

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (СПбГУ)

Факультет психологии

Кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуаций

Зав. кафедрой

Психологии кризисных и  
экстремальных ситуаций,  
профессор

\_\_\_\_\_ Хрусталева Н.С.

Председатель ГЭК,

Доктор медицинских наук

\_\_\_\_\_ Васильева А.В.

Дипломная работа на тему:

**Внутренняя картина болезни у женщин с объемными образованиями органов малого таза в  
предоперационный период**

по специальности 030302 – Клиническая психология

специализация: психология кризисных и экстремальных ситуаций

Выполнил:

Студент 6 курса

Очно-заочного отделения

Давидович А.И.

\_\_\_\_\_ (подпись)

Рецензент: Пестерева Е.В.

Кандидат психологических наук, научный сотрудник,

ФГБУ "НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова" Минздрава России

\_\_\_\_\_ (подпись)

Научный руководитель:

Старший преподаватель

Потявина В.В.

\_\_\_\_\_ (подпись)

Санкт-Петербург  
2016

## Содержание

Аннотация.....	4
Abstract .....	5
Введение.....	6
Глава 1. Обзор литературы по теме исследования.....	8
1.1. Теоретическая основа исследования и определение основных понятий .....	8
1.1.1. Понятие внутренней картины болезни и его основные особенности .....	8
1.1.2. Характеристика типов представлений о себе .....	14
1.1.3. Характеристика типов отношения к болезни.....	15
1.1.4. Особенности аффективной сферы пациентов, страдающих соматической патологией .....	19
1.1.5. Определение миомы матки и кисты яичника .....	20
1.2. Обзор исследований особенностей внутренней картины болезни женщин, страдающих доброкачественными образованиями органов малого таза .....	23
Выводы по Главе 1.....	30
Глава 2. Методы и организация исследования .....	31
2.1. Описание выборки исследования.....	31
2.2. Методы исследования .....	32
2.3. Процедура исследования .....	39
2.4. Математико-статистические методы обработки данных.....	40
Глава 3. Результаты исследования и их обсуждение .....	41
3.1. Результаты .....	41
3.1.1. Анализ данных, полученных на основании результатов анкетирования ..	41
3.1.2. Анализ данных, полученных на основании результатов Методики определения типа отношения к болезни (ТОБОЛ) .....	44
3.1.3. Анализ данных, полученных на основании результатов теста межличностных отношений Лири .....	49
3.1.4. Анализ данных, полученных на основании результатов методики Шкала Депрессии Бека.....	53

3.1.5. Анализ корреляции типов отношения к болезни и типов представления о себе .....	56
3.2. Обсуждение результатов .....	60
Выводы .....	68
Заключение.....	70
Список используемых источников .....	72
Приложение .....	78

## Аннотация

Для изучения внутренней картины болезни у женщин с доброкачественными новообразованиями репродуктивной системы было обследовано 62 испытуемых. Измерялись: тип отношения к болезни (ТОБОЛ), тип представления о себе (тест Лири), уровень депрессивных тенденций (Шкала депрессии Бека), оценивались социально-демографические факторы и срок давности обнаружения заболевания (анкета). Обработка данных: анализ описательных статистик, корреляционный анализ (Пирсона), многомерный дисперсионный анализ (MANOVA). Результаты: у женщин с доброкачественными новообразованиями органов малого таза есть три преобладающих типа отношения к болезни – эргопатический, анозогнозический и гармонический. Выявлены наиболее выраженные типы самооценки – альтруистический, авторитарный, дружелюбный и агрессивный. Обнаружена статистически достоверная взаимосвязь типов отношения к болезни и типов представления о себе. Также обнаружено влияние социально-демографического фактора на тип отношения к болезни, тип представления о себе, уровень депрессии. Обнаружено влияние срока давности обнаружения заболевания на тип отношения к болезни, тип представления о себе, уровень депрессии.

## **Abstract**

To study the inside look at illness in women with benign tumors of the reproductive system were examined 62 subjects. Measured: the type of attitude to the disease (L. Vasserman), the type of self-assessment (Leary's Interpersonal Behavior Circle), the level of depressive tendencies (Beck Depression Inventory) were evaluated to parameters socio-demographic factors and the statute of limitations of disease detection. Data processing: analysis of descriptive statistics, correlation analysis (Pearson), multivariate analysis of variance (MANOVA). Results: in women with benign pelvic there are three predominant types of attitude to the disease – ergopathic, anosognostic and harmonic. Revealed the most prominent types of attitude to oneself – altruistic, authoritarian, friendly and aggressive. Discovered a statistically significant correlation between types of attitude to the disease and the type of self-assessment. Found the effect of socio-demographic factors on the type of attitude to the disease, on the type of self-assessment, on the level of depression. The influence of the period of limitation on the type attitude to the disease, the type of self-assessment, the level of depression.

## Введение

Изучение психологических особенностей женщин, страдающих патологией репродуктивной системы, привело к осознанию многофакторной обусловленности возникновения, течения и прогноза этих заболеваний. Понимая эти болезни как результат био-психосоциального конфликта в организме, необходимо рассматривать комплекс биологических, психологических и социальных причин, лежащих в ее основе. Применение психотерапевтических методов позволяет, прежде всего, повысить качество жизни пациентов, оптимизировать проведение лечебно-реабилитационного процесса и улучшить их социально-психологическую адаптацию к семейному, бытовому и производственному окружению. Психопатологические симптомы неизбежно возникают в процессе развития заболеваний и существенно влияют на качество жизни больного. Эффективность лечебного воздействия в высокой степени зависит от точной и достоверной оценки симптомов заболевания как соматического, так и психопатологического спектра [38, 57, 58]. Согласно данным мировой статистики, около 10% женщин позднего репродуктивного возраста переносят хирургические вмешательства на половых органах, причем на первое место выходят операции по поводу миомы тела матки, на второе – по поводу опухолей и опухолеподобных образований яичников. У девочек и девушек опухоли и опухолевидные образования яичников преобладают в структуре заболеваний репродуктивной системы [45]. Принимая во внимание то, что заболевания репродуктивной системы способны приводить к нарушению генеративной функции, включая бесплодие, перинатальные потери, сложности беременности, изучение заболеваний репродуктивной системы приобретает высокую социальную значимость, и, следовательно, обладают несомненной **актуальностью**.

В первой главе работы представлен подробный теоретический анализ публикаций, посвященных всестороннему изучению внутренней картины болезни, описаны результаты актуальных исследований, даны определения

основных понятий феномена внутренней картины болезни с учетом специфики изучаемых параметров у женщин, страдающих доброкачественными образованиями органов малого таза.

Во второй главе работы представлено описание выборки исследования и описаны ее основные характеристики, изложена суть процедуры проведенного эмпирического исследования, а также приведены использованные методики и методы статистической обработки данных.

Третья глава работы раскрывает суть проведенной статистической обработки данных, которые были собраны в ходе исследовательской работы.

**Цель** – изучение внутренней картины болезни у женщин, имеющих доброкачественные образования органов малого таза в предоперационный период.

**Предмет исследования** – внутренняя картина болезни женщин, уровень депрессии, тип представления о себе.

**Объект исследования** – женщины с диагнозом киста яичника и миома матки в предоперационный период от 18 до 35 лет

**Задачи** исследования:

1. Изучение типов отношения к болезни у женщин с объемными образованиями малого таза и подсчет средних величин их значений;
2. Изучение типов представления о себе у женщин с объемными образованиями органов малого таза и подсчет средних величин;
3. Изучение уровня депрессии у женщин с объемными образованиями малого таза и подсчет средних величин их значений;
4. Изучение социально-демографических и клинических факторов.

**Гипотезы:**

1. Существует взаимосвязь между типом отношения к болезни и типом представления о себе.

2. Существует взаимосвязь демографических и клинических факторов и внутренней картины болезни у женщин с объемными образованиями органов малого таза.

## **Глава 1. Обзор литературы по теме исследования**

### **1.1. Теоретическая основа исследования и определение основных понятий**

#### **1.1.1. Понятие внутренней картины болезни и его основные особенности**

Термин «внутренняя картина болезни (далее ВКБ) был впервые использован Л. Р. Лурией: «Внутренней картиной болезни я называю все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, – весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [24].

На данном этапе следует разъяснить разницу между соматическими жалобами и психологическими реакциями на них, а также характер и особенности взаимовлияние этих двух параметров. В состоянии здоровья внимание человека не фиксируется на состоянии его физического здоровья, поскольку находится ниже его порога восприятия. По словам Е.К. Краснушкина, «сознание болезни, входящая как интегративная часть в сознание «я», зависит от силы выраженности и характера interoцептивных сигналов, состояния интеллекта, тонуса всего организма и состояния высших интегративных функций» [20]. Кроме того, все эти факторы находятся под влиянием психологических особенностей и социальной среды, в которой находится человек. Стоит особенно отметить, что interoцептивные сигналы всегда сопровождаются эмоциями, благодаря которым эти сигналы и достигают сознания человека. Влияния соматических заболеваний на психику больного обнаруживают крайнюю сложность и разнообразность. На характер проявления симптомов влияют и личностные особенности больного, и его знания о



существующем заболевании. Большой интерес представляет тот факт, что после открытия факта болезни у ранее не подозревавших о ней больных отмечаются отсутствовавшие до этого момента проявления в болезненном органе. Вероятно, это происходит в результате произвольного обращения внимания на больной орган, что понижает порог восприятия. В то же время в клинике нередко встречается и обратная ситуация – сознание соматической болезни не сопровождается никакими изменениями в психике, протекает для психики «асимптомно». Судя по всему, в таких случаях сигналы интероцепторов тормозятся более актуальными и мощными сигналами экстероцепции.

В клинике соматических заболеваний также зачастую встречаются случаи, когда влияние физической патологии на психику человека не является прямым. В качестве примера следует привести понятие «сомато-психического балансирования». Подобные явления могут возникать у больных шизофренией, которые выходят из психоза совместно с внезапным началом у них тяжелого соматического заболевания. Характерный пример такого сбалансирования можно проследить на болезненных переживаниях, связанных с сердечно-сосудистой системой. Так, при серьезных органических сердечных заболеваниях больные могут чувствовать свою болезнь очень слабо и высказывать преуменьшенные жалобы, в то время как пациенты с кардионеврозом часто неадекватно сильно переживают свое состояние, дают своему заболеванию пессимистичный прогноз [2, 19, 36].

Обобщая вышесказанное, можно выделить главные факторы, которые влияют на появление характерных изменений психики, следующих за известие о соматическом заболевании. Во-первых, специфика заболевания; во-вторых, особенности личности заболевших; и, в-третьих, факторы социальной среды, которые формируют когнитивные и поведенческие паттерны пациентов [52].

Существуют, помимо прочего, такие психологические реакции на болезнь, которые характерны для большинства. К данным реакциям в первую очередь относится астения, которая у соматических больных проявляется в

снижении психического и физического тонуса, активности, быстрой утомляемости, эмоциональной лабильности и вегетативной неустойчивости. Состояние астении может перерасти в серьезную психическую патологию, снижая пороги восприятия, что нередко приводит к появлению большого количества ипохондрических жалоб. Также распространены сопровождающиеся тревогой и страданием состояния дистимии. Больные, демонстрирующие реакции психастенического типа, во время болезни, как правило, находятся в плену всевозможных фобий, навязчивостей и тягостных пессимистических ожиданий, что наиболее характерно в случае кардиофобий [18, 36].

В настоящий момент существует несколько концепций, с помощью которых принято понимать термин ВКБ. В качестве примера ниже приведена концепция Николаевой, которая точнее всего отражает разные аспекты психической деятельности в условиях наличия заболевания.

Термин ВКБ, по модели Николаевой, содержит в себе следующие компоненты:

1. Сенсорный компонент, представляющий собой сумму ощущений, основной материал жалоб больного. Включает в себя телесные ощущения и эмоциональный тон ощущений.
2. Эмоциональный компонент – эмоциональная реакция на болезнь.
3. Рациональный компонент – это информации о болезни, выраженная в представлениях и знаниях о болезни, которые есть у больного.
4. Мотивационный компонент – это отношение больного к своему диагнозу. Включает в себя личностный смысл, встраивание болезни в смысловую структуру личности [32].

ВКБ в понимании ученых является результатом творческой деятельности психики человека. Она так или иначе формируется в условиях возникновения любой соматической патологии. А именно, диапазон проявлений, достаточных для формирования ВКБ, начинается от единичных случаев боли и дискомфорта

и доходит грубых проявлений соматической патологии (при тяжелом течении и хронических формах соматических заболеваний). Каждый человек всегда наблюдает у себя формирование соматической болезни: прислушивается к неприятным физическим симптомам (боли, давления, жжения и др.), пытается определить источник этих симптомов, соотнести их с собственным пережитым опытом и сведениями, полученными от других людей, медицинского персонала, специальной литературы. Для любого человека понятно и обоснованно стремление определить силу и значимость угрозы его жизни, которую несет в себе неприятное ощущение или состояние организма. Кроме того, в состоянии болезни человек объяснимо стремится предпринять различные попытки избавления от страдания. Таким образом, широкая зона психологической активности сразу же фиксируется на переживании страдания. Изучение сущности этого процесса – важнейшее условие успешной разработки проблемы личности и ее изменений у соматически больных [3, 44].

Ключевым понятием в сфере изучения ВКБ является мотив. Известно, что в процессе протекания соматического заболевания структура и иерархия мотивов претерпевает значительные изменения, на которых стоит остановиться подробнее. По данным наблюдений, на этапе манифестации соматического заболевания мотив сохранения жизни является ситуационным, то есть актуализируется только в периоды резкого ухудшения состояния. Ведущим является эмоциональный уровень ВКБ: больные ощущают тревогу в отношении лечения. При переходе к хроническому течению заболевания у больных резко меняется эмоциональное состояние: снижается настроение, сужается сфера интересов, возникает патологическое центрирование на всем, что связано с процессом лечения. Подобные изменения зачастую указывают на начало перестройки мотивационной сферы личности, в случае которой мотив сохранения жизни перестает быть ситуативным и становится ведущим. Подобная перестройка мотивов происходит быстро, что обусловлено особой значимостью мотива сохранения жизни, и приводит к невозможности реализации жизненных целей в их прежнем объеме [32].

В дальнейшем описанная выше перестройка системы мотивов приводит к изменению всей системы отношений больных. На определенном этапе для больного становятся значимы только те события, которые не противоречат вновь выделившемуся смыслообразующему мотиву сохранения жизни. Появляются замкнутость, отчужденность, ограничение контактов с людьми, пассивность, которые, в свою очередь, в значительной степени обусловлены существенным сужением круга актуальной мотивации, которое произошло в силу выделения нового преобладающего мотива [47, 50]. Больные отмечают, что жизнь претерпела существенные изменения, «всё стало другим». Вместе с этим появляются отсутствовавшие до данной мотивационной перестройки интересы, эгоцентрическая фиксация на себе и своем состоянии.

Становление мотива сохранения жизни в качестве основного смыслообразующего побуждения приводит к формированию нового ведущего вида деятельности, а именно деятельности, направленной на сохранение здоровья. Контроль поведения становится тотальным, что особенно отмечается у личностей, которые имели соответствующие особенности до появления соматического заболевания [35, 40].

Наряду со структурной перестройкой мотивационной сферы происходит сокращение временной сферы мотивации. Человек начинает беспокоиться только о ближайших во времени событиях, переоценивают их, «живут одним днем». Показателем данных изменений выступает, к примеру, несоблюдение инструкций по типу нарушения временной перспективы, предписанной врачом [14, 41, 47, 48, 49].

Достоверно известно, что в состоянии болезни личность демонстрирует изменение иерархии мотивов, а также утрату побудительной их способности, что, в свою очередь, может существенно снизить мотивацию к лечению. Так, по мнению Л.В. Тарабакиной, возможны разные варианты направленности на выздоровление у больных, в том числе превращение болезни в самоцель, отвержение мер лечения, а также рассогласованность слов и действий по отношению к своему состоянию здоровья. Среди признаков, определяющих

высокую мотивацию к лечению, стоит указать следующие: активная жизненная позиция, высокий социальный интерес, способность к управлению психической регуляцией. Важнейшей предпосылкой к эффективному лечению является выработка сознательной мотивации на деятельное преодоление своего заболевания. Отношение к лечению, которое прописал врач, а также согласие или несогласие следовать его рекомендациям формируется у больных в соответствии с возникающими телесными ощущениями. Значимой проблемой является глубина доверия врачу и безоговорочная вера в предписанное им лечение. По некоторым данным, в хирургии и кардиологии примерно 15% больных склонны хотя бы частично отказываться от предложенной им терапии. В наибольшей степени эта проблема касается тех больных, которым приходится принимать лекарственные препараты в течение длительного срока или даже всей жизни [3, 17]. По данным некоторых исследований [11, 33, 55], при неблагоприятной ВКБ отмечается отрицательная динамика психических и эмоциональных показателей, а также меньшая социальная адаптированность в целом.

Обобщая вышесказанное, можно утверждать, что изучение ВКБ особенно важно ввиду того, что данный параметр является предиктором такого принципиально значимого для выздоровления признака как комплаенс. Под этим термином принято понимать следование больным лечению, которое было ему предписано, а также уровень продуктивного взаимодействия с врачом. Уровень комплаенса тесно связан со структурой ВКБ и является важным фактором, который оказывает непосредственное влияние на эффективность предписанных мер лечения.

Низкий комплаенс больного нередко является причиной преждевременного прекращения лечения, пересмотров установленных схем лечения и, соответственно, снижения эффективности терапии в целом. Высокий комплаенс, в свою очередь, ведет к существенному снижению влияние негативных аспектов заболевания на длительность и качество процесса выздоровления [25]. Понятие комплаенса введено в научную литературу

недавно, однако опосредованно изучается всеми исследователями, чья научная деятельность касается такого предмета, как психологические особенности пациентов, имеющих соматические заболевания.

Существуют данные, позволяющие утверждать, что степень приверженности лечению напрямую связано с наличием или отсутствием определенных особенностей ВКБ. В частности, к комплаенсу низкого уровня способны привести такие характеристики, как наличие депрессивного эпизода, отдельные симптомы тревоги, ипохондрические расстройства, редуцированные формы обсессивно-фобического невроза. В то же время отсутствие этих признаков или их слабая выраженность допускает возможность высокого уровня приверженности лечения больного [12, 34].

### **1.1.2. Характеристика типов представлений о себе**

Затрагивая обсуждение структуры ВКБ, нельзя не отметить значимость такого параметра, как самосознание. Самосознание, будучи одной из сторон сознания, отражает состояние внутреннего мира человека. Самосознание больного включает в себя, наряду со знанием и переживанием болезни, самооценку, которая является определяющим и необходимым условием психической регуляции деятельности пациента в ситуации переживания болезненного состояния. Самооценкой определяется уровень уверенности личности в себе и знание своего потенциала. Значительное расхождение между Я-идеальным и оценкой его окружающими может быть причиной серьезных внутренних и внешних конфликтов личности. Поэтому важно своевременно выявлять уровень соответствия между Я-реальным и Я-идеальным. Как показали исследования, проведенные на больных с невротическими расстройствами, максимальная близость Я-реального и Я-идеального отмечается у больных неврастенией, а наибольшее расхождение – у пациентов, страдающих истерией и неврозом навязчивых состояний. Кроме того, по данным исследования больных неврозом при помощи теста Т. Лири, у таких

испытуемых зачастую обнаруживаются высокие баллы по 5, 7 и 4 октантам: неуверенность, нерешительность, конформизм, несамостоятельность, обидчивость, недоверчивость, негативные реакции. В результате психотерапевтического лечения, основанного на коррекции системы отношений, сглаживании разрыва между параметрами Я-реального и Я-идеального, а также реконструкции неадаптивной психологической защиты, были получены изменения в виде укрепления личности, самостоятельности, активности и ответственности [46].

Тимоти Лири отмечал, что существует всего 8 типов представления о себе. В их число входят авторитарный, эгоистический, агрессивный, подозрительный, подчиняемый, зависимый, дружелюбный и альтруистический. Каждый из перечисленных типов характеризуется определенным уровнем самооценки. У испытуемых с превалирующим стилем представлений о себе по типу авторитарного и эгоистического наблюдается высокая самооценка при игнорирующей реакции на мнение окружающих. Агрессивный и подозрительный типы проявляются в том, что таким испытуемым свойственно критическое отношение к мнению окружающих при завышенной самооценке. Подчиняемый и зависимый типы характеризуется заниженной самооценкой и излишнем уважением к мнению других. Дружелюбный и альтруистический отличаются лабильной самооценкой в связи с избирательной ориентацией на мнение определенных окружающих людей. При низкой самооценке и выраженной неудовлетворенности собой реакция на мнение окружающих позитивная, если это мнение больше согласуется с субъективным идеалом индивида, чем с оценкой своего «Я».

