

Рассказова Е.И. Когнитивная и эмоциональная составляющие репрезентации болезни при психических расстройствах: роль личностных особенностей



РАССКАЗОВА Е.И. КОГНИТИВНАЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СОСТАВЛЯЮЩИЕ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ БОЛЕЗНИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ: РОЛЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

English version: [Rasskazova E.I. Cognitive and emotional components of illness representation in mental disorders: the role of personality](#)

Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, Москва, Россия

[Сведения об авторе](#)
[Литература](#)
[Ссылка для цитирования](#)

В исследованиях репрезентации болезни у пациентов с психическими заболеваниями на первый план выходит задача выявления тех ее составляющих, которые значимы для личности и выполняют регуляторные функции в отношении переживаний и деятельности, связанных с болезнью. В данной работе, на основе понимания саморегуляции Б.В.Зейгарник, предполагается, что более тесные связи с личностными особенностями должны обнаруживаться для тех компонентов репрезентации болезни, формирование которые «запускает» процессы саморегуляции личностного уровня – рефлексии, смыслового связывания. Исследование проводилось на основе выборки апробации русскоязычного варианта второй версии Миннесотского многофакторного личностного теста (ММРІ-2) и включила 29 пациентов с аффективными расстройствами, 21 пациента с шизофренией и шизотипическим расстройством, 21 пациента с нарушениями адаптации, дополнительно заполнявших опросник восприятия болезни. Было показано, что при шизофрении и шизотипическом расстройстве общая выраженность психопатологических личностных особенностей связана с лучшим признанием того, что болезнь носит затяжной характер, негативно сказывается на жизни пациента, а также ощущением неконтролируемости болезни и бесполезности предлагаемого лечения. При аффективных расстройствах оценка своего заболевания как циклического и уверенность в своем контроле за болезнью связаны с цинизмом, враждебностью, а в некоторых случаях – признаками склонности к аддикциям и асоциального поведения. Пациенты с нарушениями адаптации сообщают о непонимании болезни при выраженной обсессивности, низком уровне положительных эмоций, дисфункциональных негативных эмоциях, признаках девиантной психопатии. Неуверенность в эффективности лечения и эмоциональные реакции на болезнь сопряжены у них с широким неспецифическим кругом психопатологических особенностей.

Ключевые слова: ММРІ-2, репрезентация болезни, модель житейского смысла, психические заболевания, шизофрения, аффективные расстройства, нарушения адаптации.

При психических заболеваниях исследования переживаний и представлений пациентов об их болезни затруднены из-за невозможности дифференцировать эффекты, связанные с психическими нарушениями, от процессов осмысления трудной жизненной ситуации – ситуации заболевания, госпитализации и лечения. Тем не менее, как и в случае исследования пациентов с соматическими болезнями, не вызывает сомнений, что осмысление опыта психической болезни происходит и выступает ключевым фактором благополучия и функционирования, совладания с болезнью, следования лечению. Исследования отношения к болезни при неврозах [Вассерман и др., 2011], внутренней картины болезни при депрессиях [Николаева, 1972; Шестопалова, 1983] подтверждают это, хотя и указывают на важность аккуратной интерпретации выявленных феноменов, с учетом специфики психических заболеваний.

Иными словами, важно дифференцировать те составляющие отношения к болезни [1] в широком смысле, которые выходят на первый план при разных психических заболеваниях и выступают регуляторами переживаний и деятельности пациента. Примером такого исследования могут выступать недавние данные, полученные с использованием метода обоснованной теории, о том, что определяющим в принятии решения о болезни и лечении при шизофрении может быть не само заболевание, а то, насколько происходящее с больным субъективно препятствует его целям, планам и мотивам [Шаньков, 2014]. В количественных же исследованиях такого рода инструментарий нередко напрямую заимствуется из исследований пациентов с соматическими заболеваниями [Freeman et al., 2013; Маричева, 2014].

Целью данной работы является уточнение важности различных представлений о болезни у пациентов с разными психическими заболеваниями и выявление их личностных коррелятов. В соответствии как с культурно-историческим подходом в психосоматике [Николаева, 1995; Тхостов, 2002], так и моделью житейского смысла [Leventhal et al., 2003], человек, сталкиваясь с относящимся к болезни опытом (соматическими ощущениями, информацией о диагнозе и т.п.), стремится осмыслить происходящее с ним. Этот процесс означения может быть рассмотрен как процесс принятия решения, ответа на вопросы о болезни и лечении, актуальные для личности. Сформированная в этом процессе внутренняя картина болезни, или репрезентация болезни, выполняет регуляторные функции в отношении дальнейших переживаний и деятельности пациента по поводу его болезни.

В соответствии с пониманием Б.В.Зейгарник [Зейгарник, 1981; Зейгарник и др., 1989], процесс саморегуляции может происходить на операционально-техническом уровне, если ситуация, с которой столкнулся человек, не требует пересмотра самих оснований его деятельности. В противном случае актуализируется мотивационно-личностный уровень саморегуляции с его специфическими механизмами рефлексии и смыслового связывания. Закономерно предположить, что если какие-то аспекты болезни и лечения особенно значимы для человека, их осмысление и формирование соответствующего представления или переживания в структуре репрезентации болезни будет тесно связано, с одной стороны, с личностными особенностями, через призму которых это формирование преломляется, и, с другой стороны, с последствиями в форме совладания, социального функционирования, субъективного благополучия и т.п. На статистическом уровне это проявится в форме корреляционных связей, специфических для заболевания или общих для разных групп пациентов.

