

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ У ЛЮДЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ШАКУРОВА Ангелина Равильевна

студент

Научный руководитель:

САМОЙЛОВА Майя Владимировна

кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии

БУ ВО «Сургутский государственный университет»

г. Сургут, Россия

В статье рассматриваются индивидуальные случаи пяти человек с теми или иными тяжелыми хроническими заболеваниями (в частности, онкологией) и обозначение их отношения к болезни, как конструктивного или неконструктивного. Последнее предполагает отсутствие ориентировки в своем диагнозе и наличие психической дезадаптации в связи с болезнью, что означает, необходимость в коррекции отношения к ней, в противном же случае, можно ожидать усугубление болезни, вплоть до ее летального исхода.

Ключевые слова: отношение к болезни, тяжелые хронические заболевания, внутренняя картина болезни, реакция личности на болезнь, внутреннее «Я» больного.

Хроническая болезнь ставит человека в психологически особую жизненную ситуацию, невзирая на то, какой орган оказывается под ударом. Но если в медицине заболевание, прежде всего, это страдание тела, то в психологии оно выступает как терзание в первую очередь души [8].

Негативные психологические изменения у индивида вызываются не столько самой болезнью, сколько отношением к этой болезни самого человека. Хронический стресс наносит ущерб иммунной системе и приводит к прогрессиру-

ванию онкологии и других заболеваний. Истощение нервной и иммунной системы отражается как на процессе лечебных мероприятий, так и на общем телесно-функциональном состоянии [1].

Для клинической психологии одним из важнейших отношений в личностной структуре больного является отношение к болезни. Многие авторы (Краснушкин Е.К., 1950; Лурия Р.А., 1957; Рохлин Л.Л., 1957) выделяют три группы факторов, влияющих на формирование отношения человека к своему недугу: 1) преморбидные особенности личности; 2) природа самого заболевания; 3) социально-психологические факторы. Изучение отношения к болезни с позиций психологии отношений включает разбор всех трех выше названных групп факторов. Отношение к болезни отражает индивидуальный или личностный уровень, как и всякое отношение. Психологическая работа с больными направлена на коррекцию неадекватных реакций на диагноз, создание у пациентов конструктивных установок на терапию, налаживание социальных связей (включая отношения в семье). Это способствует не только улучшению состояния человека, но и профилактике возможного возобновления недуга после кажущегося полного выздоровления [3]. Достижение психотерапевтических целей с необходимостью предполагает изменение отношения личности к своей болезни с неадекватного на гармоничное.

В. Бройтигам отмечает, что, поскольку лечение рака сегодня полностью находится в руках медицинских работников, вопрос о внимании к больному всё больше переходит на психологический уровень, нежели на медицинский [2].

Изучая отношение личности к заболеванию, невозможно обойти вниманием «внутреннюю картину болезни» больного – совокупность его ощущений, переживаний и представлений, связанных с его конкретным недугом (термин «внутренняя картина болезни» был предложен Романом Альбертовичем Лурией). Выделяется и внешняя картина болезни, под которой понимаются объективные результаты, которые доктор получает в ходе исследования (все то, что можно запечатлеть и описать). Изучение внутреннего «Я» больного не менее

необходимо, чем факты из медицинского анализа. То, что специалист получает в результате психического контакта с больным, значительно уступает в точности результатам физического исследования, однако, нередко этот материал превосходит последние точностью описания [6].

Данное исследование предпринято с целью установить, что люди, пережившие трудные жизненные события (негативные, кризисные жизненные события, отражающие важные перемены в жизни испытуемого и указанные ими в «Линии жизни»), склонны неконструктивно относиться к своим заболеваниям, в том числе, и к серьезным, несущим угрозу полноценной жизнедеятельности.

В работе представлены результаты диагностического исследования, целью которого является составление описания и проведение коррекции неконструктивного отношения к болезни (на примере наших испытуемых). Для этого нами были проанализированы источники, посвященные личности в условиях тяжелой болезни; подобраны методики, которые должны выявить взаимосвязь между жизненными событиями больного и его отношением к своему диагнозу; интерпретированы полученные результаты. Важно было выявить является ли отношение человека к своему недугу конструктивным и нуждается ли оно в коррекции.

