

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. А.И. ГЕРЦЕНА»

На правах рукописи

Отсус Александр Евгеньевич

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПРИ COVID-19

5.3.6. – «Медицинская психология» (психологические науки)

Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук

Научный руководитель: д.м.н., профессор
Алёхин Анатолий Николаевич

Санкт-Петербург – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПРИ COVID-19	10
1.1 Психология отношения к болезни	10
1.1.1 Теоретические предпосылки изучения «отношении к болезни»	10
1.1.2 Особенности изучения отношения к болезни в отечественной психологии	14
1.1.3 Особенности изучения отношения к болезни в зарубежной психологии	43
1.2 Психогенез непривычных условий существования	51
1.3 СМИ как источник психогенеза	57
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПРИ COVID-19	63
2.1 Организация исследования	63
2.2 Характеристики обследованных пациентов	66
2.3 Методы и методики исследования	68
ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПРИ COVID-19	70
3.1 Формирование отношения к болезни в остром периоде COVID-19 ..	70
3.1.1 Анализ компонентов отношения к болезни при остром периоде COVID-19	70
3.1.2 Информационно-поисковая активность в структуре отношения к болезни пациентов в остром периоде COVID-19	79
3.2 Сравнение отношения к болезни у пациентов в остром периоде COVID-19 и с ОРВИ	85
3.3 Сравнение отношения к болезни у пациентов в остром периоде COVID-19 и с перенесенным COVID-19	92
3.4 Сравнение отношения к болезни у пациентов с COVID-19 и постковидным синдромом	99
ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	108
4.1 Интерпретация основных результатов исследования.....	108
4.2 Методологические ограничения и границы интерпретации результатов	118
4.3 Практические рекомендации и перспективы дальнейших исследований	119
ВЫВОДЫ	122
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	124
ПРИЛОЖЕНИЯ	138

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Пандемия COVID-19, признанная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) глобальной угрозой в период с 11 марта 2020 года по 5 мая 2023 года, стала не только вызовом для глобальных систем здравоохранения, но и масштабным социально-психологическим феноменом. По состоянию на август 2024 года в мире было зарегистрировано более 704 миллионов случаев заражения вирусом SARS-CoV-2. Если первоначально основные усилия науки и практики были сосредоточены на борьбе с непосредственной вирусной угрозой – разработке вакцин, протоколов лечения и профилактики, – то со временем на первый план вышли долгосрочные последствия, в том числе психологические. В этом контексте исследование отношения к болезни у пациентов, перенесших COVID-19, приобретает особую актуальность, обусловленную тремя ключевыми группами причин.

Во-первых, с медико-психологической точки зрения, COVID-19 продемонстрировал уникальный паттерн воздействия на психику, не сводимый к стандартным реакциям на соматическое заболевание. С одной стороны, болезнь сопровождалась реальной соматической симптоматикой, варьирующей от легкой до крайне тяжелой. С другой – сам диагноз «COVID-19» с самого начала был наделен особым, катастрофическим смыслом, связанным с высокой летальностью, риском непредсказуемых осложнений и отсутствием на начальных этапах проверенных методов лечения. Это создало феномен так называемой «двойной угрозы»: непосредственной вирусной атаки на организм и мощного психогенного воздействия, связанного со страхом перед неизвестностью и неблагоприятным прогнозом. Изучение того, как именно это сочетание формирует отношение к болезни, является критически важным для организации эффективной медицинской помощи, выходящей за рамки сугубо соматического лечения.

Во-вторых, беспрецедентную роль сыграл социально-информационный контекст пандемии, породивший феномен «кинфодемии» [20]. Средства

массовой информации, выполняя свою функцию, одновременно стали мощным психогенным фактором.

COVID-19 стал наиболее освещаемым событием в СМИ на протяжении нескольких лет. Так, только в сентябре 2020 года было зафиксировано более 2,7 миллионов упоминаний о пандемии. Информация о количестве заражений, госпитализированных и умерших, а также об ограничительных мерах, транслировалась непрерывно и интенсивно. Постоянная трансляция статистики смертности, использование агрессивной военной риторики («борьба с вирусом», «фронт больниц») и нагнетание тревоги вокруг ограничительных мер создали атмосферу затяжного информационного стресса.

Результаты ряда исследований позволяют сделать вывод о том, что СМИ неоднократно прибегали к использованию агрессивных COVID-метафор, формирующих отношение к болезни [10]. Например, анализ высказываний ведущих политических деятелей показал, что доля военных метафор в их речи составляет 72,25%. D. Craige (2020) отмечает, что в метафорах о пандемии конструируется образ боевых действий, полномасштабной войны. Подобные метафоры предрасполагают общественность к восприятию пандемии как военной ситуации со всеми сопутствующими опасностями [15].

Таким образом, отношение к болезни формировалось не только под влиянием реальных физических симптомов, но и под мощным прессом информационной среды. Анализ этого взаимодействия является крайне актуальным для понимания механизмов формирования психической дезадаптации в современном мире.

В-третьих, существует необходимость в дифференциированном подходе к пациентам на разных стадиях заболевания. Клиническая картина COVID-19 неоднородна и включает острый период, затяжное течение и постковидный синдром, каждый из которых предъявляет различные требования к психологическому сопровождению. Кроме того, для доказательства ведущей роли психогенного фактора необходим сравнительный анализ с пациентами,

перенесшими другие ОРВИ, что позволяет «очистить» специфику переживаний, связанных именно с диагнозом с острым периодом «COVID-19».

Актуальность настоящего исследования определяется потребностью в комплексном осмыслении психологических последствий пандемии COVID-19. Такое осмысление позволило бы разработать научно обоснованные подходы к психологической диагностике, коррекции и профилактике дезадаптивных состояний у пациентов, что является неотъемлемой частью качественной медицинской помощи и способствует снижению долгосрочного бремени пандемии для системы здравоохранения и общества в целом.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые выявлен специфический дезадаптивный тип отношения к болезни при остром периоде COVID-19, формирующийся под преобладающим влиянием психогенного фактора (инфодемии). Установлен и описан феномен «двойной угрозы» (вирусной и информационной) и «замкнутого круга» тревоги, при котором активный поиск информации усугубляет дезадаптацию. Выявлены особенности отношения к болезни в постинфекционном периоде: пациенты с перенесенным ранее COVID-19 и постковидным синдромом акцентировали свое внимание на телесных ощущениях и самочувствии, однако у последних отношение к болезни формировалось по невротическому типу, с преобладанием тревоги и нарушением нервно-психической устойчивости.

Цель исследования: выявить психологические особенности отношения к болезни у пациентов в остром периоде COVID-19.

Задачи исследования:

1. Проанализировать современные теоретические подходы к изучению отношения к болезни в контексте COVID-19 и роль психогенных факторов при его формировании.

2. Исследовать структурные компоненты отношения к болезни (сенситивный, аффективный, когнитивный, мотивационно-поведенческий) у пациентов в остром периоде COVID-19.

3. Оценить взаимосвязь информационно-поисковой активности, особенностей отношения к болезни и уровня невротизации у пациентов с COVID-19 в остром периоде заболевания.

4. Провести сравнительный анализ особенностей отношения к болезни и нервно-психической устойчивости у пациентов в остром периоде COVID-19 и ОРВИ.

5. Провести сравнительный анализ отношения к болезни у пациентов в остром периоде COVID-19 и постинфекционными состояниями (продолжающийся симптоматический COVID-19 и постковидный синдром).

Объект исследования: отношение к заболеванию при COVID-19.

Предмет исследования: особенности структуры отношения к болезни у пациентов в остром периоде COVID-19.

Гипотеза 1: отношение к болезни в остром периоде COVID-19, в отличие от ОРВИ, характеризуется преобладанием аффективного компонента.

Гипотеза 2: преобладание аффективного компонента отношения к болезни в остром периоде COVID-19 связано с информационно-поисковой активностью пациентов.

Методы исследования:

1. Организационные (методологические подходы):

- Смешанный (mixed-methods) подход – объединение качественных и количественных методов.

-Сравнительный подход – как принцип организации.

-Кросс-секционный (резовий).

2. Эмпирические методы:

- Клинико-психологическое обследование.

- Психодиагностические методы.

- Анкетирование.

3. Методы обработки и анализа данных:

- Контент-анализ;

- Методы статистической обработки (F-критерий Фишера, U-критерий Манна-Уитни, коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

Методики исследования:

1. Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) А. Е. Личко и Н. Я. Иванова.

2. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К. К. Яхина и Д. М. Менделевича.

3. Авторская методика «Отношение к COVID-19», основанная на принципе «незаконченных предложений» Д. Сакса

4. Авторская анкета, разработанная для уточнения социально-демографического статуса и анамнеза пациента.

Исследование опирается на **следующие теоретико-методологические основания:**

1. Концепция «отношения личности» (А. Ф. Лазурский, В. Н. Мясищев, Б. Ф. Ломов, М. Я. Басов и другие).

2. Теория «отношения к болезни» (А. Гольдштейдер, Р. А. Лурия, Т. Н. Резникова, В. М. Смирнов, Г. Левинталь, А. Е. Личко, А. Ш. Тхостов, В. Н. Николаева и другие).

3. Положения о психогенном воздействии на психику (О. Бумке, Р. А. Лурия, К. Ясперс, П. Б. Ганнушкин, А. М. Свядощ, В. Н. Мясищев, Б. Д. Карвасарский, А. Б. Смулевич, М. Я. Мудров, И.А. Кассирский, К. И. Платонов, Ю. В. Каннабих, Д. В. Михель и другие).

Теоретическая значимость работы заключается следующем.

Результаты вносят вклад в развитие концепции отношения к болезни, углубляя понимание психологических особенностей формирования типов реагирования и отношения к болезни к острым респираторным вирусным заболеваниям, протекающим в условиях ЧС, на примере пандемии COVID-19.

Рассмотрена роль психогенного фактора (инфодемии) развития дезадаптивных типов отношения к болезни при COVID-19. Раскрыты факторы превалирования аффективного компонента в общей структуре отношения к

болезни при COVID-19. Показана взаимосвязь информационно-поискового поведения пациентов в остром периоде COVID-19 и развития у пациентов реактивной тревожности и снижения адаптационного потенциала личности в контексте пандемии.

Проведен сравнительный анализ особенностей отношения к болезни при COVID-19 со схожим с патогенетической точки зрения заболеванием, – ОРВИ. Результаты исследования показывают динамику трансформации отношения к болезни при постковидных состояниях (после перенесенного COVID-19 и при постковидном синдроме), что позволяет, в свою очередь, дать прогноз психологическому состоянию пациента с постинфекционными проявлениями легкой и средней тяжести в условиях пандемии.

Практическая значимость заключается в том, что полученные в ходе исследования психологические характеристики пациентов рассматриваются в комплексе и могут использоваться для повышения эффективности и индивидуализации оказания медико-психологической помощи пациентам (с обоснованным выделением мишеней для последующей психологической коррекции).

Результаты данного исследования могут быть положены в основу системы дифференциальной психодиагностики невротических состояний пациентов в условиях ЧС.

Обоснована необходимость разработки дифференцированных программ психологической коррекции для пациентов на различных стадиях заболевания, протекающего по схожему с пандемическим принципу (с длительной изоляцией, высокой неопределенностью и угрозой жизни).

Сформулированы рекомендации для системы здравоохранения по оптимизации информирования населения в условиях затяжных кризисных ситуаций. Проведена апробация методики «отношение к COVID-19», построенная на принципе незаконченных предложений.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Отношение к болезни у пациентов в остром периоде COVID-19 легкой степени тяжести характеризуется структурным своеобразием и комплексом дезадаптивных проявлений в виде катастрофизации прогноза и последствий заболевания; фиксации на факте заболевания, а не на актуальных телесных ощущениях; высокого уровня реактивной тревожности, переживания информационного стресса в условиях дефицита информации о заболевании.

2. Информационно-поисковая активность высокой интенсивности у пациентов с COVID-19 выступает дезадаптивным фактором. Активный поиск информации, обусловленный ситуативной тревогой и насыщенный статистикой смертности и данными об угрозе, не снижает неопределенность, а, напротив, усиливает тревожно-фобические переживания и способствует формированию невротического способа реагирования на болезнь.

3. Отношение к болезни у пациентов, перенесших COVID-19, характеризуется фиксацией на телесных ощущениях и отсутствием проявлений реактивной тревожности вследствие приобретенного опыта заболевания, что свидетельствует о процессе психической адаптации.

4. В структуре отношения к болезни у пациентов с постковидным синдромом дезадаптивный аффективный компонент с выраженным явлениями тревоги сочетается с фиксацией внимания на соматических симптомах и самочувствии.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПРИ COVID-19

1.1 Психология отношения к болезни

1.1.1 Теоретические предпосылки изучения «отношения к болезни»

При рассмотрении такого феномена, как «отношение к болезни», необходимо опираться на концепции и исследования, проведенные в рамках двух направлений: психология отношений и психология больного.

Категория «отношение личности» является достаточно проработанной и изученной как в отечественной, так и в зарубежной психологии.

Согласно зарубежным исследователям (Д. Уотсон, Р. Мэй, В. Франкл, Р. Кеттел, Г. Айзенк, Г. Олпорт, Г. С. Салливан, Э. Эриксон, А. Адлер, Э. Фромм, Дж. Бюдженталь, Э. Берн и другие), данный феномен принято рассматривать с позиции субъективных и объективных отношений.

В отечественной психологии первым, кто обозначил проблему отношения личности, является В. М. Бехтерев. По его мнению, личность обладает индивидуальным отношением к окружающей среде и является психическим индивидом со всеми самобытными отличительными чертами. Другими словами, является человеком, который представляет собой самодеятельного субъекта в отношении окружающей среды [10].

По мнению А. Ф. Лазурского, ученика и последователя В. М. Бехтерева, [42] отношение является центральным фактором личностной структуры.

А. Ф. Лазурский, в соавторстве с С. Л. Франком, в труде «Программа исследования личности в ее отношениях к среде» отмечал, что «отношение» – это ни что иное, как периферическая часть психического, которая обеспечивает связь между эндопсихикой и экзопсихикой [41].

Эндопсихика – совокупность всех взаимосвязанных психических элементов и функций, а экзопсихика – отношение личности к внешним объектам, к среде обитания человека [41].

Ядром личности, по мнению А. Ф. Лазурского, выступают отношения между человеком и окружающим миром, а также между эндопсихическими и экзопсихическими проявлениями. Данные отношения проходят разные уровни становления. На разных уровнях их соотношения будут изменяться. Система субъективных отношений, по мнению исследователя, составляет ядро характера [42].

А. Ф. Лазурский отличает следующие типы отношений:

- 1) случайные, кратковременные отношения;
- 2) стойкие, хорошо укоренившиеся отношения [18].

В. Н. Мясищев, развивая идеи А. Ф. Лазурского, утверждает, что отношение личности является активной, осознанной, интегральной, избирательной, основанной на опыте взаимосвязью личности с различными аспектами действительности. Основополагающим может считаться то, что характеризует индивида как комплекс общественных отношений, то есть в данном аспекте выступают как система взаимосвязей личности с её действительностью. Социальные отношения делятся на следующие формы: объективные и субъективные [55]. По его мнению, отношения образуют центральное качество личности. В таком случае они представляют целостную систему индивидуальных, селективных, сознательных взаимосвязей с разными сторонами объективной реальности [45].

В системе отношений, по мнению В. Н. Мясищева, ключевую позицию занимают отношения индивида к социальной среде, коллективу, группе и к себе. Важнейшие и самые наполненные отношения складываются в межличностном взаимодействии. Он акцентирует такие стороны отношения, как: эмоциональная, оценочная и поведенческая. Каждая из них обуславливается характером актуального взаимодействия личности с окружающей его средой и другими людьми [18, 55].

При рассмотрении отношения к личности М. Я. Басов выделяет понятие «субъект-объектная связь». В своих более поздних трудах данный вопрос изучал в рамках психологии деятельности [37].

Б. Ф. Ломов рассматривает данный вопрос через понятие «субъективные отношения», которое обозначает как субъективную позицию человека в его объективном окружении и выражает пристрастность человека к чему-либо. Он считает, что организацию отношений можно было бы охарактеризовать как многогранное «субъективное пространство». Каждое из пространств подходит определенному субъективно-личностному отношению. Он отделяет понятие «отношение» от смежных. Например, «установка», «аттитюд» или «направленность». Основные функции субъективных отношений – отражение социальных отношений в их динамике; включение человека в социальную жизнь путем адаптации человека к социуму, а также схематизация знаний о себе, мире и о том, какое положение личность занимает в этом мире [46].

С момента преобразования медицинской психологии в отдельное направление психологической науки, одной из важнейших ее задач стало развитие такого научного раздела, как психология больного.

Одним из ключевых понятий в данном разделе медицинской психологии является «тип реагирования» или «тип психического реагирования» на болезнь [17]. На тип реагирования влияют такие факторы, как «объективная» и «субъективная» тяжесть заболевания.

«Объективную тяжесть болезни» принято рассматривать с точки зрения этно- и социокультуральных особенностей, позволяя допущение о том, что одно заболевание может быть тяжелее другого, а также различные последствия. «Субъективная тяжесть болезни», в свою очередь, раскрывает весь комплекс переживаний и оценочных суждений пациента о своем недуге. Она же и будет являться «отношением к болезни» [17].

По сути, «отношение к болезни» допустимо считать синонимом различных дефиниций, которые раскрывают и описывают субъективную реакцию человека на заболевание: «субъективное отношение», «концепция болезни», «нозогнозия», «внутренняя картина болезни», «переживание болезни», «чувство болезни», «переживание болезни», «восприятие болезни» и другие. При анализе данных понятий обнаруживается их семантическая

близость. Так или иначе, все они отражают личностное отношение, смысл заболевания для пациента [17, 22, 59].

Так, в начале XIX в. М. Я. Мудровым была поставлена задача изучения субъективного отношения к болезни. Он считал, что для успешного исхода лечения пациента необходимо определить отношение пациента к своему недугу и его вероятных причин [54].

В 1898 г. А. Гольдштейдером было предложено разделение картины болезни на «аутопластическую» (АКБ – далее) и «аллопластическую». АКБ является продуктом познания и осмысливания человеком изменений в его состоянии. Аллопластическая – совокупность симптомов. По утверждению исследователя, между ними не может быть полного соответствия по причине того, для человека, на субъективном уровне, не представляется возможным точно отражать работу организма. К тому же, для больного первый тип картины болезни дает возможность контролировать, осмысливать и упорядочивать новую реальность [86]. Схематично АКБ можно представить следующим образом (рисунок 1):

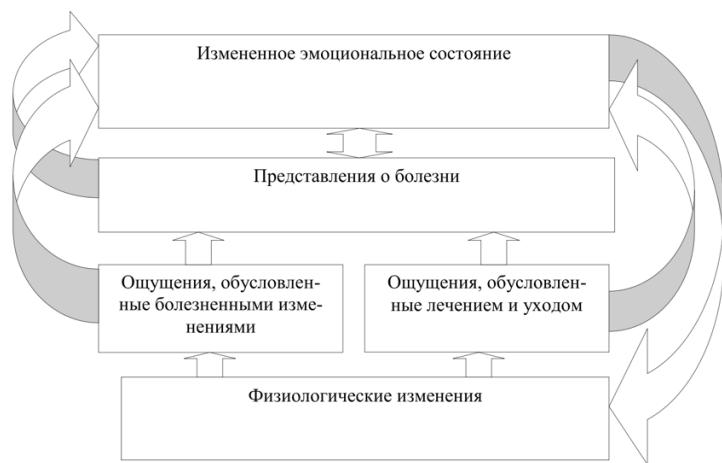


Рисунок 1. «Аутопластическая картина болезни» по А. Гольдштейдеру

В соответствии с представленной схемой, автор считал, что эмоциональное состояние, которое обусловлено проживанием болезненных ощущений, и представлениями о заболевании, определяет и, как следствие, усугубляет физическое состояние пациента [23].

Г. А. Захарин и П. Б. Ганнушкин стали основоположниками целостного подхода в изучении психологии больного с акцентом на его личность, при

котором, по мнению авторов, повышается эффективность с точки зрения организации лечения [47].

К. Ясперс в начале XX в. вводит такие понятия, как осознание и постижение болезни. Под первым он понимает субъективное ощущение непорядка в организме, под вторым – способность и стремление человека к более-менее правильному вынесению суждения о своей болезни [92].

Таким образом, в научной литературе сформировалось представление о том, что пациент не только переживает соматическое заболевание, но и активно формирует отношение к изменённому соматическому статусу.

1.1.2 Особенности изучения отношения к болезни в отечественной психологии

В отечественной психологии категория «отношение к болезни» исследуется с позиции нескольких ключевых концепций: «внутренней картины болезни», «типов реакций на болезнь», «типов отношения к болезни», а также через установление факторов, влияющих на формирование отношения к болезни [17, 59, 86].

I. Внутренняя картина болезни (ВКБ – далее).

Согласно анализу Е. В. Громыко, процесс типологизации реакций на заболевание в отечественной науке развивался параллельно с классификацией типов отношения к болезни и исследованием факторов её формирования [17]. Принципиальным толчком к углублённому изучению феномена «отношения к болезни» в рамках медицинской психологии стало появление и концептуальное оформление понятия «внутренняя картина болезни».

Р. А. Лурия (1935) выделяет внешнюю и внутреннюю картину болезни. Первая является объективной, вторая – субъективной: «Все то, что переживает больной, вся масса его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом к врачу – весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных

сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психологических переживаний и травм» [47].

Последующее дополнение и развитие концепции А. Гольдштейдера об АКБ получило в трудах Р. А. Лурии, который при рассмотрении отношения к болезни акцентировал внимание на сенситивном (телесном), эмоциональном и когнитивном аспектах. Подход Р. А. Лурии учитывал многообразие внутреннего мира пациента: от особенностей восприятия до внутриличностных конфликтов [17].

Схематично модель Р. А. Лурии можно представить следующим образом:

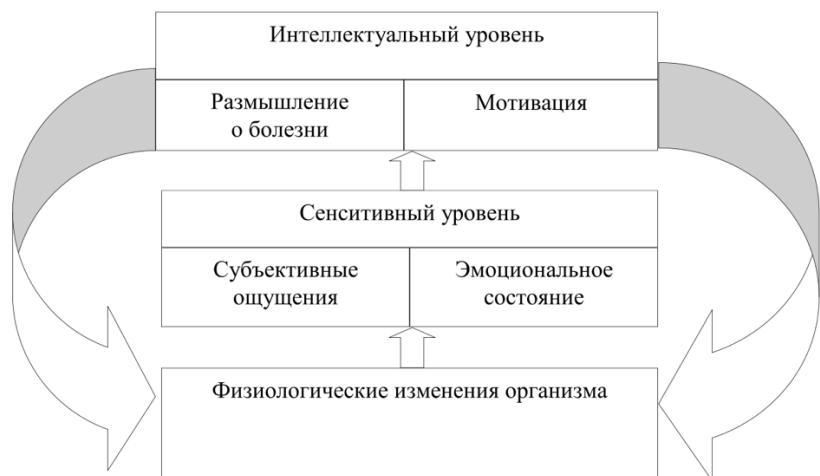


Рисунок 2. Внутренняя картина болезни по Р. А. Лурии

Как видно из представленного рисунка, Р. А. Лурия считает, что верхний (интеллектуальный) уровень определяет и, как следствие, усугубляет физическое состояние пациента. То есть противопоставляет свою точку зрения представлению А. Гольдштейдера об «аутопластической картине болезни» [23].

В дальнейшем данную модель развивали преимущественно представители московской психологической школы [59, 86]

В 1936 г. Е. А. Шевалев вводит понятие «переживание болезни», в которое входят: отношение к самому себе, своему состоянию, окружающим и деятельности [17].

В 40-е гг. XX в. начинается более глубокое изучение ВКБ, а также формирование личностного подхода к пониманию данного феномена. Так, Р. А. Лурия выделяет следующие уровни ВКБ: сенситивный и интеллектуальный. Первый связан с ощущениями, особенностями восприятия и эмоциональными переживаниями пациента. Второй – со знаниями и собственными представлениями о заболевании. Данные структуры, по мнению Р. А. Лурия, зависят от личностной структуры пациента, социального окружения и среды, уровня культуры и воспитания [17, 47, 59].

В 50-х гг. XX в. исследователями делается упор на рассмотрении субъективного отношения пациентов к соматическими заболеваниям (В. В. Костикова, Л. Д. Зикеева, Ю. Е. Куртanova, Г. Ф. Рыбин, А. В. Штрахова, В. Ю. Елецкий и другие) [17].

В 60-х гг. XX в. ВКБ начали рассматривать в контексте психиатрических расстройств (Н. П. Татаренко, В. Я. Костерева, А. С. Новиков, А. С. Познанский, Г. В. Бурковский, В. М. Банщиков, В. В. Чирко, В. А. Ташлыков и другие) [17].

Если обобщить, то с конца 1950-х по начало 1970-х гг. XX в. различными исследователями вводится множество понятий, отражающих субъективную сторону болезни: «сознание болезни», «отношение к болезни» (Л. Л. Рохлин, 1957), «чувство болезни» (Е. К. Краснушкин, 1960), «концепция болезни», «масштаб переживания болезни» (В. Н. Мясищев, С. С. Либих, 1966), «реакция на болезнь» (Д. Д. Федотов, 1970), «позиция к болезни» (Я. П. Фрумкин, И. А. Мизрухин и Н. В. Иванов, 1970), «реакция адаптации» (О. В. Кербиков, 1971) [59].

В 70-80-х гг. XX в., при дальнейшем изучении ВКБ, исследователями был сделан акцент на выделение структуры, моделировании ВКБ. Причиной этого послужило осознание исследователей в том, что выделенные ранее Р. А. Лурией структуры ВКБ не в полной мере могут объяснить концепцию в целом. Прежде всего данный этап изучения ВКБ связан с такими исследователями,

как В. В. Николаева, В. М. Смирнов, В. А. Ташлыкова и Б. Д. Карвасарский [17].

Так, в 1976 г., в рамках теории деятельности А. Н. Леонтьева, В. В. Николаева дополнила двумя компонентами структуру ВКБ, которая выглядит следующим образом:

- чувственный (телесный/сенсорный) уровень;
- эмоциональный уровень;
- интеллектуальный уровень;
- мотивационный уровень [59, 60].

Во многих исследованиях отмечаются наличие у пациентов в структуре ВКБ защитных механизмов, приводящих к искажению восприятия своей болезни [17].

В 1980 г. А. В. Квасенко и Ю. Г. Зубарев вводят понятие «соматогнозия» – познание болезни у психически здоровых лиц [17].

Как считает Б. Д. Карвасарский (1982), ВКБ включает в себя переживания больного и осознания им своего заболевания [30].

Согласно позиции А. Б. Смулевича (1983), внутренняя картина болезни (ВКБ) представляет собой комплекс, включающий представления, эмоциональные реакции и поведенческие паттерны пациента, обусловленные его физическим недугом.

Выделение типов внутренней картины болезни (ВКБ) основывается на двух оценочных параметрах:

1. Шкала «гипернозогнозия – гипонозогнозия», отражающая степень субъективной значимости соматического страдания для пациента (от высокой к низкой).

2. Шкала «эгодистонность – эгосинтонность», характеризующая отношение к болезни: от активного целенаправленного противодействия недугу (эгодистонность) до пассивного принятия и отстраненности от него (эгосинтонность) [77].

В 1983 г. В. М. Смирновым и Т. Н. Резниковой была предложена информационно-кибернетическая модель ВКБ, в центре которой стоит понятие «церебральное информационное поле». Церебральное информационное поле представлено телесными ощущениями, сензитивностью, культуральными убеждениями пациента относительно собственного состояния, а также его опытом. При сопоставлении ожидаемых и реальных результатов терапии пациент переживает либо отрицательные, либо положительные эмоции [75].

В 1984 г. В. А. Ташлыков выделяет психоцентрированный и соматоцентрированный типы ВКБ [80].

А. Ш. Тхостовым (1993, 2002), под влиянием идей Р. Барта и А. Н. Леонтьева, была предложена семиотическая концепция ВКБ, раскрывающая механизм её формирования в 3 этапа:

1) Этап «чувственной ткани» – телесные ощущения, лишенные четкой локализации и дифференцированности, которые выражаются в эмоционально-оценочных категориях.

2) Этап «первичного означения ощущений» – обретение ощущениями четкой локализации и дифференцированности, которые оцениваются по интенсивности. Ощущения, в конечном итоге, выражаются преимущественно посредством метафор, например, «ноющая боль».

3) Этап «вторичного означения ощущений» – ощущения дополняются так называемыми «мифами болезни» – социокультурной системой представлений и стереотипов о природе заболевания, прогнозе, методах лечения и так далее.

Благодаря этому происходит включение телесных ощущений в ВКБ, то есть они становятся симптомами. После чего телесные ощущения приобретают двойственную природу: данные ощущения имеют чувственную реальность, наполнены определенным содержанием и ценность как, с одной стороны, так и уход на второй план содержания этих ощущений и подчинение логике мифов, – с другой. Понятие «миф» в данном случае выступает в

качестве знаковой системы, способом вторичного означения, и не несет под собой какой-либо оценки или неправдоподобности. Миф, по мнению А. Ш. Тхостова, заменяет под собой реальность [82].

А. Ш. Тхостов, рассматривая взаимосвязь отношения к болезни и мотивации, выделяет 3 смысла болезни:

1) Позитивный, когда заболевание способствует достижению мотива. В данном случае заболевание выступает как средство сочувствия, снимает обвинения в неуспешности, снимает с пациента ответственность за определенные поступки и неудачи и способствует сохранению высокого уровня самооценки. Другими словами, болезнь является вторичной выгодой и служит для пациента оправданием, применительно к ситуациям социального характера, добиваясь поддержки со стороны социального окружения или отказываясь от выполнения нежелательный с его точки зрения видов деятельности. Пациенты, у которых преобладает данный тип смысла, входят в категорию «трудных». Самым эффективным методом коррекции, в данном случае, будет являться лишение пациента вторичных выгод или демонстрация пациенту упущенных возможностей вследствие его поведения.

2) Конфликтный, когда способствует достижению определенных мотивов, но препятствует достижению других. Такие проявление, как замкнутость, эмоциональное обеднение пациентов обусловлены снижением его социальной активности. Доминирующий мотив «сохранения жизни» преобразует систему мироощущения и ценностную структуру, за счет чего у пациентов возникает чувство по типу: «Всё стало по-другому».

3) Негативный, когда заболевание препятствует достижению мотива. Он способствует формированию следующих проявлений: отрицание реальности, регрессия, недоверие к врачам, забывание обследований, пренебрежительное отношение к поставленным диагнозам, повышение чувствительности, рационализация (механизм защиты) и так далее [85].

В дальнейших исследованиях А. Ш. Тхостова и А. С. Нелюбиной (2012) было установлено, что на формирование интеллектуального уровня ВКБ в

первую очередь влияют житейские представления, подчиняющиеся всем закономерностям обыденного сознания. Они внутренне противоречивы, слабо рефлексируемы, эмоционально пристрастны, огрублены, конкретны, а как следствие, оцениваются субъектом в качестве истинных [83].

Сравнивая пациентов, проходящих домашнее и стационарное лечение, Э. А. Сколова (2006) приходит к выводу, что существуют различия ВКБ пациентов, проходящих курс лечения в медицинском учреждении и без утраты трудоспособности. У лиц без потери трудоспособности отмечается снижение мотивации достижения успеха в их профессиональной деятельности [78].

В 80-х гг. XX в. одновременно с расширением понимания ВКБ начинает вестись изучение «внутренней картины здоровья» (ВКЗ – далее). Термин был впервые употреблен В. М. Смирновым и Т. Н. Резниковой. С их точки зрения, ВКЗ представляет собой некий эталон здоровья человека, который включает в себя эмоциональные реакции, представления и логические операции [27].

Изначально, как отмечает А. Б. Орлов (1991), понятия ВКБ и ВКЗ противопоставляются друг другу. ВКБ описывается буквально как «антоним», «противоположная модель» ВКЗ [63].

Однако В. Е. Каган (1993) отстаивает точку зрения в необходимости объединения данных понятий в один единый конструкт. В его понимании, ВКБ является «частным случаем» ВКЗ, – вариантом ВКЗ в определенных условиях, в ситуации болезни. В данном подходе модели ВКБ и ВКЗ должны быть идентичными друг другу, иметь одну и ту же структуру, описывать одну и ту же феноменологическую реальность. Так, В. Е. Каган рассматривает ВКЗ как «семиотическое пространство», как целостное представления человека о своем здоровье [28, 51].

В. А. Ананьев (1996) выделяет 3 уровня ВКЗ:

-когнитивный (интеллектуальный) включает в себя весь спектр знаний о здоровье из различных источников: от житейско-бытового познания до научных трудов;

-эмоциональный включает в себя все ощущения, чувства, эмоции, связанные со здоровым самочувствием;

-поведенческий включает в себя стремления личности к совершенствованию своего здоровья [3].

Под ВКЗ понимают сформированное у человека понимание собственного здоровья; совокупность самоощущений, чувствования себя, определение актуального состояния и прогноза ресурсов организма. Его развитие начинается в детском периоде, а реализация осуществляется через раскрытие потенциала человека как личности, и как индивида (по В.А. Ананьеву: потенциал разума, воли, тела, чувств, общественный, креативный и духовный) [51].

Целью адекватно сформированной ВКЗ является сохранение здоровья, а также развитие мотивации в его улучшении [51].

Несмотря на то, что ВКЗ является объектом изучения психологии здоровья в то время, как ВКБ рассматривается в медицинской, некоторыми исследователями отмечено практическое применение данного понятия к клинике. Так, по мнению В.М. Ялтонского и Л. Н. Богдановой, внутренняя оценка личностью собственного здоровья (ВКЗ) и болезни (ВКБ) непосредственно оказывает влияние на протекание лечения и на исход в целом. Лечащий врач, принимая во внимание ВКЗ больного, способен произвести корректировку курса лечения в соответствии с особенностями личности пациента [27, 51].

Однако стоит отметить, что ВКЗ и ВКБ больного могут не совпадать вследствие неадекватного восприятия пациентом собственного состояния. Поэтому лечащему врачу необходимо придавать большое значение взаимодействию с пациентом. Р. А. Лурия, опираясь на работу немецкого психиатра О. Бумке (1925) «Врач как причина душевных расстройств», отмечает, что существует феномен «иатрогении» (ятрогении) – ухудшения состояния пациента вследствие (не)умышленного влияния на него со стороны лечащего врача и медицинского персонала [47, 51].