С целью операционализации представлений и переживаний по поводу психического заболевания была использована модель саморегуляции в отношении здоровья и болезни [Leventhal et al., 2003] как предложившая стандартизованный инструментарий [Moss-Morris et al., 2002], который применяется при шизофрении [Freeman et al., 2013]. Согласно модели, осмысление болезни включает два параллельно развивающихся, но взаимосвязанных, процесса: один из них направлен на совладание с болезнью и включает формирование идентичности болезни, представлений о временном течении, контроле и лечении, последствиях болезни. Второй направлен на совладание с переживаниями по поводу болезни и проявляется в форме эмоциональных репрезентаций.

Отметим, что данная работа носила поисковый характер и в ее задачи не входила ни проверка каузальных гипотез о причинах и следствиях репрезентации болезни, ни учет роли психических нарушений у пациентов. Предполагалось, что если некоторое звено важно для репрезентации какого-либо психического заболевания, оно будет тесно связано с личностными особенностями и функционированием пациента, неважно, в какой степени его формирование было искажено или нарушено в сравнении с пациентами соматической клиники.

Методы

Выборка

Исследование проводилось на основе клинической выборки апробации второй версии Миннесотского многофакторного личностного теста (ММРІ-2) [2]. В выборку данного исследования вошел 71 пациент (20 мужчин, 51 женщина) психиатрических учреждений г. Москвы в возрасте от 18 до 75 лет (средний возраст $33,76 \pm 16,63$ года). Критериями исключения были нежелание участвовать в исследовании, наличие когнитивного или мотивационного дефекта, препятствующего участию и/или пониманию пунктов опросника, пропуск более 5% всех пунктов ММРІ-2 (29 и более пунктов). На основе диагноза по МКБ-10 пациенты были разделены на три группы: аффективные расстройства (эмоционально-неустойчивое расстройство,

органическое аффективное расстройство, шизоаффективное расстройство, биполярное аффективное расстройство, депрессивное расстройство, депрессивный эпизод; F06.3, F06.6, F25, F31, F32, F33, F34.0, F34.1 [3]) – 29 человек, шизофрения и шизотипическое расстройство (F20, F21) – 21 человек, реакция на стресс, нарушение адаптации, неврастения (F43, F48.8) – 21 человек.

С целью контроля когнитивного и личностного статуса пациентов лечащие врачи дополнительно оценивали наличие / отсутствие личностных изменений и нарушений мышления [4]. Однако, поскольку включение этих переменных в обработку данных в качестве ковариат не меняет основных паттернов результатов, далее они не обсуждаются.

Методики

Использовались следующие методики.

Вторая версия Миннесотского многофакторного личностного теста [Butcher et al., 2001]. Помимо девяти клинических шкал (ипохондрии Hs, депрессии D, истерии Hu, девиантной психопатии Pd, паранойи Pa, психастении Pt, шизофрении Sc, мании Ma, социальной интроверсии Si), в данном исследовании использовались результаты по реструктурированным клиническим шкалам, содержательным и дополнительным шкалам [Рассказова и др., 2013].

Опросник восприятия болезни [Moss-Morris et al., 2002; Рассказова, 2016] предложен в рамках модели житейского смысла [Leventhal et al., 2003]. В данном исследовании используется блок представлений о болезни, включающий следующие шкалы: 1) длительность – представления о том, насколько продолжительным будет заболевание; 2) последствия – негативные последствия заболевания для жизни; 3) личный контроль – переживание своих возможностей контролировать заболевание; 4) контроль лечения – уверенность в важности и эффективности лечения; 5) понимание болезни – представление о своем понимании или непонимании заболевания; 6) цикличность – представление о циклическом течении заболевания; 7) эмоциональная репрезентация – эмоциональные переживания в отношении болезни. Надежность-согласованность опросника в данном исследовании соответствовала данным апробации: альфа Кронбаха по всем шкалам блока представлений о болезни составляла 0,75–0,85, кроме шкалы личного контроля, где показатель был допустимо невысоким (0,69).

Результаты

Общие для различных психических заболеваний личностные особенности репрезентации болезни

Как при шизофрении и шизотипическом расстройстве, так и при аффективных расстройствах представления о цикличности заболевания сопряжены с более высокими значениями по шкалам депрессии и социальной интроверсии, содержательным шкалам страхов и обсессивности, нарушений работоспособности и отрицательными индикаторами лечения ($r = 0,37-0,54$), в меньшей степени – шкалы низкой самооценки ($r = 0,33-0,38$), а также более высокими значениями по дополнительным шкалам тревоги, посттравматического стрессового расстройства, нейротизма, реструктурированной шкале соматических жалоб ($r = 0,30-0,52$) и более низкими – по дополнительным шкалам силы Эго, маскулинной гендерной роли и гиперконтролируемой враждебности ($r = -0,64 \dots -0,36$). Иными словами, при психических заболеваниях более тяжелого регистра представление о том, что болезнь периодически «уходит» и «возвращается», с одной стороны, чаще формируется у эмоционально нестабильных и обсессивных пациентов, которым трудно отстаивать свое мнение и которые говорят, что им не приходится сдерживать свои враждебные проявления, а с другой стороны, сопряжено с нарушениями работоспособности и негативным прогнозом в отношении комплаенса.

