

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ

Clinical lectures

Лекция

УДК 616-052

DOI: 10.14489/lcmp.2023.04.pp.021-029

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ С УРОЛИТИАЗОМ

Л. С. Шевырина, А. А. Шевырин, Д. Г. Почерников

ФГБОУ «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия, shevirina@list.ru; moon-insomnia@mail.ru; urologknn@mail.ru

Статья посвящена изучению внутренней картины болезни у пациентов с уролитиазом. Авторы изучили эмоциональное состояние и особенности реагирования пациентов с мочекаменной болезнью (МКБ) на свое заболевание. В исследовании представлены данные о типах реагирования пациентов на стрессовое состояние в зависимости от особенностей личности больных и течения основного заболевания. Отношение пациента к своему здоровью и факту возникновения заболевания также различны и во многом определяют длительность, течение и прогноз болезни. Личностное значение болезни является одним из компонентов психосоциальной реакции на заболевание, особенности которого также представлены в работе. Большое внимание в статье уделено особенностям психологического портрета урологического больного и эмоциональному состоянию пациентов урологического профиля.

Ключевые слова: уролитиаз, мочекаменная болезнь, внутренняя картина болезни, эмоциональное состояние, тип реагирования на болезнь.

Для цитирования: Шевырина Л. С., Шевырин А. А., Почерников Д. Г. Особенности внутренней картины болезни у лиц с уролитиазом // Лабораторная и клиническая медицина. Фармация. 2023. Т. 3, № 4. С. 21 – 29. DOI: 10.14489/lcmp.2023.04.pp.021-029

Lecture

FEATURES OF THE INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE IN PERSONS WITH UROLITHIASIS

L. S. Shevyrina, A. A. Shevyrin, D. G. Pochernikov

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ivanovo State Medical Academy" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (FSBEI HE IvSMA MOH Russia), Ivanovo, Russia

The article is devoted to the study of internal disease picture in patients with urolithiasis. The authors studied the emotional state and characteristics of the response of patients with urolithiasis to their disease. The study presents data on the types of patient responses to stress depending on the personality characteristics of the patients and the course of the underlying disease. The patient's attitude towards his health and the fact of the occurrence of the disease are also different and largely determine the duration, course and prognosis of disease. The personal significance of disease is one of the components of psychosocial reaction to disease, the features of which are also presented in the work. Much attention is paid in the article to the features of the psychological portrait of a urological patient and the emotional state of urological patients.

Keywords: urolithiasis, picture of disease, emotional state, type of disease response.

For citation: Shevyrina LS, Shevyrin AA, Pochernikov DG. Features of the internal picture of the disease in persons with urolithiasis. *Laboratory and Clinical Medicine. Pharmacy*. 2023;3(4):21-29. (In Russ). DOI: 10.14489/lcmp.2023.04.pp.021-029

Введение

Врачу в своей практике необходимо учитывать не только клинические проявления заболевания, но и личностные особенности пациента: внутреннюю картину болезни, переживание им болезни, возрастные особенности человека, личностный тип отношения к болезни и, исходя из этого, выстраивать коммуникации с больным. У пациентов с одним и тем же заболеванием встречается различная реакция на свою болезнь, на ее течение и на свое собственное выздоровление.

Современные представления о внутренней картине болезни

Внутренняя картина болезни – это возникающий у больного целостный образ своего заболевания, субъективное восприятие человеком своей болезни. Она представляет собой продукт собственной активности пациента, формируется в более или менее развернутых формах при любом заболевании. Внутренняя картина болезни определяет комплекс вторичных психических симптомов заболевания, который в ряде случаев осложняет течение болезни, препятствует успешности лечебных мероприятий и тормозит ход реабилитационного процесса. Она может сама по себе стать источником стойкой инвалидизации пациента [1,2].

На формирование внутренней картины болезни влияют различные факторы: характер заболевания, его острота и темп развития, особенности личности пациента и другие [3]. Большую роль играет тип эмоциональных отношений больного к своей болезни, ее проявлениям и прогнозу. Существует несколько типов таких отношений.

1. Гипонозогностический тип: больные игнорируют свою болезнь, пренебрежительно относятся к лечению. Больной может все знать о своей болезни, о ее прогнозе, но это не вызывает у него эмоций тревоги и беспокойства. У таких больных иногда легко образуется неадекватная (завышенная) модель ожидаемых результатов лечения и «сверхоптимальная» модель полученных результатов лечения.

