать *«Удрученность – Трезвая оценка»*.

Положительный полюс фактора имеет противопоставление адаптивному типу отношения к болезни. Негативная характеристика полюса заключается в том, что он показывает неверие в выздоровление, удрученность и пассивное подчинение лечению. Сюда вошли люди с номерами 20, 5, 25, 2, 3, 22 и 19.

Адаптивный тип находится в отрицательном полюсе. В этот полюс вошли 9, 4, 7, 17, 1, 15, 16. Респонденты в основном смешанного типа.

Таблица 16

Фактор 3			
«Безразличие – Мнительность»			
0,69	Апатический (А)	1,97	4
0,53	Эргопатический (Р)	1,84	5
		1,57	21

Фактор 3 «Безразличие – Мнительность»			
		1,38	17
		1,08	10
		1,01	3
		-0,76	1
		-0,77	12
		-0,8	13
-0,46	Меланхолический (М)	-1,55	14
-0,5	Обсессивно-фобический (О)	-2,01	7

В таблице 16 показаны результаты расчётов. *«Безразличие – Мнительность»* – это **третий фактор**. Этот фактор показывает две полярности защитной реакции на заболевание.

В положительном факторе обозначаются типы отношения, показывающие безразличие или уход от болезни. Хотя эргопатический и является условно-адаптивным, он также может показывать избегание болезни в работе или учёбе. В этот полюс входят женщины под номерами 4, 5, 21, 17, 10 и 3.

В отрицательный полюс вошли респонденты 7, 14, 13, 12 и 1. Этот полюс характеризуется излишней мнительностью и неверием в выздоровление.

Таблица 17

Фактор 4 «Вина кого-то – вина болезни»			
0,53	Паранойяльный (П)	3,55	16
0,41	Эгоцентричный (Я)	1,48	10
		0,94	11
		0,77	15
		0,72	23
		-0,8	19

		-0,82	7
--	--	-------	---

Продолжение таблицы 17

Фактор 4			
«Вина кого-то – вина болезни»			
		-0,89	20
		-1,01	17
-0,402	Тревожный (Т)	-1,13	18
-0,403	Меланхолический (М)	-1,38	4

Последний фактор из таблицы 17 называется **«Вина кого-то – вина болезни»**.

В положительном полюсе описываются типы, которые направлены не на ощущения больного, а на людей извне. Например, при паранойяльном типе есть уверенность чьего-то злого умысла или вины в своём заболевании других, а при эгоцентрическом типе требуется особое отношение к себе в связи с болезнью. Этот фактор заполняют люди с номерами 16, 10, 11, 15 и 23.

Отрицательный полюс называется «вина болезни» из-за сосредоточения на своём заболевании и последующих последствий от него, которое провоцирует субдепрессию и беспокойство. Здесь люди 4, 18, 17, 20, 7, 19.

Вывод. Во второй группе, в которую входили люди, не проходящие радиойод, мы выделили факторы **«Опасение – Пренебрежение»**, **«Удрученность – Трезвая оценка»**, **«Безразличие – Мнительность»**, **«Вина кого-то – вина болезни»**.

Сравнив обе группы, важно выделить то, что первый фактор, который имеет наибольшую нагрузку, преобладает у обеих групп, что говорит о том, что различия являются незначительными. Также обе группы показывают адаптивный тип, но в отрицательном полюсе, что говорит о том, что у людей с онкологией щитовидной железы преобладают дезадаптивные типы.

Также в первой группе к адаптивному добавляется и условно-адаптивный тип, который называется эргопатическим, тогда как во второй группе сходство этих типов не прослеживается.