И при шизофрении, и при аффективных расстройствах опасения по поводу негативных последствий заболевания для жизни пациентов связаны с большими нарушениями работоспособности и адаптации в учебном заведении ($r = 0,40-0,53$).

Пациентов с шизофренией и пациентов с нарушениями адаптации объединяют связи уверенности в лечении с меньшей психопатологизацией (проявлениями тревоги, депрессии, обсессивности, деморализованности) и более высоким уровнем позитивных эмоций, а также связь эмоциональных репрезентаций с низким уровнем

позитивных эмоций, депрессией, тревогой, обсессивностью.

Рассмотрим далее связи, специфические для различных психических заболеваний.

Таблица 1

Различия между корреляциями личностных особенностей и представлений о временном течении болезни при различных психических расстройствах

Шкалы ММРІ-2	Представление о длительности болезни			Представление о цикличности болезни		
	Аффективные расстройства	Шизофрения и шизотипическое расстройство	Нарушения адаптации	Аффективные расстройства	Шизофрения и шизотипическое расстройство	Нарушения адаптации
Ипохондрия Hs с коррекцией	-0,03 a	0,63** a,b	-0,07 b	0,37	0,20	0,32
Депрессия D	0,12 a	0,62** a,b	-0,06 b	0,47*	0,44	0,33
Истерия Hu	-0,05 a	0,66** a	0,32	0,17	0,23	0,38
Девиантная Психопатия Pd	0,14	0,19	-0,15	0,51*c	-0,12 c	0,16
Психастения Pt с коррекцией	-0,15 a	0,76** a,b	-0,06 b	0,36	0,36	0,27
Шизофрения Sc с коррекцией	-0,01 a	0,68** a,b	0,06 b	0,35	0,43	0,25
Паранойя Pa	0,01 a	0,65** a,b	-0,20 b	0,01	0,37	0,25
Социальная интроверсия Si	0,08 a	0,63** a,b	-0,18 b	0,48*	0,44	0,14
Тревога ANX	0,18 a	0,66** a,b	-0,05 b	0,61** c	0,30	0,08 c
Беспокойство о здоровье HEA	0,05	0,52* a	-0,12 a	0,34	0,38	0,24
Цинизм CYN	0,28	-0,12	-0,29	0,59** c,d	-0,01 c	-0,06 d
Низкая самооценка LSE	0,16	0,52* a	-0,15 a	0,38*	0,33	0,18
Социальный дискомфорт SOD	-0,03 a	0,67** a,b	0,00 b	0,05 c	0,63** c	0,19
Нарушения работоспособности WRK	0,19	0,55* a	-0,16 a	0,46*	0,54*	0,05
Сила Эго ES	-0,12	-0,57* a	0,15 a	-0,49*	-0,41	-0,12
Нарушение адаптации в учебном заведении Mt	0,25	0,62** a	-0,01 a	0,57**	0,25	0,19
Посттравматическое стрессовое расстройство (по Кину) Pk	0,10 a	0,61** a,b	-0,09 b	0,52**	0,30	0,16
Враждебность Ho	0,44* a	0,05	-0,37 a	0,52* c	0,01	-0,18 c
Гиперконтролируемая враждебность OH	-0,34	-0,07	-0,01	-0,43* c	-0,64** d	0,19 c,d
Склонность к негативным эмоциям / нейротизм NEGE	0,09	0,47* a	-0,34 a	0,51**	0,34	0,03
Интроверсия / низкий уровень позитивных эмоций INTR	-0,01 a	0,76** a,b	-0,10 b	0,22	0,58*	0,17

Деморализованность RCd	0,18	0,44	-0,01	0,56** c,d	0,01 c	0,02 d
Низкий уровень позитивных эмоций RC2	-0,08 a	0,72** a,b	0,01 b	0,07	0,30	0,12
Антисоциальное поведение RC4	0,40* a	-0,26 a	-0,06	-0,18	-0,13	-0,01
Идеи преследования RC6	0,22	0,49* a	-0,20 a	0,25	0,13	0,06
Дисфункциональные негативные эмоции RC7	0,07	0,46 a	-0,31 a	0,41*	0,17	0,03

Примечания. * – уровень значимости корреляций $p < 0,05$, ** – уровень значимости корреляций $p < 0,01$. Буквами a,b,c,d помечены различия между корреляциями в разных группах, значимость которых $p < 0,05$. В каждой строке те коэффициенты, возле которых стоят одинаковые буквы, различаются.

Личностные особенности репрезентации болезни при различных психических расстройствах

Шизофрения и шизотипическое расстройство

При шизофрении и шизотипическом расстройстве более высокий профиль по большинству клинических шкал ММРІ-2 связан с представлениями о болезни как более длительной, чего не отмечается в двух других клинических группах (табл. 1). Анализ содержательных и дополнительных шкал показывает, что оценка болезни при шизофрении как более длительной сопряжена также с субъективно более негативными эмоциональными переживаниями (тревога, низкий уровень позитивных эмоций, нейротизм, признаки посттравматического стрессового расстройства), а также недовольством различными аспектами жизни (переживанием социального дискомфорта, нарушением адаптации в учебном заведении, нарушения работоспособности). Поскольку средняя оценка длительности болезни у этих пациентов не отличается от оценки при аффективных расстройствах и нарушениях адаптации, закономерно предположить, что при шизофрении и шизотипическом расстройстве в формировании субъективных ожиданий по поводу продолжительности болезни большую роль играют наличие сопутствующих негативных эмоциональных симптомов, присутствие которых как признак болезни нельзя игнорировать, а также признание нарушений общения, функционирования или адаптации.

