

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМ СИНДРОМОМ

Смирнова Е.М.¹, Омельченко М.А.², Олейчик И.В.³, Иванова Е.М.⁴

¹ Смирнова Евгения Михайловна

студентка психолого-социального факультета; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Островитянова, д. 1, Москва, 117997, Россия. Тел.: 8 (495) 434-54-29.

E-mail: zheesmi@gmail.com

² Омельченко Мария Анатольевна

кандидат медицинских наук, врач-психиатр высшей категории, ведущий научный сотрудник отдела юношеской психиатрии; федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Каширское шоссе, 34, Москва, 115522, Россия.

Тел.: 8 (495) 109-03-93.

³ Олейчик Игорь Валентинович

доктор медицинских наук, профессор, врач-психиатр высшей категории, главный научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств; федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Каширское шоссе, 34, Москва, 115522, Россия. Тел.: 8 (495) 109-03-93.

⁴ Иванова Елена Михайловна

кандидат психологических наук, и.о. заведующего кафедрой клинической психологии психолого-социального факультета; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Островитянова, д. 1, Москва, 117997, Россия. Тел.: 8 (495) 434-54-29;

старший научный сотрудник отдела медицинской психологии; федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Каширское шоссе, 34, Москва, 115522, Россия. Тел.: 8 (495) 109-03-93.

E-mail: ivalenka13@gmail.com

Аннотация. Данная работа посвящена исследованию типов отношения к болезни во взаимосвязи с параметрами адаптации у пациентов с депрессивным синдромом в рамках аффективного заболевания и шизотипического расстройства. Использовались методики: ТОБОЛ; тест «Реабилитационный потенциал личности»; опросник депрессии Бека; опросник самостигматизации ISMI-9; опросник качества жизни SF-36; диагностики социально-психологической адаптации Роджерса—Даймонд, а также методика исследования самооценки Дембо—Рубинштейн. Результаты показали, что для пациентов с аффективным заболеванием характерны более высокие показатели адаптации и реабилитационного потенциала; типы отношения к болезни связаны у них с параметрами социально-психологической адаптации, самостигматизацией и качеством жизни, в отличие от пациентов с шизотипическим расстройством, для которых, в свою очередь, характерны связи типов личности с самооценкой. Повышение выраженности депрессии обусловлено формированием типов отношения к болезни, которые в большей степени отражают клиническую картину заболевания в каждой из групп. Полученные данные могут представлять практическую ценность для дифференциальной диагностики психических расстройств и для определения мишеней построения реабилитационных программ.

Ключевые слова: отношение к болезни; циклотимия; шизотипическое расстройство личности; депрессивный синдром; качество жизни; реабилитационный потенциал; самооценка; адаптация.

УДК 159.9:616.895.4

Библиографическая ссылка

Отношение к болезни и социально-психологическая адаптация у пациентов с депрессивным синдромом / Е.М. Смирнова, М.А. Омельченко, И.В. Олейчик [и др.] // Медицинская психология в России. – 2021. – Т. 13, № 4. – С. 7. doi: 10.24412/2219-8245-2021-4-7

Поступила в редакцию: 13.05.2021 Прошла рецензирование: 13.06.2021 Опубликована: 12.08.2021

Введение

Концепции внутренней картины болезни (ВКБ) и отношения к болезни первоначально были предложены в рамках исследования соматических заболеваний [29], однако впоследствии они получили распространение в отношении психосоматических, а затем и психических расстройств. При этом отношения между ВКБ и самим заболеванием двоякие: с одной стороны, как соматическое, так и психическое заболевание может служить источником формирования ВКБ, но, с другой стороны, особенности отношения к болезни могут, в свою очередь, сами оказывать влияние на формирование клинической картины болезни.

Бремя психического заболевания определяется как медицинскими, так и социальными факторами, что обуславливает значимость их исследований и потребность в совершенствовании терапевтических и реабилитационных мероприятий с целью не только купирования симптомов болезни, но и восстановления социального функционирования и повышения качества жизни больного [26].

Многие исследователи рассматривают отношение к болезни как универсальную для многих заболеваний структуру, формирующуюся под воздействием различных факторов [6; 16]. Однако отдельные авторы публикуют данные, свидетельствующие о том, что клиническая картина конкретного заболевания может способствовать развитию специфического типа отношения к заболеванию [8; 11]. В частности, можно предположить, что наличие аффективного заболевания или шизотипического расстройства может приводить к формированию целого ряда особенностей отношения к болезни.

По мнению некоторых исследователей, клиническая картина депрессии, нарушающая практически все стороны психической жизни, представляет особый интерес для изучения как фактор, существенно влияющий на отношение к болезни [14; 22]. При этом за сходными проявлениями депрессии могут скрываться различные синдромы психических расстройств, что создает необходимость тонкой дифференциальной диагностики, особенно на ранних стадиях заболевания [28].

Кроме того, отношение больных к своему заболеванию может, с одной стороны, оказывать влияние на их адаптацию, а с другой стороны, наоборот, являться следствием особенностей различных параметров адаптации: эмоционального комфорта, принятия себя, других и пр. [3; 4].

Таким образом, изучение роли заболевания в формировании ВКБ и отношения к болезни и сравнение особенностей отношения к болезни и адаптации при аффективном заболевании и шизотипическом расстройстве могут способствовать развитию методов дифференциальной диагностики и предоставлять дополнительную информацию при построении реабилитационных программ.

Цель исследования — изучить особенности отношения к болезни и их взаимосвязь с параметрами социально-психологической адаптации у пациентов с депрессивным синдромом в рамках аффективного заболевания и шизотипического расстройства.

Гипотезы:

1. У пациентов с аффективным заболеванием и шизотипическим расстройством особенности отношения к болезни различны.
2. Особенности отношения к болезни у пациентов с аффективным заболеванием и шизотипическим расстройством связаны с различными параметрами социально-психологической адаптации: степень выраженности депрессии, самооценка, реабилитационный потенциал, уровень автономии, качество жизни, уровень самостигматизации.

В исследовании использовались следующие **методы и методики**: клиническая беседа; ТОБОЛ [1] для диагностики типов отношения к болезни; МОБиС [20] для изучения отношения пациента к болезни и другим важным жизненным сферам (семья, работа/учеба и др.) — методика была выполнена 20 пациентами из 50 (10 с аффективным заболеванием, 10 с шизотипическим расстройством); тест «Реабилитационный потенциал личности» [7]; шкала депрессии Бека [23]; опросник самостигматизации ISMI-9 [19]; опросник SF-36 [32] для оценки качества жизни; методика исследования самооценки Дембо—Рубинштейн [18]; методика диагностики социально-психологической адаптации [12].

