

О.А. Короев, Т.Т. Аликова, А.О. Короев, А.С. Татров, В.О. Ахполова,
М.А. Созаева, И.В. Калоева

ВНУТРЕННЯЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия
(Россия, Владикавказ, ул. Пушкинская, д. 40)

Актуальность. Внутренняя картина болезни (ВКБ) – это совокупность представлений человека о своем заболевании; результат психической оценки, которую осуществляет пациент, осознавая свою болезнь. Коррекция отношения к своему заболеванию с помощью психологических средств создает условия для коррекции состояния, профилактики рецидивов, снятия чувства тревоги. Изучение ВКБ является не только важной задачей для медицинских работников, но и значимым звеном в анализе проблемы заболевания пациента.

Целью исследования являлись определение ВКБ у пациентов в офтальмологической клинике и профилактика тревожно-депрессивных расстройств, неврозов и психосоматических заболеваний.

Методология. Для проведения обследования пациентов нами использовался опросник ТОБОЛ, разработанный в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева. Исследования проведены у 300 пациентов с различными офтальмологическими нозологическими формами. Обследование нельзя признать «абсолютно чистым», так как на него, безусловно, наложила отпечаток случившаяся в это время пандемия COVID-19. Испытуемому предлагалось в каждой таблице-наборе выбрать два наиболее подходящих для него утверждения и обвести кружком номера выбранных утверждений в регистрационном листе. Мы учитывали усредненные показатели по всему офтальмологическому профилю.

Результаты. Наиболее частыми являлись ответы, характерные для паранойяльного и дисфорического (агрессивного) типов отношения к болезни. Довольно часто встречались ипохондрический и астенический типы.

✉ Короев Олег Алексеевич – канд. мед. наук доц., доц. каф. оториноларингологии с офтальмологией, Северо-Осетинская гос. мед. акад. (Россия, 362019, Владикавказ, ул. Пушкинская, д. 40); e-mail: okoroev@yandex.ru;

Аликова Тамара Таймуразовна – канд. мед. наук доц., доц. каф. оториноларингологии с офтальмологией, Северо-Осетинская гос. мед. акад. (362019, Россия, Владикавказ, ул. Пушкинская, д. 40); e-mail: alikova_tamara@mail.ru;

Короев Алексей Олегович – канд. мед. наук, доц. каф. оториноларингологии с офтальмологией, Северо-Осетинская гос. мед. акад. (Россия, 362019, Владикавказ, ул. Пушкинская, д. 40); e-mail: akoroev@yandex.ru;

Татров Александр Сергеевич – канд. мед. наук доц., доц. каф. организации здравоохранения с психологией и педагогикой, Северо-Осетинская гос. мед. акад. (Россия, 362019, Владикавказ, ул. Пушкинская, д. 40); e-mail: a.s.tatrov@gmail.com;

Ахполова Варвара Олеговна – канд. мед. наук, проректор по стратегическому и цифровому развитию, доц. каф. нормальной физиологии, Северо-Осетинская гос. мед. акад. (Россия, 362019, Владикавказ, ул. Пушкинская, д. 40); e-mail: tshabria@ya.ru;

Созаева Мелаванка Агубеировна – канд. мед. наук, ассистент каф. оториноларингологии с офтальмологией, Северо-Осетинская гос. мед. акад. (Россия, 362019, Владикавказ, ул. Пушкинская, д. 40);

Калоева Ирина Витальевна – ассистент каф. оториноларингологии с офтальмологией, Северо-Осетинская гос. мед. акад. (Россия, 362019, Владикавказ, ул. Пушкинская, д. 40); e-mail: kaloevairina@yandex.ru.

Заключение. Используемые нами методы личностно ориентированной индивидуальной и групповой психопрофилактики у пациентов дали положительный эффект у 67 пациентов (39,9%) относительно молодого возраста.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, тревожно-депрессивные расстройства, дезадаптивное поведение.

Актуальность вопроса

Древняя мудрость говорит о том, что в борьбе с недугом многое зависит от пациента и его отношения к заболеванию, от выбора путей борьбы с ним и, выражаясь современными словами, от умения врачей достигнуть комплаенса пациента [1].

Внутренняя картина болезни (ВКБ) – это совокупность представлений человека о своем заболевании; результат психической оценки, которую осуществляет пациент, осознавая свою болезнь. Феномен ВКБ представляет собой один из самых разработанных в психосоматическом поле [2]. Термин ВКБ введен Р.А. Лурией в 1935 году. Исследования ВКБ проводятся в основном в российской клинической психологии.

Врач, учитывающий ВКБ пациента, обладает способностью объективно оценить этиологию, патогенез заболевания и скорректировать ход лечения, основываясь на особенностях личности больного. Это обстоятельство способствует объективной оценке заболевания и субъективного ощущения здоровья. Психологические моменты оказывают заметное влияние на понимание пациентом своего недуга. Динамика ВКБ зависит от многих факторов (пол, возраст, тяжесть болезни, ее продолжительность). Немалое значение имеют личностные характеристики пациента, оказывающие свое воздействие на течение и исход заболевания.

Коррекция отношения к своему заболеванию с помощью психологических средств создает условия для коррекции состояния, профилактики рецидивов, снятия чувства тревоги. Изучение ВКБ является не только важной задачей для медицинских работников, но и существенным звеном в анализе проблемы заболевания пациента.

В качестве теоретической основы медико-психологических исследований, проводимых в связи с задачами психотерапии, в отече-

ственной психологии используется концепция В.Н. Мясищева, согласно которой личность рассматривается как система отношений [3].