### **1.1.3. Характеристика типов отношения к болезни**

Принципиальное значение для понимания сути ВКБ и полноценного ее изучения имеет классификация типов отношения к болезни, разработанная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым. Приведенная типология включает в себя 13 типов

психологического реагирования на заболевание, выделенных на основе оценки влияния трех факторов: природы определенного соматического заболевания, сущность преобладающего типа личности, в котором определяющую роль определяет тип акцентуации характера, и отношения к данному заболеванию в значимой для больного социальной группе. Авторы классификации разделили типы отношения к болезни на две большие группы: в первую вошли типы, существенно не нарушающие социальную адаптацию больного; вторую группу представили типы отношения к болезни, существенно влияющие на социальную адаптацию и вызывающие ее нарушение.

Итак, в первую группу типов отношения к болезни входят:

1. Гармоничный тип, для которого характерна трезвая оценка состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без ее недооценки. Свойственны такие особенности реагирования, как стремление активно содействовать успеху лечения и отсутствие тенденции обременять других уходом за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному.
2. Эргопатический тип проявляется в уходе от болезни в работу. Даже при тяжелой болезни стараются продолжать профессиональную деятельность. Трудятся с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все свое время, стараются лечиться таким образом, который позволит продолжение работы.
3. Для анозогнозического типа характерно активное отрицание мысли о заболевании, о его возможных последствиях, отрицание очевидного в проявлении болезни, приписывание ощущений случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Характерен отказ от обследования и лечения, желание обойтись своими средствами.

Во вторую группу типов отношения к болезни относят следующие:



1. Тревожный тип определяет непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения; поиск новых способов лечения, дополнительной информации о болезни, методах лечения, непрерывный поиск авторитетов. Характерно тревожное и угнетенно настроение.
2. Для ипохондрического типа характерна концентрация на субъективных болезненных ощущениях. Такие больные стремятся постоянно рассказывать о болезни, перечисляя преувеличение действительных и несуществующих болезней и страданий. Сочетается желание лечиться и неверие в успех, требование досконального обследования и страх вреда и болезненности терапевтических процедур.
3. Неврастенический тип включает в себя поведение по типу «раздражительной слабости». Характерно раздражение, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. Раздражение часто изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и слезами. Такие пациенты не переносят болевых ощущений.
4. Меланхолический тип проявляется в удрученности болезнью и неверии в выздоровление. Характерны активные депрессивные высказывания, которые могут доходить до суицидальных мыслей, а также пессимистический взгляд, неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.
5. Для эйфорического типа характерно необоснованно повышенное, нередко наигранное настроение, пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Пациенты надеются, что все пройдет само, и пытаются вести активный образ жизни, несмотря на болезнь. Легко нарушают режим, хотя понимают возможность того, что это неблагоприятно скажется на течении болезни.

6. Апатический тип проявляется как безразличие к исходу болезни и результатам лечения, подчинение лечению происходит только при настойчивом побуждении со стороны, утрата интереса к жизни.
7. Обсессивно-фобический тип выражен в тревожной мнительности, которая касается маловероятных, нереальных осложнений болезни, неудач в лечении, в работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.
8. Для пациентов, демонстрирующих сенситивный тип отношения к болезни, характерна озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут на окружающих произвести сведения о его болезни. Типичны опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, с опаской относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и характере болезни.
9. Эгоцентрический тип проявляется в уходе в болезнь, демонстрации близким и окружающим своих страданий с целью полностью завладеть их вниманием. В других больных такие пациенты видят только «конкурентов» и относятся к ним неприязненно.
10. Паранойяльный тип связан с уверенностью, что болезнь – результат чьего-то злого умысла. Свойственна подозрительность к лекарствам и процедурам, стремление приписывать возможные осложнения лечения и побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей, обвинения и требования наказать «злоумышленников».
11. Дисфорический: характерен тоскливо-озлобленный аффект [5, 23, 26].

Результаты изучения ВКБ способны выявить «чистый» тип отношения к болезни, а также смешанный и диффузный варианты, означающие одновременное присутствие признаков двух или трех типов отношения к болезни при смешанном и более трех – при диффузном варианте.

#### **1.1.4. Особенности аффективной сферы пациентов, страдающих соматической патологией**

Одним из самых распространённых проявлений, характерных для ВКБ пациентов, страдающих соматической патологией, являются эпизоды расстройств аффективной сферы. Возможность возникновения аффективных расстройств в результате наличия соматической патологии является значимой проблемой, особенно если речь идет о такой значимой сфере жизнедеятельности организма женщины, как ее репродуктивная система. Несомненно, депрессия является характерным следствием наличия патологии репродуктивной системы, и встречается она чаще других аффективных расстройств. Проявления депрессии многогранны, степень различная, но ее возникновение возможно практически при любом соматическом заболевании – от сердечно-сосудистой и эндокринной систем до иммунной системы и онкологических образований.

Симптоматические депрессии формируются под влиянием того или иного уровня динамики соматической патологии. Известно, что возникновение аффективных расстройств происходит при нарастании тяжести и уменьшается по мере обратного течения заболевания. Клиническая картина соматической депрессии представлена астенией, истощаемостью, а также раздражительной слабостью. Нередко проявляются такие психоэмоциональные изменения, как ангедония, забывчивость, заторможенность, нарушения внимания, головные боли и головокружение. По данным исследований, у 28% пациентов с онкологией наблюдается депрессия, причем частота зависит от наличия метастаз и интенсивных болей – 50% и 49% соответственно. Среди факторов, повышающих риск развития депрессии у онкологических больных выделяют болевой синдром, нарушение питания, неврологические нарушения, актуальный стресс и недостаточная социальная поддержка [42].

Одним из самых популярных тестов для оценки уровня депрессии является Шкала депрессии Бека. Основная идея концепции А. Бека состоит в

том, что определяющим фактором для выживания индивида является переработка информации, в результате которой рождаются те или иные программы поведения. Человек выживает путем получения информации из окружающей среды, в результате чего самостоятельно формирует индивидуальную программу поведения, которая может быть адекватной или неадекватной. В результате сбоя в процессе переработки в психике индивида возникает аномальная программа оценки ситуации. По мнению А. Бека, личность – это сумма схем или структур мышления, которые представляют собой базовые убеждения индивида. Эти схемы начинают формироваться в детстве на основе личного опыта человека и его идентификации со значимыми другими. Каждый человек формирует собственную концепцию себя, других, окружающего мира и концепцию своего существования в нем. Схемы являются устойчивыми когнитивными структурами, которые становятся активными при воздействии на человека определенных стимулов, стрессов или обстоятельств. Указанные схемы могут быть как адаптивными, так и дезадаптивными.

В «когнитивную триаду депрессии», по мнению Бека, входят:

- негативное представление о себе, которое проявляется в уничижительных установках по отношению к себе;
- негативный взгляд на мир, заключающийся в ожидании проявления негативных жизненных событий;
- негативный взгляд на будущее, способный привести к появлению суицидальных мыслей и побуждений.

Таким образом, эмоциональные нарушения и поведенческие расстройства, по мнению А. Бека, вытекают из когнитивных схем и являются следствием актуальных когнитивных процессов [56].

### **1.1.5. Определение миомы матки и кисты яичника**

Значимость изучения ВКБ женщин, имеющих доброкачественные образования органов малого таза, не вызывает сомнений, поскольку подобные

болезненные изменения организма в конечном итоге могут привести к бесплодию. В силу возможности возникновения подобных последствий женщины, страдающие данной патологией, обнаруживают разнообразные реактивные изменения особенностей личности, что в свою очередь может оказать негативное влияние на протекание основного заболевания.

В настоящее время существует два типа доброкачественных новообразований органов малого таза, которые встречаются у женщин репродуктивного возраста чаще всего – это миома (лейомиома) матки и киста яичника.

Под миомой матки понимают доброкачественную опухоль, возникающую в мышечном слое матки. Она является одним из самых распространенных заболеваний у женщин, достигает частоты 12 – 25% от всех гинекологических заболеваний. Миома матки занимает одно из ведущих мест в структуре гинекологических заболеваний репродуктивного возраста. При этом частота встречаемости данной патологией у женщин старше 35 лет, по данным авторов, составляет от 25 до 50 % [4, 39].

Причины возникновения данной соматической патологии до конца не изучены, хотя роль гормональных факторов в развитии миомы очевидна. На данный момент остается неясным вопрос первичности или вторичности миомы по отношению к сдвигам гормонального фона у женщин [22]. Определяющее значение имеют такие факторы риска, как позднее начало месячных, обильные менструации, медицинские аборт, воспалительные заболевания женских половых органов. Другим значимым фактором риска считают избыточную массу тела в сочетании со стрессами и сниженной физической активностью.

Наиболее часто (в 80% случаев) встречаются множественные миомы матки с различным числом узлов неодинаковой величины и формы. В 95% миома развивается в теле матки, в 5% – в шейке.

Среди основных симптомов миомы следует выделять сильные кровотечения матки; сильные боли, которые могут быть связаны с менструацией; снижение способности забеременеть; учащенное

мочеиспускание. Важно отметить возможность бессимптомного протекания миомы, когда женщина не обращается к врачу. Это может привести к расширению узла и к необходимости оперативного вмешательства. Помимо патологических изменений матки, особенно при длительном течении миомы, достигающей значительных размеров, у женщин, больных миомой матки возможны нарушение постоянства внутренней среды организма с поражениями основных органов и систем органов [8].

Киста яичника – это образование в виде пузыря, возникающее в структуре яичника и увеличивающее его объем в несколько раз. Причины возникновения кист яичников окончательно не установлены. В механизме развития могут играть роль нарушения гонадотропных гормонов и апоптоза. Большинство опухолей яичников являются доброкачественными.

По данным различных авторов, они составляют от 66,8 до 90,3% всех овариальных новообразований. Приблизительно 10% женщин позднего репродуктивного возраста подвергаются оперативным вмешательствам на половых органах, значительную часть которых проводят из-за новообразований яичников [10].

Кисты яичников часто протекают бессимптомно, а обнаруживаются при профилактических осмотрах случайно, при обследовании по какому-либо другому поводу. В качестве отличительных симптомов данной патологии стоит выделять следующие характерные особенности:

- болезненные ощущения чаще всего отмечаются внизу живота, боль преимущественно ноющая или тянущая, болевой синдром может усиливаться во время половых актов;
- характерны нарушения менструального цикла, которые проявляются в виде задержки менструации или маточном кровотечении.
- Характерное увеличение живота, которое может наблюдаться при больших опухолях яичников.

## **1.2. Обзор исследований особенностей внутренней картины болезни женщин, страдающих доброкачественными образованиями органов малого таза**

В настоящее время накоплен определенный материал, доступный для теоретического анализа и позволяющий изучить специфику ВКБ у женщин, имеющих доброкачественные образования малого таза. В данном разделе приведены результаты эмпирических исследований, заслуживающие наибольшего внимания.

Работа, определенно заслуживающая отдельного внимания – изучение особенностей типов отношения к болезни у женщин, страдающих онкологическими заболеваниями, результаты которого были опубликованы в журнале «Экология человека» в 2006 году. Авторам работы удалось детально описать типы реагирования на болезнь, свойственные женщинам, относящимся к исследуемой группе. Испытуемым исследованной группы в целом более свойственны такие типы реагирования на болезнь, как эргопатический и сенситивный, но также встречаются анозогностический и тревожный типы отношения к болезни. Удалось установить, что выраженность гармонического типа отношения к болезни в данной группе минимальна. Иными словами, для женщин со злокачественными образованиями репродуктивной системы характерно желание при любых условиях и прогнозах сохранить профессиональный статус, представляющее эргопатический тип отношения к диагнозу; постоянное отрицание мыслей о своем заболевании и его возможных последствиях, представляющее анозогностический тип; беспокойство и мнительность, а также склонность к ритуалам, свойственная тревожному типу, страх общения с близкими людьми на тему своего заболевания. В целом, по данным проведенного эмпирического исследования можно судить о диффузном характере реагирования на наличие онкологической патологии у испытуемых. Социальная адаптация и степень заинтересованности в психологической поддержке у исследуемых испытуемых напрямую зависят от их типов

отношения к болезни. Не было выявлено существенных изменений в социальной активности и статусе испытуемых, которым свойственен эргопатический тип реагирования. В то же время женщины, демонстрирующие тревожный и сенситивный типы реакции на болезнь, в наибольшей степени нуждались в психологической и психотерапевтической помощи [54].

Большой интерес представляет исследование, опубликованное в 2007 году учеными из Москвы – М.А. Самушия и Е.А. Муставиной. Авторы предприняли попытку к изучению нозогений у женщин со злокачественными образованиями органов репродуктивной системы. Во всех изученных случаях манифестация нозогений происходила непосредственно вслед за тем, как испытуемые были оповещены о наличии у них онкологического заболевания. Все реакции носили в себе тревогу, страх смерти и фобии различных изменений организма, однако авторам удалось классифицировать нозогении на три большие группы. Первая категория (73%) – тревожно-депрессивные реакции – проявлялась генерализованной тревогой на фоне стойко сниженного настроения. Поводами для страха и тревоги у испытуемых этой группы являлись угроза смерти, ожидание неблагоприятного исхода заболевания, обострения хронических заболеваний, негативных изменений внешности, а также ухудшение социального статуса. Наблюдалась лабильность аффекта, ощущение паники и растерянности, требовательность к улучшению лечения, нарушения сна, дисфория, признаки тоскливого аффекта. В подгруппе испытуемых, чья реакция проявилась в виде тревожно-маниакальных реакций, проявилась смесь патологически повышенного аффекта и соответствующих ситуации тревожных реакций. Наблюдалась стойкая гиперреактивность при адекватной ситуации направленности (поиск способов лечения), тревога проявилась ипохондрическими опасениями ухудшения состояния, подробная регистрация своего состояния. Авторами было сделано предположение о наличии шизоидных особенностей личности в преморбиде пациенток данной категории нозогений. Наконец, подгруппа испытуемых, чьи реакции на болезнь были определены авторами как тревожно-диссоциативные нозогении,



продемонстрировала умеренную тревогу с конверсионной симптоматикой. Данные проявления представляли собой проекции функциональных расстройств (боли в сердце, синдром гипервентиляции легких, повышение чувствительности анализаторов), смещении фокуса тревоги на социальные последствия онкологии (нарушение собственной половой идентификации), отрицание наличия беспокойства относительно непосредственно состояния соматического здоровья [37].

Эмпирические исследования, посвященные женщинам с мастопатией, позволили утверждать о высокой частоте встречаемости определенных типов личности среди испытуемых данной группы. В частности, у 56% женщин был выявлен истероидный тип личности, шизоидный тип был диагностирован в 33% случаев, примерно четверть испытуемых продемонстрировали ипохондрический тип личности, психастенический тип удалось выявить в 14% случаев. Кроме того, была проведена диагностика типов отношения больных к окружающим по параметрам «реальное Я», «идеальное Я» и оценка «со стороны». Анализ анкет показал, что по первому направлению у 40% пациенток межличностное поведение является адаптивным по всем предложенным пунктам. У остальных испытуемых экстремальное поведение до патологии выявлялось по одному пункту из пяти у 20% пациентов, по двум – у 13,3%, по трем – у 20% и лишь в 6,7% – по всем пяти. По второму и третьему направлениям не удалось выявить совпадения оценок в 1/5 случаев, но в целом установлено адаптивное поведение, свойственное испытуемым. Было выявлено преимущественно адаптивное поведение, что обеспечивает высокий социальный статус в обществе и осознание отношения окружающих [13].

Данные исследований психологических особенностей женщин, страдающих онкологическими заболеваниями органов репродуктивной системы, позволяют утверждать, что пациентки с данным диагнозом демонстрируют характерные признаки реакции на болезнь, которые являются относительно стабильными для больных данной группы. В частности, анализ жалоб и субъективных переживаний женщин, имеющих ту или иную степень

злокачественной онкологической патологии репродуктивных органов, позволяет утверждать в основном о тревожно-депрессивных и астенических проявлениях аффективных расстройств. Кроме того, уровень алекситимии в группах со злокачественными и доброкачественными образованиями соответствует среднему уровню, однако в группе с доброкачественным характером течения болезни частота встречаемости алекситимии гораздо выше. Этот феномен, как выяснилось, нашел отражение в анозогнозическом типе, что свидетельствует о меньшей концентрации больными на том процессе, который имеет более благоприятный прогноз. Нередко у женщин со онкологическими образованиями репродуктивных органов наблюдается преобладание смешанного типа отношения к болезни, в котором выделяются тревожный и сенситивный компоненты, сочетающиеся с эргопатическим, который можно рассматривать в данной ситуации скорее как механизм психологической защиты. Примечательно, что анозогнозический тип реагирования наблюдается преимущественно у больных с I стадией онкологического заболевания, когда больными в полной мере не осознается витальная угроза. У больных с III стадией во внутренней картине болезни преобладают неврастенические и апатические проявления.

Известно, что структура качества жизни женщин со злокачественными новообразованиями репродуктивных органов в целом характеризуется значительным снижением способности выполнять повседневную деятельность. Эта особенность тесно связана как с физическим, так и с эмоциональным состоянием женщин. В группе больных, которые перенесли хирургическое вмешательство, наиболее низкие показатели соответствуют общей оценке здоровья и социальному функционированию в связи с физическим состоянием. Больные, перенесшие операцию, демонстрируют наиболее благополучное психическое состояние и уровень социальной активности, что связано с ожиданиями выздоровления после хирургического вмешательства [21].

В 2011 году в журнале «Сибирский вестник психиатрии и наркологии» было опубликовано исследование, посвященное изучению стилей

психологических защит у женщин, страдающих миомой матки. В качестве методик использовались шкала социальной адаптации и опросник «Индекс жизненного стиля». Анализ источников стресса у испытуемых, а также анализ стрессогенности жизненных событий показали в среднем пороговую степень сопротивляемости к стрессу.

Самыми частыми источниками стресса у пациентов явились проблемы на работе или учебе – 50% случаев, трудности сексуальной сферы продемонстрировали 20% испытуемых, а также само наличие миомы матки – 67% опрошенных. В сравнении с контрольной группой у пациенток с миомой матки наблюдается усиление всех психологических защит, кроме регрессии и замещения, которые, наоборот, проявились меньшим напряжением в экспериментальной группе исследования. Наибольшей выраженностью в сравнении с контрольной группой у пациенток с миомой преобладают такие механизмы психологической защиты, как реактивное образование и интеллектуализация [31].

Психологическое состояние женщин со злокачественными образованиями репродуктивной системы исследовалось с разных сторон. Например, авторам одного психологического исследования удалось выяснить, что женщины, страдающие онкологией репродуктивной системы, нередко подвержены появлению пограничных психических расстройств (67%), что наиболее вероятно при наличии тревожности, эмотивной и циклотимной акцентуации в преморбиде. Кроме того, выяснилось, что отрицание и регрессия являются самыми распространенными механизмами психологической защиты у женщин данной группы [27].

Очередное исследование, заслуживающее пристального научного внимания, было проведено группой ученых из Томска. Целью исследования являлось сравнение параметров качества жизни у пациенток с онкопатологией репродуктивной системы и пациентов с миомой матки.

В результате исследования было выявлено, что субъективные оценки некоторых параметров качества жизни, в частности душевный покой, дети,

жилье, питание, секс, у изученных групп совпадают. В основном эти характеристики касаются физического здоровья. В то же время у пациенток с онкологической патологией резко снижена самооценка по категориям здоровье, материальное положение. Удалось обнаружить рост субъективной значимости таких психосоциальных параметров, как общение, семья и дети. Для пациенток с миомой матки характерна низкая субъективная удовлетворенность работой, а также положением в обществе. Дети, общение, быт и финансовое положение являются основой их психоэмоционального благополучия. Таким образом, предварительные данные показывают, что онкологическое заболевание способно изменить психоэмоциональное состояние женщины. Если болезненный процесс носит доброкачественный характер (миома матки), то страдает, прежде всего, социальная сфера личности – работа, положение в обществе, в то время как при злокачественном процессе на первый план выходят физические составляющие качества жизни – здоровье, материальное положение [1].

