

© ЗАХАРЬЯН Е.А., ЧЕРНЫЙ Е.В., 2023

Захарьян Е.А.¹, Черный Е.В.²**ОТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТА К БОЛЕЗНИ КАК ПРЕДИКТОР ЕЕ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА**¹Институт «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского» Минобрнауки России, 295051, Симферополь, Россия²Институт «Таврическая академия» ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского» Минобрнауки России, 295007, Симферополь, Россия

По данным значительного количества научных исследований известно, что исключительным воздействием конвенционных факторов невозможно объяснить ухудшение здоровья населения и склонность к тому или иному характеру течения различной патологии. Доказано, что тип отношения пациента к болезни определяет способ реагирования на патологию и его адаптацию к новому состоянию. Цель работы заключается в анализе исследований, взглядов и представлений врачей и психологов на влияние восприятия пациентом собственного заболевания и отношения к нему — на течение заболевания. В данном обзоре представлен анализ многочисленных научных работ по выявлению типов отношения к болезни, характерных для тех или иных нозологических форм: как психических, так и соматических. В результате анализа литературы была определена совокупность условий и факторов, определяющих характер и интенсивность влияния отношения к болезни на ее течение и исход. Ими явились объем и характер информации о конкретном заболевании, понимаемой пациентом в меру его интеллектуальной и психологической готовности воспринимать ее и интерпретировать; форма предоставления врачом сведений о течении болезни, возможном исходе и планируемых способах лечения; возраст и пол; характер и тяжесть самого заболевания, а также психическое здоровье пациентов.

Ключевые слова: тип отношения к болезни; внутренняя картина болезни; личностный опросник Бехтерева-ского института.

Для цитирования: Захарьян Е.А., Черный Е.В. Отношение пациента к болезни как предиктор ее течения и исхода. *Клиническая медицина*. 2023;101(11):538–548. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2023-101-11-538-548>

Для корреспонденции: Захарьян Елена Аркадьевна — e-mail: locren@yandex.ru

Zakharyan E.A.¹, Cherniy E.V.²**PATIENT ATTITUDE TOWARDS DISEASE AS A PREDICTOR OF ITS COURSE AND OUTCOME**¹Medical Academy named after S.I. Georgievsky of V.I. Vernadsky Crimean Federal University, 295051, Simferopol, Russia²Tauride Academy of V.I. Vernadsky Crimean Federal University, 295007, Simferopol, Russia

According to a significant amount of scientific research, it is known that the deterioration of public health and the tendency towards certain types of disease cannot be explained only by conventional factors. It has been proven that a patient's attitude towards their disease determines their response to the pathology and their adaptation to their new condition. The aim of this work is to analyze research, views, and beliefs of doctors and psychologists on the influence of a patient's perception of their own illness and their attitude towards it on the course of the disease. This review presents an analysis of numerous scientific works aimed at identifying types of attitudes towards disease that are characteristic of various nosological forms, both mental and somatic. As a result of the literature analysis, a set of conditions and factors that determine the nature and intensity of the influence of attitudes towards disease on its course and outcome were identified. These include the volume and nature of information about a specific disease, which is understood by the patient according to their intellectual and psychological readiness to perceive and interpret it; the way in which a doctor provides information about the course of the disease, possible outcomes, and planned treatment methods; age and gender; the nature and severity of the disease itself, as well as the mental health of patients.

Key words: attitude towards disease; internal picture of disease; Bechterev Institute personality questionnaire.

For citation: Zakharyan E.A., Cherniy E.V. Patient attitude towards disease as a predictor of its course and outcome. *Klinicheskaya meditsina*. 2023;101(11):538–548. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2023-101-11-538-548>

For correspondence: Elena A. Zakharyan — e-mail: locren@yandex.ru

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

Acknowledgments. The research was carried out at the expense of the grant of the Russian science foundation no. 22-25-20053.

Received 15.05.2023

Ежедневно в своей практической деятельности врач, опираясь на свои знания и опыт, с той или иной степенью достоверности прогнозирует ход болезни пациента и ее исход. В поле его ответственности лежит решение о том, когда, в какой форме и насколько подробно предоставить эту информацию больному человеку, его близким. Однако нередко течение заболевания и его итог не совпадают

с прогнозом и становятся неожиданностью — иногда приятной, иногда печальной. Очевидно, что в совокупности с точностью диагноза и адекватностью лечения это связано с индивидуальными особенностями пациента: генетическими, физиологическими, соматическими. Также хорошо известны исследования, связанные с поиском ресурсов психики и личности, способствующих

позитивному течению и исходу болезни, как и «антиресурсов», препятствующих этому.

Цель статьи заключается в анализе исследований, взглядов и представлений врачей и психологов на влияние восприятия пациентом собственного заболевания и на течение заболевания.

История изучения внутренней картины болезни

Процесс распознавания болезни пациентом ассоциирован с опытом прошлых контактов с медицинским персоналом в лечебных учреждениях, памятью о заболеваниях, имевших место в течение жизни, интеллектуальной обработкой своего изменившегося состояния после перенесенных болезней, наличием суждения об отношении к болезни и лечению. Важную роль для пациента играет доступность получения информации о своем заболевании [1]. Впервые изучение реакции пациентов на соматическое заболевание описано врачом А. Гольдшейдером, который назвал ее «аутопластическая картина болезни» [2]. В последующие годы прошлого века многочисленными учеными были сформулированы различные определения и термины. Так, Е.К. Краснушкиным [3] предложено понятие «сознание болезни», К.А. Скворцовым (1958) — «отношение к болезни», Н.Д. Лакосиной и Г.К. Ушаковым [4] — «реакция на болезнь»; также в научных трудах имеют место такие дефиниции, как «позиция по отношению к болезни», «образ собственного заболевания», «переживание болезни», «реакция адаптации», «аутогенное представление о болезни» и многие другие. В 1935 г. Р.А. Лурия ввел, а позже, в 1977 г., подробно описал понятие «внутренней картины болезни» (ВКБ), объединившее в себя все то, «что чувствует и переживает больной, всю массу его ощущений, его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах — весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [5]. Предположено, что ВКБ может оказывать положительное влияние и способствовать преодолению болезни. Однако в ряде случаев за счет пессимистической настроенности пациента особенности ВКБ могут инициировать возникновение отрицательных эмоций и настраивать пациента на неблагоприятный прогноз.

Необходимо отметить, что все исследования по изучению ВКБ происходили преимущественно в рамках российской клинической психологии. Т.Н. Резникова, В.М. Смирнов являются авторами информационно-кибернетической модели ВКБ как элемента самосознания, в которой оценивается «схема тела» испытуемого [6]. В рамках данной модели выделено понятие «церебрального информационного поля болезни», основными компонентами которого являются «чувственная ткань, сензитивность, культурные убеждения относительно своего состояния» и личный опыт, в том числе эмоциональный, что является основой для означения чувственной ткани и формирования «психологического информационного поля болезни» [6]. В.В. Николаева (1987) в структуре ВКБ

выделяет четыре уровня: чувственный, эмоциональный, интеллектуальный и мотивационный [7]. Р. Лазарус и С. Фолкман в 1988 г. предложили когнитивную модель копинг-поведения, определяющую выбор свойственных данному пациенту стресс-преодолевающих стратегий на основании первичной когнитивной оценки собственного заболевания с возможным прогнозированием исходов [8]. А.Ш. Тхостовым, Г.А. Ариной предложена клинико-психологическая модель, делающая акцент на восприятии пациентом соматических ощущений, их дальнейшей квалификации, в результате чего формируются «соматические образы». При верной интерпретации больным своих ощущений происходит адекватная оценка локализации и выраженности данных образов [9, 10]. А.Б. Смудевич (2000) предположил, что наличие каких-либо когнитивных нарушений может повлечь за собой ложное восприятие болезни и в дальнейшем оказать влияние на выбор нерациональных копинг-стратегий, что в результате может привести к снижению приверженности к лечению [11].

Н. Leventhal и соавт. (1997) разработана модель житейского смысла (Common Sense Model), в которой пациент предстает в роли конструирующего понимание собственного состояния на основании приобретенного культурного опыта относительно своей болезни, реакции ближайшего окружения, включая лечащего врача, и личного опыта с целью дальнейшего осмысления своего заболевания. При этом больной выступает в роли «житейского ученого»: он пытается найти смысл своих ощущений, которые могли бы соответствовать его знаниям, и способы справиться с ними [12]. На базе данной модели был разработан опросник «Когнитивных представлений о болезни» [13] и опросник восприятия болезни (Illness Perception Questionnaire — IPQ-R) [14].