Характеристика выборки. В исследовании приняли участие 50 пациентов женского и мужского пола в возрасте от 16 до 25 лет, находившихся на лечении в третьем отделении (группа эндогенных приступообразных психозов отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний) и четвертом отделении (отдел юношеской психиатрии) в ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Более подробно характеристики участников исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика испытуемых

	Шизотипические расстройства	Аффективные расстройства
Диагноз	Шизотипическое расстройство личности (F21)	Циклотимия (F34)
	Депрессивный синдром	
N	25	25
Возраст	16—25 лет; M = 20; SD = 2,8	16—25 лет; M = 21; SD = 2,6
Длительность заболевания	2 месяца — 6 лет; M = 2; SD = 1,6	1 месяц — 7 лет; M = 4; SD = 1,9

Критерии включения в группы участников исследования: наличие депрессивного синдрома; юношеский возраст; отсутствие коморбидных расстройств, аддикций и когнитивного снижения.

Результаты исследования

Клиническая беседа

Общие наблюдения, полученные в ходе проведения беседы, позволили выявить качественные межгрупповые различия по ряду параметров.

Большинство респондентов с шизотипическим расстройством (64 % выборки) на протяжении всей беседы демонстрировали отсутствие заинтересованности в прохождении исследования (у 40 % респондентов контакт с исследователем был установлен только после просьбы врача; обратная связь по результатам проведенного исследования заинтересовала только 20 % пациентов). Мотив экспертизы не был сформирован у 72 % выборки (большинство участников исследования отвечали на заданные вопросы неразвернуто; трое на протяжении всей беседы преимущественно отвечали «да/нет»), что может свидетельствовать о нарушениях в мотивационном компоненте личности у респондентов данной группы.

Попытки прояснить мнение пациентов встречались ими с безразличием, а порой — аффективными всплесками, демонстрирующими дисфорический фон настроения. Так, одна респондентка на вопрос о ее учебе/работе/увлечениях ответила: «Ну, отчислилась я из колледжа, работаю в библиотеке, ну и что?!»; другая участница исследования пресекла стремление уточнить информацию о значимых других фразой: «Неужели вам все это так необходимо для исследования?!»; один испытуемый на вопрос о количестве госпитализаций ответил: «Уже и не посчитать, как будто эти госпитализации способны что-то изменить».

Ответы на вопросы, затрагивающие блок «Отношение к болезни», были преимущественно пессимистично окрашены (68 % выборки). Например, одна девушка так прокомментировала свое состояние: «Я живу как в ракушке: никто не общается со мной, даже семья; кажется, я никогда не выберусь из этого»; другая сказала: «Никто не хочет считаться с моим положением, а для нормальной жизни мне нужна хоть какая-то поддержка»; молодой человек, описывая свой день, уточнил: «Да и нет смысла описывать, ничего не меняется изо дня в день», указывая на общий негативный эмоциональный фон и динамику межличностных отношений во время болезни.

Напротив, группа респондентов с аффективным заболеванием демонстрировала вовлеченность в исследование, заинтересованность. Так, беседа с двумя респондентками длилась по 60 минут, их ответы на вопросы дополнялись примерами, фактами из жизни и пр.; один участник исследования неоднократно обращался за консультацией; 76 % участников при повторной встрече просили обратную связь. Мотив экспертизы был сформирован у 80 % выборки: большинство респондентов группы старались припомнить всю важную информацию о своем состоянии, уточняли мелкие детали из истории болезни. Фиксировалась способность участвовать в прояснении, конструктивно использовать полученные в ходе беседы данные, что в целом указывает на большую мотивированность данной группы респондентов. Так, при помощи совместного анализа ситуации одна участница исследования переосмыслила жизненную ситуацию, в которой оказалась.

72 % выборки демонстрировали оптимистичную оценку собственного потенциала в ситуации лечения: «Я привыкла к такому ментальному состоянию, но уверена, что здесь мне смогут помочь найти необходимый баланс», — поделилась одна респондентка. Участник исследования, описывая свое состояние в условиях больницы, добавил: «Меня всегда здесь ставят на ноги, мне очень нравится это место, не как дома, конечно, но все равно очень уютно». 44 % пациентов на протяжении всей беседы не раз говорили о наличии ряда поддерживающих факторов в их жизни, демонстрируя положительный эмоциональный фон и специфику значимых социальных связей. Так, респондентка сказала: «Моя семья не позволяет мне оставаться наедине с моими тараканами». Пациент поделился мыслями о своих близких: «Меня правда очень поддерживают родители, без них мы с сестрой бы уже давно закончили плохо».

ТОБОЛ

При помощи методики ТОБОЛ были выявлены межгрупповые различия по распространенности различных типов отношения к болезни. Как видно на рис. 1, наиболее распространенным в группе пациентов с *шизотипическим расстройством* стал тревожный тип отношения к болезни. Также в группе наблюдаются высокие показатели меланхолического и сенситивного типов и низкие показатели анозогнозического и гармоничного типов отношения к болезни.

Наиболее распространённым типом в группе участников исследования с *аффективным расстройством* стал сенситивный. Также в группе фиксируются высокие показатели тревожного и ипохондрического типов отношения к болезни при наиболее низких показателях анозогнозического и гармоничного типов.