В концепции В.Н. Мясищева посредством психологического анализа отношения рассматриваются в трех смысловых ракурсах: эмоциональном, поведенческом и когнитивном. В этом контексте эмоциональная составляющая отношения к заболеванию отражает весь спектр чувств, обусловленных болезнью, и те эмоциональные переживания, которые зарождаются в ситуациях, связанных с имеющейся патологией. Мотивационно-поведенческий компонент способствует выработке определенного курса поведения в жизненных ситуациях в связи с заболеванием (принятие «роли» больного, активная борьба с болезнью, игнорирование заболевания, пессимистические установки и пр.), а также включает связанные с недугом реакции, дающие способность адаптации или дезадаптации к нему. Когнитивный компонент отражает знание о болезни, ее осознание, осмысление ее значения и влияния на качество жизни больного, возможный прогноз. Таким образом, психологический анализ отношения к болезни, проводимый в этих смысловых ракурсах, и позволяет описать все основные психические феномены личности больного, связанные с его заболеванием [4].

Этот вопрос является актуальным и для офтальмологической службы, так как зачастую оказывает значительное влияние на течение болезни и во многом на взаимоотношения врача и пациента [5–7]. Исследование ВКБ проводилось у пациентов со многими офтальмологическими нозологическими формами [8–10].

Цель исследования

Целью нашего исследования являлись определение ВКБ у пациентов в офтальмо-

гической клинике и профилактика тревожно-депрессивных расстройств, неврозов и психосоматических заболеваний.

Материал и методы

Для проведения обследования пациентов нами использовался опросник ТОБОЛ (типология отношения пациентов к болезни), разработанный в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева. Мы применяли несколько модифицированный вариант оригинального психодиагностического теста для оценки психологического личностного реагирования на болезнь; так как тест достаточно объемный (для полного ознакомления с методикой предлагаем изучить источник). Исследования проведены у 300 пациентов с различными офтальмологическими нозологическими формами. Однако обследование нельзя признать «абсолютно чистым», так как на него безусловно наложила отпечаток случившаяся в это время пандемия COVID-19. Этот аспект нельзя не учитывать. Даже пациенты, не болевшие этим заболеванием, получили психологический разряд в виде сообщений в средствах массовой информации. Распределение больных

по возрасту, полу и нозологии представлено в табл. 1.

Приводя данную таблицу, мы не ставили перед собой задачи выделять ВКБ для каждой нозологической формы, ибо это резко увеличивало объем исследования. Мы давали усредненные показатели по всему офтальмологическому профилю. В целом нужно отметить, что патология чаще встречалась у женщин, возможно, более скрупулезно относившихся к состоянию своего здоровья.

При использовании тестовой методики ТОБОЛ были выделены 12 типов отношения к болезни, объединенные в три блока. При объединении типов в блоки были выбраны два критерия: «адаптивность/дезадаптивность», которая позволяет выяснить влияние отношения к болезни на адаптацию личности больного, и «интер/интрапсихическая направленность» дезадаптации (в случае дезадаптивного характера отношения).

Типы отношения к болезни были объединены в три блока.

Первый блок содержит гармоничный (Г), эргопатический (Р) и анозогнозический (З) типы отношения к заболеванию (аббревиатуры приводятся для чтения сводных таблиц по исследованию в соответствии с оригинальной методикой ТОБОЛ). При этих типах

Таблица 1

Распределение офтальмологических больных по возрасту, полу и нозологии

Патологии		Заболевания век		Заболевания конъюнктивы		Заболевания роговицы		Заболевания сосудистой оболочки		Заболевания сетчатки		Заболевания зрительного нерва		Заболевания хрусталика		Глаукомы		Повреждения глаз		Новообразования		Всего
18–30 лет	м ж	9	3	3	1	6	3	1	1	–	–	1	1	–	–	–	–	5	5	–	–	
31–50 лет	м	25	7	4	2	11	5	14	8	1		3	–	10	5	8	5	1	1	1	–	78
	ж		18		2		6		6				1		3		5		4		–	
51–70 лет	м	2	–	2	1	13	7	5	3	15	4	1	1	25	11	15	8	–	–	3	–	81
	ж		2		1		6		2		11		–		14		7		–		3	
71 и старше	м	2	1	5	3	2	1	–	–	21	6	–	–	47	22	36	15	–	–	3	1	116
	ж		1		2		1		–		15		–		25		21		–		2	
Итого			38		14		32		20		37		5		82		59		6		7	300

отношения к болезни не происходит нарушения как психической, так и социальной адаптации либо они незначительны.

Во второй блок входят *тревожный (Т), ипохондрический (И), неврастенический (Н), меланхолический (М), апатический (А)* типы отношения. Для них характерна интрапсихическая направленность реагирования личности на заболевание. Такая реакция обуславливает нарушения социальной адаптации больных.

Третий блок составили *сенситивный (С), эгоцентрический (Э), паранойяльный (П) и дисфорический (Д)* типы. Для этих типов свойственно интерпсихическое устремление реагирования на болезнь. Эта реакция в значительной степени формирует достаточно выраженные нарушения социальной адаптации больных.

Испытуемому предлагалось по каждой теме (в таблице-наборе) выбрать два наиболее подходящих для него утверждения и отметить их номера в регистрационном листе. Иногда исследование проводилось одновременно с небольшой группой испытуемых при условии, что они не будут совещаться друг с другом.

По таблице кода для каждого отмеченного в регистрационном листе утверждения определялись диагностические коэффициенты, которые заносились в бланк «Результаты обследования».

Интерпретация диагностированного типа отношения к болезни. Если удавалось диагностировать «чистый» тип отношения к заболеванию, то для выявления его психологического состояния использовали клинико-психологическое описание соответствующего типа.

Если диагностировали «смешанный» тип отношения к заболеванию, то интерпретация учитывала все описания типов реагирования, которые являлись его составляющими. Мы обращали также внимание на характер соотношения между составляющими смешанного типа, который может быть как согласованным, так и противоречивым.