Уверенность, что заболевание будет «возвращаться», у этих пациентов дополнительно связана с социальным дискомфортом и низким уровнем позитивных эмоций, что, однако, выглядит логичным в рамках описанной выше картины в отношении представлений о цикличности при шизофрении и аффективных расстройствах.

При шизофрении и шизотипическом расстройстве пациенты более склонны оценивать последствия заболевания негативно при высоких показателях по шкалам ипохондрии, истерии, психастении, обсессивности, беспокойства о здоровье и социального дискомфорта и низких показателях по шкалам силы Эго и маскулинной гендерной роли, а также по шкалам депрессии, социальной интроверсии, тревоги, посттравматического расстройства и соматических жалоб ($r = 0,50-0,64$), хотя последние корреляции не отличаются значимо от более слабых связей в двух других группах (табл. 2).

При шизофрении и шизотипическом расстройстве как неуверенность в своем контроле, так и неуверенность в лечении сопряжены с широким спектром психопатологических проявлений и личностных особенностей (табл. 3): более высокими баллами по шкалам депрессии, шизофрении, тревоги, низким уровнем позитивных эмоций шкале деморализованности, низкими баллами по шкале доминантности, а также с нарушениями работоспособности, адаптации в учебном заведении, признаками посттравматического расстройства, дистресса в супружеских отношениях, социальным дискомфортом ($r = -0,49 \dots -0,58$).

Эмоциональная реакция на болезнь при шизофрении и шизотипическом расстройстве ярче при более выраженной социальной интроверсии, тревоге, нарушении адаптации в учебном заведении (табл. 5). Кроме того, для них характерны корреляции эмоциональных репрезентаций болезни со шкалами ипохондрии,

психастении, шизофрении, тревоги, обсессивности, отрицательных индикаторов лечения, нарушения работоспособности, посттравматического расстройства, дисфункциональных негативных эмоций ($r = 0,49-0,67$), а также отрицательная корреляция со шкалой силы Эго ($r = -0,50$).

Таблица 2

Различия между корреляциями личностных особенностей и представлений о последствиях, а также понимании болезни при различных психических расстройствах

Шкалы ММРІ-2	Представления о последствиях болезни			Понимание болезни		
	Аффективные расстройства	Шизофрения и шизотипическое расстройство	Нарушения адаптации	Аффективные расстройства	Шизофрения и шизотипическое расстройство	Нарушения адаптации
Ипохондрия Нs с коррекцией	0,05 a	0,69** a,b	0,17 b	-0,31	-0,21	-0,15
Истерия Ну	-0,06 a	0,53* a	0,35	-0,35	-0,31	-0,12
Девиантная психопатия Pd	0,27	-0,07 a	0,61** a	0,00	-0,14	-0,46*
Паранойя Ра	-0,23 a	0,37	0,60** a	0,10	-0,39	-0,38
Психастения Pt с коррекцией	0,23 a	0,71** a	0,33	-0,07	-0,18	-0,41
Обсессивность OBS	0,17 a	0,66** a	0,18	-0,18	-0,34	-0,44*
Беспокойство о здоровье HEA	-0,05 a	0,54* a	0,10	-0,17	-0,28	-0,36
Антисоциальные действия ASP	0,45* a	-0,22 a	-0,06	0,14	-0,20	0,36
Социальный дискомфорт SOD	0,05 a	0,69** a	0,28	0,25	0,04	-0,16
Сила Эго ES	-0,18 a	-0,66** a	-0,13	0,14	0,37	0,20
Аддиктивный потенциал APS	0,08 a	0,20	0,65** a	-0,12	0,13	-0,27
Гендерная роль – маскулинная GM	-0,09 a	-0,61* a	-0,11	-0,19	0,02	0,28
Низкий уровень позитивных эмоций RC2	0,09	0,41	0,36	0,31 c	-0,08	-0,45* c
Цинизм RC3	0,48** a	-0,09 a	0,06	0,12	-0,08	0,09

Примечания. * – уровень значимости корреляций $p < 0,05$, ** – уровень значимости корреляций $p < 0,01$. Буквами a,b,c,d помечены различия между корреляциями в разных группах, значимость которых $p < 0,05$. В каждой строке те коэффициенты, возле которых стоят одинаковые буквы, различаются.

Аффективные расстройства

При аффективных расстройствах оценка своего заболевания как более длительного характерна для пациентов с более выраженной враждебностью и антисоциальным поведением, по результатам ММРІ-2.

В отличие от пациентов с шизофренией и шизотипическим расстройством, при аффективных расстройствах оценка своего заболевания как цикличного дополнительно связана с высокими значениями по шкале девиантной психопатии, содержательным шкалам тревоги, цинизма, нарушения адаптации в учебном заведении. Более негативная оценка последствий заболевания сопряжена с более высоким уровнем цинизма.