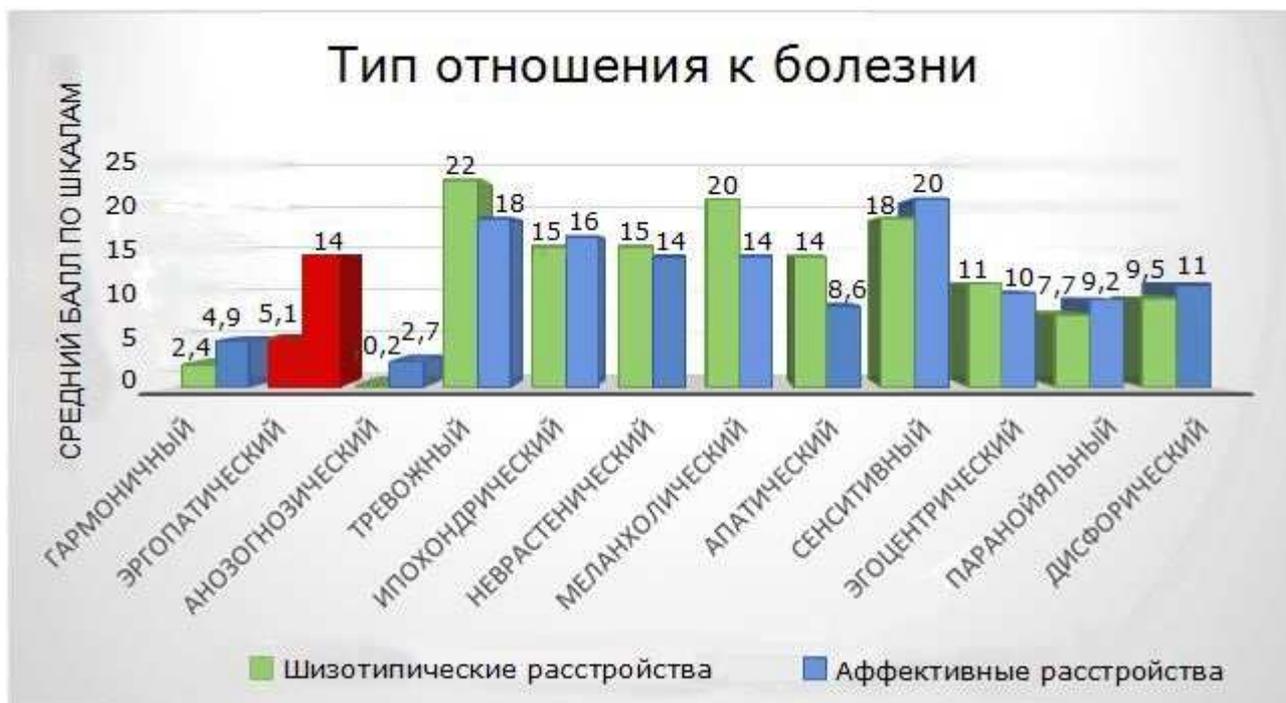


Рис. 1. Средние значения типов отношения к болезни, выявленных в двух группах участников исследования

При анализе межгрупповых различий в распространенности различных типов отношения к болезни при помощи U-критерия Манна—Уитни было выявлено, что для группы испытуемых с *аффективным заболеванием* характерен значимо более высокий показатель эргопатического типа отношения к болезни (частый уход в работу от болезни), чем для группы респондентов с *шизотипическим расстройством* ($U = 186,00$; $p = 0,014$). По остальным типам отношения к болезни значимых различий установлено не было.

МОБИС

Качественный анализ данных показал, что в группе пациентов с *шизотипическим расстройством* 70% выборки располагают «болезнь» в непосредственной близости от круга «Я» (до 50 мм), а порой и прямо на круге «Я». Круги «Семья»,

«Учеба/работа/увлечения» 50 % респондентов располагают вдали от круга «Я» (от 60 до 248 мм), что свидетельствует о значительно меньшей значимости данных сфер в жизни пациентов данной группы.

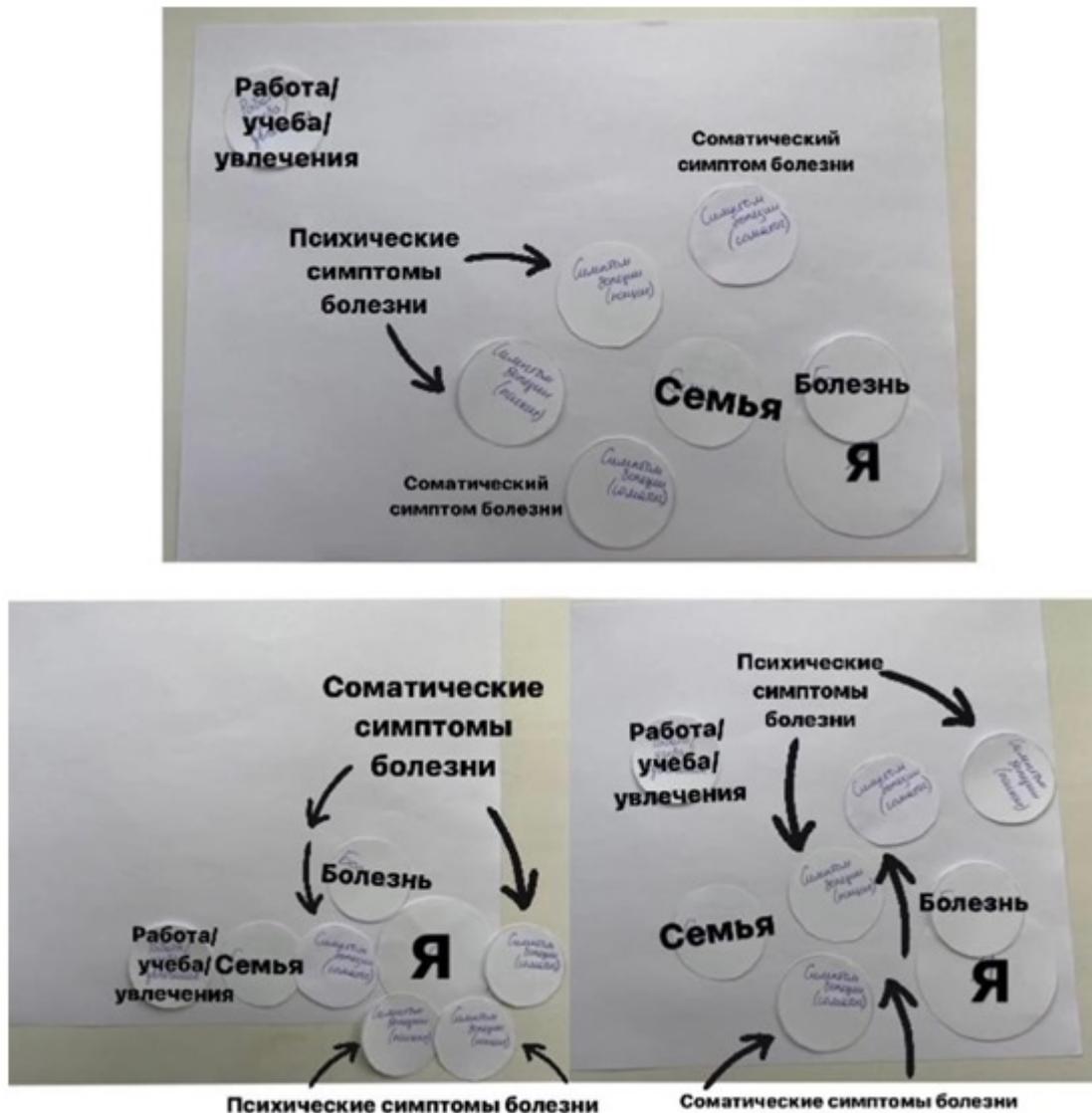


Рис. 2. Примеры выполнения методики «МОБиС» в группе участников исследования с шизотипическим расстройством личности

Группе участников исследования с *аффективным заболеванием* свойственна иная особенность выполнения данной методики: респонденты располагают круг «Болезнь» достаточно удаленно от круга «Я» (60 % выборки — от 60 до 265 мм), демонстрируя тем самым отделение себя от болезни, наличие критики к заболеванию. Напротив, круги «Семья», «Учеба/работа/увлечения» находятся ближе к «Я», чем болезнь (60 % респондентов — от 0 до 50 мм), что говорит о значимости данных сфер для испытуемых.

