

6. Self-stigma, stigma coping and functioning in remitted bipolar disorder / C.H. Au, C.S.M. Wong, C.W. Law [et al.] // *Gen Hosp Psychiatry*. - 2019. - Vol.57. - P.7-12.
7. Relationship between personality traits and perceived internalized stigma in bipolar patients and their treatment partners / A. Bassimnia, J. Briggs, I. Kopeykina [et al.] // *Psychiatry Res*. - 2015. - Vol. 230. - P.436-440.
8. Bhattacharyya, D. Relationship between stigma, self-esteem, and quality of life in euthymic patients of bipolar disorder: a cross-sectional study / D. Bhattacharyya, A. Yadav, A.K. Dwivedi // *J Mar Med Soc*. - 2019. - Vol.21. - P.145.
9. Childhood adversities are different in schizophrenic spectrum disorders, bipolar disorder and major depressive disorder / A. Bruni, E.A. Carbone, V. Pugliese [et al.] // *BMC Psychiatry*. - 2018. - Vol.18(1). - P. 391.
10. Richardson, G. E. The Metatheory of Resilience and Resiliency / G. E. Richardson // *Journal of Clinical Psychology*. - 2002. - Vol. 58. - P. 307-21.
11. Mixed-methods analysis of internalized stigma correlates in poorly adherent individuals with bipolar disorder / M. Howland, J. Levin, C. Blixen [et al.] // *Compr Psychiatry*. - 2016. - Vol.70. - P.174-80.
12. Bipolar disorder and self-stigma: a comparison with schizophrenia / M. Karidi, D. Vassilopoulou, E. Savvidou [et al.] // *J Affect Disord*. - 2015. - Vol. 184. - P. 209-15.
13. 'It's something that I manage but it is not who I am': reflections on internalized stigma in individuals with bipolar disorder / E. Michalak, J.D. Livingston, R. Hole [et al.] // *Chronic Illn*. - 2011. - Vol.3. - P.209-24.
14. Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder / C. Cerit, A. Filizer, Ü. Tural, A.E. Tufan // *Compr Psychiatry*. - 2012. - Vol.53. - P. 484-9.
15. Nilsson, K.K. Characteristics, correlates and outcomes of perceived stigmatization in bipolar disorder patients / K.K. Nilsson, P. Kugathasan, K.N. Straarup // *J Affect Disord*. - 2016. - Vol.194. - P.196-201.
16. Mileva, V.R. Effects, experiences, and impact of stigma on patients with bipolar disorder / V.R. Mileva, G.H. Vázquez, R. Milev // *Neuropsychiatr Dis Treat*. - 2013. - Vol.9. - P.31-40.
17. Credible, centralized, safe, and stigma-free: What youth with bipolar disorder want when seeking health information online / K. Noack, N.B. Elliott, E. Canas [et al.] // *UBC Medical Journal*. - 2016. - Vol.8, №1.
18. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: the GAMIAN-Europe study / E. Brohan, D. Gauci, N. Sartorius, G. Thornicroft, G. E. S. G. // *J Affect Disord*. - 2011. - Vol. 129. - P. 56-63.
19. Park, S. Family stigma: a concept analysis / S. Park, K.S. Park // *Asian Nurs Res*. 2014. - Vol. 8. - P.165-171.
20. Quality of life in stabilized outpatients with bipolar I disorder: associations with resilience, internalized stigma, and residual symptoms / F. Post, S. Pardeller, B. Frajo-Apor [et al.] // *J Affect Disord*. - 2018. - Vol. 238. - P. 399-404.

Сведения об авторах

М. Константинову – студент

Д.М.У. Морилло – студент

К.П. Дик – ассистент кафедры

Information about the authors

M. Constantinou - Student

D.M.U. Morillo - Student

K. P. Dik - Department Assistant

Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

danielamorilloh@hotmail.com

УДК: 616.34

ВОСПРИЯТИЕ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТАМИ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Мушкарёв Даниил Русланович, Тряпицин Михаил Андреевич, Данилушкин Даниил Владимирович, Эпова Марина Александровна, Сатлыкова Елизавета Аликовна, Иванова Валерия Владимировна, Байба Алина Андреевна, Жабборова Гульрухпари Акмаловна, Козионова Ксения Юрьевна, Симушина Софья Алексеевна

Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии

Кафедра инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. В настоящее время, важность понимания взаимосвязи личности и болезни настолько очевидна, что она стала центральной проблемой целого ряда биологических, медицинских, психологических и социальных наук. Это свидетельствует о необходимости учитывать при любом заболевании не только соматические факторы, безусловно, являющиеся ведущими в терапевтической клинике, но и факторы психические, психологические. Несмотря на важность данной проблемы, психологические аспекты инфекционных заболеваний кишечника оказываются малоизученными. **Цель исследования** – определение содержательных характеристик восприятия болезни пациентами с инфекционными кишечными заболеваниями. **Материал и**

методы. Проведено комплексное клинико-психолого-психиатрическое исследование 32 пациентов мужского и женского пола с инфекционными заболеваниями кишечника на базе инфекционного отделения ГАУЗ СО «Городская клиническая больница № 40». Батарея методов исследования включала общеклинический метод, опросник эмоционального реагирования на болезнь, краткий опросник восприятия болезни, ТОБОЛ – тест отношения к болезни, ТАШ (Торонтская алекситимическая шкала), интегративный тест тревожности, опросник стиля саморегуляции и поведения в болезни. **Результаты.** Большинство пациентов с инфекционными заболеваниями кишечника воспринимают свою болезнь как относительно опасную для жизни. Однако выражают опасения, что в дальнейшем могут возникнуть осложнения, вплоть до колоректального рака. Для большинства пациентов характерен высокий уровень осознанного отношения к болезни, установка на сотрудничество с врачами и медицинским персоналом. Об этом свидетельствует характерный для 50 % пациентов эргопатический тип отношения к болезни. В то же время почти у половины пациентов, независимо от пола и возраста, выявлены эмоциональные и когнитивные нарушения, характерные для гипернозогнозии, препятствующие эффективному лечению и внебольничной реабилитации. **Выводы.** Для лечения и успешной адаптации к жизни пациентов с инфекционными заболеваниями кишечника необходимо использовать междисциплинарный подход, где помимо врача-инфекциониста в лечебный процесс включен медицинский психолог или психотерапевт.

Ключевые слова: восприятие болезни, пациенты инфекционного отделения, инфекционные заболевания кишечника, мотивация на выздоровление.

PERCEPTION OF THE DISEASE BY PATIENTS WITH INFECTIOUS BOWEL DISEASES

Mushkarov Daniil Ruslanovich, Tryapitsin Mikhail Andreevich, Danilushkin Daniil Vladimirovich, Epova Marina Alexandrovna, Satlykova Elizaveta Alikovna, Ivanova Valeria Vladimirovna, Baiba Alina Andreevna, Jabborova Gulrukhpari Akmalovna, Kozionova Ksenia Yurievna, Simushina Sofia Alekseevna

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Narcology

Ural State Medical University

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. At present, the importance of understanding the relationship between personality and disease is so obvious that it has become a central problem in a number of biological, medical, psychological and social sciences. This indicates the need to take into account in any disease not only somatic factors, which are undoubtedly leading in the therapeutic clinic, but also mental and psychological factors. Despite the importance of this problem, the psychological aspects of infectious intestinal diseases are poorly studied. **The aim of the study** is to determine the content characteristics of the perception of the disease by patients with infectious intestinal disease. **Material and methods.** A comprehensive clinical, psychological and psychiatric study of 32 male and female patients with infectious intestinal diseases carried out based on the infectious diseases department of the City Clinical Hospital No 40. The battery of research methods included the general clinical method, the questionnaire of emotional response to the disease, the brief questionnaire of the perception of the disease, the TOBOL test of attitude to the disease, TAS (Toronto Alexithymic Scale), the integrative test of anxiety, the questionnaire of the style of self-regulation and behavior in the disease. **Results.** Most patients with infectious bowel diseases perceive their disease as relatively life threatening. However, they express fears that complications may arise in the future, up to colorectal cancer. Most patients characterized by a high level of conscious attitude to the disease, an attitude towards cooperation with doctors and medical personnel. This evidenced by the ergopathic type of attitude to the disease characteristic of 50% of patients. At the same time, almost half of the patients, regardless of gender and age, have emotional and cognitive disorders characteristic of hypernosognosia, which prevent effective treatment and out-of-hospital rehabilitation. **Conclusions.** For the treatment and successful adaptation to life of patients with infectious bowel diseases, it is necessary to use an interdisciplinary approach, where, in addition to an infectious disease doctor, a medical psychologist or psychotherapist is included in the treatment process.

Keywords: perception of the disease, patients of the infectious diseases department, infectious diseases of the intestine, motivation for recovery.