Всем пациентам предлагались тесты, ответы на которые отмечались в регистраци-

онном бланке. Ответы, по сравнению с системой ТОБОЛ, были нами несколько модифицированы. Однако привнесенные нами изменения не меняли сути предлагаемого ответа. Мы просили дать по два наиболее подходящих ответа по теме, что в итоге и получили.

Результаты и обсуждение

По теме I «Самочувствие» нами выявлены и внесены в протокол данные, позволяющие сделать выводы о наличии у пациентов «почти всегда плохого самочувствия со времени начала заболевания» – 176 человек (58,7%), причем 97 пациентов (32,3%) связывали возникновение плохого самочувствия с ожиданием неприятностей; обращает на себя внимание тот факт, что у пациента «постоянно что-нибудь болит», – 69 пациентов (23%). В плане более адаптивного поведения высказались 26 человек (8,7%): «Дурное самочувствие я стараюсь перебороть». Только 32 человека (10,7%) охарактеризовали свое самочувствие как «удовлетворительное».

По теме II «Настроение»: 101 пациент (33,7%) высказались о наличии у них в связи с офтальмологической патологией «реакций гнева и чувства ожесточения», что коррелирует с «плохим настроением, зависящим от плохого самочувствия» у 97 человек (32,3%). Также у 83 пациентов (27,7%) отмечается эмоциональная повышенная чувствительность к любым неприятностям, которые «сильно огорчают», – 83 человека (27,7%). По вышеназванным причинам, 67 пациентов (22,3%) отмечает у себя «периоды раздражительности, во время которых они негативно относятся к окружающим. Признаки астенизации в виде «нетерпеливости и раздражительности» отметили 52 (17,3%) пациента.

По теме III «Сон и пробуждение ото сна»: у 89 (29,7%) пациентов, с их слов, наблюдался ментизм: по «ночам меня часто преследуют мысли о моей болезни»; вместе с тем заболевания находят отражение и в содержании самих сновидений: 75 (25%) пациентам «во сне... видятся всякие болезни»; по выше-

названным причинам у 64 (21,3 %) пациентов зафиксирована специфическая форма диссоциации, это когда «по ночам бывают приступы страха», а у 65 пациентов (21,7 %) жалобы были более общего характера, с формулировкой «Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем». В буквальном смысле жалобы на «плохой сон и частые мучительные сновидения» отмечены у 27 обследуемых (9 %). Полное отсутствие жалоб на сон и сновидения зафиксировано всего у 10 (3,3 %) пациентов из всей выборки. 49 (16,3 %) человек из протестированных констатировали, что «утром они встают бодрыми и энергичными, и с утра они более активны и им легче работать, чем вечером». У 21 (7 %) человека отмечались трудности с просыпанием, для них «утро – самое неприятное время суток» и «проснувшись, они сразу заставляют себя встать»

По теме IV «Аппетит и отношение к еде» отмечалось следующее распределение в симптоматике и феноменологии: 34 человека (11,3 %) охарактеризовали свой аппетит как «хороший», 12 (4 %) человек просто «любили поесть», а 49 (16,3 %) «ели с удовольствием и не ограничивали себя в еде». У 65 человек (21,7 %) отмечено отношение к еде «прежде всего как к средству поддержать здоровье». Вместе с тем 107 человек (35,7 %), то есть более трети выборки, проявляли обеспокоенность в плане «боязни некачественной пищи с указанием необходимости всегда проверять ее доброкачественность». 37 человек (12,3 %) охарактеризовали свой аппетит как «плохой», и еще 16 (5,3 %) отметили, что «им легко испортить аппетит». У 29 человек (9,7 %) зарегистрирована пищевая ангедония, то есть «еда не доставляет им удовольствия». 22 человека (7,3 %), с их слов, «старались придерживаться диеты, которую сами они разработали». 16 человек (5,3 %) отмечали чувство стеснения в приеме пищи при посторонних людях (соседях по палате или в столовой). Только 13 (4,3 %) человек из всей выборки никак не охарактеризовали свое пищевое поведение. Таким образом, более 30 % выборки имеют в той или иной степени выраженные нарушения в пищевом поведении.

Следующие три темы (V, VI, VII), на наш взгляд, являются своего рода квинтэссенцией данной работы с точки зрения «психотерапевтических настроек», и полученные в этой связи в нашем исследовании результаты крайне полезны для лечащего врача и медицинского персонала любого офтальмологического стационара. Вышесказанное имеет значение для эффективности всего лечебного и диагностического процесса.

По теме V «Отношение к болезни»: 99 пациентов (33 %) «считают, что их болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей»; еще 82 человека (27,3 %) отмечают, что «их болезнь неизлечима и ничего хорошего их не ждет», то есть более чем половина выборки (181 пациент – 60,3 %) имеет, по сути, деструктивный паттерн в структуре ВКБ. К ним тесно примыкает значительная часть пациентов – это 78 (26 %) человек, имеющих своеобразный паранойяльный настрой в виде убеждения, что «они знают, по чьей вине они заболели, и не простят этого никогда». У 11 пациентов (3,7 %) переживание заболевания имеет выраженный фобический компонент: «болезнь их пугает». 24 человека (8 %) констатируют, что они «все время думают о возможных осложнениях, связанных с болезнью». Как крайняя степень переживаний, отмечено 12 пациентами (4 %), что «их болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи». Мнительность, на наш взгляд, более выражена у истерически демонстративных пациентов, которые высказывают предположение, что «их болезнь протекает необычно и поэтому требует особого внимания», – таких 9 человек, или 3 % от общего количества протестированных. У 14 человек (4,6 %) отмечается астенический компонент с элементами раздражительной слабости: «их болезнь раздражает и делает нетерпеливыми, вспыльчивыми». У части пациентов вырисовываются специфические формы психологических защит; так, 48 человек (16 %) занимают позицию отрицания тяжести заболевания, и при такой разновидности анозогнозии «они считают, что опасность их болезни врачи преувеличивают». Аналогично, но с более беззаботным, даже

эйфорическим оттенком 12 пациентов (4 %) говорят, что они «стараятся не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью». Одна из благоприятных форм реагирования выражается в утверждении о том, что пациенты «всеми силами стараются не поддаваться болезни», – это всего лишь 9 человек (3 %) с такой качественной формой комплаенса и резистентности к заболеванию.