2. Гипернозогностический тип: у больного имеется преувеличенно яркая эмоциональная окраска переживаний, связанных с болезнью, при этом формируется заниженная модель ожидаемых результатов лечения.

3. Прагматический тип: больной находится в деловом контакте с врачами, стремится к реальной оценке болезни и прогноза, уделяет внимание оптимальной организации лечебных и профилактических мероприятий.

В основе нозогностических эмоциональных отношений лежат особенности структуры личности, обязанные прежде всего воспитанию.

Понятие внутренней картины болезни включает в себя типы личностной реакции больного на заболевание:

1. Содружественная реакция. Эта реакция характерна для лиц с развитым интеллектом. Они как бы с первых дней заболевания становятся «ассистентами» врача, демонстрируя не просто послушание, но и редкую пунктуальность, внимание, доброжелательность. Они доверяют своему лечащему врачу и признательны ему за помощь.

2. Спокойная реакция. Такая реакция характерна для лиц с устойчивыми эмоционально-волевыми процессами. Они пунктуальны, адекватно реагируют на все указания врача, точно выполняют лечебно-оздоровительные мероприятия. Они легко вступают в контакт с медицинским персоналом. Могут иногда не осознавать свою болезнь, что мешает врачу выявить влияние психики на болезнь.

3. Неосознаваемая реакция. Такая реакция, имея патологическую основу, выполняет в ряде случаев роль психологической защиты, и эту форму защиты не всегда следует устранять, особенно при тяжелых заболеваниях с неблагоприятным исходом.

4. Следовая реакция. Больные находятся во власти предубеждений, тенденциозности. С трудом вступают в контакт с лечащим врачом, не придают серьезного значения его указаниям и советам. У них часто возникает конфликт с медицинским персоналом.

5. Паническая реакция. Больные находятся во власти страха, легко внушаемы, часто непоследовательны, лечатся одновременно в разных лечебных учреждениях, как бы проверяя одного врача другим врачом. Их действия неадекватны, ошибочны.

6. Разрушительная реакция. Больные ведут себя неадекватно, неосторожно, игнорируя все указания лечащего врача. Такие лица не желают менять привычный образ жизни, профессиональную нагрузку. Это сопровождается отказом от приема лекарств, от стационарного лечения. Последствия такой реакции бывают часто неблагоприятными [4].

Во многом исход заболевания и результат лечебных манипуляций будет зависеть от отношения самого пациента к своему заболеванию. Существует несколько типов отношения пациента к болезни:

– гармонический – правильная, трезвая оценка состояния, нежелание обременять других тяготами ухода за собой;

- эргопатический – «уход от болезни в работу», желание сохранить работоспособность;
- анозогнозический – активное отбрасывание мысли о болезни;
- тревожный – беспрерывное беспокойство и мнительность;
- ипохондрический – крайняя сосредоточенность на ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочного действия лекарств, процедур;
- неврастенический – поведение по типу «раздражительной слабости». Нетерпеливость и вспышки раздражения на первого встречного (особенно при болях), затем – слезы и раскаяние;
- меланхолический – неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (угроза суицида);
- апатический – полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение процедурам и лечению;
- сенситивный – чувствительный к межличностным отношениям, полон опасений, что окружающие его избегают из-за болезни, боязнь стать обузой;
- эгоцентрический – «уход в болезнь» с выставлением напоказ страданий, требование к себе особого отношения;
- паранойяльный – уверенность, что болезнь является результатом чьего-то умысла, осложнения в лечении являются результатом халатности;
- дисфорический – доминирует мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым [5–7].

При мочекаменной болезни (МКБ) личностные изменения связаны с астенизацией больных – раздражительностью, чувством дискомфорта, общей слабостью, снижением работоспособности. Астеническое состояние, возникающее вследствие нарушения постоянства внутренней среды организма, является фоном, способствующим возникновению гиперестезии по отношению к внутренним органам. Возникающие при этом ощущения больных наряду с преморбидными особенностями личности могут вести к различного рода невротическим расстройствам. Нарушения психических функций выражены нерезко. Среди нарушений психики преобладают невротические депрессивные расстройства, дисфорический оттенок настроения. У больных с наиболее благоприятным течением заболевания и достаточной функцией почек выделен ряд особенностей переживания болезни: преобладание астенических эмоций, интровертированность, сосредоточенность на себе, боязнь хронической почечной недостаточности. Ориентация больных происходит на субъективные

факторы выздоровления: уверенность в выздоровлении, желание выздороветь [8–10].