2.3.2. ОБСУЖДЕНИЕ РАСЧЁТОВ ПО U-КРИТЕРИЮ МАННА-УИТНИ

При изучении рисунка 6, можно обратить внимание на то, что у людей, проходящих радиойодтерапию и только тиреоидэктомию, отличительным типом отношения к заболеванию является анозогнозический (3). Этот тип отношения к болезни превалирует у людей, которые либо пока ещё не проходили лечение, либо оно им назначено не было. Можно сделать вывод, что, не видя результат лечения или не имея дополнительного лечения кроме медикаментозного (в основном это гормонотерапия), люди отбрасывают мысли о заболевании и о возможных последствиях. Это может быть связано с тем, что люди, проходящие радиойодтерапию, в течение недели находясь в больнице и готовясь перед этим месяц к самому лечению, успевают полностью осознать всю серьёзность заболевания, дольше времени находясь в стрессовом состоянии и в ситуации неопределённости, а также проходя изоляцию в течение недели после самого лечения, иногда даже месяц, если имеются дети, беременные или пожилые родственники и близкие, с которыми проживает больной.

2.3.3. ОБСУЖДЕНИЕ РАСЧЁТОВ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА

При анализе кластерного дерева каждой группы (Рисунки 7 и 8) можно условно в обоих случаях выделить пять основных кластеров.

Первые два кластера у обеих групп одинаковые.

Первый кластер образуют гармоничный и эргопатический типы отношения. Возможно, это связано с тем, что людям легче справляться с мыслями о заболевании, когда они уходят в работу или учёбу. Это адаптивный и условно-адаптивный типы.

Второй кластер объединяет анозогнозический и эйфорический типы. Они довольно похожи между собой, так как при анозогнозическом типе

отношения к заболеванию люди отбрасывают мысли о заболевании, а при эйфорическом легкомысленном отношении к болезни, то есть в обоих случаях люди игнорируют существование заболевания и не принимают его наличие.

Тревожный и неврастенический тип собирают **третий кластер**. Это объясняется тем, что они схожи яркими негативными эмоциями по типу тревоги и раздражительности. Также этим типам характерно беспокойство и нетерпеливость, неумение быть в ожидании. При рассмотрении первой группы людей, прошедших радиойодтерапию, к третьему кластеру присоединяется эгоцентричный и обсессивно-фобический типы, которые можно объединить по тому, как оба типа «уходят» в заболевание, например, при эгоцентрическом делают болезнь напоказ, а при обсессивно-фобическом добавляется упор на неудачах не только при заболевании, но и в сферах жизни. У тех, кто проходил только тиреоидэктомию, к третьему кластеру присоединился апатический тип отношения к заболеванию, который подразумевает безразличие, а общим фактором является то, что направленность идёт на отношение к лечению и лекарственным препаратам.

Четвёртый кластер у обеих групп схож, но у тех, кто проходил лечение радиойодтерапией, теряется обсессивно-фобический тип. Этот кластер в себе содержит сенситивный, обсессивно-фобический и меланхолический. Сенситивный и обсессивно-фобический типы схожи тем, что оба типа отношения к заболеванию вкладывают в себя мнительность, опасения, направленные не только на заболевания, но и на другие сферы жизни и окружающих людей, а меланхолический эти опасения превращает в неверие в выздоровление. У группы радиойода боязнь стать обузой и удрученность болезнью связана. Можно предположить, что раз они проходят через такое сложное лечение, которое имеет долгую подготовку и изоляцию, отношения с близкими могут портиться и без дополнительной поддержки переходить в депрессивное настроение.

Пятый кластер схож паранойяльным и ипохондрическим типом, но различается тем, что у группы радиойода добавляется апатический, а у группы тиреоидэктомии эгоцентрический тип отношения к заболеванию.

Ипохондрический и паранойяльный схожи мнительностью по отношению к медицинскому персоналу и процедурам, лекарствам, а также излишняя сосредоточенность. У первой группы добавляется пассивное подчинение лечению. Можно предположить, что это связано с тем, что лечение радиойодом назначается при различных осложнениях заболевания, поэтому люди более склонны выполнять все рекомендации по лечению, но относятся к ним беспокойно. В то время как группа, которой только удаляли щитовидную железу, добавляет к этому уход в болезнь с требованием к себе особого отношения. Предположительно потому, что как раз при ипохондрическом типе свойственно преувеличение значения ощущений. Может быть связано с тем, что у некоторых представителей этой группы только начало лечения и они находятся в самом эпицентре проблемы, тем временем как люди, уже прошедшие радиойод, больше осознают своё заболевание.