Таким образом, ВКБ – целостный образ заболевания, который возникает у пациента; познание субъектом себя в заболевании; часть самосознания пациента; сложное динамическое образование, сформированное под воздействием множества переменных; процесс адаптации к болезни [17].

II. Типы реакций на болезнь.

В 80-х гг. XX в. в отечественной психологии активно развиваются классификации типов реагирования на болезнь.

Согласно классификации, предложенной А. В. Квасенко (1980), реакции личности на заболевание разделяются на «нормальные» и «психопатологические». Последние дифференцируются на фобические, истерические, ипохондрические и аноногнозические формы. Что касается отношения индивида к собственному здоровью (соматоногнозии), исследователь выделяет несколько типов:

1. Нормосоматоногнозия – адекватное восприятие и реалистичная оценка своего физического состояния.
2. Гиперсоматоногнозия – склонность к гипертрофированию значимости имеющихся симптомов и тяжести заболевания.
3. Гипосоматоногнозия – недооценка серьёзности болезни, ведущая к игнорированию врачебных рекомендаций и пренебрежению лечением.
4. Диссоматоногнозия – полное отрицание факта заболевания [31].

В 1982 г. Б. А. Якубов выделяет такие типы реакций, как содружественная, спокойная, неосознаваемая, следовая, негативная, паническая и разрушительная, при которых возможны следующие эмоционально-поведенческие реакции пациентов на болезнь.

- 1) Демонстрация пациентом пунктуального, педантичного и созидающего подхода в лечении.
- 2) Демонстрация пациентом спокойной реакции на указания врача и последующее их исполнение.
- 3) Демонстрация пациентом отрицания наличия у себя какой-либо патологии.

4) Демонстрация пациентом опасений по поводу возможного возникновения рецидива после выздоровления.

5) Демонстрация пациентом недоверия к выбору методов лечения и компетентности медицинского персонала.

6) Демонстрация пациентом ипохондрический тенденций с выраженным опасением за исход болезни.

7) Демонстрация пациентом аутоагрессивного поведения в виде пренебрежения рекомендаций лечащего врача [91].

Как считает В. А. Жмиров (2002), существуют 13 типов реакций пациента на заболевание:

1) Фобическая – реакция, при которой пациент склонен переоценивать тяжесть собственного заболевания и/или медицинского вмешательства (например, боится вызвать скорую из-за риска попадания в стационар).

2) Сенситивная – реакция, при которой пациент испытывает чувство стыда за собственное состояние (например, ему некомфортно находиться в общественном месте, демонстрируя свой недуг).

3) Депрессивная – реакция, при которой пациент испытывает чувство вины за собственное состояние и демонстрирует аутоагрессивное поведение (например, за нарушение режима лечения).

4) Ипохондрическая – реакция, при которой пациент демонстрирует «погружение в болезнь», выражющееся смещением фокуса его внимания на собственное состояние.

5) Истерическая – реакция, при которой пациент воспринимает собственное заболевание в качестве вторичной выгоды, и, как следствие, инструмента для манипулирования (например, вызвать чувство вины за свое состояние у мужа).

6) Дисфорическая – реакция, при которой у пациента проявляются признаки неврастении, сопряженные с экстернальным локус-контролем: раздражительность, озлобленность, проблемы со сном, обвинения окружающих в своем недуге (например, злоба на лечащего врача).

7) Сутяжно-паранойяльная (врач «специально» вредил) – реакция, характеризующаяся намеренным зловредительством со стороны пациента, считающего, что он пострадал несправедливо (например, спаивание других людей, заражение других заболеваниями, передающимися половым путем, и так далее)

8) Эйфорически-анозогностическая –реакция, при которой пациент необоснованно недооценивает тяжесть заболевания или проявляет излишний оптимизм в сочетании с наплевательским отношение к процессу лечения (например, при алкоголизме).

9) Суициdalная – реакция, при которой пациент единственным выходом из сложившейся ситуации видит самоубийство. Данный тип реакции может быть обусловлен либо болевыми ощущениями, сопровождающими пациента на протяжении долгого времени, страхом перед смертью естественным путем, или состоянием шока (например, после постановки смертельного диагноза).

10) Регрессивная – реакция, при которой пациент демонстрирует снижение мотивации, с преобладанием установки на принятие последствий (например, инвалидности).

11) Утилитарная – реакция, при которой пациент при отсутствии веры в успешность лечения посвящают остаток собственной жизни определенной цели.

12) Эргопатическая – реакция, при которой пациент предпринимает попытки сокрытия собственного заболевания (например, кадровый военный считает, что его могут уволить из-за проблем со здоровьем).

13) Реакция отчуждения – реакция, при которой пациент демонстрирует отстраненное переживание собственного состояния [25].

Н. Д. Лакосина (2005) считает, что на формирование реакции на заболевание имеют влияние следующие факторы:

1. Характер и степень протекания заболевания.
2. Вероятный исход лечения.

3. Субъективные представления пациента о своем заболевании.
4. Социально-психологическое взаимодействие пациента со своим окружением [43].

III. Типы отношений к болезни.

При разработке данной концепции исследователями делается акцент скорее не на субъективных представлениях о заболевании, а на личностном (эмоциональном) отношении к нему.

В 1957 г. Л. Л. Рохлин создает классификацию типов отношения к болезни, включающую в себя:

1) Депрессивно-астенический – тип отношения к болезни, проявляющийся в общая астенизация организма, усталости, ослаблении побуждений к активной деятельности, эмоционального оскудения, чувства подавленности, ощущений «разбитости», повышенная чувствительность, зацикленность на неудачах и невозможность активного сопротивления болезни.

2) Психастенический – тип отношения к болезни, проявляющийся в преобладании у больного тревожно-фобического поведения по поводу последствий от процедур, исхода заболевания и будущего в целом, несмотря на реальное положение дел и мнение его лечащего врача.

3) Ипохондрический – тип отношения к болезни, проявляющийся в излишнем сосредоточении внимания пациента к собственному состоянию, самостоятельном толковании симптомов, проявляющихся у него, переоценки своего состояния, активного изучения литературы медицинского толка, а также настойчивом обращении к врачам различной специализации с последующим требованием в оказании ему медицинской помощи.

4) Истерический – тип отношения к болезни, проявляющийся в переоценке собственного состояния. Похож на предыдущий тип, однако, если в первом случае пациента прежде всего будет волновать свое здоровье, то во втором – получение вторичной выгоды от собственного состояния. Склонны к

привлечению внимания со стороны медперсонала и социального ожидания, а также к негативным реакциям в ситуациях недооценки или непонимания с их стороны. Пациент с данным типом в своем поведении демонстрирует высокий уровень театральности, эмоциональности и трагичности.

5) Эйфорически-анозогнозический – тип отношения к болезни, проявляющийся в игнорировании пациентом обнаруженного заболевания (или некоторых симптомов), нарушении всех предписаний врача, тем самым нанося серьезный ущерб собственному здоровью. Другими словами, происходит вытеснение болезни, которое чаще всего встречается у больных со СПИД, туберкулезом, онкологическими и психиатрическими заболеваниями [71].

Л. Л. Рохлин считает, что на формирование отношения к болезни влияют восприятие болезни, переживания, связанные с ней, и её оценка, а само отношение к болезни играет ключевую роль в выздоровлении больного [71].

Ряд исследователей, в частности Н. И. Рейнвальд, А. Д. Степанов, Л. Н. Лежепеков и П. Я. Якубов, рассматривают типологию отношения к болезни, в основу которой положены особенности взаимодействия в диаде «врач–пациент» [17].

Так, Н. И. Рейнвальд (1969) предлагает следующую классификацию типов отношение к болезни: пассивно-страдательное; активно-положительное; «уход в болезнь»; отрицание наличия заболевания; спокойно-выжидательное отношение; активное противодействие недугу [70].

Стоит отметить, что в данном направлении большинство исследований было проведено преимущественно представителями ленинградской школы психологии [17].

А. Е. Личко и Н. Я. Иванов (1980) на базе теории отношений В. Н. Мясищева разработали методику ТОБОЛ. Классификация опирается на три фактора: природа заболевания, тип акцентуации характера пациента и отношение к его болезни со стороны окружения. В рамках методики выделяются следующие типы отношения к болезни.

1) Гармоничный (реалистичный, взвешенный).

Особенностями данного типа отношения к болезни являются:

- оценка пациентом собственного состояния без склонности преувеличивать или преуменьшать его тяжесть;
- стремление к полному и активному содействию на пути к успеху лечения;
- стремление к облегчению близким тяготы ухода за собой;
- переключение интересов пациента на те области жизни, которые останутся ему доступные области жизни, а также акцентирование своего внимания на текущих делах и заботе о своих близких (в случае понимания неблагоприятного прогноза).

2) Эргопатический (стенический).

Данный тип характеризуется следующими критериями:

- «Уход от болезни в работу», проявляющееся в усилении ответственности и стремлении больше работать;
- проявление избирательного отношения к обследованию и лечению, которое обусловлено, стремлением, даже несмотря на тяжесть заболевания, продолжать трудовую деятельность;
- активное стремление к сохранению профессионального статуса и возможности продолжения трудовой деятельности в прежнем качестве.

3) Анозогнозический (эйфорический).

Признаками данного типа отношения к болезни будут являться:

- отбрасывание мысли о заболевании;
- в случае его признания – отбрасывание мыслей о возможных последствиях заболевания;
- стремление к преуменьшению значимости заболевания или отдельных симптомов, в частности, и не обращать на болезнь никакого внимания.
- пренебрежительное отношение к своему лечению, предписанному лечащим врачом режиму, и возможный отказ от дальнейшего медицинского вмешательства;

-проявление побуждения «во всем разобраться самому» и «обойтись своими силами», а также выражение надежды на то, что «все само обойдется»;

-возможное неоправданное повышение эмоционального фона,

-пренебрежительное отношение к своему лечению.

4) Тревожный (тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический).

Он характеризуется следующими особенностями:

-генерализацией тревоги;

-опасениями маловероятных осложнений болезни, неудачного исхода лечения, его последствий, которые проецируется и на социальную жизнь пациента;

-выраженным интересом к объективным данным обследования, и менее выраженными к субъективным ощущениям (в отличие от ипохондрического типа);

-поисковой активностью новых способов лечения, интересом к дополнительной информации о заболевании и методах его лечения, поиском авторитетного мнения, а также частой сменой лечащих врачей;

-возможными проявлениями обсессивно-компульсивного поведения, во время которого пациентам присуще исполнение ритуалов для снижения напряжения.

5) Ипохондрический.

Данный тип характеризуется:

-чрезмерным акцентированием своего внимания на субъективных болезненных и неприятных ощущениях и последующее стремление пациента рассказывать о них врачам и своему окружению;

-преувеличением реальных и желание в нахождении несуществующих болезней и страданий;

-совокупностью желания лечиться и неверия в успех.

6) Неврастенический.

Особенностями данного типа отношения к болезни являются:

-поведение по типу «раздражительной слабости»;

-при неприятных, болевых ощущениях, а также неудачах лечения наблюдаются вспышки раздражения, которые, как правило, направлены на первого встречного. Другими словами, у пациента отсутствует, умение терпеть свою боль, терпеливость в обследованиях;

-в последующем пациент демонстрирует критическое отношение к своим поступкам и необдуманным словам; нарастающее чувство вины приводит к раскаянию и просьбам о прощении.

7) Меланхолический (витально-тосклиwyй) характеризуется следующими признаками:

-неоправданно преувеличенная удрученность своим состоянием, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения;

-частые депрессивные высказывания вплоть до суициального поведения (образования суицидных мыслей);

-пессимистический взгляд как на свое лечение, так и на жизнь в целом (даже при благоприятном прогнозе и объективно удовлетворительном самочувствии);

8) Апатический.

Признаками данного типа отношения к болезни будут являться:

-полное безразличие к исходу болезни, так и дальнейшей судьбе;

-пассивное подчинение пациентом прохождению процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны его социального окружения;

-утрата интереса ко всем аспектам жизни, интересовавшие его ранее с демонстрацией вялость и апатии в своем поведении, деятельности и межличностных отношениях.

9) Сенситивный.

Данный тип характеризуется следующими критериями:

-чрезмерной ранимостью, уязвимостью, а также озабоченностью созданием неблагоприятного впечатления, которое может «выдать» окружающим сведения о заболевании;

-страх формирования мнения со стороны социального окружения пациента, что его начнут жалеть, относиться к нему как к неполноценному, относиться к нему с опасением или пренебрежением, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и даже избегать общения с больным;

-страх пациента превратиться в обузу для своего социального окружения;

-непостоянство настроения, связанное, главным образом, с межличностными контактами.

10) Эгоцентрический (истероидный).

Особенностями данного типа отношения к болезни являются:

«Принятие» болезни с позиции поиска вторичных выгод, получаемых из-за своего заболевания;

-демонстрация поведения по истероидному типу (эмоциональная нестабильность и непредсказуемость поведения) с целью получения преференций (например, выставление напоказ своим близким страданий и переживаний для того чтобы вызвать сочувствие и завладеть их вниманием);

-постоянная демонстрация своей исключительности с требованием не менее исключительной заботы о себе в ущерб другим повседневным задачам;

-отсутствие внимание к близким, с его первом «на себя»;

-при этом другие люди, которые требуют внимания и заботы, рассматриваются пациентом как «конкуренты»;

11) Паранойяльный.

Признаками данного типа отношения к болезни будут являться:

-демонстрация экстернального локус-контроля: уверенности в том, что заболевание является результатом внешних причин, чьего-то злого умысла;

-демонстрация высокого уровня подозрительности и настороженности к разговорам о себе, к препаратам и медицинским процедурам;

-как следствие, – уверенность в том, возможные осложнения или побочные действия лекарств являются результатом халатности или злого умысла врачей и медперсонала;

-последующие обвинения в адрес лечащих врачей и медперсонала с требованиями наказания их за проявленную халатность или злой умысел.

12) Дисфорический (агрессивный).

Данный тип характеризуется:

-преобладанием гневливого, мрачного, озлобленного настроения;

-предвзятым отношением к здоровым людям с проявлением к ним агрессии, зависти и ненависти (не исключая своего социального окружения;

-требованиями в особом внимании и тщательном контроле за его лечением;

-склонностью в обвинении других людей в своем недуге.

IV. Факторы формирования отношения к болезни.

Другим направлением в исследовании отношения к болезни является выявление и анализ определяющих его факторов. Глубокое раскрытие данной психологической категории требует системного учёта всей совокупности условий, участвующих в её генезисе.

А. В. Квасенко (1980) выделяет три этапа, отражающие динамику реакций пациентов на заболевание:

1) Сенсологический этап заключается в осознании неосознанных ранее ощущений: их характера, локализации, степени выраженности.

2) На оценочном этапе пациент осознает свои ощущения, дает оценку собственному состоянию; начинается формирование представлений о причинах и следствии заболевания.

3) Этап отношения к болезни связан с переживаниями больного и его поведением.

В. В. Николаева (1987) указывает на то, что «отношение к болезни» является динамическим и социально детерминированным образованием, на

развитие которого оказывает влияние множество факторов: пол, возраст, длительность и тяжесть заболевания и так далее. Исследователь считает, что отношение к болезни формируется поэтапно:

-1-й этап – от 5 до 10 лет – связан с формированием отношения к болезни через понимание пациентом ограничений. На данном этапе для формирования адекватного и структурированного отношения к болезни ребенку необходим близкий взрослый человек и/или лечащий врач;

-2-й этап – от 11 до 16 лет – связан с возможной враждебной реакцией подростка на вводимые ограничения вследствие болезненных переживаний, которые связаны с невозможностью построения планов на будущее, что необходимо подростку [60].

Как считает В. Д. Менделевич (2001), феномен «отношения к болезни» заключается в сочетании следующих функций:

- 1) интеллектуальная интерпретация диагноза болезни;
- 2) когнитивная оценка тяжести и прогноза;
- 3) формирование паттернов поведения и эмоционального реагирования.

По мнению В. Д. Менделевича, на формирование отношения к болезни влияют следующие группы факторов.

-Социально-конституциональные, к которым относятся:

- 1) Пол.

По результатам проведенных исследований установлено, что болевые ощущения, состояния ограниченной или полной обездвиженности переносятся женщинами лучше вследствие психофизиологических и социокультурных особенностей. Например, в странах Запада считается, что родильная деятельность ассоциируется у женщин с длительными болевыми ощущениями, вследствие чего формируется определенное отношение к боли, готовность испытать ее и, собственно, ярко выраженные болевые ощущения женщин. Обратный пример можно привести с женщинами, проживающими в африканских странах, в культуре которых женщины до самого последнего момента работают, а роды являются обыденным событием, вследствие чего

данное явление не ассоциируется с болью. Данный фактор, как правило, благоприятно влияет на роды, которые проходят более спокойно и безболезненно.

По мнению Е. Т. Соколовой, увечье или болезнь в значительной степени могут. Поменять субъективную ценность различных частей тела. Физический недостаток может повлиять на самооценку человека. Согласно проведенному исследованию выявлено, что самыми цennыми частями тела для двух тысяч респондентов (1000 мужчин и 1000 женщин) оказались половые органы и язык. В других психологических экспериментах было установлено, что самыми условно дорогостоящими частями тела являются руки, ноги и глаза. При этом психически больные люди оценивают свое тело несколько «дешевле», чем условно здоровые респонденты. В то же время, среди здоровых испытуемых мужчины оценивают собственное тело «дороже», чем женщины.

2) Возраст.

Как отмечает В. Д. Менделевич, для каждой возрастной группы существует собственный реестр тяжести заболеваний.

Так, существует взаимосвязь возраста пациента и его реакции на возникновение физических недостатков вследствие травматизации и возникновения заболеваний. Чем моложе человек, тем наиболее травмирующими являются заболевания и травмы, оказывающие прямое воздействие на внешность и лишающие их физической привлекательности. То есть заболевания или физические недостатки, которые не создают угрозу жизни и здоровью, но в соответствии с выстроенной системой ценностей на данном этапе развития и стремлением к удовлетворению одной из ключевых потребностей – в общении, являются наиболее беспокоящими их. Например, дерматологические заболевания (акне, дерматит и так далее), аллергии, травмы, проводимые ранее операции (швы, ожоги). Вышеперечисленные недостатки или заболевания приводят к снижению самооценки и, как следствие, к невозможности или неполноценному удовлетворению

потребности в общении. Помимо этого, стоит отметить, что лишь для данной возрастной группы характерен дисморфоманический синдром, характеризующийся в ложной убежденности пациента в наличии у него какого-либо либо физического недостатка (оценка конституции тела, его пропорций, красоты в целом). Пациенты, зачастую девушки, уверены, что для исправления ситуации необходимо хирургическое вмешательство.

Для лиц зрелого возраста наибольшую психологическую значимость обычно представляют хронические или приводящие к потере трудоспособности заболевания. Как и в более молодых группах, это связано с системой личностных ценностей. Однако главным стрессогенным фактором здесь выступает прямая угроза реализации ключевых потребностей данного жизненного этапа: в благополучии, самостоятельности, самоактуализации, материальной стабильности и независимости. Особую психологическую нагрузку несут заболевания, субъективно воспринимаемые как постыдные или социально осуждаемые (например, инфекции, передаваемые половым путём, психические расстройства, последствия прерывания беременности, проктологические проблемы), поскольку они создают дополнительную угрозу социальному и профессиональному статусу пациента. Например, постыдным будет афишировать информацию о недавно перенесенном инфаркте. Данная информация впоследствии может негативно сказаться на его профессиональном продвижении, поскольку факт перенесенного инфаркта будет ассоциироваться со слабостью.

Для пожилой и престарелой категорий людей самыми значимыми заболеваниями будут являться те, которые могут привести к летальному исходу (инфаркт, паралич, инсульт, деменция, онкологические заболевания, а также те, которые ассоциируются с потерей работоспособности [50].

Помимо этого, болезнь может восприниматься с позиции получения вторичной выгоды, – привлечения к себе внимания и окружения заботой со стороны близких во время и после прохождения лечения [51].

3) Профессиональный статус.

Существует корреляция между оценкой тяжести заболевания на настоящую или будущую работоспособность с лиц зрелого возраста. При этом особенную значимость приобретают обусловленная с профессиональной точки зрения ценность того или иного органа. К примеру, хореограф с психологической точки зрения может тяжело воспринять новость о переломе своей ноги, поскольку это лишит его статуса трудоспособного субъекта деятельности. Лицам, проявляющим преимущественно мыслительную активность, будет тяжело переживать известия о собственных недугах, связанных с нарушением центральной нервной системы, а именно с нарушениями когнитивных процессов (памяти, мышления, восприятия и так далее).

Помимо вышеуказанных факторов, на формирование отношения пациента к болезни будут играть уровень его образования и культуры. В частности, уровень культуры и образованности в медицинской сфере: недостаток или переизбыток информации может негативно отразиться на формировании у субъекта «правильного» с психологической точки зрения типа психического реагирования на заболевание [50].

-Индивидуально-психологические, к которым относят:

1) Темперамент и особенности нервной системы.

В зависимости от особенностей темперамента, человек по-разному реагирует на то или иное заболевание. Как отмечает В. Д. Менделевич, для формирования у человека того или иного типа реагирования на болезнь особую роль играют следующие особенности: эмоциональность, переносимость боли, а также ограничения движений и обездвиженности. Первые являются признаками эмоциональности, вторые – параметрами активности.

2) Характер.

В. Д. Менделевич указывает на то, что особенности характера лежат в основе синдромологической и феноменологической сформированности типа реагирования на болезнь. Соответственно, на

формирование отношения к болезни влияют такие факторы, как воспитание и социализация. В частности, это касается целенаправленного воспитания у детей отношения к болезням, выработки конструктивных способов их переносимости и определения позиции дихотомии «здоровье–болезнь» в индивидуальной иерархии значимостей. При реализации данного вида воспитания, родители, как правило, опираются на одну из традиций: «стоическую» или «ипохондрическую». В первом случае родители приучают ребенка не обращать внимание на свое плохое самочувствие, не выражать свое отношение к нему с помощью эмоций, продолжать заниматься своими делами, невзирая на свой недуг. Во втором – напротив, необходимо отслеживать собственное состояние и при малейших изменениях самочувствия сразу же сигнализировать об этом взрослым.

Помимо этого, на особенности реагирования на болезнь влияют акцентуации характера, которые могут лежать в основе типов психического реагирования на болезнь.

3) Свойства личности.

При рассмотрении личностных особенностей, влияющих на формирование отношение к болезни, исследователи выделяют такие социально обусловленные феномены, как морально-нравственные качества, религиозность, ценностно-мировоззренческие установки личности и другие.

Так, если рассматривать отношение к заболеваниям с возможным летальным исходом, в первую очередь следует отметить экзистенциальную позицию в отношении смысла жизни и жизни после смерти. У верующих людей и атеистов будет наблюдаться расхождение в отношении к тому или иному заболеванию. Первые, как правило, демонстрируют более смиренное и спокойное поведение, чем вторые. Для глубоко верующих людей смерть – естественный процесс, который, во-первых, зависит от некого высшего существа, а во-вторых, сменяется загробной жизнью или перерождением (в зависимости от религии). Атеисты зачастую демонстрируют поведение, основанное на экстернальном локус-контроле. Они начинают винить кого

угодно в собственных проблемах, психологически отгораживаются от собственного окружения, замыкаются в себе, переживая чувство обиды.

Можно выделить наиболее часто встречающиеся ценностно-мировоззренческие установки, формирующие отношение к той или иной болезни с точки зрения их происхождения и/или предназначения: заболевание как кара за собственные грехи: заболевание за кара за чужие грехи (грехи предков); заболевание как жизненное испытание; заболевание как назидание другим; заболевание вследствие ревности; заболевание вследствие зависти и так далее.

Данная группа установок основана на вере человека в некую взаимосвязь между его поведением или поведением его родственников и его морально-нравственными качествами. Субъект демонстрирует при этом пассивное, наблюдательное поведение с позиции невозможности принятия мер для противостояния своей болезни тем или иным способом. Характерна трактовка болезни на основании мистификации вследствие отсутствия у большинства пациентов научного подхода к толкованию собственных заболеваний. У пациента отсутствует критический подход к оценке причин возникновения ухудшения собственного состояния.

Вторая группа установок базируется на представлениях о болезнях с точки зрения наследственных или средовых факторов: заболевание как стечание обстоятельств; заболевание вследствие плохой генетики; заболевание вследствие плохой экологии; заболевание вследствие собственных ошибок; заболевание как неизбежность и другие.

На формирование данной группы установок влияют жизненный опыт, локус-контроля, медицинские знания и так далее. Стоит отметить, что отношение к болезни, сформированное на основании данной группы установок, не всегда является рациональной. Некоторые пациенты могут полностью отрицать влияние на их здоровье наследственных или средовых факторов, склоняясь в данном вопросе в определенную плоскость.

А формирование адекватного отношения к болезни имеют влияние уровень зрелости личности и уровень интеллекта [50, 51].

Помимо этого, для формирования отношения к болезни имеют высокое значение антиципационные возможности или «антиципационная состоятельность» пациента. Суть данного феномена заключается в умении предвосхищать ход событий, собственное поведение и поведение окружающих в процессе изменения ситуации, построение поведенческой программы, например, в случае возникновения тяжелого заболевания, которое может привести к психической дезадаптации, инвалидизации или летальному исходу. Обладающий антиципационной состоятельность пациент имеет возможность создавать различные и контролируемые паттерны поведения, мысленно готовя себя к любому исходу. Для пациента, который заранее готовит себя к исключительно положительному исходу, постановка диагноза, особенно тяжелого, например, лимфомы, может нанести вред его психическому состоянию, что, в свою очередь, может привести к демонстрации неадекватного типа психического реагирования на заболевание [50].

В. Н. Косырев (2003), с одной стороны, делает акцент на индивидуальном своеобразии отношения к болезни, с другой, – на факторах его формирования, оказывающие влияние на качество жизни пациента [36].

А. С. Нелюбина (2006) выделяет две группы факторов:

1) Личностные характеристики (особенности когнитивной, эмоциональной, мотивационно, волевой сфер, Я-концепция и другие), конституциональные особенности, социально детерминированные факторы (профессиональная деятельность, общение, качество жизни и так далее), а также наличие у пациента психических отклонений.

2) Клинические особенности заболевания [58].

При болезни, по мнению Э. А. Сколовой (2006), окружающий мир перестает казаться пациенту гармоничным вследствие возрастающей

поляризации восприятия окружающего мира. Повышается чувствительность к внешним негативным составляющим [78].

По мнению Д. С. Данилова (2008), на формирование адекватного отношения к болезни, влияет успешность достижения терапевтического сотрудничества. При расстройствах психиатрического спектра вероятность достижения такого сотрудничества ниже, чем при соматических заболеваниях. Так, при депрессии, из-за испытываемого чувства бессмысленности и моторной заторможенности, больной может забывать или пренебрегать приемом медикаментов. При психозе у пациента отсутствует адекватная критика к собственному состоянию, а назначенное лечение он может расценивать как попытку врача навредить ему [17].

Таким образом, процесс формирования отношения к болезни протекает под влиянием различных переменные. На разных этапах медицинского вмешательства их влияние оценивается по-разному. Существуют как объективные, так и субъективные факторы. К первым будут относиться ситуации лечения (социальные условия жизнедеятельности, тяжесть заболевания, его прогноз и последствия), ко вторым – преморбидные и личностные особенности человека.

V. Современное понимание проблемы отношения к болезни в отечественной психологии.

По мнению Л. И. Вассермана, отношение к болезни всегда обладает высокой субъективной значимостью. Оно оказывает влияние на личность в целом, затрагивая и другие сферы её отношений, и представляет собой комплексное образование. Данный комплекс включает когнитивный компонент (знание и осознание болезни), оценочный компонент (понимание её роли и последствий), а также поведенческий компонент, проявляющийся в изменении паттернов деятельности и социального взаимодействия [12].

Е. В. Громыко (2012) отмечает влияние неадекватно сформированного отношение к болезни на процесс лечения, его исход, социальное

взаимодействие пациента. В системе реабилитационных мероприятий пациент предстает не только как объект лечения, но и как субъект, осознающий собственное состояние и имеющий отношение к нему. Субъект осознает свою роль в восстановлении. При адекватно сформированном отношении к болезни возрастает вероятность успеха лечения [17].

О. Е. Ельникова (2020) отмечает, что болезнь является совокупностью физиологического и психологического состояния человека, которая сопровождается пристройкой работы как внутренних компонентов (боль, функционирование органов, систем и так далее), так и внешних в виде потери работоспособности, общения с окружением и так далее. Данная перестройка приводит к возникновению психологического состояния человека, определяющее вектор активности: на выздоровление или на затруднение, или невозможность выздоровления. Центральным звеном в данном конструкте становится «отношение к болезни» (рисунок 3) [22].

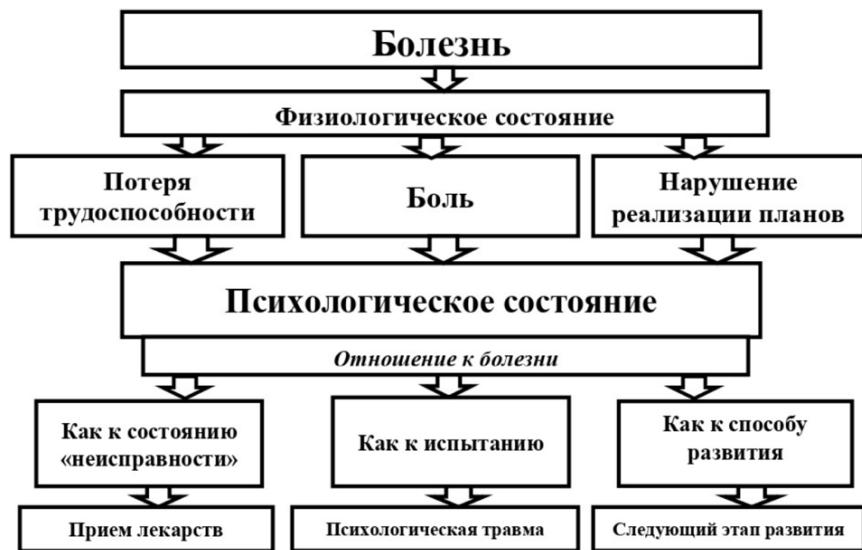


Рисунок 3. Отношение к болезни

По сути, современное понимание феномена «отношение к болезни» базируется, по большей части, на трудах исследователей 60-90-х гг. XX в.

По мнению О. Е. Ельниковой, в настоящее время феномен «отношение к болезни» принято рассматривать в двух ключевых направлениях:

1. Изучение типов отношения к болезни в рамках определённой нозологии.

Как отмечалось выше, данный вектор развития получил свое начало в 50-60-х гг. XX. в.. Ключевой акцент исследователями сделан в пользу определения доминирующего типа отношения к болезни в рамках зафиксированного диагноза. То есть отношение к болезни определяется характером болезни. В рамках данного вектора преимущественно изучается отношение к болезни при таких заболеваниях, как:

1) заболевания сердечно-сосудистой системы (Л. В. Яковлева, Л. Р. Шайбакова, А. В. Бурангулова, А. В. Бурсиков, Ю. С. Тетерин, О. В. Петрова, В. А. Корнеева, О. А. Величинская, Е. В. Кундер, А. М. Андреичева, Е. А. Карпов, Е. А. Манюгина, Н. В. Яльцева, Е. В. Речкина, Ю. С. Филатова, Н. И. Коршунов и другие);

2) онкологические заболевания (М. С. Колесниченко, Д. А. Кочгуррова, Е. Г. Щукина, Л. С. Булыгина и другие);

3) заболевания дыхательной системы (Л. В. Боговин, А. С. Водолазская, И. Н. Киушкина, В. Г. Лычев, В. М. Гранитов, М. А. Никулина, Е. П. Кириллова, С. Т. Губина, А. А. Ячменева и другие);

4) заболевания эндокринной системы (С. Олейников, М. М. Петрова, Т. А. Рачко и другие);

5) заболевания нервной системы (Т. Н. Резникова, В. И. Семиволос, Н. А. Селиверстова, И. Г. Никифорова и другие);

6) гастроэнтерологические заболевания и заболевания мочевыделительной системы (Э. Р. Нагуманова, И. А. Васильева, А. В. Фомин, А. А. Кирпиченко, Ф. А. Фомин и другие);

7) дерматологические заболевания (Ч. Д. Такийун, Н. С. Невзорова, Л. Н. Дубровина, Л. Ф. Казначеева, Е. П. Рогатных, Н. А. Рычкова и другие) [22].

Как отмечает Е. Г. Королева с соавторами (2019), на конечный результат формирования отношения к болезни влияет тяжесть заболевания: чем выше вероятность летального исхода, тем выше вероятность формирования

отношения к болезни, характеризующимся наличием у пациента дезадатпации [35].

2. Изучение отношения к болезни с точки зрения индивидуально-типических свойств личности, гендерных или этнических особенностей.

В данном векторе изучается влияние личностных, этнических и гендерных особенностей, которые оказывают влияние на формирование отношения к болезни, а также исследования личностных конструктов пациентов, потерявших здоровье (И. В. Грошев, Т. С. Гутова, А. С. Седунова, М. А. Эсмантова, И. В. Залуцкий, Л. М. Махнач, А. Г. Жуковец, Ч. Д. Тайкун, М. И. Баженова, О. Б. Поляк, Д. И. Ильхамова и другие) [22].

С позиции данного вектора, отношение к болезни – личностный конструкт, который определяет некий системный ответ индивида на заболевание.

Как отмечает А. С. Нелюбина (2013), одним из современных направлений в области изучения отношения к болезни является сравнение представлений лечащего врача о переживаниях больного, его мнения по поводу причин возникновения заболевания и действий, предпринятых для достижения излечения, с представлениями самого пациента. Данный подход минимизирует вероятность потери контакта между врачом и пациентом, их дальнейшего недопонимания и формирования неконструктивных форм поведения больного [59].

Также, одним из актуальных направлений является изучение отношения к болезни ребенка, формируемой его родителями/опекунами. Как считает В. К. Солоднарев и соавторы (2016), основной проблемой является тот факт, что отношение к болезни, в данном случае будет являться внешне сформированным, субъективным, основанным на социальных стереотипах, и напрямую влияющим на восприятие болезни ребенком [79].