Цель. Изучить особенности эмоционального состояния и внутренней картины болезни у пациентов с МКБ.

Задачи:

1. Оценить эмоциональное состояние пациентов с МКБ.
2. Выявить особенности личности данной категории больных.
3. Определить тип реагирования больных с уrolитиазом на свое заболевание.

Материалы и методы исследования. Работа выполнялась на базе кафедр психиатрии и урологии ФГБОУ ВО ИвГМА МЗ РФ и урологического отделения для взрослых больных ОБУЗ ОКБ г. Иваново в 2020–2021 гг.

Объектом для исследования были пациенты с МКБ обоих полов. В исследовании приняли участие 100 человек, из них 50 мужчин (50 %) и 50 женщин (50 %). Возраст испытуемых составил от 18 до 82 лет, средний возраст по группе – 50 лет. Длительность заболевания варьировала от одного месяца до двадцати лет.

Выбор методов исследования обусловлен поставленными задачами. Обследование проводилось путем клинической беседы, анкетирования и психологического интервьюирования с применением стандартных психологических методик. Эмоциональное состояние больных оценивалось с помощью теста-опросника CES-D [11] и цветового теста Люшера [12]. Для выявления личностных особенностей пациентов использовался тест Леонгарда – Шмишека [13,14]. Определить тип реагирования больного на свое заболевание позволил Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) [15].

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием современной технологии обработки данных – пакета Statistica for Windows версия 6.0 фирмы StatSoft, Microsoft Excel версия 9.0, с учетом вычислительных методов, рекомендованных для биологии и медицины [16,17].

Результаты и обсуждение

1. Эмоциональное состояние пациентов с мочекаменной болезнью.

1.1. Результаты CES-D теста.

Тест использовался для выявления депрессивного расстройства.

Результаты показали, что среди женщин депрессии не наблюдалось у 45 % обследованных, легкая депрессия была выявлена у 40 % пациентов,

депрессия средней степени тяжести встречалась у 5 % больных и тяжелая депрессия наблюдалась у 10 % опрошенных.

Среди мужчин депрессии не наблюдалось у 75 % обследованных, легкая депрессия встречалась у 20 % больных, депрессия средней степени тяжести не была выявлена, тяжелая депрессия наблюдалась у 5 % респондентов (рис. 1).

Половые особенности нарушений эмоциональной сферы при мочекаменной болезни заключаются в том, что достоверно чаще депрессивные состояния встречались у больных женского пола (55 % у женщин и 25 % у мужчин). Используемый опросник показывает субъективную оценку своего эмоционального состояния и субъективный уровень депрессии. Из данных рисунка очевидно, что сами пациенты вполне позитивно оценивают свое эмоциональное состояние. В подавляющем большинстве наблюдений депрессия отсутствует, в случае же ее выявления чаще всего она является легкой по степени выраженности.

1.2. Результаты цветового теста Люшера.

Методика предназначалась для выявления состояния пациента как исходного уровня социально-психологического стресса. При исследовании эмоционального состояния больных с мочекаменной болезнью были получены следующие результаты.

При анализе данных метода цветовых выборов значение уровня тревоги среди женщин составляло 4,15 баллов, что является показателем средней степени выраженности.

При выборе цветов чаще всего на первой позиции оказывались 5 (фиолетовый) и 0 (серый) цвета. При этом наблюдалась почти одинаковая структура предпочтений: четырнадцать испытуе-

мых называют 5-ый цвет и восемнадцать испытуемых называют 0-ой цвет наиболее приятным, что составляет 14 и 28 %, 18 и 36 % соответственно от общего объема выборки по группе. Выбор 5-го и 0-го цвета на первую позицию говорит о негативных тенденциях: тревожность, стресс, переживание страха, огорчения. Значение этих цветов в наибольшей степени определяется их взаимным расположением. Серый цвет (как отсутствие цвета) трактуется в качестве разделяющего и отгораживающего признака. Фиолетовый цвет представляет собой смешение красного и синего. Предпочтение фиолетового цвета свойственно лицам эмоционально и физиологически неустойчивыми, у которых выражена потребность в ярких впечатлениях (табл. 1).