Стоит обратить внимание на то, что первый и второй кластер ставятся в противоположность остальным. Это объясняется тем, что в этих кластерах наиболее «позитивные» типы отношений. В них люди, которые либо имеют гармоничный тип отношения, либо уходят от заболевания разными способами, например уходом в работу или отбрасыванием мыслей о болезни.

Можно сделать вывод о том, что в основном у обеих групп схожие типы отношения к заболеванию по адаптивным типам или условно-адаптивным. Тем временем как различия проявляются в дезадаптивных типах и являются не особо существенными, но меняются из-за условий, в которых находятся или находились испытуемые.

ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ

В ходе исследования в выборке приняли участие 54 женщины в разном возрастном диапазоне от 18 до 70 лет (средний возраст 36). Из них 28 человек проходили лечение радиоiodом, а 26 только тиреоидэктомией.

Для сбора данных была выбрана методика «Тип отношения к болезни» Санкт-Петербургского Психоневрологического НИИ им. В.М. Бехтерева (ТОБОЛ). Результаты были обработаны в программе STATISTICA 8 методом факторного анализа, кластерного анализа и U-критерия Манна-Уитни.

При использовании опросника ТОБОЛ были использованы 13 диагностируемых типов отношений к болезни: Гармоничный (Г), Тревожный (Т), Сенситивный (С), Неврастенический (Н), Паранойяльный (П), Анозогнозический (З), Обсессивно-фобический (О), Эргопатический (Р), Эйфорический (Ф), Эгоцентричный (Я), Апатический (А), Меланхолический (М) и Ипохондрический (И) [Личко, Иванов, 1980]. В Google Forme испытуемым было предложено выбрать от 1 до 3 выборов по двенадцати темам: 1. Самочувствие; 2. Настроение; 3. Сон и пробуждение ото сна; 4. Аппетит и отношение к еде; 5. Отношение к болезни; 6. Отношение к лечению; 7. Отношение к врачам и медперсоналу; 8. Отношение к родным и близким; 9. Отношение к работе (учебе); 10. Отношение к окружающим; 11. Отношение к одиночеству; 12. Отношение к будущему. Полученные результаты анкет заносились в Excel, где в последствии формировалась суммарная матрица для дальнейшей статистической обработки.

По расчётам факторного анализа были выявлены 4 основных фактора в обеих группах. В группе радиоiodтерапии это «Опасение – Пренебрежение», «Пренебрежение – Удрученность», «Уход в болезнь – Трезвая оценка», «Обойдётся – Что-то случится». В группе, где были женщины, которым только удалили щитовидную железу (тиреоидэктомия), были выделены такие факторы, как «Опасение – Пренебрежение», «Удрученность – Трезвая оценка», «Безразличие – Мнительность», «Вина кого-то – вина болезни».

По обеим группам было важно выделить то, что их различия по фактору с наибольшей нагрузкой является незначительным. Также можно отметить близость гармоничного типа к эргопатическому, в котором предусматривается уход в работу или учёбу.

По результатам расчётов по U-критерию Манна-Уитни можно сделать вывод о том, что различия между проходящими радиойодтерапию и только тиреоидэктомии обуславливается одним типом отношения к болезни, который показывает наименее серьёзное отношение к самому заболеванию у людей, которые не проходили через радиойод. Этот тип отношения – анозогностический.

По расчётам кластерного анализа можно заметить, что в большей степени результаты совпадают, но всё же есть различия, которые ощущаются на примере третьего, четвёртого и пятого кластеров.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема повышения заболеваемости онкологией в мире долгое время стоит злободневной темой, у многих людей есть знакомые, близкие или родственники, которые столкнулись с этим заболеванием. Остро стоит тема взаимодействия с пациентами, так как многие люди, столкнувшись с таким заболеванием, могут сильно меняться по своему поведению, поэтому важно рассмотреть то, как люди переживают своё заболевание, совокупность влияющих факторов, таких как самочувствие, причины заболевания и т.д. Сейчас онкология щитовидной железы встречается всё чаще, возраст заболевания уменьшается и нередко можно встретить даже детей и подростков, хотя раньше считалось, что это заболевание появляется от 30 лет. Особенностью этого вида онкологии является лечение – тиреоидэктомия и радиойодтерапия. Поэтому в нашей работе мы рассмотрели людей с онкологией щитовидной железы, прошедших такое лечение, как радиойодтерапию и их внутреннюю картину заболевания. Таким образом, целью исследования стало изучение особенностей внутренней картины болезни у больных онкологией щитовидной железы. Из цели мы выделили гипотезы, которые получилось подтвердить за счёт результатов тестирования. Получается, что у людей с онкологией щитовидной железы действительно доминируют дезадаптивные типы отношения к заболеванию, а также различаются при разном лечении на примере радиойодтерапии и тиреоидэктомии.