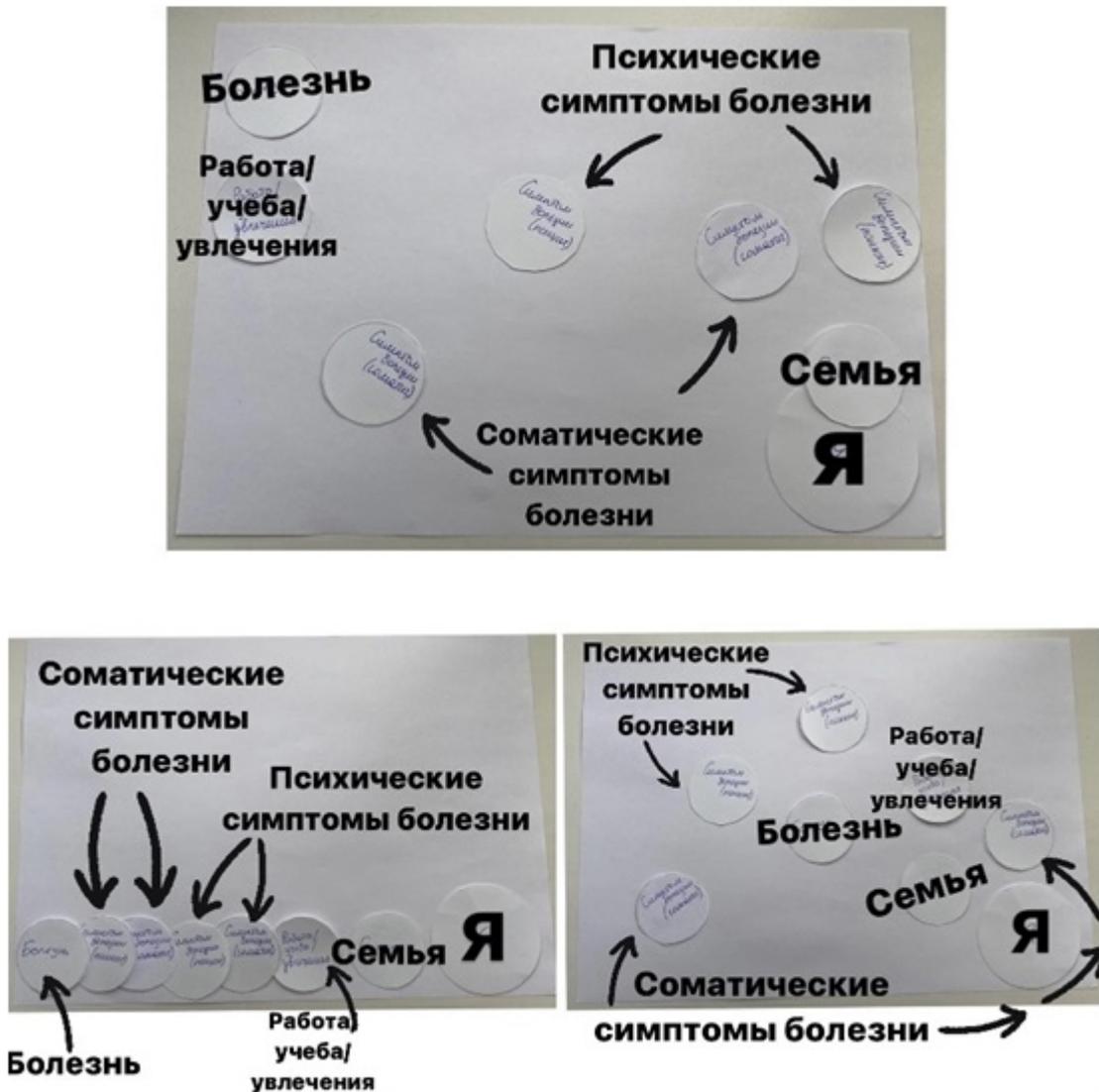


Рис. 3. Примеры выполнения методики «МОБИС» в группе респондентов с циклотимией

В ходе анализа данных была посчитана разность расстояний между кругами «Я» — «Болезнь» и «Я» — «Работа» в двух группах участников исследования. Сравнение средних рангов по критерию Манна—Уитни отражает, что респонденты с *аффективным заболеванием* располагают круг «Работа/хобби/увлечения» значительно ближе к «Я», чем круг «Болезнь» ($U = 12,00$; $p = 0,004$), в отличие от пациентов с *шизотипическим расстройством*. Кроме того, сравнение средних рангов позволило установить статистическую тенденцию, указывающую на то, что пациенты с *аффективным заболеванием* стремятся к уходу в работу в большей мере, чем респонденты с *шизотипическими расстройствами* ($U = 26,00$; $p = 0,08$).

Шкала Бека

По мнению лечащих врачей, у всех респондентов наблюдалось актуальное депрессивное состояние, что являлось одним из критериев отбора пациентов в выборки. С помощью шкалы депрессии Бека было выявлено, что для группы испытуемых с *шизотипическим расстройством* характерна значительно большая выраженность депрессии, чем для группы респондентов с *аффективным заболеванием* ($U = 209,00$; $p = 0,045$).

В группе участников исследования с *шизотипическим расстройством* корреляционный анализ при помощи коэффициента Спирмена позволил установить прямую зависимость между выраженностью депрессии и апатическим ($r_s = 0,426$; $p < 0,05$), паранойальным ($r_s = 0,478$; $p < 0,05$) и дисфорическим ($r_s = 0,560$; $p < 0,05$) типами отношения к болезни.

В группе респондентов с *аффективным заболеванием* выявлена прямая связь между выраженностью депрессии и тревожным ($r_s = 0,607$; $p < 0,05$), ипохондрическим ($r_s = 0,545$; $p < 0,05$), неврастеническим ($r_s = 0,448$; $p < 0,05$), меланхолическим ($r_s = 0,668$; $p < 0,05$), апатическим ($r_s = 0,412$; $p < 0,05$) и эгоцентрическим ($r_s = 0,578$; $p < 0,05$) типами отношения к болезни и обратная связь с эргопатическим ($r_s = -0,607$; $p < 0,05$) типом отношения к болезни.

Социально-психологическая адаптация (методика Роджерса—Даймонд)

При помощи результатов методики «Диагностика социально-психологической адаптации» удалось установить значимые межгрупповые различия. В группе участников исследования с *шизотипическим расстройством* наблюдаются более высокие, чем у второй группы, показатели по шкалам «дезадаптация» ($U = 159,00$; $p = 0,002$) и «непринятие себя» ($U = 157,00$; $p = 0,002$). У пациентов с *аффективным заболеванием* фиксируются более высокие показатели по шкалам «адаптивность» ($U = 211,00$; $p = 0,049$) и «внутренний контроль» ($U = 174,50$; $p = 0,007$).