На последней позиции наиболее часто оказывался 7-ой (черный) цвет – выявлен у двадцати пяти испытуемых (25; 56 %). Это означает подавление какой-либо потребности, мотива, настроения, отражаемого данным цветом. Также на последней позиции оказались и основные цвета: 4-ый цвет – восемь человек (8; 16 %), 3-ий цвет – шесть человек (6; 12 %), 2-ой цвет – четыре человека (4; 8 %), что означает наличие у испытуемых какого-либо конфликта, тревожности, стресса.

При сочетании серого цвета на первой позиции и черного на последней позиции (18; 36 % пациентов) выявляется тенденция, говорящая о весьма негативном состоянии, обиде, чувстве угнетенности, вероятности неадекватных реакций у обследуемых. При сочетании фиолетового цвета на первой позиции и черного на последней позиции (14; 28 % больных) определяется негативное состояние у обследуемых.

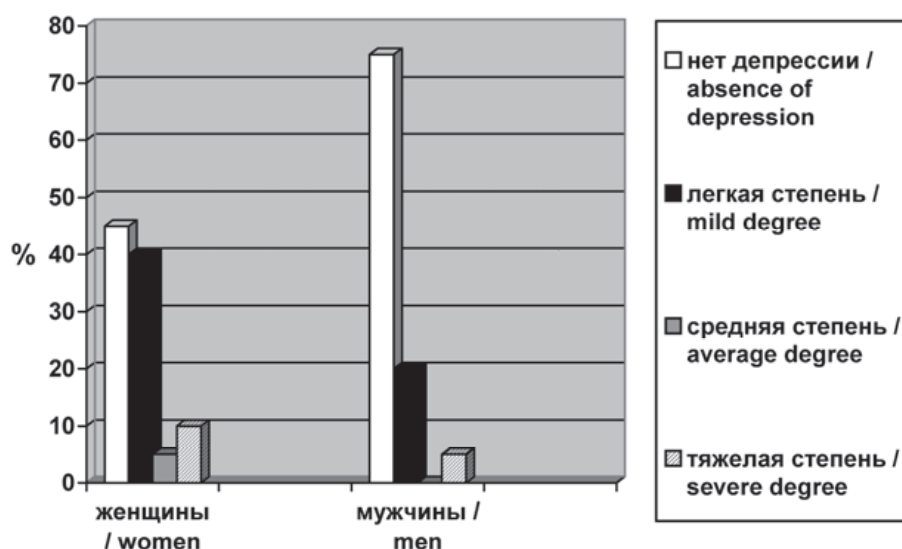


Рис. 1. Уровень депрессии у пациентов с мочекаменной болезнью

Fig. 1. Level of depression in patients with urolithiasis

Таблица 1 / Table 1

Частота выбора цветов на первую и последнюю позицию среди женщин
Frequency of choice of colors in first and last position among women

Цвет / Color	1 Синий / Blue	2 Зеленый / Green	3 Красный / Red	4 Желтый / Yellow	5 Фиолетовый / Purple	6 Коричневый / Brown	7 Черный / Black	0 Серый / Grey
Первая позиция, чел. / First position, persons	6	6	3	3	14	0	0	18
Последняя позиция, чел. / Last position, persons	0	4	6	8	0	4	28	0

Среди мужчин результаты цветового теста выявили средние по выраженности значения уровня тревоги, равные 3,45 баллов.

При выборе цветов чаще всего на первой позиции оказывались 4-ый (желтый) и 0-ой (серый) цвета. При этом наблюдалась следующая структура предпочтений: двенадцать (12; 24 %) испытуемых называли 0-ой цвет и десять испытуемых (10; 20 %) называли 4-ый цвет наиболее приятным. Выбор 4-го цвета на первую позицию свидетельствует о следующих тенденциях: потребность в перспективе, в общении, эмоциональная неустойчивость, зависимость от средовых воздействий, тенденция к избеганию ответственности. Выбор 0-го цвета на первую позицию говорит о негативных тенденциях: тревожность, стресс, переживание страха, огорчение. Значение этих цветов в наибольшей степени определяется их взаимным расположением. Серый (как отсутствие цвета) трактуется как разделяющий, отгораживающий признак (табл. 2).