Так как заболевание щитовидной железы встречается в большей степени у женщин, то мы решили рассмотреть только их. В исследовании приняли участие 54 женщины от 18 до 70 лет. Некоторые из них проходили лечение только тиреоидэктомией, это 26 человек и 48% от общего числа участниц. Остальные 28 женщин (52%), помимо удаления щитовидной железы, также проходили и радиойодтерапию. Для сбора данных была применена методика «ТОБОЛ», а результаты были обработаны факторным анализом, кластерным и

по U-критерию Манна-Уитни. Результаты помогли частично подтвердить эмпирические гипотезы, которые говорили о том, что дополнительные факторы усиливают дезадаптивный тип отношения к болезни и что у тех, кто не проходил радиойодтерапию, присутствует отбрасывание мыслей о своём заболевании. Это показали расчёты по U-критерию Манна-Уитни, который выделил у людей с только тиреоидэктомией превышающий анозогнозический тип. Расчёты также выделили наименее встречающийся тип отношения – меланхолический, что подтверждается частотным анализом.

Таким образом, по статистическим данным, получилось подтвердить эмпирические гипотезы. Преобладание дезадаптивных типов отношения к болезни свойственно людям с онкологией щитовидной железы, у обеих групп (люди, прошедшие радиойодтерапию и люди, которые прошли тиреоидэктомию) различаются преобладающие типы, основное отличие группы, в которой люди прошли только через удаление ЩЖ, проявляется в анозогнозическом типе, который подразумевает отбрасывание мыслей о болезни.

Опираясь на информацию, полученную в ходе исследования, психологи-консультанты или клинические психологи, смогут лучше понимать внутреннюю картину людей с онкологией щитовидной железы и подбирать методики для психолого-реабилитационных мероприятий или психологического сопровождения. Также полученная информация поможет в работе психолога, подготовит будущих консультантов по онкопсихологии, ведении различных тренингов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Hudiyawati D., Syafitry W. Effectiveness of Physical and Psychological Treatment for Cancer-Related Fatigue: Systematic Review // *Jurnal Kesehatan*. 2021. № 14 (2). Pp. 195–211. DOI: 10.23917/jk.v14i2.15596.
2. Iordăchescu D.A, Paica C.I., Otilia V.E., Gică N. et al. Psychological intervention in breast cancer pathology // *Romanian Journal of Medical Practice*. 2021. № 16(3). Pp. 17–21. DOI: 10.37897/RJMP.2021.S3.4.
3. Oh H.M., Son C.G. The risk of psychological stress on cancer recurrence: A systematic review // *Cancers*. 2021. № 13(22). P. 5816.
4. Pereira M.A., Araújo A., Simões M., Costa C. Influence of Psychological Factors in Breast and Lung Cancer Risk – A Systematic Review // *Frontiers in Psychology*. 2021. № 12. P. 19. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.769394.
5. Rajendran S. Prevalence of psychological problems among gynecological cancer survivors // *International Journal of Advanced Research and Development*. 2021. № 4(5). Pp. 138–142.
6. Александровский Ю.А. Пограничная психиатрия. М. : РЛС, 2006. 1280 с. URL: <https://www.rlsnet.ru/library/books/pogranichnaya-psixiatriya/63-vnutrennyaya-kartina-bolezni-luriya-r.a>.
7. Алёхин А.Н., Кондратьева К.О. Семантика переживания психической травмы молодыми женщинами со злокачественными новообразованиями молочной железы // *Известия РГПУ им. А.И. Герцена*. 2019. № 194. С. 38–46.
8. Артемьев К.В., Хусаинова И.Р. Психологическое сопровождение онкологических больных // *Онкология и радиология Казахстана*. 2016. № 1. С. 10–13.
9. Асеев В.Г. Психическое состояние и отношение к болезни у онкобольных разного пола // *СПЖ*. 2012. № 46. С. 161–168.