При аффективных расстройствах уверенность в своем контроле за болезнью сопряжена с тревогой, цинизмом, враждебностью, аддиктивным потенциалом в целом и возможным алкоголизмом в частности, а также дополнительно связана с цинизмом, антисоциальным поведением ($r = 0,45-0,46$), хотя эти последние две корреляции нельзя признать отличными от связей в других группах. Специфических для этой группы

связей личностных особенностей с уверенностью в эффективности лечения не отмечается.

Таблица 3

Различия между корреляциями личностных особенностей и представлений о контролируемости болезни при различных психических расстройствах

Шкалы MMPI-2	Представления о личном контроле болезни			Представление о контроле лечения		
	Аффективные расстройства	Шизофрения и шизотипическое расстройство	Нарушения адаптации	Аффективные расстройства	Шизофрения и шизотипическое расстройство	Нарушения адаптации
Депрессия D	0,10 a	-0,62** a	-0,22	-0,12 c	-0,57*	-0,63** c
Шизофрения Sc с коррекцией	0,06 a	-0,57* a	-0,11	-0,33	-0,53*	-0,48*
Тревога ANX	0,26	-0,40	-0,23	0,09 c	-0,54* c	-0,41
Нарушения работоспособности WRK	0,15 a	-0,59* a	-0,24	-0,13 c	-0,76** c	-0,40
Тревога A	0,39* a	-0,43 a	-0,11	-0,06 c	-0,64* c	-0,53*
Подавление R	-0,22	-0,67** a	-0,06 a	-0,02	-0,26	-0,36
Доминантность Do	-0,23 a	0,50* a	0,09	0,03 c	0,61** c	0,34
Нарушение адаптации в учебном заведении Mt	0,41* a	-0,38 a	-0,06	-0,05 c	-0,66** c	-0,49*
Посттравматическое стрессовое расстройство (по Кину) Pk	0,13 a	-0,54* a	-0,13	-0,22 c	-0,73** c	-0,49*
Шкала дистресса в супружеских отношениях MDS	0,09 a	-0,55* a	-0,01	-0,30	-0,66**	-0,36
Враждебность Ho	0,42* a	-0,16 a	0,10	0,03	-0,49*	-0,05
Гиперконтролируемая враждебность OH	-0,43* a,b	0,20 a	0,28 b	0,02	0,39	0,40
Интроверсия / низкий уровень позитивных эмоций INTR	-0,06 a	-0,62** a	-0,18	-0,16 c	-0,67** c	-0,52*
Деморализованность RCd	0,33	-0,42	-0,20	-0,08 c	-0,68** c	-0,52*
Низкий уровень позитивных эмоций RC2	0,06 a	-0,60** a	-0,28	-0,28	-0,65**	-0,56**

Примечания. * – уровень значимости корреляций $p < 0,05$, ** – уровень значимости корреляций $p < 0,01$. Буквами a,b,c,d помечены различия между корреляциями в разных группах, значимость которых $p < 0,05$. В каждой строке те коэффициенты, возле которых стоят одинаковые буквы, различаются.

Нарушения адаптации

У пациентов с нарушениями адаптации оценка длительности и цикличности заболевания вообще не связана с личностными особенностями и клинико-психологическими содержательными проявлениями, диагностируемыми при помощи MMPI-2. Последствия болезни для их жизни они склонны считать более негативными при более выраженном аддиктивном потенциале и более высоких баллах по шкалам паранойи и девиантной психопатии.

Чаще говорят о непонимании своей болезни те пациенты с нарушениями адаптации, для которых характерны признаки девиантной психопатии, обсессивности, низкий уровень положительных эмоций, а также нарушения работоспособности ($r = -0,53$) и дисфункциональные негативные эмоции ($r = -0,51$).

При нарушениях адаптации неуверенность в эффективности лечения коррелирует со шкалами депрессии, шизофрении, тревоги, деморализованности, низкого уровня позитивных эмоций, посттравматического расстройства, нарушения адаптации в учебном заведении. Также были выявлены корреляции со шкалами психастении, обсессивности, обеспокоенности здоровьем, которые, однако, не позволяли дифференцировать пациентов этой группы от других клинических групп ($r = -0,56 \dots -0,45$).

При нарушениях адаптации эмоциональная реакция на болезнь коррелирует со шкалами депрессии, беспокойства о здоровье, подавления, нарушения адаптации в учебном заведении, предпочтением фемининной гендерной роли и низким уровнем позитивных эмоций. Кроме того, для этих пациентов характерны связи эмоциональных репрезентаций со шкалами ипохондрии, истерии, девиантной психопатии, психастении, тревоги, обсессивности, соматическими жалобами, дисфункциональными негативными эмоциями ($r = 0,44-0,66$), низким уровнем силы Эго и доминантности ($r = -0,51 \dots -0,46$).