На последней позиции наиболее часто оказывался 7-ой (черный) цвет – встречался у двадцати восьми (28; 56 %) пациентов. Это означает подавление какой-либо потребности, мотива, настроения, отражаемого данным цветом. Также на последней позиции оказались и основные цвета: 4-ый цвет – выявлен у четырех человек (4; 8 %), 3-ий цвет встречался у шести человек (6; 12 %), 1-ый цвет – у четырех человек (4; 8 %), что означает наличие какого-либо конфликта, тревожности, стресса.

Сочетание серого цвета на первой позиции и черного на последней позиции у двенадцати (12; 24%) больных говорит о негативном состоянии, обиде, чувстве угнетенности, вероятности неадекватных реакций у обследуемых. Сочетание желтого цвета на первой позиции и черного цвета на последней позиции у десяти (10; 20 %) говорит о негативном настроении, стремлении уйти от любых проблем, склонности к неадекватным решениям у обследуемых.

Таблица 2 / Table 2

Частота выбора цветов на первую и последнюю позицию среди мужчин
Frequency of choice of colors in first and last position among men

Цвет / Color	1 Синий / Blue	2 Зеленый / Green	3 Красный / Red	4 Желтый / Yellow	5 Фиолетовый / Purple	6 Коричневый / Brown	7 Черный / Black	0 Серый / Grey
Первая позиция, чел. / First position, persons	5	3	5	10	7	5	3	12
Последняя позиция, чел. / Last position, persons	4	0	6	4	0	0	28	8

2. Личностные особенности пациентов с мочекаменной болезнью.

2.1. Результаты теста Леонгарда – Шмишека.

Тест использовался для выявления у пациентов акцентуаций личности.

Среди женщин выявлены следующие преобладающие акцентуации личности: эмотивная – у девяти человек (9; 18 %), дистимическая – у пяти больных (5; 10 %), возбудимая – у трех пациентов (3; 6 %), педантичная – у трех обследуемых (3; 6 %) и циклотимическая – у трех больных (3; 6 %).

Среди мужчин выявлены следующие акцентуации личности: эмотивная – в девяти случаях (9; 18 %), возбудимая – у трех человек (3; 6 %), гипертимическая – у трех пациентов (3; 6 %), демонстративная – у трех больных (3; 6 %), неуравновешенная – у трех человек (3; 6 %) и дистимическая – у трех человек (3; 6 %).

Наиболее часто встречающимся вариантом акцентуаций личности как у женщин, так и у мужчин был эмотивный (18; 18 % наблюдений). Для таких больных характерны эмоциональность, чувствительность, тревожность. Наиболее выраженными чертами таких пациентов являются гуманность, сопереживание, мягкосердечность. Они впечатлительны, редко вступают в конфликты, жизненные события воспринимают серьезнее, чем другие.

Второй по распространенности акцентуацией была дистимическая (10 % наблюдений у женщин и 6 % у мужчин). Люди этого типа отличаются серьезностью, даже подавленностью настроения, медлительностью, слабостью волевых усилий. Для них характерны пессимистическое отношение к будущему, заниженная самооценка, а также низкая контактность. Такие пациенты обладают замедленностью мышления.

Средними показателями по частоте встречаемости у пациентов с МКБ характеризовался возбудимый тип акцентуации личности (по 6 % случаев у мужчин и женщин). Для них характерна повышенная импульсивность, грубость, недостаточная управляемость. У больных отмечается низкая контактность, раздражительность, вспыльчивость. Таким людям свойственны равнодушие к будущему, нежелание работать. Повышенная импульсивность или возникающая реакция возбуждения с трудом гасятся и могут быть опасны для окружающих.

3. Особенности реагирования пациентов с мочекаменной болезнью на свое заболевание.

3.1. Результаты теста ЛОБИ.

Данный тест использовался с целью диагностики типов отношения к болезни у пациентов с уролитиазом.

Результаты показали, что у шести (6; 12 %) женщин диагностировался гармоничный тип отношения к болезни. Наиболее частым вариантом реагирования на свое заболевание являлся тревожный тип, который характерен для семи женщин (7; 15 %). Для него типичны постоянное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Больными осуществляется поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах лечения.

Апатический, неврастенический, обсессивно-фобический, сенситивный, эргопатический тип диагностировался у пяти (5; 10 %) пациенток каждый. Паранойяльный тип встречался у пяти (5; 7 %) женщин. Ипохондрический, эйфорический, анозогнозический – у двух пациентов для каждого типа (2; 5 %); эгоцентрический тип диагностировался у одной (1; 1 %) женщины (рис. 2).