В 2011 году было проведено исследование, целью которого явилось изучение психоэмоционального состояния и качества жизни женщин с сочетанными воспалительными заболеваниями придатков матки и мочевого пузыря. Всестороннее обследование пациентов предполагало изучение личности с помощью классических диагностических методик, в число которых входили теста Айзенка, теста Смишека, определение уровней реактивной и личностной тревожности (тест Спилберга-Ханина) и методика оценки степени выраженности депрессивных расстройств. Интенсивность болевых ощущений оценивали по шкалам, включающим оценку нарушения основных категорий качества жизни: физической активности, эмоционального статуса, сна, трудоспособности, семейной и социальной составляющих. По результатам обследования удалось установить, что 97,8% женщин предъявляли жалобы на эмоциональные расстройства, такие как подавленность, пониженное настроение, лабильность аффекта, раздражительность и т.д.

Показатели по шкале нейротизма оказались завышены у 76,9% женщин. Умеренные и высокие баллы по шкале реактивной тревожности отмечены у 91,2% наблюдаемых, а высокая личностная тревожность – у 31,8%. Легкие депрессивные расстройства и близкие к ним состояния выявлены у 51,6% пациенток, умеренные – у 20,8% женщин. Уровень выраженности депрессивных тенденций у 4,4% пациенток выходил за границы легких и умеренных.

Удалось установить особенность пациенток, которой явилось сочетание специфических акцентуаций или черт характера, оказывающих влияние на отношение к болезни и определяющих ее течение и стратегию поведения. Превалировали акцентуации, для которых свойственны смена настроения, мнительность, ригидность эмоциональной сферы, вспыльчивость. Высокий уровень эмотивности отмечен у 89% женщин, застревание оказалось характерно для 57% испытуемых, педантичность наблюдалась у 53,6% больных, циклотимность и возбудимость отмечены в 42,9% случаев, а дистимия – 46,1%. С помощью статистического анализа полученных данных удалось выявить зависимость некоторых черт характера от уровня тревожности. А именно, в подобной зависимости оказались такие черты личности, как педантичность, демонстративность и возбудимость. Экстраверсия оказалась наиболее связанной с истероидными чертами личности. О влиянии психоэмоционального состояния на течение заболевания и качество жизни женщины свидетельствует тот факт, что усиления симптомов происходит под влиянием эмоционального напряжения, что было выявлено у 62,3% пациенток. Обнаружено умеренное снижение активности в бытовой сфере, незначительное и умеренное ухудшение межличностных отношений были связаны не только с самими симптомами заболевания, но и обусловлены эмоциональными факторами. Перечисленные особенности имели место у 90,1% наблюдаемых испытуемых [28].

## Выводы по Главе 1

Теоретический анализ публикаций, представленный в первой главе, позволяет утверждать о несомненной актуальности изучения особенностей внутренней картины болезни у женщин, страдающих доброкачественными новообразованиями органов малого таза. Заболевания репродуктивной системы у женщин являются крайне распространённым, а психологическая поддержка женщин данной категории – необходимой и эффективной.

Согласно проведенному теоретическому анализу проблемы отношения к болезни у женщин с доброкачественными новообразованиями репродуктивной системы, можно сформулировать следующие выводы:

1. Ситуация наличия соматического заболевания является критической ситуацией для больного.
2. Доброкачественные новообразования репродуктивной системы, развиваясь у женщин фертильного возраста, способны приводить к нарушению репродуктивной функции.
3. Для женщин, страдающих заболеваниями репродуктивной системы свойственны различные особенности внутренней картины болезни. В частности, встречаются как адаптивные, так и дезадаптивные типы отношения к болезни.
4. Многие женщины, имеющие заболевания репродуктивной системы, демонстрируют различные изменения аффективной сферы, наиболее часто встречающийся из которых – депрессия.
5. Разные типы представлений о себе с разной частотой приводят к возникновению психических расстройств у пациентов, страдающих соматической патологией.
6. Особенности внутренней картины болезни у женщин, страдающих заболеваниями репродуктивной системы, нуждаются во всестороннем изучении.

## Глава 2. Методы и организация исследования

### 2.1. Описание выборки исследования

Для изучения особенностей внутренней картины болезни было обследовано 62 женщины с доброкачественными образованиями органов малого таза с установленными диагнозами киста яичника (40,4%) или миома матки (59,6%).

**Табл. 1.** Социально-демографическая характеристика участников.

<b>Признак</b>	<b>Распределение испытуемых</b>
<b>Диагнозы</b>	Лейомиома матки (D25) – 37%; Новообразования неопределенного или неизвестного характера: матки (D39.0) – 22,6%, яичника (D39.1) – 14,6%; Киста желтого тела (N83.1) – 4,8%; Другие и неуточненные кисты яичника (N83.2) – 21%
<b>Возраст</b>	От 19 до 35 лет
<b>Семейное положение</b>	Не состоят в браке – 33 человека, состоят в браке – 29 человек
<b>Образование</b>	Неоконченное высшее – 9 человек, высшее – 53 человека
<b>Демографический фактор</b>	Имеют детей – 31 человек, планируют иметь детей в будущем – 20 человек, не планируют иметь детей – 11 человек

**Табл. 2.** Характеристика испытуемых (продолжение).

<b>Признак</b>	<b>Распределение испытуемых</b>
<b>Хирургическое вмешательство</b>	В прошлом имели хирургическое вмешательство – 12 человек, готовятся к первой операции – 50 человек
<b>Узнали о наличии заболевания</b>	В этом месяце – 13 человек, в течение прошлого года – 21, в течение 5 лет – 16, более 5 лет назад – 12

В состав выборки данного исследования вошли женщины репродуктивного возраста в диапазоне от 18 до 35 лет. Такое ограничение связано с тем, что особый интерес в рамках данного исследования представляли женщины, которые способны к активному планированию детей, если на данный момент еще не имеют их.

Состав выборки по признаку семейного положения оказался примерно равным по группам замужних и незамужних женщин – 33 и 29 человек соответственно. 9 человек имеет неоконченное высшее образование, остальные 53 – высшее образование.

Также состав выборки различается по социально-демографическому критерию, наличия предыдущих хирургических операций, частоты болевых ощущений, а также в том, как давно женщины узнали о наличии новообразования.

## **2.2. Методы исследования**

Одним из ключевых этапов планирования проекта является оценка основных характеристик выбранной для вмешательства сферы. Для планирования профилактической программы необходимо понимать, насколько распространено нежелательное социальное явление, среди каких категорий



населения оно распространено и каковы его особенности. Предварительная оценка ситуации позволяет более четко сформулировать объект и задачи вмешательства, его предпочтительные методы, а, следовательно, непосредственно влияет на эффективность запланированных профилактических воздействий [51].

Исходя из понимания высокой значимости предварительной оценки информации об испытуемых, была разработана анкета, предназначенная для сбора анамнестической информации об основных характеристиках и особенностях пациентов, страдающих доброкачественным новообразованием органов малого таза. Анкета представляла собой структурированную методику и включала в себя следующие значимые пункты:

- способ и срок давности обнаружения своего заболевания;
- наличие или отсутствие детей (планирование детей);
- частота возникновения болевых ощущений;
- характер назначенного лечения;
- наличие или отсутствие хирургического вмешательства в прошлом;
- характер отношений с лечащим врачом;
- уверенность в назначенном лечении;
- уверенность в правильности диагноза, больнице в целом и т.д.

В качестве основных инструментов для исследования изучаемых параметров были выбраны следующие методы:

- Методика психологической диагностики типов отношения к болезни – ТОБОЛ (Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1987);
- Тест Межличностных Отношений Лири (Leary's Interpersonal Behavior Circle, Interpersonal Circumplex, T. Leary, 1954);
- Шкала Депрессии Бека (Beck Depression Inventory, 1961).

Опросник, предназначенный для диагностики превалирующего типа отношения к болезни, носит название ТОБОЛ. Методика ТОБОЛ была разработана в лаборатории клинической психологии института им. В.М.

Бехтерева как модель мышления клинического психолога и психоневролога, призванная восполнить недостаток опыта у врачей в диагностике психического состояния и личностной диагностики больного при отсутствии клинических психологов и психоневрологов во многих клиниках соматического профиля. Технология разработки опросника и его практического использования были опубликованы в методических рекомендациях в 1987 году.

Тестовая методика ТОБОЛ, как указывалось ранее, предназначена для психологической диагностики типов отношения к болезни. В основе методики лежит типология отношений к болезни, которая была предложена А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым в 1980 году. Методика состоит из 12 групп по 12 утверждений в каждой и позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный. 12 типов отношения к болезни объединены в три блока. При объединении типов в блоки были выбраны два критерия: «адаптивность/дезадаптивность», отражающая влияние отношения к болезни на адаптацию личности больного, и «интер-интрапсихическая направленность» дезадаптации (в случае дезадаптивного характера отношения).

Методика ТОБОЛ, сконструированная в виде опросника, диагностирует тип отношения к болезни на основании информации, которую предоставляет сам больной. Информация касается отношения к ряду жизненных проблем и ситуаций, которые являются наиболее значимыми для больного и непосредственно или опосредованно связаны с его соматическим заболеванием. Эти отношения изучались как 12 подсистем в общей системе отношений личности к болезни. Именно эти группы отношения и стали основой организации содержания методики в контексте 12 тем: отношение к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе, одиночеству, а также оценка самочувствия, настроения, сна и аппетита [5, 6, 7].

Тест Лири был разработан американским психологом Тимоти Лири в 1954 году. Данная методика предназначена для исследования представлений

личности о себе и своем Я-идеальном, а также для изучения межличностных отношений людей в малых социальных группах. С ее помощью возможно определить преобладающий тип отношений к людям в самооценке и взаимооценке.

Для представления основных социальных ориентаций Т. Лири разработал схему в виде круга, разделенного на секторы. В этом круге по горизонтальной и вертикальной осям обозначены четыре социальные ориентации: доминирование-подчинение, дружелюбие-враждебность. В свою очередь, эти секторы разделены на восемь – соответственно более частным отношениям. Для еще более тонкого описания круг делят на 16 секторов, но чаще используются октанты, ориентированные относительно двух главных категорий.

Схема Т. Лири основана на предположении, что чем ближе оказываются результаты испытуемого к центру окружности, тем сильнее взаимосвязь этих двух социальных ориентаций. Сумма баллов каждой ориентации переводится в индекс, где доминируют вертикальная (доминирование-подчинение) и горизонтальная (дружелюбие-враждебность) оси. Расстояние полученных показателей от центра окружности указывает на адаптивность или экстремальность интерперсонального поведения [43].

Методика представляет собой опросник, который содержит 128 утверждений. В каждом из 8 типов отношений образуются 16 пунктов, упорядоченных по интенсивности. Методика построена так, что суждения, которые относятся к тому или иному типу представления о себе, расположены не подряд, а особым группируются по 4 и повторяются через равное количество утверждений. При обработке подсчитывается количество баллов для каждого типа. Далее представлена краткая характеристика типов отношения к себе, соответствующих шкалам теста Лири.

Авторитарный тип представлений характеризуется оптимистичностью, быстрой реакцией, активностью, выраженной мотивацией достижения, тенденцией к доминированию, высоким уровнем притязаний, легкостью и

быстротой в принятии решений, направленностью на окружающих. Поступки и высказывания таких людей могут опережать их осмысление. Свойственен ситуативный тип реагирования, выраженная тенденция к спонтанной реализации творческого потенциала, активное воздействие на свое [ ]окружение, завоевательная позиция, стремление вести за собой и подчинять своей воле других. Самооценка таких людей, как правило, высокая.

Эгоцентрический тип включает в себя самовлюбленность, дистантность, завышенный уровень притязаний, выраженное чувство соперничества, проявляющееся в стремлении занять обособленную позицию в группе, стиль мышления творческий, мнение окружающих воспринимается критически, собственное мнение возводится в ранг догмы или достаточно категорически отстаивается, эмоциям недостает тепла, высокая поисковая активность сочетается с рассудочностью, низкая подчиняемость, завышенная самооценка.

Агрессивный тип представлений о себе (преобладание показателей III октанта) обнаружил выраженную близость к таким личностным характеристикам, как ригидность установок, сочетающаяся с высокой спонтанностью, упорство в достижении целей, практицизм при недостаточной опоре на накопленный опыт в состоянии эмоциональной захваченности, повышенное чувство справедливости, сочетающееся с убежденностью в собственной правоте, легко загорающее чувство враждебности при противодействии и критике в свой адрес, непосредственность и прямолинейность в высказываниях и поступках, повышенная обидчивость, легко угасающая в ситуации комфортной, не ущемляющей престиж личности испытуемого. Самооценка людей, чей способ межличностного общения соответствует данному типу, как правило, завышена.

Подозрительный тип представлений о себе проявляется такими личностными характеристиками, как обособленность, замкнутость, ригидность установок, критический настрой к любым мнениям, кроме собственного, неудовлетворенность своей позицией в группе, подозрительность, сверхчувствительность к критическим замечаниям, отсутствие конформности

мыслей и действий, склонность к построению ригидных и сверхценных идей, связанных с кажущейся недоброжелательностью окружающих лиц, враждебность в высказываниях и поведении. Свойственна завышенная самооценка.

Подчиняемый тип представлений о себе является преобладающим у личностей, склонных к застенчивости, пассивных, щепетильных в вопросах морали, подчиняемых, неуверенных в себе, с повышенной склонностью к рефлексии, с преобладанием мотивации избегания неудач и низкой мотивацией достижения, заниженной самооценкой, тревожных, с повышенным чувством ответственности, неудовлетворенных собой, склонных к тому, чтобы винить себя при неудачах, со сниженным настроением, негативно оценивающих перспективы. Людям этого типа свойственна заниженная самооценка.

Лица зависимого типа обнаруживают высокую тревожность, повышенную чувствительность к воздействиям, тенденцию к зависимости мотивационной сферы от складывающихся со значимыми другими отношений, собственного мнения – от мнения окружающих. Потребность в привязанности и теплых отношениях у них является ведущей. Неуверенность в себе тесно связана с неустойчивой, обычно заниженной самооценкой. Мнительность, чувствительность к невниманию и грубости окружающих, повышенная самокритичность, опасения неуспеха как основа мотивационной направленности формируют канву конформного поведения.

Дружелюбный тип представлений о себе обладает такими характеристиками, как эмоциональная неустойчивость, высокий уровень тревожности при низком уровне агрессии, повышенная чувствительность к средовым воздействиям, зависимость самооценки от мнения значимых других, стремление к причастности и сотрудничеству с группой. Свойственна тенденция к поиску общности с другими, восприимчивость к эмоциональному настрою группы, широкий круг интересов при некоторой поверхности увлечений. Свойственна лабильная самооценка.

Альтруистический тип сочетается с такими особенностями, как выраженное стремление соответствовать социальным нормам поведения, склонность к идеализации межличностных отношений, упорство в проявлении значимых убеждений. Люди этого типа легко вживаются в разные социальные роли, коммуникабельны, доброжелательны, им свойственно стремление к деятельности, которая полезна для всех людей, проявление благотворительности. Им свойственна лабильная самооценка.

Т. Лири предлагал использовать методику для оценки наблюдаемого поведения людей, т.е. поведения в оценке окружающих, для самооценки, для описания идеального «Я». В соответствии с этими уровнями диагностики меняется инструкция для ответа. Разные направления диагностики позволяют определить тип личности, а также сопоставлять данные по отдельным аспектам. В рамках данного исследования тест Лири использован в качестве метода определения типа представления личности о себе.

Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory) была разработана А.Т. Беком и его коллегами в 1961 году на основе клинических наблюдений авторов, позволивших выявить ограниченный набор наиболее значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых среди больных жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиническими описаниями депрессии, был разработан опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4 или 5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям и симптомам депрессии. Утверждения опросника ранжированы по мере увеличения депрессивных симптомов в общую степень тяжести депрессии. Интерпретация результатов и диагностика уровня депрессии производится в соответствии с набранными испытуемыми баллами по следующей шкале: 0-9 баллов – отсутствие депрессивных симптомов; 10-15 – легкая депрессия (субдепрессия); 16-19 – умеренная депрессия; 20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести); 30-63 – тяжелая депрессия.

Изначально опросник заполнялся при участии эксперта-психолога, который зачитывал вслух каждый пункт из категории, после чего просил

испытуемого выбрать утверждение, которое наиболее соответствует его психологическому состоянию на данный момент. На основании ответа испытуемого отмечался пункт на бланке ответов. В дополнение к результатам тестирования психолог-эксперт учитывал данные анамнеза, показатели интеллектуального развития испытуемого и прочие интересующие параметры. В настоящее время считается, что процедура тестирования может быть значительно упрощена: опросник выдаётся лично на руки испытуемому и заполняется им полностью самостоятельно. Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 баллов в соответствии с нарастанием тяжести депрессивного симптома. Суммарный балл Шкалы депрессии составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением эмоционального состояния [56].

### **2.3. Процедура исследования**

Исследование особенностей ВКБ у женщин, имеющих доброкачественные образования органов малого таза, производилось на базе нескольких источников. Основной базой для сбора данных испытуемых явился Перинатальный Центр – Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр планирования семьи и репродукции». Методики раздавались лично в руки на срок от одного часа до одних суток.

Вопросы, предназначенные для сбора данных анамнеза, и методики были интегрированы в анкету, которая была сопровождена следующей инструкцией: «Здравствуйте! Мы проводим исследование, посвященное изучению внутренней картины болезни у женщин репродуктивного возраста с миомой матки и кистой яичника. Поэтому мы просим Вас уделить некоторое время на заполнение данной анкеты. Всего в анкете 5 частей. Отметим, что эти данные будут использоваться только в аналитической работе, исследование проводится анонимно. Спасибо!».

Исследование особенностей внутренней картины болезни женщин, имеющих доброкачественные новообразования органов малого таза, проводилось с февраля по май 2016 года. Обследование проводилось в дневное время, материал тестовых опросников предлагался в печатном виде. Заполнение бланков осуществлялось испытуемыми самостоятельно.

#### **2.4. Математико-статистические методы обработки данных**

В качестве методов статистической обработки эмпирических данных, полученных в результате исследования, выступают критерий корреляции  $r$ -Пирсона и многомерный дисперсионный анализ (MANOVA).

Многомерный дисперсионный анализ (MANOVA) используется в том случае, если целью исследования является изучение влияния независимой переменной, имеющей более двух градаций, на зависимую переменную, которая является многомерной. Иными словами, зависимая переменная представляет собой множество измерений изучаемого свойства. Данный метод послужил инструментом для проверки гипотез о зависимости типов отношения к болезни (метрическая переменная), типов представления о себе и окружающим (метрическая переменная) и уровне депрессивных тенденций (метрическая переменная) от параметра планирования детей (номинальная переменная) и от срока давности обнаружения у себя доброкачественных новообразований органов малого таза в предоперационный период (номинальная шкала).

Корреляционный анализ представляет собой метод статистической проверки гипотез о связи между двумя изучаемыми переменными. Коэффициент корреляции  $r$ -Пирсона применяется для изучения взаимосвязи двух метрических переменных, которые были измерены на одной и той же выборке. С помощью этого критерия были проверены гипотезы о наличии взаимосвязи между типами отношения к болезни (метрическая переменная) и типами представления о себе (метрическая переменная).



## Глава 3. Результаты исследования и их обсуждение

### 3.1. Результаты

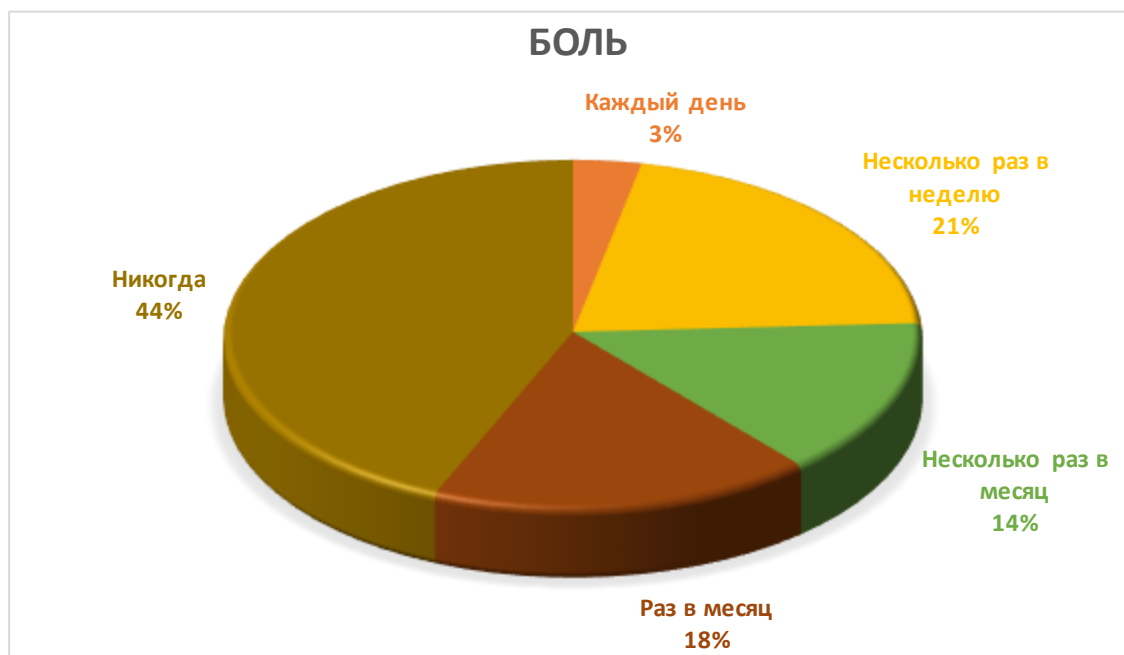
#### 3.1.1. Анализ данных, полученных на основании результатов анкетирования

Данные, полученные на основании анкеты, позволяют оценить анамнестическую информацию об основных характеристиках и особенностях пациентов изучаемой категории. Наиболее значимыми параметрами явилось планирования детей, частота болевых ощущений, а также срок давности обнаружения у себя доброкачественного новообразования органов малого таза. Ниже представлены диаграммы распределений перечисленных параметров.