Таблица 4

Различия между корреляциями личностных особенностей и эмоциональных репрезентаций болезни при различных психических расстройствах

Шкалы ММРІ-2	Эмоциональные репрезентации болезни		
	Аффективные расстройства	Шизофрения и шизотипическое расстройство	Нарушения адаптации
Депрессия D	0,34	0,25 a	0,73** a
Социальная интроверсия Si	0,09 a	0,62** a	0,43
Беспокойство о здоровье HEA	0,12 a	0,41	0,66** a
Тревога A	0,08 a	0,58* a	0,40
Подавление R	0,05 a	-0,09 b	0,68** a,b
Нарушение адаптации в учебном заведении Mt	0,14 a	0,53*	0,64** a
Гендерная роль – фемининная GF	0,27	0,04 a	0,63** a
Низкий уровень позитивных эмоций RC2	-0,14 a	0,36	0,57** a

Примечания. * – уровень значимости корреляций $p < 0,05$, ** – уровень значимости корреляций $p < 0,01$. Буквами a,b,c,d помечены различия между корреляциями в разных группах, значимость которых $p < 0,05$. В каждой строке те коэффициенты, возле которых стоят одинаковые буквы, различаются.

Обсуждение результатов

Данная работа исходит из предположения, что в зависимости от заболевания и опыта пациента (симптомов, опыта пребывания в роли больного, опыта лечения) его процесс осмысления болезни (т.е. формирования внутренней картины, или репрезентации, болезни) выдвигает на первый план разные вопросы (например, о временном течении, влиянии на жизнь и т.п.). При этом менее актуальные вопросы не требуют личного опосредствования, глубокой переработки [Зейгарник и др., 1989] и не выступают в качестве действительного источника саморегуляции в ситуации болезни. Как следствие, ответ на них не будет связан с личностными особенностями и проявлениями в жизни пациента. Напротив, более тесные связи с личностными особенностями должны обнаруживаться для тех компонентов репрезентации болезни, формирование которые «запускает» процессы саморегуляции личностного уровня – рефлексии, смыслового связывания и т.п. Разумеется, при психических заболеваниях протекание этих процессов может быть искажено или нарушено в силу когнитивных, эмоциональных и мотивационно-личностных нарушений, однако связи будут по-прежнему проявляться.

Субъективная оценка длительности заболевания в структуре репрезентации болезни при психических заболеваниях. При шизофрении и шизотипическом расстройстве общая выраженность психопатологических личностных особенностей связана с лучшим (т.е. более реалистичным и важным для эффективного лечения при таких заболеваниях) пониманием и признанием того, что болезнь носит затяжной характер. Однако для

вывода о том, что психопатологические черты «способствуют» большей критичности, нет оснований. Более глубокий анализ содержательных и дополнительных шкал скорее указывает, что пациенты с шизофренией и шизотипическим расстройством при оценке длительности своего заболевания в большей степени ориентируются на свое эмоциональное состояние, в первую очередь недостаток устойчивых позитивных эмоций и тревогу, а также нарушения адаптации и социального функционирования. С практической точки зрения можно предполагать, что осознание трудностей, с которыми пациент сталкивается в общении, работе и других жизненных сферах, должно быть одной из задач психологических интервенций при шизофрении, поскольку именно оно для таких пациентов выступает в качестве ключевого фактора признания болезни [Rasskazova, Friedberg, 2016]. Иными словами, такие пациенты говорят о болезни в той мере, в которой замечают нарушения своего качества жизни – эмоционального, социального, бытового, профессионального.

Для пациентов с аффективными расстройствами оценка заболевания как длительного зависит от переживаемой враждебности и антисоциальных проявлений. С одной стороны, враждебность как личностная особенность может быть сопряжена с меньшим доверием другим людям, в том числе врачам, и, как следствие, неверием в возможность быстрой помощи. С другой стороны, возможно, что, сталкиваясь с длительным течением болезни, пациенты реагируют на недостаточный успех в лечении гневом и агрессией.

Субъективная оценка цикличности заболевания в структуре репрезентации болезни при психических заболеваниях. Вопрос о том, возвращается ли болезнь периодически, является важным при аффективных расстройствах, шизофрении и шизотипическом расстройстве. Утвердительный ответ на него чаще сопряжен с эмоциональной нестабильностью, тревогой, признаками обсессивности, отрицанием следования маскулинной гендерной роли, необходимости сдерживать свою враждебность. Более выраженные нарушения работоспособности и отрицательный прогноз лечения также связаны с признанием циклического характера заболевания. Возможно, что эмоциональная нестабильность, навязчивости и тревога, а также выраженные нарушения функционирования в большей степени ставят перед пациентом вопрос о течении заболевания. При шизофрении и шизотипическом расстройстве этот вопрос касается и длительности, и цикличности; более того, как и в отношении принятия решения о длительности заболевания, дополнительными коррелятами представлений о цикличности выступают социальный дискомфорт и низкий уровень позитивных эмоций. При аффективных расстройствах, симптоматика которых легче поддается коррекции, вопрос о цикличности более актуален, нежели вопрос о длительности.

Однако нельзя исключить и обратное направление связи: убеждение в циклическом характере заболевания может вызывать дополнительную тревогу и неуверенность, когда пациент опасается следующего обострения и чувствует себя беспомощным перед ним.

Субъективная оценка последствий заболевания в структуре репрезентации болезни при психических заболеваниях. Хотя оценка последствий болезни, по-видимому, важна для разных пациентов настолько, что требует личностного уровня регуляции, она имеет специфику при разных заболеваниях. При более тяжелых заболеваниях – аффективных расстройствах, шизофрении, шизотипическом расстройстве – пациенты чаще негативно оценивают последствия болезни при больших нарушениях работоспособности и адаптации. При этом при шизофрении и шизотипическом расстройстве на первый план выступает целая серия личностных особенности – с негативной оценкой последствий у них дополнительно связаны признаки ипохондрии, истерии, психастении, обсессивности, тревоги, депрессии, снижения силы Эго и отрицание маскулинных ролей и т.п.