Помимо этого, по мнению О. Е. Ельниковой, актуальными направлениями в исследовании отношения к болезни являются хронические заболевания и коронавирус [22].

Так, в условиях пандемии возрос интерес к изучению такой формы противодействия потере здоровья: как «осознанное отношение». О. С. Валуев (2020) приводит ряд социокультурных оснований осознанного личностного отношения к COVID-19, который может быть положен в основу формирования конструктивного типа поведения в условиях угрозы жизни и здоровью. О. Е. Ельникова связывает факт наличия у большинства пациентов деструктивных типов отношения к болезни с отсутствием у них «осознанного отношения» [11, 22, 53].

В исследовании Е. И. Рассказовой с соавторами были выявлены особенности отношения пациентов с разными типами локус-контроля к коронавирусу. Так, для лиц, обладающих интернальным локус-контролем, характерна выращенная тревожность, а в качестве главной причины, которая вызывает распространение заболеваемости COVID-19, прежде всего называют халатность. Для лиц, обладающих экстернальным локус-контролем, также характерна тревожность, но в меньшей степени, чем у представителей первой группы; магическое мышление и отказ от самоизоляции [69].

Помимо этого, стоит отметить серию проведенных исследований, направленных на изучение защитных форм поведения с целью противодействия коронавирусной инфекции. Исследователи выделяют физическую активность, как способ укрепления иммунитета; соблюдение правил и предписаний врачей и контролирующих органов (гигиена, правильное питание, рекомендации по сохранению психологического здоровья в условиях самоизоляции и так далее) [22].

1.1.3 Особенности изучения отношения к болезни в зарубежной психологии

В западной психологии, изучение «отношения к болезни» велось через призму понятий «реакции на болезнь», «типы отношения к болезни», «механизмы защиты», чуть реже – ВКБ.

Р. Баркер (1946) выделяет следующие стратегии поведения пациентов во время проведения лечебно-диагностических мероприятий.

1. Стратегия избегания пациентом эмоционального дискомфорта с демонстрацией «ухода в себя». Ведущими факторами формирования данной стратегии в качестве доминирующей, по мнению автора, является низкий уровень интеллекта и ригидность интересов.

2. Стратегия замещения, при которой пациент демонстрирует способность к адаптации с помощью процессов аккомодации и асимиляции.

3. Стратегия игнорирования заболевания.

4. Стратегия формирования невротических реакций на заболевание.

5. Стратегия циклического приспособления с демонстрацией периодов «подъема и спада».

6. Стратегия демонстрации фаталистического отношения;

7. Стратегия параноидного приспособление с выраженной тенденцией переноса пациентом фрустрирующей реакции на свое социальное окружение.

8. Стратегия агрессивного поведения [93].

Р. Мелзак (1965) отмечает, что ввиду психофизиологических особенностей восприятие болевых ощущений зависит от болевых порогов. Помимо этого, существует отрицательная взаимосвязь между болевыми порогами и эмоциональностью: чем выше эмоциональность, тем ниже порог чувствительности. Так, у представителей с высоким уровнем нейротизма (меланхолики и холерики) болевой порог ниже, чем у представителей с низким показателем по данному свойству темперамента (флегматики и сангвиники) [17].

По мнению Г. Ю. Айзенка (1967), существуют различия в реагировании на болевые ощущения между представителями экстровертированной и интровертированной направленности. Представители первой категории воспринимают болевую стимуляцию менее интенсивно и болезненно, чем второй [17].

А. Хулек (1969) отмечает следующие переменные, оказывающие влияние на формирование реакции на болезнь у пациента:

1. Степень тяжести заболевания и его продолжительность.

2. Влияние болезни на качество жизни пациента.
 4. Интеллектуальный, культурный и образовательный уровень пациента.
 5. Преморбидные особенности личности [17].
- А. Вондарчек (1969) выделяет следующие типы отношения к болезни:
- 1) нормальное (адекватное);
 - 2) пренебрежительное (характеризующееся недооценкой тяжести заболевания);
 - 3) отрицающее (характеризующееся отрицанием пациента своего недуга);
 - 4) нозофобное (характеризующееся осознанием пациента преувеличения собственного опасения, но невозможностью его преодоления);
 - 5) ипохондрическое (характеризующееся навязчивым желанием обнаружить у себя какое-либо заболевание);
 - 6) нозофильное (характеризующееся удовлетворением от освобождения себя от обязанностей вследствие болезни);
 - 7) утилитарное (характеризующееся приобретением пациентом выгоды от своего заболевания) [17].

В соответствии с суждениями А. Вервердта (1972), болезнь может рассматриваться (ассоциироваться) личностью как враг, кара, штраф, наказание, выигрыш, судьба, карма и так далее. На особенности такого восприятия, по мнению автора, влияют знания, умения, навыки, опыт, потребности, мотивы, ценностные ориентации [105].

Э. Кюблер-Росс (1969) считает отношение к болезни динамическим образованием и выделяет пять этапов его формирования в контексте хронизации заболевания: «предмедицинская фаза», «фаза ломки жизненного стереотипа», «адаптационная фаза», «фаза капитуляции».

Изначально у пациента отмечается проявление первых признаков заболевания. Затем происходит дезадаптация пациента вследствие невозможности поддерживать непосредственное общение со своим ближайшим окружением и привычный образ жизни. Опасения за прогноз

заболевания и высокий уровень тревожности сменяются временной адаптацией к ситуации с характерным редуцированием напряжения. Однако, в дальнейшем происходит примирение больного с исходом заболевания и трансформация его стратегии поведения с активной в пользу пассивной. В отдельных случаях данные признаки могут обрести характер устойчивости. Но, как правило, у пациента начинает формироваться компенсаторные механизмы, способствующие дальнейшей адаптации к возникшим у него обстоятельствам. В случае, если существует вероятность летального исхода вследствие хронического заболевания, у пациента, после формирования компенсаторных механизмов, пропадает интерес к жизни [40].

Согласно исследованиям Д. Г. Бирна (1982), эффективность преодоления (выхода из) болезни находится в прямой зависимости от типа психологической реакции на неё. В качестве ключевых реакций учёный выделяет фиксацию на заболевании, психосоциальные переживания, аффективный срыв, процесс осмысления болезни, субъективное напряжение и уход в болезнь [94].

Р. Конечный и М. Боухал (1983), рассматривая отношение к болезни через понятие АКБ, выделяют следующие факторы его формирования:

1. Клинические факторы: характер течения заболевания (острое, хроническое и пр.) и применяемые терапевтические стратегии (консервативные, оперативные).
2. Факторы субъективного восприятия: интенсивность болевого синдрома, степень ограничения подвижности, наличие видимых внешних проявлений болезни.
3. Социально-демографические детерминанты: профессиональный статус, характеристики социального окружения, условия жизни.
4. Индивидуально-психологические особенности: возраст, пол, тип конституции, свойства темперамента и характера.
5. Когнитивно-информационные аспекты: уровень общего и медицинского образования, степень информированности о заболевании.

6. Анамнестический фактор: предшествующий опыт перенесенных болезней [34].

3. Д. Липовски (1984) выделяет поведенческую, эмоциональную реакции на болезнь, а также реакцию преодоления болезни [97].

На рубеже 80-90-х гг. ХХ в. в западной клинической психологии близким к понятию ВКБ было понятие «ментальные модели болезни». Так, Дж. Бишоп в 1987 г. отмечает стремление пациентов к пониманию природы своих заболеваний, а также к созданию неких ментальных представлений, направленных на совладение с заболеванием. В 1994 г. Л. Кларк дополняет вышеуказанную модель понятием «излечение» [59].

Согласно психоаналитическому направлению в зарубежной клинической психологии, при изучении субъективной концепции болезни делается акцент на феномене «инсайта». Осмысление пациентом своего заболевание неотделимо от осмысления им своего места в мире. Эффективное лечение невозможно без понимания больным истоков и смысла собственного симптомокомплекса [81].

Помимо этого, многие исследователи в феноменологическом направлении придерживаются мнения, личностные реакции на заболевание и защитные механизмы, отмечая особенности функционирования Эго. Механизмы защиты могут быть как нормально выраженными, так и патологически выраженными [17].

Н. Мак-Вильямс (1994) утверждает, что для формирования адекватного отношения к болезни при лечении необходимо применять обучение и разъяснение. Особо важную роль в лечении данные мероприятия занимают при тяжелом состоянии пациента. По его мнению, объяснения больному механизмов возникновения и функций его переживаний способствует росту психологического благополучия [86].

По мнению Ю. Г. Фроловой, исследователи в области психоанализа никогда не стремились и не стремятся достичь полного сопоставления концепций болезни, существующих у больного и терапевта. Одной из

ключевых задач адекватно сформированного отношения к болезни является уменьшение эмоционального напряжения, и, как следствие, – создание у больного уверенности в себе и своих силах [86].

Исследования психологии больного с помощью нарративного и дискурсивного анализов акцентируют внимание на социально обусловленный, а также творческий и нестабильный характер субъективных концепций болезни. Конструирование нарратива индивидом проводится с целью дальнейшего осмыслиения своего состояния, установления контроля над заболеванием и обретения понимания своих дальнейших действий. Для каждого клинического случая создается новая надстройка в виде субъективной концепции. При этом, главная задача пациента, который делится с врачом комплексом переживаний, – трансформация болезни. Из биологического феномена в феномен социальный [86].

Начиная с конца прошлого столетия, в западной клинической психологии и медицинской социологии наибольшую популярность приобретают понятия «восприятие болезни» и «репрезентация болезни». Одной из ключевых концепций в изучении данного феномена становится модель Г. Левинталя, именуемая концепцией когнитивных репрезентаций болезни (CSM/Common Sense Model) в 1980 г. Представленная когнитивная модель направлена на анализ восприятия болезни как угрозы и тех представлений, которые формируют субъективную картину заболевания у пациента, определяя его копинг-стратегии. Модель объясняет психические и поведенческие процессы, связанные с осмыслиением изменений физического и функционального «Я». Её структуру образуют пять ключевых компонентов:

1. Идентификация симптомов и болезни.
2. Представления о временной динамике заболевания (острое/хроническое).
3. Убеждения о причинах болезни.
4. Оценка последствий для жизни и функционирования.

5. Убеждения о возможности контроля над течением болезни и эффективности лечения [59, 86].

Согласно CSM, источником этих представлений служит информация трех типов:

- 1) обыденная (знания, почерпнутые из социального общения и культурных норм);
- 2) профессиональная (сведения от авторитетных источников);
- 3) личный опыт пациента о перенесенных заболеваниях.

Репрезентация болезни понимается как динамическая схема, хранящаяся в памяти и активируемая новой информацией или телесными сигналами. Её формирование включает этапы:

1. Поиск в памяти подходящего «прототипа» болезни, что запускает самодиагностику, наблюдение за симптомами и попытки ими управлять.
2. Собственно идентификация болезни и активация её когнитивной схемы.
3. Попытка совладания, включающая эмоциональные и поведенческие реакции в рамках процессов саморегуляции.
4. Ориентация на «здравый смысл».
5. Оценка эффективности выбранной стратегии и, при необходимости, коррекция представлений [59].

В рамках этой модели обновление представлений о физическом «Я», а также об ожиданиях контроля, причин, длительности и последствий заболевания происходит по принципу вероятностного моделирования.

Как отмечает А. С. Нелюбина, данная концепция может не совпадать с физической реальность, поскольку в соответствии с ней представления пациента складываются на базе предыдущего опыта, наблюдений за другими пациентами, информации, получаемой из СМИ и определенных социокультурных особенностей, а не посредством переживания и мыслей пациента во время самого заболевания [59].

Существует противоположный подход, именуемый нарративным, предполагающим наличие истории, которая рассказывается пациентом и должна быть пересказана его социальным окружением с целью связать отдельные события с длительным периодом страдания. Сюжетная линия, ключевые метафоры и приемы риторики, состоящие в основе нарратива, должны быть универсальны, то есть обладать значением и эффективно транслироваться [59].

В нарративном подходе, базирующемся на идеографическом методе, центральное место занимает концепция «объяснительной модели болезни» (Explanatory Model of Illness), предложенная А. Клейманом (1978). Данная модель представляет собой инструмент для исследования представлений о здоровье, болезни и исцелении в их взаимосвязи с культурным контекстом, как в рамках отдельной культуры, так и в сравнительно-культурной перспективе. Культура в этой концепции понимается как система символических значений, конструирующих как объективную реальность, так и субъективный опыт индивида.

В результате анализа терминологии, проведённого А. Клейманом, было выделено следующее разграничение:

-«Недомогание» (illness) обозначает первичное, субъективно ощущаемое плохое самочувствие.

-«Болезнь» (sickness) – это социальный статус, возникающий, когда состояние недомогания признаётся социумом.

-«Заболевание» (disease) – медицинская интерпретация состояния, при которой субъективный опыт объективируется через обращение к профессиональной помощи и получает классификационное название.

Таким образом, «болезнь» является социально санкционированным фактом плохого самочувствия, а «заболевание» – его объяснительной моделью в рамках медицинской парадигмы. Основная функция объяснительной модели заключается в идентификации источника проблемы и

определении логически обоснованной траектории последующего лечения. [59].

Как отмечают А. С. Нелюбина и О. И. Сидорович (2020), в настоящее время одним из перспективных направлений в изучении отношения к болезни является изучение представлений здоровых людей о болезни, которые не имели в своем анамнезе подобного опыта, и построение гипотетических субъективных концепций болезни. Данные модели стереотипны, основаны на представлениях, полученных в ходе наблюдения за другими людьми, здравом смысле и информации из вне (в том числе из СМИ). Несмотря на их неточность, важностью их изучения состоит в том, что при столкновении здорового человека с реальной угрозой, данная система представлений будет непосредственно влиять на поведение человека в ситуации болезни («illness behavior», Kucukarslan et al., 2013) и ляжет в основу его отношения к ней. Как, например, в ситуации пандемии коронавируса [59].

1.2 Психогения непривычных условий существования

Понятие «психогенные расстройства» впервые было употреблено в 1894 г. К. Зоммером для обозначения истерических расстройств.

Психогенное расстройство или психогения – расстройство психики, основной причиной которого являются психические переживания личности, детерминированные травматической ситуацией (психотравмы) [74].

Под психической травмой (психотравмой) понимаются психические переживания высокой интенсивности, являющиеся причиной возникновения определенного клинического расстройства.

А. М. Святощ (1971) указывает на то, что психогенные заболевания, или психогении, возникают из-за сигнальных (информационных) раздражителей. Понятие «психогения» он определял как нарушения функционального характера, вызванное психическими травмами. Другими словами, речь идет о неких раздражителях, действие которых определяется информационным значением, а не физическими параметрами [72].

К. Ясперс выделяет следующие отличительные критерии психогений от психических расстройств иного характера:

- развитие психогенного заболевания вслед за психотравмой;
- в содержании переживаний при них находит свое отражение психическая травма, вызвавшая болезнь;
- с исчезновением психической травмы или с ее дезактуализацией для больного психические нарушения исчезают [74].

Несмотря на то, что психотравма и оказывает существенное влияние в формировании психогений, она может играть далеко не первостепенную или единственную роль. По представлению А. Н. Молохова, существует 4 типа взаимосвязи психотравмы и болезни:

- 1) психотравма как единственная причина возникновения болезненного состояния;
- 2) психотравма как некий «импульс» для формирования и развития болезни;
- 3) психотравма как фактор осложнения течения уже имеющегося заболевания;
- 4) психотравма как фактор, создающий предрасположенность к психогений в будущем [74].

А. В. Голубев с соавторами дает следующую классификацию психотравм по степени интенсивности:

- острая психотравма, полученная в результате внезапного, однократного воздействия на психику человека, что приводит к проявлению таких явлений, как острая реакция на стресс, ПТСР, реактивные психозы и расстройства адаптации;
- хроническая психотравма, характеризующаяся меньшей интенсивностью, по сравнению с острой, что может привести к возникновению неврозов и соматоформных расстройств.

По значимости психические травмы принято разделять на:

-психотравмы общечеловеческой значимости, когда имеется реальная угроза жизни и здоровью;

-психотравмы индивидуально-личностной значимости, затрагивающие семейную, профессиональную, интимно-личностную и иные сферы жизнедеятельности человека [19].

Как отмечает Н. В. Середина и соавторы, стоит отличать травматизирующие переживания от реакций на них. В одних и тех же случаях идентичные переживания могут вызывать физиологическую реакцию, а в других – патологическую невротического или психотического характера. На возникновение и развитие психотравмы влияют такие характеристики, как особенности характера, темперамента, установки личности, ее мировоззрение и так далее. Так, например, в зависимости от индивидуально-типических свойств личности, в одних случаях потеря близкого человека будет являться психотравматической, в других – нет. Помимо этого, психотравматизирующие переживания в значительной степени теряют свой патогенный характер в том случае, когда человек осознанно и или добровольно подвергает себя им.

Несмотря на влияние индивидуально-типических свойств личности на особенности возникновения и развития психотравмы, существует взаимосвязь между характером психической травмы и типом патологической реакции на нее. Так, например, потеря близкого провоцирует образование реактивной депрессии, конфликты на работе – параноидальных форм реактивного психоза, сексуальные травмы – психогенного возбуждения и так далее.

Еще одним фактором возникновения психогенеза является некая готовность к «психическому срыву», развивающаяся на фоне ослабленности организма в результате перенесенного заболевания, длительного пребывания в состоянии стресса, индивидуально-типических свойств личности. Стоит отметить и преморбидные особенности личности, которые также оказывают влияние на возникновение и развитие психотравмы [74].

Психотравмы, которые вызывают психогенные заболевания, можно разделить на 3 группы:

- 1) Психические травмы, связанные с эмоциональными лишениями (реактивные депрессии).
- 2) Психические травмы, связанные с конфликтными ситуациями (реактивные депрессии, истерические расстройства, реактивные параноиды, истерические психозы, неврозы)
- 3) Психические травмы, связанные с реальной угрозой здоровью и жизни (аффективные расстройства).

Помимо того, как отмечают Н.В. Середина с соавторами, психогения может являться причиной физического воздействия на ЦНС, в результате которого констатируется нарушение нормальной нервно-психической деятельности [74].

А. Б. Смулевич (1992, 1994), при рассмотрении психогенных расстройств, выделяет понятие «нозогения» и считает, что психогении обусловлены, в первую очередь, влиянием психотравматических событий на психику человека, которые связаны с соматическими болезнями. На формирование структуры нозогений влияют биологические, психологические, конституциональные и социальные факторы.

А. Б. Смулевич выделяет следующие основные переменные, влияющие на формирование нозогений:

- 1) Формулировка лечащим врачом диагноза (возможная или реальная угроза жизни, которую он подразумевает).
- 2) «Контролируемость» симптомов – возможность влиять на проявления заболевания.
- 3) Ограничения, накладываемые на жизнедеятельность и трудовую деятельность пациента.
- 4) «Серьезность» заболевания – особенности динамики болезни с острыми нарушениями жизненно важных функций.
- 5) Частота обострений в сочетании с негативными внешними воздействиями и другие [76].

По его мнению, выделяют основные группы нозогенных синдромов, которые, в свою очередь, подразделяются на гипернозогнозический и гипонозогнозический варианты:

1) Невротические (тревожно-фобические проявления и «невротическое отрицание»).

Гипернозогнозический вариант характеризуется в первую очередь навязчивыми состояниями (страх, тревожные опасения по поводу будущего, самонаблюдение, неадекватная оценка собственного состояния и возможных последствий своего состояния) и истериоипохондрическими тенденциями (конверсионная симптоматика и демонстративность поведения).

Гипонозогнозический вариант характеризуется синдромом «*la belle indifference*» – «прекрасного равнодушия»: демонстрация внешнего наигранного оптимизма в сочетании с признаками соматизированной тревоги и внутренней тревоги по поводу исхода лечения, что в конечном итоге, и содвигает пациента выполнять рекомендации его лечащего врача и медперсонала.

2) Аффективные (реактивная депрессия и гипомания).

Гипернозогнозический вариант – ипохондрическая депрессия, характеризующаяся тревогой, ипохондрическими фобиями, гипоманией, чувством безнадежности, астенизацией организма, конверсионными расстройствами, пессимистическим отношением к лечению и исходу.

Гипонозогнозический вариант – синдром «эйфорической псевдодеменции», проявляющийся повышенным настроением, неоправданным оптимизмом и оценкой собственного состояния и перспектив развития болезни, пренебрежением намеченного курса лечения.

3) Патохарактерологические (сверхценная идея и синдром «патологического отрицания болезни»).

Гипернозогнозический вариант – синдром «ипохондрии здоровья», который характеризуется стремлением пациента к преодолению заболевания с чувством обиды и недоумения, отмечая несправедливость происходящего с

ним. С момента постановки диагноза все внимание пациента акцентируется на лечении «любой ценой», демонстрируя тем самым преодолевающий стиль совладения с болезнью.

Гипонозогнозический вариант характеризуется дезадаптивным отрицанием болезни: либо полным отрицанием пациентом своего недуга, либо минимизацией тяжести проявлений болезни. Склонность к акцентированию внимания на второстепенные симптомы с отрицанием или игнорированием преобладающий, а также, в редких случаях, – переносу болезненных ощущений с пораженных на здоровые органы [76].

Помимо этого, автор выделяет нозогении у лиц с психическими расстройствами. А. Б. Смулевич дает характеристику данным проявлениям. Среди факторов образования нозогений можно выделить деформацию структуры личности, реактивную лабильность или устойчивость по отношению к угрозе соматического благополучия, нарушения телесного самосознания (Я-концепции) и другие. Как правило, нозогении возникают в период ремиссии либо в той стадии, когда заболевание проявляется на уровне пограничных расстройств, и имеют затяжной характер – от 1 месяца до нескольких лет. Проявляются в виде депрессивных, ипохондрических, бредовых или параноических состояний [76].

Согласно Ю. А. Александровскому с соавторами (1991), экстремальные ситуации природного, техногенного или биосоциального происхождения для большинства населения являются психотравмирующими и приводят к возникновению психической дезадаптации с проявлением острых реактивных (психогенных) состояний. Психогенное воздействие экстремальных условий существования, в свою очередь, формируется как из непосредственной угрозы для жизни и здоровья человека, так и из опосредованной, связанной с ожиданием ее возникновения. Поведение человека в подобных ситуациях детерминировано эмоцией страха.

Среди факторов возникновения и реализации острых реактивных состояний выделяются следующие:

- конституциональные особенности личности;
- профессиональная и/или психологическая подготовка;
- наличие опыта нахождения в подобных ситуациях;
- характеристика экстремальной ситуации;
- социально-психологическое взаимодействие в экстремальной ситуации

(поддержка, взаимовыручка, согласованность действий и так далее) [1].

О. Н. Кузнецов (1994), изучая проблему психогенеза непривычных условий существования, отмечает, что внезапно возникшая ситуация изоляции может привести к формированию у индивида психогенных расстройств. Исходя из этого, отношения пациента к своей болезни затруднено не только за счет потери гибкости психических процессов, но и из-за неопределенности, непредсказуемости действительности, «скрытые возможности» которой еще далеки от осуществления [38].

1.3 СМИ как источник психогенеза

Проблема влияния СМИ на поведение человека является междисциплинарной и изучаемой в рамках таких научных областей, как философия, психология, социология, лингвистика и так далее.

Так, одной из самых первых междисциплинарных теорий, объясняющих данную проблему, стала теория «Эффекта враждебных СМИ» (Hostile media effect, – англ.) Р. Валлонне, Л. Рассела и М. Леппера (1985). Согласно данной теории, личность склонна к восприятию информации с точки зрения собственных представлений, опыта и убеждений. Ей присуще выборочное (селективное) сосредоточение внимания и памяти на определенных отрезках информации, которые подтверждают собственную точку зрения или опровергают противоположную. Помимо этого, авторами выделялся фактор достоверности (беспристрастности) источника [105].

В качестве наиболее значимых факторов (Р. Перлофф, 2015) выделяются следующие:

-селективности восприятия и памяти (сосредоточение и запоминание «необходимой и достоверной» информации, которая не противоречит личностным убеждениям);

-логическая ошибка в виде классификации информации по признаку «правдивая/неправдивая».

-предрассудки в ангажированности СМИ [103].

На сегодняшний день СМИ являются одним из источников как профилактики многих проблем, связанных с [психическим](#) здоровьем человека, так и причиной их возникновения. СМИ, которые исполняют функцию информирования населения о возможных угрозах жизни и здоровью по аналогии с лечащим врачом могут нанести вред посредством распространения той или иной информации.

По мнению Е. В. Павленко (2011), основными источниками формирования отношения к собственному здоровью являются лечебные учреждения и СМИ. С помощью СМИ происходит информирование граждан об эпидемиологической обстановке, профилактике различного рода заболеваний и их предупреждению. Однако у этого имеется и обратная сторона. Общество с низкой медицинской информированностью граждан является благоприятным базисом для различного рода манипуляций с массовым сознанием в сфере здоровья или нанесения время этому самому здоровью. СМИ, как правило, руководствуются либо экономическими, либо политическими интересами. Например, для продвижения продажи нужного препарата или введения ограничительных мер [64].

В последние годы, как считает А. А. Заславская (2020), СМИ используют различные психологические методы подачи информации, которые используются в рекламе, журналистике, политике, культуре и так далее. Чрезмерное использование СМИ и социальных сетей приводит к развитию зависимости от гаджетов, что влечет за собой проблемы с созданием и поддержанием реальных социальных отношений, а также с функциональным состоянием человека [25].

Как отмечает Д. В. Лебедев (2010), видение человеком и обществом окружающего мира через призму СМИ может породить так называемую гиперреальность и создать необходимые условия для манипуляций с помощью различных визуальных стратегий. СМИ оказывают влияние на формирование ценностных предпочтений, смысло- и формообразование, установок и когнитивных шаблонов, убеждений, особенности восприятия социальной реальности, оценочных суждений и, как следствие, – на изменение социального образа жизни и модели социального поведения [44].

Е. В. Павленко (2011) отмечает, что современными СМИ делается акцент на внешней атрибутивной стороне здоровья. Так, СМИ делают упор на привлекательности мужчин и женщин, навязывая определенные стандарты красоты (худоба у женщин, например) с целью приобретения определенного статуса в обществе. При утрате определенного социального статуса или при невозможности его обретения происходит дезадаптация личности, которая может сопровождаться состояниями невротического или депрессивного спектра (тревожность, депрессия, расстройства пищевого поведения и так далее) [64].

По мнению А. А. Заславской, коронавирусная инфекция была самой главной и обсуждаемой темой на протяжении всего 2020 года. Как показала практика, системы здравоохранения большинства стран оказались не способны эффективно противостоять пандемии. Возрастание количества смертей, ежедневно озвучиваемых в СМИ, с каждым днем вызывало у населения все большую панику. По мнению автора, при осознании человеком определенной опасности для его жизни и здоровья, его поведение будет направлено на избегание рисков, сопряженных с его здоровьем. Однако реакция человека на подобные новости зависит от предвзятых мнений о болезни и подверженности ее распространению. Современное освещение проблем, связанных со здравоохранением, в СМИ как раз таки является предвзятым, что увеличивает уровень тревожности в обществе. Иррациональный страх, возникающий на фоне новостей о коронавирусе,

вызывает дезадаптивные реакции личности, выливающиеся в проблемы с социальным взаимодействием, финансами, трудовой деятельностью и так далее. При этом отфильтровываются убедительные данные об пандемии и игнорируется информация, которая стремится успокоить общество и уменьшить негативные последствия, в т. ч. для психики. Страх провоцирует людей на совершение импульсивных действий, например, срочной покупки товаров первой необходимости в большем количестве, чем это необходимо на данный момент для удовлетворения актуальных потребностей. При этом накопление запасов, совершаемое в панике, будет являться механизмом устранения страха [25].

Стоит отметить, что с начала появления новостей о возникновении новой коронавирусной инфекции в российском медиа-поле было зарегистрировано порядка 1200 новостей (январь 2020), в то время как в марте 2020 года, – уже свыше 700000 новостей. Согласно исследованию, проведенному Д. Н. Бариновым, в самом начале пандемии 59% россиян не доверяло официальным новостям о COVID-19. При этом, самым предпочтительным средством получения информации об эпидемиологической обстановке в стране у респондентов оставались социальные сети и «новостные сайты» (60%). Около половины испытуемых в качестве основной причиной недоверия к официальным (государственным) источникам отмечают заниженные статистические данные: о числе заболевших, госпитализированных и скончавшихся в следствие заражения вирусом SARS-CoV-2. Лица, преимущественно использовавшие социальные сети в качестве основного источника получения новостей об эпидемиологической обстановке в стране и мире, отдавали предпочтение непроверенным источникам информации. Следовательно, на фоне возрастания количества слухов об искаженной со стороны государственных СМИ информации о числе заразившихся и скончавшихся пациентов от COVID-19, можно предположить наличие положительной взаимосвязи с возрастанием уровня тревожности у респондентов [8].

Отдельного внимания требует анализ метафор, используемых СМИ при освещение новостей о пандемии коронавируса.

Так, при изучении COVID-метафор, М. М. Воробьев с соавторами (2022) приходят к выводу, что в мировых СМИ коронавирус фреймировался агрессивными метафорами, что оказывает негативное влияние на мышление человека. Так, при изучении 11 выступлений западных политиков (Б. Джонсона, А. Меркель, Э. Макрона и Д. Трампа) было выявлено, что наиболее доминирующим видом метафор в речи являются военные метафоры, отражающее стремление к борьбе с настигшей угрозой. Процентное соотношение использования вышеуказанными политиками военных метафор составляет 72,25% от общего [13].

Как отмечает D. Craig (2020), в метафорах о COVID-19, в отличие от других распространенных заболеваний, создается героический образ войны. Данные метафоры, которые являются преднамеренными, введены неслучайно, а адресаты должны воспринимать падению коронавируса именно как военную ситуацию [96].

Р. Д. Сильверман с соавторами (2020) считают, что непреднамеренные метафоры, используемые СМИ при освещении новостей о пандемии коронавирусной инфекции, могут формировать искаженное отношение человека к COVID-19. Они указывают на необходимость соблюдения осторожности при работе с метафорами, освещая проблемы лечения, пандемии или вакцинации. Авторы также приходят к выводу о доминировании военных метафор в СМИ при освещении новостей о коронавирусе [104].

А. В. Нагорная (2021) в своем исследовании выделяет самые распространенные метафоры, используемые СМИ: военные, путешествия и катастроф. Упоминание пандемии коронавируса затронуло абсолютно все сферы жизнедеятельности: экономика, политика, спорт, культура и так далее, при этом большинство коннотаций связано именно с милитаристской сферой. Коронавирус представляется в образе врага, который нападает на

население. Все это может привести к формированию искаженного отношения к коронавирусу [56].

По мнению Э. Б. Яковлевой (2021), широкое распространение милитаристских метафор коронавируса объясняется сходством между военными действиями и борьбой человечества против вируса. СМИ прибегают к сравнению переполненных лечебных учреждений с линией фронта, на которой в образе военных сражаются врачи с коронавирусом [90].

Дейнека О.С. и Максименко А.А. (2024) рассматривают психогенное влияние информации о пандемии COVID-19, содержащейся в Интернете, на поведение общества через призму понятия «инфодемия». Авторы отмечают недостаточную изученность данного феномена и обозначают дальнейшие перспективы возможных исследований [20].

Таким образом, использование СМИ агрессивных COVID-метафор может оказывать психогенное влияние на восприятие и мышление личности, на формирование у нее реактивных реакций в виде повышения уровня тревожности.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПРИ COVID-19

2.1 Организация исследования

Было организовано эмпирическое исследование, включающее следующие этапы:

1. Клинико-психологическое обследование пациентов.
2. Качественный и количественный анализ результатов клинико-психологического обследования пациентов.
3. Формулирование практических рекомендаций и выводов.

В соответствии с поставленными задачами настоящего исследования была сформирована выборка, поделённая на 2 группы: основную и сравнительную.

Группа 1 (основная) была сформирована на основании в имевшегося анамнезе диагноза «COVID-19» и являлась гетерогенной по сроку перенесённого заболевания и текущему состоянию. В нее вошли три подгруппы:

-Подгруппа с острым периодом COVID-19: пациенты в остром периоде COVID-19 (диагноз U07.1 по МКБ-10) легкой степени, находившиеся в амбулаторных условиях. Длительность заболевания не превышала 4-х недель. Группа включала 44 человека: 27 женщин и 17 мужчин со средним возрастом пациентов 31,25 лет. Клинико-психологическое обследование пациентов проводилось дистанционно с использованием онлайн-платформы Google Forms.

-Подгруппа с перенесенным COVID-19: которые перенесли лёгкую форму острого COVID-19 в амбулаторных условиях. Критериями включения являлось сохранение симптомов заболевания в период от 4 до 12 недель после соответствия критериям ВОЗ по прекращению изоляции (нормализация температуры тела и отрицательный ПЦР-тест на SARS-CoV-2). При этом сохранявшиеся симптомы не требовали дополнительной медицинской

помощи. Подгруппа включала 46 человек: 28 женщин и 18 мужчин. Средний возраст – 28,5 лет. Пациенты привлекались без привязки к конкретной базе, путем целевой интернет-рассылки. В исследование включались лица, готовые предоставить документальное подтверждение перенесенного COVID-19 и соответствия критериям прекращения изоляции.

-Подгруппа с постковидным синдромом (ПКС – далее): пациенты, пребывающие в дневном стационаре в связи с проявлениями постковидного синдрома (U09.9 по МКБ-10) средней степени: болевой синдром, диспноэ 3-й степени, астенический синдром, нарушения чувствительности, головокружение, нарушение работы памяти и внимания и другие нарушения. Подгруппа включала 30 человек: 17 женщин и 13 мужчин. Средний возраст – 32,5 года. Клинико-психологическое обследование пациентов осуществлялось на базе Санкт-Петербургской городской больницы №15.

Группа 2 (сравнительная): пациенты с диагнозом острая респираторная вирусная инфекция верхних дыхательных путей легкой степени тяжести (коды МКБ-10: J00-J06), которые получали амбулаторное лечение в условиях поликлиники после обращения в плановом порядке. У пациентов данной подгруппы отсутствовал в анамнезе подтверждённый диагноз COVID-19, что было верифицировано данными медицинской документации и/или результатами лабораторных исследований. Таким образом, данная подгруппа представляла собой пациентов с не-COVID-респираторными инфекциями, что позволило провести сравнительный анализ клинико-психологических показателей в условиях схожего соматического фона при различной этиологии заболевания. Подгруппа включала 30 человек: 18 женщин и 12 мужчин. Средний возраст составил 28,5 лет. Клинико-психологическое обследование пациентов проводилось дистанционно с использованием онлайн-платформы Google Forms.