Рис. 1. Диаграмма распределения планирования детей в заданной группе.

Диаграмма, представленная на Рис. 1, демонстрирует, что половина испытуемых на момент подготовки к операции имеет детей (50%). 32% женщин не имеет детей на данный момент, но планируют иметь их в будущем, и 18% женщин на момент исследования не планирует иметь детей в будущем.



**Рис. 2.** Диаграмма распределение испытуемых по признаку частоты возникновения болевых ощущений.

Диаграмма, представленная выше, наглядно демонстрирует распределение частоты возникновения болевых ощущений у женщин, имеющих доброкачественные образования органов малого таза. Около половины всех испытуемых (44%) никогда не испытывают болевых ощущений, связанных с данным заболеванием; оставшиеся 66% испытывают боль с разной частотой. В частности, 21% женщин испытывают болевые ощущения несколько раз в неделю, 18% – раз в месяц, 14% испытуемых испытывают болевые ощущения несколько раз в месяц, и только 3-м % женщин новообразование приносит ежедневную боль.



**Рис. 3.** Диаграмма распределение срока давности первичного обнаружения о заболевании.

На рисунке 3 наглядно представлены распределение временных промежутков, в течение которых испытуемые узнали о наличии у них доброкачественных образований органов малого таза. В целом можно утверждать, что большая часть из них узнали о своем заболевании сравнительно давно: 34% женщин узнали о своем заболевании в течение прошлого года, 26% - в течение 5 лет и 19% - более 5 лет назад. Иными словами, принятие решения о хирургическом лечении было принято ими по прошествии определенного времени с того момента, как они узнали о наличии опухоли. Только пятая часть испытуемых (21%) узнала о своем заболевании не более, чем за месяц до заполнения анкеты, следовательно, решились на операцию сразу после постановки диагноза.

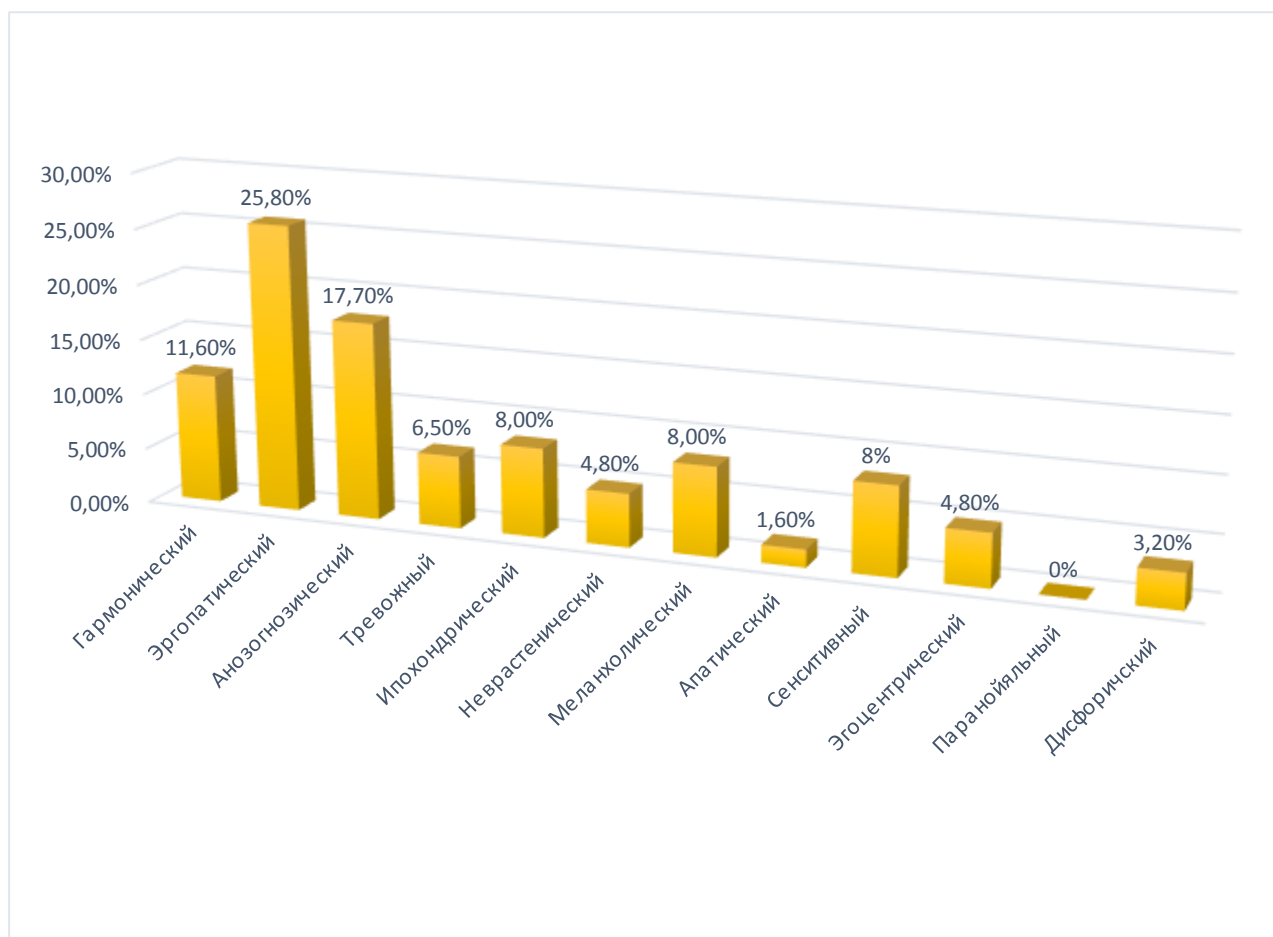
### 3.1.2. Анализ данных, полученных на основании результатов Методики определения типа отношения к болезни (ТОБОЛ)

Были выявлены типы отношения к болезни, которые являются преобладающими у женщин, имеющих доброкачественные новообразования органов малого таза. На рисунке 4 показано распределение типов по 3 блокам.



**Рис. 4.** Распределение типов отношения болезни по 3 блокам.

Как видно из рисунка 4, в большинстве своем испытуемые продемонстрировали типы отношения к болезни, относящиеся к первому блоку – гармонический, эргопатический или анозогностический. Следовательно, мы можем утверждать, что психологическая реакция на болезнь у женщин, страдающих доброкачественными новообразованиями малого таза, в 55,1% случаев не нарушает их социальную адаптацию. Ниже приведена диаграмма, отражающая подробное распределение типов отношения к болезни у испытуемых.



**Рис. 5.** Диаграмма распределения типов отношения к болезни в изучаемой группе.

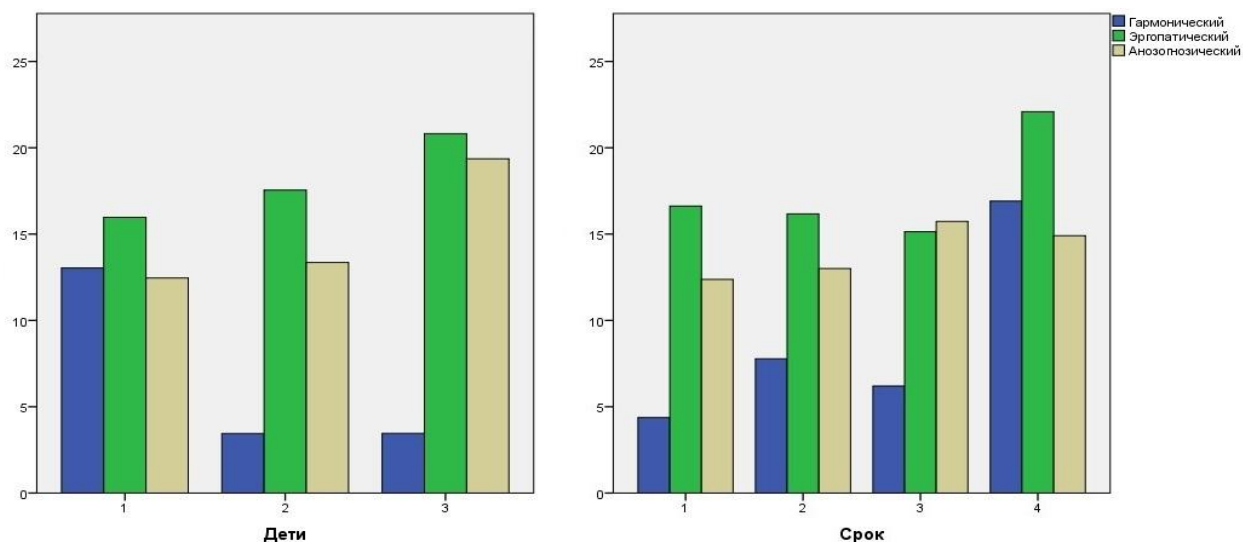
Из представленной выше диаграммы видно, что типом отношения к болезни, который в данной группе испытуемых встречается наиболее часто, является эргопатический тип. Его количественная выраженность составляет 25,8% от общего значения.

Следующий по частоте встречаемости тип отношения к болезни – анозогнозический – 17,7%. 11,6% испытуемых женщин продемонстрировали гармонический тип отношения к болезни. Ипохондрический, меланхолический и сенситивный типы отношения к болезни встречаются в выборке с одинаковой частотой – по 8% испытуемых. В 6,5% случаев был обнаружен тревожный тип отношения к болезни. Неврастенический и эгоцентрический типы были

обнаружены в 4,8% случаев. Дисфорический и апатический типы оказались слабо выражены – 3,2% и 1,6 соответственно, паранойяльный тип не выражен.

После приведенной выше подробной статистики встречаемости типов отношения к болезни у испытуемых исследованной группы типы отношения к болезни представлены в контексте взаимосвязи с параметрами планирования детей и промежутка времени, в который женщины узнали о наличии у себя доброкачественного образования органов малого таза.

С помощью многомерного дисперсионного анализа (MANOVA) удалось выявить статистически достоверные различия у женщин, входящих в разные группы по параметру планирования детей. Различия были обнаружены по гармоническому типу ( $p \leq 0,001$ ). Также были обнаружены статистически достоверные различия ( $p < 0,001$ ) выраженности типов отношения к болезни между группами женщин, которые узнали о своей болезни с разным сроком давности. Различия были обнаружены по гармоническому и ипохондрическому типам. Диаграммы распределения типов отношения к болезни по исследуемым признакам представлены ниже.

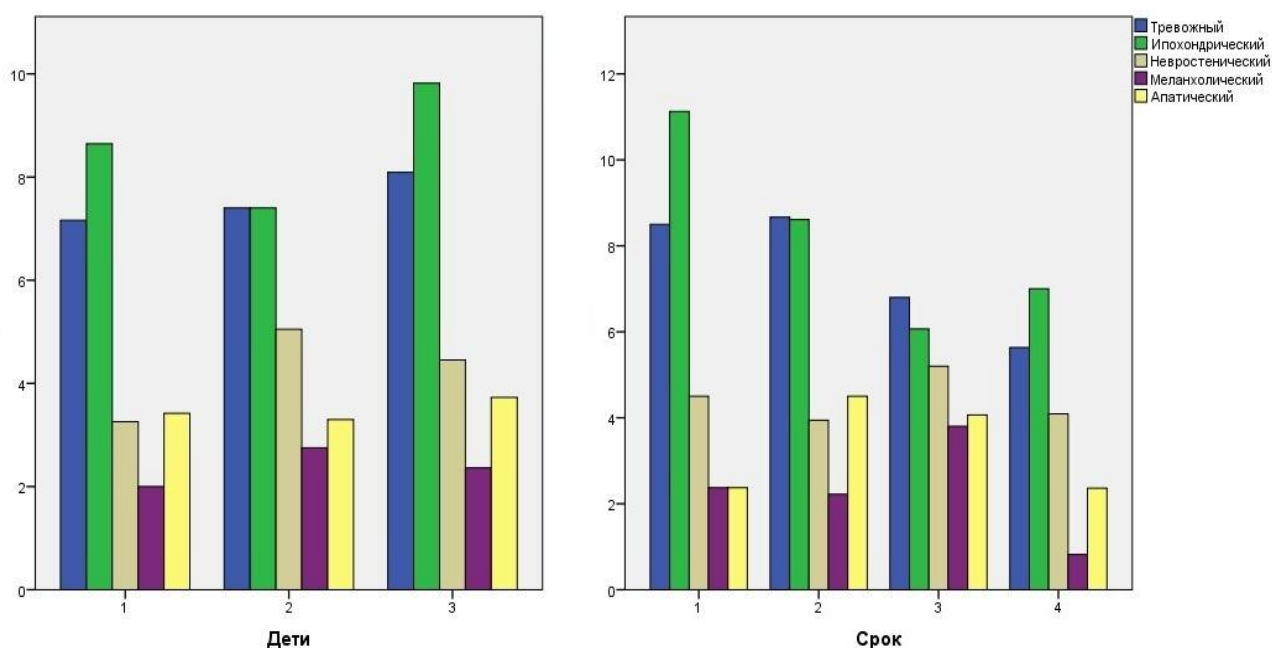


Примечание: «Дети»: 1 – имеют детей; 2 – планируют иметь детей; 3 – не планируют иметь детей; «Срок»: 1 – узнали о своей болезни в этом месяце; 2 – в течение года; 3 – в течение 5 лет; 4 – более 5 лет назад.

**Рис. 6.** Диаграмма распределения типов отношения к болезни 1 блока.

Из диаграммы распределения, приведенной на рисунке 6 (слева), видно, что эргопатический тип отношения к болезни является самым распространённым типом из первого блока для всех групп испытуемых по признаку планирования детей. Анозогнозический тип также демонстрирует примерно равную выраженность, в то время как гармонический тип значительно сильнее выражен у женщин, которые на момент проведения исследования уже имеют детей.

Промежуток времени, в который женщины узнали о своей болезни, также влияет на то, какой тип отношения к болезни является для них характерным. В частности, чем более давно испытуемые узнали о своем заболевании, тем более характерен для них гармонический тип.



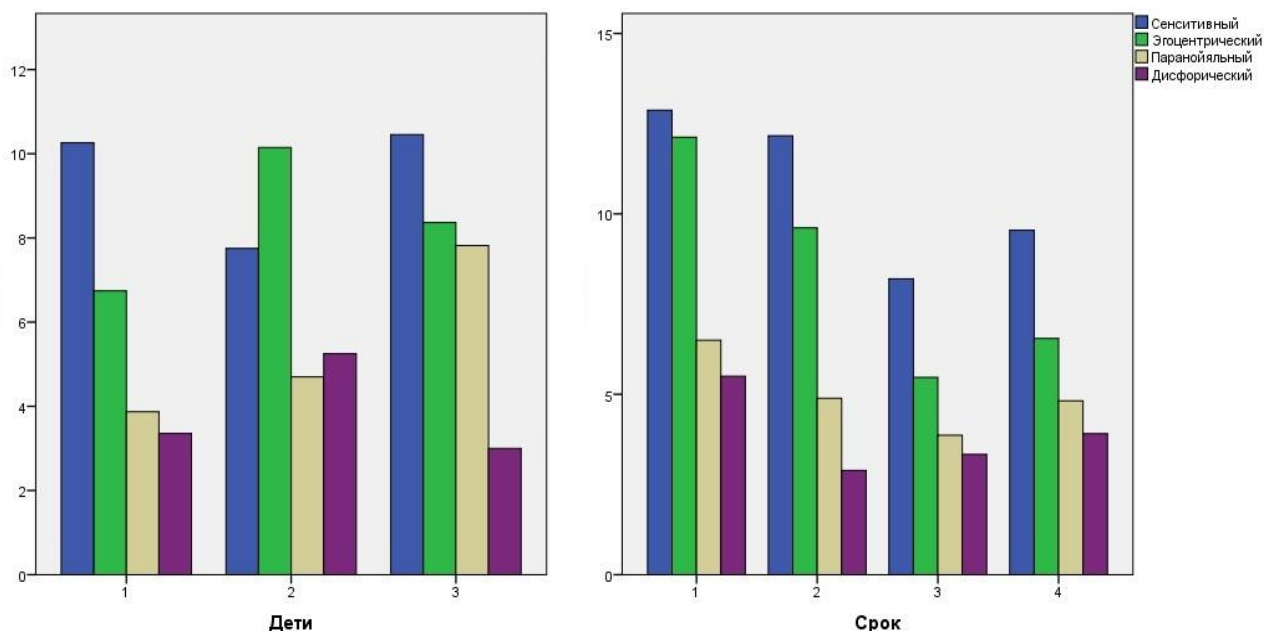
Примечание: «Дети»: 1 – имеют детей; 2 – планируют иметь детей; 3 – не планируют иметь детей; «Срок»: 1 – узнали о своей болезни в этом месяце; 2 – в течение года; 3 – в течение 5 лет; 4 – более 5 лет назад.

**Рис. 7.** Диаграммы распределения типов отношения к болезни 2 блока.

Выраженность типов отношения к болезни, входящих в состав второго блока, оказалась примерно одинаковой у всех групп параметра планирования

детей. Ипохондрический тип является наиболее часто встречающимся типом этой категории.

В целом распределение типов отношения к болезни 2 блока по признаку срока давности знания о заболевании позволяет нам говорить о снижении интрапсихических тенденций в связи с возрастанием срока давности, так как выраженность всех типов, входящих в состав этого блока, судя по графику, снижается по прошествии времени. Заметнее всего этот феномен проявляется на ипохондрическом типе, который оказался наиболее характерен для женщин, узнавших о своем заболевании в течение последнего месяца.



Примечание: «Дети»: 1 – имеют детей; 2 – планируют иметь детей; 3 – не планируют иметь детей; «Срок»: 1 – узнали о своей болезни в этом месяце; 2 – в течение года; 3 – в течение 5 лет; 4 – более 5 лет назад.

**Рис. 8.** Диаграммы распределения типов отношения к болезни 3 блока.

Достоверных различий в преобладании того или иного типа отношения к болезни 3 блока между группами испытуемых не обнаружено (рисунок 8). Диаграмма распределения по признаку срока давности обнаружения испытуемыми своего заболевания (справа) демонстрирует снижение интрапсихических тенденций с течением времени.