Известно рассмотрение структуры ВКБ с точки зрения «телесного, эмоционального, когнитивного и мотивационно-смыслового опосредования», предложенное А.Ш. Тхостовым, Г.А. Ариной и В.В. Николаевой в контексте процессов саморегуляции в тесной связи с социокультурными факторами, что дает возможность изучения кросс-культурных различий [9, 15]. А.Ш. Тхостовым (1993) разработана концепция болезни как семиотической системы, в которой для обозначения симптома центральным является положение о необходимости рассмотрения как телесных ощущений, так и самой болезни либо состояния организма [16].

В патогенезе психосоматических изменений личности важную роль играет генетическая предрасположенность, а также кумуляция беспокойства, аффективного возбуждения, тревоги, вегетативной активности и напряжения, что может лежать в основе развития болезни [17]. На фоне неразрешенной конфликтной ситуации либо дистресса могут появляться психические новообразования, сопровождающиеся комплексом эмоциональных реакций — констелляция (Смудевич А.Б. и др., 2019) [18]. По данным Ф. Александера (2006), возникающие психосоматические симптомы представляют собой естественные физиологические проявления, сопровождающие не-

гативные чувства, и не являются замещением вытесненных эмоций [19].

В ряде работ отечественных психологов утверждается, что способ реагирования пациента на имеющееся заболевание, как и адаптация к своему вновь возникшему состоянию, напрямую зависит от его типа отношения к болезни (ТОБ). Концепция В.Н. Мясищева рассматривает отношение к болезни в рамках изучения трех его составляющих — эмоционального, поведенческого и когнитивного [20]. Первый из указанных компонентов включает в себя чувства и эмоциональные переживания, второй — определенную стратегию поведения и процессы адаптации в тех или иных жизненных ситуациях, связанных с болезнью, третий — имеющуюся информацию об особенностях течения болезни и возможном прогнозе. Следовательно, изучение особенностей отношения к болезни у конкретного пациента в контексте данных категорий позволяет дать характеристику всем имеющим место психическим феноменам личности [21].

Очевидно, что впервые установленный диагноз тяжелого соматического заболевания является стрессовой для больного человека ситуацией и с целью успешной к нему адаптации диктует необходимость оказания психологического сопровождения [21]. В настоящее время известно о наличии у человека четких связей между рядом биологических закономерностей и типом его личности с характерными особенностями отношения к болезни. Безусловно, представления о заболевании и наличие того или иного ТОБ непосредственным образом оказывают влияние на эмоциональный статус пациента и, более того, влияют на течение заболевания и дальнейшую приверженность к лечению [22].

Тест ЛОБИ (личностный опросник бехтеревского института)

В институте им. В.М. Бехтерева для диагностики типов отношения к болезни разработан личностный опросник Бехтеревского института — тест ЛОБИ [23]. В его основу легли предложенные А.Е. Личко, Н.Я. Ивановым типы психологического реагирования на болезнь:

- гармоничный («трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни»);
- тревожный («мнительность, постоянное беспокойство в отношении неблагоприятного течения болезни и ее исхода, неэффективности и даже опасности лечения»);
- ипохондрический («сосредоточение на субъективных болезненных и неприятных ощущениях»);
- меланхолический («удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения»);
- апатический («полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения»);
- неврастенический («поведение по типу "раздражительной слабости"»);

- обсессивно-фобический («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»);
- сенситивный («чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни»);
- эгоцентрический («уход в болезнь, выставление напоказ своих страданий и переживаний с целью завладеть их вниманием»);
- эйфорический («необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное»);
- анозогнозический («активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях»);
- эргопатический («уход от болезни в работу: даже при тяжести болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало продолжать трудовую деятельность»);
- паранойяльный («уверенность, что болезнь — результат чьего-то злого умысла»).

Данный опросник содержит 12 таблиц («самочувствие», «настроение», «сон и пробуждение от сна», «аппетит и отношение к еде», «отношение к болезни», «отношение к лечению», «отношение к врачам и медперсоналу», «отношение к родным и близким», «отношение к работе (учебе)», «отношение к окружающим», «отношение к одиночеству», «отношение к будущему»), которые включают в себя ряд утверждений (от 10 до 16), составленных на основе клинического опыта группы экспертов. Испытуемый должен в каждой таблице выбрать два наиболее подходящих ему утверждения. При этом ТОБ могут диагностироваться в «чистом» (шкала с максимальными баллами является единственной), «смешанном» (в диагностический интервал попадают 2–3 шкалы) и «диффузном» вариантах (более 3 шкал) [23].

В результате анализа данных, полученных при тестировании с целью выявления у человека характерного ТОБ, можно выделить три основных блока: благоприятный (гармоничный, эргопатический и анозогнозический), интрапсихический (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический) и интерпсихический (сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический типы). Считают, что выявленная интерпсихическая направленность может быть ассоциирована с преморбидными личностными особенностями пациентов [24].

Представляют интерес исследования связи характерных типов отношения к болезни с различными нозологическими формами (как психическими, так и соматическими) [25–28].

Отношение к болезни у пациентов с психическими заболеваниями и наркозависимостью

В работе В.В. Чугунова и соавт. [25] рассматривались особенности отношения к болезни у пациентов

с аффективными расстройствами в структуре аддикций. Цель исследования состояла в изучении типов отношения к заболеванию у пациентов с полинаркоманиями и расстройствами аффективного спектра, находящихся в абстинентном состоянии, на стационарном лечении, а также на этапе диспансерного наблюдения. Для пациентов с полинаркоманией и явлениями депрессивного состояния, находящихся на стационарном лечении, отмечалась относительная стабильность ТООБ. В период абстиненции преобладающими были тревожный (13,3%), эгоцентрический (19,3%) и эйфорический (21,7%) типы, что прослеживалось и при продолжении стационарного лечения. На диспансерном этапе ведения пациентов выявлена конвергенция ТООБ со значительным преобладанием неврастенического (31,3%) и выраженным снижением частоты встречаемости эйфорического (7,2%), в меньшей степени — тревожного (13,3%) и эгоцентрического (13,3%) типов. При этом при наличии у пациентов маниакального синдрома и маниаформных состояний, в отличие от депрессивных, на стационарном этапе отмечалась лабильность ТООБ с частичной инверсией характера аффективных расстройств. У данной группы больных в периоде абстиненции преобладали анозогностический (64,7%) и эгоцентрический (35,3%) типы с последующим изменением ТООБ на эйфорический (35,3%) и эгоцентрический (23,3%). На этапе диспансерного наблюдения вновь отмечалась конвергенция отношения к болезни с частичной инверсией аффективных нарушений с преобладанием эгоцентрического (29,4%), неврастенического (23,3%) и тревожного (17,7%) ТООБ [29].

При изучении ТООБ у пациентов с шизоаффективным расстройством (ШАР) и параноидной шизофренией, Н.Е. Хомицкий (2018) [30] получены результаты, позволившие установить негативное влияние обоих заболеваний на уровень психосоциальной адаптации по различным векторам (интерпсихический — для ШАР, интрапсихический — для шизофрении), а также указать на специфические персонологические характеристики исследуемых контингентов. Преобладание аутизации личности среди пациентов, страдающих шизофренией, сочеталось с тревожно-невротическими чертами, определяющими ведущий механизм бредообразования, тогда как импульсивность и психопатизация, доминирующие в личностном профиле пациентов с ШАР, соответствовали аффективному радикалу, ассоциированному с контекстом бредовых переживаний. В ходе исследования проведен компаративный анализ личностных особенностей и ТООБ у пациентов, страдающих шизофренией и ШАР, что позволило установить ряд закономерностей. При обоих заболеваниях не наблюдали гармоничный тип отношения к болезни, что свидетельствует о дезадаптивном влиянии данных патологий на личность пациента. Общий уровень адаптивности у пациентов с ШАР достоверно превышал таковой у пациентов с шизофренией. Ведущий механизм дезадаптации при ШАР — интерпсихический, при шизофрении — интрапсихический [30].

В исследованиях, проведенных среди пациентов с наркозависимостью, также выявлены определенные ТООБ

[31]. Наиболее характерным является сенситивный тип, который проявляется в составе смешанного типа и в чистом виде. Это означает, что почти половина наркозависимых респондентов в большей или меньшей степени опасаются столкнуться с осуждением и стигматизацией, произвести неблагоприятное впечатление на значимых лиц, стать обузой для близких. В меньшей степени представлены тревожный и ипохондрический типы: в первом случае пациенты опасаются осложнений, склонны проявлять неустойчивость в выборе способов лечения, во втором случае отслеживают неприятные ощущения, связанные с отказом от наркотиков, желают излечиться, но не верят в успех. Смешанный тип у наркозависимых лиц определяет сложную картину заболевания, которая предстает перед пациентами неоднозначной и размытой. Респондентов с наркозависимостью отличало от группы сравнения отсутствие эргопатического, гармоничного, анозогностического типов [32].