Мы предполагаем, что отношение наших испытуемых к своему диагнозу будет неконструктивным, ориентировка в болезни будет неполной. Под неконструктивным отношением к болезни мы понимаем отношение, характеризующееся недостаточным (поверхностным) осознанием всей серьезности своего заболевания и непризнанием необходимости мер к восстановлению (сохранению) остаточного здоровья, а также пренебрежительным отношением к медицинскому лечению (несистематичность, игнорирование рекомендаций, пропуск (отодвигание по времени) запланированных наблюдений и т.п.).

Обоснование методик. Помимо клинической беседы, мы отобрали еще 4 диагностических инструментария. Методика «Линия жизни» направлена на выявление ресурсных и проблемных этапов жизни больного, на протяжении всей

жизни и во время развития болезни в частности. Автором методики является кандидат психологических наук, доцент факультета психологии МГУ В.В. Нуркова. Испытуемый должен обозначить самые значимые и наиболее запомнившиеся события [4]. Как указывают А. Г. Жилиев, Т. И. Палачева, «Линия жизни» даст нам полный психологический портрет испытуемых, отражающий во взаимосвязи прошлое, настоящее и будущее, что позволит использовать полученные данные в психокоррекционных мероприятиях, при этом, учитывая характеристики личности конкретного обследуемого [5]. В контексте нашего исследования, с помощью данной методики мы проведем анализ прошлого человека, его места в проблемах сегодняшнего дня (в частности, в проблеме тяжелого заболевания) и места в наработанных стереотипах разрешения проблемных ситуаций, как например, болезнь. Методика «Линия болезни» выполняется таким же образом, но речь идет только об этапах протекания болезни, затем, необходимо будет сравнить результаты с «Линией жизни»: «Упомянул ли обследуемый свой диагноз в линии и о чем это может говорить?». Опросник «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) диагностирует тип отношения к болезни на основании информации об отношениях больного к ряду жизненных проблем и ситуаций, потенциально наиболее для него значимых и непосредственно или опосредованно связанных с его недугом. Представленная тестовая методика была создана институтом им. В.М. Бехтерева [3].

Методика Дембо-Рубинштейн, направленная на изучение самооценки и сознания болезни, разработана Т. В. Дембо и дополнена С. Я. Рубинштейн. В результате выяснится: а) уровень притязаний; б) уровень самооценки; в) расхождения между уровнем притязаний и уровнем самооценки [7]. Неадекватная самооценка может негативно влиять на все аспекты жизни, в том числе и на переживание болезни. Помимо этого, выяснится и уровень критичности человека в целом, и к своей болезни конкретно. К примеру, если испытуемый с тяжелым хроническим заболеванием отметит, что находится на вершине шкалы «здоровье – болезнь», то можно ли говорить о нарушении критики? Уровень притяза-

ния покажет, оптимальное представление испытуемого о своих возможностях решения тех или иных задач, а в контексте нашей работы – его стремление к выздоровлению.

В нашем исследовании мы рассматриваем индивидуальные случаи 5 человек с тем или иным тяжелым хроническим заболеванием. Трое из них в возрасте от 26 до 27 лет, двое – 46 и 48 лет; двое женского пола, трое – мужского (см. таблица 1). Запрос пациентов об актуальности психологической помощи для самих испытуемых ни в одном из случаев не был связан с регулированием своей жизни в связи с болезнью. Однако, потребность в психологической помощи безусловно имеется, так, одна из респондентов (А.) посещала психолога, и два (Ю. и К.) посещают в настоящее время психотерапевта. Это говорит о том, что наши более молодые испытуемые ищут поддержки со стороны специалистов, в отличие от старших (С. и Г.). Их запросы специалистам связаны с проблемами в личной жизни: в семье, в супружеских отношениях или связаны с поиском себя в мире. Далее будет представлен краткий анамнез каждого испытуемого (получен в ходе клинической беседы и методик «Линия жизни» и «Линия болезни»).