### 3.1.3. Анализ данных, полученных на основании результатов теста межличностных отношений Т.Лири

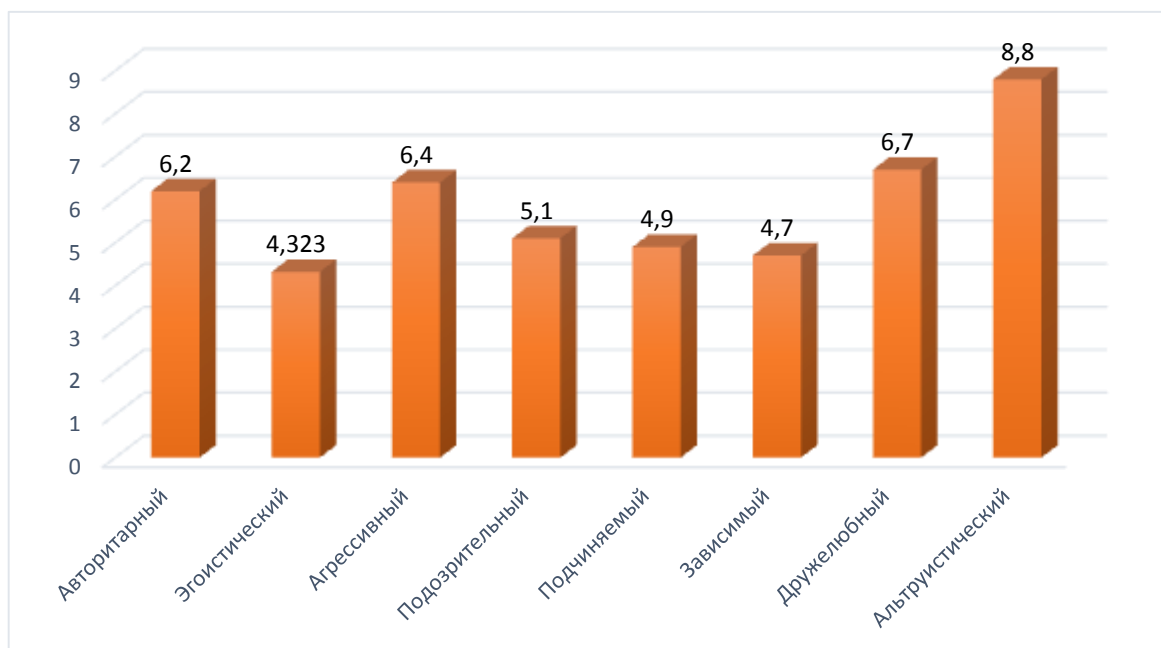
В рамках данной исследовательской работы Тест межличностных отношений Лири выступает в качестве инструмента для изучения типов представления о себе в контексте типов межличностных отношений, соответствующих шкалам данного теста.

В Таблице 3 приведены результаты сравнения средних значений шкал теста Лири ( $p \leq 0,001$ ).

**Табл. 2.** Значения шкал теста Лири.

<b>Шкала</b>	<b>Среднее значение</b>	<b>Наименьшее значение</b>	<b>Наибольшее значение</b>
<b>Авторитарный</b>	6,2	4,8	7,61
<b>Эгоистический</b>	4,323	3,35	5,3
<b>Агрессивный</b>	6,4	6,28	7,82
<b>Подозрительный</b>	5,1	4,66	5,89
<b>Подчиняемый</b>	4,9	4,30	5,73
<b>Зависимый</b>	4,7	4,95	6,66
<b>Дружелюбный</b>	6,7	7,35	8,30
<b>Альтруистический</b>	8,8	8,02	8,92

Данные, представленные в таблице 3, демонстрируют разную выраженность шкал теста Лири и, соответственно, разную частоту встречаемости типов представлений о себе, которые эти шкалы позволяют оценить. Для наглядности на рисунке 9 представлена диаграмма, иллюстрирующая выраженность шкал методики в выборке исследования.

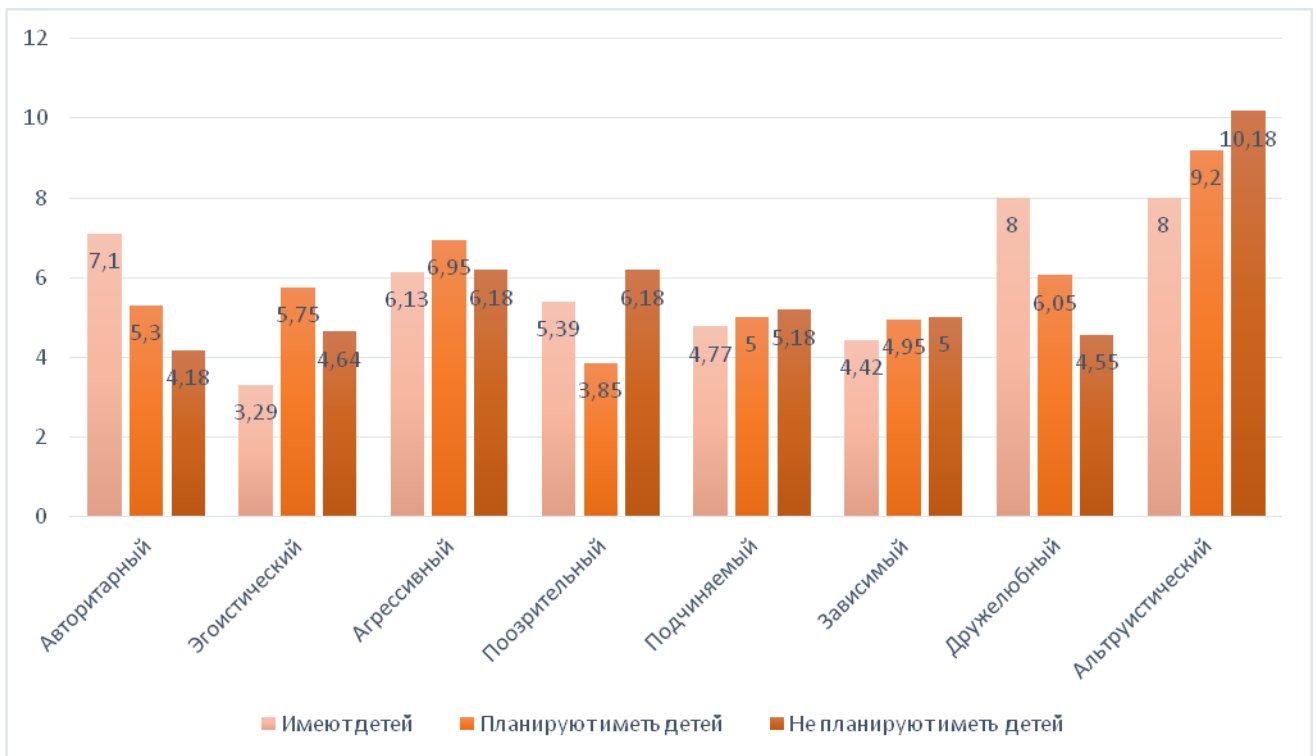


**Рис. 9.** Диаграмма средних значений шкал теста Лири (в баллах).

Результаты сравнения средних значений шкал теста Лири позволяют утверждать, что наиболее характерным типом представления о себе у женщин, страдающих доброкачественными новообразованиями малого таза, является альтруистический тип (8,8). Примерно одинаковую выраженности продемонстрировали агрессивный, авторитарный и дружелюбный типы.

После приведенной выше подробной статистики выраженности типов представления о себе у испытуемых исследованной группы типы представления о себе описаны в контексте взаимосвязи с социально-демографическим фактором и сроком давности постановки диагноза.

С помощью многомерного дисперсионного анализа (MANOVA) удалось выявить статистически достоверные различия у женщин, входящих в разные группы по социально-демографическому фактору ( $p \leq 0,001$ ). Диаграммы выраженности типов самооценки испытуемых по параметру планирования детей представлена ниже.

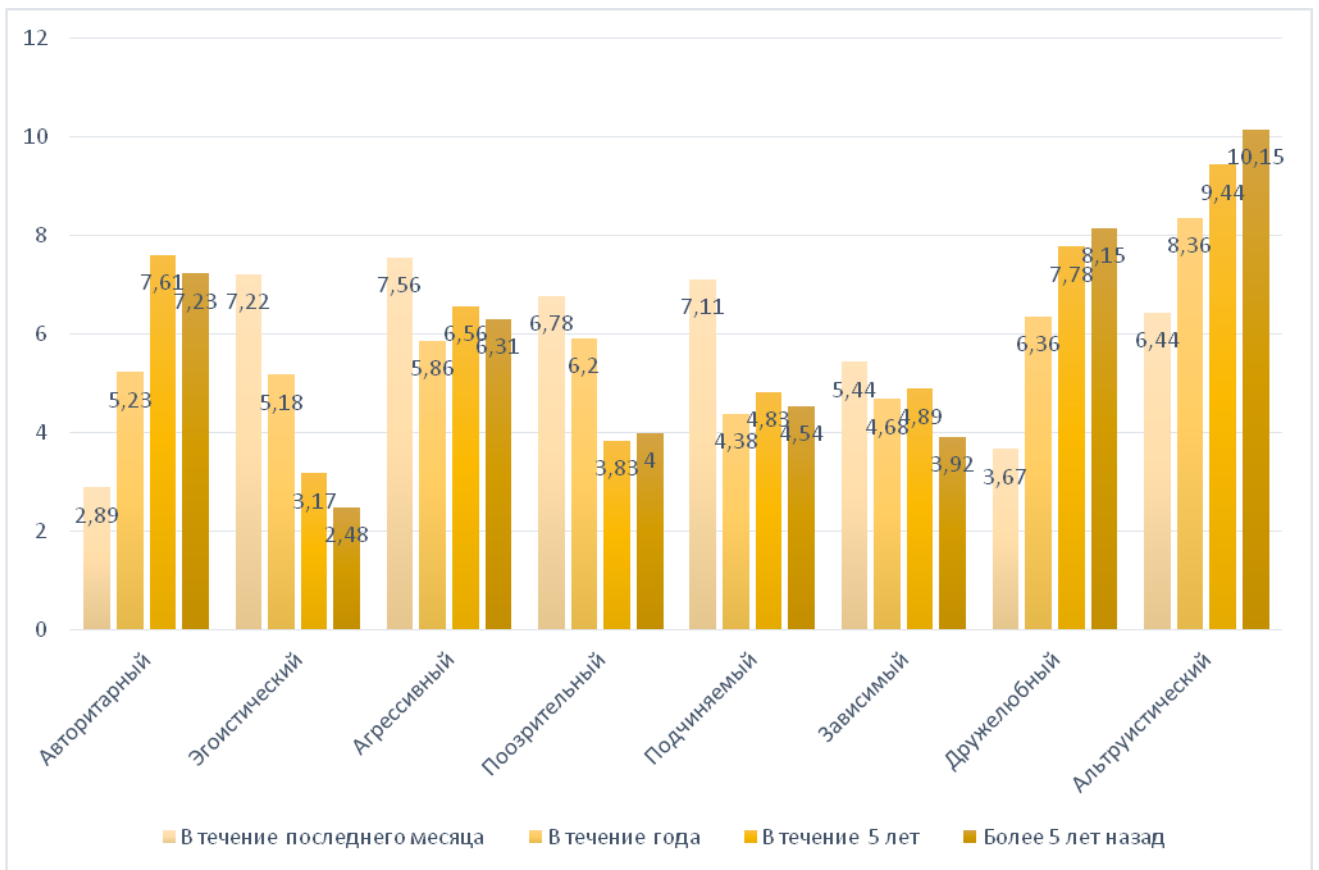


**Рис. 10.** Диаграмма распределения средних значений шкал теста Лери по социально-демографическому признаку (в баллах).

Для женщин, которые имеют детей, и тех, кто это только планирует, оказались наиболее характерны авторитарный, агрессивный и альтруистический типы.

Испытуемые, которые на момент исследования не имеют и не планируют иметь детей, продемонстрировали высокую выраженность агрессивного, альтруистического и подозрительного типов.

При помощи многомерного дисперсионного анализа удалось обнаружить статистически достоверные различия ( $p \leq 0,001$ ) выраженности типов представления о себе между группами женщин, чей срок давности обнаружения своего заболевания различается. Диаграмма представлена ниже.



**Рис. 11.** Диаграмма распределения средних значений шкал теста Лири по признаку срока давности постановки диагноза (в баллах).

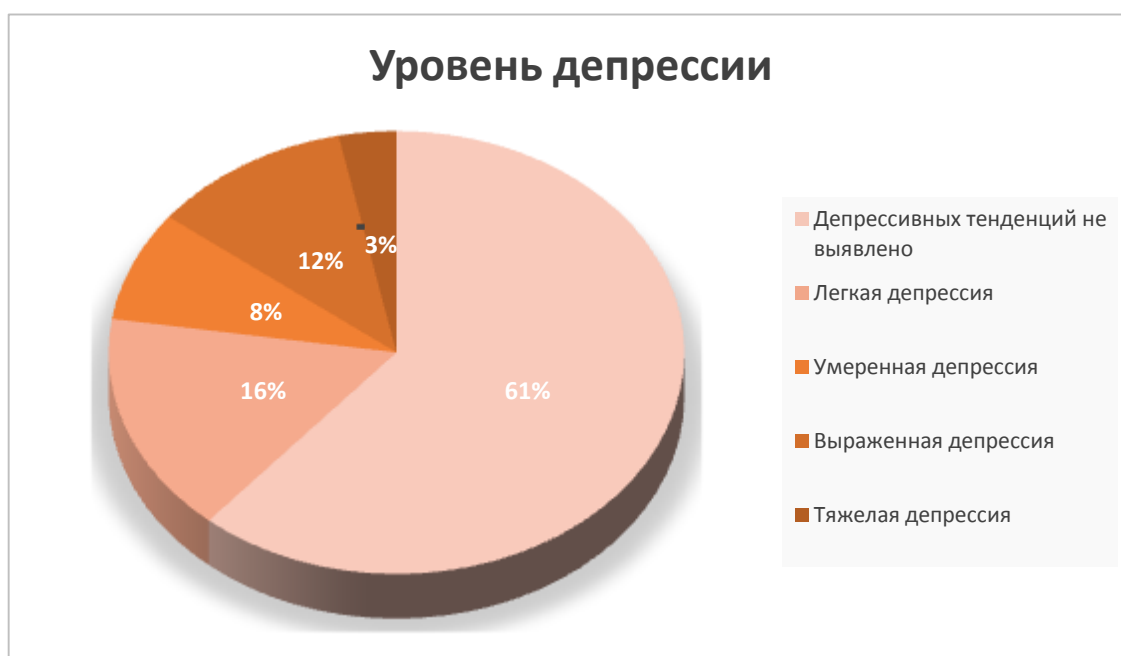
Представленная выше диаграмма демонстрирует, что соотношение наиболее выраженных типов отношения определенным образом меняется в зависимости от срока давности обнаружения своего заболевания у женщин исследованной группы. В частности, у женщин, которые узнали о своем заболевании в течение последнего месяца, преобладающими оказались такие типы, как эгоцентрический, агрессивный и подчиняемый типы. Для тех испытуемых, которые узнали о своем заболевании в течение года, преобладающими оказались альтруистический, дружелюбный и подозрительный типы. В группе испытуемых, которые узнали о своем заболевании в течение 5 лет и более 5 лет назад, наиболее выраженными оказались авторитарный, дружелюбный и альтруистический типы представления о себе.

### 3.1.4. Анализ данных, полученных на основании результатов методики Шкала Депрессии Бека

В таблице 3 приведены значения выраженности уровня депрессивных тенденций.

**Табл. 3.** Значения испытуемых по шкале депрессии Бека.

Среднее значение	Наименьшее значение	Наибольшее значение
8,23	1	31



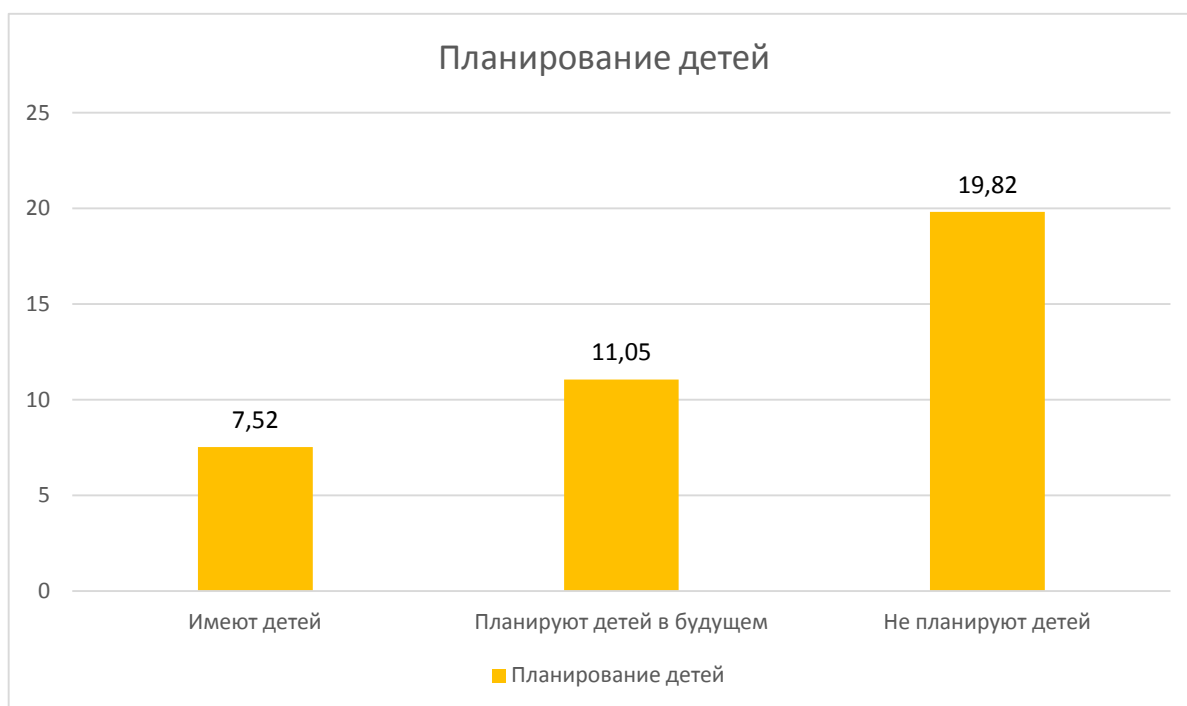
**Рис. 12.** Диаграмма уровня выраженности депрессивных тенденций.

Выше продемонстрирована диаграмма, отражающая результаты теста Бека, проведенного на испытуемых изучаемой группы. Удалось выяснить, что результаты более чем половины испытуемых (61%) не позволяют обнаружить у них какой-либо уровень депрессии.

Из числа оставшихся 39% испытуемых 16% набрали баллы, соответствующие легкой степени депрессии, 8% имеют умеренную депрессию,

у 12% испытуемых обнаружена выраженная депрессия, и лишь 3% женщин на данный момент переживают тяжелый депрессивный эпизод.

С помощью многомерного дисперсионного анализа (MANOVA) удалось выявить статистически достоверные различия у женщин, входящих в разные группы по социально-демографическому фактору. Результаты проведенного статистического анализа представлены на рисунке 16.

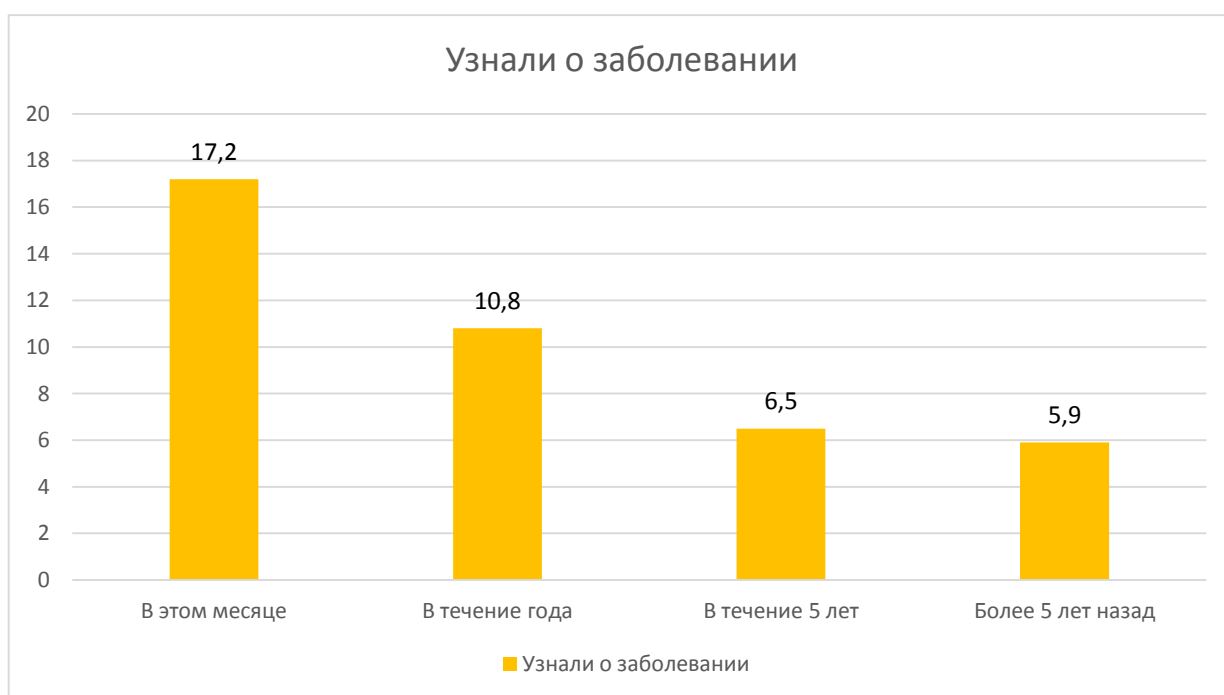


**Рис. 13.** Диаграмма выраженности депрессивных тенденций в связи социально-демографическим фактором (в баллах).

Как видно из диаграммы, представленной выше, удалось установить, что самый низкий уровень депрессивных тенденций продемонстрировали женщины, которые на момент исследования уже имеют детей. Иными словами, среднее значение выраженности параметра у женщин этой группы (7,52) позволяет в целом утверждать об отсутствии у них депрессии.