Отношение к болезни при инфекционных заболеваниях

Говоря о типах отношения к болезни у ВИЧ-инфицированных пациентов, становится очевидным высокая актуальность выявления признаков «стигматизации» и социальной маргинализации как факторов риска социальной дезадаптации, низкой комплаентности и осознанности, что может способствовать распространению вируса среди населения. По данным О.А. Судаковой и соавт. [33], были получены следующие результаты: у пациенток, инфицированных ВИЧ, преобладала тревожность (53,3%) вместе с ипохондриальностью (26,7%), а также апатичность и меланхоличность (по 46,7%), в отличие от пациенток без ВИЧ, у которых чаще определялся гармоничный тип (60%).

Т.Н. Ткаченко и соавт. [34] при обследовании ВИЧ-инфицированных пациентов обоих полов выявили, что наиболее характерным для них является смешанный ТООБ, который содержит признаки эйфорического, сенситивного и апатического типов, при этом отмечена большая частота встречаемости эйфорического типа у женщин, а апатического — у мужчин. Отмеченное указывает на необходимость назначения антиретровирусной терапии с учетом типа отношения к болезни с целью соблюдения режима и эффективности терапии.

При изучении ТООБ у пациентов с туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией М.О. Майоровой и соавт. обнаружена диссоциация между субъективной оценкой здоровья и тяжестью состояния. Преобладающими типами отношения к болезни были эйфорический (42,9%) и анозогностический (21,4%), что объясняет низкую приверженность к лечению больных данной категории [35].

При этом следует упомянуть ряд других работ, проведенных среди пациентов, больных туберкулезом. Так, Е.П. Кириллова и соавт. оценивали наличие алекситимических черт, уровень эмоционального интеллекта и преобладающие ТООБ у пациентов с туберкулезом легких [36]. Оказалось, что, по данным авторов, у данных пациентов чаще всего встречался смешанный эргопатиче-

ски-сенситивный тип. Отмечены определенные сложности в межличностном общении, зависимость от мнения окружающих, а также склонность заменять указанные эмоции упорной работой, тем самым стремясь к благо-склонному к себе отношению. Гармоничный тип не был диагностирован ни у одного из обследуемых, так как его наличие предполагает отсутствие признаков каких-либо других ТОб [36].

При изучении типа личности больных туберкулезом органов дыхания в зависимости от их семейного положения Ю.В. Нетесоновой и соавт. среди всех пациентов выявлена значительная доля лиц, характеризующаяся эйфорическим, анозогнозическим и эргопатическим типами личности, т.е. большинство опрошенных не воспринимают заболевание туберкулезом серьезно, старательно уходят от этой мысли, отрицают наличие патологии, недоценивают ее тяжесть. Гармоничный тип отмечен в 2,4 раза чаще у больных, имеющих семью. Повышенная тревожность и необоснованное беспокойство за свое здоровье и исход заболевания в большей степени были присущи пациентам, не состоящим в официальном браке — тревожный тип личности встретился в этой группе в 3,6 раза чаще по сравнению с группой семейных больных [37].

Эти данные в некоторой степени подтверждаются работами М.В. Крячковой [38], в которых наиболее часто встречающимися типами личности у больных туберкулезом легких оказались эйфорический (24,2%) и анозогнозический (27,6%). Таким образом, больным туберкулезом свойственен легкомысленный подход к своей болезни вплоть до ее отрицания. Подобное отношение оказалось более характерно для молодых пациентов в возрасте от 18 до 30 лет (77,7%) в сравнении с более старшими группами (31–40 лет — 54,6%, 41–50 лет — 0%). Высокая частота эйфорического и анозогнозического типов у пациентов, представляющих эпидемическую опасность, влекла за собой в ряде случаев склонность к самовольным уходам из больницы (21,4%) и прогрессированию заболевания в дебюте лечения (28,6%) [38].

В условиях пандемии COVID-19 психологическое здоровье наиболее уязвимо, а отношение человека к распространению новой коронавирусной инфекции хоть и уникально, но может быть охарактеризовано с точки зрения принадлежности отношения к тому или иному психологическому типу. Анализ полученных психологических профилей показал, что если в группе пациентов до 65 лет наиболее распространен эргопатически-анозогнозический ТОб (31%), то в возрастной группе старше 65 ипохондрический тип реагирования определен у 34% с характерной интрапсихической направленностью, обуславливающей нарушения социальной адаптации [39].

Обнаруживается также зависимость между тактиками лечения и типом отношения к болезни. Например, при эхинококкозе — хроническом паразитарном заболевании, склонном к рецидивированию — основным методом лечения печени является хирургический (удаление паразитарных элементов). При кистах менее 5–6 см в настоящее время традиционно прибегают к консерватив-

ному лечению, малоинвазивным чрескожным методам либо используя выжидательную стратегию. Необходимо отметить, что эффективность такого рода подходов невысока. А.М. Абдуллаевым и соавт. [40] протестировано 142 пациента с обнаруженными при ультразвуковом исследовании эхинококковыми кистами печени размерами не более 4 см. В начале терапии ТОб у пациентов при выжидательной тактике был представлен тревожным с элементами обсессивно-фобического, при активной стратегии ведения — неврастеническим. Отмечены значительные изменения ТОб через год после начала терапии: гармоничный тип встречался в 46,8% при активной стратегии, в 25% — при выжидательной тактике. Выявлено значительное уменьшение встречаемости тревожного типа: 14,9% в группе с активной стратегией, 29,2% — в группе с выжидательной тактикой, а также снижение в 2 раза доли неврастенического и обсессивно-фобического ТОб в группе с выжидательной тактикой ведения больных [40]. Работа демонстрирует психологические преимущества активного ведения данной категории пациентов при очевидном психотравмирующем воздействии откладывания инициации решительных тактик лечения.

Отношение к болезни у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта

При изучении ТОб у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта многими авторами определен ряд особенностей в ВКБ [41–42]. Так, по результатам тестирования ЛОБИ у 23 (38,3%) пациентов с полипом желудка, госпитализированных в стационар для выполнения эндоскопической полипэктомии, определен «смешанный» ТОб, «чистые» типы встречались у 37 (61,7%) пациентов, среди которых наиболее часто фиксировался эргопатический — 17 человек (28,3%). Доля адаптивных типов реагирования на болезнь составила 48,3% с преобладанием гармоничного, эргопатического и анозогнозического ТОб. Несмотря на это, половина пациентов с полипами желудка характеризовались дезадаптивностью реагирования с явной интрапсихической направленностью: у них со значительной частотой были выявлены сенситивный и ипохондрический типы ТОб [24].

Изучение типов реагирования на болезнь пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) дало представление о вкладе в нее поведенческого компонента. В.А. Остапенко и соавт. при тестировании пациентов с ГЭРБ с помощью ЛОБИ выявили преобладание тревожного (38%), астенического (35%), обсессивно-фобического (32%), сенситивного (23%), эргопатического (20%) и паранойального (25%) типов. Эти типы личности встречались у пациентов самостоятельно или в комбинации с другими. При этом среди пациентов с ГЭРБ без эзофагита преобладающими типами были тревожный, астенический, сенситивный и эйфорический; среди пациентов с ГЭРБ с эзофагитом — тревожный, астенический и обсессивно-фобический [43].

В более поздней работе И.А. Зябревой, Г.С. Джулай на фоне ГЭРБ выявлено преобладание адекватных ти-

пов реагирования — гармоничного и эргопатического. В то время как в случаях с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом преобладали тревожный, ипохондрический и неврастенический типы личностного реагирования на болезнь [44].

Л.Ю. Ушаковой и соавт. обследованы пациенты с дуоденальными язвами в зависимости от инфицирования слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* на фоне имеющейся ишемической болезни сердца (ИБС). По мере нарастания длительности сочетанного течения заболеваний чаще формировались смешанные ТООБ, особенно при ассоциировании с колонизацией *Helicobacter pylori*. При меньшей длительности сочетанного течения заболеваний (до 5 лет) преобладали чистые типы, особенно при отсутствии колонизации *Helicobacter pylori* [45].

Отношение к болезни у пациентов с глаукомой

При проведении исследований среди пациентов офтальмологической практики, согласно результатам исследования О.М. Байбаловой и соавт. [46], у больных с глаукомой преобладали эргопатический (15,7%), паранойальный (11,6%) и тревожный (10,7%) ТООБ. Лишь у 8,3% пациентов определяли гармоничный ТООБ. Меньше всего среди данной группы пациентов встречались апатический (4,1%), ипохондрический (2,5%) и меланхолический (0,8%) типы. Вероятно, пациенты с глаукомой небезразличны к течению и возможному исходу своего заболевания, не склонны к депрессивным состояниям, сохраняют интерес к жизни, настроены на положительный результат лечения и прогноз.