10. Ахильгова М.Т. Специфика методов коррекции эмоционального напряжения онкобольных в посткризисный период // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки. 2015. № 2. С. 124–130.
11. Баянкулов Р.И. Психическое состояние и отношение к болезни у онкологических пациентов // Онкология и радиология Казахстана. 2017. № 4(46). С. 23–26.
12. Беляев А.М., Бернацкий А.С., Вагайцева М.В., Демин Е.В. и др. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. СПб : Любавич, 2017. 352 с.
13. Бердникова А.С., Паршина В.А. Радиойодтерапия заболеваний щитовидной железы // Информация как двигатель научного прогресса. 2018. С. 44–52.
14. Болбат Н.С. Внутренняя картина болезни. Реакция личности на болезнь : учебно-методическое пособие. Минск : БГМУ. 2021. 24 с.
15. Бородай А.М. Внутренняя картина болезни как фактор успешности терапии // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2015. Спецвыпуск ч. 2. С. 343–344.
16. Бутрина В.И. Необходимость психологической коррекции при онкологических заболеваниях // Клинический опыт Двадцатки. 2014. № 1(21). С. 39–40.
17. Вагайцева М.В. Психологические аспекты реабилитации онкологических пациентов // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2019. № 3(3). С. 40–43. DOI 10.36425/2658-6843-2019-3-40-43.
18. Василенко А.А. Семья как основной ресурс психологической поддержки онкологического больного // Смысл, функции и значение разных отраслей практической психологии в современном обществе : сборник научных трудов, Хабаровск, 22–25 ноября 2016 года. Хабаровск : Тихоокеанский государственный университет. 2017. С. 237–242.

19. Вассерман Л.И. и др. Психологическая диагностика отношения к болезни // Пособие для врачей. СПб : НИПНИ им. Бехтерева. 2005. 32 с.
20. Гарбузов П.И. и др. Радиойодтерапия рака щитовидной железы // Практическая онкология. 2007. № 8(1). С. 42–45.
21. Гервальд В.Я., Климачев В.В., Иванов А.А., Рагулина В.Д. и др. Рак щитовидной железы // МНИЖ. 2014. № 8–3(27). С. 17–18.
22. Григорьева И.В., Игумнов С.А. Медико-психологическая помощь и особенности внутренней картины болезни пациентов с раком щитовидной железы // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2009. № 5. С. 27–32.
23. Ельникова О.Е. Субъективная реакция человека на болезнь: анализ проблемы // Психология образования в поликультурном пространстве. 2014. № 1(25). С. 10–18.
24. Ермаков П.Н. Этноконфессиональные особенности внутренней картины болезни онкологических больных // Вестник психотерапии. 2016. № 60(65). С. 113–123.
25. Заливин А.А., Набока М.В., Волосникова Е.С. Психолого-психотерапевтические аспекты реабилитации онкологических пациентов // Омский психиатрический журнал. 2019. № 3(21). С. 36–40.
26. Зябкина И.В. Внутренняя картина здоровья и внутренняя картина болезни // Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Социология. Педагогика. Психология. 2021. № 7(1). С. 126–137.
27. Кияев А.В. и др. Распространенность заболеваний щитовидной железы у детей и подростков в йододефицитном регионе // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2007. № 3(2). С. 33–38.
28. Климова М.О., Циринг Д.А. Личностная беспомощность как фактор течения болезни при онкозаболеваниях (теоретический анализ) // АНИ: педагогика и психология. 2020. № 1(30). С. 362–366.