В отношении параметров социально-психологической адаптации корреляционный анализ при помощи коэффициента Спирмена в группе участников исследования с *шизотипическим расстройством* позволил выявить прямую зависимость лишь между шкалой «Доминирование» и сенситивным типом отношения к болезни ($r_s = 0,438$; $p < 0,05$). Напротив, в группе респондентов с *аффективным заболеванием* установлено большое количество взаимосвязей между различными параметрами адаптации и типами отношения к болезни (42 корреляции при $p < 0,05$).

Реабилитационный потенциал личности

Результаты методики позволили выявить значимо более высокие показатели реабилитационного потенциала личности в группе с *аффективным заболеванием*, по сравнению с группой пациентов с *шизотипическим расстройством* ($U = 190,50$; $p = 0,018$). Выраженность реабилитационного потенциала у пациентов с *аффективным заболеванием* обусловлена наиболее высокими показателями по шкалам «Самооценочный компонент» ($U = 184,50$; $p = 0,013$), «Коммуникативный компонент» ($U = 167,50$; $p = 0,005$) и «Мотивационный компонент» ($U = 185,50$; $p = 0,014$).

Корреляционный анализ при помощи коэффициента Спирмена в группе участников с *шизотипическим расстройством* зависимостей между реабилитационным потенциалом и типами отношения к болезни не выявил. Напротив, в группе респондентов с *аффективным заболеванием* реабилитационный потенциал коррелировал почти со всеми типами отношения к болезни: была установлена прямая связь реабилитационного потенциала с гармоничным ($r_s = 0,603$; $p < 0,05$), анозогнозическим ($r_s = 0,428$; $p < 0,05$), эргопатическим ($r_s = 0,516$; $p < 0,05$) типами отношения к болезни и обратная — с тревожным ($r_s = -0,567$; $p < 0,05$), ипохондрическим ($r_s = -0,660$; $p < 0,05$), неврастеническим ($r_s = -0,435$; $p < 0,05$), меланхолическим ($r_s = -0,538$; $p < 0,05$), апатическим ($r_s = -0,570$; $p < 0,05$), эгоцентрическим ($r_s = -0,536$; $p < 0,05$) и паранойальным ($r_s = -0,532$; $p < 0,05$) типами.

Исследование самооценки (методика Дембо—Рубинштейн)

Сравнение показателей по различным шкалам самооценки и уровню притязаний между двумя клиническими группами при помощи U-критерия Манна—Уитни значимых различий не выявило. Тем не менее, при помощи качественного анализа были

установлены некоторые особенности. Так, 64 % респондентов с *шизотипическим расстройством* располагают свой актуальный уровень по шкалам «Счастье», «Ум», «Здоровье», «Удовлетворенность своим положением» ниже 50 % (ср.: в норме — чуть выше середины [18]) и только по шкале «Характер» — выше 60 %. У остальных 36 % выборки наблюдаются более высокие показатели по шкалам «Здоровье» и «Ум» при низких показателях оставшихся трех шкал (ниже 50 %).

Интересен тот факт, что при выполнении данной методики большая часть участников группы (72 % испытуемых) при пояснении своих оценок по шкалам «Удовлетворенность своим положением», «Счастье» придавала особое значение влиянию внешних факторов на их положение, что может свидетельствовать о внешнем локусе контроля. Так, одна обследуемая, рассказывая об изменениях в своём характере, утверждала: *«Такой низкий показатель ведь не просто так, в сфере настоящей жизни сложно оставаться хорошим»*.

В целом, в группе пациентов с аффективным заболеванием, вероятно, по причине наличия депрессивного синдрома, наблюдается сниженная самооценка (у 48% выборки — менее 45 % по всем шкалам). О внутреннем локусе контроля у большей части группы (72 %) свидетельствуют рассуждения испытуемых при пояснении уровня по различным шкалам. Так, одна респондентка, говоря о шкале «Характер», сказала: *«Сейчас я нахожусь на достаточно высоком уровне, потому что я очень старалась и стараюсь работать над собой»*; другая обследуемая низкий уровень в шкале «Здоровье» прокомментировала так: *«Я слишком мало занимаюсь спортом, мое самочувствие значительно ухудшается из-за этого»*.

У подавляющего большинства участников исследования в обеих группах (88% выборки с шизотипическим расстройством и 76 % респондентов с аффективным заболеванием) фиксируется высокий уровень притязаний по всем шкалам (75—90 %).

Корреляционный анализ данных группы респондентов с *шизотипическим расстройством* личности при помощи коэффициента Спирмена позволил установить прямую зависимость интраспективного показателя самооценки по шкале «Характер» с сенситивным ($r_s = 0,433$; $p < 0,05$) и эгоцентрическим типом отношения к болезни ($r_s = 0,401$; $p < 0,05$). В группе участников исследования с *аффективным заболеванием* никаких зависимостей выявлено не было.

Анализ качества жизни участников исследования

Анализ межгрупповых различий при помощи U-критерия Манна—Уитни по компонентам качества жизни значимых показателей не выявил (физический: $U = 299,50$; $p = 0,808$; психологический: $U = 308,50$; $p = 0,945$).

В группе респондентов с *шизотипическим расстройством* корреляционный анализ при помощи коэффициента Спирмена зависимостей между компонентами качества жизни и типами отношения к болезни не показал. Однако в группе участников с *аффективным заболеванием* установлены прямые зависимости между психологическим компонентом качества жизни и гармоничным ($r_s = 0,465$; $p < 0,05$) и анозогностическим ($r_s = 0,431$; $p < 0,05$) типами отношения к болезни, а также обратные зависимости с тревожным ($r_s = -0,455$; $p < 0,05$), меланхолическим ($r_s = -0,503$; $p < 0,05$) и апатическим ($r_s = -0,425$; $p < 0,05$) типами отношения к болезни.

Анализ уровня самостигматизации

При анализе межгрупповых различий при помощи U-критерия Манна—Уитни по уровню самостигматизации значимых показателей установлено не было ($U = 279,00$; $p = 0,521$).

Корреляционный анализ в группе участников с *шизотипическим расстройством* при помощи коэффициента Спирмена зависимостей между уровнем самостигматизации и типами отношения к болезни не выявил. Напротив, в группе пациентов с *аффективным*

заболеванием была установлена прямая зависимость между уровнем самостигматизации и тревожным типом отношения к болезни ($r_s = 0,412$; $p < 0,05$) и обратная — с гармоничным ($r_s = -0,415$; $p < 0,05$) и анозогнозическим ($r_s = -0,457$; $p < 0,05$) типами.