Отношение к болезни у пациентов различного пола

Связь между тактиками лечения и ТООБ опосредована и гендерными различиями. В частности, Е.В. Ситкина и соавт. рассматривали различия между обоими полами в приверженности к лечению и выполнении рекомендаций врача-стоматолога при уходе за полостью рта [47]. Отмечена связь между наличием тревожного и фобического ТООБ и выраженностью воспалительных процессов в пародонте, а также наличием зубного налета у пациенток при первом посещении стоматолога; данные типы реагирования на болезнь, возможно, и служили причиной редкого обращения к специалистам. Согласно исследованию, у женщин с неврастеническим и сенситивным ТООБ чаще возникает воспаление десен. Вероятно, это связано с тяжелым переживанием неприятных стоматологических процедур и болевых ощущений, а также с повышенной раздражительностью и нетерпимостью во время обследования и лечения. Женщины этой категории часто страдают застенчивостью и робостью и могут избегать обращения к врачу, опасаясь осуждения из-за состояния их полости рта. Среди мужчин личностные особенности не были связаны с выполнением рекомендаций врача. Вероятно, в формировании приверженности к лечению у мужчин большее значение имеют другие факторы, такие как тяжесть заболевания, болевой синдром и т.д. [48].

Отношение к болезни при онкологических заболеваниях

В настоящее время, как и прежде, многие онкологические пациенты испытывают глубокий и всеобъемлющий кризис, который затрагивает все аспекты их жизни. Однако современные психологические подходы, в том числе системы помощи при возникновении кризисных ситуаций в различных жизненных обстоятельствах, определяют онкологических пациентов как остро нуждающихся в высококвалифицированной помощи. Особенность онкологического заболевания состоит в том, что все аспекты ситуации становятся крайне острыми; неопределенность или пессимистичный прогноз нарушают возможности планирования целей и ощущение перспективы, которые абсолютно необходимы для нормальной жизнедеятельности. При этом личностная активность, стремление к самореализации и профессиональным достижениям теряют смысл и сводят на нет основные потребности в социальном и физическом существовании [49].

Б.Ю. Володиным и соавт. [50] были обследованы две группы пациенток с опухолевой патологией матки: раком тела матки и миомой. Исследование проводилось дважды: на этапе поступления в стационар и в послеоперационном периоде. Анализ полученных результатов показал, что у больных обеих групп обнаруживается смешанный тип реагирования: у женщин с раком матки — сенситивно-тревожно-эргопатический, а у пациенток с миомой — эргопатическо-сенситивный. Отмечена меньшая частота встречаемости тревожного типа личности у пациенток с миомой матки. В работе с данной категорией больных важно делать акцент на возможности вернуться к полноценной жизни после проведенного оперативного вмешательства. При этом следует учитывать высокие показатели по эргопатическому типу личности на этапе поступления и после хирургического лечения.

Исследование Л.Г. Гаповой и соавт. показало преобладание тревожного (24%), эргопатического (21%) и ипохондрического (17%) ТООБ среди женщин, страдающих онкологическими заболеваниями шейки матки, молочной и щитовидной желез при различной их тяжести (I–IV степени) в процессе получения терапии либо в стадии ремиссии в течение не более 1 года [51].

В свою очередь, работа А.Н. Поздняковой и соавт. показала, что у подростков с онкологическими заболеваниями чаще встречаются смешанные ТООБ (33%), включая эйфорический и сенситивный типы (по 44%) [52]. Отмечено отсутствие обсессивно-фобического и меланхолического, а также крайне низкая частота встречаемости гармоничного (6%) ТООБ у данных пациентов. Подростки с тревожным, ипохондрическим, апатическим, неврастеническим, эгоцентрическим, эйфорическим и анозогностическим ТООБ оказались склонны к развитию девиантного поведения [52].

В более поздних публикациях при сравнении больных с доброкачественными новообразованиями (1-я группа) со злокачественными (2-я группа), было выявлено: гармоничный (77,3%) ТООБ был характерен для па-

циентов 1-й группы с адекватной оценкой заболевания, возможных его осложнений и тяжести настоящего состояния. Однако достаточно часто встречался и эйфорический ТОБ (63,6%) с нарушенным трезвым восприятием своего состояния и наигранной пренебрежительностью по отношению к болезни. У 27,3% больных диагностирован анозогностический ТОБ с отрицанием своего заболевания. При этом во 2-й группе чаще встречались тревожный (81,8%), апатический (59,1%) и меланхолический (54,5%) ТОБ с неверием в назначаемую терапию и положительный исход. В 36,4% случаев выявлялась выраженная ипохондриальная составляющая, проявляющаяся как нежеланием лечиться, так и общим пессимистическим настроением [53].

Отношение к болезни при опорно-двигательных нарушениях, аутоиммунных заболеваниях, болезнях кожи и рассеянном склерозе

При изучении ВКБ у пациентов с опорно-двигательными нарушениями выявлено, что среди больных травматологического отделения в 54% случаев встречался эргопатический, в 38% — чувствительный, в 33% — гармоничный ТОБ [54].

По данным других авторов [55], наиболее часто наблюдаемыми ТОБ у людей с опорно-двигательными нарушениями, обусловленными кардиологическими (65%) или неврологическими (35%) заболеваниями, оказались тревожный, неврастенический и чувствительный.

Анализ основных ТОБ среди пациенток с аутоиммунными заболеваниями показал, что в группе девушек-подростков с системной красной волчанкой преобладал чувствительный тип, с ювенильным ревматоидным артритом — гармоничный, эргопатический и анозогностический типы отношения к болезни. Наиболее часто встречаемым ТОБ, независимо от диагноза, являлся смешанный тип интра- и интерпсихической направленности, что свидетельствует о недостаточной сформированности отношения к болезни и характеризуется неудовлетворенностью, неприятием собственного тела, утратой внутренней гармонии [56].

Представляют интерес ряд работ по определению особенностей ВКБ у больных кожными заболеваниями [57]. Так, в ходе исследования 409 больных с меланоцитарными новообразованиями кожи (меланомой и пигментным невусом) авторами выявлены различия в формировании ВКБ. В результате сравнительного анализа определен ряд статистически значимых различий: в группе с пигментным невусом преобладают гармоничный, анозогностический, эргопатический и эйфорический типы, а в группе с меланомой кожи — эгоцентрический и паранойяльный [58].

В процессе обследования пациентов с рассеянным склерозом без депрессивных симптомов было обнаружено преобладание эргопатического, анозогностического и гармоничного ТОБ, связанных с сохранением профессиональной деятельности и полноценной жизни. Однако у пациентов с рассеянным склерозом и наличием депрессивных расстройств отмечались нарушения социальной

адаптации с «уходом в болезнь». У мужчин из этой группы чаще встречались неврастеническая и ипохондрическая, а у женщин — чувствительная, эгоцентрическая, паранойяльная реакции на болезнь с попыткой «использовать» окружающих для достижения собственных целей и проявлением агрессии [59, 60].

Отношение к болезни у пациентов с сахарным диабетом

Многочисленные работы зарубежных и отечественных психологов убедительно свидетельствуют о том, что сахарный диабет (СД) представляет собой заболевание, связанное как с соматическими, так и психическими факторами (конфликтными ситуациями, переживаниями, стрессами), определяющими развитие данной патологии и ее течение [61–66]. Ряд авторов предлагают изучение психосоматических симптомов СД с точки зрения ресурсного, психосоматического и биопсихосоциального подходов. Первый подразумевает под собой исследование возможностей человека использовать и восстанавливать свои ресурсы для выбора адаптивных стратегий совладающего поведения. Психосоматический подход представляет собой описание патогенеза СД в виде модели соматогенеза (работы внутренних систем организма), психогенеза (формирования психических функций) и социогенеза (развития социальных отношений). Психологический стресс, вызванный осознанием заболевания и другими социальными факторами, может привести к изменению личности и вызвать эмоциональные, поведенческие и астеноневротические симптомы [16, 19].

В группе пациентов с СД 2-го типа с наличием артериальной гипертензии (АГ) отмечено преобладание реакций частичной или стойкой социальной дезадаптации с максимальной частотой встречаемости ипохондрического (71,4%) и неврастенического (62,5%) типов отношения к болезни. Для пациентов с АГ без СД типичными оказались неврастенический и чувствительный типы (по 47,1%), однако лидировал паранойяльный ТОБ (60,8%). Ипохондрический и неврастенический ТОБ в 2 раза чаще встречались в группе АГ с СД с концентрацией пациентов на внутренних ощущениях, преувеличением серьезности своего состояния и, как следствие, снижением качества жизни и приверженности к лечению. Столь внушительная доля больных с паранойяльной реакцией на болезнь среди пациентов с АГ без СД, вероятно, может быть связана с длительным течением гипертензии и частыми кризами в данной клинической группе [63].