По теме VI «Отношение к лечению» обращают на себя внимание следующие полученные нами данные, на наш взгляд, объясняющие трудности достижения эффективного взаимодействия между пациентами и медицинским персоналом лечебно-профилактических учреждений (в нашем случае это профильный офтальмологический стационар). Так, 76 пациентов (25,3 %) «считают, что их лечат неправильно». 72 пациента (24 %) «считают, что им назначают много ненужных лекарств и уговаривают их на ненужную операцию», и, более того, 29 человек (9,7 %) «не верят в успех лечения и считают его напрасным». Еще труднее работать медперсоналу с пациентами, которые «считают, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить», – таковых 69 человек (23 %). Психологические защиты и компенсаторные реакции в связи с вышеописанной специфической формой ВКБ также имеют сложный, многоплановый характер. В плане фобического реагирования на заболевание (страхи и навязчивости) в структуре ВКБ выявлены следующие феномены: 35 человек (11,7 %) из обследуемых нами пациентов отмечают, что «новые лекарства и операции вызывают у них мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных»; и еще 8 (2,7 %) указывают на то, что «их пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением». Особого внимания, по нашему мнению, требуют пациенты, «которых раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения», – их 57 человек в выборке (то есть почти 20 %). Еще часть пациентов – их 25 человек (8,3 %) – констатирует, что «им надоело бесконечное лечение, они хотят, чтобы их только оставили в покое»; нами этот феномен расценивается как маркер асте-

низации. Напротив, стеническая форма реагирования на заболевания отмечена у 17 человек (5,7 %): с их слов, «они готовы на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни». Небольшая часть тестируемых, 12 человек (4 %), реагирует по демонстративному типу: «лекарства нередко оказывают на нас такое необычное действие, что это изумляет врачей».

По теме VII «Отношение к врачам и медперсоналу»: нам приходится констатировать, что значительная часть обследованных пациентов обнаруживает в ходе тестирования отрицательное отношение к врачам и медицинскому персоналу без перехода на личности. Так 64 пациента (21,3 %) «считают, что они заболели, прежде всего, по вине врачей»; еще 59 человек (19,7 %) отмечают, что «врачи, и медперсонал нередко вызывают у них неприязнь». Объясняя причины вышесказанного, 60 пациентов (20 %) выдвигают утверждение, что «они не раз убеждались, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности». Еще одна причина негативного отношения к медицинским работникам связывается с субъективным мнением о некомпетентности и звучит следующим образом у 54 обследуемых пациентов (18 %): «Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат». Несколько смягчает тяжелую картину полученных результатов известный феномен «ситуационного реагирования», или «переадресованной агрессии», – это подтверждается в ответах 52 пациентов (17,3 %) в виде утверждения: «Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом». Еще 24 пациента (8 %) обнаруживали склонность к ипохондрическому реагированию на свое заболевание, «они обращаются то к одному, то к другому врачу, так как не уверены в успехе лечения». К ним примыкает еще 14 человек (4,7 %) тестируемых, со слов которых «они часто беспокоятся о том, что не сказали врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения». Есть тестируемые, их 27 (9 %) в выборке, реагирующие на болезнь демонстративно эгоцентрически: «Я хотел бы

лечиться у такого врача, у которого большая известность»; 20 человек (6,7 %) подчеркивают значимость «во всяком медицинском работнике внимания к больному и считают это качество главным». По апатическому типу реагирования выделены 7 пациентов (2,3 %), «им все равно, кто и как их лечит». Всего лишь 16 человек (5,3 %) из тестируемых пациентов отметили, что «с большим уважением... относятся к медицинской профессии».

По теме VIII «Отношение к родным и близким»: у 80 тестируемых пациентов (26,7 %) выявлена негативная установка в адрес близких: по их мнению, «родные не хотят понять тяжесть их болезни и не сочувствуют их страданиям». Это усугубляется мнением 62 пациентов (20,7 %) о том, что «их близкие не считаются с их болезнью и хотят жить в свое удовольствие». Более того, 52 пациента (17,3 %) считают, что «из-за болезни они стали в тягость близким». Таким образом, около 60 % обследуемых в структуре ВКБ имеют отягчающие течение заболевания изменения в системе значимых межличностных отношений в сфере семьи. Как компенсаторная реакция у больных возникает деформация личностных установок, ценностей и смыслов: у 68 человек (22,7 %) «здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает неприязнь»; в дополнение у 27 обследуемых (9 %) появляется психологическая защита в виде обвинений: «Я считаю, что заболел из-за моих родных». Реакция компенсации с элементами дисфории, паранойяльности и раздражительной слабости: у 39 человек (13 %) есть мнение, что «близкие напрасно хотят сделать из них тяжелобольного». Апатичное реагирование выражается в утверждениях 13 пациентов (4,3 %) о том, что «из-за болезни они утратили всякий интерес к делам и волнениям близких и родных»; 6 человек (2 %) объясняют свое безразличие тем, что они «настолько поглощены мыслями о болезни, что дела близких перестали волновать их». У части пациентов отмечено реагирование в виде бережного отношения к семье, с одновременным «жертвенным» отношением к себе: 21 человек (7 %) «старается близким не показывать виду, что больны, чтобы не омрачать им настроения»,

и еще 20 человек (6,7 %), с их слов, «стараются поменьше доставлять тягот и забот из-за их болезни». У 4 человек (1,3 %) зарегистрирована реакция по типу «стесняюсь своей болезни даже перед близкими».