29. Кондратьева Т.Т., Павловская А.И., Врублевская Е.А. Морфологическая диагностика узловых образований щитовидной железы // Практическая онкология. 2007. № 8(1). С. 9–16.

30. Кроян Г.Ф., Гурова О.С. Анализ взаимосвязи специфики переживания времени и эмоционального отношения к болезни у онкологических больных // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. 2019. № 4(15). С. 114–120.

31. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Методика определения типа отношения к болезни // Журнал невропатологии и психиатрии. 1980. Т. 8. С. 1527–1530.

32. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. М. : Мир, 1977. 138 с.

33. Лутошлива Е.С., Воробьева Е.С., Турганова Г.Э. Особенности депрессивного состояния онкобольных на разных стадиях заболевания // Baikal Research Journal. 2018. №4. DOI 10.17150/2411-6262.2018.9(4).8

34. Малинина М.П. Особенности социальной адаптации и психологического состояния онкологических больных // Охрана здоровья населения Дальнего Востока: векторы развития : Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Хабаровск, 19 апреля 2019 года. Хабаровск : Тихоокеанский государственный университет. 2019. С. 88–93.

35. Милюкова О.В. Соотношение внутренней картины здоровья и внутренней картины болезни в структуре личности // Вестник Тверского государственного технического университета. Серия: Науки об обществе и гуманитарные науки. 2020. № 2(21). С. 56–64.

36. Мирошкин Р.Б., Фисун Е.В. Использование принципов и методов краткосрочной стратегической терапии при ведении психологической online-группы для родителей детей, перенесших онкологическое заболевание // Педиатрический вестник Южного Урала. 2021. № 1. С. 31–41.

37. Назаркин С.Н. Юмор как средство совладания онкологических больных // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2016. № 2(1). С. 107–109.

38. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М. : Медицина, 2001. 260 с.
39. Николаева В.В. Динамика ВКБ как показатель кризиса развития личности в условиях болезни // Психосоматика: телесность и культура. М. : Академический Проект. 2009. С. 140–161.
40. Новикова Е.В. Комплексный подход в консультировании женщин, проживающих онкологическое заболевание // Символ науки: международный научный журнал. 2020. № 12–2. С. 167–170.
41. Петрухина А.Ю. Изучение особенностей эмоционального реагирования на болезнь у пациентов находящихся в экстремальной жизненной ситуации (на примере онкологических больных) // Психология-наука будущего: поиск молодых ученых. 2019. С. 68–70.
42. Позднякова А.Н. Влияние отношения к болезни у подростков с онкологическими заболеваниями на возникновение девиантного поведения // Скиф. 2018. № 12(28). С. 39–42.
43. Рытик Э.Г. Роль психотерапии в лечении и реабилитации онкогинекологических больных // Психиатрия. 2017. № 4(76). С. 108–114.
44. Семиглазова Т.Ю., Ткаченко Г.А., Чулкова В.А. Психологические аспекты лечения онкологических больных // Злокачественные опухоли. 2016. № 4. Спецвыпуск 1. С. 54–58.
45. Смулевич А.Б. Клинические особенности соматического заболевания и внутренняя картина болезни (на модели ишемической болезни сердца и бронхиальной астмы) // Клиническая медицина. 1999. № 2. С. 17–23.
46. Собенников В.С., Ясникова Е.Е. Я-концепция. Внутренняя картина болезни // ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава РФ. Иркутск : ИГМУ. 2013. 24 с.
47. Степанова Ю.С., Голов А.И., Бородай А.М. Внутренняя картина болезни как фактор успешности терапии // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2015. Спецвыпуск ч. 2. С. 343–344.

48. Тарасова Д.С. Особенности внутренней картины болезни у больных онкологическими заболеваниями // Известия высших учебных заведений. Уральский регион. 2018. № 1. С. 118–122.

49. Ткаченко Г.А. Организация психологической помощи онкологическим больным в многопрофильном стационаре // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2020. № 1. С. 143–146. DOI 10.26269/gab6-5611.