Обсуждение результатов

Тип отношения к болезни

Анализ теоретических концепций и данных эмпирических исследований различных авторов позволил сформулировать два подхода в отношении роли конкретного заболевания в формировании ВКБ и отношения к болезни. Различными авторами выделен целый ряд разнообразных факторов (длительность заболевания, семейное положение и функционирование внутри семьи, взаимоотношения с медицинским персоналом и пр.), влияющих на особенности реагирования пациента на собственную болезнь в большей степени, чем клиническая картина болезни [6; 16]. Другие исследователи придерживаются позиции, рассматривающей само заболевание как источник формирования специфических типов отношения к болезни [5; 8].

В ходе проведенного эмпирического исследования гипотеза о роли конкретного заболевания в формировании типов отношения к болезни была подтверждена частично: группе пациентов с *аффективным заболеванием* более характерен эргопатический тип (частый уход в работу от болезни), в отличие от группы пациентов с *шизотипическим расстройством*. Подобный результат наблюдается не только при изучении частоты встречаемости конкретных типов отношения к болезни («ТОБОЛ»), но и при оценке воздействия болезни и симптомов («МОБИС»): респонденты с *аффективным заболеванием* стремятся погружаться в работу в большей степени, чем в болезнь, в отличие от пациентов с *шизотипическим расстройством*. Отсутствие склонности «уходить в деятельность» при *шизотипическом расстройстве* может объясняться интеграцией болезни в структуру личности респондентов, которая и приводит к некоторой депривации базовых потребностей (потребность в любви и принадлежности — круг «Семья»; потребность в личном совершенствовании — круг «Работа/учеба/увлечения») [30]. В то же время, обратная тенденция у группы пациентов с *аффективным заболеванием* может свидетельствовать о замещении переживаний о заболевании углублением в рабочий процесс. Стоит отметить, что замещение относится к «зрелым», «высокоуровневым» защитным механизмам и наблюдается преимущественно у людей с более высоким уровнем организации личности [9], что, в свою очередь, может свидетельствовать о большей адаптивности пациентов этой группы. Действительно, эргопатический тип относится к условно-адаптивному блоку [2]. Таким образом, для пациентов с *аффективным заболеванием* характерно более адаптивное отношение к болезни. Полученные данные отчасти согласуются с мнением Л. Д. Зикеевой, Ю. Е. Куртановой и Д. М. Назаркиной с соавт., описывавших болезнь как фактор отношения к заболеванию [5; 8; 11].

Параметры адаптации

В процессе исследования также были изучены различные параметры адаптации, которые впоследствии рассматривались как факторы формирования отношения к заболеванию. Далее будут обсуждаться выявленные межгрупповые различия по каждому из параметров.

Пациенты с *шизотипическим расстройством* отличаются от группы больных с *аффективным заболеванием* большей выраженностью депрессии, что, вероятно, может объясняться более тяжелой клинической картиной заболевания у этих пациентов. Исходя из данных, описанных А. Scodal, более половины пациентов с диагнозом «шизотипическое расстройство личности» имеют более чем один эпизод большого депрессивного расстройства, и у 30—50% наблюдается большое депрессивное расстройство на момент диагностирования *шизотипического расстройства личности* [31].

Вместе с тем, некоторые симптомы, свойственные пациентам с *шизотипическим расстройством личности* по МКБ-10 [10] — непрерывно нарастающая отстраненность, холодность и враждебность в отношении общества, — позволили в ходе исследования выявить выраженную социально-психологическую дезадаптивность. Описанная деструктивность, направленная вовне, по мнению З. Фрейда, становится следствием негативного отношения человека к самому себе, чем объясняется выраженное неприятие себя в группе пациентов с *шизотипическим расстройством* [24]. Кроме того, схожая картина в данной группе участников исследования наблюдается и при интерпретации полученных данных в результате клинической беседы.

В свою очередь, пациенты с *аффективным заболеванием* демонстрируют более высокие показатели социально-психологической адаптивности и внутреннего контроля (сохранность ощущения контроля в отношении собственной жизни), что, вероятнее всего, может объясняться эпизодичностью течения заболевания, заключающегося в чередовании депрессивных и гипертимических фаз, разделенных интермиссиями (состояние психического здоровья). Так, традиционно считается, что подобное течение данного устойчивого расстройства настроения почти не нарушает психические функции больных, что также позволяет сохранять привычную жизнедеятельность, особенно при учете того, что в интермиссиях психика и личностные свойства пациентов преимущественно восстанавливаются [17].

Была также установлена бóльшая выраженность реабилитационного потенциала у пациентов с *аффективным заболеванием*, чем у респондентов с *шизотипическим расстройством*. По представлениям нескольких исследователей, психологический реабилитационный потенциал — это личностные ресурсы человека, включающие мотивационный, коммуникативный и эмоциональный компоненты [7; 15]. Учитывая то, что при *шизотипическом расстройстве* наблюдаются нарушения в каждом из описанных компонентов — дефицит целенаправленности умственной работоспособности [31], социальная изоляция и уплощенность аффектов [25], — полученный результат является непосредственным отражением клинической картины *шизотипического расстройства личности*.

Таким образом, в целом больные с *аффективным заболеванием* характеризуются большей выраженностью различных параметров адаптации, в сравнении с больными с *шизотипическим расстройством*. Однако существенных межгрупповых различий в уровне качества жизни выявлено не было, что может объясняться относительно высоким уровнем субъективно переживаемого благополучия в каждой из групп участников исследования. Тем не менее, очевидно, что пациентам с *шизотипическим расстройством* свойственна большая включенность в переживания о болезни, что необходимо учитывать при разработке программ реабилитации.

Взаимосвязь между типами отношения к болезни и параметрами адаптации

Гипотеза о том, что особенности отношения к болезни у пациентов с *аффективным заболеванием* и *шизотипическим расстройством* связаны с различными параметрами социально-психологической адаптации, нашла подтверждение в обеих группах участников исследования. Однако взаимосвязи между особенностями отношения к болезни и параметрами адаптации различаются между группами.

Так, в группе пациентов с *аффективным заболеванием* прослеживается большое количество связей между показателем реабилитационного потенциала и типами отношения к болезни: чем выше респонденты данной группы оценивают свой реабилитационный потенциал, тем более выражены гармоничный и эргопатический типы отношения к болезни и менее — тревожный, ипохондрический, неврастенический и меланхолический типы; и наоборот. Полученные данные позволяют наблюдать взаимосвязь между адаптивными типами отношения к болезни и субъективно высоко оцененными личностными возможностями, являющимися основным источником потен-

циальных способностей для восстановления прежнего статуса; а также взаимосвязь между более низко оцененными личностными возможностями и дезадаптивными типами отношения к болезни, что соотносится с результатами исследования И. Ю. Кулагиной и Л. В. Сенкевич [7], изучавших реабилитационный потенциал и отношение к болезни при соматических заболеваниях и установивших связи уровня реабилитационного потенциала с адаптивными типами отношения к болезни (гармоничный, анозогностический, эргопатический).