По теме IX «Отношение к работе (учебе)»: 193 человека (64,3 %) отказались прямо или косвенно от обсуждения темы, обнаружив тем самым реакцию «избегания». Часть пациентов – 31 человек (10,3 %) – отреагировали установкой на желание справиться с болезнью, так как «не считают, что болезнь может помешать их работе или учебе», и еще 41 тестируемый (13,7 %) предположил, что «несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)». 15 человек (5 %) из тестируемых поделились: «на работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни». У 61 (20,3 %) из пациентов выявлена стеническая реакция гиперкомпенсации, это подтверждается их мнением о том, что «здоровье не мешает им работать (учиться) там, где они хотят». 15 пациентов (5 %) предположили, что «заболели из-за того, что работа (учеба) причинила вред их здоровью», и еще 19 человек (6,3 %) высказались так: «на работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне». Небольшая группа тестируемых, 12 человек (4 %), сообщила, что «они стараются, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о[б] их болезни»; еще 13 пациентов (4,3 %) отметили, что «болезнь сделала их неусидчивыми и нетерпеливыми на работе (в учебе)».

По теме X «Отношение к окружающим»: в структуре ВКБ у 93 пациентов (31 %) выявлено, что «болезнь не мешает... иметь друзей» и еще у 58 (19,3 %), что «их здоровье не мешает... общаться с окружающими», что расценивается нами как положительный компонент реагирования. Еще 37 человек (12,3 %) высказали пожелание, чтобы «окружающие на себе испытали, как тяжело болеть», и столько же (12,3 %) подчеркнули, что они «с окружающими стараются не говорить об их болезни». Еще 32 человека (10,7 %) отметили, что они «стараются, чтобы окружающие не замечали их болезни». Часть пациентов реагировали на окружение в негативном

контексте: так, 36 человек (12 %) высказали предположение, что «их окружение довело их до болезни, и они этого не простят». Еще 26 человек (8,7 %) отметили, что «здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у них раздражение»; столько же (8,7 %) высказали пожелание, «чтобы окружающие оставили их в покое»; и еще 26 (8,7 %) предположили, что «окружающие не понимают их болезни и их страданий». И, в заключение по данному блоку, 22 человека (7,3 %) констатировали, что им «общение с людьми стало... быстро надоедать и раздражать» их.

По теме XI «Отношение к одиночеству» получены следующие данные: у 81 человека (27 %) выбор одиночества имеет форму защитного механизма от перегрузки и стрессов, так как «оставшись наедине, они скорее успокаиваются, поскольку люди стали их раздражать». Еще 89 человек (29,7 %) проявляют реакцию апатического типа: «им все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве». Еще 44 пациента (14,7 %) «предпочитают одиночество, потому что когда они одни, им становится лучше». Хотя 47 человек (15,7 %) поделились, что «желание побыть одному зависит у них от обстоятельств и настроения». Еще 29 человек (9,7 %) «в одиночестве стремятся найти какую-нибудь интересную или нужную работу». Негативное отношение к одиночеству определено у 32 пациентов (10,7 %): они «избегают одиночества, чтобы не думать о своей болезни»; и еще у 31 пациента (10,3 %) отмечено, что «в одиночестве их преследуют нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях». Еще 11 человек (3,7 %) отметили: «болезнь обрекает меня на полное одиночество». 9 человек (3 %) объяснили, что «боятся оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью»; столько же (3 %) поделились своим противоречивым отношением к одиночеству: «они, стесняясь болезни, стараются отдалиться от людей, а в одиночестве скучают по людям».

По теме XII «Отношение к будущему» выявлены следующие психологические феномены: 89 пациентов (29,7 %) отмечают, что «из-за их болезни они в постоянной тревоге

за свое будущее». Еще у 48 пациентов (16 %) тревожность имеет более выраженный характер. У 20 человек (6,7 %) из тестируемых отмечается депрессивная направленность: с их слов, «болезнь делает их будущее печальным и унылым»; а у 27 человек (9 %) зарегистрировано, что «им безразлично, что станет с ними в будущем». Значительная по численности часть протестированных пациентов 70 человек (23,3 %) «уверены, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого они заболели». 22 (7,3 %) отказались от обсуждения данной темы. Позитивный настрой в плане прогноза у 29 пациентов (9,7 %) был связан с мнением, что «аккуратным лечением и соблюдением режима они надеются добиться улучшения здоровья в будущем». 33 человека (11 %) просто обнаружили общую оптимистическую направленность: они «не считают, что болезнь может существенно отразиться на их будущем»; и дополнительно еще 15 тестируемых (5 %) поделились, что они «надеются на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях». Достаточно значимая группа из 47 пациентов (15,7 %) констатировала, что «будущее... целиком связывают с успехом в их работе (учебе)».

С целью обобщения, для более эффективного анализа и иллюстрации полученных нами данных мы подготовили сводную таблицу.

Опросник ТОБОЛ, который мы взяли за основу, в принципе предназначен для выявления индивидуальной психологической картины каждого пациента. Нас же интересовала общая тенденция психологического состояния больных. Вследствие этого мы суммировали полученные результаты и приступили к кодированию. Внеся наиболее часто встречающиеся ответы в таблицу кодирования, мы получили следующие результаты (табл. 2).

Таким образом, наиболее частыми являлись ответы, характерные для паранойяльного и дисфорического (агрессивного) типов отношения к болезни. Довольно часто встречались ипохондрический и астенический типы.

Пособие, которое мы использовали в своем исследовании, дает такие характеристики этим типам.