Среднее значение изучаемого параметра у женщин, которые не имеют детей, но планируют иметь их в будущем – 11,05, соответствует депрессии легкой степени. В свою очередь, средний балл выраженности депрессивных

тенденций у женщин, которые не имеют и не планируют иметь детей, составил 19,82, что соответствует границе между умеренной и выраженной депрессией.



**Рис. 14.** Диаграмма выраженности депрессивных тенденций в связи со сроком давности постановки диагноза (в баллах).

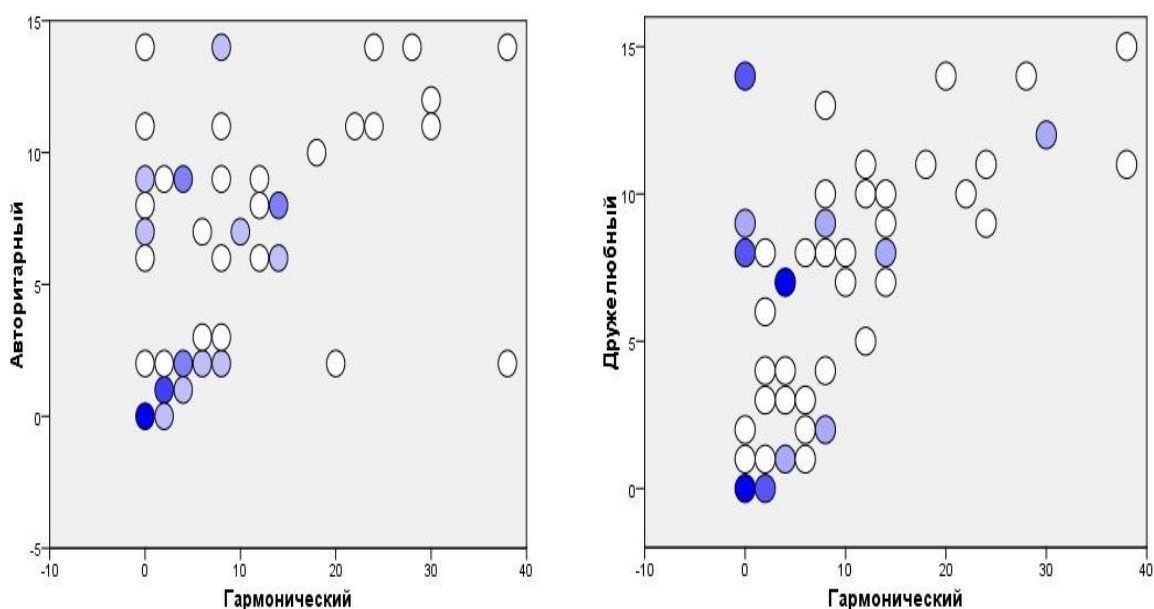
Диаграмма, представленная на рисунке 14, демонстрирует обратную взаимосвязь между уровнем выраженности депрессивных тенденций и промежутком времени, в который испытуемые обнаружили свое заболевание.

Таким образом, самый высокий уровень выраженности депрессивных тенденций свойственен для тех испытуемых, которые узнали о своем заболевании в течение последнего месяца – 17,2, что соответствует умеренной депрессии.

Самый низкий уровень выраженности депрессивных тенденций наблюдается у тех, кто узнал о болезни в течение 5 или более 5 лет назад (6,5 и 5,9 соответственно).

### 3.1.5. Анализ корреляции типов отношения к болезни и типов личности с учетом самооценки

В результате анализа взаимосвязи типа отношения к болезни и типа представления о себе у испытуемых исследуемой группы удалось выявить определенные статистически значимые парные корреляции ( $p \leq 0,001$ ). Ниже представлены диаграммы рассеивания с последующим описанием обнаруженных взаимосвязей.

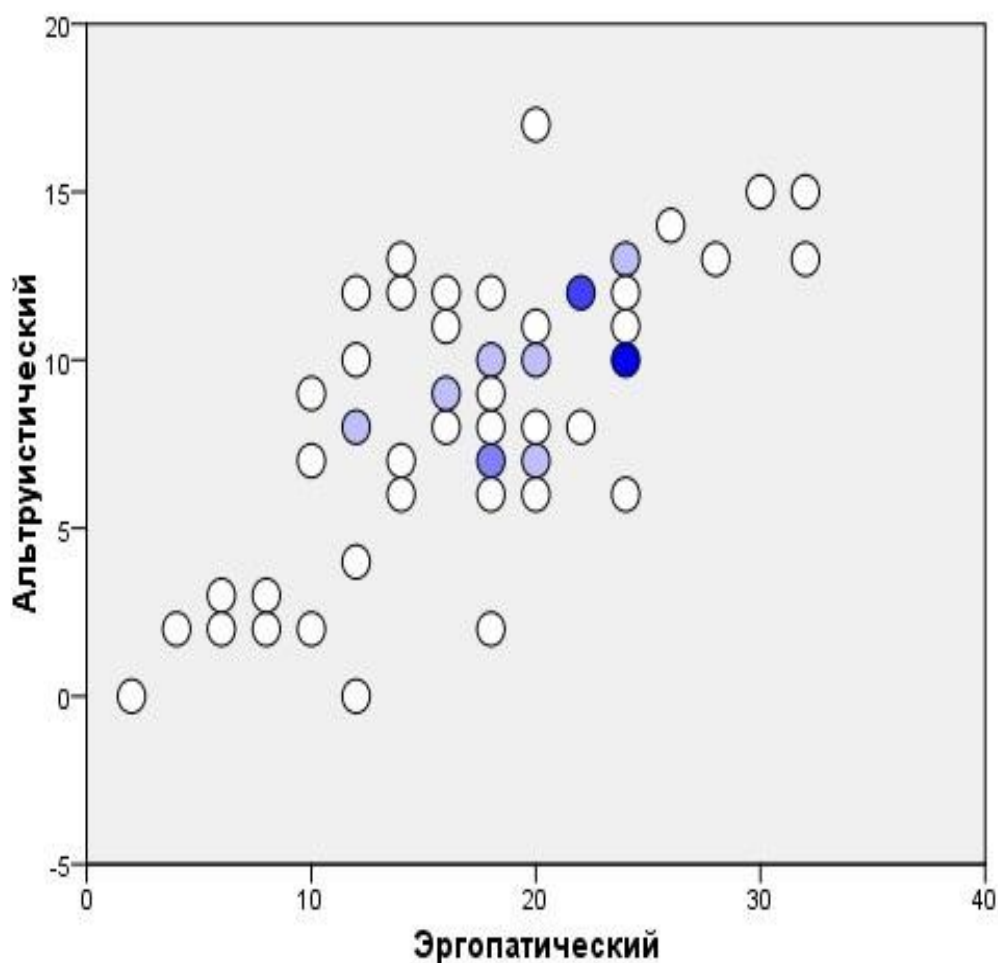


**Рис. 15.** Диаграммы рассеивания (гармонический тип).

Из рисунка 15 видно, что в результате статистического анализа полученных данных удалось установить достоверную взаимосвязь ( $p \leq 0,001$ ) между гармоническим типом отношения к болезни и авторитарным и дружелюбным типами представлений о себе. Иными словами, для людей, которым свойственны уверенность в себе, ориентированность на других и высокая самооценка оказалась характерной реакцией на болезнь, проявляющаяся в сохранении баланса между адекватной оценкой собственного состояния

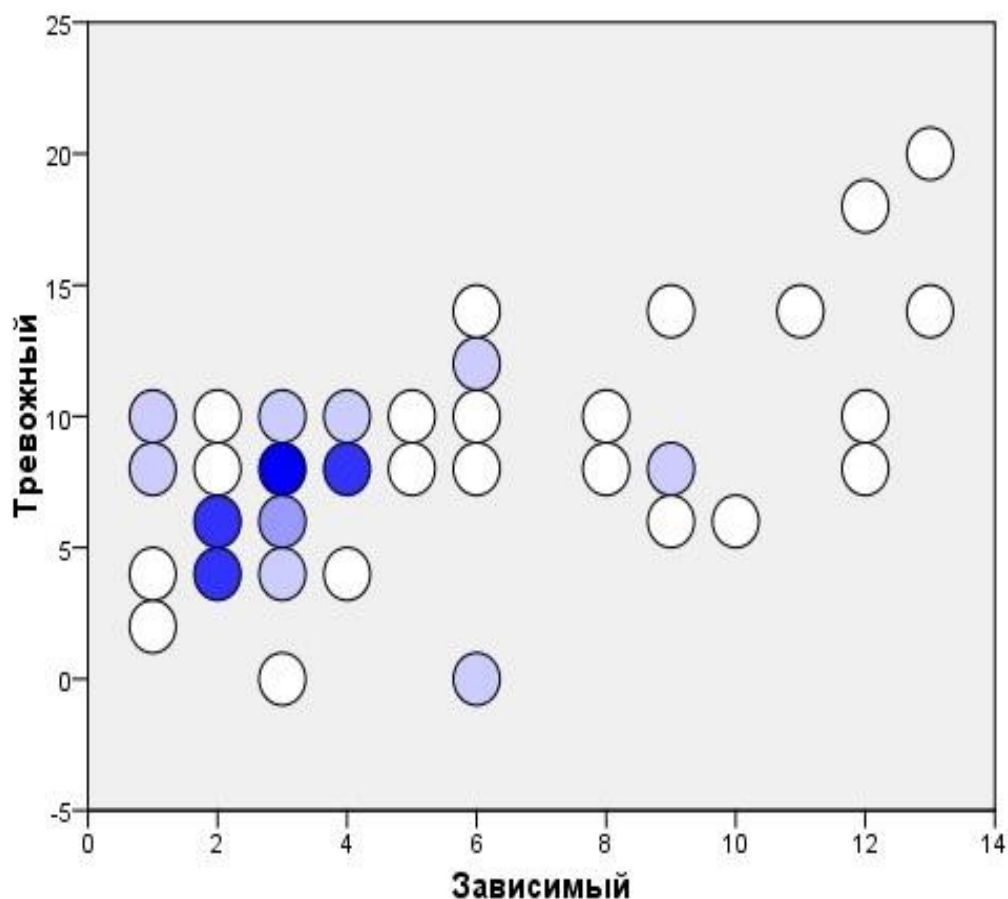


здоровья и сохранением высокого уровня социальной и профессиональной адаптации.



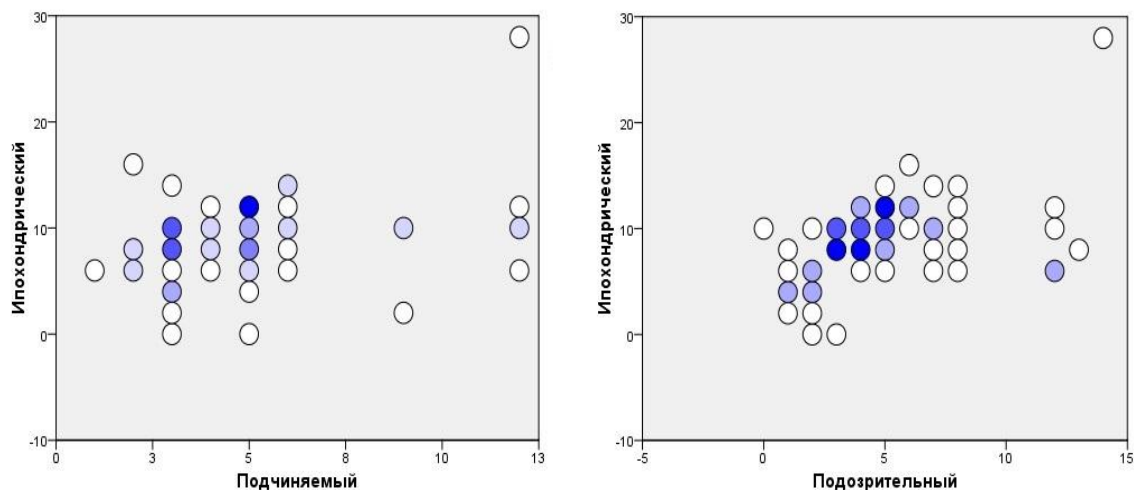
**Рис. 16.** Диаграмма рассеивания (эргопатический тип).

Удалось установить взаимосвязь между эргопатическим типом отношения к болезни и альтруистическим типом представлений о себе. Таким образом, гиперответственным, деликатным, заботливым испытуемым исследованной категории оказалось свойственно сверхответственное отношение к работе, избирательное отношение к лечению, возможно, несоблюдение предписанного лечения в угоду сохранению высокого уровня профессиональной деятельности.



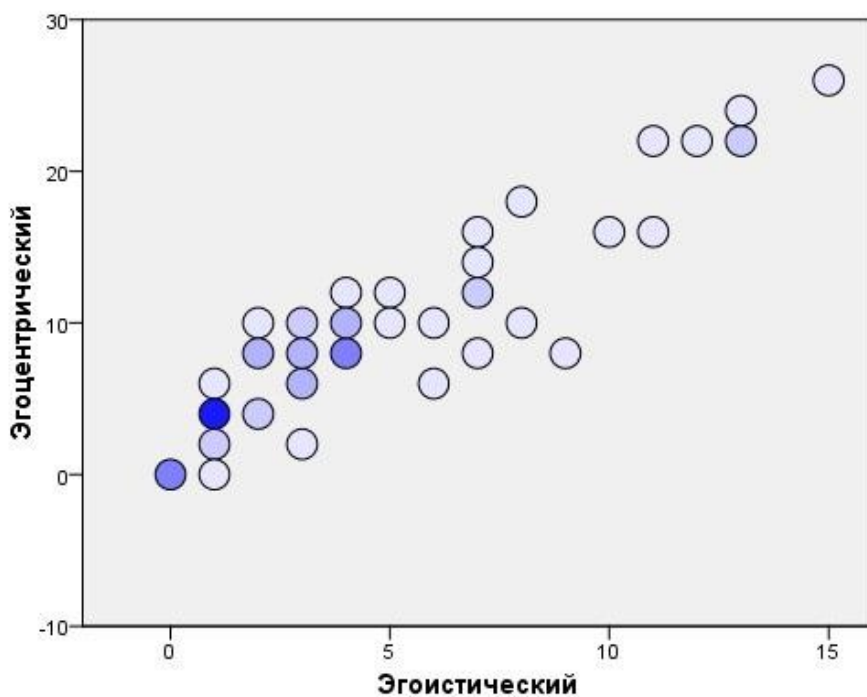
**Рис. 17.** Диаграмма рассеивания (тревожный тип).

Была обнаружена взаимосвязь между тревожным типом отношения к болезни и зависимым типом представлений о себе. Мягкость, доверчивость, неуверенность в себе и лабильная заниженная самооценка у испытуемых данной группы оказалась связана с такими проявлениями реакции на заболевание, как непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения лечения и возможного негативного исхода болезни, тревожное и мнительное настроение, угнетение психической и физической активности.



**Рис. 18.** Диаграммы рассеивания (ипохондрический тип).

Были обнаружена связь между ипохондрическим типом отношения к болезни и подчиняемым и подозрительным типами представлений о себе. Так, у испытуемых замкнутость, обидчивость, критичность и скромность оказались связаны со стремлением постоянно жаловаться на свое состояние, преувеличение симптомов, неверия в благоприятный исход заболевания.



**Рис. 19.** Диаграмма рассеивания (эгоцентрический тип).

Обнаружена корреляция между эгоистическим типом представлений о себе и эгоцентрическим типом отношения к болезни. Уверенность в себе, независимость, ориентация на себя и склонность к соперничеству оказались связаны с поиском выгод от собственной болезни, тенденцией к постоянным жалобам на свое состояние, неприязненным отношением к другим людям, находящимся в похожем состоянии.

### **3.2. Обсуждение результатов**

Исследование ВКБ женщин, страдающих доброкачественными новообразованиями органов малого таза, позволило утверждать о наличии определенных специфических закономерностей. В частности, в большинстве своем испытуемые продемонстрировали типы отношения к болезни, относящиеся к первому блоку – гармонический, эргопатический или анозогнозический типы. Следовательно, можно утверждать, что психологическая реакция на болезнь у женщин, страдающих доброкачественными новообразованиями малого таза, в 55,1% случаев не нарушает их социальную адаптацию. Типом отношения к болезни, который в данной группе испытуемых встречается наиболее часто, является эргопатический тип. Его количественная выраженность составляет 25,8% от общего значения. Следовательно, можно утверждать, что четверть женщин изучаемой группы под влиянием своего заболевания склонны уходить с головой в работу, стремиться продолжать трудовую деятельность и сохранять свой социальный статус.

Следующий по частоте встречаемости тип отношения к болезни – анозогнозический. 17,7% женщин склонны отбрасывать мысли о болезни, надеяться на то, что все пройдет само по себе и игнорировать предписания врачей. Желание продолжать вести активную социальную жизнь и хорошее настроение позволяет испытуемым, у которых превалирует анозогнозический тип, сохранять свою социальную адаптацию на высоком уровне.

11,6% испытуемых женщин продемонстрировали гармонический тип отношения к болезни. Несмотря на наличие заболевания, этим испытуемым удается сохранять баланс между высоким уровнем социальной и профессиональной адаптации и отсутствием недооценки и игнорирования состояния своего здоровья.

Ипохондрический, меланхолический и сенситивный типы отношения к болезни встречаются в выборке с одинаковой частотой – по 8% испытуемых. Женщинам, у которых был обнаружен ипохондрический тип реагирования на болезнь, свойственно чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них врачам, медперсоналу и окружающим. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Больные с меланхолическим типом зачастую обнаруживают удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения, не исключена также вероятность возникновения суицидальных мыслей и побуждений. Для сенситивного типа свойственная чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться к ним.

В 6,5% случаев был обнаружен тревожный тип отношения к болезни, для которого свойственно сниженное настроение, мнительность, постоянный интерес к новым путям и методам лечения, сниженная интеллектуальная и физическая активность.

Неврастенический (характерны вспышки раздражительной слабости, муки совести и непереносимость болевых ощущений) и эгоцентрический (требование исключительной заботы о себе в ущерб другим делам и заботам, полное невнимание к близким) типы были обнаружены в 4,8% случаев.

Дисфорический и апатический типы оказались слабо выражены – 3,2% и 1,6 соответственно, паранойяльный тип выражен не был.

Типы отношения к болезни были представлены в контексте взаимосвязи с параметрами планирования детей и срока давности постановки диагноза. В частности, было выяснено, что эргопатический тип отношения к болезни является самым распространённым типом из первого блока для всех групп испытуемых по признаку планирования детей. Анозогнозический тип также демонстрирует примерно равную выраженность, в то время как гармонический тип значительно сильнее выражен у женщин, которые на момент проведения исследования уже имеют детей.

Промежуток времени, в который женщины узнали о своей болезни, также играет определенное значение для обнаруженного у них типа отношения к болезни. В частности, чем более давно испытуемые узнали о своем заболевании, тем более характерен для них гармонический тип. Выраженность типов отношения к болезни, входящих в состав второго блока, оказалась примерно одинаковой у всех групп параметра планирования детей. Ипохондрический тип является самым популярным типом этой категории.

В целом распределение типов отношения к болезни 2 блока по признаку срока давности знания о заболевании позволяет нам говорить о снижении интрапсихических тенденций в связи с возрастанием срока давности, так как выраженность всех типов, входящих в состав этого блока, судя по графику, снижается по прошествии времени. Заметнее всего этот феномен проявляется на ипохондрическом типе, который оказался наиболее характерен для женщин, узнавших о своем заболевании в течение последнего месяца. Эмоционально-аффективная сфера отношений у испытуемых демонстрирует тенденцию к ослаблению реакций по типу раздражительной слабости, тревожного, подавленного, угнетенного состояния, ухода в болезнь и т.п.

Достоверных различий в преобладании типов отношения к болезни 3 блока между указанными группами испытуемых по признаку срока давности обнаружения заболевания установить не удалось. В целом удалось выявить характерное снижение интрапсихических тенденций с течением времени. Иными словами, можно утверждать, что с течением времени у больных

изучаемой группы наблюдается снижение таких неадаптивных тенденций, как стеснение за свое заболевание, «использование» его для достижения определенных целей, паранойяльный характера концепции относительно причин своего заболевания и его хронического течения, проявление гетерогенных агрессивных тенденций, обвинение окружающих в своей болезни.