В другом исследовании, проведенном Е.В. Хиевой и соавт. [64], оценивался ТОБ у пациентов с СД 2-го типа до и через 6 мес. после прохождения обучения в школе диабета. В результате обучения у пациентов выявлено снижение частоты встречаемости эгоцентрического, паранойяльного и эйфорического типов, а также определено влияние самого ТОБ на эффективность учебно-образовательной программы.

В.С. Барсукова и соавт. [65] обнаружили, что у женщин с СД 2-го типа преобладающими ТОБ были сен-

сивный, гармоничный, эргопатический. У мужчин с сахарным диабетом 2-го типа преобладают такие типы реагирования на заболевание, как апатический, гармоничный и анозогностический, эргопатический.

По данным Е.А. Ремизовой и соавт. [66], в общей группе больных инсулинзависимым СД доминировали депрессивный (42%) и неврастенический (31%) ТОБ. С меньшей частотой встречались тревожный (23%), сентивный (18%), ипохондрический (16%) типы. Еще реже были представлены апатический (7%), эргопатический (5%) и обсессивно-фобический (5%) типы.

Также обращает на себя внимание ряд работ по сравнению ТОБ среди пациентов различных стационаров [67]. Так, в исследовании Д.В. Судакова и соавт. [68] выявлено, что у пациентов, страдающих СД и находящихся на лечении в отделении гнойной хирургии, чаще встречался гармоничный тип реагирования на болезнь (60%), а также эйфорический тип (45%) с повышенным настроением, пренебрежительным отношением к болезни и анозогностический тип (20%) с отрицанием болезни как таковой. В то же время у пациенток, находящихся на лечении в отделении гинекологии в связи с угрозой прерывания беременности, зафиксировано преобладание тревожного типа реагирования на болезнь (80%) с меньшей долей меланхолического и апатического типов (по 40%), характеризующихся неверием в успех лечения и благоприятный исход.

В исследовании А.А. Коцюбы [69] с описанием ТОБ больных СД в зависимости от нахождения в стационарах терапевтического либо хирургического профилей отмечено преобладание гармоничного (80%) и эйфорического (40%) типов у пациентов терапевтического стационара; в меньшем проценте случаев (20%) встречался анозогностический ТОБ. При этом больные отделения хирургии в 80% случаев оказались подвержены реакциям тревожного типа (80%), реже — меланхолическому, апатическому (по 33%) и ипохондрическому (20%) типам отношения к своему заболеванию.

Заключение

В результате анализа научной литературы удалось определить совокупность условий и факторов, определяющих характер и интенсивность влияния восприятия пациентом собственного заболевания и отношения к нему на течение и исход болезни. Ими явились объем и характер сведений о конкретном заболевании, полученных пациентом самостоятельно, в итоге намеренного поиска или случайных «находок» в медицинской, научно-популярной, публицистической литературе, в теле- и радиопередачах, социальных сетях и специальных изданиях; информации в форме разнообразных взглядов и мнений со стороны близких и знакомых людей, понимаемой пациентом в меру его интеллектуальной и психологической готовности воспринимать и интерпретировать ее; форма предоставления врачом сведений о течении болезни, возможном исходе и планируемых способах лечения.

Также имеют значение: 1) степень конструктивности либо деструктивности переработки пациентом соб-

ственного опыта преодоленных ранее болезней, иных опасных для жизни и здоровья критических ситуаций, а также восприятие подобного опыта других людей, так или иначе справившихся или не справившихся со схожими проблемами; 2) возраст пациента (с возрастом в значительной степени связан объем опыта предшествующих заболеваний, как и жизненного опыта в целом; причем у подростков отношение к болезни связано также и с особенностями поведенческих реакций, в частности с формированием девиантного поведения); 3) тип отношения к болезни, в той или иной степени детерминированный совокупностью и соотношением таких индивидуально-личностных качеств, как активность, тревожность, невротизированность, жизнестойкость и многие другие; 4) психическое здоровье; 5) тактики, способы и место лечения пациентов (различные стационары, амбулаторный этап); 6) гендерные различия; 7) характер и тяжесть самого заболевания, а также «мифы» относительно данного заболевания, независимо от их истинности или ложности.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 22-25-20053, <https://rscf.ru/project/22-25-20053/>

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Манюгина Е.А., Бурсиков А.В., Швагер О.В. Роль стрессовладеющего поведения в формировании отношения к болезни у курящих пациентов с артериальной гипертензией. *Артериальная гипертензия*. 2014;20(4):280–287. [Manyugina E.A., Bursikov A.V., Shvager O.V. The role of stress-coping behavior in the formation of attitudes to the disease in smoking patients with arterial hypertension. *Arterial'naya gipertenziya — Arterial Hypertension*. 2014;20(4):280–287. (In Russian)].
2. Гольдштейн А. Боевые вопросы врачевания. М., Гос. изд-во, 1929:95. [Gol'dshteyder A. Combat issues of healing. Moscow, State publishing house, 1929:95. (In Russian)].
3. Краснушкин Е.К. Психиатрия на службе у соматической медицины. *Врачебное дело*. 1947;8:351. [Krasnushkin E.K. Psychiatry in the service of somatic medicine. *Vrachebnoe delo — Medical business*. 1947;8:351. (In Russian)].
4. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. 2-е изд. перераб. и доп. М., Медицина, 1984:272. [Lakosina N.D., Ushakov G.K. Medical psychology. Moscow, Medicina, 1984:272. (In Russian)].
5. Лурья Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. 4-е изд. М., Медицина, 1977:52. [Luriya R.A. The internal picture of diseases and iatrogenic diseases. Moscow, Medicina, 1977:52].
6. Резникова Т. В., Смирнов В.М. О моделировании внутренней картины болезни. Л., Медицина, 1976:124. [Reznikova T. V., Smirnov V.M. About modeling the internal picture of the disease. Leningrad, Medicina, 1976:52. (In Russian)].
7. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Издательство Московского университета, 1987:168. [Nikolaeva V.V. The influence of chronic illness on the psyche. Moscow: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta, 1987:168. (In Russian)].
8. Folkman S., Lazarus R.S. Manual for Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1988.
9. Тхостов А.Ш., Арина Г.А., Фурдуй Ф.И. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Кишинев, Штиинца, 1990:240. [Tkhostov A.Sh., Arina G.A., Furduy F.I. Theoretical problems of the study of the internal picture of the disease. Psychological diagnostics of the attitude to the disease in neuropsychiatric and somatic pathology. Kishinev, Shtiintsa, 1990:240. (In Russian)].