Общая численность выборки составила 150 человек. Группы были сопоставимы по возрасту (таблица 1).

Таблица 1. Статистические показатели возраста обследованных пациентов

Подгруппа	N, кол-во чел.	\bar{X} , сред. ариф. знач.	S, ст. откл.	m_a , коэф. ассиметрии	$3m_a$	m_e , коэф. эксцесса	$3m_e$
COVID-19	44	31,25	5,82	0,514	1,108	-0,889	2,216
Перенесенный COVID-19	46	29,25	4,48	0,357	1,083	-0,672	2,166
ПКС	30	32,5	4,42	0,112	1,342	-0,889	2,683
ОРВИ	30	28,5	5,95	1,287	1,341	-0,138	2,683

Критерии невключения в выборку:

1. Наличие в анамнезе заболеваний, способных оказать существенное влияние на процесс формирования отношения к болезни при COVID-19 или исказить результаты исследования:

1.1. Диагностированные психические расстройства (шизофрения, шизотипическое расстройство, биполярное аффективное расстройство, расстройства личности).

1.2. Диагностированные тяжелые органические поражения центральной нервной системы (деменция, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, последствия черепно-мозговых травм с выраженным когнитивным дефицитом), затрудняющие понимание инструкций и выполнение заданий.

1.3. Диагностированные тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации: сердечно-сосудистая, дыхательная, почечная недостаточность, онкологические заболевания в терминальной стадии и другие.

1.4. Диагностированный постковидный синдром (U09.9 по МКБ-10) тяжелой степени, включающий тяжелые кардиологические (миокардит, сердечная недостаточность, аритмии), неврологические (энцефалопатия, полинейропатия), аутоиммунные и другие нарушения, угрожающие жизни пациента.

2. Возраст пациентов младше 18 и старше 65 лет.

3. Отказ пациента от предоставления информированного добровольного согласия на участие в исследовании.

2.2 Характеристики обследованных пациентов

Гендерный состав выборки имеет сбалансированный характер с преобладанием лиц женского пола (рисунок 4).

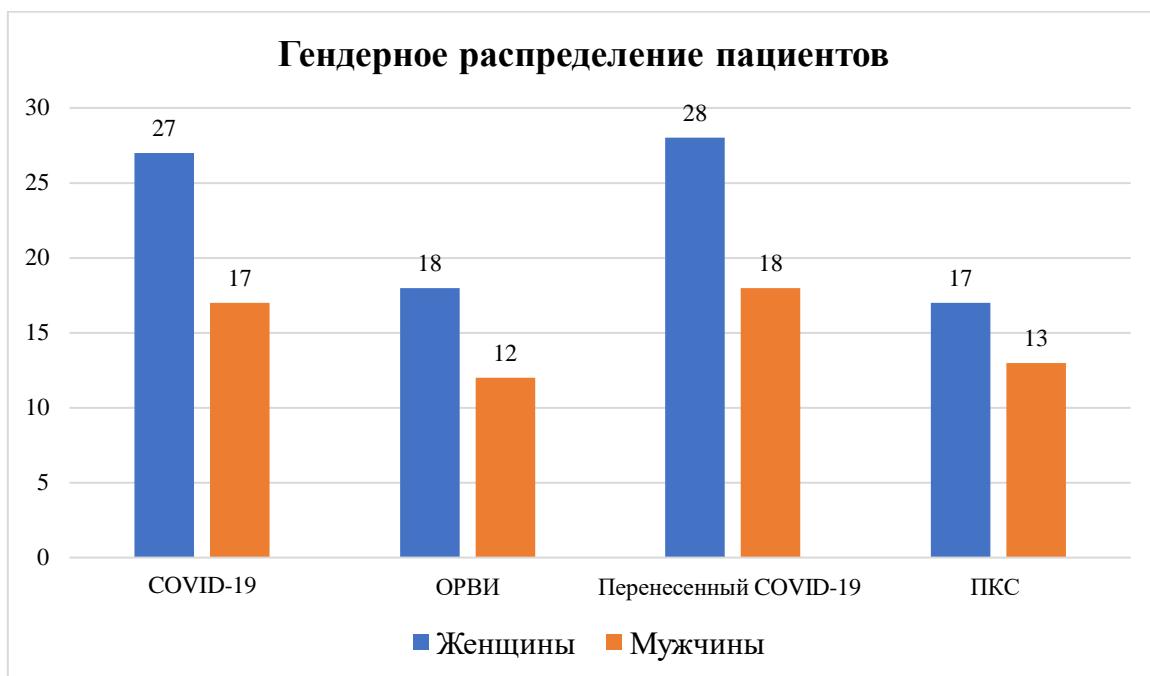


Рисунок 4. Гендерное распределение пациентов, включенных в выборку

Уровень образования респондентов характеризуется высокой долей лиц с высшим образованием, что косвенно указывает на их способность к критическому восприятию информации и рефлексии (рисунок 5).

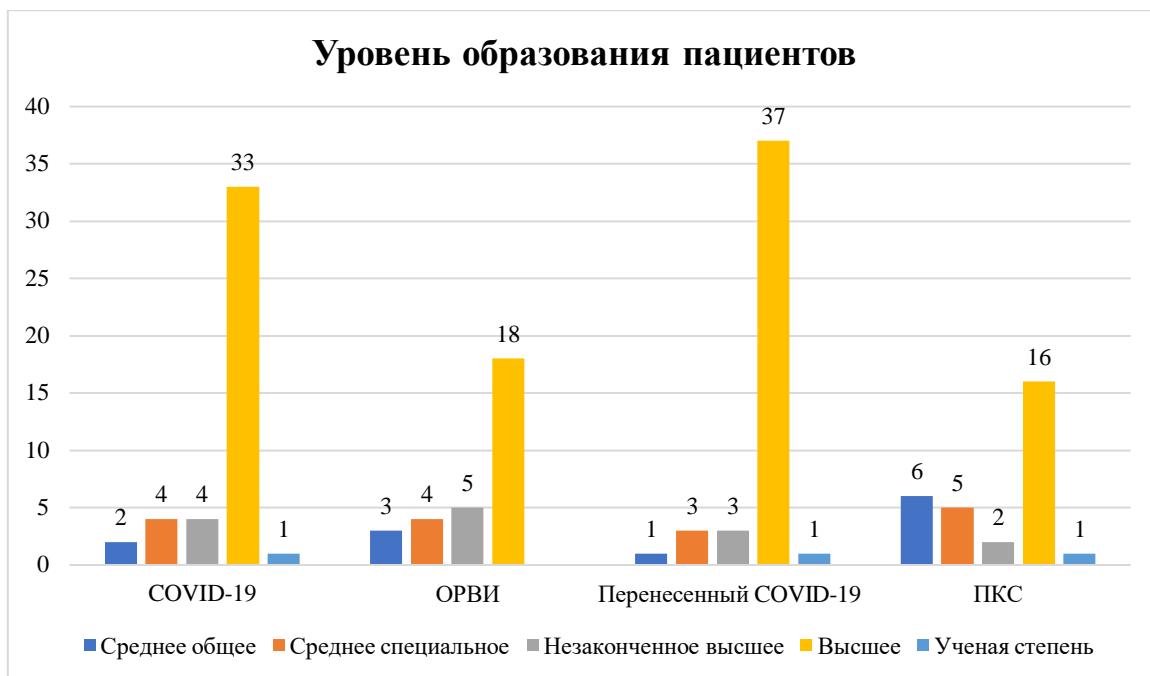


Рисунок 5. Уровень образования пациентов, включенных в выборку

Профessionальная деятельность (рисунок 6) и семейное положение (рисунок 7) большинства участников свидетельствуют об их активной социальной интеграции, что является значимым фактором при изучении отношения к болезни, влияющей на повседневную жизнь и социальные связи.

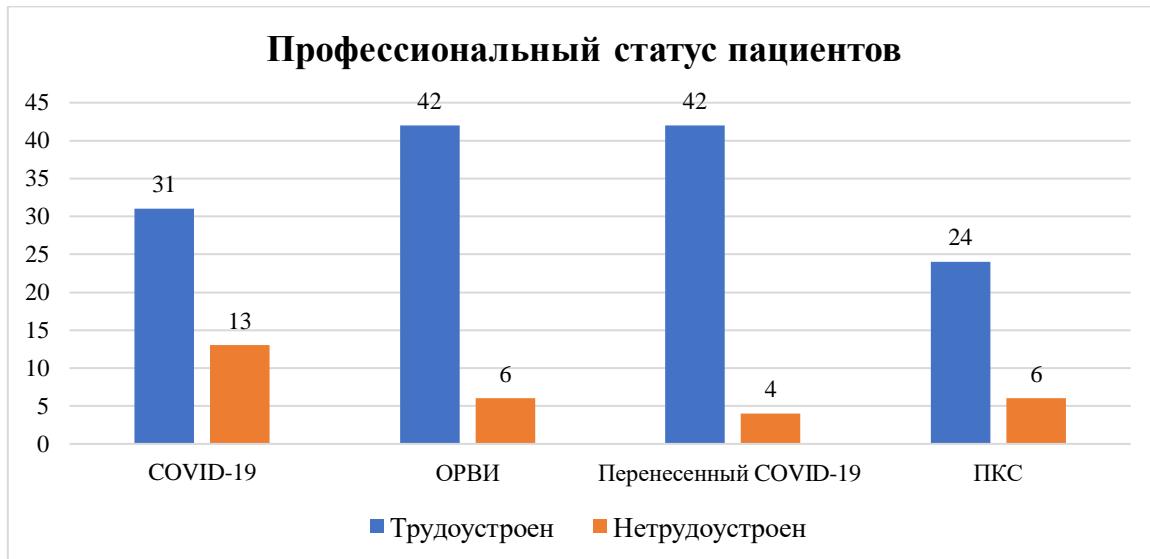


Рисунок 6. Профессиональный статус пациентов, включенных в выборку

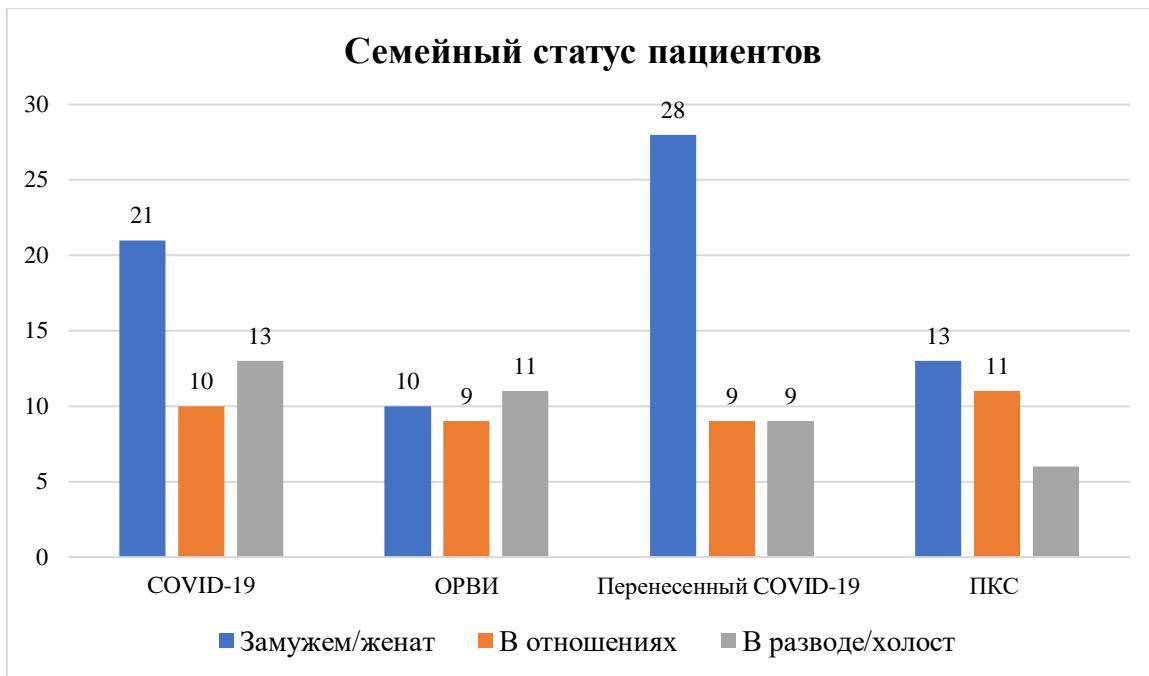


Рисунок 7. Семейный статус пациентов, включенных в выборку

2.3 Методы и методики исследования

Для нашего исследования были выбраны следующие методы:

1. Организационные (методологические подходы):

-Смешанный (mixed-methods) подход – объединение качественных и количественных методов.

-Сравнительный подход – как принцип организации.

-Кросс-секционный (резовий).

2. Эмпирические методы:

- Клинико-психологическое обследование.

- Психодиагностические методы.

- Анкетирование.

3. Методы обработки и анализа данных:

- Контент-анализ;

- Методы статистической обработки (F-критерий Фишера, U-критерий

Манна-Уитни, коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

В качестве методик исследования были использованы:

1. Поскольку для достижения поставленных задач необходимо диагностировать типы отношения к болезни, была использована методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ – далее), разработанная А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым в 1980 г. Направлена на диагностику типов отношения к болезни (приложение 1).

2. Так как одним из основных предположений было то, что уровень невротизации сказывается на окраске переживания пациентов и был использован Клинический опросник невротических состояний (КОНС – далее) по авторством К. К. Яхина и Д. М. Менделевича (1978) (приложение 2).

3. Для оценки отношения к COVID-19 и новостям о пандемии, на основе методики «Незаконченные предложения» Д. Сакса, была разработана авторская методика «Отношение к COVID-19». Обработка эмпирических данных проводилась с помощью контент-анализа ответов пациентов. Опираясь на теорию отношений В. М. Мясищева, были выделены категории: «Отношение к COVID-19»; «Отношение к ОРВИ»; «Отношение к новостям о COVID-19». Выделение единиц анализа при наличии сходных феноменов включало в себя слова, словосочетания, смысловые темы. Единицами анализа выступали отдельные слова, устойчивые словосочетания и смысловые темы, отражающие значимые аспекты отношения к указанным феноменам. Все выявленные единицы были классифицированы по категориям и закодированы для последующего анализа (приложение 3).

4. Для уточнения социально-демографических характеристик, а также для изучения самочувствия пациентов и их информационно-поисковой активности в отношении новостей о пандемии и информации о заболевании, была разработана и использована анкета (приложение 4).

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПРИ COVID-19

3.1 Формирование отношения к болезни в остром периоде COVID-19

3.1.1 Анализ компонентов отношения к болезни при остром периоде COVID-19

Анализ особенностей отношения к болезни при COVID-19 структурирован на основании ранее выделенных компонентов: сенситивного, аффективного, когнитивного и мотивационно-поведенческого.

Анализ особенностей сенситивного компонента отношения к болезни пациентов в остром периоде COVID-19.

Среди пациентов в остром периоде COVID-19 наиболее частыми соматическими жалобами были: повышение температуры (98% пациентов), кашель, боль в горле, усталость и слабость (95%), головная боль (91%) и озноб (89%). Распределение частоты соматических жалоб пациентов отражено в рисунке 8.



Рисунок 8. Распределение частоты соматических жалоб пациентов с острым COVID-19

При этом, около 98% пациентов отмечает у себя наличие трех и более из вышеописанных симптомов, которые были сгруппированы в обобщенные категории по системному основанию: катарально-респираторная группа (повышение температуры, кашель, боль в горле, насморк), неврологическая (головная боль, потеря обоняния, потеря чувствительности, головокружение), астеновегетативная (озноб, слабость, усталость, нарушение аппетита и сна), гастроэнтерологическая (тошнота, рвота и диарея) и группа с отсутствием симптомов.

Полученные с помощью анкеты данные, отражённые на рисунке 9, свидетельствуют о преобладании катарально-респираторной группы симптомов в общей структуре соматического состояния пациентов в остром периоде COVID-19.

Группы симптомов пациентов в остром периоде COVID-19

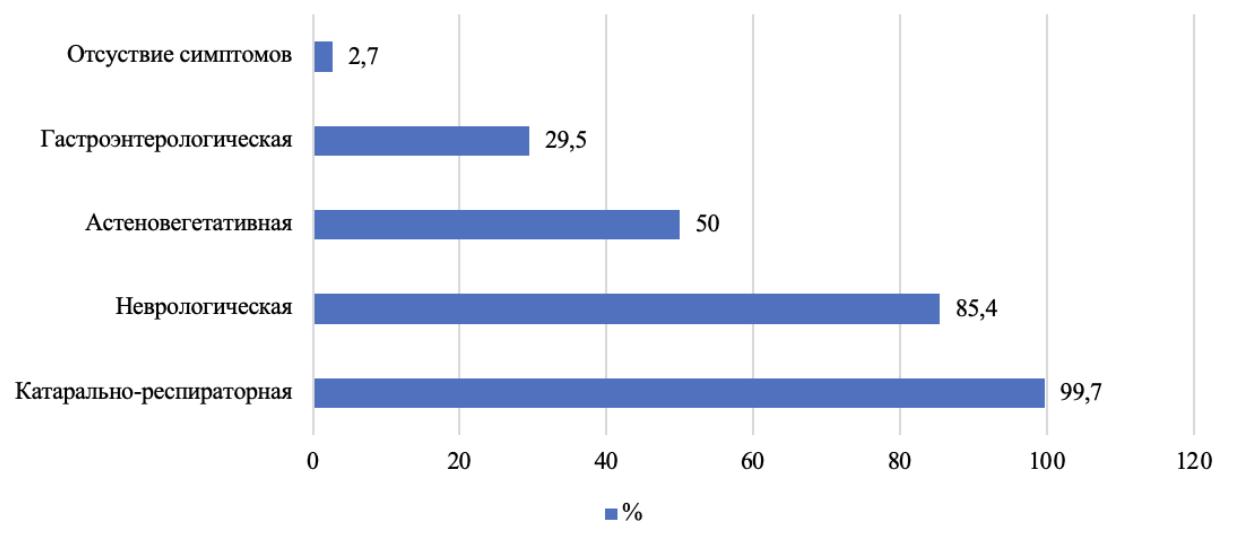


Рисунок 9. Частота распределения групп соматических жалоб пациентов в остром периоде COVID-19

Анализ особенностей аффективного компонента отношения к болезни пациентов в остром периоде COVID-19.

На основании ответов (установок) пациентов, полученных с помощью методики «Отношение к COVID-19», анкеты и проведённого качественного контент-анализа, выделены четыре категории, образовавшие типы реагирования в отношении COVID-19: рациональный, аффективный, индифферентный и отрицающий типы. Надежность интерпретации обеспечивалась повторной кодировкой.

-Рациональный тип реагирования характеризовался отсутствием у пациента негативных эмоциональных реакций в отношении COVID-19 на разных этапах формирования отношения к болезни. Лица с данным типом склонны к анализу ситуации.

-Аффективный тип реагирования характеризовался наличием у пациентов проявлений реактивной тревожности и эмоциональных реакций в отношении COVID-19 на разных этапах формирования отношения к болезни.

-Индифферентный тип реагирования характеризовался отсутствием интереса у пациентов в отношении COVID-19 на разных этапах формирования отношения к болезни.

-Отрицающий тип реагирования характеризовался полным отрицанием пациентом возможности существования COVID-19, либо превалированием мнения о преувеличении масштабов данной проблемы.

Помимо этого, выделены три ключевые этапа формирования отношения к болезни при COVID-19:

- а) «Первые новости о возникновении COVID-19»;
- б) «Объявление ВОЗ пандемии COVID-19»;
- в) «Инфицирование пациента COVID-19».

Так, пациенты в остром периоде COVID-19 отнеслись к первым новостям о возникновении COVID-19 преимущественно спокойно и безэмоционально. Преобладание рационального типа реагирования выражалось в следующих установках пациентов: «спокойно», «бывает», «удивление», «адекватно», «вызвало удивление», «с интересом», «без эмоций». Пациенты, у которых преобладал индифферентный тип, характеризовались полным безразличием к сложившейся ситуации, что выражалось в следующих установках: «индифферентно», «все равно», «никак», «не смотрю», «не интересно», «не интересуюсь», «не смотрел(а)», «пусто/пустота» и так далее. При отрицающем типе реагирования в отношении COVID-19 пациенты демонстрировали скепсис или безразличие. 3/4 пациентов с данным типом реагирования в качестве ведущих причин распространения информации о возникновении COVID-19 отмечали возможный всемирный заговор с целью извлечения финансовой выгоды определенным кругом заинтересованных лиц. Четверть пациентов, ответы которых вошли в данную категорию, не отрицало существование вспышки COVID-19, однако выражало мнение о преувеличении масштаба чрезвычайной ситуации. Меньшая часть пациентов с COVID-19, ответы которых вошли в категорию «Аффективный тип», утверждала, что отнеслась к первым новостям о возникновении COVID-19 эмоционально, что выражалось таких установках, как «тревога/тревожно», «страх/страшно»,

«началось», «конец», «злость», «недоумение», «легкая паника», «только не это», «волнение/волнуюсь», «беспокойство» и другие.

После того, как ВОЗ объявила пандемию COVID-19, в процентном соотношении на первый план вышел аффективный тип реагирования в отношении COVID-19. Так, наиболее яркими проявлениями на данном этапе становятся отрицательные эмоциональные реакции и состояния, выражающиеся в таких ответах, как «страх/страшно», «шок/шокирован(а)», «смерть», «беспокойство», «тревога/тревожно», «паника» и так далее. В то время, как безэмоциональные реакции в отношении COVID-19 сместились на второй план: «спокойно/спокоен(а)», «сдержанно», «без паники», «удивление», «прорвемся», «него страшного», «(это) ненадолго» и так далее. Реакции безразличия к данной ситуации или ее отрицания демонстрировались меньшинством.

На этапе заражения COVID-19 в процентном соотношении от общего числа пациентов наблюдалось возрастание уровня реактивной тревожности пациентов. Доминирующим типом реагирования остается аффективный, что проявляется в следующих ответах: «страх/страшно», «испуг/испугался(а)», «шок/шокирован(а)», «тревога/тревожно», «прощание/прощаюсь с жизнью», «апатия», «не может быть», «накрыло», «да пошло оно все» и так далее. Представители рационального типа реагирования в отношении COVID-19, пребывавшие в состоянии относительного спокойствия, характеризовались следующими установками: «ничего», «ничего страшного», «бывает», «все будет хорошо», «справлюсь», «переживу(ем)» и так далее. Иными словами, они демонстрировали принятие данной ситуации и оптимистический настрой на будущее. Лица, вошедшие в категории «Индиферентный тип» и «Отрицающий тип», были в меньшинстве (рисунок 10).



Рисунок 10. Динамика выраженности типов реагирования в отношении COVID-19 на разных этапах формирования отношения к болезни (по данным ретроспективной оценки)

Анализ особенностей когнитивного компонента отношения к болезни пациентов в остром периоде COVID-19.

У пациентов, переносивших COVID-19, отмечался недостаток представлений о собственном заболевании. С помощью анкеты, было установлено, что информация о COVID-19, транслируемая СМИ, отражала, по большей части, статистические данные о количестве заражений и летальных исходах (78%), а также регулярные напоминания о важности соблюдения режима самоизоляции (81%) и мер предосторожностей (83%). Лишь 15% пациентов отмечают, что получили необходимые представления о COVID-19 из СМИ.

Данный факт отразился на формировании пациентами с острым COVID-19 субъективной оценки тяжести заболевания и построении прогноза. 87% пациентов было обеспокоено исходом и течением заболевания.

Анализ особенностей поведенческого компонента отношения к болезни пациентов в остром периоде COVID-19.

Выделены четыре основные группы проявлений, полученные в результате контент-анализа незаконченных предложений и ответов испытуемых на вопросы анкеты:

- соблюдение социальной дистанции и ношение масок в общественных местах;
- регулярная обработка рук антисептическими средствами;
- преобладание соблюдения режима самоизоляции;
- целенаправленный и регулярный просмотр новостей об эпидемиологической ситуации.

Стоит отметить, что по мере развития ситуации с пандемией COVID-19, число пациентов, проявляющих подобные поведенческие тенденции, стремительно возрастало (рисунок 11).

Динамика изменения выраженности поведенческих проявлений пациентов на разных этапах формирования отношения к болезни при COVID-19

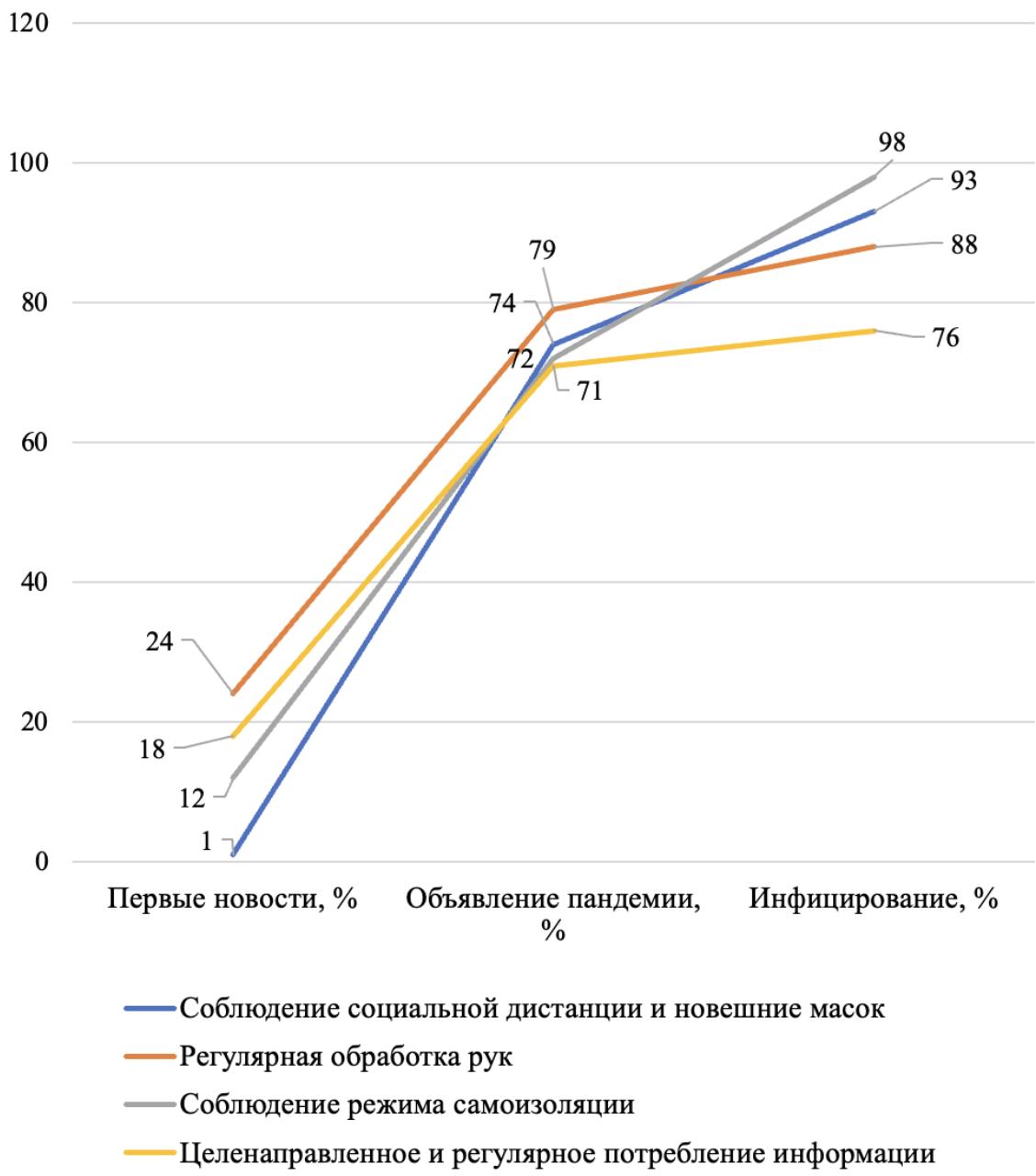


Рисунок 11. Динамика изменения выраженности поведенческих проявлений пациентов на разных этапах формирования отношения к болезни при COVID-19 (по данным ретроспективной оценки)

Несмотря на то, что большая часть пациентов считала, что информация об эпидемиологической обстановке в мире, поступающая посредством СМИ, была в избытке (67%), пациенты активно следили за новостями о пандемии. Это выражалось в таких суждениях, как «каждый день», «ежедневно»,

«постоянно», «регулярно», «часто», «очень часто» и так далее. Другими словами, большинство лиц, переносивших COVID-19, активно и систематически потребляло информацию из СМИ об эпидемиологической обстановке.

Для выявления взаимосвязей был проведен корреляционный анализ (коэффициент Спирмена) на основе ординально закодированных смысловых единиц. Результаты анализа представлены на рисунке 12.

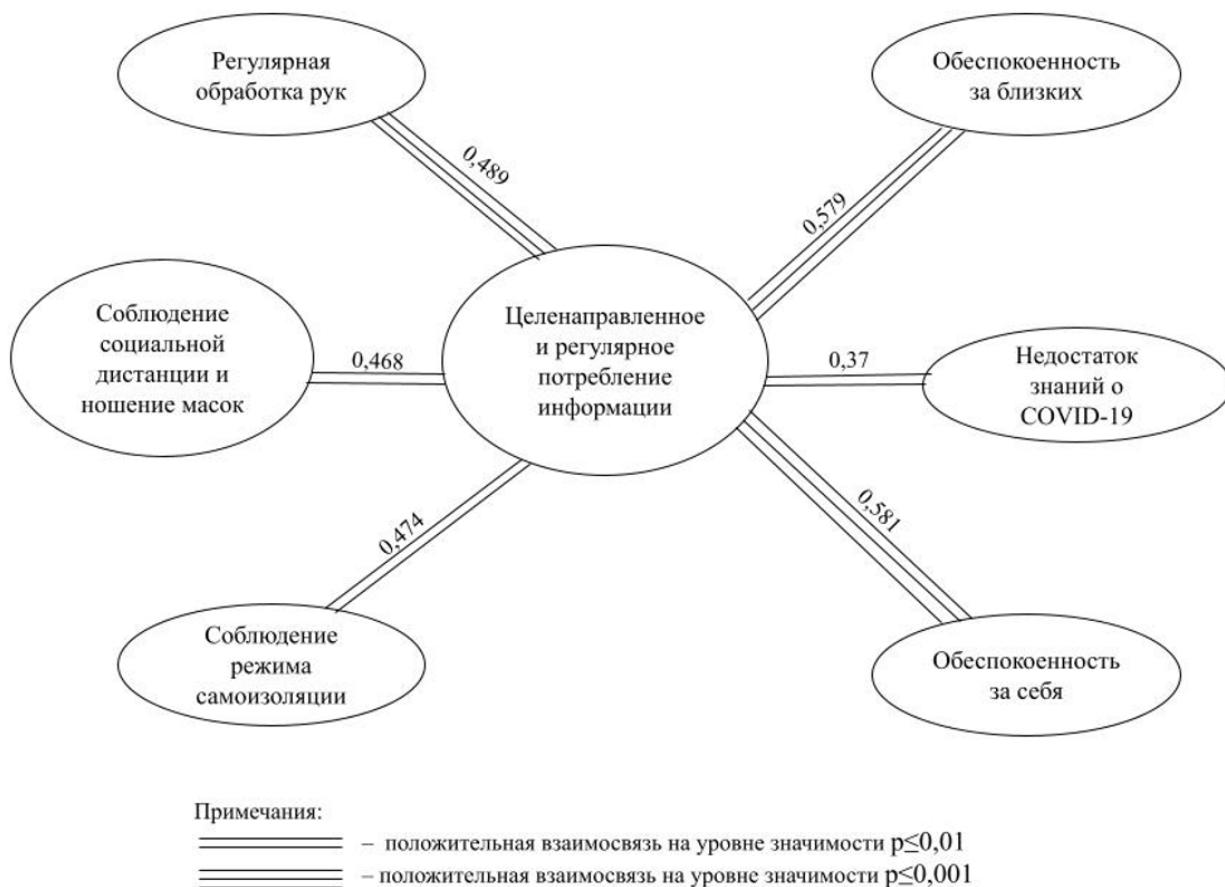


Рисунок 12. Корреляционная плеяда признака «Целенаправленное и регулярное потребление информации» у пациентов в остром периоде COVID-19

Установлено, что регулярное потребление информации о пандемии пациентами в остром периоде COVID-19 связано с повышением уровня обеспокоенности за собственное состояние, благополучие близких, а также повышением частоты обработкой рук антисептическими средствами на разных этапах формирования отношения к болезни. Помимо этого, были выявлены взаимосвязи средней силы между информационно-поисковой

активностью пациентов и соблюдением ими режима самоизоляции, а также мер предосторожности при нахождении в общественных местах.

3.1.2 Информационно-поисковая активность в структуре отношения к болезни пациентов в остром периоде COVID-19

Выявленная устойчивая связь между потреблением информации и аффективными, когнитивными, а также поведенческими особенностями отношения к болезни обусловила необходимость более детального анализа. Пациенты были поделены на две подгруппы по признаку их информационно-поисковой активности в отношении новостей о пандемии.

-подгруппа 1 (33 человека; 76%), состоящая из пациентов, которые проявляли информационно-поисковую активность высокой интенсивности.

-подгруппа 2 (11 человек; 24%), состоящая из пациентов, у которых поиск информации был на низком уровне интенсивности, либо отсутствовал вовсе.

Под *информационно-поисковой активностью высокой интенсивности* понимается целенаправленный, активный поиск актуальной на текущий момент информации в СМИ, связанной с пандемией COVID-19, с частотой поиска и последующего ознакомления с новой информацией не менее, чем 3 раза в сутки.

Под *информационно-поисковой активностью низкой интенсивности* понимается отсутствие выраженной потребности к поиску, потреблению и анализу информации, связанной с пандемией COVID-19.