ВВЕДЕНИЕ

В клинической психологии под термином «восприятие болезни» понимаются когнитивные и эмоциональные представления о симптомах болезни. В теоретическом плане восприятие болезни используется для описания саморегуляции здоровья и болезни [1]. Иными словами, восприятие болезни играет решающую роль в активности самого пациента, направленной на преодоление болезни как «жизненного кризиса» (Выготский Л.С.).

Актуальность исследования восприятия болезни пациентами с инфекционными заболеваниями кишечника обусловлена комплексом социальных, клинических и психологических проблем, как с самим заболеванием, так и с последствиями его для психики человека.

Авторы фундаментального научного обзора указывают на ведущую роль инфекционных заболеваний кишечника в развитии нейродегенеративных расстройств, таких, как болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, болезнь Хантингтона и множественная системная атрофия (МСА). Учитывая, что заболеваемость этими болезнями существенно увеличивается с возрастом, ожидается, что число случаев будет продолжать расти в ближайшем будущем из-за увеличения продолжительности жизни во многих странах [2].

По данным Роспотребнадзора, имеющимся в открытой печати, в 2023 году экономический ущерб от 34 инфекционных болезней в России составил около 1 трлн руб. Больше всего из этих средств (98,91%) было потрачено на лечение десяти заболеваний: ОРВИ (острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации), COVID-19, ветряная оспа, острые кишечные инфекции, грипп, ротавирусная инфекция, укусы животными, инфекционный мононуклеоз, коклюш.

Очевидно, что экономический, социальный, клинический и психологический аспекты проблемы распространенности, лечения и предупреждения инфекционных болезней кишечника, а также их последствий, требуют проведения глубоких научных исследований и их теоретического обобщения. В то же время, важным является решение отдельных научно-исследовательских задач, направленных на детальное изучение каждого из этих аспектов.

В ракурсах клиничко-психологического знания особую важность приобретает анализ восприятие инфекционной болезни пациентами. В связи с эффектом общего психологического воздействия и представлений о масштабе болезни, изменяющей привычный стереотип жизни, пациенты формируют субъективное отношение к новой ситуации, которое носит название «внутренней картины болезни» – ВКБ (Р.А. Лурия) [3].

При манифестации любого соматического заболевания у больного возникают психологически понятные реакции – переживания тревоги и страха, связанных с неопределенностью как течения самой болезни, так и ее последствий для человека. Если больной в состоянии рационализировать собственные переживания, его поведение в болезни (отношение к обследованию, к назначениям, изменение привычного стереотипа поведения, установки на преодоление болезни и т.д.) носит адекватный характер, в противном случае формируется патологическая ВКБ. Рациональное отношение к болезни обуславливает наиболее успешный терапевтический процесс и эффективную реабилитацию. В случае, когда восприятие болезни принимает патологический характер, у пациента формируются неблагоприятные неадаптивные варианты: ипохондрический (с уходом в болезнь) или патологического отрицания болезни (эйфорическое отрицание симптомов болезни) [4].

Патологическая внутренняя картина болезни (ВКБ) является психологически дезорганизующим фактором поведения пациента, причиной формирования психогенных психических расстройств, которые проявляются в форме тревожных, тревожно-депрессивных и невротических, соматоформных расстройств. Аномальные реакции, развившиеся на фоне соматического заболевания, – это болезненные состояния психики, которые дополняют, усложняют, а нередко и искажают клиническую картину соматической болезни [5].

Таким образом, при формировании патологического отношения к болезни, ее искаженного восприятия, имеет место целый спектр психических реакций: от преходящих, психологически понятных до психопатологических расстройств, носящих характер завершенных болезненных состояний, оказывающих существенное влияние как на субъективное состояние пациента, так и на объективные закономерности течения болезни.

В Клинических рекомендациях 2021 года, разработанных Российской гастроэнтерологической ассоциацией, указывается не только медикаментозное лечение, но и

психотерапевтические воздействия. В связи с чем объясняется потребность в усовершенствовании психологической диагностики и лечебного процесса пациентов с инфекционными заболеваниями [6].

Цель исследования – определение содержательных характеристик восприятия болезни пациентами с инфекционными кишечными заболеваниями.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено одномоментное поперечное исследование 32 пациентов с инфекционными заболеваниями кишечника на базе инфекционного отделения ГАУЗ СО «Городская клиническая больница № 40». Средний возраст пациентов $\pm$ SD $36,3 \pm 9,3$. Из них – 18 пациентов мужского пола и 14 пациентов женского пола. Социальная занятость пациентов: 30 пациентов трудоустроены в государственных и частных структурах; 2 пациента официально не работают (один пациент является студентом вуза).

Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом УГМУ (выписка из протокола №7 от 20.11.2024).

В исследовании использованы общеклинический метод и психодиагностические методы: методика ТОБОЛ («Тип отношения к болезни»); методика ССПМ («Шкала оценки стиля саморегуляции и поведения»), выявляющая различные аспекты индивидуальной саморегуляции; ТАШ («Торонтская алекситимическая шкала»), методика, описывающая когнитивно-аффективные особенности пациентов; опросник когнитивных представлений о болезни (Illness Cognition Questionnaire) измеряющий базисные конструкты, отражающие процесс когнитивной переоценки стрессора в преодолении негативных последствий болезни; интегративный тест тревожности (ИТТ), предназначенная для экспресс диагностики тревоги и тревожности.

Статистический анализ: нормальность распределения данных оценивалась с помощью критерия Шапиро-Уилка, при исследовании различий между непрерывными переменными применялся U-критерий Манна-Уитни. Во всех расчетах статистическая значимость была установлена на уровне $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анамнестические сведения. Только 4 пациента (12,5 %) из обследованной выборки поступают в инфекционное отделение повторно. Другие 28 пациентов (87,5 %) находятся в стационаре с инфекционным заболеванием кишечника впервые.

Исследование по методике ТОБОЛ выявило, что для 13 пациентов (41,0 %) преобладающими типами отношения к болезни (самыми высокими точками профиля) являются гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни изолированно или в их сочетании. При таких типах отношения к болезни психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. Несмотря на снижение критичности к своему состоянию (анозогнозический тип) и поведенческие нарушения (эргопатический тип), выраженные явления психической дезадаптации у этих больных отсутствуют [7]. В этой группе оказались, в основном, обследуемые с высшим образованием, имеющие устойчивый социально-профессиональный статус, занимающие должности руководителей среднего звена.

Для 11 пациентов (35,0 %) характерны типы отношения к болезни (изолированно или в сочетании) такие, как тревожный, ипохондрический, неврастенический, апатический. Для этих типов характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации. Эмоционально-аффективная сфера отношений у таких больных проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь, «капитуляции» перед заболеванием. В эту группу вошли пациенты, которые поступили в отделение повторно. Основная категория в данной группе – женщины, в возрасте от 38 до 45 лет.

Менее распространенными в обследуемой группе 8 пациентов (24,0 %) оказались типы отношения к болезни: эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных. Больные с этими типами отношения к болезни характеризуются сенсibilизированным, по сути дезадаптированным отношением к болезни. Больные стесняются своего заболевания перед окружающими, «используют» его для достижения определенных целей, строят паранойяльного характера концепции относительно причин своего заболевания и его хронического течения, проявляют гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге.

Исходя из представленного распределения пациентов по типу отношения к болезни, необходимо предусмотреть различные варианты установления с ними комплаенса, влияющего на успешность их лечения и реабилитации.

Анализ данных по ИТТ (интегративный тест тревожности) показал, что низкий уровень ситуационной тревожности, связанной с болезнью и пребыванием в инфекционном стационаре, характерен для 18 пациентов (57,0 %). У этих пациентов отмечается относительно стабильное эмоциональное состояние, готовность сотрудничать с врачом и другим медицинским персоналом для достижения положительного эффекта в лечении и полноценной реабилитации. У остальных 14 пациентов (43,0 %) имеется выраженный астенический компонент: снижение энергетического потенциала, тревожная оценка перспектив (пессимистичный взгляд на будущее), пониженный уровень социальной защиты, повышенная усталость, снижение работоспособности и недостаток социальной поддержки. В то же время выявлен повышенный уровень личностной тревожности у 23 пациентов (73,0) свидетельствующий об их устойчивой предрасположенности к тревоге и характерной тенденции воспринимать широкий «веер» ситуаций, как угрожающих, отвечая на каждую из них спонтанной аффективной реакцией.