Таблица 1

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА ВСЕХ ИСПЫТУЕМЫХ

№	Имя	Возраст	Заболевание
1.	А.	26 лет	Почечная недостаточность 5 стадии, рак желудка 1 стадии, 2 гематомы на голове (прооперирована)
2.	Ю.	26 лет	Рак щитовидной железы 1 стадии
3.	К.	27 лет	Лимфома Ходжкина 2 стадии, находится в ремиссии
4.	Г.	48 лет	Анапластическая карцинома (низкокодифференциальная форма)
5.	С.	46 лет	Инсульт 11.05.23 (исследование проводилось 17.05.23), инфаркт (в 2021 году), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)

А., ж., 26 лет. Исследование проводилось в травматологической клинике (дата: 14.04.2023 г.), где девушка, по ее словам, лежит уже второй раз. Была оперирована хирургом, 20.03.2023 ей удалили две гематомы на голове с двух сторон. По словам А., врачам пришлось буквально уговаривать ее на операцию по их удалению, т. к. для этого требовалось побрить голову, а девушке было очень жалко расставаться со своими «длинными и красивыми» волосами. У А. есть муж (29 лет), детей нет. Есть образование бакалавра, но не работает. Родители умерли 2 года назад, оба алкоголики, у отца была ишемическая болезнь сердца. Девушка «очень скучает по матери», а также винит себя за ее смерть. Мать умерла, когда ей было 24 года, и, в тот же год, А. узнала об измене мужа с ее лучшей подругой. Тогда, она ощущала (с ее слов) чувство брошенности, и что ей «некуда уходить». На момент исследования А. лежит в клинике из-за воспаления инфекции после удаления гематом. Прибыла она сюда, из-за того, что у нее начались т.н. «конвульсии», муж вызвал скорую. Также у нее была врожденная киста, девушка с детства ходит по больницам. По словам А., она только месяц назад (на момент исследования) узнала о раке желудка.

Ю., ж., 26 лет. Имеет высшее образование, экологическое, не закончила магистратуру. Работает бровистом. Ю. с детства жила с отчимом, но когда девушке было 14 лет, он умер от рака желудка. У матери была истерика, и, по словам обследуемой, она «не смогла адекватно донести его смерть», накричав на дочь. Позднее, через 4 дня, умер и родной отец (Ю. было 14), которого она видела последний раз только на свой день рождения. По словам Ю., когда он умер, она почувствовала облегчение, так как не была привязана к нему (он ушел из семьи очень давно). В том же возрасте у Ю. была попытка самоубийства путем чрезмерного употребления таблеток. Она очнулась лишь через 2 дня – мать нашла ее и привезла в больницу. Со слов испытуемой, «на фоне взаимоотношений с матерью и смерти двух отцов, это выглядело как спасение». Первое, что она увидела, после того, как очнулась – дядю с разочарованным выражением лица. Когда ей было 23 года, Ю. заехала к матери на работу (она рабо-

тает в больнице), и увидела, как она плачет с результатом КТ – у отчима (второго) нашли опухоль с метастазом. Девушка хотела обнять мать, таким образом, поддержать её, а также надеясь получить материнскую любовь, но та ее оттолкнула, отвергнув ее чувства. В 24 года на обследовании выявили рак 1 стадии. На консилиуме дали рекомендации, выписали гормоны. После медицинских проверок девушка очень обиделась на родственников, которые ей не позвонили (а она в душе очень хотела с ними поговорить). Когда она все же поговорила с ними, по словам Ю., вопрос о самочувствии «звучал, как претензия». Раз в 2 месяца или раз в 2 недели, может позвонить своему психотерапевту.

К., м., 27 лет. На вопрос в начале исследования «что Вас беспокоит?» ответил: «Отсутствие смысла, где я и в общем, сложности с восприятием близких отношений. Иногда я в этой проблеме живу». На данный момент у врачей не проверяется, последствий не ощущает. Работает поваром, бросил учебу на юридическом факультете. Родители ранее состояли в религиозной организации, признанной в России экстремистской. В 17 лет нашли онкологию: пошел в больницу с пневмонией, после того, как его выписали из больницы, К. был направлен на обследование, в Москве выяснилось, что онкология. И на этом моменте всплыли проблемы с религиозной организацией семьи: дело в том, что у них запрещено переливание крови, и документ о переливании не подписывали. Со слов К., он испытывал «протест» по отношению к вероисповеданию в семье. В конце концов, чтобы вылечить сына, супруги решились переступить через религиозные запреты: отец принял решение подписать документы почти сразу, а мать колебалась, но, в итоге, приняла решение вслед за супругом. На данный момент родители не состоят в этой организации. В Нижневартовске прошел химиотерапию. Как сам молодой человек, выразился, «онкология стала выходом из этой секты». После того, как бросил университет (в 19 лет) начал употреблять наркотики. Они, по мнению К., «стали освобождением, дали ощущение жизни и лишили душевных тягот». Но прошло время, и мнение испыты-