Пациенты, постоянно проявлявшие информационно-поисковую активность, демонстрировали признаки реактивной тревожности как в отношении самого COVID-19 и факта инфицирования, так и в отношении новостей о пандемии COVID-19 в большей степени, чем пациенты, у которых ярко выраженный интерес к новостям о происходящих событиях отсутствовал.

На это указывают результаты проведенного контент-анализа незаконченных предложений. Признаки реактивной тревожности выражались в таких наиболее часто встречающихся ответах пациентов, как «страшно/страх», «тревога/тревожно/тревожность», «неопределенное/непонятное» [будущее, – прим.], «болезнь», «смерть», «опасно/опаска/опасность/опасения», «осторожно/осторожность», «недоверие», «беспокойство/беспокойно», «пугает/испуг/испугало» и так далее. «паника», «шок», «разочарование», «расстройство» и так далее. Лица, активно отслеживавшие информацию о пандемии, были обеспокоены неблагоприятным исходом заболевания, а также опасениями за жизнь, здоровье и будущее в большей степени, чем лица, которые редко следили за новостями о COVID-19 ($F_{эмп.} = 2,289$; при $F_{кр.} = 2,28$; $p \leq 0,01$).

Данные наблюдения также подтверждаются результатами методики ТОБОЛ. У пациентов, характеризовавшихся проявлением информационно-поисковой активности, преобладал тревожный тип отношения к болезни (24%). В совокупности с неврастеническим (18%), сенситивным (9%), паранойяльным (6%), дисфорическим (6%) и ипохондрическим (3%) типами отношения к болезни, возникает представление о невротическом способе реагирования и отношения к своей болезни. В отличии от пациентов с низкой информационно-поисковой активностью, для которых вышеуказанные типы отношения к болезни не являются доминирующими ($F_{эмп.} = 2,518$; при $F_{кр.} = 2,28$; $p \leq 0,01$).

Анализ наиболее встречающихся утверждений по методике ТОБОЛ показал следующее. Пациенты с высокой информационно-поисковой активностью акцентировали свое внимание на стратегии и методах лечения, выражали обеспокоенность за исход заболевания, отличались нарушением сна и аппетита, пребывали в плохом настроении и чувствовали себя хуже, чем пациенты с низкой информационно-поисковой активностью (таблица 2).

Таблица 2. Наиболее встречающиеся утверждения пациентов с высокой и низкой информационно-поисковой активностью по методике ТОБОЛ

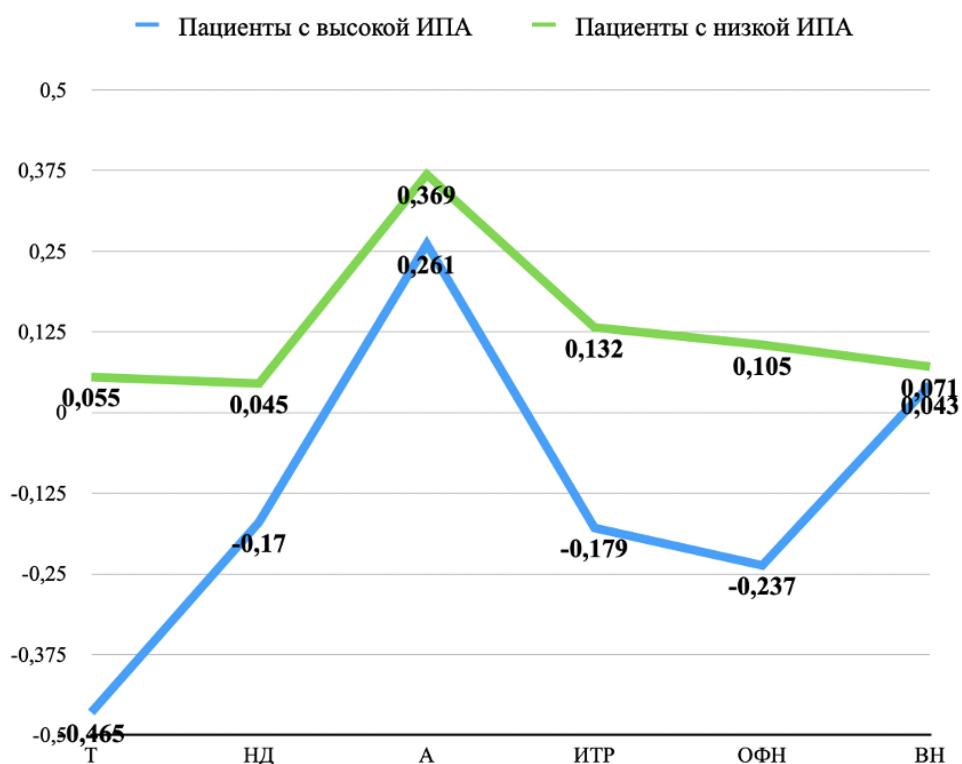
Утверждения пациентов с высокой ИПА, частота	Значимость различий	Утверждения пациентов с низкой ИПА, частота	Значимость различий
I. Самочувствие			
С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски, – 67%	F эмп. = 3,728; F кр. = 2,28; p≤0,01	Мое самочувствие вполне удовлетворительно, – 64%	F эмп. = 3,546; F кр. = 2,28; p≤0,01
Ни одно из определений мне не подходит, – 45%	F эмп. = 2,491; F кр. = 2,28; p≤0,01	Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей, – 45%	F эмп. = 2,821; F кр. = 2,28; p≤0,01
Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей, – 42%	F эмп. = 2,315; F кр. = 2,28; p≤0,01	Дурное самочувствие я стараюсь перебороть, – 45 %	F эмп. = 2,491; F кр. = 2,28; p≤0,01
II. Настроение			
Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным, – 61%	F эмп. = 2,595; F кр. = 2,28; p≤0,01	Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти, – 73%	F эмп. = 4,862; F кр. = 2,28; p≤0,01
У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем, – 58 %	F эмп. = 2,418; F кр. = 2,28; p≤0,01	Ни одно из определений мне не подходит, – 73 %	F эмп. = 2,711; F кр. = 2,28; p≤0,01
Из-за болезни у меня все время тревожное настроение, – 55%	F эмп. = 3,014; F кр. = 2,28; p≤0,01	У меня стало совершенно безразличное настроение, – 64 %	F эмп. = 2,347; F кр. = 2,28; p≤0,01
III. Сон			
Утро для меня – самое тяжелое время суток, – 51%	F эмп. = 2,068; F кр. = 1,64; p≤0,05	Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать, – 55%	F эмп. = 3,344; F кр. = 2,28; p≤0,01
Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем, – 47%	F эмп. = 1,894; F кр. = 1,64; p≤0,05	Проснувшись, я сразу заставляю себя встать, – 45%	F эмп. = 2,491; F кр. = 2,28; p≤0,01
По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни, – 38%	F эмп. = 2,138; F кр. = 1,64; p≤0,05	Ни одно из определений не подходит, – 37%	F эмп. = 0,357
IV. Аппетит			
У меня плохой аппетит, – 48%	F эмп. = 1,894; F кр. = 1,64; p≤0,05	У меня хороший аппетит, – 55%	F эмп. = 2,73; F кр. = 2,28; p≤0,01
Еда не доставляет мне никакого удовольствия, – 48%		Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье, – 55%	F эмп. = 2,243; F кр. = 1,64; p≤0,05
Ни одно из определений мне не подходит, – 42%	F эмп. = 0,698	Ни одно из определений мне не подходит, – 55%	F эмп. = 0,698
V. Отношение к болезни			
Моя болезнь меня пугает, – 85%	F эмп. = 6,726; F кр. = 2,28; p≤0,01	Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни, – 55%	F эмп. = 3,768; F кр. = 2,28; p≤0,01

Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания, – 82%	F эмп. = 3,337; F кр. = 2,28; p≤0,01	Ни одно из определений мне не подходит, – 55%	F эмп. = 3,768; F кр. = 2,28; p≤0,01
Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью, – 76%	F эмп. = 6,066; F кр. = 2,28; p≤0,01	Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью, – 18%	F эмп. = 1,525
VI. Отношение к лечению			
Считаю, что меня лечат неправильно, – 48%	F эмп. = 2,665; F кр. = 2,28; p≤0,01	Ни одно из определений мне не подходит, – 64%	F эмп. = 1,959; F кр. = 1,64; p≤0,05
Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным, – 45%	F эмп. = 2,491; F кр. = 2,28; p≤0,01	Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать, – 45%	F эмп. = 3,245; F кр. = 2,28; p≤0,01
Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения, – 37%	F эмп. = 1,959; F кр. = 1,64; p≤0,05	Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением, – 45%	F эмп. = 0,715
VII. Отношение к врачам и медперсоналу			
19 Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат, – 58%	F эмп. = 3,189; F кр. = 2,28; p≤0,01	Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному, – 73%	F эмп. = 1,617; F кр. = 1,64; p≤0,05
15 Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному, – 45%	F эмп. = 1,617; F кр. = 1,64; p≤0,05	С большим уважением я отношусь к медицинской профессии, – 64%	F эмп. = 2,556; F кр. = 2,28; p≤0,01
13 Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения, – 39%	F эмп. = 2,138; F кр. = 1,64; p≤0,05	Ни одно из определений мне не подходит, – 64%	F эмп. = 3,008; F кр. = 2,28; p≤0,01
VIII. Отношение к родным и близким			
Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды, – 37%	F эмп. = 1,959; F кр. = 1,64; p≤0,05	Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни, – 73%	F эмп. = 4,108; F кр. = 2,28; p≤0,01
Из-за болезни я стал в тягость близким, – 33%	F эмп. = 1,776; F кр. = 1,64; p≤0,05	Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного, – 45%	F эмп. = 3,245; F кр. = 2,28; p≤0,01
Ни одно из определений мне не подходит, – 30%	F эмп. = 0,902	Ни одно из определений мне не подходит, – 45%	F эмп. = 0,902
IX. Отношение к работе			
Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы), – 52%	F эмп. = 2,068; F кр. = 1,64; p≤0,05	Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу), – 64%	F эмп. = 3,876; F кр. = 2,28; p≤0,01
Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться), – 45%	F эмп. = 1,72; F кр. = 1,64; p≤0,05	Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе), – 64%	
Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной, – 45%		Ни одно из определений мне не подходит, – 64%	
X. Отношение к окружающим			

Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня, – 52%	F эмп. = 2,839; F кр. = 2,28; p≤0,01	Моя болезнь не мешает мне иметь друзей, – 73%	F эмп. = 2,711; F кр. = 2,28; p≤0,01
Ни одно из определений мне не подходит, – 33%	F эмп. = 0,182	Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни, – 64%	F эмп. = 3,876; F кр. = 2,28; p≤0,01
Моя болезнь не мешает мне иметь друзей, – 33%	F эмп. = 2,711; F кр. = 2,28; p≤0,01	С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни, – 64%	
XI. Отношение к одиночеству			
Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать, – 52%	F эмп. = 2,665; F кр. = 2,28; p≤0,01	Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения, – 82%	F эмп. = 2,775; F кр. = 2,28; p≤0,01
Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения, – 36%	F эмп. = 2,775; F кр. = 2,28; p≤0,01	В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу, – 73%	F эмп. = 4,438; F кр. = 2,28; p≤0,01
Ни одно из определений мне не подходит, – 30%	F эмп. = 0,902	Ни одно из определений мне не подходит, – 45%	F эмп. = 0,902
XII. Отношение к будущему			
Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее, – 73%	F эмп. = 3,337; F кр. = 2,28; p≤0,01	Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее, – 64%	F эмп. = 3,876; F кр. = 2,28; p≤0,01
Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее, – 61%	F эмп. = 2,595; F кр. = 2,28; p≤0,01	Ни одно из определений мне не подходит, – 55%	F эмп. = 1,425
Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем, – 49%	F эмп. = 1,894; F кр. = 1,64; p≤0,05	Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем, – 46%	F эмп. = 2,821; F кр. = 2,28; p≤0,01

Помимо этого, у лиц, активно отслеживавших новости о пандемии (52%), тенденции к нарушению нервно-психической устойчивости имеют большую выраженность в сравнении с пациентами, которые редко следили за новостями (18%; F эмп. = 2,068; F кр. = 1,64; p≤0,05).

Данный факт подтверждается и результатами исследования, полученными с помощью методики КОНС (рисунок 13).



Примечания:

Т – Тревога (U эмп. = 96; U кр.=120; $p\leq 0,05$);

НД – Невротическая депрессия

А – Астения;

ИТР – Истерический тип реагирования;

ОФН – Обсессивно-фобические нарушения (U эмп.=117; U кр.=120; $p\leq 0,05$);

ВН – Вегетативные нарушения.

Рисунок 13. Значения по шкалам КОНС пациентов с высокой и низкой информационно-поисковой активностью

У пациентов с низкой информационно-поисковой активностью значения по всем шкалам методики КОНС соответствуют тестовой норме. В то время, как у пациентов с высокой ИПА наблюдается тенденция к нарушению нервно-психической устойчивости по следующим шкалам КОНС: «Тревога» (U эмп. = 96; U кр. = 120; $p\leq 0,05$) и «Обсессивно-фобические нарушения» (U эмп. = 117; U кр. = 120; $p\leq 0,05$).

3.2 Сравнение отношения к болезни у пациентов в остром периоде COVID-19 и с ОРВИ

С целью более точного анализа результатов, типы отношения к болезни, диагностируемые с помощью методики ТОБОЛ, были сгруппированы в три обобщенные категории на основе критерия адаптивности-дезадаптивности.

Адаптивные типы (I блок по Личко): объединяют гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни. Характеризуются сохранной критикой к заболеванию и отсутствием выраженной психологической дезадаптации.

Дезадаптивные типы (II и III блоки по Личко): включают типы, отражающие тенденции к нарушению психической адаптации и конфликтным отношениям с лечащим персоналом.

Неопределенные типы, в которые вошли смешанный и диффузный типы, не имеющие четкого психологического оформления.

Так, у 2/3 пациентов с COVID-19 выявлены нарушения психической и социальной адаптации, в то время как для пациентов с ОРВИ нарушений адаптации не выявлено (рисунок 14).

Соотношение категорий типов отношения к болезни по ТОБОЛ

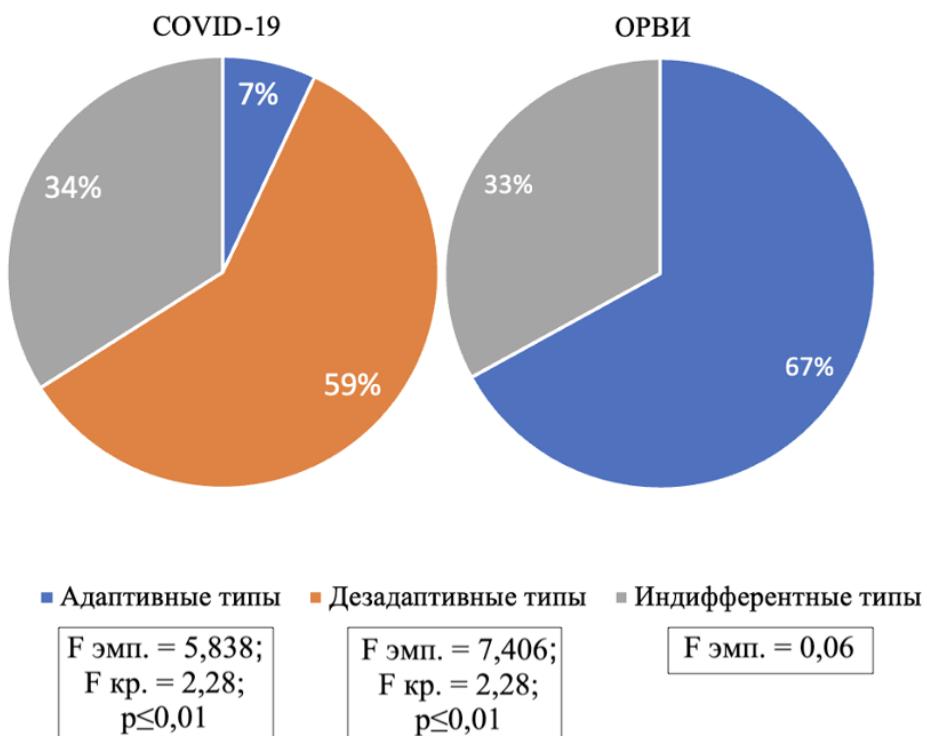
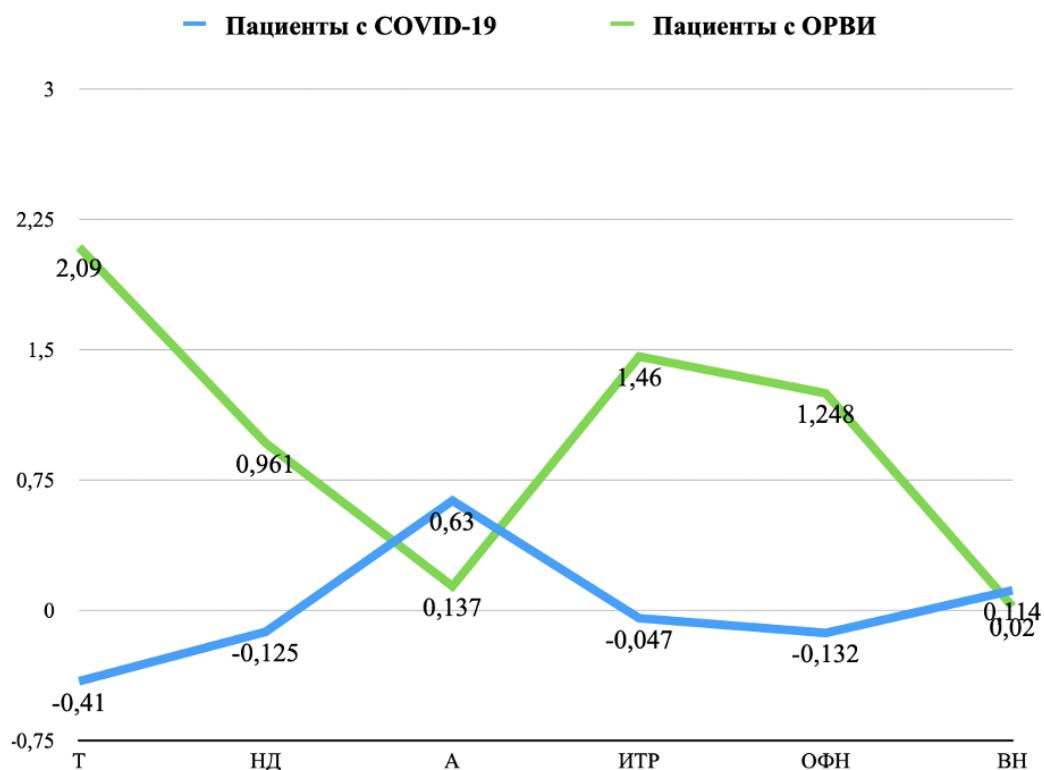


Рисунок 14. Соотношение категорий типов отношения к болезни по ТОБОЛ пациентов в остром периоде COVID-19 и с ОРВИ

На данный факт также указывают и результаты, полученные посредством методики КОНС (рисунок 15). У пациентов, переносивших COVID-19, значения по шкалам «Астения» и «Вегетативные нарушения» соответствуют тестовой норме. Однако значения по шкалам «Тревога» (U эмп. = 437; U кр. = 458; p≤0,01), «Невротическая депрессия» (U эмп. = 499; U кр. = 508; p≤0,05), «Истерический тип реагирования» (U эмп. = 474; U кр. = 508; p≤0,05) и «Обсессивно-фобические нарушения» (U эмп. = 487; U кр. = 508; p≤0,05) свидетельствуют о тенденции к неустойчивой психической адаптации. У пациентов с ОРВИ отмечаются противоположные тенденции, поскольку значения всех шкал соответствуют тестовой норме.



Примечания:

Т – Тревога (U эмп. = 437; U кр. = 458; $p \leq 0,01$);

НД – Невротическая депрессия (U эмп. = 499; U кр. = 508; $p \leq 0,05$);

А – Астения;

ИТР – Истерический тип реагирования (U эмп. = 474; U кр. = 508; $p \leq 0,05$);

ОФН – Обсессивно-фобические нарушения (U эмп. = 487; U кр. = 508; $p \leq 0,05$);

ВН – Вегетативные нарушения.

Рисунок 15. Значения по шкалам КОНС пациентов в остром периоде COVID-19 и с ОРВИ

Анализ наиболее встречающихся утверждений представителей обеих групп по методикам исследования показал, что большинство пациентов с COVID-19 демонстрировали признаки реактивной тревожности и сниженного настроения, нарушения сна и аппетита, выражали обеспокоенность за исход заболевания и раздражительность в отношении своего окружения. В отличие от пациентов с ОРВИ, для которых данные проявления характерны не были.

Так, согласно результатам контент-анализа незаконченных предложений, пациенты в остром периоде COVID-19 демонстрировали в отношении собственного заболевания такие высказывания, как «тревога/тревожность/тревожусь», «страх/страшно», «недоверие», «беспокойство/беспокоюсь», «пугает», «смерть/смертельно», «ужас/ужасно».

Пациенты с ОРВИ, у которых в структуре отношения к болезни превалировал не аффективный, а сенситивный компонент, – напротив, делали акцент на физическом самочувствии, что выражалось в таких суждениях, как «зноит», «недомогание», «плохое самочувствие», «плохое настроение», «слабость», «нет сил», «больничный» (F эмп.= 2,945; при F кр. = 2,28; $p\leq 0,01$).

Этот факт согласуется с данными, полученным с помощью методики ТОБОЛ.

Установлено, что большинство пациентов с COVID-19 обладают тревожным и неврастеническим типами отношения к болезни, для которых характерны такие проявления, как демонстрация недоверия к выбранным методам лечения, выражение опасения за возможное неблагоприятное течение болезни и последствия лечения. В свою очередь, лица, перенесшие ОРВИ, демонстрировали преимущественно анозогнозический тип отношения к болезни, при котором свойственно отбрасывание мыслей о возможных последствиях болезни (таблица 3).

Таблица 3. Процентное соотношение типов отношения к болезни по методике ТОБОЛ пациентов в остром периоде COVID-19 и с ОРВИ

Категории	Тип отношения к болезни	Частота доминирования в структуре ВКБ				Значимость различий	
		COVID-19		ОРВИ			
		абс. ед.	%	абс. ед.	%		
Адаптивные типы	Гармоничный	1	3	3	10	F эмп. = 1,44	
	Эргопатический	0	0	3	10	F эмп. = 2,718 (F кр. = 2,28; $p\leq 0,01$)	
	Анозогнозический	2	5	14	45	F эмп. = 4,537 (F кр. = 2,28; $p\leq 0,01$)	
Дезадаптивные типы	Тревожный	10	22	0	0	F эмп. = 4,197 (F кр. = 2,28; $p\leq 0,01$)	
	Ипохондрический	1	3	0	0	F эмп. = 1,278	
	Неврастенический	7	16	0	0	F эмп. = 3,465 (F кр. = 2,28; $p\leq 0,01$)	
	Меланхолический	1	3	0	0	F эмп. = 1,278	
	Апатический	0	0	0	0	F эмп. = 0	
	Сенситивный	3	7	0	0	F эмп. = 2,232 (F кр. = 1,64; $p\leq 0,05$)	

	Эгоцентрический	0	0	0	0	F эмп. = 0	
	Паранойяльный	2	5	0	0	F эмп. = 1,815 (F кр. = 1,64; p≤0,05)	
	Дисфорический	2	5	0	0	F эмп. = 1,815 (F кр. = 1,64; p≤0,05)	
	Неопределенные типы	Смешанный	7	16	6	20	F эмп. = 0,451
		Диффузный	8	18	4	15	F эмп. = 0,564

Анализ наиболее встречающихся утверждений по методике ТОБОЛ показал, что пациенты с COVID-19 демонстрировали недоверие к выбранным методам лечения, проявляли раздражительность и сниженное настроение, имели нарушения сна и аппетита. В отличие от большинства пациентов с ОРВИ, для которого вышеописанные проявления либо не были характерны, либо отсутствовали вовсе (таблица 4).

Таблица 4. Наиболее встречающиеся утверждения пациентов в остром периоде COVID-19 и с ОРВИ по методике ТОБОЛ

Утверждения пациентов с COVID-19	Значимость различий	Утверждения пациентов с ОРВИ	Значимость различий
I. Самочувствие			
С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски, – 52%	F эмп. = 6,826; F кр. = 2,28; p≤0,01	Мое самочувствие вполне удовлетворительно, – 73%	F эмп. = 1,733; F кр. = 1,64; p≤0,05
Ни одно из определений мне не подходит, – 36%	F эмп. = 0,571	Дурное самочувствие я стараюсь перебороть, – 33%	F эмп. = 2,295; F кр. = 2,28; p≤0,01
Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей, – 34%	F эмп. = 3,061; F кр. = 2,28; p≤0,01	Ни одно из определений мне не подходит, – 30%	F эмп. = 0,571
II. Настроение			
Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным, – 50%	F эмп. = 5,083; F кр. = 2,28; p≤0,01	Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти, – 47%	F эмп. = 2,388; F кр. = 2,28; p≤0,01
У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, – 48%	F эмп. = 4,891; F кр. = 2,28; p≤0,01	Как правило, настроение у меня очень хорошее, – 33%	F эмп. = 2,612; F кр. = 2,28; p≤0,01
Из-за болезни у меня все время тревожное настроение, – 43%	F эмп. = 4,506; F кр. = 2,28; p≤0,01	Ни одно из определений мне не подходит, – 30%	F эмп. = 1,354
III. Сон			
Утро для меня – самое тяжелое время суток, – 44%	F эмп. = 3,339; F кр. = 2,28; p≤0,01	Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать, – 38%	F эмп. = 1,297

Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем, – 41%	F эмп. = 3,656; F кр. = 2,28; p≤0,01	Проснувшись, я сразу заставляю себя встать, – 28%	F эмп. = 0,386
По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни, – 32%	F эмп. = 5,062; F кр. = 2,28; p≤0,01	Утро для меня – самое тяжелое время суток, – 10%	F эмп. = 3,339; F кр. = 2,28; p≤0,01
IV. Аппетит			
Ни одно из определений мне не подходит, – 45%	Fэмп. = 1,991; Fкр. = 1,64; p≤0,05	У меня хороший аппетит, – 53%	F эмп. = 2,718; F кр. = 2,28; p≤0,01
У меня плохой аппетит, – 41%	F эмп. = 3,656; F кр. = 2,28; p≤0,01	Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде, – 41%	F эмп. = 2,7879; F кр. = 2,28; p≤0,01
Еда не доставляет мне никакого удовольствия, – 41%	F эмп. = 2,31; F кр. = 2,28; p≤0,01	Ни одно из определений мне не подходит, – 45%	F эмп. = 1,991; F кр. = 1,64; p≤0,05
V. Отношение к болезни			
Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания, – 68%	F эмп. = 8,206; F кр. = 2,28; p≤0,01	Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше, – 45%	F эмп. = 3,765; F кр. = 2,28; p≤0,01
Моя болезнь меня пугает, – 66%	F эмп. = 7,801; F кр. = 2,28; p≤0,01	Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью, – 45%	F эмп. = 3,765; F кр. = 2,28; p≤0,01
Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью, – 57%	F эмп. = 7,212; F кр. = 2,28; p≤0,01	Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни, – 45%	F эмп. = 2,887; F кр. = 2,28; p≤0,01
VI. Отношение к лечению			
Считаю, что меня лечат неправильно, – 39%	F эмп. = 5,666; F кр. = 2,28; p≤0,01	Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать, – 54%	F эмп. = 3,721; F кр. = 2,28; p≤0,01
Ни одно из определений мне не подходит, – 39%	F эмп. = 2,114; F кр. = 1,64; p≤0,05	Я ни в каком лечении не нуждаюсь, – 51%	F эмп. = 4,047; F кр. = 2,28; p≤0,01
Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным, – 36%	F эмп. = 5,468; F кр. = 2,28; p≤0,01	Ни одно из определений мне не подходит, – 15%	F эмп. = 2,114; F кр. = 1,64; p≤0,05
VII. Отношение к врачам и медперсоналу			
Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному, – 52%	F эмп. = 0,373	Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному, – 50%	F эмп. = 0,373
Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат, – 45%	F эмп. = 6,25; F кр. = 2,28; p≤0,01	Ни одно из определений мне не подходит, – 47%	F эмп. = 1,711; F кр. = 1,64; p≤0,05
Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения, – 32%	F эмп. = 3,511; F кр. = 2,28; p≤0,01	С большим уважением я отношусь к медицинской профессии, – 30%	F эмп. = 0,166
VIII. Отношение к родным и близким			
Ни одно из определений мне не подходит, – 34%	F эмп. = 1,086	Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот	F эмп. = 2,776;

		моим близким из-за моей болезни, – 51%	F кр. = 2,28; p≤0,01
Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды, – 30%	F эмп. = 4,854; F кр. = 2,28; p≤0,01	Ни одно из определений мне не подходит, – 53%	F эмп. = 1,086
Из-за болезни я стал в тягость близким, – 27%	F эмп. = 3,09; F кр. = 2,28; p≤0,01	Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного, – 47%	F эмп. = 3,158; F кр. = 2,28; p≤0,01
IX. Отношение к работе			
Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы), – 43%	F эмп. = 2,504; F кр. = 2,28; p≤0,01	Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу, – 67%	F эмп. = 5,165; F кр. = 2,28; p≤0,01
Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться), – 39%	F эмп. = 2,948; F кр. = 2,28; p≤0,01	Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе), – 63%	F эмп. = 3,81; F кр. = 2,28; p≤0,01
Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной, – 39%	F эмп. = 3,46; F кр. = 2,28; p≤0,01	Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу), – 57%	F эмп. = 3,235; F кр. = 2,28; p≤0,01
X. Отношение к окружающим			
Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня, – 41%	F эмп. = 4,311; F кр. = 2,28; p≤0,01	Моя болезнь не мешает мне иметь друзей, – 63%	F эмп. = 2,108; F кр. = 1,64; p≤0,05
Моя болезнь не мешает мне иметь друзей, – 39%	F эмп. = 2,108; F кр. = 1,64; p≤0,05	С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни, – 43%	F эмп. = 2,105; F кр. = 1,64; p≤0,05
Ни одно из определений мне не подходит, – 34%	F эмп. = 0,228	Ни одно из определений мне не подходит, – 37%	F эмп. = 0,228
XI. Отношение к одиночеству			
Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения, – 48%	F эмп. = 1,982; F кр. = 1,64; p≤0,05	Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения, – 70%	F эмп. = 1,982; F кр. = 1,64; p≤0,05
Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать, – 41%	F эмп. = 4,311; F кр. = 2,28; p≤0,01	В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу, – 57%	F эмп. = 4,295; F кр. = 2,28; p≤0,01
Ни одно из определений мне не подходит, – 34%	F эмп. = 1,086	Ни одно из определений мне не подходит, – 47%	F эмп. = 1,086
XII. Отношение к будущему			
Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее, – 59%	F эмп. = 5,856; F кр. = 2,28; p≤0,01	Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее, – 83%	F эмп. = 5,752; F кр. = 2,28; p≤0,01
Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем, – 50%	F эмп. = 5,083; F кр. = 2,28; p≤0,01	Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем, – 80%	F эмп. = 5,886; F кр. = 2,28; p≤0,01
Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее, – 41%	F эмп. = 4,311; F кр. = 2,28; p≤0,01	Ни одно из определений мне не подходит, – 43%	F эмп. = 0,602

Этот факт согласуется с данными, полученными с помощью анкеты. У пациентов с ОРВИ, как и у пациентов с COVID-19, в общей структуре соматического состояния (рисунок 16) преобладала группа катарально-респираторных симптомов (F эмп. = 1,278; F кр. = 1,64; $p \leq 0,05$).

Группы симптомов пациентов с COVID-19 и ОРВИ

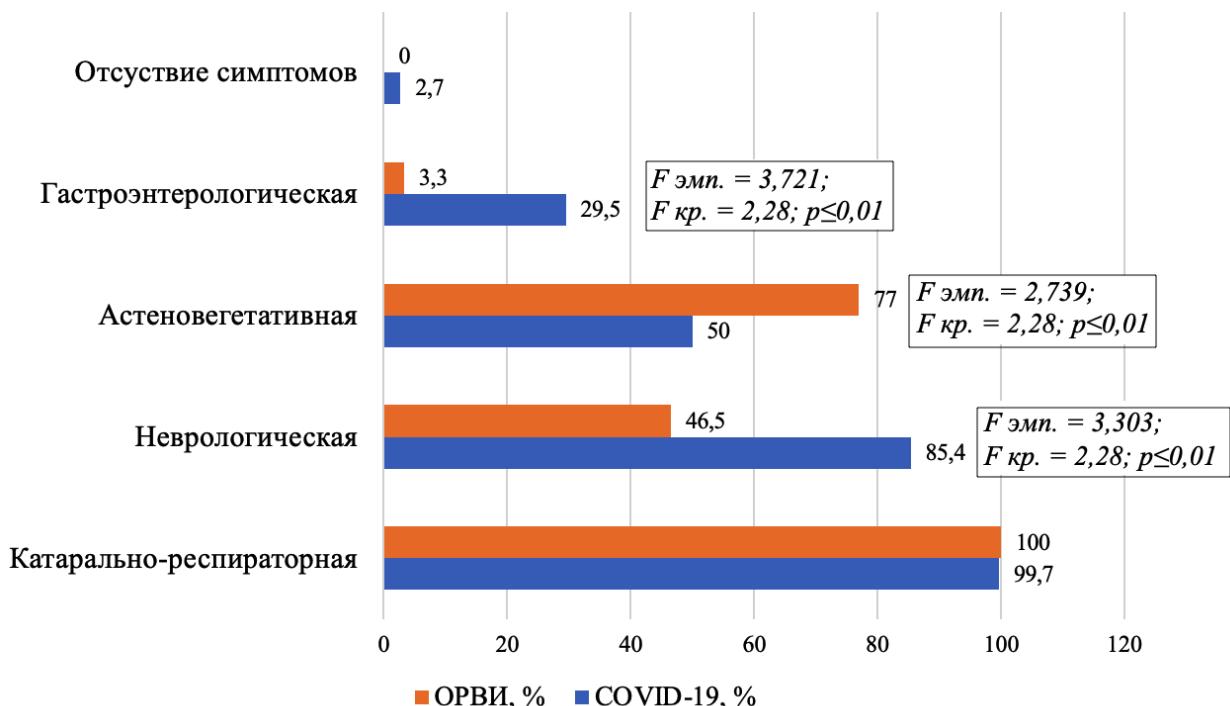


Рисунок 16. Частота распределения групп соматических жалоб пациентов в остром периоде COVID-19 и с ОРВИ

Пациенты с ОРВИ чаще обращали внимание на нарушение сна и аппетита и усталость, чем пациенты с COVID-19. Для них проявления гастроэнтерологических симптомов имело ситуативный и характер. У пациентов с COVID-19, в свою очередь, симптомы неврологической группы проявлялись практически в два раза чаще.