При нарушениях адаптации наличие более грубой симптоматики и риска аддикций сопряжено с более негативной оценкой последствий болезни – возможно, в силу более выраженных нарушений общения, а в некоторых случаях и скрывааемых аддикций (поскольку с шкалой признания аддикций связей у них нет). Иными словами, пациенты с нарушениями адаптации, у которых нет признаков подозрительности и недоверия, психопатических проявлений и склонности к аддикциям, часто не считают свое заболевание опасным с точки зрения его последствий.

Субъективная оценка понимания болезни в структуре репрезентации болезни при психических заболеваниях. Понимание своей болезни, по-видимому, оказывается особенно актуальным при нарушениях адаптации, но не заболеваниях более тяжелого регистра. Причем, по-видимому, именно субъективное непонимание болезни отражает более дисфункциональный личностный паттерн у этих пациентов: о непонимании говорят пациенты с признаками девиантной психопатии, обсессивностью, низким уровнем позитивных эмоций, нарушением работоспособности и дисфункциональными негативными эмоциями. Можно предполагать, что компонент понимания / непонимания болезни в целом более важен для относительно легких

состояний или начала заболевания, когда детерминантой для пациента выступает его эмоциональное и рабочее состояние, а также способность контролировать свои переживания и действия. Сталкиваясь с нарушениями в этих сферах / процессах, пациенты еще не приходят к однозначному выводу о длительном или циклическом заболевании, а скорее испытывают растерянность и сомнения – непонимание того, что происходит.

Субъективная оценка личного контроля и контроля за лечением в структуре репрезентации болезни при психических заболеваниях. Широкий спектр корреляций между неуверенностью в своем контроле и в эффективности лечения с личностными особенностями, который отмечается при шизофрении и шизотипическом расстройстве, отражает, на наш взгляд, неспецифический паттерн, когда ощущение потери контроля является проявлением и/или следствием общей психопатологизации. Подтверждает эту гипотезу корреляция с реструктурированной шкалой деморализованности, которая включает именно пункты, согласие с которыми характерно для самых разных расстройств и специфическим не является [Tellegen et al., 2008].

При аффективных расстройствах ощущение своего контроля характерно, по-видимому, для тех пациентов, чьи аффективные симптомы тесно связаны с аддиктивными и асоциальными проявлениями. Этот результат согласуется с когнитивным подходом [Бек, Фримен, 2002], в соответствии с которым асоциальные проявления, цинизм, враждебность нередко являются защитной реакцией личности, дающей ситуативное ощущение уверенности и контроля.

У пациентов с нарушениями адаптации, как и при шизофрении, неуверенность в лечении сопряжена с широким кругом психопатологических проявлений, а связь со шкалой деморализованности косвенно поддерживает гипотезу о неспецифическом характере корреляций.

Эмоциональность реакции на заболевание в структуре репрезентации болезни при психических заболеваниях. В модели Х.Левенталя вопросу об эмоциональной реакции на болезнь отводится важная роль [Cameron, Jago, 2008], поскольку, протекая параллельно процессам, направленным на совладание с болезнью, процессы, направленные на совладание с переживаниями, могут как подавлять, так и стимулировать первые [Leventhal et al., 2003]. Как при шизофрении и шизотипическом расстройстве, так и при нарушениях адаптации более выраженные эмоциональные переживания в отношении болезни связаны с широким спектром повседневных трудностей и психопатологических феноменов – в первую очередь, депрессией, психастенией, обсессивностью, негативными дисфункциональными эмоциями.

Таким образом, полученные данные согласуются с предположением, что при разных психических заболеваниях различные аспекты репрезентации болезни выступают на первый план и опосредствуются личностными особенностями. Если вопрос о последствиях болезни важен для всех пациентов, вопросы о ее цикличности и возможностях личного контроля важны при шизофрении и шизотипическом расстройстве, а также аффективных расстройствах. Напротив, представления о контроле лечения и эмоциональные репрезентации являются центральными для пациентов с нарушениями адаптации и пациентов с шизофренией, но не пациентов с аффективными расстройствами. Оценка длительности болезни особенно важна для пациентов с шизофренией и шизотипическим расстройством, переживание понимания / непонимания своей болезни – для пациентов с нарушениями адаптации. При шизофрении и шизотипическом расстройстве общая выраженность психопатологических личностных особенностей связана с лучшим признанием того, что болезнь носит затяжной характер, негативно сказывается на жизни пациента, а также ощущением неконтролируемости болезни и бесполезности предлагаемого лечения. При аффективных расстройствах оценка своего заболевания как циклического и уверенность в своем контроле за болезнью связаны с цинизмом, враждебностью, а в некоторых случаях – признаками склонности к аддикциям и асоциального поведения. Пациенты с нарушениями адаптации сообщают о непонимании болезни при выраженной обсессивности, низком уровне положительных эмоций, дисфункциональных негативных эмоциях, признаках девиантной психопатии. Неуверенность в эффективности лечения и эмоциональные реакции на болезнь сопряжены у них с широким неспецифическим кругом психопатологических особенностей.