В группе пациентов с *аффективным заболеванием* фиксируется также большое количество взаимосвязей между различными параметрами социально-психологической адаптации и типами отношения к болезни (42 корреляции). В группе пациентов с *шизотипическим расстройством*, напротив, наблюдается только одна взаимосвязь: чем больше выражена потребность преобладать над другими («доминирование» как параметр социально-психологической адаптации), тем более уязвим и раним человек в отношении собственного заболевания (сенситивный тип отношения к болезни), что может трактоваться как компенсация субъективно ощущаемой ранимости и уязвимости в форме желания властвовать. В свою очередь, выявленные взаимосвязи можно рассматривать в качестве подтверждения ряда умозаключений различных авторов: по мнению Е. В. Пестеревой, множество параметров влияет на формирование типов отношения к болезни [13]; В. И. Долгова с соавт. и Е. В. Захарова с соавт. считают, что отношение к заболеванию связано с социально-психологической адаптацией пациентов [3; 4]. Наличие большего количества взаимосвязей в группе участников исследования с *аффективным заболеванием* может объясняться направленностью данных пациентов на активную деятельность и взаимодействие с окружающим миром, в отличие от пациентов с *шизотипическим расстройством*, которые в целом оказываются независимыми от социума.

Несмотря на то, что гипотеза о нозотипическом характере формирования отношения к болезни прямого подтверждения в форме межгрупповых различий по типам не нашла, интересными представляются данные, полученные в отношении роли выраженности депрессии. При *аффективном заболевании*: чем выше уровень депрессии, тем более выражены тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический типы отношения к болезни. При *шизотипическом расстройстве*: чем выше показатели депрессии, тем более выражены апатический, паранойяльный и дисфорический типы. Полученные результаты согласуются с данными Л. Б. Содно-мовой и И. С. Попени, которые наблюдали взаимосвязь выраженности депрессивного синдрома с неадаптивными типами отношения к болезни при различных соматических заболеваниях [14; 22]. При этом интересным оказывается тот факт, что в каждой нозологической группе депрессия связана с теми типами отношения к болезни, которые в большей степени отражают клиническую картину *аффективного заболевания* и *шизотипического расстройства* соответственно. Так, тревожный, ипохондрический, неврастенический и меланхолический типы отношения к болезни содержательно наиболее связаны с проявлениями *аффектов*, в то время как апатический, паранойяльный и дисфорический кажутся более комплиментарными для *шизотипического расстройства личности*. Стоит отметить, что различий по выраженности данных типов отношения к болезни между группами не выявлено, поэтому данные результаты могут свидетельствовать о том, что депрессия играет роль медиатора при формировании типа отношения к болезни в каждой из данных нозологических групп.

Взаимосвязи самостигматизации с типами отношения к болезни были выявлены только в группе пациентов с *аффективным заболеванием*. Чем выше уровень самостигматизации (влияние социальных стереотипов о болезни), тем менее выражен гармоничный тип отношения к болезни и более выражен тревожный тип, т. е. чем больше пациенты данной группы боятся оценки общества, тем более деструктивной является их реакция на заболевание. В связи с распространенным мнением ряда исследователей о том, что проблема стигмы способствует появлению препятствий в

успешной социализации пациентов [21], немаловажным аспектом реабилитации пациентов может стать проработка индивидуальных опасений пациента в отношении того, что его будут воспринимать не как субъекта, а лишь как носителя болезни.

При этом чем выше субъективная оценка психологического компонента качества жизни в группе участников исследования с аффективным заболеванием, тем более выражены гармоничный и анозогностический типы отношения к болезни и менее выражены меланхолический, тревожный и апатический типы отношения к болезни. Описанные данные соответствуют результатам исследования авторов, сопоставляющих низкий уровень качества жизни с рядом неадаптивных типов отношения к болезни при соматических болезнях [27].

Взаимосвязь самооценки с отношением к болезни была выявлена только в группе пациентов с *шизотипическим расстройством*: чем выше уровень самооценки по шкале «Характер», тем более выражены сенситивный и эгоцентрические типы отношения к болезни. Из этого следует, что уровень уверенности в себе по определённым показателям не имеет прямого влияния на формирование именно адаптивного отношения к заболеванию, однако выявленные взаимосвязи позволяют наблюдать характерные личностные особенности (ячество), которые могут рассматриваться в качестве дополнительных сведений при дифференциальной диагностике. Вероятно, отсутствие связи между отношением к болезни и самостигматизацией и наличие связей с самооценкой в этой группе может объясняться снижением социальной ориентации у больных с *шизотипическим расстройством* и характерным для них индивидуализмом.

Выводы

1. Пациентам с аффективным заболеванием более свойствен эргопатический тип отношения к болезни («уход в работу») в отличие от пациентов с шизотипическим расстройством. При нарастании депрессии в обеих группах респондентов типы отношения к болезни в большей степени отражают клиническую картину заболевания.
2. В двух группах участников исследования отношение к заболеванию связано с социально-психологической адаптацией, однако в каждой из групп выявлены взаимосвязи с различными её параметрами.
 - 2.1. При шизотипическом расстройстве отношение к заболеванию связано с такими параметрами адаптации, как: самооценка, «доминирование» как параметр социально-психологической адаптации и выраженность депрессии.
 - 2.2. При аффективном заболевании отношение к болезни взаимосвязано с такими параметрами адаптации, как: качество жизни, реабилитационный потенциал, различные параметры социально-психологической адаптации, самостигматизация и выраженность депрессии.

Литература

1. Вассерман Л.И. Отношение к болезни больных эпилепсией: клиничко-психологические корреляции // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях: сб. науч. тр. – Ленинград, 1990. – С. 62–69.
2. Вассерман Л.И., Чугунов Д.Н., Щелкова О.Ю. Соотношение субъективных и объективных факторов в процессе формирования внутренней картины болезни и совладающего поведения // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27, № 2. – С. 82–94. doi:10.17759/cpp.2019270206
3. Долгова В.И., Василенко Е.А. Развитие критериальной базы изучения социально-психологической адаптации личности // Современные наукоемкие технологии. – 2016. – № 5-3. – С. 530–534.