емого изменилось. Тогда он пришел к выводу, как сам выразился: «Наркотики больше забирают, чем дают». На данный момент, с наркотическими препаратами покончил. Что касается отношения К. к своему недугу, испытуемый сам прокомментировал: «Проверяться муторно, надо сдавать анализы. Я решил, что я здоров. Не хочу сводить свою жизнь к болезни».

Г., м., 48 лет. Работает тренером по армрестлингу в детской спортивной школе. По словам обследуемого, благодаря ему район стал считаться «кузницей молодых спортсменов». Ранее переболел COVID-19. Не обращал внимания на свое самочувствие и диагноз: «Старался не замечать». Г. говорит, что «хочет жить, но боится, что осталось мало времени». Сейчас нога стала толще в два раза. Они с женой заказали широкие штаны, и так он продолжал ездить на работу: «Поэтому, коллеги очень удивились, когда я уже не смог встать». Позитивный, уважаемый, веселый – так его описывает жена. В больнице сказали (со слов Г.), что заболевание – «очень быстротекущее, в агрессивной форме». Сделал МРТ, взяли биопсию, анализ показал онкологию. Сейчас наблюдается разрушение кости таза и поражение лимфатической системы. Когда узнал о болезни, сильно упал духом, был обречен, но не хотел показывать это жене, детям, коллегам и ученикам.

С., м., 47 лет. Исследование проводилось в травматологической клинике, в отделении, где пребывал обследуемый. Свое состояние после инсульта пациент описывает «головокружением с частичной потерей речи». Жалобы на артериальное давление 220 и 190, жалобы на хронический кашель, одышку. Давление постоянное, сбили в реанимации. Есть семья: 2 детей от второго брака, дочери: одной 10 лет и полгода другой. Первая жена скончалась, сын от первого брака умер на военных действиях в возрасте 25-ти лет. Работает охранником, образование среднее, окончил 8 классов. Ранее работал грузчиком и дворником. Мать умерла из-за несчастного случая на рыбокомбинате в 1999 году. Отец умер из-за сахарного диабета. Сын (покойный) ранее, попал в тюрьму за воровство и наркотики. Первая жена изменяла Сергею, регулярно злоупотребляла спиртными

ми напитками, со слов самого обследуемого, инфаркт «случился из-за нее». Испытуемый ни разу не упомянул ХОБЛ ни в одной из методик.

Из представленных анамнезов можно сделать вывод о том, что все наши испытуемые, так или иначе, перенесли сложные жизненные, и, даже, экстремальные ситуации, такие как смерть члена семьи, резкая смена обстановки, расставание с партнером или измена супруга.

Результаты клинической беседы, включая беседу во время методик «Линия жизни» и «Линия болезни» в целом, выявили, уровень ориентировки в себе, в жизни и в болезни у каждого испытуемого. Мы оценили уровень в целом по 5-бальной шкале, где:

- а) 0 – отсутствие критичности по отношению к заболеванию, избегание или игнорирование;
- б) 1 – понимает, что болен, но не понимает, что надо предпринять;
- в) 2 – понимает что болен, понимает, что необходимо делать, но ничего не предпринимает;
- г) 3 – понимает что болен, понимает, что необходимо делать, делает, но недостаточно;
- д) 4 – осознает серьезность диагноза, делает все, что необходимо;
- е) 5 – осознает диагноз, делает все, что необходимо и ищет дополнительные способы справиться с болезнью.

Испытуемая А.: 0 баллов. Неконструктивное отношение к болезни. Отсутствует осознание серьезности диагноза, уход от нее в личную жизнь (отношения с мужем и друзьями), не делает что-либо, для того, чтобы справиться с недугом, более того, препятствует в этом врачам.

Испытуемая Ю.: 0 баллов. Неконструктивное отношение к болезни. Отсутствует осознание серьезности диагноза, его обесценивание.