Таблица 2

**Результаты обследования офтальмологических пациентов с помощью методики ТОБОЛ
(сводная таблица анализа полученных данных)**

Темы	Типы отношения к болезни											
	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
I				4	5	7	4	3	3		3	
II	2				4	4				3	3	4
III				4	3							
IV		3		3	3			3			5	
V					4		5	3		4	4	4
VI								4			9	7
VII											9	4
VIII					4	3				5		4
IX			4									
X		4	8									
XI						4		4			3	4
XII				5		3			4	3	5	4
Сумма	2	7	12	16	23	21	9	17	7	15	41	31

Паранойяльный тип. У пациента появляется уверенность в том, что болезнь – результат внешних причин, чьего-то злого умысла. Выраженная подозрительность и настороженность к разговорам о себе, о болезни, к лекарствам и процедурам. Больной стремится объяснить возможные осложнения или побочные действия лекарств халатностью или злым умыслом врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний для медицинских работников связаны с этим.

Дисфорический тип. При такой реакции доминирует гневливо-мрачное, озлобленное настроение, пациент имеет постоянно угрюмый и недовольный вид. Выражены зависть и ненависть к здоровым. Наблюдаются вспышки озлобленности и склонность винить в своей болезни других. Такие пациенты требуют особого внимания к себе и проявляют подозрительность к процедурам и лечению. Они выражают агрессивное отношение к близким, выдвигают требование во всем им угодать.

Эти два типа входят в третий блок. Больные с этими типами отношения к заболеванию характеризуются таким сенсibiliзи-

рованным отношением к болезни, которое в значительной степени зависит от преморбидных особенностей личности. Такое сенсibiliзированное отношение к болезни проявляется в дезадаптивном поведении больных: они стесняются своего заболевания перед окружающими, «используют» его для достижения определенных целей, строят концепции паранойяльного характера относительно причин своего заболевания и его хронического течения, проявляют гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге.

Оценка ВКБ дает возможность глубже понять заболевание с позиции биопсихосоциальных взаимоотношений в условиях целостного организма как системы. Подобные психологические изменения выявлены и у больных с соматической патологией [11] и глаукомой [5].

На сегодняшний день накоплено большое количество данных, подчеркивающих значительную генетическую, нейробиологическую и симптоматическую общность депрессивных и тревожных расстройств, при этом предполагается несовершенство современ-

ных систем классификации. Все это в целом поясняет невозможность лечения депрессии и тревожных состояний и облегчения симптомов у значительного числа больных с помощью передовых методов [12]. В связи с этим было необходимо провести апробацию методов лично-ориентированной индивидуальной и групповой психопрофилактики у пациентов офтальмологического профиля.

Тревожные и депрессивные состояния – тесно связанные типы психологической патологии, с точки зрения риска и этиологической основы имеют значительную вариабельность внутри семей и между поколениями. В связи с этим депрессивные и тревожные расстройства успешно лечат антидепрессантами, в частности селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС) [13]. Они действуют через одни и те же биологические механизмы, хотя и применяются в разных дозировках [14].

Нефармакологическая терапия тревоги и депрессии предполагает психотерапевтическое воздействие, физическую нагрузку, дыхательные упражнения. Психосоциальное вмешательство при этих состояниях, например, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), продемонстрировало позитивные эффекты в терапии как тревоги, так и депрессии. Положительное влияние на оба этих расстройства можно объяснить действием на общие механизмы развития. КПТ обладает некоторыми общими составляющими в лечении тревоги и депрессии, а именно:

когнитивная реструктуризация, способность к решению проблем, но эта же терапия может быть совершенно уникальной для лечения тревоги (обучение расслаблению) и депрессии (поведенческая активация) [15].

КПТ проведена 168 пациентам (56 %). Медикаментозная поддержка понадобилась в 116 случаях (38,7 %). Используемые нами методы лично-ориентированной индивидуальной и групповой психопрофилактики дали положительный эффект у 67 пациентов (39,9 %) относительно молодого возраста. Многие пожилые люди просто отказывались от предложенного лечения, мотивируя это и так достаточно напряженным психическим состоянием, выражая боязнь дополнительного лечения.

Выводы

1. Наиболее частыми являлись ответы, характерные для паранойяльного и дисфорического (агрессивного) типов отношения к болезни. Довольно часто проявлялись ипохондрический и астенический типы.

2. Примененные нами методы лично-ориентированной индивидуальной и групповой психопрофилактики дали положительный эффект у 67 пациентов (39,9 %) относительно молодого возраста.

3. Полученные результаты позволяют сделать вывод о достаточной эффективности методов лично-ориентированной психопрофилактики и делают перспективными дальнейшие исследования в этой области.

Литература

1. Болбат Н.С. Скутаревская Е.И. Внутренняя картина болезни. Реакция личности на болезнь. 2021. 24 с.
2. Психология: учебно-методическое пособие для студентов медицинских специальностей / под ред. А.С. Татрова. М.: Издательство «Академия Естествознания», 2010. 284 с.
3. Березин М.А. Концепция отношений В.Н. Мясищева и теория психической адаптации личности // Психология. Психофизиология. 2008. № 33 (133). С. 18–26.
4. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. [и др.]. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2005. 32 с.
5. Бабайлова О.М., Коликова Ю.С. Внутренняя картина болезни у пациентов с глаукомой // Точка зрения. Восток – Запад. 2017. № 4. С. 43–45.
6. Волкова И.П., Кантор В.З. Психоэмоциональные состояния инвалидов по зрению в структуре их адапционно-реабилитационного потенциала // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2018. № 190. С. 79–89.
7. Фоминых Е.С. Современные технологии психологической коррекции и реабилитации лиц с нарушением зрения // Концепт. 2015. № 9. С. 11–15. URL: <http://e-koncept.ru/2015/15301.htm> (дата обращения: 04.09.2023).