3.3 Сравнение отношения к болезни у пациентов в остром периоде COVID-19 и с перенесенным COVID-19

Согласно данным, полученным с помощью ТОБОЛ, для 59% пациентов в остром периоде COVID-19, характерно снижение адаптивных возможностей

личности (рисунок 17). В то время как признаки дезадаптации были характерны лишь для 37% пациентов с перенесенным COVID-19.

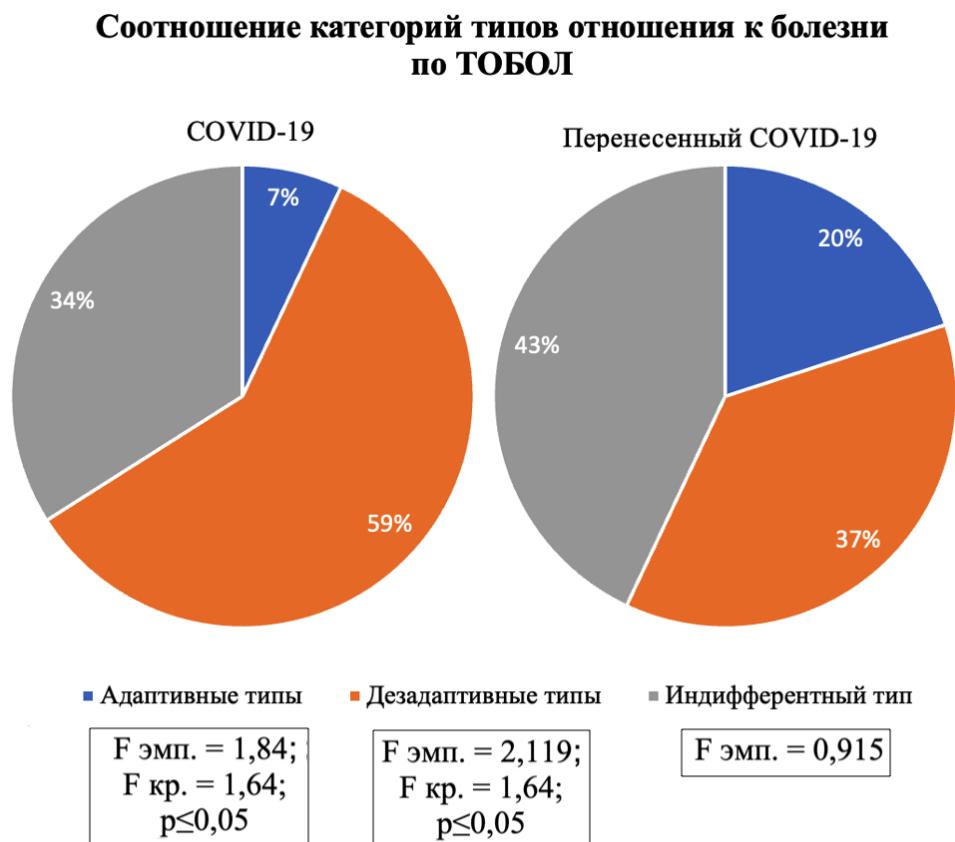
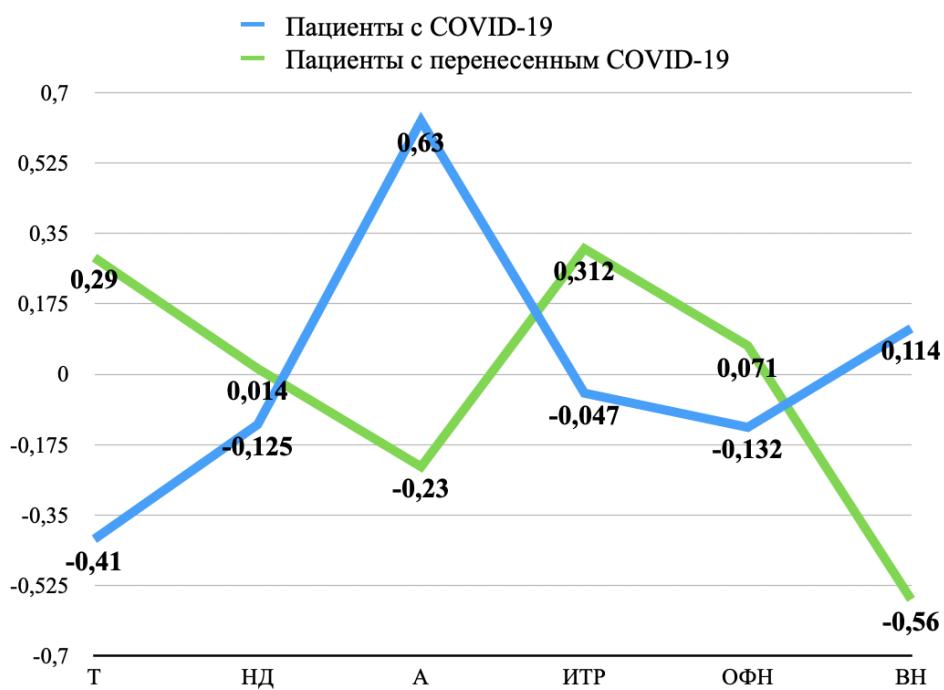


Рисунок 17. Соотношение категорий типов отношения к болезни по ТОБОЛ пациентов с COVID-19 в остром периоде и с перенесенным COVID-19

Согласно данным методики КОНС (рисунок 18), значения по шкалам «Тревога» и «Невротическая депрессия», «Истерический тип реагирования» и «Обсессивно-фобические нарушения» у пациентов с постинфекционными проявлениями соответствуют тестовой норме. Однако «Астения» (U эмп. = 678; U кр. = 693; $p\leq 0,01$) и «Вегетативные нарушения» (U эмп. = 683; U кр. = 693; $p\leq 0,01$) могут свидетельствовать о наличии у них проблем с физическим самочувствием.



Примечания:

Т – Тревога (U эмп. = 699; U кр. = 769; $p \leq 0,05$);

НД – Невротическая депрессия;

А – Астения (U эмп. = 707; U кр. = 769; $p \leq 0,05$);

ИТР – Истерический тип реагирования;

ОФН – обсессивно-фобические нарушения;

Н – Вегетативные нарушения (U эмп. = 687; U кр. = 693; $p \leq 0,01$).

Рисунок 18. Значения по шкалам КОНС пациентов остром периоде COVID-19 и с перенесенным COVID-19

Данный факт согласуется с данными, полученными с помощью анкеты. У пациентов с постинфекционными проявлениями в общей структуре соматического состояния преобладала группа неврологических симптомов: потеря обоняния и вкусовой чувствительности (82,6%), головная боль (73,9%) и головокружение (41,3%). Стоит отметить, что 96,5% пациентов с затяжным COVID-19 отмечает у себя наличие трех и более симптомов из разных симптоматических групп. Частота распределения групп соматических жалоб пациентов в остром периоде COVID-19 и с перенесенным COVID-19 представлена на рисунке 19.

Группы симптомов пациентов с COVID-19 и перенесенным COVID-19

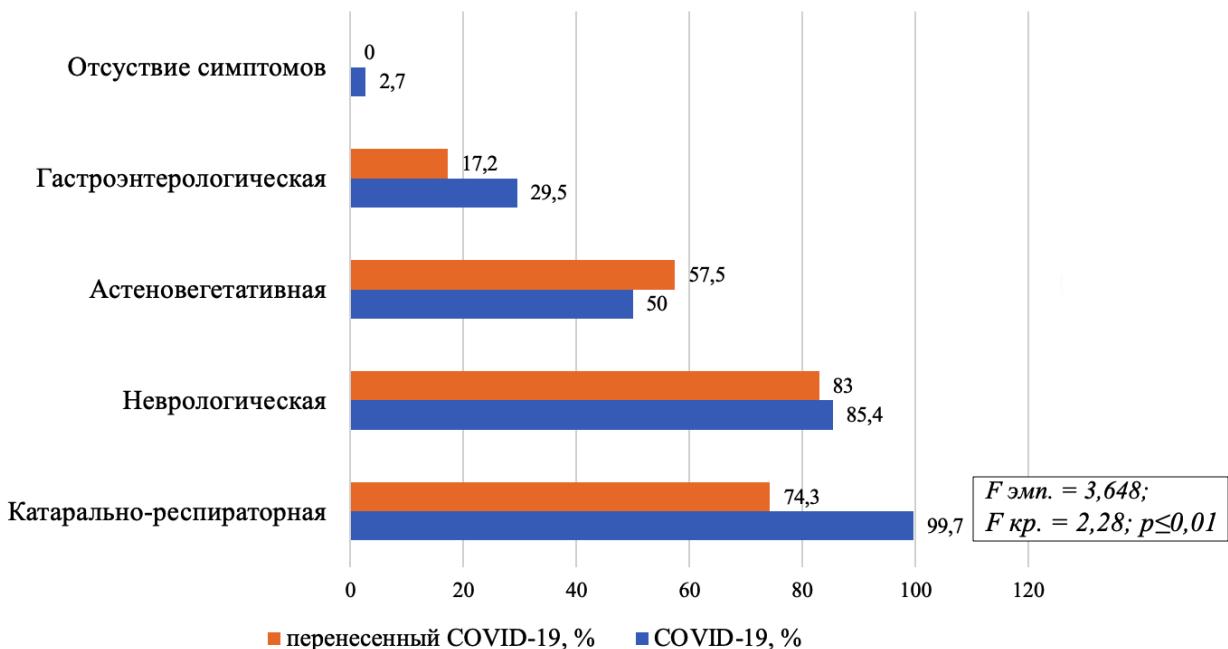


Рисунок 19. Частота распределения групп соматических жалоб пациентов в остром периоде COVID-19 и перенесенным COVID-19

Проведенный контент-анализ незаконченных предложений установил, что у пациентов с постинфекционными проявлениями в системе отношения к болезни превалировал сенситивный компонент. В отношении собственного функционального состояния большинством пациентов с перенесенным COVID-19 (85%) употреблялись такие высказывания, как «устал»/«усталость», «хочу быть дома», «отдых»/ «хочу отдохнуть», «утомлен»/«утомляемость», «слаб»/«слабость», «плохо себя чувствую»/«плохое самочувствие», «недомогание», «нет сил», «истощение»/ «истощен» и пр. В свою очередь, подобные проявления были характерны для 58% пациентов, находящихся в остром периоде COVID-19 во время исследования ($F_{\text{эмп.}} = 2,561$; при $F_{\text{кр.}} = 2,28$; $p \leq 0,01$).

Данные наблюдения подтверждаются и результатами исследования, проведенного с помощью методики ТОБОЛ, согласно которому пациенты с отсроченными постинфекционными проявлениями чаще отмечали проблемы, связанные с их функциональным состоянием, чем пациенты с острым COVID-

19. В частности, они делали акцент на нарушениях, связанных со сном и пробуждением и аппетитом (таблица 5).

Таблица 5. Наиболее встречающиеся утверждения пациентов в остром периоде COVID-19 и с перенесенным COVID-19 по методике ТОБОЛ

Утверждения пациентов в остром периоде COVID-19	Значимость различий	Утверждения пациентов с перенесенным COVID-19	Значимость различий
I. Самочувствие			
С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски, – 52%	F эмп. = 1,035	У меня почти всегда что-то болит, – 83%	F эмп. = 8,313; F кр. = 2,28; p≤0,01
Ни одно из определений мне не подходит, – 36%	F эмп. = 0,271	С тех пор, как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие, – 63%	F эмп. = 1,035
Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей, – 34%	F эмп. = 3,061; F кр. = 2,28; p≤0,01	Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания, – 44%	F эмп. = 3,568; F кр. = 2,28; p≤0,01
II. Настроение			
Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным, – 50%	F эмп. = 4,61; F кр. = 2,28; p≤0,01	24 Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти, – 52%	F эмп. = 2,942; F кр. = 2,28; p≤0,01
У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, – 48%	F эмп. = 4,394; F кр. = 2,28; p≤0,01	19 Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия, – 41%	F эмп. = 4,115; F кр. = 2,28; p≤0,01
Из-за болезни у меня все время тревожное настроение, – 43%	F эмп. = 3,961; F кр. = 2,28; p≤0,01	9 Ни одно из определений мне не подходит, – 20%	F эмп. = 0,105
III. Сон			
Утро для меня – самое тяжелое время суток, – 44%	F эмп. = 2,115; F кр. = 1,64; p≤0,05	Утро для меня – самое тяжелое время суток, – 65%	F эмп. = 2,115; F кр. = 1,64; p≤0,05
Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем, – 41%	F эмп. = 2,119; F кр. = 1,64; p≤0,05	Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем, – 63%	F эмп. = 2,119; F кр. = 1,64; p≤0,05
По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни, – 32%	F эмп. = 2,498; F кр. = 2,28; p≤0,01	Ни одно из определений мне не подходит, – 20%	F эмп. = 0,367
IV. Аппетит			
Ни одно из определений мне не подходит, – 45%	F эмп. = 0,82;	У меня хороший аппетит, – 57%	F эмп. = 3,891; F кр. = 2,28; p≤0,01
У меня плохой аппетит, – 41%	F эмп. = 1,982; F кр. = 1,64; p≤0,05	Ни одно из определений мне не подходит, – 37%	F эмп. = 0,82;
Еда не доставляет мне никакого удовольствия, – 41%	F эмп. = 2,781; F кр. = 2,28; p≤0,01	Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье, – 28%	F эмп. = 1,425
V. Отношение к болезни			

30 Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания, – 68%	F эмп. = 3,45; F кр. = 2,28; p≤0,01	24 Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше, – 52%	F эмп. = 4,394; F кр. = 2,28; p≤0,01
28 Моя болезнь меня пугает, – 66%	F эмп. = 6,31; F кр. = 2,28; p≤0,01	16 Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни, – 35%	F эмп. = 1,805; F кр. = 1,64; p≤0,05
25 Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью, – 57%	F эмп. = 5,649; F кр. = 2,28; p≤0,01	15 Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью, – 33%	F эмп. = 2,503; F кр. = 2,28; p≤0,01
VI. Отношение к лечению			
Считаю, что меня лечат неправильно, – 39%	F эмп. = 4,37; F кр. = 2,28; p≤0,01	Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать, – 54%	F эмп. = 3,971; F кр. = 2,28; p≤0,01
Ни одно из определений мне не подходит, – 39%	F эмп. = 0,597	Я ни в каком лечении не нуждаюсь, – 48%	F эмп. = 4,337; F кр. = 2,28; p≤0,01
Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным, – 36%	F эмп. = 3,69; F кр. = 2,28; p≤0,01	Ни одно из определений мне не подходит, – 33%	F эмп. = 0,597
VII. Отношение к врачам и медперсоналу			
Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному, – 52%	F эмп. = 0,197	Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному, – 54%	F эмп. = 0,197
Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат, – 45%	F эмп. = 3,831; F кр. = 2,28; p≤0,01	С большим уважением я отношусь к медицинской профессии, – 41%	F эмп. = 1,654; F кр. = 1,64; p≤0,05
Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения, – 32%	F эмп. = 3,692; F кр. = 2,28; p≤0,01	Ни одно из определений мне не подходит, – 37%	F эмп. = 1,484
VIII. Отношение к родным и близким			
Ни одно из определений мне не подходит, – 34%	F эмп. = 0,371	Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни, – 63%	F эмп. = 3,988; F кр. = 2,28; p≤0,01
Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды, – 30%	F эмп. = 2,611; F кр. = 2,28; p≤0,01	Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного, – 44%	F эмп. = 2,938; F кр. = 2,28; p≤0,01
Из-за болезни я стал в тягость близким, – 27%	F эмп. = 3,219; F кр. = 2,28; p≤0,01	Ни одно из определений мне не подходит, – 30 %	F эмп. = 0,371
IX. Отношение к работе			
Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы), – 43%	F эмп. = 3,613; F кр. = 2,28; p≤0,01	Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу, – 54%	F эмп. = 4,275; F кр. = 2,28; p≤0,01
Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться), – 39%	F эмп. = 3,175; F кр. = 2,28; p≤0,01	Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе), – 46%	F эмп. = 3,145; F кр. = 2,28; p≤0,01

Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной, – 39%		Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу), – 41%	F эмп. = 2,169; F кр. = 1,64; p≤0,05
X. Отношение к окружающим			
Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня, – 41%	F эмп. = 4,133; F кр. = 2,28; p≤0,01	Моя болезнь не мешает мне иметь друзей, – 85%	F эмп. = 4,736; F кр. = 2,28; p≤0,01
Моя болезнь не мешает мне иметь друзей, – 39%	F эмп. = 4,736; F кр. = 2,28; p≤0,01	С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни, – 50%	F эмп. = 2,998; F кр. = 2,28; p≤0,01
Ни одно из определений мне не подходит, – 34%	F эмп. = 0,915	Ни одно из определений мне не подходит, – 43%	F эмп. = 0,915
XI. Отношение к одиночеству			
Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения, – 48%	F эмп. = 1,9; F кр. = 1,64; p≤0,05	Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения, – 67%	F эмп. = 1,9; F кр. = 1,64; p≤0,05
Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать, – 41%	F эмп. = 4,59; F кр. = 2,28; p≤0,01	В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу, – 59%	F эмп. = 3,565; F кр. = 2,28; p≤0,01
Ни одно из определений мне не подходит, – 34%	F эмп. = 1,742 F кр. = 1,64; p≤0,05	Ни одно из определений мне не подходит, – 52%	F эмп. = 1,742 F кр. = 1,64; p≤0,05
XII. Отношение к будущему			
Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее, – 59%	F эмп. = 5,13; F кр. = 2,28; p≤0,01	Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем, – 74%	F эмп. = 5,923; F кр. = 2,28; p≤0,01
Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем, – 50%	F эмп. = 3,369; F кр. = 2,28; p≤0,01	Ни одно из определений мне не подходит, – 72%	F эмп. = 4,371; F кр. = 2,28; p≤0,01
Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее, – 41%	F эмп. = 3,743; F кр. = 2,28; p≤0,01	Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее, – %	F эмп. = 2,169 F кр. = 1,64; p≤0,05

В то время, как у пациентов с перенесенным COVID-19 в структуре отношения к заболеванию превалировал аффективный компонент. Они демонстрировали высказывания, отражающие тревожно-фобический характер переживаний в большей степени, чем пациенты, перенесшие COVID-19 ранее (F эмп. = 2,281; при F кр. = 2,28 p≤0,05): «тревога/тревожность/тревожусь», «страх/страшно», «недоверие», «беспокойство/беспокоюсь», «пугает», «смерть/смертельно», «ужас/ужасно» и так далее.

Данные наблюдения подтверждаются результатами исследования, полученными с помощью методики ТОБОЛ (таблица 6).

Таблица 6. Процентное соотношение типов отношения к болезни по методике ТОБОЛ пациентов в остром периоде COVID-19 и с перенесенным COVID-19

Категории	Тип отношения к болезни	Частота доминирования в структуре ВКБ				Значимость различий	
		COVID-19		Перенесенный COVID-19			
		абс. ед.	%	абс. ед.	%		
Адаптивные типы	Гармоничный	1	3	3	6	F эмп. = 1,014	
	Эргопатический	0	0	1	2	F эмп. = 1,403	
	Анозогнозический	2	5	5	12	F эмп. = 1,149	
Дезадаптивные типы	Тревожный	10	22	4	9	F эмп. = 1,874 (F кр. = 1,64; p≤0,05)	
	Ипохондрический	1	3	2	4	F эмп. = 0,557	
	Неврастенический	7	16	2	4	F эмп. = 1,899 (F кр. = 1,64; p≤0,05)	
	Меланхолический	1	3	2	4	F эмп. = 0,557	
	Апатический	0	0	2	4	F эмп. = 1,992 (F кр. = 1,64; p≤0,05)	
	Сенситивный	3	7	1	2	F эмп. = 1,102	
	Эгоцентрический	0	0	0	0	F эмп. = 0	
	Паранойяльный	2	5	1	2	F эмп. = 0,634	
	Дисфорический	2	5	1	2	F эмп. = 0,634	
Неопределенные типы	Смешанный	7	16	10	23	F эмп. = 0,709	
	Диффузный	8	18	12	26	F эмп. = 0,906	

Для большинства пациентов в остром периоде COVID-19 характерен тревожный, неврастенический и апатический типы отношения к болезни. Следовательно, возникает представление о невротическом способе реагирования и отношения к болезни (41%). В то время, как для пациентов, перенесших COVID-19 до исследования, данные типы реагирования не являются доминирующими.

3.4 Сравнение отношения к болезни у пациентов с COVID-19 и постковидным синдром

Существенных различий в аффективном компоненте отношения к болезни между группами выявлено не было. Согласно данным, полученным с

помощью контент-анализа незаконченных продолжений, пациенты обеих групп демонстрировали установки преимущественно отрицательного характера, отражающие невротический способ реагирования: «тревога/тревожность/тревожусь», «страх/страшно», «недоверие», «беспокойство/беспокоюсь», «пугает», «смерть/смертельно», «ужас/ужасно» и другие.

Данные наблюдения подтверждаются результатами, полученными с помощью ТОБОЛ (таблица 7). У представителей обеих групп в структуре внутренней картины болезни доминировали тревожный и неврастенический типы реагирования. Однако стоит отметить отсутствие у пациентов с постковидным синдромом таких типов отношения к болезни, как анозогнозический, сенситивный и паранойяльный.

Таблица 7. Результаты исследования, полученные с помощью ТОБОЛ пациентов в остром периоде COVID-19 и с ПКС

Категории	Тип отношения к болезни	Частота доминирования в структуре ВКБ				Значимость различий	
		COVID-19		Постковидный синдром			
		абс. ед.	абс. ед.	абс. ед.	%		
Адаптивные типы	Гармоничный	1	3	0	0	F эмп. = 1,278	
	Эргопатический	0	0	0	0	F эмп. = 0	
	Анозогнозический	2	5	0	0	F эмп. = 1,815 (F кр. = 1,64; p≤0,05)	
Дезадаптивные типы	Тревожный	10	22	10	33	F эмп. = 1,001	
	Ипохондрический	1	3	1	3	F эмп. = 0,272	
	Неврастенический	7	16	4	14	F эмп. = 0,308	
	Меланхолический	1	3	1	3	F эмп. = 0,272	
	Апатический	0	0	1	3	F эмп. = 1,278	
	Сенситивный	3	7	0	0	F эмп. = 2,232 (F кр. = 1,64; p≤0,05)	
	Эгоцентрический	0	0	0	0	F эмп. = 0	
	Паранойяльный	2	5	0	0	F эмп. = 1,815 (F кр. = 1,64; p≤0,05)	
	Дисфорический	2	5	2	7	F эмп. = 0,391	
	Смешанный	7	16	4	14	F эмп. = 0,308	

Неопределенные типы	Диффузный	8	18	7	23	F эмп. = 0,537
---------------------	-----------	---	----	---	----	----------------

Анализ наиболее встречающихся утверждений по ТОБОЛ показал, что у пациентов обеих групп в отношении к медицинскому персоналу, социальному окружению и трудовой деятельности существенных различий обнаружено не было. Как и пациенты в остром периоде COVID-19 они отличались сниженным настроением, имели нарушения сна и аппетита. Тем не менее, пациенты с постковидным синдромом чаще акцентировали свое внимание на своем самочувствии, у них отсутствовала вера в благополучный исход лечения (таблица 8).

Таблица 8. Результаты исследования, полученные с помощью ТОБОЛ пациентов в остром периоде COVID-19 и с ПКС

Утверждения пациентов в остром периоде COVID-19	Значимость различий	Утверждения пациентов с постковидным синдромом	Значимость различий
I. Самочувствие			
С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски, – 52%	F эмп. = 1,627	У меня почти всегда что-то болит, – 90%	F эмп. = 7,098; F кр. = 2,28; $p \leq 0,01$
Ни одно из определений мне не подходит, – 36%	F эмп. = 1,731; F кр. = 1,64; $p \leq 0,05$	С тех пор, как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие, – 90%	F эмп. = 6,865; F кр. = 2,28; $p \leq 0,01$
Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей, – 34%	F эмп. = 1,35	Ни одно из определений мне не подходит, – 36%	F эмп. = 1,731; F кр. = 1,64; $p \leq 0,05$
II. Настроение			
Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным, – 20%	F эмп. = 1,14	Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным, – 37%	F эмп. = 1,14
У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, – 48%	F эмп. = 1,243	Из-за болезни у меня все время тревожное настроение, – 37%	F эмп. = 0,562
Из-за болезни у меня все время тревожное настроение, – 43%	F эмп. = 0,562	У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, – 33%	F эмп. = 1,243
III. Сон			
Утро для меня – самое тяжелое время суток, – 44%	F эмп. = 0,296	Утро для меня – самое тяжелое время суток, – 47%	F эмп. = 0,296
Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем, – 41%	F эмп. = 0,078	Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем, – 40%	F эмп. = 0,078

14 По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни, – 32%	F эмп. = 1,086	Ни одно из определений мне не подходит – 30%	F эмп. = 1,175
IV. Аппетит			
Ни одно из определений мне не подходит, – 45%	F эмп. = 1,354	У меня плохой аппетит, – 40%	F эмп. = 0,078
У меня плохой аппетит, – 41%	F эмп. = 0,078	Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье, – 33%	F эмп. = 1,235
Еда не доставляет мне никакого удовольствия, – 41%	F эмп. = 0,663	Еда не доставляет мне никакого удовольствия, – 33%	F эмп. = 0,663
V. Отношение к болезни			
Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания, – 68%	F эмп. = 0,432	Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания, – 63%	F эмп. = 0,432
Моя болезнь меня пугает, – 66%	F эмп. = 2,017; F кр. = 1,64; p≤0,05	Ни одно из определений мне не подходит, – 47%	F эмп. = 2,631; F кр. = 2,28; p≤0,01
Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью, – 57%	F эмп. = 2,013; F кр. = 1,64; p≤0,05	Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью, – 40%	F эмп. = 2,013; F кр. = 1,64; p≤0,05
VI. Отношение к лечению			
Считаю, что меня лечат неправильно, – 39%	F эмп. = 0,118	Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным, – 50%	F эмп. = 1,167
Ни одно из определений мне не подходит, – 39%	F эмп. = 0,172	Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения, – 43%	F эмп. = 0,602
Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным, – 36%	F эмп. = 1,167	Считаю, что меня лечат неправильно, – 40%	F эмп. = 0,118
VII. Отношение к врачам и медперсоналу			
Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному, – 52%	F эмп. = 1,627	Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат, – 60%	F эмп. = 1,235
Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат, – 45%	F эмп. = 1,235	Ни одно из определений мне не подходит, – 37%	F эмп. = 1,53
Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения, – 32%	F эмп. = 1,53	Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному, – 33%	F эмп. = 1,627
VIII. Отношение к родным и близким			
Ни одно из определений мне не подходит, – 34%	F эмп. = 0,068	Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни, – 63%	F эмп. = 3,577; F кр. = 2,28; p≤0,01
Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих	F эмп. = 2,062; F кр. = 1,64; p≤0,05	Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих	F эмп. = 2,062; F кр. = 1,64; p≤0,05

близких ждут трудности и невзгоды, – 30%		близких ждут трудности и невзгоды, – 53%	
Из-за болезни я стал в тягость близким, – 27%	F эмп. = 0,255	Ни одно из определений мне не подходит, – 33%	F эмп. = 0,068
IX. Отношение к работе			
Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы), – 43%	F эмп. = 0,562	Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться), – 40%	F эмп. = 0,118
Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться), – 39%	F эмп. = 0,118	Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной, – 40%	
Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной, – 39%		Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы), – 37%	
X. Отношение к окружающим			
Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня, – 41%	F эмп. = 0,772	Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня, – 50%	F эмп. = 0,772
Моя болезнь не мешает мне иметь друзей, – 39%	F эмп. = 1,932; F кр. = 1,64; p≤0,05	Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение, – 37%	F эмп. = 1,773; F кр. = 1,64; p≤0,05
Ни одно из определений мне не подходит, – 34%	F эмп. = 0,068	Ни одно из определений мне не подходит, – 33%	F эмп. = 0,068
XI. Отношение к одиночеству			
Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения, – 48%	F эмп. = 1,332	Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения, – 63%	F эмп. = 1,332
Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать, – 41%	F эмп. = 1,604	Ни одно из определений мне не подходит, – 60%	F эмп. = 2,218; F кр. = 1,64; p≤0,05
Ни одно из определений мне не подходит, – 34%	F эмп. = 2,218; F кр. = 1,64; p≤0,05	Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше, – 27%	F эмп. = 1,679; F кр. = 1,64; p≤0,05
XII. Отношение к будущему			
Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее, – 59%	F эмп. = 1,337	Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее, – 43%	F эмп. = 0,207
Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем, – 50%	F эмп. = 1,435	Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее, – 43%	F эмп. = 1,337
Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее, – 41%	F эмп. = 0,207	Болезнь делает мое будущее печальным и унылым, – 43%	F эмп. = 1,428

Помимо этого, у большинства пациентов в обеих группах выявлены нарушения нервно-психической устойчивости (59% и 77%). Данные отражены на рисунке 20.

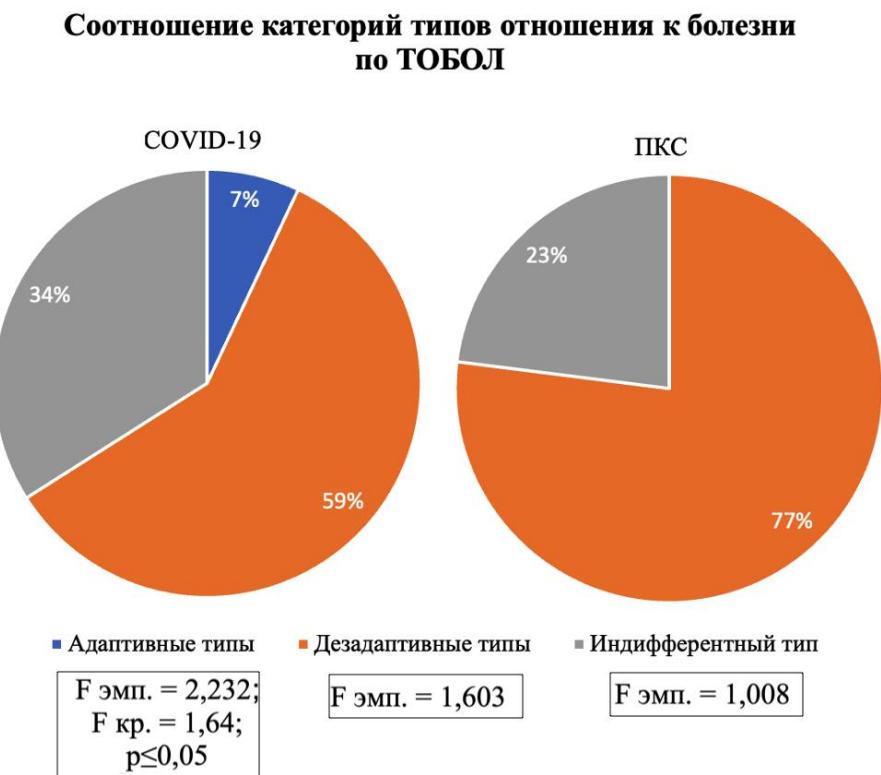
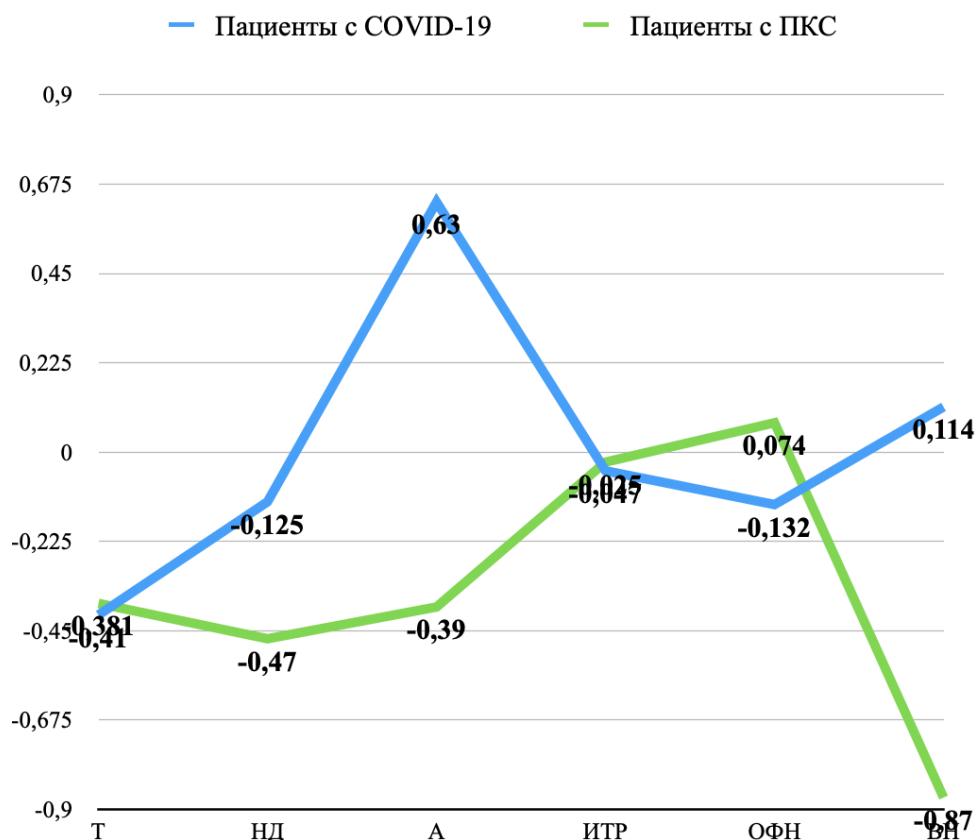


Рисунок 20. Соотношение категорий типов отношения к болезни по ТОБОЛ пациентов в остром периоде COVID-19 и с ПКС

Эти наблюдения также подтверждаются результатами исследования, полученными с помощью КОНС (рисунок 16), которые свидетельствуют о тенденции к нарушению нервно-психической устойчивости у пациентов обеих групп.