Испытуемый К.: 0 баллов. Избегание, уклон от медицинских проверок из-за страха диагноза.

Испытуемый Г.: 1 балл. Понимает что болен, следить за своим состоянием начал только после того, как состояние многократно ухудшилось, до этого не осознавал серьезность диагноза, из-за чего продолжал работать, не понимая, что делает еще хуже.

Испытуемый С.: 0 баллов. Не понимает, что серьезно болен, не понимает, что надо предпринять, гипертрофированный уход в семейные дела.

Как можно заметить, мы не смогли оценить ни один уровень ориентировки испытуемых как конструктивный. Мы поставили один балл респонденту Г. за то, что он обратил внимание на свое состояние и регулярно обследовался у врачей, однако лишь тогда, когда состояние ухудшилось настолько, что он уже не мог физически продолжать работать, при этом скрывая симптомы одеждой на размеры больше (повышенная утомляемость, боль в месте локализации, нарушение работы лимфатических узлов из-за метастазирования карциномы, разрушение кости таза и т.д.).

Во время интерпретации обеих «Линий» мы также отмечали количество актуализированных воспоминаний, соотношение позитивных и негативных событий, возраст первого актуализированного воспоминания, а также наличие в «Линии Жизни» некоторых событий, такие как «работа», «смерть близкого», «любовь» и пр. У всех испытуемых было хотя бы одно событие «любовь», 3 из 5 людей упомянули смерть близкого, у двоих эта тема встречалась в нескольких событиях сразу, все испытуемые назвали примерно одинаковое количество негативных и позитивных событий.

Суммарные результаты по каждому типу отношения к болезни по методике «Тип отношения к болезни» представлены на диаграмме (см. рисунок 1).

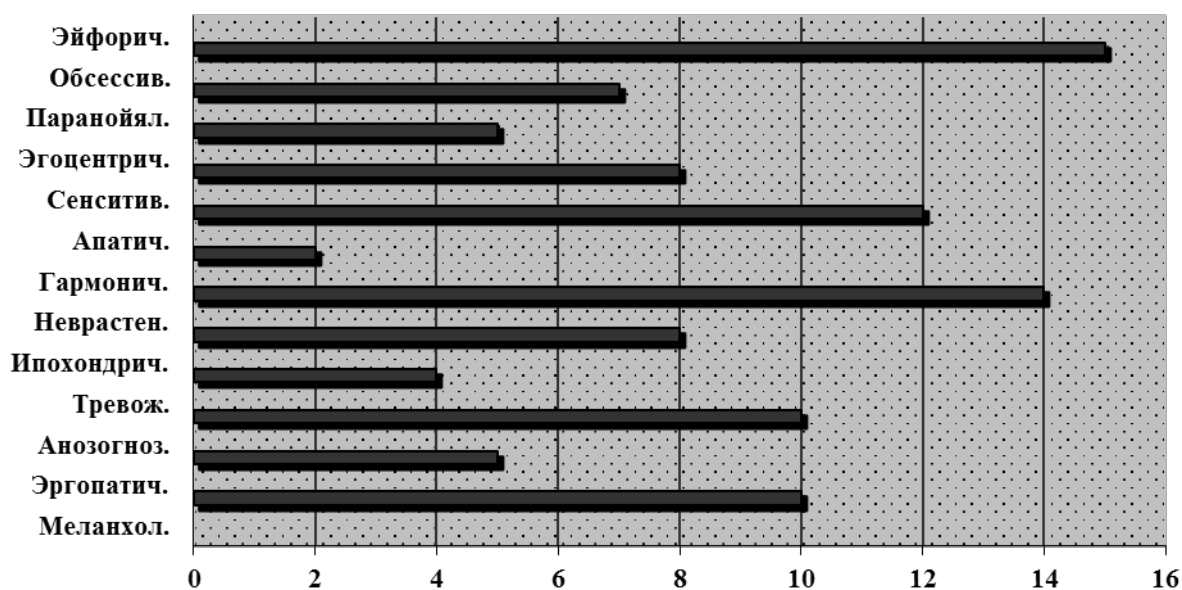


Рисунок 1. Общие результаты методики «Тип отношения к болезни»