4. Захарова Е.В., Фильштинская Е.Г. Психосоциальные характеристики больных туберкулезом в России и факторы формирования приверженности лечению // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. – 2020. – Т. 17, № 2. – С. 330–347. doi: 10.22363/2313-1683-2020-17-2-330-347
5. Зикеева Л.Д. Невротические реакции у больных хроническим гломерулонефритом и хроническим пиелонефритом // Клиническая медицина. – 1974. – Т. 52, № 9. – С. 43–47.
6. Клубова Е.Б. Отношение к болезни и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 1995. – 172 с.
7. Кулагина И.Ю., Сенкевич Л.В. Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях // Культурно-историческая психология. – 2015. – Т. 11, № 1. – С. 50–60.
8. Куртанова Ю.Е. Личностные особенности детей с различными хроническими соматическими заболеваниями: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2004. 170 с.
9. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. – М.: Класс, – 2015. – 592 с.
10. МКБ-10: Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-ый пересмотр. С изменениями и дополнениями, опубликованными Всемирной организацией здравоохранения в 1996-2019 гг.; версия: 2019 [Электронный ресурс]. – URL: <https://mkb-10.com>
11. Назаркина Д.М., Новиков В.В. Внутренняя картина болезни пациентов с параноидной шизофренией // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2015. – № 4 (11). – С. 71–79.
12. Осницкий А.К. Определение характеристик социальной адаптации // Психология и школа. – 2004. – № 1. – С. 43–56.
13. Пестерева Е.В. Особенности психологической адаптации к болезни пациентов со злокачественными лимфомами на различных этапах заболевания: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2011.
14. Попеня И.С. Тип отношения к болезни и тревожно-депрессивные симптомы в клинике рассеянного склероза // Актуальные проблемы медицины: материалы ежегодной итоговой научно-практической конференции (Гродно, 28-29 января 2016 г.). – Гродно: Гродн. гос. мед. университет, 2016. – С. 483–485.
15. Порохина Ж.В. Психологический реабилитационный потенциал инвалида (на примере больных с ишемической болезнью сердца): автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2004.
16. Психосоматика: телесность и культура: учебное пособие для вузов / под ред. В.В. Николаевой. – М.: Академический проект, 2009. – 312 с.
17. Раздел I. Эндогенные психические заболевания // Руководство по психиатрии: в 2 т. / под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Т. 1, Ч. II: Частная психиатрия. – С. 407–685.
18. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. Практическое руководство. – М.: Апрель-Пресс, 2004. – 160 с.
19. Русскоязычная адаптация опросника интернализированной стигмы психического состояния (самостигматизации) ISMI-9 / В.С. Воронцова, Д.А. Шуненков, Е.М. Иванова [и др.] // Неврологический вестник. – 2019. – Т. 51, № 4. – С. 29–33.
20. Садальская Е.В., Ениколопов С.Н., Дворянчиков Н.В. Оценка влияния заболевания на повседневную жизнь больных психосоматическими расстройствами (первый опыт применения в России метода PRISM) // Тезисы докладов Межрегиональной научно-практической конференции «Проблемы адаптации больных хроническими заболеваниями» (Самара, 6-8 июня 2000 г.). – Самара, 2000. – С. 111–113.
21. Самостигматизация при основных психических заболеваниях: методические рекомендации / В.С. Ястребов, О.А. Гонжал, Г.В. Тюменкова [и др.]. – М.: Юстицинформ, 2009. – 18 с.

22. Содномова Л.Б. Нозогении и отношение к болезни у пациентов с острым коронарным синдромом // Вестник Бурятского государственного университета. Медицина и фармация. – 2015. – № 12. – С. 52–56.
23. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
24. Фрейд З. Введение в психоанализ. – М.: Эксмо-Пресс, 2017. – 608 с.
25. Харисова Р.Р., Чебакова Ю.В. Практикум по патопсихологической диагностике. – М.: Языки Народов Мира: ТЕЗАУРУС, 2018. – 329 с.
26. Хритинин Д.Ф., Петров Д.С. Лечебно-реабилитационный потенциал больных шизофренией и их семей // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, № 5. – С. 70–76.
27. Щелкова О., Усманова Е. Влияние отношения к болезни на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей // Вопросы онкологии. – 2017. – Т. 63, № 1. – С. 115–121. doi: 10.37469/0507-3758-2017-63-1-115-121
28. Holmes E.A.F., Hughes D.A., Morrison V.L. Predicting adherence to medications using health psychology theories: a systematic review of 20 years of empirical research // Value in Health. – 2014. – Vol. 17, № 8. – P. 863–876. doi: 10.1016/j.jval.2014.08.2671
29. Lipowski Z.J. Psychosocial reactions to physical illness // Canadian Medical Association Journal. – 1983. – Vol. 128, № 9. – P. 1069–1072.
30. Maslow A.H. Motivation and Personality. – New York: Harpaer & Row, 1954. – 411 p.
31. Scodal A. Schizotypal personality disorder (STPD). Directory MSD professional version. – 2018. – P. 20–35.
32. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide / J.E. Ware, K.K. Snow, M. Kosinski [et al.]. – Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute, 1993.

Attitude to the disease and socio-psychological adaptation in patients with depressive syndrome

Smirnova E.¹
E-mail: zheesmi@gmail.com

Omelchenko M.²

Oleychik^{1,2}

Ivanova E.^{1, 2}
E-mail: ivalenka13@gmail.com

¹ Pirogov Russian National Research Medical University
Ostrovitianov str. 1, Moscow, 117997, Russia
Phone: +7 (495) 434-54-29

² Mental Health Research Center
34, Kashirskoye shosse, Moscow, 115522, Russia
Phone: +7 (495) 109-03-93

Abstract. This work is devoted to the study of types of attitudes to the disease in relation to adaptation parameters in patients with depressive syndrome in the framework of affective and schizotypal disorders. Methods were used: TOBOL; personality rehabilitation potential test; Beck's depression questionnaire; self-stigmatization inventory ISMI-9; quality of life scale SF-36; diagnostics of socio-psychological adaptation Rogers-Diamond, as well as Dembo-Rubinstein measure of self-esteem. The results showed that patients with affective disorders are characterized by higher indicators of adaptation and rehabilitation potential; types of attitude to

disease are associated with the parameters of socio-psychological adaptation, self-stigmatization and quality of life, in contrast to the patients with schizotypal disorders, which, in turn, are characterized by the relationship of personality types with self-esteem. An increase in the severity of depression is associated with the formation of types of attitudes to disease that more closely reflect the clinical picture of the disease for each of the groups. The results may be applied in practice of differential diagnosis of mental disorders; determination of aims for building rehabilitation programs.

Key words: attitude to disease; cyclothymia; schizotypal personality disorder; depressive syndrome; quality of life; rehabilitation potential; self-esteem; adaptation.

For citation

Smirnova E., Omelchenko M., Oleychik I., Ivanova E. Attitude to the disease and socio-psychological adaptation in patients with depressive syndrome. *Med. psihol. Ross.*, 2021, vol. 13, no. 4, p. 7. doi: 10.24412/2219-8245-2021-4-7 [in Russian, abstract in English].