8. Криводонова Ю.Е. К вопросу о личностных особенностях и адаптации слепых и слабовидящих граждан // Самарский научный вестник. 2013. № 1 (2). С. 28–31.
9. Королёва И.А., Оганезова Ж.Г. Терапия хронических заболеваний в офтальмологии: вопросы комплаентности // РМЖ. Клиническая офтальмология. 2016. Т. 17, № 1. С. 59–63.
10. Обрубов С.А., Свирчевский И.В., Демидова М.Ю., Бограш Г.И. Психологические особенности детей с близорукостью: обоснована ли психотерапевтическая помощь? // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2011. Т. 56, № 4. С. 101–103.
11. Шатенштейн А.А. Роль тревожно-депрессивных нарушений в генезе психосоматических заболеваний // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013. № 3. С. 28–31.
12. Котова О.В., Беляев А.А., Акарачкова Е.С. Современные методы диагностики и лечения тревожных и депрессивных расстройств // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. 2021. Т. 5, № 10. С. 648–653.
13. Wang Z., Whiteside S.P.H., Sim L. [et al.]. Comparative Effectiveness and Safety of Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for Childhood Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis // JAMA pediatrics. 2017. Vol. 171, № 11. Pp. 1049–1056. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2017.3036
14. Hetrick S.E., McKenzie J.E., Bailey A.P. [et al.]. New Generation Antidepressants for Depression in Children and Adolescents: A Network Meta-Analysis // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021. № 5. CD013674. DOI: 10.1002/14651858.CD013674.pub2. PMID: 34029378
15. Higa-McMillan C.K., Francis S.E., Rith-Najarian L. [et al.]. Evidence Base Update: 50 Years of Research on Treatment for Child and Adolescent Anxiety // Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2016. Vol. 45, № 2. Pp. 91–113. DOI: 10.1080/15374416.2015.1046177

Поступила 12.03.2024

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования: Короев О.А., Аликова Т.Т., Короев А.О., Татров А.С., Ахполова В.О., Созаева М.А., Калоева И.В. Внутренняя психологическая картина болезни у пациентов в офтальмологической клинике // Вестник психотерапии. 2024. № 91. С. 37–49. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-91-37-49

Участие авторов: О.А. Короев – сбор материала, подбор литературы, оформление статьи; Т.Т. Аликова – оформление статьи; А.О. Короев – сбор материала, оформление статьи; А.С. Татров – сбор материала, подбор литературы, оформление статьи; В.О. Ахполова – оформление статьи; М.А. Созаева – сбор материала, оформление статьи; И.В. Калоева – сбор материала, подбор литературы, оформление статьи.

**O.A. Koroev, T.T. Alikova, A.O. Koroev, A.S. Tatrov, V.O. Akhpolova,
M.A. Sozaeva, I.V. Kaloeva**

The Internal Psychological Picture of the Disease in Patients in an Ophthalmological Clinic

North Osetian State Medical Academy (40, Pushkinskaya Str., Vladikavkaz, Russia)

✉ Oleg Alekseevich Koroev – PhD Med. Sci. Associate Prof., Associate Prof. Department of otorhinolaryngology with ophthalmology, North Osetian state medical academy (40, Pushkinskaya Str., Vladikavkaz, Russia); e-mail: okoroev@yandex.ru;

Tamara Taimurazovna Alikova – PhD Med. Sci. Associate Prof., Associate Prof. Department of otorhinolaryngology with ophthalmology, North Osetian state medical academy (40, Pushkinskaya Str., Vladikavkaz, Russia); e-mail: alikova_tamara@mail.ru;

Aleksei Olegovich Koroev – PhD Med. Sci., Associate Prof. Department of otorhinolaryngology with ophthalmology, North Osetian state medical academy (40, Pushkinskaya Str., Vladikavkaz, Russia); e-mail: akoroev@yandex.ru;

Aleksandr Sergeevich Tatrov – PhD Med. Sci. Associate Prof., Associate Prof. Department of health organization with psychology and pedagogy, North Osetian state medical academy (40, Pushkinskaya Str., Vladikavkaz, Russia); e-mail: as.tatrov@gmail.com;

Varvara Olegovna Akhpolova– PhD Med. Sci., Vice-rector for strategic and digital development, Associate Prof. Department of normal physiology, North Osetian state medical academy (40, Pushkinskaya Str., Vladikavkaz, Russia); e-mail: tshabria@ya.ru;

Melavinka Agubechirovna Sozaeva– PhD Med. Sci. Assistant, Department of otorhinolaryngology with ophthalmology, North Osetian state medical academy (40, Pushkinskaya Str., Vladikavkaz, Russia);

Irina Vital'evna Kaloeva– Assistant, Department of otorhinolaryngology with ophthalmology, North Osetian state medical academy (40, Pushkinskaya Str., Vladikavkaz, Russia); e-mail: kaloevairina@yandex.ru.

Abstract

Relevance. The internal picture of disease (IPD) is the set of perceptions a person has about their disease; it is the result of the mental evaluation that a patient undertakes as they become aware of their condition. Correcting one's attitude towards their disease through psychological means creates conditions for improving the patient's condition, preventing relapses, and alleviating anxiety. Studying the IPD is a crucial task for healthcare professionals and a significant component in analyzing the patient's disease.

Intention. The aim of the study was to clarify the IPD in patients in an ophthalmological clinic and to prevent anxiety-depressive disorders, neuroses and psychosomatic diseases.

Methodology. The assessment was conducted using the TOBOL questionnaire developed at the Saint Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology. The study involved 300 patients with various ophthalmological conditions. It should be noted that the study was impacted by the COVID-19 pandemic. Each patient was asked to select two statements that best represented their experience from each set of statements and to circle the corresponding numbers on the registration sheet. Average scores were considered across the ophthalmological profile.

Results. The most frequent responses were those characteristic of paranoid and dysphoric (aggressive) types of attitude to the disease. Hypochondriacal and asthenic types were also frequently observed.