Среди мужчин у четырех (4; 9 %) диагностировался гармоничный тип отношения к болезни. Наиболее часто встречались сенситивный и паранойяльный типы (по 8; 14 %). Для сенситивного отношения к болезни характерна чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения об этой болезни. У больных наблюдаются опасения, что окружающие станут их избегать, считать неполноценными, пренебрежительно или с опаской относиться. При паранойяльном типе у пациента существует уверенность, что болезнь – это результат чьего-то злого умысла. Для него характерна крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Наблюдается стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей (рис. 3).

Эгоцентрический и анозогнозический типы диагностировались у шести (6; 11 %) случаев каждый. Апатический, неврастенический, тревожный типы были выявлены соответственно у четырех (4; 9 %) мужчин каждый. Ипохондрический вариант реакции на болезнь наблюдался у трех (3; 7 %) случаев, обсессивно-фобический – у двух (2; 5 %) пациентов, эргопатический – у одного (1; 2 %). Эйфорический тип отношения к заболеванию выявлен не был ни в одном из случаев.

Изучение личностных особенностей пациентов с МКБ выявило наиболее часто встречающиеся

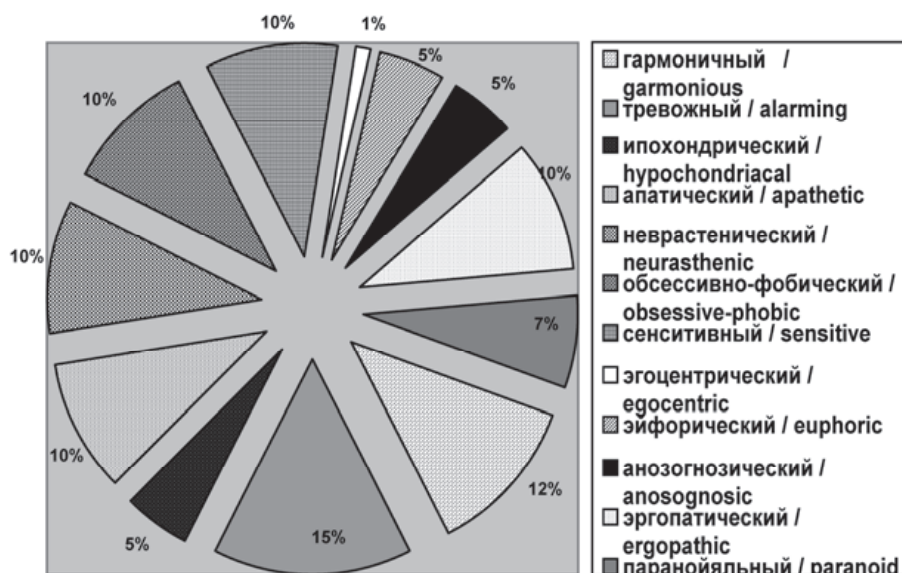


Рис. 2. Типы отношения к болезни среди женщин

Fig. 2. Types of attitudes towards illness among women

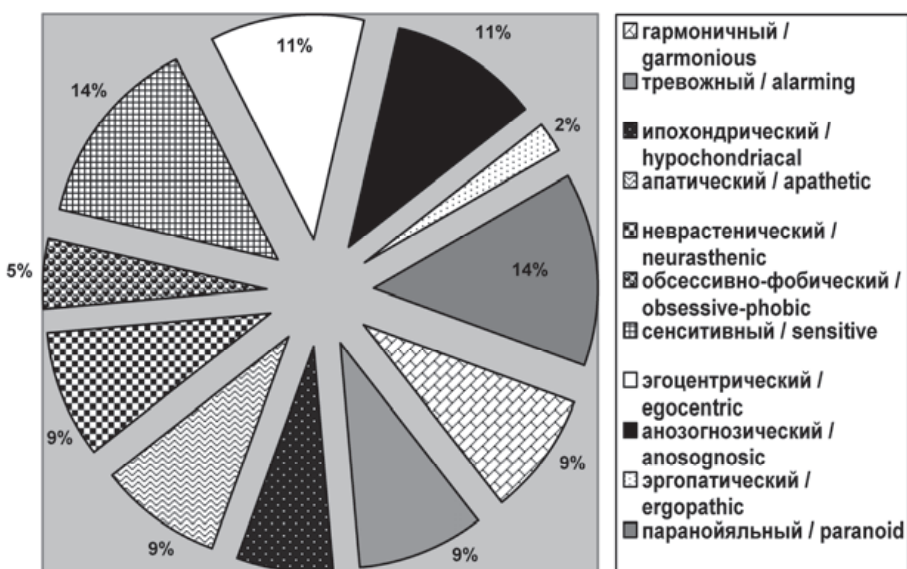


Рис. 3. Типы отношения к болезни среди мужчин

Fig. 3. Types of attitudes towards illness among men

варианты акцентуаций личности: эмотивный (характеризующийся эмоциональностью, тревожностью), дистимический (характеризующийся подавленностью, медлительностью, слабостью) и возбудимый тип (характеризующийся импульсивностью, грубостью, недостаточной управляемостью).

Особенности реагирования больного на заболевание заключались в отношении пациента к болезни. У женщин самым распространенным типом был тревожный, у мужчин – сенситивный и паранойяльный. Реже диагностировались апатический, неврастенический, обсессивно-фобический, sensi-

тивный, эргопатический типы реагирования у пациентов женского пола; эгоцентрический и анозогнозический – у больных мужского пола.

Выводы

Эмоциональное состояние пациентов с мочекаменной болезнью характеризуется преобладанием отрицательных эмоций: наличием депрессии разной степени выраженности и присутствием тревоги среднего уровня.

Особенности психологического портрета больных с уролитиазом заключаются в преоблада-