10. Рассказова Е.И. Саморегуляция в психологии здоровья и клинической психологии. *Вопросы психологии*. 2014;1:75–82. [Rasskazova E.I. Self-regulation in health psychology and clinical psychology. *Voprosy psikhologii*. 2014;1:75–82. (In Russian)].
11. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2000;2(2):36–40. [Smulevich A.B. Psychosomatic disorders (clinic, therapy, organization of medical care). *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya — Psychiatry and psychopharmacotherapy*. 2000;2(2):36–40. (In Russian)].
12. Leventhal H., Benyamini Y., Brownlee S., Diefenbach M., Leventhal E.A., Patrick-Miller L., Robitaille C. Illness representations: theoretical foundations. In: Petrie K.J. and Weinman J.A. (Eds.), *Perceptions of health and illness*. Australia: Harwood Academic Publishers, 1997:19–46.
13. Evers A.W., Kraaimaat F.W., van Lankveld W. Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases. *J Consul Clin Psychol*. 2001;69:1026–1036. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.69.6.1026>
14. Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K. J., Horne R., Cameron L.D., Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*. 2002;17(1):1–16. DOI: 10.1037/t11973-000
15. Николаева В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики к психологии телесности. *Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология*. 1996;2:8–17. [Nikolaeva V.V., Arina G.A. From traditional psychosomatics to the psychology of physicality. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psihologiya — Lomonosov Psychology Journal*. 1996;2:8–17. (In Russian)].
16. Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система. *Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология*. 1993;1:3–16. [Tkhostov A.Sh. Disease as a semiotic system. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psihologiya — Lomonosov Psychology Journal*. 1993;1:3–16. (In Russian)].
17. Пенявская А.В., Мещерякова А.В., Стоянова Э.И. Типология отношения к болезни и общественно опасному деянию больных шизофренией во взаимосвязи с психологическими характеристиками. *Сибирский психологический журнал*. 2020;77:111–129. [Penyavskaya A.V., Meshcheryakova A.V., Stoyanova E.I. Typology of the attitude to the disease and socially dangerous act of patients with schizophrenia in relation to psychological characteristics. *Sibirskiy psikhologicheskii zhurnal — Siberian Journal of Psychology*. 2020;77:111–129. (In Russian)]. DOI: 10.17223/17267080/77/6.
18. Смулевич А.Б., Харьковская Г.С., Лобанова В.М., Воронова Е.И. Астенция в психопатологическом пространстве шизофрении и расстройств шизофренического спектра (концепция астенического дефекта в аспекте современных моделей негативных расстройств). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;119(5):7–14. [Smulevich A.B., Khar'kova G.S., Lobanova V.M., Voronova E.I. Asthenia in the psychopathological space of schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders (the concept of asthenic defect in the aspect of modern models of negative disorders). *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova — S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2019;119(5):7–14. (In Russian)]. DOI: 10.17116/jnevro20191190517.
19. Александр Ф. Психосоматическая медицина: принципы и применения. Пер. с англ. А.М. Боквикова, В.В. Старовойтова, науч. ред. С.Л. Шишкин. М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2006:187. [Aleksander F. Psychosomatic medicine: Its Principles and Applications. Per. from English. A.M. Bokovikova, V.V. Starovoytova scientific ed. S.L. Shishkin. Moscow: Institut Obshchegumanitarnykh Issledovaniy, 2006:187. (In Russian)].
20. Мяснищев В.Н. Психология отношений: избранные психологические труды. под ред. А.А. Бодалева. 4-е изд. М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2011:398. [Myasishchev V.N. Psychology of relationships: selected psychological works. pod red. A.A. Bodaleva. 4-e izd. M.: MPSI; Voronezh: MODEK, 2011:398. (In Russian)].
21. Зубарева О.А. Взаимосвязь совладающего поведения с типами отношения к болезни у пациентов с острыми формами ишемической болезни сердца. *Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова*. 2014;21(4):32–35. [Zubareva O.A. The relationship of coping behavior with the types of attitude to the disease in patients with acute forms of coronary heart disease. *Uchenye zapiski SpbGMU im. akad. I.P. Pavlova — The Scientific Notes of the Pavlov University*. 2014;21(4):32–35. (In Russian)].
22. Сыркин А.Л., Смулевич А.Б., Сыркина Е.А., Волель Б.А., Ардзинба И.Б., Лысова Т.А., Малютина А.А., Копылов Ф.Ю. Психосоматические синдромы у больных хронической ишемической болезнью сердца и их влияние на ее течение. *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия*. 2019;12(5):395–401. [Syrkin A.L., Smulevich A.B., Syrkina E.A., Volel' B.A., Ardzinba I.B., Lysova T.A., Maljutina A.A., Kopylov F.Yu. Psychosomatic syndromes in patients with chronic ischemic heart disease and their effect on its course. *Kardiologiya i serdechno-sosudistaya khirurgiya — Russian Journal of Cardiology and Cardiovascular Surgery*. 2019;12(5):395–401. (In Russian)]. DOI: 10.17116/kardio201912051395
23. Личко А.Е. Личностный опросник Бехтерева института (ЛОБИ). Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1983:312. [Lichko A.E. The Bekhterev Institute Personality Questionnaire (LOBI). Methods of psychological diagnosis and correction in the clinic. L.: Medicine, 1983:312. (In Russian)].
24. Новикова А.С., Колесникова И.Ю. Выраженность тревоги и депрессии, отношение к болезни пациентов с полипами желудка. *Современные проблемы науки и образования*. 2019;1:27. [Novikova A.S., Kolesnikova I.Yu. Severity of anxiety and depression, attitude to the disease of patients with stomach polyps. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya — Modern problems of science and education*. 2019;1:27. (In Russian)].
25. Белокрылов И.В., Семиков С.В., Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Групп-аналитическая психотерапия пациентов с соматоформными расстройствами: клиническая эффективность, динамика качества жизни, отношения к болезни и лечению. *Психиатрия*. 2022;20(1):76–88. [Belokrylov I.V., Semikov S.V., Tkhostov A.Sh., Rasskazova E.I. Group-analytical psychotherapy of patients with somatoform disorders: clinical efficacy, dynamics of quality of life, attitudes to disease and treatment. *Psikhiatriya — Psychiatry*. 2022;20(1):76–88. (In Russian)]. DOI: 10.30629/2618-6667-2022-20-1-76-88
26. Руденко С.Л. Взаимосвязь отношения к болезни и социально-го восприятия у лиц с истерическим неврозом. *Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика*. 2023;23(1):62–66. [Rudenko S.L. The relationship between the attitude to the disease and social perception in persons with hysterical neurosis. *Izvestiya Saratovskogo universiteta. Novaya seriya. Seriya: Filosofiya. Psikhologiya. Pedagogika — Izv. Sarat. Univ. Philosophy. Psychology. Pedagogy*. 2023;23(1):62–66. (In Russian)]. DOI: 10.18500/1819-7671-2023-23-1-62-66
27. Шадрина А.Ю., Волкова О.В. Теоретико-методологический обзор представлений об ипохондрическом типе отношения к болезни в психологических и медицинских исследованиях. *Психология. Психофизиология*. 2021;14(4):94–104. [Shadrina A.Yu., Volkova O.V. Theoretical and methodological review of ideas about the hypochondriac type of attitude to the disease in psychological and medical research. *Psikhologiya. Psikhofiziologiya — Psychology. Psychophysiology*. 2021;14(4):94–104. (In Russian)]. DOI: 10.14529/jpps210409
28. Богусhevская Ю.В., Бакина Ю.А. Особенности типов отношения к болезни у женщин с разной продолжительностью течения соматизированных расстройств. *Российский психологический журнал*. 2019;16(4):22–33. [Bogushevskaya Yu.V., Bakina Yu.A. Features of the types of attitude to the disease in women with different duration of the course of somatized disorders. *Rossiyskiy psikhologicheskii zhurnal — Russian Psychological Journal*. 2019;16(4):22–33. (In Russian)]. DOI: 10.21702/rpj.2019.4.2
29. Чугунов В.В., Григорян А.З., Городокин А.Д. Особенности внутреннего отношения к болезни среди контингента пациентов, страдающих аффективными расстройствами в структуре аддикций. *Запорожский медицинский журнал*. 2014;6(87):61–65. [Chugunov V.V., Grigoryan A.Z., Gorodokin A.D. Features of the internal attitude to the disease among the contingent of patients suffering from affective disorders in the structure of addictions. *Zaporozhskiy meditsinskiy zhurnal — Zaporozhye medical journal*. 2014;6(87):61–65. (In Russian)].
30. Хомич Н.Е. Компаративный анализ показателей социальной дезадаптации и критичности у пациентов с шизоаффективным расстройством и параноидной шизофренией как компонентов патоперсоналогических трансформаций. *Запорожский медицинский журнал*. 2018;20(2):242–247. [Khomitskiy N.E. Comparative analysis of indicators of social maladaptation and criticality in patients with schizoaffective disorder and paranoid schizophrenia as components of pathoperpersonal transformations. *Zaporozhskiy meditsinskiy zhurnal — Zaporozhye medical journal*. 2018;20(2):242–247. (In Russian)]. DOI: 10.14739/2310-1210.2018.2.125281