Финансирование

Исследование выполнено при поддержке гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых, проект МК-2193.2017.6 «Психодиагностика личностных убеждений в норме и патологии».

Литература

Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб.: Питер, 2002.

Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. Практическое руководство. СПб.: Речь, 2011.

Зейгарник Б.В. Опосредование и саморегуляция в норме и патологии. Вестник Московского университета. Сер. 14, Психология, 1981, No. 2, 9–14.

Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С. Саморегуляция поведения в норме и патологии. Психологический журнал, 1989, 10(2), 122–131.

Маричева М.А. Психосоциальная терапия в комплексном лечении больных с первым приступом юношеского эндогенного психоза: дис. ... канд. психол. наук. Москва, 2014.

Николаева В.В. Внутренняя картина болезни при некоторых психических заболеваниях: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Москва, 1970.

Рассказова Е.И. Русскоязычная апробация опросника восприятия болезни Р.Мосс-Моррис и др.: апробация на выборке больных с непсихотическими депрессиями. Вестник Московского университета. Сер. 14, Психология, 2016, No. 1, 123–142.

Рассказова Е.И., Богомаз С.А., Дорфман Л.Я., Леонтьев Д.А., Неяскина Ю.Ю., Сулимина О.В., Четошников Е.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии ММПИ-2. Психологические исследования, 2013, 6(29), 2.

Шаньков Ф. М. Психологические факторы принятия решений относительно лечения у пациентов с психическими расстройствами: дис. ... магистра психологии. Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, 2014.

Шестопалова Л.Ф. Внутренняя картина болезни у больных с депрессивными состояниями различного генеза: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Москва, 1983.

Butcher J.N., Graham J.R., Ben-Porath Y.S., Tellegen A., Dahlstrom W.G., Kaemmer B. MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2): Manual for administration and scoring (2nd ed.). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press, 2001.

Cameron L.D., Jago L. Emotion regulation interventions: a common-sense model approach. British Journal of Health Psychology, 2008, Vol. 13, 215–221.

Freeman D., Dunn G., Garety P., Weinman J., Kuipers E., Fowler D., Jolley S., Bebbington P. Patients' beliefs about the causes, persistence and control of psychotic experiences predict take-up of effective cognitive behaviour therapy for psychosis. Psychological Medicine, 2013, Vol. 43, 269–277.

Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health illness. In: L.D. Cameron, H. Leventhal (Eds.), The self-regulation of health and illness behavior. Routledge: New York, 2003. pp. 42–65.

Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K., Horne R., Cameron L., Buick D. The Illness-Revised Perception Questionnaire (IPQ-R). Psychology and Health, 2002, 17(1), 1–16.

Rasskazova E., Friedberg R. Cognitive behavioral therapy for psychosis prevention and treatment for youth. Current Psychiatry Reviews, 2016, 12(1), 79–87.

Tellegen A., Ben-Porath Y.S., McNulty J.L., Arbisi P.A., Graham J.R., Kaemmer B. The MMPI-2 Restructured Clinical scales: Development, validation, and interpretation. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2008.

Примечания

[1] Вопрос о соотношении понятий «отношение к болезни», «внутренняя картина болезни», «репрезентация к болезни» выходит за рамки данной работы. Мы используем эти понятия в описании концепций, в которых они были предложены (модель отношения к болезни Л.И.Вассермана, культурно-исторический подход в психосоматике В.В.Николаевой, теория саморегуляции в отношении здоровья и болезни Г.Левенталья соответственно). В качестве обобщающего понятия в работе используется понятие «отношение к болезни» в широком смысле. Термин «представления о болезни» носит более узкий характер и относится исключительно к когнитивной составляющей, уровню знаний и представлений.

[2] Автор благодарен проф. Д.А.Леонтьеву за разрешение использовать данные для вторичной обработки.

[3] Мы включили в эту группу органические аффективные расстройства, поскольку предполагали, что психологические проявления их эмоциональных изменений будут схожи с аффективными расстройствами неорганической природы. Исключение больных с диагнозами F06.3, F06.6 не приводит к принципиальному изменению результатов.

[4] Пациенты с выраженными нарушениями мышления и любыми нарушениями, препятствующими пониманию и ответу на вопросы методик, исключались.

Поступила в редакцию 21 ноября 2017 г. Дата публикации: 21 февраля 2018 г.

[Сведения об авторе](#)

Рассказова Елена Игоревна. Кандидат психологических наук, доцент, факультет психологии, Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, ул. Моховая, д. 11, стр. 9, 125009 Москва, Россия; старший научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Каширское шоссе, д. 34, 115522 Москва, Россия.

E-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

[Ссылка для цитирования](#)

Стиль psystudy.ru

Рассказова Е.И. Когнитивная и эмоциональная составляющие репрезентации болезни при психических расстройствах: роль личностных особенностей. Психологические исследования, 2018, 11(57), 7.

<http://psystudy.ru>

Стиль ГОСТ

Рассказова Е.И. Когнитивная и эмоциональная составляющие репрезентации болезни при психических расстройствах: роль личностных особенностей // Психологические исследования. 2018. Т. 11, № 57. С. 7. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

[Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка". Дата обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

Адрес статьи: <http://psystudy.ru/index.php/num/2018v11n57/1528-rasskazova57.html>

[К началу страницы >>](#)