нии эмотивного, дистимического и возбудимого типов акцентуации личности, что должно определять тип взаимоотношений врача с пациентом.

Самыми распространенными типами реагирования больных с уролитиазом на свое заболевание являются: тревожный вариант у женщин, сенситивный и паранойяльный у мужчин.

Таким образом, лечение мочекаменной болезни необходимо осуществлять с учетом наличия депрессивных переживаний пациентов совместно с психотерапевтическим сопровождением. Стиль общения врач–пациент должен быть построен с учетом личностных особенностей больного. В ряде случаев в комплекс консервативного лечения уролитиаза целесообразно включать антидепрессанты и анксиолитики.

Список литературы

1. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.; 1973. 264 с.
2. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М.; 1977. 112 с.
3. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.; 2002. 287 с.
4. Александер Ф. Психосоматическая медицина. М.: Геппус; 2003. 350 с.
5. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков и опыт его практического применения. Л., 1976. 57 с.
6. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. СПб.; 2009. 256 с.
7. Lipowski Z.J. Psychosocial reactions to physical illness // *Can Med Assoc J.* 1983. Vol. 128, N9. P. 1069–1072.
8. Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций: учеб. пособие. М., 1998. 263 с.
9. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. СПб., 1999. 519 с.
10. Шевырин А.А., Стрельников А.И., Калачева Т. А. Особенности консервативной терапии уролитиаза в амбулаторных условиях // *Вестник Ивановской медицинской академии.* 2014. Т.19, №4. С. 81–82.
11. Андриященко А.В., Дробижев М.Д., Добровольский А. В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS в диагностике депрессий общемедицинской практики // *Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова.* 2003. №5. С. 11–18.
12. Собчик Л.Н. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера: МИВ-метод цветовых выборов. СПб.: Речь; 2002. 112 с.

13. Лупьян Я.А. Барьеры общения, конфликты, стресс... Ростов н/Д.; 1991. 224 с.

14. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. СПб., 2005. 31 с.

15. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. СПб.; 2009. 256 с.

16. Гублер Е.В. Информатика в патологии, клинической медицине и педиатрии. Л.: Медицина; 1990. 176 с.

17. Гельман В.Я. Медицинская информатика. СПб.: Питер; 2001. 480 с.