31. Кадыров Р.В., Ковалев И.А., Ильина И.С. Психическая травма раннего возраста и психологические характеристики личности наркозависимых. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2016;4:66–69. [Kadyrov R.V., Kovalev I.A., Il'ina I.S. Mental trauma of early age and psychological characteristics of the personality of drug addicts. *Tikhookeanskiy meditsinskiy zhurnal — Pacific Medical Journal*. 2016;4:66–69. (In Russian)]. DOI: 10.17238/PmJ1609–1175.2016.4.66–69
32. Капустина Т.В., Эльзесер А.С., Кондратьева Е.В. Отношение к болезни и смерти у пациентов с наркозависимостью. *Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика*. 2020;26(3):79–86. [Kapustina T.V., El'zesser A.S., Kondrat'eva E.V. The attitude to illness and death in patients with drug addiction. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika. Psikhologiya. Sociokinetics*. 2020;26(3):79–86. (In Russian)]. DOI: 10.34216/2073–1426–2020–26–3–79–86
33. Судакова О.А., Орлова Г.В., Судаков Д.В. Анализ психоэмоционального состояния пациенток, инфицированных ВИЧ, находящихся на лечении в гинекологических отделениях городских больниц. *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*. 2017;70:216–221. [Sudakova O.A., Orlova G.V., Sudakov D.V. Analysis of the psychoemotional state of patients infected with HIV who are being treated in gynecological departments of city hospitals. *Nauchno-meditsinskiy vestnik Tsentral'nogo Chernozem'ya — Scientific and Medical Bulletin of the Central Chernozem region*. 2017;70:216–221. (In Russian)].
34. Ткаченко Т.Н., Фишман Б.Б., Фоменко Л.А., Леонтьева Е.П. Характеристика психического статуса и поведенческих реакций у ВИЧ-инфицированных пациентов. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2010;2(1):65–69. [Tkachenko T.N., Fishman B.B., Fomenko L.A., Leont'eva E.P. Characteristics of mental status and behavioral reactions in HIV-infected patients. *VICH-infektsiya i immunosupressii — HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*. 2010;2(1):65–69. (In Russian)].
35. Майорова М.О., Пьянзова Т.В., Коночук О.Н. Особенности отношения к болезни пациентов с туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией. *Туберкулез и болезни легких*. 2012;89(12):023–026. [Mayorova M.O., P'yanzova T.V., Konochuk O.N. Features of the attitude to the disease of patients with tuberculosis in combination with HIV infection. *Tuberkulez i bolezni legkikh — Tuberculosis and Lung Diseases*. 2012;89(12):023–026. (In Russian)].
36. Кириллова Е.П., Ячменева А.А. Эмоциональный интеллект фтизиатрических больных и его взаимосвязь с отношением к болезни. *Форум молодежной науки. Психологические науки*. 2020;1(2):80–88. [Kirillova E.P., Yachmeneva A.A. Emotional intelligence of phthisiological patients and its relationship with the attitude to the disease. *Forum molodezhnoy nauki. Psikhologicheskie nauki*. — Youth Science Forum. Psychological Sciences. 2020;1(2):80–88. (In Russian)]. DOI: 10.35599/forummn/01.02.12
37. Нетесонова Ю.В., Голодова О.В. Особенности типа личности больных туберкулезом легких Саратовской области. *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2019;9(6):256. [Netesonova Yu.V., Golodova O.V. Features of the personality type of patients with pulmonary tuberculosis of the Saratov region. *Byulleten' meditsinskikh internet-konferentsiy — Bulletin of medical internet conferences*. 2019;9(6):256. (In Russian)].
38. Крячкова М.В. Приверженность к лечению больных туберкулезом с различным типом личности. *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2014;4(5):810. [Kryachkova M.V. Commitment to the treatment of tuberculosis patients with different personality types. *Byulleten' meditsinskikh internet-konferentsiy — Bulletin of medical internet conferences*. 2014;4(5):810. (In Russian)].
39. Стужук А.С., Сорокин Д.В., Абакарова Д.С., Аджиев К.С. Определение психологического статуса пациентов по типу отношения к болезни в условиях пандемии. *Бюллетень медицинской науки*. 2020;4(20):10–12. [Stuzhuk A.S., Sorokin D.V., Abakarova D.S., Adzhiev K.S. Determination of the psychological status of patients by the type of attitude to the disease in a pandemic. *Byulleten' meditsinskoj nauki — Bulletin of Medical Science*. 2020;4(20):10–12. (In Russian)].
40. Абдуллаев А.М., Койчуев Р.А., Ахмедов И.Г. Психологические аспекты при выборе активной или выжидательной тактики лечения эхинококкоза печени при малых размерах кист. *Казанский медицинский журнал*. 2015;96(2):144–149. [Abdullaev A.M., Koychuev R.A., Akhmedov I.G. Psychological aspects when choosing an active or wait-and-see treatment strategy for liver echinococcosis with small cysts. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal — Kazan medical journal*. 2015;96(2):144–149. (In Russian)]. DOI: 10.17750/KMJ2015–144
41. Смакотина С.А., Королева Т.О. Оценка взаимосвязи характеристик внутренней картины болезни с приверженностью лечению пациентов с хроническим гастритом. *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2023;8(1):54–62. [Smakotina S.A., Koroleva T.O. Evaluation of the relationship between the characteristics of the internal picture of the disease and adherence to treatment of patients with chronic gastritis. *Fundamental'naya i klinicheskaya meditsina — Fundamental and Clinical Medicine*. 2023;8(1):54–62. (In Russian)]. DOI: 10.23946/2500–0764–2023–8–1–54–62.
42. Тирикова О.В., Козлова Н.М., Елисеев С.М. Результаты опроса врачей терапевтического звена Иркутской области по определению уровня осведомленности в отношении неалкогольной жировой болезни печени. *Евразийское Научное Объединение*. 2021;4–2(74):124–126. [Tirikova O.V., Kozlova N.M., Eliseev S.M. The results of a survey of doctors of the therapeutic link of the Irkutsk region to determine the level of awareness regarding non-alcoholic fatty liver disease. *Evraziyskoe Nauchnoe Ob'edinenie — Eurasian Scientific Association*. 2021;4–2(74):124–126. (In Russian)]. DOI: 10.5281/zenodo.4749532
43. Остапенко В.А., Викторова И.А., Гришечкина И.А. Психовегетативные аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Омский научный вестник*. 2012;1(108):110–114. [Ostapenko V.A., Viktorova I.A., Grishechkina I.A. Psychovegetative aspects of gastroesophageal reflux disease. *Omskiy nauchnyy vestnik — Omsk Scientific Bulletin*. 2012;1(108):110–114. (In Russian)].
44. Зябрева И.А., Джулай Г.С. Рефлюксный синдром и эмоционально-личностная сфера больных с малыми грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. *Тверской медицинский журнал*. 2018;5:31–32. [Zyabreva I.A., Dzhulay G.S. Reflux syndrome and emotional and personal sphere of patients with small hernias of the esophageal orifice of the diaphragm. *Tverskoy meditsinskiy zhurnal — Tver Medical Journal*. 2018;5:31–32. (In Russian)]. DOI: 10.18565/pharmateca.2021.2.97–104
45. Ушакова Л.Ю., Вертинский Е.А., Чиж С.А. Типы отношения к болезни, качество жизни, роль инфицирования слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* у пациентов ишемической болезнью сердца в сочетании с дуоденальными язвами. *Кардиология в Беларуси*. 2011;5(18):396–397. [Ushakova L.Yu., Vertinskiy E.A., Chizh S.A. Types of attitude to the disease, quality of life, the role of infection of the gastric mucosa with *Helicobacter pylori* in patients with coronary heart disease in combination with duodenal ulcers. *Kardiologiya v Belarusi — Cardiology in Belarus*. 2011;5(18):396–397. (In Russian)].
46. Бабайлова О.М., Коликова Ю.С. Внутренняя картина болезни у пациентов с глаукомой. *Точка зрения. Восток-Запад*. 2017;4:43–45. [Babaylova O.M., Kolikova Yu.S. The internal picture of the disease in patients with glaucoma. *Tochka zreniya. Vostok-Zapad — Point of view. East-West*. 2017;4:43–45. (In Russian)].
47. Ситкина Е.В., Исаева Е.Р., Тачалов В.В., Искренко К.К., Трегубенко И.А. Особенности формирования комплаентного поведения у пациентов стоматологической клиники. *Клиническая и специальная психология*. 2019;8(1):137–161. [Sitkina E.V., Isaeva E.R., Tachalov V.V., Iskrenko K.K., Tregubenko I.A. Features of the formation of compliant behavior in patients of a dental clinic. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya — Clinical Psychology and Special Education*. 2019;8(1):137–161. (In Russian)]. DOI: 10.17759/cpse.2019080109
48. Алексеева А.А., Лукина Г.И., Глатков И.С., Лукин А.В. Психологическая оценка отношения к заболеваниям полости рта пациентов старших возрастных групп, обратившихся за стоматологической помощью. *Эндодонтия Today*. 2021;19(2):84–89. [Aleksееva A.A., Lukina G.I., Glatkov I.S., Lukin A.V. Psychological assessment of the attitude to oral diseases of patients of older age groups who have applied for dental care. *Endodontiya Today — Endodontics Today*. 2021;19(2):84–89. (In Russian)]. DOI: 10.36377/1683–2981–2021–19–2–84–89
49. Менделевич В.Д., Ничипоренко Н.П., Сиразиева Т.Е. Антиципация в структуре отношения к болезни пациентов с онкологическими заболеваниями. *Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования*. 2022;11(3–1):234–241. [Mendelevich V.D., Nichiporenko N.P., Sirazieva T.E. Anticipation in the structure of the attitude to the disease of patients with oncological