Примечания:

Т – тревога;

НД – невротическая депрессия;

А – астения (U-эмп. = 496; U-кр. = 508; $p \leq 0,05$);

ИТР – истерический тип реагирования;

ОФН – обсессивно-фобические нарушения;

ВН – вегетативные нарушения (U-эмп. = 457; U-кр. = 460; $p \leq 0,01$).

Рисунок 21. Значения по шкалам КОНС пациентов в остром периоде COVID-19 и с ПКС

Несмотря на сходство в особенностях проявления аффективного компонента, анализ сенситивного компонента отношения к болезни выявил статистически значимые межгрупповые различия. У пациентов с постковидным синдромом обнаружены более выраженные вегетативные нарушения (U-эмп. = 457; U-кр. = 460; $p \leq 0,01$), а также тенденции к большей выраженности астении (U-эмп. = 496; U-кр. = 508; $p \leq 0,05$) в сравнении с пациентами, переносившими COVID-19. Эти данные свидетельствуют о более серьёзном нарушении функционального состояния у пациентов с постковидным синдромом.

У пациентов с постковидным синдромом в общей структуре соматического состояния преобладала группа неврологических симптомов: потеря обоняния и вкусовой чувствительности (82,6%), головная боль (73,9%) и головокружение (41,3%). Стоит отметить, что 96,5% пациентов с постковидным синдромом отмечает у себя наличие трех и более симптомов из разных симптоматических групп. Частота распределения групп соматических жалоб пациентов в остром периоде COVID-19 и с постковидным синдромом представлена на рисунке 22.

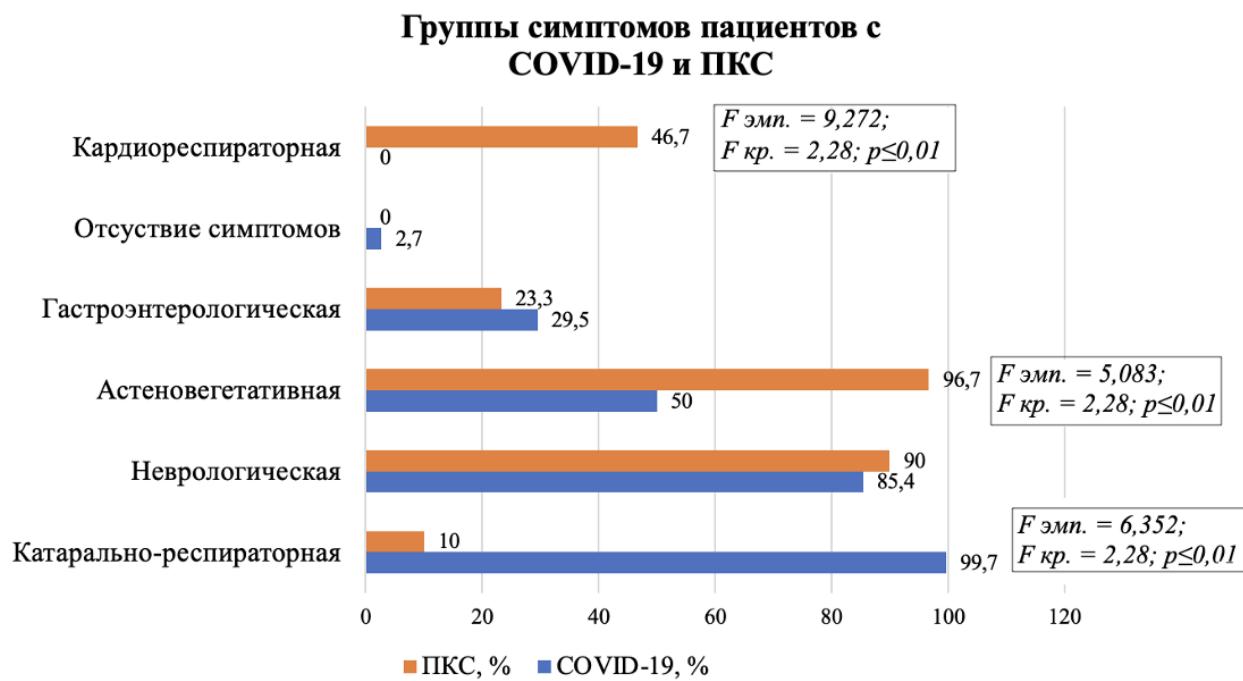


Рисунок 22. Частота распределения групп соматических жалоб пациентов в остром периоде COVID-19 и с ПКС

У пациентов с постковидным синдромом общей структуре соматических жалоб преобладала астеновегетативная (96,7%) группа симптомов, при этом респираторно-инфекционные симптомы были характерны лишь для 10% пациентов. В отличие от пациентов в остром периоде COVID-19, для которых, напротив, респираторно-инфекционная группа симптомов была превалирующей, а симптомы астеновегетативной группы были отмечены лишь у 50% пациентов. Помимо этого, большинство пациентов с постковидным синдромом отмечает у себя наличие неврологических симптомов в виде головокружения (50%), потери обоняния

и вкусовой чувствительности (90%), головной боли (86%), нарушения концентрации внимания (54%) и так далее.

Все пациенты с постковидным синдромом отмечали у себя наличие выраженных признаков астенизации: «устал(а)», «хочу быть дома», «отдых», «усталость», «слабость», «плохо себя чувствую», «недомогание», «нет сил», «истощение». Подобные высказывания были характерны для 58% пациентов с COVID-19 (F эмп. = 5,665; при F кр. = 2,28; $p \leq 0,01$).

ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

4.1 Интерпретация основных результатов исследования

Проведенный анализ компонентов отношения к болезни выявил комплексную психологическую реакцию на заболевание COVID-19, характеризующуюся динамическим характером и выраженными аффективными проявлениями.

Сенситивный компонент отношения к болезни демонстрирует типичную для легкой формы COVID-19 соматическую картину с доминированием респираторно-инфекционных симптомов (А. Ю. Попова и другие, 2021) [66], которые, как правило, ассоциируются у пациентов с серьезными заболеваниями, могло дополнительно способствовать формированию тревожного фона у пациентов с COVID-19.

Аффективный компонент обнаруживает четкую динамику, соответствующую этапам развития пандемии. На этапе первых новостей преобладали адаптивные формы реагирования (рациональный и индифферентный типы), что соответствует классическим представлениям о механизмах отрицания при столкновении с угрозой. Однако объявление пандемии стало критическим моментом, вызвавшим сдвиг в сторону аффективного типа реагирования – своеобразную "коллективную травматизацию". На этапе инфицирования аффективный тип становится доминирующим, что проявляется в катастрофических высказываниях пациентов.

Когнитивный компонент характеризуется выраженным дефицитом адаптивных представлений о болезни (85% пациентов) при одновременной информационной насыщенности среды, что создает парадокс: информация была доступна, но не релевантна потребностям пациента. Доминирование в СМИ статистики смертности (78%) и ограничительных мер (81%) при отсутствии информации о лечении и прогнозе формировало когнитивный диссонанс, разрешаемый через катастрофические интерпретации.

Поведенческий компонент отражает диссонанс. С одной стороны, пациенты оценивают содержание информационного поля как избыточного (67%), с другой – проявляли информационно-поисковую активность высокой интенсивности.

Результаты корреляционного анализа взаимосвязи информационно-поисковой активности пациента, беспокойства за себя и близких, потребности в получении знаний о болезни, соблюдения мер предосторожности в общественных местах и режима самоизоляции находят объяснение в комбинированном воздействии конституционального и психогенного факторов, а именно – исходной личностной тревожностью некоторых пациентов, селективностью восприятия информации и продолжительным влиянием масс-медиа (инфодемии).

Неопределенность течения болезни и ее отдаленных последствий лишает пациента уверенности в контроле над собственной жизнью, что является причиной возникновения аффективно-выраженных переживаний. Повышенная гигиена, соблюдение режима самоизоляции и мер предосторожности в общественных местах может являться проявлением адаптивных механизмов как формы борьбы с болезнью.

Более глубокую интерпретацию данной взаимосвязи предоставляет семиотическая концепция ВКБ А.Ш. Тхостова (1993, 2002) [82]. Согласно данной концепции, активный поиск информации выступал не только способом удовлетворения потребности пациента в получении информации, но и выполнял функцию своеобразного «ритуала», направленного на символическое «освоение» и структурирование угрожающего смысла заболевания. Однако, поскольку информационное поле было насыщено мифом о глобальной угрозе, данный ритуал не только не приводил к адаптивному усвоению ситуации, а напротив, подпитывал и укреплял патологическое смысловое образование, усиливая ситуативную тревогу и катастрофизацию.

Таким образом, у пациентов формировался своеобразный «замкнутый круг»: тревожность, с одной стороны, побуждала их к целенаправленному и активному поиску информации о пандемии, а с другой – усиливалась по мере ее потребления. Косвенное подтверждение этому находим в анализе типов реагирования на разных этапах формирования отношения к болезни при COVID-19. На этапах «первые новости» и «объявление пандемии» проведенный ретроспективный анализ позволил выявить определенную долю пациентов, изначально характеризовавшихся высоким уровнем невротизации (страхом и повышенной тревожностью) в отношении пандемии COVID-19. Поскольку измерить уровень личностной тревожности пациентов с COVID-19 до самого заболевания не представлялось возможным, для верификации данного предположения было проведено сравнение особенностей отношений к болезни пациентов с COVID-19 и пациентов, перенесших ОРВИ.

Установлено, что при схожести соматической картины легких форм COVID-19 и ОРВИ вклад соматогенного фактора в формирование отношения к болезни можно считать сопоставимым. Таким образом, любые выявленные различия в сензитивном компоненте отношения к болезни будут с большей вероятностью обусловлены не физическими симптомами, а психологическими особенностями восприятия именно диагноза COVID-19. Несмотря на то, что существовала объективная угроза возникновения осложнений после перенесенного COVID-19, согласно исследованиям (А.Ю. Попова и другие, 2021; K. Vakili, at al, 2020) [66, 97], статистическая вероятность возникновения подобного рода проявлений, особенно на фоне возможного наличия хронических заболеваний у пациента с ОРВИ, сопоставима с вероятностью возникновения осложнений у пациентов с COVID-19. В ряде исследований [32, 66, 97] отмечается, что вероятность развития внебольничной пневмонии у пациентов с ОРВИ выше (до 50%), чем у пациентов с COVID-19 (около 36,5%), при этом лишь 3% пациентов с ОРВИ считали, что существует угроза их жизни и здоровью, в сравнении с пациентами, переносившими COVID-19, для 80% которых угроза носила значимый характер.

В аффективном компоненте отношения к болезни пациенты с COVID-19 демонстрировали более высокий уровень тревожности, чем перенесшие ОРВИ, акцентируя свое внимание не на телесных ощущениях, а на факте заболевания и его прогнозе. Это может быть связано с несколькими факторами.

Во-первых, COVID-19 представлял собой реальную угрозу в глобальном масштабе, особенно для групп риска. Согласно статистике ВОЗ, по состоянию на 01 марта 2021 года, до объявления пандемии, было зарегистрировано 2977 случаев летального исхода, а пациенты могли столкнуться с угрозой смерти родных и близких.

Во-вторых, в условиях пандемии как чрезвычайной ситуации средства массовой информации и Интернет стали единственным источником знаний о заболевании COVID-19. При этом на момент начала пандемии сформировавшаяся система научных знаний о заболевании отсутствовала. Пациенты с COVID-19 указывали на дефицит знаний о причинах, клинической картине, тактике лечения и последствиях заболевания на момент объявления ВОЗ пандемии COVID-19. Анализ публикаций за 2019-2024 года по проблеме демонстрирует, что 93% (около 450 тысяч) исследований были опубликованы после этого момента. Отсутствие объективных представлений о болезни, необходимых для формирования гармоничного типа отношения к ней (А.Е. Личко, Н.Я. Иванов, 1980), способствовало росту уровня тревожности.

Помимо этого, информационное поле было насыщено статистическими данными, отражающими количество смертей и заболевших от COVID-19, и нередко сопровождающимися агрессивными метафорами, отсылающими к боевым действиям. Болезнь была представлена общественности не как «очередной вирус», как как «глобальная угроза», «символ смерти и неконтролируемого хаоса» и причина социальной дезадаптации (М.М. Воробьева, 2022; В.Б. Гриневич, 2020; О.С. Дейнека, А.А. Максименко, 2024; А.А. Заславская, 2020; Э.Б. Яковлева, 2021; D. Craig, 2020) [13, 16, 20, 25, 90, 96].

В-третьих, с позиции семиотической концепции ВКБ А.Ш. Тхостова (1993, 2002) [82] данные проявления могут быть объяснены преобладанием мифа о болезни над соматическими ее проявлениями. Иными словами, у пациентов с COVID-19 преобладали мысли об опасности заболевания и неблагоприятном его прогнозе. Поскольку у пациентов с ОРВИ, патогенез которого сопоставим с COVID-19 легкой степени, отсутствовал психогенный фактор формирования отношения к болезни, в общей структуре у них преобладал сенситивный компонент в виде реакций на актуальные телесные ощущения.

Схожие тенденции наблюдались и у пациентов с перенесенным COVID-19. Если в остром периоде COVID-19 преобладал аффективный компонент, то после перенесенного заболевания ведущую роль начинал играть сенситивный компонент, что сближало эту группу с пациентами, перенесшими ОРВИ. Пациенты с перенесенным COVID-19 были сосредоточены на телесных ощущениях и общем самочувствии.

Снижение уровня реактивной тревожности у пациентов с перенесенным COVID-19 может свидетельствовать о включении компенсаторных механизмов психологической адаптации, основанных на личном опыте перенесенного заболевания.

Во-первых, данную динамику можно объяснить концепцией саморегуляции Г. Левентала (H. Leventhal, 1970, 1980, 1992) [99, 100, 101] о трансформации ключевых компонентов «образа болезни». Острый период характеризовался восприятием COVID-19 как серьезной, острой и непредсказуемой угрозы. Однако со временем происходила «рутинизация» состояния: оно начинало восприниматься как более контролируемое и понятное, хоть и причиняющее дискомфорт. Смещение фокуса с «прогноза» на «текущие симптомы» отражает эту нормализацию состояния, пусть и патологическую, что закономерно ведет к снижению тревоги ожидания.

Во-вторых, данная трансформация находит объяснение в транзакционной теории стресса и копинга Р. Лазаруса (R. Lazarus, 1984) [98].

На смену эмоционально-ориентированному совладанию, направленному на переживание угрозы и характерному для острого периода, пришло проблемно-ориентированное совладание. Пациенты, убедившись в отсрочке наиболее катастрофических сценариев, направили ресурсы на конкретное управление симптомами и адаптацию к новому качеству жизни. Ключевым механизмом этой переоценки стало изменение субъективной оценки риска. Личный опыт перенесения болезни без реализации пугающих исходов скорректировал изначальную, сформированную инфодемией когнитивную оценку, в результате чего угроза из абстрактной и глобальной превратилась в конкретную и управляемую в рамках повседневного опыта.

В-третьих, динамика отношения к болезни соответствует этапам адаптации к хроническому заболеванию (Н.Д. Лакосина и другие, 2005) [43]. Острая стадия заболевания с доминированием аффективного компонента и катастрофизацией прогноза соответствует периоду первичного психологического реагирования на диагноз. Для этого этапа характерны явления дезадаптации, острые эмоциональные реакции на болезнь, что полностью согласуется с выявленными у пациентов тревожным и неврастеническим типами отношения к болезни. При переходе к затяжной форме наблюдается картина, характерная для стадии активной адаптации к изменившемуся состоянию здоровья. На смену манифестным аффективным реакциям приходит формирование более устойчивого, структурированного отношения к болезни, где на первый план закономерно выходит сенситивный компонент. Внимание пациента сосредотачивается не на глобальной угрозе, а на конкретных, актуальных симптомах и поиске оптимальных способов функционирования в новых условиях. Это отражает процесс «вживания в болезнь» и перестройки иерархии мотивов и ценностей, описанный в рамках психологии соматического больного.

Полученные данные позволяют провести параллель с формированием адаптивных типов отношения к болезни у пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями и неблагоприятным прогнозом. Так, согласно

исследованию особенностей отношения к болезни при онкологических заболеваниях (Беляев и другие, 2017), пациенты с лимфопролиферативными заболеваниями демонстрируют преимущественно эргопатический и аноногнозический типы отношения к болезни [62]. В отличие от пациентов в остром периоде COVID-19.

Это противоречие может быть объяснено сочетанием нескольких факторов. Во-первых, различной временной динамикой заболеваний. Острый характер COVID-19 не позволяет сформироваться сложным защитным механизмам, в то время как хроническое течение лимфом создает условия для выработки специфических копинг-стратегий. Во-вторых, важным дифференцирующим аспектом является отсутствие у пациентов с онкологическими заболеваниями фактора «инфодемии» - интенсивного и зачастую противоречивого информационного потока, связанного с заболеванием.

Полученные данные позволяют говорить о принципиально различных паттернах психического реагирования в зависимости от характера заболевания. Если при остром COVID-19 пациенты доминируют реакции немедленного стресс-ответа в виде проявлений реактивной тревожности, то при постинфекционных проявлениях, наравне с хроническими онкологическими заболеваниями формируются сложные адаптационные стратегии.

Выявленные закономерности психологической адаптации при перенесенном COVID-19 позволяют перейти к анализу принципиально иной клинической группы. Сравнение особенностей отношения к болезни у пациентов в остром периоде COVID-19 и с постковидным синдромом демонстрирует, что, при формировании постковидного синдрома наблюдается преобладание аффективного компонента в общей структуре отношения к болезни, которое объясняется сочетанием нескольких факторов.

Во-первых, госпитализация для пациентов с постковидным синдромом является психотравмирующим фактором. Большая часть пациентов данной

группы (70%) во время течения острого периода COVID-19 находилась в стационаре и отличалась преобладанием средней степени заболевания. Оставшиеся 30% пациентов, у которых впоследствии развился постковидный синдром, перенесли легкую форму COVID-19 и находились на амбулаторном лечении. Госпитализация могла закрепить восприятие болезни как тяжелой, опасной и неподконтрольной и способствовать формированию выученной беспомощности, которая проявляется в установках по типу «Я не верю в успех лечения» и «Меня раздражает, когда лечение не дает улучшения».

К тому же, нахождение пациентов в стационаре длительный период времени (от 4 недель и более) способствует усилению роли «больного» и не дает заболеванию перейти в режим «рутинизации», как это происходило при затяжном течении.

Во-вторых, не исключено влияние ятрогенного фактора, поскольку нахождение в больнице, общение с многочисленным медперсоналом, возможные противоречивые назначения или отсутствие четкого прогноза со стороны врачей могли усилить недоверие к медицине и чувство собственной уязвимости. Это объясняет большую озабоченность пациентов с постковидным синдромом именно методами лечения и его исходами.

Несмотря на то, что у пациентов с постковидным синдромом обеих групп доминировали дезадаптивные типы реагирования и имелись тенденции к нарушению нервно-психической устойчивости, отмечались качественные различия в содержании переживаний пациентов. Для части пациентов в остром периоде COVID-19 характерна тенденция к формированию сенситивного и паранойяльного типов отношения, которые полностью редуцировались у пациентов с постковидным синдромом. Возникновение сенситивно-паранойяльных идей в остром периоде COVID-19 и последующая их деактуализация может быть прямым следствием социально-информационного контекста пандемии.

Во-первых, у некоторых пациентов отмечалось превалирование конспирологических идей об искусственном происхождении вируса или

целенаправленном сокрытии информации, что порождало установки недоверия и подозрительности, характерные для паранойяльного типа.

Во-вторых, внущенное чувство вины и опасности: Публичный дискурс, акцентирующий важность соблюдения режима самоизоляции и мер предосторожности при нахождении в общественном месте, мог способствовать формированию иррационального чувства вины за возможное заражение окружающих и восприятия себя как невольной угрозы, что также находит отражение в структуре паранойяльного реагирования.

В-третьих, наличие сенситивного типа в остром периоде COVID-19 может быть связано со стигматизацией заболевания COVID-19. В условиях неопределенности и страха пациенты могли остро переживать потенциальное осуждение или отторжение со стороны социума.

Деактуализация сенситивно-паранойяльных идей свидетельствует о том, что по мере перехода болезни в хроническую fazу меняется психологический образ болезни. На смену диффузной тревоге, подозрительности и страху социального осуждения приходит конкретное, устойчивое переживание, акцентированное на телесных ощущениях. Отсутствие анозогнозии во всех ее проявлениях (игнорирование болезни, легкомысленное отношение) у пациентов с постковидным синдромом подчеркивает, что постоянное соматическое неблагополучие делает отрицание болезни через «уход в работу» невозможным.

Выявленные особенности отношения к болезни при постковидном синдроме соответствуют общеизвестным данным о других поствирусных астенических состояниях (А.Н. Боголепова, Н.А. Осиновская, 2022) [9], где также наблюдается фиксация на аффективном компоненте при переходе в хроническую fazу, однако при постковидном синдроме этот эффект выражен значительно сильнее из-за сочетания нескольких факторов.

Во-первых, масштаб и характер глобальной угрозы, сопровождавшийся интенсивным и продолжительным информационным освещением новостей о

пандемии, создал уникальный фон для формирования восприятия болезни как экзистенциальной опасности.

Во-вторых, социально-медицинский контекст пандемии, включающий опыт изоляции и масштабные госпитализации, выступил в роли катализатора, закрепляющего дезадаптивные модели реагирования.

В-третьих, выраженная способность SARS-CoV-2 влиять на нервную систему и широкое разнообразие клинических проявлений постковидного синдрома способствуют поддержанию тревожно-ипохондрической фиксации через постоянную актуализацию соматического неблагополучия.

Таким образом, полученные данные позволяют концептуализировать постковидный синдром не просто как пролонгированное соматическое состояние, а как сформировавшуюся патологическую систему. В ее основе лежит автономный, самоподдерживающийся аффективный комплекс, прочно связанный с хроническим соматическим неблагополучием. Качественное своеобразие этой системы заключается в смещении доминанты переживаний с внешней, социально опосредованной угрозы (характерной для острого периода COVID-19) на угрозу внутреннюю, соматическую. Важно отметить, что данное смещение обусловлено, прежде всего, не объективной соматической угрозой, а психогенным фактором (госпитализация и ятрогения).

Важно отметить, что для чистоты интерпретации данных пациенты с постковидным синдромом тяжелой степени были исключены из выборки. Это методологическое решение позволяет утверждать, что выявленная стойкость дезадаптивного аффективного реагирования при постковидном синдроме средней степени в меньшей степени обусловлена прямым влиянием угрожающих жизни соматических осложнений, а в большей – связано с психотравмирующим опытом госпитализации, ятрогеней и формированием патологической системы восприятия болезни.

4.2 Методологические ограничения и границы интерпретации результатов

Настоящее исследование, в соответствии с поставленными задачами, имеет ряд методологических особенностей и ограничений, которые задают границы интерпретации полученных данных и определяют перспективы для дальнейшей работы:

1. **Дизайн исследования.** Использованный кросс-секционный (резовий) дизайн является оптимальным для решения задачи по сравнительному анализу сформированного отношения к болезни в различных группах. Вместе с тем, он не позволяет проследить индивидуальную динамику формирования отношения к болезни от момента первого контакта с информацией до стадии реконвалесценции, что представляет отдельный интерес для лонгитюдных исследований.

2. **Оценка воздействия информационной среды.** Влияние СМИ оценивалось по комплексу косвенных показателей (данные об информационно-поисковом поведении, контент-анализ установок). Такой подход является обоснованным в условиях невозможности прямого экспериментального контроля над медиапотреблением респондентов, однако он позволяет говорить о взаимосвязях, оставляя вопрос о точной доле вклада СМИ относительно других факторов (например, личностной тревожности), открытым для более детального изучения.

3. **Характеристики выборки.** Выборка была целенаправленно сформирована для репрезентации ключевых групп, значимых для изучения отношения к болезни при COVID-19. Это обеспечило валидность внутри- и межгрупповых сравнений, однако полученные результаты в большей степени отражают специфику социально-активного городского населения с высшим образованием и требуют внимания при экстраполяции на иные социально-демографические группы.

4. **Инструментарий.** Для углубленного качественного анализа отношения к болезни был успешно применен модифицированный вариант

методики «Незаконченные предложения». Его использование, давшее богатый эмпирический материал, является пилотным и открывает путь для последующей стандартизации и валидизации данного инструмента для целей медицинской психологии.

4.3 Практические рекомендации и перспективы дальнейших исследований

Практические рекомендации:

1. Для Министерства здравоохранения РФ и Росздравнадзора.

1.1. Разработка и внедрение клинических рекомендаций. Включить в федеральные клинические рекомендации по лечению COVID-19 и постковидного синдрома обязательный скрининг психоэмоционального состояния (уровня тревоги, депрессии, признаков ПТСР) для всех пациентов, особенно перенесших стационарное лечение.

1.2. Внедрение модели «ступенчатой помощи»:

1-я ступень (первичная помощь): обучение терапевтов и врачей общей практики основам коммуникации с тревожными пациентами и навыкам краткого психологического консультирования.

2-я ступень (специализированная помощь): создание и внедрение стандартизованных, кратких психокоррекционных программ (в т.ч. на основе КПТ) для пациентов с признаками тревожных и астено-депрессивных расстройств, реализуемых медицинскими психологами в поликлиниках и дневных стационарах.

3-я ступень (высокоспециализированная помощь): обеспечение доступности психотерапевтической и психиатрической помощи для пациентов с тяжелыми и стойкими нарушениями, развившимися после COVID-19.

1.3. Стимулирование междисциплинарного взаимодействия. Поощрять создание реабилитационных центров, направленных на работу с постинфекционными состояниями.

2. Для Роспотребнадзора и Роскомнадзора.

2.1. Разработка стандартов ответственного информирования о чрезвычайных санитарно-эпидемиологических ситуациях:

2.2. Смещение акцента при публикации данных делать со статистики заболеваемости и смертности на статистику о количестве выздоровевших, процентах легкого течения болезни, а также на последних достижениях в области профилактики и лечения.

2.3. Противодействие инфодемии путем создания и популяризации официальных и доступных интернет-ресурсов и иных каналов коммуникации, которые предоставляют проверенную, научно обоснованную информацию, опровергающую мифы и катастрофизацию вокруг COVID-19.

2.4. Разработать рекомендации для СМИ по освещению тем, связанных с пандемиями, с целью минимизации подачи информации в драматизированном и травмирующем ключе.

3. Для МЧС РФ.

3.1. Включение психологического компонента в планы реагирования на ЧС медико-биологического характера: разработать и включить в протоколы реагирования модули по психологической поддержке населения, направленные на снижение паники и массовой тревоги.

3.2. Разработка и распространение практических рекомендаций для населения в виде четких, понятных памяток о поведении в условиях пандемии, которые, помимо санитарных мер, содержат базовые рекомендации по психогигиене: ограничение потребления новостей, распознавание признаков стресса, простые техники саморегуляции.

Перспективы дальнейших исследований.

1. Лонгитюдные исследования. Для установления причинно-следственных связей и изучения индивидуальной траектории формирования отношения к болезни необходимы длительные наблюдения за одной и той же группой пациентов от момента инфицирования до полного восстановления

или формирования стойкого ПКС. Это позволит выявить предикторы как успешной адаптации, так и хронификации дезадаптивных реакций.

2. Углубленное изучение роли личностных факторов. Провести исследование с использованием стандартизованных личностных опросников (например, MMPI, NEO-PI-R) для определения того, какие черты личности (тревожность, невротизм, ипохондричность) являются предикторами формирования дезадаптивных типов отношения к болезни при COVID-19.

3. Исследование эффективности психологических интервенций. Разработать и апробировать конкретные протоколы психотерапевтического и психокоррекционного воздействия (КПТ, терапия принятия и ответственности, методы телесно-ориентированной терапии) для разных групп пациентов и оценить их эффективность в рандомизированных контролируемых исследованиях.

4. Валидизация авторской методики «Отношение к COVID-19» для ее дальнейшего широкого использования в исследовательской и клинической практике.

5. Разработка валидной методики для оценки информационно-поисковой активности пациентов.

6. Изучение нейробиологических коррелятов в рамках междисциплинарного взаимодействия с целью выявления взаимосвязи между особенностями отношения к болезни, уровнем тревожности и объективными показателями состояния ЦНС у пациентов с постинфекционными проявлениями.

ВЫВОДЫ

На основании проведенного исследования особенностей отношения к болезни при COVID-19 были сформулированы следующие выводы.

1. Теоретический анализ источников по проблеме показал следующее. СМИ прибегали к многократному транслированию информации о количестве инфицированных пациентов и случаев летального исхода в контексте пандемии COVID-19. Широкое освещение в медиапространстве приобрели агрессивные, зачастую милитаристские метафоры «борьбы» и «ведения войны» с пандемией COVID-19, а также многочисленные напоминания о необходимости соблюдения ограничительных мер, направленных на нераспространение. В исследованиях зафиксировано повышение распространенности нервно-психических расстройств, часть из которых может рассматриваться как психогенез, обусловленные непосредственной угрозой вирусного заражения и воздействием медиасреды. Вместе с тем психологическое содержание психогенных реакций в условиях пандемии COVID-19, механизмы и факторы психогенного воздействия информационного контекста изучены недостаточно, что определяет необходимость в дальнейших исследованиях по данной теме.

2. Несмотря на легкую степень тяжести заболевания, пациенты в остром периоде COVID-19 акцентировали свое внимание не на телесных ощущениях, а на самом факте наличия у них заболевания и его прогнозе, демонстрируя тем самым преобладание аффективного компонента в общей структуре отношения к болезни. Пациенты характеризовались высоким уровнем реактивной тревожности и склонностью к катастрофизации прогноза в отношении заболевания, что проявлялось в беспокойстве о будущем, раздражительности, нарушениях аппетита и сна. Помимо этого, они отмечали недостаток знаний о заболевании с преобладанием статистических данных о количестве заражений и летальных исходов в информационном поле. По мере формирования отношения к болезни у пациентов наблюдалось повышение частоты таких поведенческих проявлений, как обработка рук

антисептическими средствами, соблюдение режима самоизоляции и мер предосторожности в общественных местах.

3. У пациентов, регулярно проявлявших информационно-поисковую активность в отношении новостей о пандемии COVID-19, был выявлен высокий уровень реактивной тревожности, который сопровождался феноменом катастрофизации в оценке текущего состояния, прогноза и последствий заболевания. Тревожность пациентов, с одной стороны, побуждала их к целенаправленному и активному поиску информации о пандемии, а с другой – усиливалась по мере ее потребления. Диагноз "COVID-19" становится психогенным триггером, запускающим невротический симптомокомплекс и дезадаптивные механизмы с последующим формированием значений тревожно-фобического спектра.

4. Большинство пациентов с ОРВИ, в отличие от пациентов в остром периоде COVID-19, не придавали своему диагнозу катастрофического значения. В этой группе в структуре отношения к болезни преобладали когнитивный сенситивный компонент, что выражалось в сформированном опыте заболевания и концентрации внимания не на прогнозе, а на актуальных телесных ощущениях.

5. Для большинства пациентов с перенесенным COVID-19, в отличие от пациентов в остром периоде COVID-19, в структуре отношения к болезни на первый план выходит не аффективный, а сенситивный компонент, что проявлялось в фиксации на самочувствии и телесных ощущениях.

6. Для пациентов с постковидным синдромом характерно преобладание аффективного компонента в структуре отношения к болезни и снижение нервно-психической устойчивости. Однако ключевое качественное отличие заключается в смещении фокуса с прогноза и потенциальных последствий заболевания, доминировавших в остром периоде COVID-19, на актуальные телесные ощущения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский Ю. А. Психогенез в экстремальных ситуациях / Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И., Щукин Б. П. – Москва: Медицина, 1991. – 96 с.
2. Алехин А. Н. Адаптация как концепт в медико-психологических исследованиях / А. Н. Алехин // Юбилейный сборник научных трудов : К 10-летию кафедры клинической психологии / Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена. – Санкт-Петербург : Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, 2010. – С. 27-32.
3. Алехин А. Н. Особенности формирования мышления в условиях цифровой среды / А. Н. Алехин, А. А. Грекова // Клиническая и специальная психология. – 2019. – Т. 8, № 1. – С. 162-176. – DOI 10.17759/cpse.2019080110.
4. Алехин А. Н. Социокультурные аспекты формирования отношений личности / А. Н. Алехин, Е. И. Осташева, О. А. Литвиненко // Universum: Вестник Герценовского университета. – 2014. – № 3-4. – С. 130-135.
5. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья / В. А. Ананьев. – Санкт-Петербург: Речь, 2006. – 384 с.
6. Баевский Р. М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии / Р. М. Баевский. – Москва: Книга по Требованию, 2014. – 295 с.
7. Барбараши О. Л. Новая коронавирусная болезнь (COVID-19) и сердечно-сосудистые заболевания / Барбараши О. Л. и соавторы // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – Кемерово, 2020. – Т. 9. – № 2. – С. 17-28.
8. Баринов Д.Н. Особенности отношения молодежной аудитории освещению в СМИ пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19) /

Баринов Д.Н. // Вестник Томского государственного университета. Филология. 2022. – №78. – С. 183–199.

9. Боголепова А. Н. Астенические расстройства в контексте пандемии COVID-19 / Боголепова А. Н., Осиновская Н. А. // Терапия. – 2022. – Т. 8. – № 9(61). – С. 82-91. – DOI 10.18565/therapy.2022.9.82-90.

10. Бехтерев В. М. Личность и условия её развития и здоровья / под. ред. А. В. Брушлинского, В. А. Кольцовой. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. – С. 97-136.

11. Валуев О. С. Психология субъективной глобализации: трансдисциплинарный подход к коронавирусу как эпидемии, инфодемии и ноодемии // Психология в системе социально- производственных отношений: тезисы III Международной научно-практической конференции, Красноярск, 17 апреля 2020 года / Изд-во СибГУ им. М. Ф. Решетнева, Красноярск, 2020. – С. 29-34.