50. Фурса К.А. Внутренняя картина болезни и стрессоустойчивость онкобольных в зависимости от их взаимоотношений с медработниками // Сборник работ 70-й научной конференции студентов и аспирантов Белорусского государственного университета, 15–18 мая 2013 г. Минск : В 3 ч. Ч. 2. Минск. 2013. С. 178–182.

51. Фурса К.А. Внутренняя картина болезни у пациентов с онкологическим заболеванием // Сборник работ 68-й научной конференции студентов и аспирантов Белорусского государственного университета: в 3-х ч.: Ч. 3. Минск : БГУ. 2011. С. 52–56.

52. Челпанов В.Б. Феномены внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья как конкурирующие и взаимодополняющие психические реальности // Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. 2009. № 3(11). С. 147–155.

53. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Психолог в онкологической клинике: трудности и решения // Материалы IV Петербургского международного онкологического форума "Белые ночи 2018". СПб : Вопросы онкологии. 2018. С. 264–264.

54. Шематонova С.В. Связь психоэмоционального напряжения онкологических больных с их внутренней картиной болезни // Вестник образовательного консорциума Среднерусский университет. Серия: Гуманитарные науки. 2020. № 15. С. 80–82.

55. Шмеркевич А.Б. Медико-социологическое исследование институционализации региональной модели интегрированной медико-

социальной помощи онкологическим больным : автореф... дис. д-ра. мед. наук. М. 2021. 48 с.

56. Шмеркевич А.Б. Типологизация социальных рисков онкологических заболеваний // Изв. Саратов. ун-та Нов. Сер. Сер. Социология. Политология. 2017. № 4. С. 427–430.

57. Шушакова Ю.А. Психологическая реабилитация личности с онкологическими заболеваниями // Инновации в технологиях и образовании. 2017. С. 302–306.

58. Юркова М.Д. Особенности реагирования на болезнь у женщин на различных этапах онкологического заболевания (на примере рака молочной железы) // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности : Материалы III Международной научно-практической конференции, Улан-Удэ, 09–10 декабря 2015 года. Улан-Удэ: Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления. 2014. С. 251–252.

59. Янкова В.В. Арт-терапия как средство снижения уровня тревожности в предоперационный период у людей в условиях онкологического заболевания // Современная психология: теория и практика : Материалы XVII международной научно-практической конференции, Москва, 14–15 октября 2015 года. М. : Научно-информационный издательский центр "Институт стратегических исследований". 2015. С. 113–117.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Опросник «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)»

1. Самочувствие

1. С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие
2. Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил
3. Дурное самочувствие я стараюсь перебороть
4. Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим
5. У меня почти всегда что-нибудь болит
6. Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений
7. Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей
8. Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания
9. Мое самочувствие вполне удовлетворительно
10. С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски
11. Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие
12. Ни одно из определений мне не подходит

2. Настроение

1. Как правило, настроение у меня очень хорошее
2. Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным
3. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем
4. Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти
5. Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение
6. Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия
7. У меня стало совершенно безразличное настроение