- diseases. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya — Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches*. 2022;11(3–1):234–241. (In Russian). DOI: 10.34670/AR.2022.84.94.034
50. Володин Б.Ю., Петров С.С., Куликов Е.П., Петров Д.С., Володина Л.Н., Новиков В.В. Внутренняя картина болезни и качество жизни больных с опухолевой патологией матки. *Паллиативная медицина и реабилитация*. 2006;1:15–19. [Volodin B.Yu., Petrov S.S., Kulikov E.P., Petrov D.S., Volodina L.N., Novikov V.V. The internal picture of the disease and the quality of life of patients with uterine tumor pathology. *Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya — Palliative Medicine and Rehabilitation*. 2006;1:15–19. (In Russian)].
 51. Гапова Л.Г., Данченко С.А. Отношение к болезни и актуальные психические состояния онкобольных. *Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности*. 2020;10:79–86. [Garova L.G., Danchenko S.A. Attitude to the disease and current mental states of cancer patients. *Lichnost' v ekstremal'nykh usloviyakh i krizisnykh situatsiyakh zhiznedeyatel'nosti — Personality in extreme conditions and crisis situations of life*. 2020;10:79–86. (In Russian)].
 52. Позднякова А.Н. Влияние отношения к болезни у подростков с онкологическими заболеваниями на возникновение девиантного поведения. *Скиф. Вопросы студенческой науки*. 2018;12(28):39–42. [Pozdnyakova A.N. The influence of the attitude to the disease in adolescents with cancer on the occurrence of deviant behavior. *Skif. Voprosy studencheskoy nauki — Skif. Questions of student science*. 2018;12(28):39–42. (In Russian)].
 53. Назлиев Д.К., Судаков Д.В., Белов Е.В., Шевцов А.Н., Тишинов Е.Н. Аспекты психоэмоционального состояния пациентов онкологического профиля. *Центральный научный вестник*. 2018;12(53):36–38. [Nazliev D.K., Sudakov D.V., Belov E.V., Shevtsov A.N., Tishinov E.N. Aspects of the psychoemotional state of cancer patients. *Tsentrallyy nauchnyy vestnik — Central Scientific Bulletin*. 2018;12(53):36–38. (In Russian)].
 54. Мингалева А.А., Токарева Н.Г. Клинико-психологические аспекты болезни пациентов хирургического профиля. *Вестник Биомедицина и социология*. 2019;4(4):34–37. [Mingaleva A.A., Tokareva N.G. Clinical and psychological aspects of the disease of surgical patients. *Vestnik Biomeditsina i sotsiologiya — Bulletin of Biomedicine and Sociology*. 2019;4(4):34–37. (In Russian)]. DOI: 10.26787/nydha-2618-8783-2019-4-4-34-37
 55. Овчинникова И.В., Пчелинцева Е.В. Особенности когнитивного и эмоционально-ценностного компонентов Я-концепции у лиц с нарушениями функций двигательной сферы на этапе ранней реабилитации. *Вестник Ивановской медицинской академии*. 2016;21(3):14–19. [Ovchinnikova I.V., Pchelintseva E.V. Features of cognitive and emotional-value components of the Self-concept in persons with impaired motor functions at the stage of early rehabilitation. *Vestnik Ivanovskoy meditsinskoy akademii — Bulletin of the Ivanovo Medical Academy*. 2016;21(3):14–19. (In Russian)].
 56. Кузнецова А.Л. Отношение к болезни и своему телу у девушек-подростков с аутоиммунными заболеваниями. *Forcipe*. 2020;3(S1):382–383. [Kuznetsova A.L. Attitude to the disease and their body in teenage girls with autoimmune diseases. *Forcipe — Forcipe*. 2020;3(S1):382–383. (In Russian)].
 57. Rocholl M., Ludewig M., Brakemeier C., John S.M., Wilke A. Illness perceptions of adults with eczematous skin diseases: a systematic mixed studies review. *Syst. Rev*. 2021;10(1):141. DOI: 10.1186/s13643-021-01687-5
 58. Прохоров Д.В., Ольшевская Н.С., Равлюк Д.А., Испирьян М.Б. Особенности внутренней картины болезни пациентов с меланоцитарными новообразованиями кожи. *Universum: медицина и фармакология*. 2014;12(13):5–9. [Prokhorov D.V., Ol'shevskaya N.S., Ravlyuk D.A., Ispir'yan M.B. Features of the internal picture of the disease of patients with melanocytic neoplasms of the skin. *Universum: meditsina i farmakologiya — Universum: Medicine and Pharmacology*. 2014;12(13):5–9. (In Russian)].
 59. Зарубина Н.В., Спириин Н.Н., Быканова М.А. Влияние депрессии на отношение к болезни у пациентов с рассеянным склерозом. *Доктор.Ру*. 2020;19(9):71–76. [Zarubina N.V., Spirin N.N., Bykanova M.A. The effect of depression on the attitude to the disease in patients with multiple sclerosis. *Doktor.Ru — Doctor.Ru*. 2020;19(9):71–76. (In Russian)]. DOI: 10.31550/1727-2378-2020-19-9-71-76
 60. Luca M., Eccles F., Perez Algorta G., Patti F. Illness perceptions and outcome in multiple sclerosis: A systematic review of the literature. *Mult. Scler. Relat. Disord*. 2022;67:104180. DOI: 10.1016/j.msard.2022.104180
 61. Alyami M., Serlachius A., O'Donovan C.E., van der Werf B., Broadbent E. A systematic review of illness perception interventions in type 2 diabetes: Effects on glycaemic control and illness perceptions. *Diabet Med*. 2021;38(3):e14495. DOI: 10.1111/dme.14495
 62. Alharbi S., Alhafaian A., Alaamri M.M. Illness Perception and Medication Adherence among Adult Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Scoping Review. *Clin. Pract*. 2023;13(1):71–83. DOI: 10.3390/clinpract13010007
 63. Dimova ED., Ward A., Swanson V., Evans J.M.M. Patients' Illness Perceptions of Type 2 Diabetes: A Scoping Review. *Curr. Diabetes Rev*. 2019;15(1):15–30. DOI: 10.2174/1573399814666171227214845
 64. Хиева Е.В., Суплотова Л.А., Раева Т.В. Оценка влияния отношения к болезни пациентов с сахарным диабетом 2-го типа на эффективность обучения в условиях реальной клинической практики. *Забайкальский медицинский вестник*. 2019;4:134–145. [Khieva E.V., Suplotova L.A., Raeva T.V. Assessment of the influence of the attitude of patients with type 2 diabetes mellitus to the disease on the effectiveness of training in real clinical practice. *Zabaykalskiy meditsinskiy vestnik — Transbaikalian Medical Bulletin*. 2019;4:134–145. (In Russian)]. DOI: 10.52485/19986173_2019_4_134
 65. Барсукова В.С., Муратова Н.А. Определение типов реагирования на болезнь у больных сахарным диабетом второго типа в зависимости от пола. *Научные исследования XXI века*. 2022;1(15):245–249. [Barsukova V.S., Muratova N.A. Determination of the types of response to the disease in patients with type 2 diabetes mellitus, depending on gender. *Nauchnye issledovaniya XXI veka — Scientific research of the XXI century*. 2022;1(15):245–249. (In Russian)].
 66. Ремизова Е.А., Ширяев О.Ю., Махортова И.С. Анализ особенностей личности и уровня качества жизни у больных инсулинзависимым сахарным. *Системный анализ и управление в биомедицинских системах*. 2009;8(2):556–558. [Remizova E.A., Shiryayev O.Yu., Makhortova I.S. Analysis of personality characteristics and quality of life in patients with insulin-dependent diabetes. *Sistemnyy analiz i upravlenie v biomeditsinskikh sistemakh — System analysis and management in biomedical systems*. 2009;8(2):556–558. (In Russian)].
 67. Разживина М.И., Уланова Н.Н. Особенности приверженности лечению и типа отношения к болезни пациентов терапевтического и хирургического профиля. *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*. 2021;1(32):76–82. [Razzhivina M.I., Ulanova N.N. Features of adherence to treatment and the type of attitude to the disease of therapeutic and surgical patients. *Lichnost' v menayushchemsya mire: zdorov'e, adaptatsiya, razvitie — Personality in a changing world: health, adaptation, development*. 2021;1(32):76–82. (In Russian)]. DOI: 10.23888/humJ2021176-82
 68. Судаков Д.В., Орлова Г.В., Судакова О.А., Тихонов А.Н. Сравнительный анализ психоэмоционального состояния пациентов отделений хирургического и гинекологического профиля. *Центральный научный вестник*. 2021;1(18):35–37. [Sudakov D.V., Orlova G.V., Sudakova O.A., Tikhonov A.N. Comparative analysis of the psycho-emotional state of patients in surgical and gynecological departments. *Tsentrallyy nauchnyy vestnik — Central Science Bulletin*. 2017;1(18):35–37. (In Russian)].
 69. Коцюба А.А. Особенности психоэмоционального состояния пациентов терапевтического и хирургического профиля больных сахарным диабетом. *Центральный научный вестник*. 2018;6(47):35–37. [Kotsyuba A.A. Features of the psychoemotional state of patients with therapeutic and surgical profile of patients with diabetes mellitus. *Tsentrallyy nauchnyy vestnik — Central Science Bulletin*. 2018;6(47):35–37. (In Russian)].

Поступила 15.05.2023

Информация об авторах/Information about the authors

Захарьян Елена Аркадьевна (Zakharyan Elena A.) — канд. мед. наук, доцент кафедры внутренней медицины № 1 института «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», <http://orcid.org/0000-0002-7384-9705>

Черный Евгений Владимирович (Cherniy Evgeniy V.) — д-р психологических наук, профессор, заведующий кафедрой социальной психологии института «Таврическая академия» ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», <http://orcid.org/0000-0003-4996-8277>