Как видно на диаграмме, доминирует эйфорический тип (15 баллов), который характеризуется легкомысленным отношением к болезни и лечению. Затем, на втором месте расположился гармонический тип (14 баллов), это может означать, что наши испытуемые стараются во всем активно содействовать успеху лечения, но все же, для будущей работы, нам необходимо расположить данный тип на первое место, с наибольшим отрывом от остальных типов. На третьем месте сенситивный тип (12 баллов), свидетельствующий об общей тенденции испытуемых к озабоченности возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на других людей сведения о диагнозе. Одинаковое количество баллов набрали эргопатический и тревожный типы: первый означает уход от болезни в работу, второй – непрерывное беспокойство в отношении неблагоприятного течения диагноза. Меланхолический тип в нашем исследовании не выявлен (0 баллов). Это может быть интерпретировано как отсутствие у респондентов склонности к сверхудрученности болезнью [3].

Результаты методики ТОБОЛ мы соотнесли с полученными результатами из предыдущих методик и клинической беседы. У А.: вместе с гармоническим и эйфорическим типами, преобладает эргопатический. Поскольку испытуемая не

работает, она уходит не в работу, а в семью и отношения с друзьями. Примечательно, что одна из тем в «Линии болезни», именуемая «смерть мамы и измена мужа» не связана с болезнью, однако, описывая чувства и ощущения, А. описывает симптомы, которые у нее появились, как она заметила и связала, после события. Сопоставив графики обеих «Линий» А., не сложно также заметить, что события, связанные с ухудшением состояния здоровья, идут сразу после или во время события травматического характера (к примеру, ряд событий, объединенных нами как «смерть близкого» идет до непосредственно диагноза). Во временном отрезке, отмеченном как «Настоящее» испытуемая отмечает позитивное событие, о «Будущем» не может дать определенного ответа.

У респондентки Ю. – эйфорический тип, анозогностический тип (активное отбрасывание мысли о болезни, вплоть до отрицания), что подтвердилось ранее в «Линии Жизни» и «Линии Болезни»: отсутствие упоминания своей болезни в «Линии Жизни» может свидетельствовать как оценка ее недостаточно значимой для испытуемой по сравнению с другими событиями в жизни (например, конфликтами с матерью). Примечательно, что Ю. отмечает на «Линии Жизни» онкологию сначала первого отчима (и его смерть), затем второго, но не упоминает о своем раке щитовидной железы. Наличие событий в «Линии Болезни», указанных как «нейтральные» и описание Ю. своего отношения к ним как «чему-то новому», «любопытному», «страха не было, было интересно», также, на наш взгляд, являются подтверждением неадекватного отношения к болезни.

У К. ярко выделяется сенситивный, неврастенический тип, (неумение и нежелание терпеть боль) и тревожный тип, что подтверждается тем, что молодой человек избегает медицинской проверки, так как, по его словам, боится услышать плохую новость, а также успокаивая себя тем, что он в ремиссии. Также К. не упомянул какие-либо приятные или неприятные воспоминания из детства, начал повествование с родителей, состоявших в одной из признанных в РФ экстремистских организаций. Стоит отметить и то, что, со слов самого К. именно заболевание в 17 лет «освободили его и родителей из этой религиозной

организации», то есть, мы можем интерпретировать его отношение к своему диагнозу как к инструменту выхода из рамок, ограничений, которые были наложены на него родителями. Первым событием в «Линии жизни» К. указывает онкологию и оценивает это событие как «нейтральное» (0 баллов), говоря об эмоциях и ощущениях, связанных с этим событием, отвечает «никакие».

У Г.: эгоцентрический («принятие» болезни и поиски выгод), неврастенический (раздражение при болезненных ощущениях), и, больше всего, тревожный тип отношения к болезни. Мы можем предположить, что отношение к болезни изменилось (на момент исследования), когда состояние мужчины настолько ухудшилось, что он уже не был в состоянии «уйти в работу».

У С. лидирует эйфорический тип отношения к недугу. Также наблюдается уход в семью (что подтвердилось в предыдущих методиках). Присутствует малое количество событий связанных с болезнью в «Линии болезни».