References

1. Luria AR. *Fundamentals of neuropsychology.* M.: 1973; 264 p. (In Russ).
2. Luria AR. *Internal picture of the disease and iatrogenic diseases.* M.: 1977; 112 p. (In Russ).
3. Tkhostov ASH. *Psychology of physicality.* M.: 2002; 287 p. (In Russ).
4. Alexander F. *Psychosomatic medicine.* M.: 2003; 350 p. (In Russ).
5. Lichko AE, Ivanov NYa. *Pathocharacterological diagnostic questionnaire for adolescents and experience of its practical application.* L.: 1976; 57 p. (In Russ).
6. Lichko AE. *Psychopathy and character accentuations in adolescents.* StP.: 2009; 256 p. (In Russ).
7. Lipowski ZJ. *Psychosocial reactions to physical illness.* *Can Med Assoc J.* 1983;128(9):1069-1072.
8. Burlachuk LF, Korzhova EYu. *Psychology of life situations:* Textbook. M.: 1998; 263 p. (In Russ).
9. Burlachuk LF, Morozov SM. *Dictionary-reference book on psychodiagnostics.* StP.: 1999; 519 p. (In Russ).
10. Shevyrin AA, Strelnikov AI, Kalacheva TA. Features of conservative treatment of urolithiasis in outpatient settings. *Bulletin of the Ivanovo Medical Academy.* 2014;19(4):81-82. (In Russ).
11. Andryushchenko AV, Drobizhev MD, Dobrovolsky AV. Comparative assessment of the CES-D, BDI and HADS scales in the diagnosis of depression in general medical practice. *Journal of Neurology and Psychiatry named after Korsakov.* 2003;5:11-18. (In Russ).
12. Sobchik LN. *Modified eight-color Luscher test: MIV-method of color selections.* StP.: 2002; 112 p. (In Russ).
13. Lupyay YaA. *Communication barriers, conflicts, stress...* Rostov: 1991; 224 p. (In Russ).
14. Wasserman LI, Iovlev BV, Karpova EB. *Psychological diagnostics of attitude towards illness: a manual for doctors.* StP.: 2005; 31 p. (In Russ).
15. Lichko AE. *Psychopathy and character accentuations in adolescents.* StP.: 2009; 256 p. (In Russ).
16. Gubler EV. *Informatics in pathology, clinical medicine and pediatrics.* L.: 1990; 176 p. (In Russ).
17. Gelman VYa. *Medical informatics.* StP.: 2001; 480 p. (In Russ).

Поступила в редакцию / Received 22.09.2023

Принята к публикации / Accepted 09.11.2023

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Financing. The study was conducted without sponsorship.

Вклад авторов.

Шевырина Л. С. – планирование исследования, анализ литературы, интерпретация и анализ данных, подготовка черновика рукописи, подготовка финального варианта статьи.

Шевырин А. А. – анализ литературы, сбор, анализ и интерпретация данных, подготовка черновика рукописи, подготовка финального варианта статьи;

Почерников Д. Г. – сбор, анализ и интерпретация данных, подготовка черновика рукописи, подготовка финального варианта статьи.

Authors' contributions.

Shevyrina L. S. – research planning, literature analysis, data interpretation and analysis, preparation of a draft manuscript, preparation of the final version of the article.

Shevyrin A. A. – literature analysis, data collection, analysis and interpretation, preparation of a draft manuscript, preparation of the final version of the article.

Pochernikov D. G. – data interpretation, preparation of a draft manuscript, preparation of the final version of the article.

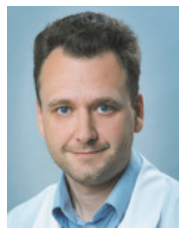
Сведения об авторах / Information about authors



Людмила Сергеевна Шевырина – канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия.

Ludmila S. Shevyrina – MD, PhD, Associate Professor Department Psychiatry, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ivanovo State Medical Academy" of the Ministry of Healthcare, Ivanovo, Russia.

E-mail: shevirina@list.ru. **SPIN РИНЦ:** 1213-6044



Алексей Александрович Шевырин – канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии и урологии ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия.

Alexey A. Shevyrin – MD, PhD, Associate Professor Department of Faculty Surgery and Urology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ivanovo State Medical Academy" of the Ministry of Healthcare, Ivanovo, Russia.

E-mail: moon-insomnia@mail.ru

ORCID: 0000-0002-4592-3795



Денис Геннадиевич Почерников – канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии и урологии ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия.

Denis G. Pochernikov – MD, PhD, Associate Professor Department of Faculty Surgery and Urology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ivanovo State Medical Academy" of the Ministry of Healthcare, Ivanovo, Russia.

E-mail: urologkmn@mail.ru. **SPIN РИНЦ:** 3490-8453

ORCID: 0000-0002-8944-7524