Conclusion. The methods of personalized individual and group psychoprophylaxis used in the study yielded positive effects in 67 patients (39.9%) of relatively young age.

Keywords: internal picture of the disease, anxiety-depressive disorders, maladaptive behavior.

References

1. Bolbat N.S., Skugarevskaya E.I. Vnutrennyaya kartina bolezni. Reaktsiya lichnosti na bolezni' [Internal picture of the disease. The reaction of the person to the disease], Minsk, 2021. 24 p. (In Russ.)
2. Psikhologiya: uchebno-metodicheskoe posobie dlya studentov meditsinskikh special'nostej [Psychology: an educational and methodological guide for students of medical specialties]. Ed. A.S. Tatrov. Moscow, 2010. 284 p. (In Russ.)
3. Berebin M.A. Kontseptsiya otnoshenij V.N. Myasishcheva i teoriya psihicheskoy adaptatsii lichnosti [The concept of relations by V.N. Myasishchev and the theory of psychic adaptation of the personality]. *Psihologija. Psihofiziologija* [Psychology. Psychophysiology]. 2008; (33): 18–26. (In Russ.)
4. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B. [et al.]. Psihologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: posobie dlya vrachej [Psychological diagnostics of attitudes to illness: a guide for doctors]. Sankt-Petersburg, 2005. 32 p. (In Russ.)
5. Babajlova O.M., Kolikova YU.S. Vnutrennyaya kartina bolezni u patsientov s glaukomoj [The internal picture of the disease in patients with glaucoma]. *Tochka zrenija. Vostok-Zapad* [Point of view. East-West]. 2017; (4): 43–45. (In Russ.)
6. Volkova I.P., Kantor V.Z. Psikhoemotsional'nye sostoyaniya invalidov po zreniyu v strukture ikh adaptatsionno-reabilitatsionnogo pontsiala [Psycho-emotional states of visually impaired people in the structure of their adaptation-rehabilitation potential]. *Izvestija Rossijskogo gosudarstvennogo pediatričeskogo universiteta imeni A.I. Gercena* [Bulletin of the Russian State Pedagogical University named after A.I. Herzen]. 2018; (190): 79–89. (In Russ.)
7. Fominyh E.S. Sovremennye tekhnologii psikhologicheskoi korrleksii i reabilitatsii lits s narusheniem zreniya [Modern technologies of psychological correction and rehabilitation of persons with vision impairment]. *Koncept* [Concept]. 2015; (9): 11–15. URL: <http://e-koncept.ru/2015/15301.htm>. – ISSN 2304-120X (In Russ.)

8. Krivodonova YU.E. K voprosu o lichnostnykh osobennostyakh i adaptatsii slepykh i slabovidyashchikh grazhdan [To the issue of personal characteristics and adaptation of blind and visually impaired citizens]. *Samarskij nauchnyj vestnik* [Samara Scientific Bulletin]. 2013; (1): 28–31. (In Russ.)
9. Korolyova I.A., Oganezova ZH.G. Terapiya khronicheskikh zabolevanii v oftal'mologii: voprosy komplaentnosti [Therapy of chronic diseases in ophthalmology: issues of compliance]. *RMZh Klinicheskaja oftal'mologiya* [RMJ. Clinical ophthalmology]. 2016; 17(1): 59–63. (In Russ.)
10. Obrubov S.A., Svirchevskij I.V., Demidova M.YU., Bogrash G.I. Psikhologicheskie osobennosti detei s blizorukost'yu: obosnovana li psikhoterapevticheskaya pomoshch'? [Psychological characteristics of children with myopia: is psychotherapeutic help justified?]. *Rossiiskij vestnik perinatologii i pediatrii* [Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics]. 2011; 56(4): 101–103. (In Russ.)
11. Shatenshtein A.A. Rol' trevozhno-depressivnykh narushenii v geneze psikhosomaticheskikh zabolevanii [The role of anxiety-depressive disorders in the genesis of psychosomatic diseases]. *Nevrologiya, nejropsihiatrija, psichosomatika* [Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics]. 2013; (3): 28–31. (In Russ.)
12. Kotova O.V., Belyaev A.A., Akarachkova E.S. Sovremennye metody diagnostiki i lecheniya trevozhnykh i depressivnykh rasstroistv [Modern methods of diagnosis and treatment of anxiety and depressive disorders]. *Russkij meditsinskij zhurnal. Medicinskoe obozrenie* [Russian Medical Journal. Medical Review]. 2021; 5(10): 648–653. (In Russ.)
13. Wang Z., Whiteside S.P.H., Sim L. [et al.]. Comparative effectiveness and safety of cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for childhood anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*. 2017; 171(11): 1049–1056. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.3036.
14. Hetrick S.E., McKenzie JE, Bailey AP. [et al.]. New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021; (5): CD013674. doi: 10.1002/14651858.CD013674.pub2. PMID: 34029378
15. Higa-McMillan C.K., Francis S.E., Rith-Najarian L. [et al.]. Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2016; 45(2): 91–113. DOI: 10.1080/15374416.2015.1046177.

Received 12.03.2024

For citing: Korojev O.A., Alikova T.T., Korojev A.O., Tatrov A.S., Akhpolova V.O., Sozaeva M.A., Kaloeva I.V. Vnutrennyaya psikhologicheskaya kartina bolezni u patsientov v oftal'mologicheskoy klinike. *Vestnik psikhoterapii*. 2024; (91): 37–49. (In Russ.)

Korojev O.A., Alikova T.T., Korojev A.O., Tatrov A.S., Akhpolova V.O., Sozaeva M.A., Kaloeva I.V. The internal psychological picture of the disease in patients in an ophthalmological clinic. *Bulletin of Psychotherapy*. 2024; (91): 37–49. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-91-37-49