8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим

9. У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев

10. Малейшие неприятности сильно огорчают меня

11. Из-за болезни у меня все время тревожное настроение

12. Ни одно из определений мне не подходит

3. Сон и пробуждение ото сна

1. Проснувшись, я сразу заставляю себя встать

2. Утро для меня – самое тяжелое время суток

3. Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть

4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем

5. Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко

6. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером

7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения

8. Утром я встаю бодрым и энергичным

9. Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать

10. По ночам у меня бывают приступы страха

11. С утра я чувствую полное безразличие ко всему

12. По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни

13. Во сне мне видятся всякие болезни

14. Ни одно из определений мне не подходит

4. Appetit и отношение к еде

1. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях

2. У меня хороший аппетит

3. У меня плохой аппетит

4. Я люблю сытно поесть

5. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде

6. Мне легко можно испортить аппетит

7. Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность

8. Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье

9. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал

10. Еда не доставляет мне никакого удовольствия

11. Ни одно из определений мне не подходит

5. Отношение к болезни

1. Моя болезнь меня пугает

2. Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет

3. Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью

4. Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня

5. Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью

6. Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет

7. Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей

8. Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают

9. Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше

10. Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи

11. Я здоров, и болезни меня не беспокоят

12. Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания

13. Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым

14. Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда

15. Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни

16. Ни одно из определений мне не подходит

6. Отношение к лечению

1. Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать

2. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением

3. Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы избавиться от болезни

4. Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным

5. Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь

6. Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию

7. Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных

8. Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей

9. Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить

10. Считаю, что меня лечат неправильно

11. Я ни в каком лечении не нуждаюсь

12. Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое

13. Я избегаю говорить о лечении с другими людьми

14. Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения

15. Ни одно из определений мне не подходит

7. Отношение к врачам и медперсоналу

1. Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному

2. Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность

3. Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей

4. Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат

5. Мне все равно, кто и как меня лечит

6. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения

7. Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь

8. Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения

9. С большим уважением я отношусь к медицинской профессии

10. Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности

11. Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом

12. Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь

13. Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время

14. Ни одно из определений мне не подходит

8. Отношение к родным и близким

1. Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня

2. Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения

3. Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного

4. Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды

5. Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям

6. Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие

7. Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими

8. Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных

9. Из-за болезни я стал в тягость близким

10. Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь

11. Я считаю, что заболел из-за моих родных

12. Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни

13. Ни одно из определений мне не подходит

9. Отношение к работе (учебе)

1. Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)

2. Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)

3. Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной

4. Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)

5. Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)

6. Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью

7. На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне

8. Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)

9. Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни

10. Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)

11. Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)
12. На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни
13. Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь
14. Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу
15. Ни одно из определений мне не подходит

10. Отношение к окружающим

1. Мне теперь все равно, кто меня окружает, и кто около меня
2. Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое
3. Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение
4. Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни
5. Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется
6. Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть
7. Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни
8. Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий
9. Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих
10. С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни
11. Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу
12. Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня
13. Моя болезнь не мешает мне иметь друзей
14. Ни одно из определений мне не подходит

11. Отношение к одиночеству

1. Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше

2. Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество
3. В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу
4. В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях
5. Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать
6. Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям
7. Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни
8. Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве
9. Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения
10. Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью
11. Ни одно из определений мне не подходит
12. Отношение к будущему
 1. Болезнь делает мое будущее печальным и унылым
 2. Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее
 3. Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях
 4. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем
 5. Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем
 6. Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)
 7. Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем
 8. Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее

9. Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел
10. Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других людей
11. Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее
12. Ни одно из определений мне не подходит

Диагностируемые типы отношений [Личко, Иванов, 1980]:

1. Гармоничный (Г). Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации - переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе *quo ad vitam* сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, своего дела.

2. Тревожный (Т). Постоянное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах лечения, непрерывный поиск "авторитетов". В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результат анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение прежде всего тревожное, угнетенность - вследствие этой тревоги.

3. Ипохондрический (И). Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

4. Меланхолический (М). Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический

взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

5. Апатический (А). Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало.

6. Неврастенический (Н). Поведение по типу "раздражительной слабости". Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем - раскаяние за беспокойство и несдержанность.

7. Обсессивно-фобический (О). Тревожная мнительность прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

8. Сенситивный (С). Чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

9. Эгоцентрический (Я). "Уход в болезнь". Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы - все должны забыть и бросить всё и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся "на себя". В других людях, также требующих внимания и заботы,

видят только "конкурентов" и относятся к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.

10. Эйфорический (Ф). Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что "само все обойдется". Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни.

11. Анозогностический (З). Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание "обойтись своими средствами".

12. Эргопатический (Р). "Уход от болезни в работу". Даже при тяжести болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало работу продолжать. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы.

13. Паранойяльный (П). Уверенность, что болезнь-результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злomu умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

Система отношений, связанных с болезнью, может не укладываться в один из описанных типов. Здесь речь может идти о смешанных типах, особенно близких по картине (тревожно-обсессивный, эйфорически-анозогностический, сенситивно-эргопатический и др.). Но система отношений может еще не сложиться в единый паттерн-тогда ни один из перечисленных типов не может быть диагностирован и черты многих или всех типов бывают представлены более или менее равномерно.