Результаты сравнения средних значений шкал теста Лири позволяют утверждать, что наиболее характерным типом отношения представления о себе у женщин, страдающих доброкачественными новообразованиями малого таза, является альтруистический тип. Для людей, относящихся к данному типу, характерна лабильная самооценка в сочетании с такими чертами личности и поведения, как ответственность по отношению к людям, деликатность, доброта, эмоциональное отношение к людям, забота, умение подбодрить и успокоить окружающих. Примерно одинаковую выраженности продемонстрировали агрессивный, авторитарный и дружелюбный типы отношения представления о себе. Агрессивный тип проявляется такими чертами личности, как завышенная самооценка, требовательность, прямолинейность, откровенность, непримиримость, ироничность и раздражительность. Авторитарный тип содержит в себе высокую самооценку, доминантность, энергичность, успешность в делах, требовательное отношение к уважению собственной позиции, нетерпимость к критике. Отличительными особенностями дружелюбного типа являются лабильная самооценка, склонность к сотрудничеству, кооперации, гибкость и сотрудничество при решении проблем и в конфликтных ситуациях.

Были выявлены статистически достоверные различия у женщин, входящих в разные группы по параметру планирования детей. Для женщин, которые имеют детей, и тех, кто это только планирует, оказались наиболее характерны авторитарный, агрессивный и альтруистический типы. Следовательно, можно говорить о том, что для женщин этой группы в целом оказались характерны такие черты как ответственность, отзывчивость,

уверенность в себе, упорство, настойчивость, прямолинейность. Испытуемым этой группы в целом свойственна высокая или завышенная самооценка с некоторой лабильностью. Испытуемые, которые на момент исследования не имеют и не планируют иметь детей, продемонстрировали высокую выраженность агрессивного, альтруистического и подозрительного типов. Для этих испытуемых наряду с отзывчивостью, уверенностью и прямолинейностью свойственны скептицизм, реалистичный или даже критичный взгляд на себя и окружающих. Самооценка женщин данной категории в соответствии с преобладающими типами может быть как завышенной, так и заниженной.

Удалось установить, что соотношение наиболее выраженных типов отношения определенным образом меняется в зависимости от срока давности обнаружения своего заболевания у женщин исследованной группы. В частности, у женщин, которые узнали о своем заболевании в течение последнего месяца, преобладающими оказались такие типы, как эгоцентрический, агрессивный и подчиняемый типы. Иными словами, для этих испытуемых могут быть характерны уверенность в себе и своей позиции, независимость, ориентация на себя, упорство, настойчивость, но также могут проявляться и застенчивость, робость, замкнутость, а также тенденция к подчинению более сильному авторитету. Самооценка имеет тенденцию к завышению (при эгоцентрическом и агрессивном типах), но может быть и заниженной (подчиняемый тип).

Для тех испытуемых, которые узнали о своем заболевании в течение года, преобладающими оказались альтруистический, дружелюбный и подозрительный типы. Характерные черты этой группы: склонность к сотрудничеству, открытость, отзывчивость, ответственность, реалистичность, критичность, скептическое отношение к миру, может присутствовать разочарованность в людях. Самооценка зачастую лабильная, иногда с тенденцией к занижению.

В группе испытуемых, которые узнали о своем заболевании в течение 5 лет и более 5 лет назад, наиболее выраженными оказались авторитарный,



дружелюбный и альтруистический типы межличностных отношений в контексте самооценки. Характерные черты испытуемых данной группы – это уверенность в себе, упорство, независимость, склонность к сотрудничеству, гиперответственность, стремление всегда помогать людям. Свойственна, в целом, высокая самооценка.

В результате статистической обработки данных теста Бека удалось выяснить, что результаты более чем половины испытуемых (61%) не позволяют обнаружить у них какой-либо уровень депрессии. Из числа оставшихся 39% испытуемых 16% набрали баллы, соответствующие легкой степени депрессии, 8% имеют умеренную депрессию, у 12% испытуемых обнаружена выраженная депрессия, и лишь 3% женщин на данный момент переживают тяжелый депрессивный эпизод.

Удалось установить, что самый низкий уровень депрессивных тенденций продемонстрировали женщины, которые на момент исследования уже имеют детей. Иными словами, среднее значение выраженности параметра у женщин этой группы (7,52) позволяет в целом утверждать об отсутствии у них депрессии. Среднее значение изучаемого параметра у женщин, которые не имеют детей, но планируют иметь их в будущем – 11,05, соответствует депрессии легкой степени. В свою очередь, средний балл выраженности депрессивных тенденций у женщин, которые не имеют и не планируют иметь детей, составил 19,82, что соответствует границе между умеренной и выраженной депрессией.

Была выявлена обратная взаимосвязь между уровнем выраженности депрессивных тенденций и промежутком времени, в который испытуемые обнаружили свое заболевание. Таким образом, самый высокий уровень депрессии свойственен для тех женщин, которые узнали о своем заболевании в течение последнего месяца, для них оказался характерен умеренный уровень депрессии. Самый низкий уровень выраженности депрессивных тенденций наблюдается у тех, кто узнал о болезни в течение 5 или более 5 лет назад.

В результате корреляционного анализа взаимосвязи типа отношения к болезни и типа представления о себе у испытуемых исследуемой группы удалось выявить определенные статистически значимые корреляции. В частности, удалось установить взаимосвязь между гармоническим типом отношения к болезни и авторитарным и дружелюбным типами представления о себе. Иными словами, для людей, которым свойственны уверенность в себе, ориентированность на других и высокая самооценка оказалась характерной реакцией на болезнь, проявляющаяся в сохранении баланса между адекватной оценкой собственного состояния здоровья и сохранением высокого уровня социальной и профессиональной адаптации.

Кроме того, удалось установить взаимосвязь между эргопатическим типом отношения к болезни и альтруистическим типом представления о себе. Таким образом, гиперответственным, деликатным, заботливым испытуемым, что соответствует альтруистическому типу, в связи с болезнью оказалось свойственно сверхответственное отношение к работе, избирательное отношение к лечению, возможно, несоблюдение предписанного лечения в угоду сохранению высокого уровня профессиональной деятельности.

Была обнаружена взаимосвязь между тревожным типом отношения к болезни и зависимым типом представлений о себе. Мягкость, доверчивость, неуверенность в себе и лабильная заниженная самооценка у испытуемых данной группы оказалась связана с такими проявлениями реакции на заболевание, как непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения лечения и возможного негативного исхода болезни, тревожное и мнительное настроение, угнетение психической и физической активности.

Были обнаружены статистически значимые корреляции между ипохондрическим типом отношения к болезни и подчиняемым и подозрительным типами межличностного взаимодействия. Так, у женщин изучаемой группы замкнутость, обидчивость, критичность и скромность

оказались связаны со стремлением постоянно жаловаться на свое состояние, преувеличение симптомов, неверия в благоприятный исход заболевания.

Обнаружена корреляция между эгоистическим типом представлений о себе и эгоцентрическим типом отношения к болезни. Уверенность в себе, независимость, ориентация на себя и склонность к соперничеству оказались связаны с поиском выгод от собственной болезни, тенденцией к постоянным жалобам на свое состояние, неприязненным отношением к другим людям, находящимся в похожем состоянии.

## Выводы

В результате проделанной исследовательской работы удалось сделать определенные значимые выводы:

1. Для женщин, имеющих доброкачественные новообразования органов малого таза, в целом наиболее характерны эргопатический, анозогнозический и гармонический типы отношения к болезни. Гармонический тип наиболее выражен у женщин, которые имеют детей и у тех, кто узнал о своем диагнозе в течение пяти или более пяти лет назад. Для всех испытуемых характерно снижение выраженности дезадаптивных типов отношения к болезни (типы 2 и 3 блока) с течением времени, прошедшего с момента постановки диагноза.
2. Альтруистический тип представления о себе оказался наиболее распространенным у испытуемых исследованной группы. Для всех испытуемых также оказался характерным агрессивный тип. Женщины, которые имеют детей, продемонстрировали высокий уровень авторитарного типа, женщины, которые не имеют детей и не планируют – подозрительного типа. У женщин, которые узнали о своем заболевании в течение последнего месяца, преобладающими оказались такие типы, как эгоцентрический, агрессивный и подчиняемый типы. Для тех испытуемых, которые узнали о своем заболевании в течение года, преобладающими оказались альтруистический, дружелюбный и подозрительный типы.
3. Более половины испытуемых продемонстрировали уровень депрессивных тенденций, соответствующий отсутствующей или легкой депрессии. Самые низкие значения по шкале депрессии выявлены у женщин, которые имеют детей, самые высокие – у тех, кто не планирует иметь детей в будущем. Существует обратная взаимосвязь между выраженностью депрессивных тенденций и сроком давности постановки диагноза.

4. Половина испытуемых на момент обследования имеет детей, 32% планируют иметь их в будущем и 18% на момент прохождения исследования заявили, что не планируют иметь детей в будущем. Около половины всех испытуемых (44%) никогда не испытывают болевых ощущений, связанных с данным заболеванием; 21% женщин испытывают болевые ощущения несколько раз в неделю, 18% – раз в месяц, 14% испытуемых испытывают болевые ощущения несколько раз в месяц, 3% испытывают боль ежедневно. 34% женщин узнали о своем заболевании в течение прошлого года, 26% - в течение 5 лет и 19% - более 5 лет назад. 21% узнали о своем заболевании не более, чем за месяц до заполнения анкеты.

## Заключение

Возникновение доброкачественных опухолей репродуктивной системы является критической жизненной ситуацией для многих женщин. Большую роль в этом вопросе играет то, что доброкачественные новообразования, развиваясь у женщин фертильного возраста, способны приводить к нарушению репродуктивной функции, что в итоге может привести к бесплодию. Определенное влияние на психическое состояние больных оказывает и страх потери женственности в связи с утратой целостности органов или функций, ее символизирующих, изменения сексуального и эстетического статуса, возможной стерильности и в связи с этим изменения взаимоотношений с референтной группой.

В настоящем исследовании была осуществлена попытка всестороннего изучения внутренней картины болезни, типов представления о себе и депрессивных тенденций у женщин, страдающих доброкачественными новообразованиями органов малого таза в предоперационный период.

Было обнаружено, что женщинам, принимавшим участие в исследовании свойственны разные типы отношения к болезни, однако наиболее распространенными оказались гармоничный, эргопатический и анозогнозический. Таким образом, у женщин с доброкачественными новообразованиями репродуктивной системы состояние более локализованное, ориентированное на желание работать и скрывать проблемы со здоровьем от окружающих. Треть обследованных больных относятся к дезадаптивному типу отношения к болезни. Следовательно, большому количеству женщин, страдающих данной соматической патологией, в первую очередь наряду с медицинской необходима и психосоциальная поддержка. В сложившихся условиях возрастает роль медицинского психолога в комплексном лечении заболеваний репродуктивной системы, где первейшая цель – облегчить эмоциональный дистресс, который развивается у многих пациентов.

Женщины, с доброкачественными новообразованиями репродуктивной системы на всех этапах диагностики и лечения нуждаются в психологической помощи, которая должна быть индивидуальной, учитывающей как личностные особенности пациентки, так и типы отношения к болезни.

Формирование командной работы, объединяющей усилия медицинского персонала и клинических психологов позволяют существенно улучшить качество лечебного процесса. Клинические психологи могут взять на себя многие функции, которые выступают для врача дополнительной нагрузкой в процессе организации лечения и связаны, в первую очередь, с оптимизацией психологического состояния пациента – отношение к болезни и лечению, проявление симптомов психологического стресса и травматизации, работа с близким окружением больного и другие. Для достижения этих целей необходимо наладить более тесное сотрудничество между медицинским персоналом, пациентами и клиническим психологом. Такой союз гарантированно окажет пациентам на их пути к выздоровлению.

## Список используемых источников

1. Агаркова Л.А., Куприянова И.Е., Балацкая Л.Н., Коломиец Л.А., Дикке Г.Б., Семке В.А., Марков А.А., Несмелова В.А. Сравнительные исследования качества жизни у женщин с доброкачественными и злокачественными опухолями гинекологической сферы // Сибирский онкологический журнал, – Томск, №1, 2004. – 18-20 с-с.
2. Бассин Ф.В. О современном подходе к проблеме психологических факторов болезни. Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. М.: 1972.
3. Бахтояров С. Е., Латцердс Н. В. Внутренняя картина болезни в терапевтической практике // Медицина: вызовы сегодняшнего дня: материалы международной научной конференции, Челябинск: Два комсомольца, 2012. – 1-3 с-с.
4. Буянова С. Н., Мгелиашвили М. В., Петракова С. А. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфогенезе миомы матки // Российский вестник акушера-гинеколога, т. 8, 2008.
5. Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. О психологической диагностике типов отношения к болезни // Сборник научных трудов, Л.: Издательство Ленинградского Научно-исследовательского психоневрологического института им. Бехтерева под общей редакцией М.М. Кабанова, 1990. – 172 с.
6. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. СПб, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2005. – 1-33 с-с.
7. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Усовершенствованная методика для психологической диагностики отношения к болезни (ТОБОЛ): Пособие для врачей. СПб., 2002.



8. Василенко Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии // Т.Д. Василенко. Курск: Издательство КГМУ, 2011.
9. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. – М.: Издательство Московского университета, 1984. – 200 с.
10. Гатаулина Р.Г. Состояние репродуктивной системы у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников / Гатаулина Р.Г. // Автореферат диссертации доктора медицинских наук. М.: 2003.
11. Говорковская Е.С. Анализ типов отношения к болезни больных с раком гортани и его клиническое значение // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием Клиническая психология в здравоохранении и образовании. Москва, 24-25 ноября 2011. Сборник материалов. МГМСУ М, 2011.
12. Дробижев М.Ю. Нозогении (психогенные реакции) при соматических реакциях // диссертация д. м. н. Дробижев, М, 2000. – 28-30 с-с.
13. Ермолаева Т.Н., Беда Н.А., Сухарев А.Е., Воронина О.Ю., Борисенко И.Б. Оценка дифференциального психологического статуса у женщин репродуктивного возраста с мастопатией // Успехи современного естествознания, № 2, 2008. – 96 с.
14. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции. Л.: Медицина, 1983.
15. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Л., 1980.
16. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология: учебник. – СПб: Питер, серия «Национальная медицинская библиотека», 2002. – 960 с.
17. Кербиков О.В. Избранные труды. М., 1971.
18. Ковалев В.В. Личность и её нарушения при соматической болезни. Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. М.: 1972.

19. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага: Медицинское издательство, 1983. – 406 с.
20. Краснушкин Е.К. Психиатрия на службе у соматической медицины // Врачебное дело, №8, 1947.
21. Кузнецова А.А. Эмоционально-аффективные расстройства в структуре внутренней картины болезни у женщин с онкологической патологией репродуктивных органов // Диссертация к. п. н. Кузнецовой А.А., Архангельск, 2009. – 179.
22. Ланчинский В.И., Ищенко А.И. Современные представления об этиологии и патогенезе миомы матки. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2003.
23. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Медико-психологическое обследование соматических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, Т. 80, №8, 1980. – 1195-1198 с-с.
24. Лурия Л.Р. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. 4-е издание, М.: Медицина, 1977. – 37-52 с-с.
25. Максимова М.Ю., Поддубная Т.В., Богомолов П.О., Ениколопов С.Н. Личностные характеристики и структура внутренней картины болезни как предикторы комплаенса пациентов, страдающих хроническим вирусным гепатитом С // Психические расстройства в общей медицине, №3-4, 2014. – 31-37 с-с.
26. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: учебное пособие, 6-е издание. М.: МЕД-пресс-информ, 2008. – 432 с.
27. Монасыпова Л.И. Психические расстройства у женщин с онкологической патологией репродуктивной системы. Москва, 2012. – 149 с.
28. Московенко Н.В., Кравченко Е.Н. Психоэмоциональное состояние и качество жизни женщин, страдающих сочетанными заболеваниями органов малого таза // Дальневосточный медицинский журнал, 2011.

29. Наследов А.Д. IBM SPSS Statistics 20 и Amos: профессиональный статистический анализ данных. СПб.: Питер, 2013.
30. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. СПб, 2004.
31. Насырова Р.Ф., Стоянова И.Я., Сотникова Л.С., Куприянова И.Е. Особенности стиля психологической защиты у пациенток с миомой матки // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, №4 (67), 2011. – 86-89 с-с.
32. Николаева В.В. Психосоматика: телесность и культура. Учебное пособие для вузов. М.: Академический Проект, 2009. – 311 с.
33. Пахомов А.А., Рухляда Н.Н. Особенности внутренней картины болезни у женщин с патологическим климактерием // Ученые записки, № 11 (81), 2001. – 117-122 с-с.
34. Петрова Н.Н., Пилевина Ю.В. Психические расстройства и комплаенс больных с хронической сердечной недостаточностью // Психические расстройства в общей медицине, №3, 2012. – 26-31 с-с.
35. Рассказова Е.И. Понятие саморегуляции в психологии здоровья: новый подход или область применения // Теоретическая и экспериментальная психология, т. 7, № 1, 2014. – 43-56 с-с.
36. Рохлин Л.Л. Сознание болезни и его значение в клинической практике // Клиническая медицина, №9, 1957. – 11-20.
37. Самушия М.А., Мустафина Е.А. Нозогении (психогенные реакции) у женщин со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы // Психические расстройства в общей медицине, №3, 2007. – 11-16 с-с.
38. Семке В.Я., Гузев А.Н. Пограничные нервно-психические расстройства у онкологических больных // Актуальные вопросы психиатрии: сборник научных трудов. Томск, 1991. 25–27 с-с.
39. Семке В.Я. Психическое здоровье женщин: проблемы и решения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, № 1, 1999.

40. Сирота Н.А. Московченко Д.В. Психодиагностика базисных убеждений о болезни (Результаты апробации русскоязычной версии опросника когнитивных представлений о болезни) // Национальный психологический журнал № 2(14), 2014. – 72-81 с-с.
41. Смирнов В.В., Резникова Т.Н. Основные принципы и методы психологического исследования ВКБ // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1983.
42. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 29-105 с-с.
43. Собчик Л.Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. СПб: Издательство «Речь», 2005. – 624 с.
44. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: Издательство Аргус, 1995. – 269 с.
45. Соломатина А.А., Степанов К.И., Курбатская О.Н. Цветовое доплеровское картирование в диагностике опухолей и опухолевидных образований яичников// Акушерство и гинекология: научно-практический журнал. М.: Бионика, 2003.
46. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Л.: Медицина, 1984. – 192 с.
47. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях: Сб. науч. тр. Т.127/под общ. ред. М.М. Кабанова. Л.: Изд. Ленингр. научно-исследовательского института им. М. В. Бехтерева, 1990.
48. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002.
49. Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И., Плужников И.В. Социальные факторы нарушения телесной регуляции // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием Клиническая психология в

- здравоохранении и образовании. Москва, 24-25 ноября 2011 г. Сборник материалов. – МГМСУ М, 2011. – 261—267 с-с.
50. Фрумкин Я.П., Мизрухин И.А. Личность и психическое заболевание// Материалы симпозиума «Проблемы личности», т. 2. М., 1970.
51. Цветкова Л.А., Антонова Н.А., Ерицын К.Ю. Методология разработки профилактических проектов в сфере здоровья: учебное пособие. – СПб.: Издательство Санкт-Петербургского Университета, 2013. – 55 с.
52. Цветкова И.В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья. Психологические исследования, № 1(21), 11, 2012.
53. Шевалев Е.А. О переживании болезни // Советская психоневрология, №4, 1936. 19-33 с-с.
54. Щукина Е.Г., Булыгина Л.С. Особенности типов отношения к болезни у женщин со злокачественными образованиями репродуктивной системы // Экология человека, №9, 2006. – 57-59 с-с.
55. Ялтонский В.М., Богданова Л.Н. Субъективное восприятие болезни как угрозы у больных раком предстательной железы // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием Клиническая психология в здравоохранении и образовании, Москва, 24-25 ноября 2011. Сборник материалов. МГМСУ М, 2011.
56. Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression // Arch Gen Psychiatry, № 4(6), 1961. – 561-571 с-с.
57. Schwartz J.E., Jandorf L., Krupp L.B. The measurement of fatigue: a new instrument // Psychosomatically Research, vol. 37, № 7, 1993. – 753-762 с-с.
58. Northouse L.L., Mood D., Kershaw T. Quality of life of women with recurrent cancer and their family member // Clinical Oncology, vol. 20, № 19, 2002. – 4040-4064 с-с.