Методика Дембо-Рубинштейн показала, в целом, низкие уровни притязания и самооценки у испытуемых. Другие особенности, замеченные в методике: по шкале «здоровый – больной», на которую, на наш взгляд, нужно особенно обратить внимание, учитывая тему нашей работы, все испытуемые, кроме Ю. указали свое состояние в данный момент выше середины шкалы, что не соответствует объективной оценке, учитывая диагноз. Все испытуемые отметили, что хотели бы оказаться на шкале в районе 90-100%. Что касается собственных стремлений, связанных с преодолением болезни, то объективно оценивая свои способности, трое испытуемых указали себя на отметке шкалы 100%, один – 95%, другой – 75%, что можно оценить как крайне завышенные оценки, учитывая фактическое игнорирование у себя симптомов болезни.

По результатам проведенной работы, можно сделать следующие выводы:

- 1) в ходе клинической беседы, ни один уровень ориентировки (в себе, в жизни и в болезни) испытуемых не был оценен как конструктивный;
- 2) все испытуемые перенесли сложные жизненные события, самая распространенная их них – это смерть близкого человека;

3) для двоих испытуемых характерен уход в семью (А. и С.), для других: уход в работу (Г.), избегание медицинских проверок (К.), обесценивание болезни (Ю.).

4) тип отношения к болезни, набравший больше всего баллов среди всех испытуемых – эйфорический тип (15 баллов), из числа неконструктивных типов, на втором месте – сенситивный (12 баллов), из конструктивных – гармонический тип (14 баллов);

5) уровни притязания и самооценки у испытуемых можно оценить как очень низкие, некоторые из ответов респондентов (шкала «здоровый – больной», объективная оценка способностей) не соответствуют реальной картине испытуемого.

Результаты нашей работы, подтверждают то, что отношение к своему диагнозу испытуемых, ранее переживших те или иные кризисные жизненные события (помимо заболевания), является неконструктивным. У всех наших испытуемых отсутствует адекватная ориентировка в своем заболевании, что в свою очередь говорит о необходимости формирования гармоничного отношения к диагнозу у больных. Конечно, разные люди будут по-разному реагировать на болезнь: кто-то уйдет в бытовые проблемы, другой же останется в эмоциональной изоляции, один на один с болезнью. Оба случая требуют серьезной профессиональной психологической помощи и поддержки, что означает необходимость выявления негармоничного отношения к своему заболеванию и последующей его коррекции. Под этим мы понимаем помощь в расширении способов реагирования на болезнь, декатастрофизации, поиске альтернативных стратегий поведения, формирование мотивации для дальнейшего лечения и реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беляев А.М. и коллектив авторов / Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. – СПб: Издательство АНО «Вопросы онкологии», 2018. – 436 с.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл. В.Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
3. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. СПб, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2005. – 33 с.
4. Гусев, С.А. Переживание событий в ситуации потери и поиска работы: учебное пособие / С.А. Гусев. - Москва; Берлин: Директ-Медиа, 2017. – 249 с.
5. Жилиев А.Г., Палачева Т.И. Интенсивные методики оценки психологического состояния, выявления и коррекции психологической дезадаптации: Методическое пособие. - Москва-Казань: ООО «ПФ «Гарт», 2009. – 125 с.
6. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. – 4-е изд. – М.: Медицина, 1977. – 111 с.
7. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: (практическое руководство): учебное пособие для студентов педагогических институтов / С. Я. Рубинштейн. – Москва: Апрель-Пресс: Издательство Института Психотерапии, 2004. – 220 с.
8. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – Москва: SvR-Аргус, 1995. – 360 с.

ATTITUDE TO ILLNESS IN PEOPLE WITH SEVERE CHRONIC DISEASES

SHAKUROVA Angelina Ravilevna

Student

Scientific supervisor:

SAMOILOVA Maya Vladimirovna

Candidate of Psychological Sciences

Associate Professor of the Department «Psychology»

Surgut State University

Surgut, Russia

The article deals with individual cases of five people with various severe chronic diseases (in particular, oncology) and the designation of their attitude to the disease as constructive or non-constructive. The latter implies a lack of orientation in their diagnosis and the presence of mental maladaptation in connection with the disease, which means that it is necessary to correct the attitude to it, otherwise, we can expect the aggravation of the disease, up to its lethal outcome.

Keywords: attitude to illness, severe chronic diseases, internal picture of illness, experience of illness, the patient's inner self.