12. Вассерман Л. И. Отношение к болезни больных эпилепсией: клинико-психологические корреляции. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии // Медицина : сборник научных статей. – Ленинград, 1990.

13. Воробьева М. М. Формирование дискурсивного образа пандемии COVID-19 в институциональных СМИ (Обзор) / Воробьева М.М. и соавторы // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Сер. 6, Языкоzнание: Реферативный журнал. – Ростов-на-Дону, 2022. – №3. – С. 80-95.

14. Голубев А. В. Основы общей и частной психопатологии. Психиатрические аспекты стоматологической практики / А. В. Голубев, Н. Б. Халезова, И. А. Мартынишин, В. А. Асеев. – Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский государственный медицинский Университет имени академика И.П. Павлова, 2008. – URL: <https://www.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-stomatologiceskij-fakultet/posobie-osnovy-obsej-i-castnoj-psihopatologii->

psihiatriceskie-aspeky-stomatologiceskoj-praktiki- (дата обращения: 30.02.2022).

– Режим доступа: свободный.

15. Голубева Н. В. Панические расстройства во внутрисемейных отношениях, как последствия воздействия коронавирусной инфекции (обзор литературы) / Голубева Н. В., Иванов Д. В., Троицкий М. С. // Вестник новых медицинских технологий. – Тула, 2020. – № 2. – С. 32-38.

16. Гриневич В. Б. Особенности ведения больных с гастроэнтерологической патологией в условиях пандемии COVID-19 / Гриневич В. Б., Кравчук Ю. А., Ткаченко Е. И. и др // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – Москва, 2020 – Т. 176. – № 4. – С. 3-18.

17. Громыко Е. В. Исторический аспект внутренней картины болезни (обзор литературы) / Громыко Е. В., Соколова Э. А. // Проблемы здоровья и экологии. – Гомель, 2012. – Т. 31. – № 1. – С. 37-44.

18. Гудкова Е. В. Обзор представлений об отношениях в современных психологических теориях личности / Е. В. Гудкова // Журнал «Вестник ЮУрГУ», серия «Психология». – Челябинск, 2011. – № 16. – С. 27-31.

19. Дворецкий Л. И. Путешествие в страну ятрогения (Сообщение 2) / Л. И. Дворецкий // Архивъ внутренней медицины. – Москва, 2017. – №3. – С. 165-170.

20. Дейнека О. С. Вакцина от инфодемии или психологическое состояние общества на фоне пандемии, вызванной COVID-19 / О. С. Дейнека, А. А. Максименко. – Кострома : АНО «Центр социальных инициатив», 2024. – 380 с.

21. Зайцев А. А. Продолжающийся симптоматический COVID-19 – практические рекомендации / Зайцев А.А., Лещенко И.В. // Consilium Medicum, 2022. –№24 (3). – С. 209–212. DOI: 10.26442/20751753.2022.3.201531

22. Ельникова О. Е. Концепт «отношение к болезни» как научная проблема. Обзор литературы / Ельникова О. Е // Комплексные исследования детства. – Санкт-Петербург, 2020. – Т. 2. – № 4. – С. 292-304.

23. Ельникова О. Е. Субъективная реакция человека на болезнь: анализ проблемы / Ельникова О.Е // Психология образования в поликультурном пространстве. – Елец, 2014. – Т.1. – № 25. – С. 10-19.
24. Ениколопов С. Н. Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID-19 / Ениколопов С. Н., Бойко О. М., Медведева Т. И. и др. // Психолого-педагогические исследования. – Москва, 2020. – Т. 12. – № 2. – С. 108-126.
25. Жмуро В. А. Психопатология. Часть 2. / В. А. Жмуро. – Иркутск, Издат-во Иркутского Университета., 1986. – 217 с.
26. Заславская А. А. Средства массовой информации и их влияние на психику человека – истерия вокруг коронавируса // Исследования молодых учёных : материалы XIII Международной научной конференции, Казань, октябрь 2020 г. / Молодой ученый. – Казань, 2020. – С. 65.
27. Зябкина И. В. Внутренняя картина здоровья и внутренняя картина болезни / Зябкина И. В. // Ученые записки Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского Социология. Педагогика. Психология. – Симферополь, 2021. – Т. 7 (73). – № 1. – С. 126-137.
28. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? / В. Е. Каган // Вопросы психологии. – Москва, 1993. – № 1. – С. 86–88.
29. Карасева А. А. и др. СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР / А. А. Карасева, А. Д. Худякова, Е. В. Гарбузова, Ю. И. Рагино, И. И. Логвиненко// Архивъ внутренней медицины, 2023. – № 13 (6). – С. 422-435. DOI: 10.20514/2226-6704-2023-13-6-422-435.
30. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология / Б. Д. Карвасарский. – Ленинград: Медицина, 1982. – 896 с.
31. Квасенко А. В. Психология больного / А. В. Квасенко. – Ленинград: Медицина, 1980. – 184 с.

32. Клинические рекомендации. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у взрослых // Министерство Здравоохранения Российской Федерации. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/724_2 (дата обращения: 30.02.2023). – Режим доступа: свободный.

33. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний: метод. рекомендации для интернов и врачей / сост. Д. М. Менделевич, К. К. Яхин. – Казань, 1978. – 23 с.

34. Конечный Р. Психология в медицине / Р. Конечный. – Прага: Авиценум, 1983. – 405 с.

35. Королева Е. Г. и соавторы. Типы отношения к болезни в различных соматических клиниках // К 100-летию белорусского здравоохранения и 75-летию здравоохранения Гродненской области : сборник научных статей. – Гродно: Изд-во Гродненского государственного медицинского университета, 2019. – С. 327-331.

36. Косырев В. Н. Клиническая психология / В. Н. Косырев. – Тамбов: Изд-во ТГУ им. Г. Р. Державина, 2003. – 451 с.

37. Кочеткова Т. Н. Взаимосвязь эволюции взглядов М. Я. Басова и развития отечественной психологии / Т. Н. Кочеткова // Журнал «Вестник Томского государственного университета». – Томск, 2012. – № 356. – С. 157-161.

38. Кузнецов О. Н. Психогенез непривычных условий существования в клинико-психологической интерпретации необос浓厚енных нозологических форм пограничной психиатрии / Кузнецов О. Н. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – Санкт-Петербург, 1994. – № 4. – С. 31-39.

39. Кулькова И. А. Влияние пандемии коронавируса на демографические процессы в России / Кулькова И. А. // Human Progress. – Екатеринбург, 2020. – Т. 6. – № 1. – С. 1-11.

40. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании / Э. Кюблер-Росс, перев. В. Н. Тулаев – Москва: ACT, 2001. – 294 с.

41. Лазурский А. Ф. Очерк науки о характерах / А. Ф. Лазурский, РАН. Институт психологии. – Москва: Наука, 1995. – 271 с.
42. Лазурский А. Ф. Теория личности: 100 лет забвения и развития / под ред. В. Ю. Слабинского. – Санкт-Петербург: Невский Архетип, 2017. – 490 с.
43. Лакосина Н. Д. Клиническая психология / Н. Д. Лакосина, И. И. Сергеев, О. Ф. Панкова – Москва: МЕДпресс-информ, 2005. – 416 с.
44. Лебедев Д. В. Влияние масс-медиа на формирование ценностного отношения к здоровью в молодежной среде / Лебедев Д. В. // Вестник Поволжской академии государственной службы. – Саратов, 2010. – № 1 (22). – С. 135-138.
45. Лебединский М. С. Введение в медицинскую психологию / М. С. Лебединский, В. Н. Мясищев. – Ленинград: Медицина, 1966. – 78 с.
46. Ломов Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Б.Ф. Ломов, РАН. Институт психологии. – Москва: Наука, 1999. – 350 с.
47. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания / Р. А. Лурия. – Москва: Медицина, 1977. – 111 с.
48. Любов Е. Б. Пандемии и суицид: идеальный штурм и момент истины / Любов Е. Б., Зотов П. Б., Положий Б. С. // Суицидология. – Тюмень, 2020 Т. 11. – № 1 (38). – С. 3-38.
49. Марцевич С. Ю. Самоконтроль и лечение хронических неинфекционных заболеваний в условиях пандемии COVID-19. Консенсус экспертов Национального общества доказательной фармакотерапии и Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний / Марцевич С. Ю., Кутишенко Н. П., Лукина Ю. В. и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – Москва, 2020. – Т. 19. – № 3. – ст. 2567.
50. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2018. – 460 с.

51. Милюкова О. В. Соотношение внутренней картины здоровья и внутренней картины болезни в структуре личности / Милюкова О. В. // Вестник ТвГТУ. Серия «Науки об обществе и гуманитарные науки». – Тверь, 2020. – № 2 (21). – С. 56-64.

52. Михель Д. В. Социальная антропология медицинских систем: медицинская антропология / Д. В. Михель. – Саратов: Новый Проект, 2010.

53. Мосолов С. Н. Особенности психофармакотерапии пациентов с коронавирусной инфекцией (COVID-19) / Мосолов С. Н., Малин Д. И., Цукарзи Э. Э., Костюкова Е. Г. // Современная терапия психических расстройств. – Москва, 2020. – № 2. – URL: <https://www.psypharma.ru/ru/osobennosti-psihofarmakoterapii-pacientov-s-koronavirusnoy-infekciei-covid-19> (дата обращения 30.01.2021). – Режим доступа: свободный.

54. Мудров М. Я. Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельности врачебному искусству при постелях больных / М. Я. Мудров. – Москва: Медицина, 1968. – 68 с.

55. Мясищев В. Н. Психология отношений / В. Н. Мясищев. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1998. – 356 с.

56. Нагорная А. В. Метафорический фрейминг пандемии COVID-19 / Нагорная А. В. // Вестник Томского государственного университета. – Томск, 2021. – № 469. – С. 28–35.

57. Надолинская И. В., Петкова С. М. Культура повседневности в условиях пандемии: сравнительный анализ // COVID-19 и современное общество: социально-экономические последствия и новые вызовы : сборник статей Международной научно-практической конференции / Наука и Просвещение. – Москва, 2020, С. 176-179.

58. Нелюбина А. С. Роль обыденных представлений в формировании внутренней картины болезни : диссертация на соискание научной степени кандидата психологических наук : специальность 19.00.04 – медицинская психология (психологические науки) : защищена 20.02.2009 / А. С. Нелюбина

научный руководитель А. Ш. Тхостов; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова», Москва, 2009. – 243 с.

59. Нелюбина А. С. Субъективная концепция болезни: феномен и термин / Нелюбина А. С., Сидорович О. И. // Психологические и психоаналитические исследования. Ежегодник 2018-2019. Московский институт психоанализа : сборник научных статей. – Москва, 2020. – С. 309-317.

60. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева – Москва: издательство Московского университета, 1987. – 168 с.

61. Николаева Е. И. Теоретический анализ подходов к изучению адаптации к хроническому заболеванию / Николаева Е. И., Ельникова О. Е. // Теоретическая и экспериментальная психология, 2016. – №1. – С. 43-59. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/teoreticheskiy-analiz-podhodov-k-izucheniyu-adaptatsii-k-hronicheskому-zabolevaniyu/viewer> (дата обращения: 15.11.2024). – Режим доступа. – свободный.

62. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство // А.М. Беляев и коллектив авторов / Ред. А.М. Беляев, В. А. Чулкова, Т. Ю. Семиглазова, М. В. Рогачев. – СПб: Любавич, 2017. – 352 с.

63. Орлов А. Б. Возникновение новой психодиагностики: некоторые симптомы и тенденции / Орлов А. Б. // Вопросы психологии. – Москва, 1991. – № 5. – С. 129-130.

64. Павленко Е. В. Влияние средств массовой информации на формирование ценностного отношения человека к своему здоровью // XIV Международная конференция «Культура, личность, общество в современном мире: методология, опыт эмпирического исследования», Екатеринбург, 17-18 марта 2011 года / Уральский государственный университет. – Екатеринбург,

2011. – С. 77-82. – URL: https://elar.urfu.ru/bitstream/10995/48718/1/klo-2011_2_017.pdf (дата обращения: 23.05.2022). – Режим доступа: свободный.

65. Первичко Е. И. Восприятие COVID-19 населением России в условиях пандемии 2020 года / Первичко Е. И., Митина О. В., Степанова О. Б. и др. // Клиническая и специальная психология. – Москва, 2020. – Т. 9. – № 2. – С. 119-146.

66. Попова А.Ю. Этиология внебольничных пневмоний в период эпидемического распространения COVID-19 и оценка риска возникновения пневмоний, связанных с оказанием медицинской помощи / Попова А.Ю., Ежлова Е.Б., Демина Ю.В., Носков А.К., Ковалев Е.В., Карпущенко Г.В., Чемисова О.С., Пичурина Н.Л., Павлович Н.В., Водопьянов С.О., Гудуева Е.Н., Слис С.С., Пшеничная Н.Ю., Литовко А.Р., Асмолова Н.Ю. // Здоровье населения и среда обитания, 2021. – Т. 29. – № 7. – С. 67-75.

67. Проективная психология / Л. Беллак, Л. Эбт и др.; пер. с англ. – 2-е изд. – Москва: Психотерапия, 2010. – 416 с.

68. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л. И. Вассерман и соавторы. – Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2005. – 33 с.

69. Рассказова Е. И. Категоричные представления о причинах, проявлениях и последствиях коронавируса: психологическое содержание и связь с поведением / Рассказова Е. И., Емелин В. А., Тхостов А. Ш. // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – Москва, 2020. – № 2. – С. 62-82.

70. Рейнвальд Н. И. Проявление структуры личности больного в его отношении к своей болезни // Психология и медицина : материалы к симпозиуму. – Москва: 1978. – С. 47

71. Рохлин Л. Л. Сознание болезни и его значение в клинической практике / Леонид Лазаревич Рохлин // Клиническая медицина. Москва, 1957. – № 9. – С.16-24.

72. Святощ А. М. Неврозы и их лечение. Москва, 1971. – 456 с.
73. Седунова А. С. Психологические особенности отношения к болезни / Седунова А. С., Эсмантова М. А. // Симбирский научный вестник. – Ульяновск, 2019. – № 2 (36). – С. 46-53.
74. Середина Н. В. Основы медицинской психологии / Середина Н. В. Шкуренко Д. А; под ред. В. П. Ступницкого – Ростов-на Дону: Феникс, 2003. – 512 с.
75. Смирнов В. В. Основные принципы и методы психологического исследования ВКБ / Смирнов В. В., Резникова Т. Н. – Ленинград: Медицина, 1983
76. Смулевич А. Б. Ипохондрия и соматоформные расстройства / А. Б. Смулевич, А. С. Тиганов, Э. Б. Дубницкая и др. – Москва: ИПТК «Логос», 1992.
77. Смулевич А.Б. Клинические особенности соматического заболевания и внутренняя картина болезни (на модели ишемической болезни сердца и бронхиальной астмы) / А. Б. Смулевич и соавторы // Клиническая медицина. – Москва, 1999. – № 2. – С. 17-23.
78. Соколова Э. А. Психологические проблемы в понимании медицинских работников и внутренняя картина болезни // Актуальные вопросы теоретической и практической медицины : сборник научных статей / Гомельский государственный медицинский университет. – Гомель, 2006. – С. 93-95.
79. Солондаев В. К. Психологические факторы принятия решения о вакцинации / Солондаев В. К., Конева Е. В., Черная Н. Л. // Сибирский психологический журнал. – Томск, 2016. – № 59. – С. 125-136.
80. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. – Ленинград: Медицина, 1984. – 191 с.
81. Томэ Х. Современный психоанализ. Т 1. Теория / Х. Томэ, Х. Кэхеле. – Москва: Издательство Института психотерапии, 1996. – 576 с.

82. Тхостов А. Ш. Болезнь как семиотическая система/ Тхостов А.Ш. // Вестник Московского университета. Серия 14 «Психология». – Москва, 1994. – № 2. – С. 3-16.
83. Тхостов А. Ш. Обыденные представления как фактор, опосредующий поведение в ситуации болезни / Тхостов А. Ш., Нелюбина А. С. // Вестник Томского государственного университета. – Томск, 2008. – № 317. – С. 243-245.
84. Тхостов А. Ш. Психологическое содержание тревоги и профилактики в ситуации инфодемии: защита от коронавируса или «порочный круг» тревоги? / Тхостов А. Ш., Рассказова Е. И. // Консультативная психология и психотерапия. – Москва, 2020. – Т. 28. – № 2. – С. 70-89.
85. Тхостов А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. – Москва: Смысл, 2002. – 287 с.
86. Фролова Ю. Г. Реакция личности на психическую болезнь: опыт качественного исследования / Фролова Ю. Г. // Философия и социальные науки. – Минск, 2007. – № 2. – С. 75-80.
87. Хасуев А. Э. Социальная изоляция и самоизоляция человека: социально-философский анализ / Хасуев А. Э. // Экономические и гуманитарные исследования регионов. – Пятигорск, 2020. – № 2. – С. 122-128.
88. Чигридова Е. С. Изучение типа отношения к болезни по методике ТОБОЛ у студентов-психологов // Российская наука: тенденции и возможности : сборник научных статей. Ч. IV. / Перо. – Москва, С. 116-118.
89. Шостак Н. А. и другие. Постострый COVID-19: клинические варианты, лечебная тактика / Шостак Н. А., Правдюк Н. Г., Андрияшкина Д. Ю., Смирнова В. В. // Лечебное дело, 2021. – №1. – DOI: 10.24412/2071-5315-2021-12288.
90. Яковлева Э. Б. От семьи до коронавируса : военная метафора в разных видах дискурса / Яковлева Э. Б. // Социальные и гуманитарные науки.

Отечественная и зарубежная литература. Серия 6: Языкоизнание. – Ростов-на-Дону, 2021. – № 1. – С. 141–153.

91. Якубов Б. А. Психогигиена и психопрофилактика в работе практического врача / Б. А. Якубов. – Ленинград: Медицина, 1982 – 184 с.

92. Ясперс. К. Общая психопатология / К. Ясперс. – Москва: Колибри, 2022. – 1056 с.

93. Barker R. G. Adjustment to physical handicap and illness: A survey of the social psychology of physique and disability / Barker R. G., Wright B. A., Gonick M. R. // New York: Social Science Research Council. – 1946. – URL: <https://doi.org/10.1037/11780-000> (дата обращения 10.10.2021). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

94. Byrne D. G. Psychological responses to illness and outcome after survived myocardial infarction: long term follow-up / Byrne D. G. // Journal of psychosomatic research, 1982. – Т. 26. – Vol. 2. – P. 105-112. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0022399982900289?via%3Dihub> (дата обращения 09.10.2021). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

95. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation Report – 41 // World Health Organization. – URL: https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20200301-sitrep-41-covid-19.pdf?sfvrsn=6768306d_2 (дата обращения: 07.01.2023). – Режим доступа: свободный.

96. Craig D. Pandemic and its metaphors : Sontag revisited in the COVID-19 era // European Journal of Cultural Studies. – 2020. – Vol. 23 (6). – P. 1025-1032. – URL: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1367549420938403> (дата обращения: 04.01.2023). – Режим доступа: свободный.

97. Vakili K. at al. Critical complications of COVID-19: A descriptive meta-analysis study / Vakili K., Fathi M., Pezeshgi A., Mohamadkhani A., Hajiesmaeli M., Rezaei-Tavirani M., Sayehmiri F. // Rev. Cardiovasc. Med, 2020 – Vol. 21(3). – P. 433–442. – DOI: 10.31083/j.rcm.2020.03.129.

98. Lazarus R. S. Stress, Appraisal, and Coping / R. S. Lazarus, S. Folkman // New York: Springer Publishing Company, 1984. – 445 P. – URL: https://books.google.ru/books?id=i-ySQQuUpr8C&printsec=copyright&hl=ru&source=gbs_pub_info_r#v=onepage&q&f=false (дата обращения 24.03.2025). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

99. Leventhal H. Findings and theory in the study of fear communications / Leventhal H. // Advances in Experimental Social Psychology, 1970 – Vol. 5. – P. 119-186. – DOI: 10.1016/S0065-2601(08)60091-X.

100. Leventhal H. et al. The common sense representation of illness danger / Leventhal H., Meyer, D., & Nerenz, D. // Medical psychology, 1980 – Vol. II. – P. 7-30. – URL: https://www.researchgate.net/profile/Howard-Leventhal/publication/303283742_The_common_sense_representation_of_illness_danger/links/5e407e85a6fdcc965962683/The-common-sense-representation-of-illness-danger.pdf (дата обращения: 04.01.2025). – Режим доступа: свободный.

101. Leventhal H. et al. Illness Cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions / Leventhal, H., Diefenbach, M.A., Leventhal, E. A. // Cognitive Therapy and Research, 1992. – Vol.16. – P. 143-163. – DOI: 10.1007/BF01173486.

102. Lipovski Z. L. Psychosocial reactions to psychical illness / Lipovski Z. L. // Can. Med. Ass. J, 1983. – T. 128 – Vol. 6. – P. 1069-1072. – DOI: <https://doi.org/10.1159/978-3-318-03162-1>

103. Perloff R. M. A Three-Decade Retrospective on the Hostile Media Effect. Mass Communication and Society, 2015. – Vol. 18(6) – P. 701–729. – URL: <https://doi.org/10.1080/15205436.2015.1051234> (дата обращения 24.03.2025). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

104. Silverman R. D. at al. From «A Spoonful of Sugar» to Operation Warp Speed : COVID-19 Vaccines and Their Metaphors / Silverman, R. D., Head, K. J., Beckman E. // Bill of Health, 2020. – URL:

<https://blog.petrieflom.law.harvard.edu/2020/12/15/covid-vaccines-metaphors-warp-speed> (дата обращения: 04.01.2023). – Режим доступа: свободный.

105. Vallone R. P. at al. The hostile media phenomenon: Biased perception and perceptions of media bias in coverage of the Beirut massacre / Vallone, R. P., Ross, L., & Lepper, M. R // Journal of Personality and Social Psychology, 1985. – Vol. 49(3). – P. 577–585. – URL: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.49.3.577> (дата обращения 20.03.2025). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

106. Vervoerdt A. Psychopathological responses to the stress of physical illness / Vervoerdt A. // Advances in psychosomatic medicine, 1972. – Vol. 8. – P. 345–380. – URL: <https://www.karger.com/Article/Abstract/393127> (дата обращения 10.10.2021). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Стимульный материал методики ТОБОЛ А. Е. Личко и Н. Я. Иванова

I. Самочувствие

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

II. Настроение

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

III. Сон и пробуждение от сна

Проснувшись, я сразу заставляю себя встать
Утро для меня – самое тяжелое время суток
Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть
Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем
Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко
С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером
У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тосклевые
сновидения
Утром я встаю бодрым и энергичным
Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать
По ночам у меня бывают приступы страха
С утра я чувствую полное безразличие ко всему
По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни
Во сне мне видятся всякие болезни

Ни одно из определений мне не подходит

IV. Аппетит и отношение к еде

Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях

У меня хороший аппетит

У меня плохой аппетит

Я люблю сытно поесть

Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде

Мне легко можно испортить аппетит

Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность

Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье

Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал

Еда не доставляет мне никакого удовольствия

Ни одно из определений мне не подходит

V. Отношение к болезни

Моя болезнь меня пугает

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

Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью

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

Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью

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

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

Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают

Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше

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

Я здоров, и болезни меня не беспокоят

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

Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым

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

Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни

Ни одно из определений мне не подходит

VI. Отношение к лечению

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

Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением

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

Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным

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

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

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

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

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

Считаю, что меня лечат неправильно

Я ни в каком лечении не нуждаюсь

Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое
Я избегаю говорить о лечении с другими людьми
Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения
Ни одно из определений мне не подходит

VII. Отношение к врачам и медперсоналу

Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному
Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность
Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей
Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что
лечат
Мне все равно, кто и как меня лечит
Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять
на успех лечения
Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь
Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения
С большим уважением я отношусь к медицинской профессии
Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно
исполняют свои обязанности
Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом
сожалею об этом
Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь
Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время
Ни одно из определений мне не подходит

VIII. Отношение к родным и близким

Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали
волновать меня
Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать
им настроения
Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного
Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и
невзгоды
Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим
страданиям
Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие
Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими
Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных
Из-за болезни я стал в тягость близким
Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь
Я считаю, что заболел из-за моих родных
Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни
Ни одно из определений мне не подходит

IX. Отношение к работе (учебе)

Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)
Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего
учебного заведения)
Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной
Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)
Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не
справиться с учебой)

Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью
На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне

Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)
Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни

Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)
Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)
На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни
Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь

Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу
Ни одно из определений мне не подходит

X. Отношение к окружающим

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

XI. Отношение к одиночеству

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

Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать

Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям

Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни
Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве
Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения
Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью
Ни одно из определений мне не подходит

XII. Отношение к будущему

Болезнь делает мое будущее печальным и унылым
Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее
Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях
Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем

Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем
Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)
Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем
Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее
Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел
Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других
людей
Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее
Ни одно из определений мне не подходит

Стимульный материал Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний К. К. Яхина и Д. М. Менделевича

Оцените, пожалуйста, приведенные ниже суждения по пятибалльной шкале, где:

5 баллов – никогда не было; 4 балла – редко; 3 балла – иногда; 2 балла – часто; 1 балл – постоянно или всегда.

1. Ваш сон поверхностный и неспокойный?
2. Замечаете ли Вы, что стали более медлительны и вялы, нет прежней энергичности?
3. После сна Вы чувствуете себя усталым и «разбитым» (неотдохнувшим)?
4. У Вас плохой аппетит?
5. У Вас бывают ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах?
6. Вам трудно бывает заснуть, если Вас что-либо тревожит?
7. Чувствуете ли Вы себя подавленным и угнетенным?
8. Чувствуете ли Вы у себя повышенную утомляемость, усталость?
9. Замечаете ли Вы, что прежняя работа дается Вам труднее и требует больших усилий?
10. Замечаете ли Вы, что стали более рассеянным и невнимательным забываете куда положили какую-нибудь вещь или не можете вспомнить, что только собирались делать?
11. Вас беспокоят навязчивые воспоминания?
12. Бывает ли у Вас ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин и нет?
13. У Вас возникает страх заболеть тяжелым заболеванием (рак, инфаркт, психическое заболевание и т.д.)?
14. Вы не можете сдерживать слезы и плачете?
15. Замечаете ли Вы, что потребность в интимной жизни для Вас стала меньше или даже стала Вас тяготить?
16. Вы стали более раздражительны и вспыльчивы?
17. Приходит ли Вам мысль, что в Вашей жизни мало радости и счастья?
18. Замечаете ли Вы, что стали каким-то безразличным, нет прежних интересов и увлечений?
19. Проверяете ли Вы многократно выполненные действия: выключен ли газ, вода, электричество, заперта ли дверь и т.д.?
20. Беспокоят ли Вас боли или неприятные ощущения в области сердца?
21. Когда Вы расстраиваетесь, у Вас бывает так плохо с сердцем, что Вам приходится принимать лекарства или даже вызывать «скорую помощь»?
22. Бывает ли у Вас звон в ушах или рябь в глазах?
23. Бывают ли у Вас приступы учащенного сердцебиения?
24. Вы так чувствительны, что громкие звуки, яркий свет и резкие краски раздражают Вас?
25. Испытываете ли Вы в пальцах рук и ног, или в теле покалывание, ползание мурашек, онемение или другие неприятные ощущения?
26. У Вас бывают периоды такого беспокойства. Что Вы даже не можете усидеть на месте?
27. Вы к концу работы так сильно устаете, что Вам необходимо отдохнуть, прежде чем приняться за что-либо?
28. Ожидание Вас тревожит и нервирует?
29. У Вас кружится голова и темнеет в глазах, если Вы резко встанете или наклонитесь?
30. При резком изменении погоды у Вас ухудшается самочувствие?

31. Вы замечали, как у Вас непроизвольно подергиваются голова и плечи, или веки, скулы, особенно, когда Вы волнуетесь?
32. У Вас бывают кошмарные сновидения?
33. Вы испытываете тревогу и беспокойство за кого-нибудь или за что-нибудь?
34. Ощущаете ли Вы комок в горле при волнении?
35. Бывает ли у Вас чувство, что к Вам относятся безразлично, никто не стремится Вас понять и посочувствовать, и Вы ощущаете себя одиноким?
36. Испытываете ли Вы затруднения при глотании пищи, особенно Вы волнуетесь?
37. Вы обращали внимание на то, что руки или ноги у Вас находятся в беспокойном движении?
38. Беспокоит ли Вас, что вы не можете освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей (мелодия, стихотворение, сомнения)?
39. Вы легко потеете при волнениях?
40. Бывает ли у Вас страх оставаться в одиночестве в пустой квартире?
41. Чувствуете ли Вы у себя нетерпеливость, непоседливость или суетливость?
42. У Вас бывают головокружения или тошнота к концу рабочего дня?
43. Вы плохо переносите транспорт (Вас «укачивает» и Вам становится дурно)?
44. Даже в теплую погоду ноги и руки у вас холодные (зябнут)?
45. Легко ли Вы обижаетесь?
46. У Вас бывают навязчивые сомнения в правильности Ваших поступков или решений?
47. Не считаете ли Вы, что Ваш труд на работе или дома недостаточно оценивается окружающими?
48. Вам часто хочется побывать одному?
49. Вы замечаете, что Ваши близкие относятся к Вам равнодушно или даже неприязненно?
50. Вы чувствуете себя скованно или неуверенно в обществе?
51. Бывают ли у Вас головные боли?
52. Замечаете ли Вы, как стучит или пульсирует кровь в сосудах, особенно если вы волнуетесь?
53. Совершаете ли Вы машинально ненужные действия (потираете руки, поправляете одежду, приглаживаете волосы и т.д.)?
54. Вы легко краснеете или бледнеете?
55. Покрываются ли Ваше лицо, шея или грудь красными пятнами при волнениях?
56. Приходят ли Вам на работе мысли, что с Вами может неожиданно что-то случиться и Вам не успеют оказать помощь?
57. Возникают ли у вас боли или неприятные ощущения в области желудка, когда Вы расстраиваетесь?
58. Приходят ли Вам мысли, что Ваши подруги (друзья) или близкие более счастливы, чем Вы?
59. Бывают ли у Вас проблемы со стулом?
60. Когда Вы расстраиваетесь у Вас бывает отрыжка или тошнота?
61. Прежде чем принять решение Вы долго колеблетесь?
62. Легко ли меняется Ваше настроение?
63. При расстройствах у Вас появляется зуд кожи или сыпь?
64. После сильного расстройства Вы теряли голос или у Вас отнимались руки или ноги?
65. У Вас повышенное слюноотделение?
66. Бывает ли, что Вы не можете один перейти улицу, открытую площадь?
67. Бывает ли, что Вы испытываете сильное чувство голода, а едва начав есть, быстро насыщаешься?
68. У Вас возникает чувство, что во многих неприятностях виноваты Вы сами?

Стимульный материал авторской методики «Отношение к COVID-19»

ФИО _____

Инструкция. Ниже приводятся начала частично незаконченных предложений. Прочитав начало, завершите предложение его, записывая первое, что придет на ум. Страйтесь делать это по возможности быстро и невдумчиво. Если вы не можете закончить какое-либо предложение, вернитесь к нему в конце.

1. Испытывая первые признаки простуды...
2. Обычно, когда я болел ОРВИ...
3. Во время простуды мне хотелось...
4. Во время простуды я чувствую себя...
5. Во время ОРВИ я...
6. Когда я болею ОРВИ, у меня...
7. В детстве ОРВИ меня...
8. Мысль о заражении ОРВИ меня...
9. Новость о заражении ОРВИ у меня...
10. Обычно, если кто-то из родных простужается, у меня...
11. Когда я узнал о заражении коронавирусом, у меня...
12. Новость о заражении коронавирусом у меня...
13. Когда я подумал о том, что заболею коронавирусом...
14. Мысль о заражении коронавирусом меня...
15. К вакцинации от коронавируса у меня отношение...
16. За родных в начале пандемии мне было...
17. За свое здоровье во время пандемии я...
18. Когда я узнал, о заражении знакомых, у меня...
19. Мне кажется, ограничения из-за коронавируса...
20. Последствия от пандемии мне кажутся...
21. В первый раз, увидев новости о коронавирусе, у меня...
22. Мне кажется, новости о коронавирусе...
23. Во время просмотра новостей о коронавирусе, у меня...
24. Новости о коронавирусе вызывали у меня...
25. Мне кажется, новостей о коронавирусе было...
26. Разговоры о мировом заговоре мне кажутся...
27. Новости о коронавирусе мне кажутся...
28. Когда по телевизору идут новости о коронавирусе, у меня...
29. При виде статистики заболеваемости, у меня...
30. Если я случайно нахожу новости о коронавирусе, я...

Анкета

1. Имя
2. Возраст
3. Пол
4. Семейная ситуация (нужное подчеркнуть): замужем/женат, в разводе, холост, гражданский брак.
5. Уровень образования (нужное подчеркнуть): среднее общее, среднее специальное, незаконченное высшее, высшее, ученая степень.
6. Профессия: работаю _____ / не работаю (нужное подчеркнуть).
7. Как Вы отнеслись к первым новостям о коронавирусе?
8. До объявления пандемии вы следили за новостями?
9. Стали ли Вы чаще следить за новостями о пандемии со временем?
10. Каких мер предосторожности Вы придерживались в начале пандемии?
11. За кого из родных и близких Вы переживали больше всего?
12. Вам было страшно за свое здоровье?
13. Вам было страшно за здоровье близких?
14. Как часто Вы следили за новостями о коронавирусе в самом начале пандемии?
15. Какие чувства Вы испытывали при просмотре новостей в самом начале пандемии?
16. Вы считаете, что новостей о коронавирусе было слишком много?
17. Как Вы считаете, информации какого характера было больше всего в новостях?
18. Вы считаете, что информации о COVID-19 в СМИ и Интернете было достаточно?
19. Вы избегали общения с людьми в самом начале пандемии?
20. Что Вы почувствовали в тот момент, когда узнали о заражении?
21. Ваш диагноз?
22. Когда Вы заболели?
23. Какие симптомы были у Вас?
24. Какие эмоции и чувства были у Вас?
25. Насколько трудно Вы переносите (перенесли) коронавирус?
26. Какие осложнения у Вас имеются после перенесенного коронавируса?
27. Были ли в Вашей истории болезни тяжелые физические или психические заболевания?