## Приложение

Стимульный материал:

*Здравствуйте!*

*Мы проводим исследование, посвященное изучению внутренней картины болезни у женщин репродуктивного возраста с миомой матки и кистами яичников. Поэтому мы просим Вас уделить некоторое время на заполнение этой анкеты. Всего в анкете 5 частей. Отметим, что эти данные будут использоваться только в аналитической работе, исследование проводится анонимно. Спасибо!*

### 1 Оцените состояние своего здоровья в целом

	1	2	3	4	5	6	7	
Слабое здоровье, часто болею	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Полностью здорова

### 2 Как Вы узнали о наличии заболевания?

- Случайно во время УЗИ
- Испытывала боли, в связи с этим обратилась к специалисту
- На осмотре у гинеколога
- Другое:

### 3 Как давно Вы узнали о наличии заболевания?

- В этом месяце
- В течение прошлого года
- В течение 5-ти лет
- Узнала о заболевании более пяти лет назад
- Другое:

### 4 Какое лечение Вам было назначено

- Фармакологическое (с использованием лекарств)
- Хирургическое
- И фармакологическое, и хирургическое

Другое:

**5 Как скоро Вы приняли решение о том, чтобы начать лечение? (примерно)**

- Сразу как узнала о болезни
- Через месяц
- Через 3 месяца
- Через полгода
- Через год
- Больше, чем через год
- Другое:

**6 Уверены ли Вы в правильности своего диагноза?**

- Он поставлен совершенно точно
- Я не знаю, насколько точно он поставлен
- Я думаю, что этот диагноз неверен
- Другое:

**7 Какой диагноз Вам поставлен?**

- У меня киста яичника
- У меня миома матки
- Другое:

**8 Как Вы оцениваете правильность назначенного Вам лечения?**

- Абсолютно не согласна с назначенным лечением
- Не знаю
- Абсолютно согласна с назначенным лечением
- Я бы хотела применить другое лечение, но следую указаниям своего врача
- Другое:

**9 Испытываете ли вы боль в связи с заболеванием?**

- Да, испытываю боль
- Никогда не испытываю боль
- Другое:

**10 Как часто вы испытываете боль?**

- Несколько раз в месяц
- Раз в месяц
- Несколько раз в неделю
- Каждый день
- Никогда
- Другое:

**11 Принимаете ли Вы медикаменты, чтобы уменьшить боль?**

- Не принимаю
- Принимаю раз в месяц
- Принимаю несколько раз в неделю
- Другое:

**12 В каких ситуациях возникает боль?**

- Испытываю боль во время полового акта
- Испытываю боль во время месячных
- Постоянно испытываю боль
- Возникает боль во время желудочно-кишечных расстройств
- Не испытываю боль
- Другое:

**13 Возникают ли у Вас мысли о том, что назначенные медицинские процедуры и лекарства могут вызвать осложнения и серьезные побочные эффекты?**

- У меня возникают такие мысли
- Таких мыслей у меня не возникает
- Другое:

**14 Как Вы опишите отношение Вашего лечащего врача к Вам?**

- Мой врач невнимателен и выполняет свои обязанности недобросовестно
- Я думаю, что мой врач относится ко мне внимательно, но может допускать ошибки в связи с высокой нагрузкой
- Я считаю, что мой врач очень внимателен ко мне и он не допускает ошибок
- Другое:



**15 Верите ли Вы в успех медицинских процедур и лекарств по отношению к лечению заболевания?**

- Верю в успех
- Сомневаюсь в успехе
- Не верю в успех
- Другое:

**16 Часто ли в течении жизни Вы обращались к врачам?**

- Обращаюсь к врачам всегда, когда заболеваю
- Не обращаюсь к врачам, когда могу сама побороть заболевание
- Не люблю ходить по медицинским учреждениям, иду к врачам только в крайних случаях
- Другое:

**17 Как вы оцениваете Ваше взаимодействие с врачами в целом?**

- Не люблю врачей, потому что не люблю проходить медицинские процедуры
- Не люблю врачей, сомневаюсь в их компетентности
- Нейтрально, потому что раз на раз не приходится.
- Подавляющее большинство моих взаимодействий с врачами было весьма успешным.
- Другое:

**18 Кому Вы сообщили о своем заболевании?**

- Родителям
- Супругу/партнеру
- Своим детям
- Другим родственникам
- Другим друзьям
- Случайному знакомому
- Написала на форуме
- Написала на своей страничке в соц. сети
- Никому
- Другое:

**19 От кого вы чувствуете поддержку?**

- От родителей

- От супруга/партнёра
- От своих детей
- От друзей
- От знакомых
- Чувствую поддержку от людей, с которыми переписываюсь в интернете
- Не чувствую поддержку ни от кого
- Мне не нужна поддержка, я справляюсь сама
- Другое:

**20 Насколько Вы удовлетворены получаемой поддержкой?**

1      2      3      4      5      6      7

Все бросили  
меня, мое  
здоровье им  
совершенно  
безразлично.

Окружающие  
меня очень  
поддерживают,  
я не чувствую  
себя  
брошенной.

**21 Испытываете ли Вы эмоциональное напряжение из-за своей болезни?**

- Не испытываю
- Испытываю
- Другое:

**22 Как справляетесь с эмоциональным напряжением, если испытываете его?**

- Не могу с ним справиться
- Испытываю, справляюсь с ним... (запишите свой ответ в "Другое")
- Другое:

**23 Что Вы почувствовали, когда узнали о своем диагнозе?**

- Я ожидала услышать нечто подобное
- Я испытала шок
- Растерянность
- Удовлетворение, так как узнала свой диагноз
- Страх
- Отчаяние

Другое:

**24 Испытываете ли Вы страхи в связи с наличием своего заболевания?**

- Я боюсь, что киста может лопнуть, если не провести операцию вовремя
- Боюсь, что киста переродится в онкологию
- Боюсь, что миома станет причиной повреждения других органов
- Боюсь, что появятся спайки
- Боюсь, что снизятся шансы на беременность
- Я не испытываю никаких страхов
- Я испытываю беспокойство, но в целом уверена в успехе лечения
- Другое:

**25 Удовлетворены ли Вы объемом имеющейся у Вас информации о своем заболевании?**

- Полностью удовлетворена
- Не удовлетворена полностью
- Я очень мало знаю о своем заболевании, но меня это не беспокоит
- Я мало знаю о своем заболевании и меня это сильно беспокоит
- Другое:

**26 Откуда Вы берете информацию о протекании заболевания?**

- От врача
- Из интернета (форумы, статьи, википедия)
- Из литературы
- От знакомых
- Другое:

**27 Выберите те утверждения из списка, с которыми Вы согласны:**

- Мне приходится отказываться от запланированных дел в связи с заболеванием
- Мне приходится ограничивать себя в занятиях спортом из-за заболевания
- Мне приходится ограничивать свою сексуальную жизнь в связи с заболеванием
- У меня ухудшается настроение в периоды обострения заболевания
- Заболевание влияет на состояние моей работоспособности

Другое:

**28 Ваш возраст**

**29 Состоите ли Вы в браке?**

- Да
- Нет
- Гражданский брак

**30 Укажите Ваш уровень образования**

- Неполное среднее
- Среднее
- Среднее специальное
- Неполное высшее
- Высшее

**31 Есть ли у Вас дети?**

- Да
- Нет
- Я беременна

**32 Планируете ли Вы детей в будущем?**

- Да
- Нет
- Не знаю

**Часть 2**

В этой части вопросы только для тех, кто собирается удалять образование хирургическим путем. Если Вы не планируете операцию, пропустите эту часть анкеты.

**1 Были ли у Вас прежде другие операции?**

- Были
- Это моя первая операция
- Другое:

## 2 Довольны ли Вы результатом этих операций?

- Недовольна, состояние моего организма после операции(ций) значительно ухудшилось
- Некоторые детали меня не устраивают (остались какие-то дефекты, боли)
- Довольна
- Это моя первая операция
- Другое:

## 3 Какие чувства Вы испытываете по отношению к предстоящей операции?

- Радость, что лечение скоро закончится
- Страх боли после операции
- Страх аллергии на анестезию
- Страх того, что что-то пойдет не так
- Страх оказаться под наркозом
- Страх боли после наркоза
- Другое:

## 4 Насколько точно Вы решили делать операцию?

	1	2	3	4	5	6	7	
точно не буду делать	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	буду делать 100%

## 5 Оцените силу страха перед операцией

	1	2	3	4	5	6	7	
Не боюсь	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Испытываю сильный страх

## 6 Какие результаты Вы ожидаете после операции?

- Я скептически отношусь к результатам этой операции
- Я боюсь рецидива
- В будущем меня ждет неизвестность
- Все будет хорошо

Другое:

**7 Как Вы узнали о своем враче**

- Мне его назначили
- По отзывам в интернете
- Посоветовала подруга
- Другое:

**8 Доверяете ли Вы своему врачу как специалисту?**

- Да, доверяю
- Нет, не доверяю
- Не могу ответить на этот вопрос
- Другое:

**9 Нравится ли Вам ваш врач как человек?**

- Мне нравится мой врач как человек
- Мне безразлично, какими личными качествами обладает мой врач
- Мне не нравится мой врач как человек
- Другое:

**10 Что Вы знаете о больнице, в которой будете делать операцию?**

- В больнице используется новейшая аппаратура
- В больнице работают высококвалифицированные специалисты
- В этой больнице пациентам предоставляется хороший уход после операции
- Палаты в этой больнице хорошо оборудованы
- Ничего пока не знаю об этой больнице
- Другое:

**11 Ко скольким специалистам Вы ходили, прежде чем остановили выбор на своем лечащем враче?**

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 или более
- Другое:

### **Часть 3**

Ниже приведён ряд утверждений, касающихся Вашего заболевания, самочувствия, а также некоторых аспектов жизни в целом. Пожалуйста, отметьте утверждения, которые Вы считаете верными в отношении себя. В каждом разделе, отмеченном римской цифрой, Вы можете сделать не более двух выборов.

#### **I. Самочувствие**

1. С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие
2. Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил
3. Дурное самочувствие я стараюсь перебороть
4. Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим
5. У меня почти всегда что-нибудь болит
6. Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений
7. Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей
8. Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания
9. Мое самочувствие вполне удовлетворительно

- 10.С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски
- 11.Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие
- 12.Ни одно из определений мне не подходит

## II. Настроение

1. Как правило, настроение у меня очень хорошее
2. Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным
3. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем
4. Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти
5. Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение
6. Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия
7. У меня стало совершенно безразличное настроение
8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим
9. У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев
- 10.Малейшие неприятности сильно огорчают меня
- 11.Из-за болезни у меня все время тревожное настроение
- 12.Ни одно из определений мне не подходит

## III. Сон и пробуждение ото сна

1. Проснувшись, я сразу заставляю себя встать
2. Утро для меня – самое тяжелое время суток
3. Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть
4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем



5. Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко
6. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером
7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения
8. Утром я встаю бодрым и энергичным
9. Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать
10. По ночам у меня бывают приступы страха
11. С утра я чувствую полное безразличие ко всему
12. По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни
13. Во сне мне видятся всякие болезни
14. Ни одно из определений мне не подходит

#### IV. Аппетит и отношение к еде

1. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях
2. У меня хороший аппетит
3. У меня плохой аппетит
4. Я люблю сытно поесть
5. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде
6. Мне легко можно испортить аппетит
7. Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность
8. Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье
9. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал
10. Еда не доставляет мне никакого удовольствия
11. Ни одно из определений мне не подходит

#### V. Отношение к болезни

1. Моя болезнь меня пугает

2. Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет
3. Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью
4. Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня
5. Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью
6. Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет
7. Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей
8. Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают
9. Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше
10. Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи
11. Я здоров, и болезни меня не беспокоят
12. Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания
13. Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым
14. Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда
15. Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни
16. Ни одно из определений мне не подходит

## VI. Отношение к лечению

1. Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать
2. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением
3. Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы избавиться от болезни
4. Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным
5. Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь

6. Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию
7. Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных
8. Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей
9. Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить
10. Считаю, что меня лечат неправильно
11. Я ни в каком лечении не нуждаюсь
12. Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое
13. Я избегаю говорить о лечении с другими людьми
14. Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения
15. Ни одно из определений мне не подходит

## VII. Отношение к врачам и медперсоналу

1. Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному
2. Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность
3. Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей
4. Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат
5. Мне все равно, кто и как меня лечит
6. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения
7. Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь

8. Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения
9. С большим уважением я отношусь к медицинской профессии
10. Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности
11. Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом
12. Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь
13. Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время
14. Ни одно из определений мне не подходит

#### VIII. Отношение к родным и близким

1. Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня
2. Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения
3. Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного
4. Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды
5. Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям
6. Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие
7. Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими
8. Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных
9. Из-за болезни я стал в тягость близким
10. Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь
11. Я считаю, что заболел из-за моих родных

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

13. Ни одно из определений мне не подходит

#### IX. Отношение к работе (учебе)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11. Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)

12. На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни

13. Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь

14. Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу

15. Ни одно из определений мне не подходит

## X. Отношение к окружающим

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

## XI. Отношение к одиночеству

1. Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше
2. Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество
3. В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу
4. В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях

5. Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать
6. Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям
7. Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни
8. Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве
9. Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения
10. Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью
11. Ни одно из определений мне не подходит

## XII. Отношение к будущему

1. Болезнь делает мое будущее печальным и унылым
2. Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее
3. Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях
4. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем
5. Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем
6. Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)
7. Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем
8. Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее
9. Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел
10. Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других людей
11. Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее
12. Ни одно из определений мне не подходит

#### **Часть 4**

Вам будут представлены суждения, касающиеся характера человека, его взаимоотношений с окружающими людьми. Внимательно прочтите каждое суждение и оцените, соответствует ли оно Вашему представлению о себе.

1. Другие думают о нем благосклонно
2. Производит впечатление на окружающих
3. Умеет распоряжаться, приказывать
4. Умеет настоять на своем
5. Обладает чувством достоинства
6. Независимый
7. Способен сам позаботиться о себе
8. Может проявлять безразличие
9. Способен быть суровым
10. Строгий, но справедливый
11. Может быть искренним
12. Критичен к другим
13. Любит поплакаться
14. Часто печален
15. Способен проявлять недоверие
16. Часто разочаровывается
17. Способен быть критичным к себе
18. Способен признать свою неправоту
19. Охотно подчиняется
20. Уступчивый
21. Благодарный
22. Восхищающийся, склонный к подражанию
23. Уважительный



- 24.Ищущий одобрения
- 25.Способный к сотрудничеству, взаимопомощи
- 26.Стремится ужиться с другими
- 27.Дружелюбный, доброжелательный
- 28.Внимательный, ласковый
- 29.Деликатный
- 30.Ободряющий
- 31.Отзывчивый на призывы о помощи
- 32.Бескорыстный
- 33.Способен вызывать восхищение
- 34.Пользуется у других уважением
- 35.Обладает талантом руководителя
- 36.Любит ответственность
- 37.Уверен в себе
- 38.Самоуверен, напорист
- 39.Деловитый, практичный
- 40.Любит соревноваться
- 41.Стойкий и упорный, где надо
- 42.Неумолимый, но беспристрастный
- 43.Раздражительный
- 44.Открытый, прямолинейный
- 45.Не терпит, чтобы им командовали
- 46.Скептичен
- 47.На него трудно произвести впечатление
- 48.Обидчивый, щепетильный
- 49.Легко смущается
- 50.Не уверенный в себе
- 51.Уступчивый

- 52.Скромный
- 53.Часто прибегает к помощи других
- 54.Очень почитает авторитеты
- 55.Охотно принимает советы
- 56.Доверчив и стремится радовать других
- 57.Всегда любезен в обхождении
- 58.Дорожит мнением окружающих
- 59.Общительный, уживчивый
- 60.Добросердечный
- 61.Добрый, вселяющий уверенность
- 62.Нежный, мягкосердечный
- 63.Любит заботиться о других
- 64.Бескорыстный, щедрый
- 65.Любит давать советы
- 66.Производит впечатление значительного человека
- 67.Начальственно повелительный
- 68.Властный
- 69.Хвастливый
- 70.Надменный и самодовольный
- 71.Думает только о себе
- 72.Хитрый, расчетливый
- 73.Нетерпим к ошибкам других
- 74.Корыстный
- 75.Откровенный
- 76.Часто недружелюбен
- 77.Озлобленный
- 78.Жалобщик
- 79.Ревнивый

80. Долго помнит свои обиды
81. Самобичующийся
82. Застенчивый
83. Безынициативный
84. Кроткий
85. Зависимый, несамостоятельный
86. Любит подчиняться
87. Предоставляет другим принимать решения
88. Легко попадает впросак
89. Легко поддается влиянию друзей
90. Готов довериться любому
91. Благорасположен ко всем без разбора
92. Всем симпатизирует
93. Прощает все
94. Переполнен чрезмерным сочувствием
95. Великодушен, терпим к недостаткам
96. Стремится покровительствовать
97. Стремится к успеху
98. Ожидает восхищения от каждого
99. Распоряжается другими
100. Деспотичный
101. Сноб, судит о людях лишь по рангу и достатку
102. Тщеславный
103. Эгоистичный
104. Холодный, черствый
105. Язвительный, насмешливый
106. Злой, жестокий
107. Часто гневлив

108. Бесчувственный, равнодушный
109. Злопамятный
110. Проникнут духом противоречия
111. Упрямый
112. Недоверчивый, подозрительный
113. Робкий
114. Стыдливый
115. Отличается чрезмерной готовностью подчиняться
116. Мягкотелый
117. Почти никогда никому не возражает
118. Навязчивый
119. Любит, чтобы его опекали
120. Чрезмерно доверчив
121. Стремится сыскать расположение каждого
122. Со всеми соглашается
123. Всегда дружелюбен
124. Любит всех
125. Слишком снисходителен к окружающим
126. Старается утешить каждого
127. Заботится о других в ущерб себе
128. Портит людей чрезмерной добротой

## **Часть 5**

В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы

кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли Все утверждения в каждой группе

1.

- 0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.
- 1 Я расстроен.
- 2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.
- 3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.

2.

- 0 Я не тревожусь о своем будущем.
- 1 Я чувствую, что озадачен будущим.
- 2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.
- 3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.

3.

- 0 Я не чувствую себя неудачником.
- 1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.
- 2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.
- 3 Я чувствую, что как личность я - полный неудачник.

4.

- 0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
- 1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
- 2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.
- 3 Я полностью не удовлетворен жизнью. и мне все надоело.

5.

- 0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.

- 1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.
- 2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.
- 3 Я постоянно испытываю чувство вины.

6.

- 0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.
- 1 Я чувствую, что могу быть наказан.
- 2 Я ожидаю, что могу быть наказан.
- 3 Я чувствую себя уже наказанным.

7.

- 0 Я не разочаровался в себе.
- 1 Я разочаровался в себе.
- 2 Я себе противен.
- 3 Я себя ненавижу.

8.

- 0 Я знаю, что я не хуже других.
- 1 Я критикую себя за ошибки и слабости.
- 2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.
- 3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.

9.

- 0 Я никогда не думал покончить с собой.
- 1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.
- 2 Я хотел бы покончить с собой.
- 3 Я бы убил себя, если бы представился случай.

10.

- 0 Я плачу не больше, чем обычно.
- 1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.

- 2 Теперь я все время плачу.
- 3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.

11.

- 0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.
- 1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.
- 2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.
- 3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.

12.

- 0 Я не утратил интереса к другим людям.
- 1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.
- 2 Я почти потерял интерес к другим людям.
- 3 Я полностью утратил интерес к другим людям.

13.

- 0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.
- 1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.
- 2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.
- 3 Я больше не могу принимать решения.

14.

- 0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.
- 1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.
- 2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.
- 3 Я знаю, что выгляжу безобразно.

15.

- 0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.
- 1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.

- 2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.
- 3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.

16.

- 0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.
- 1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.
- 2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.
- 3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.

17.

- 0 Я устаю не больше, чем обычно.
- 1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.
- 2 Я устаю почти от всего, что я делаю.
- 3 Я не могу ничего делать из-за усталости.

18.

- 0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.
- 1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.
- 2 Мой аппетит теперь значительно хуже.
- 3 У меня вообще нет аппетита.

19.

- 0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.
- 1 За последнее время я потерял более 2 кг.
- 2 Я потерял более 5 кг.
- 3 Я потерял более 7 кг.

Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком).

ДА \_\_\_\_\_ НЕТ \_\_\_\_\_

20.



- 0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.
- 1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.
- 2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.
- 3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

21.

- 0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к сексу.
- 1 Меня меньше занимают проблемы секса, чем раньше.
- 2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь сексуальными проблемами, чем раньше.
- 3 Я полностью утратил сексуальный интерес.