По результатам опросника когнитивных представлений о болезни (ICQ) можно утверждать, что 22 пациента (70,0 %) испытывают стресс, связанный с диагнозом и нахождением в инфекционном отделении, склонны к негативному восприятию болезни, ощущают утрату контроля над ней, указывают на трудности адаптации к состоянию болезни. Такие больные наряду с лечением основного заболевания, нуждаются в психологической поддержке и психотерапевтической помощи. В то время как 10 пациентов (30,0 %) проявляют достаточную степень адаптации к своему заболеванию, пребыванию в больнице и демонстрируют способность справляться со стрессом, вызванным болезнью. Для этих пациентов характерен высоко адаптивный подход к заболеванию, они показывают высокий уровень индивидуальной саморегуляции (по методике ССПМ – шкала оценки стиля саморегуляции и поведения), включающий навыки планирования, моделирования, программирования, оценки результатов, а также показатели развития регуляторно-личностных свойств - гибкости и самостоятельности. что положительно сказывается на их физическом и психическом состоянии.

По шкале ТАШ (Торонтская алекситимическая шкала) у 8 пациентов – 7 пациентов женского пола и 1 – мужского пола (25,0 %) выявлен средний уровень алекситимии, характерный для пациентов с высокой степенью невротичности и не зависит от пола и возраста. Такие пациенты испытывают трудности в понимании и вербализации чувств, настойчиво стремятся привлечь врача к своим физическим ощущениям, не придавая значение или отрицая неблагополучие в эмоциональной сфере, у них снижена способность к выражению своих собственных переживаний и эмоционального состояния окружающих. У двух пациентов (0,6 %) выявлен высокий уровень алекситимии, который предполагает глобальное торможение аффектов и, минуя психическую переработку, из-за сниженной способности символизировать и фантазировать, непосредственно воздействует на соматику с

неблагоприятными последствиями, благодаря усилению физиологических реакций на стрессовую ситуацию, вызванную инфекционным заболеванием кишечника.

ОБСУЖДЕНИЕ

Исследованные психологические факторы, влияющие на восприятие пациентами инфекционного заболевания кишечника, позволяют утверждать, что существует связь психологических особенностей с симптомами болезни, ее течением и реабилитацией. Состояние психического здоровья пациента влияет на формирование и поддержание стойкой ремиссии, что свидетельствует не только о медикаментозном лечении, но и о психологической поддержке. Восприятие болезни важно для пациентов с инфекционными заболеваниями кишечника, поскольку, как показано выше, оно является актуальным стрессором, который испытывает «адаптационные ресурсы организма» [1]. Вместе с тем, нельзя не согласиться с авторами, которые утверждают, что продолжает оставаться необходимость в продолжении исследований по данной теме [4,6].

В исследовании отчетливо выделены три группы среди пациентов с инфекционными заболеваниями кишечника. Первая группа является наибольшей (41,0 % выборки) и может быть обозначена как наиболее «благополучная» с психологической точки зрения. Для пациентов этой группы характерна позитивная мотивация на преодоление болезни, отношение к ней, как временной ситуации, меняющей жизненные планы, но не нарушающей ценностно-смысловые установки жизнедеятельности в целом. Благодаря развитому, у большинства из них (73,0 %) механизму саморегуляции, пациенты способны рационализировать отношение к болезни, строить планы на будущее вне зависимости от внезапно возникшей «соматической проблемы». Пациенты показывают низкий уровень как ситуативной, так и личностной тревожности, не склонны впадать в отчаяние или панику. В связи с невыраженностью алекситимии, они достаточно конкретно обозначают для врача соматические жалобы, а также их динамику. Пациенты данной группы имеют хороший прогноз реабилитации инфекционного заболевания и минимальную вероятность развития нейродегенеративных заболеваний в будущем [1].

Для второй группы обследуемых пациентов данной выборки (35,0 %) характерна тенденция развития тревожно-фобического варианта невротического синдрома, обусловленная трудностями рационализировать свое заболевание. Ведущим механизмом невротического развития является усложнение реагирования на соматическое заболевание с включением склонного к «застываниям» (Овсянников С.А., Цыганков Б.Д., 2001) центрального звена, определяющего клинический вариант ипохондрической личности. Для пациентов характерен высокий уровень как ситуативной, так и личностной тревоги. Они высказывают страхи и тревожные опасения по поводу своего нездоровья и невозможности полной социальной реабилитации. Это сочетается с обостренным самонаблюдением, гипертрофированной угрожающих здоровью последствий заболевания. Преобладание истероипохондрических расстройств, особенно при отсутствии социальной поддержки, выражается демонстративностью поведения, при существенном снижении адекватно представить врачу действительно имеющие место соматические жалобы в связи с когнитивно-аффективными особенностями страдающего алекситимией. Все это приводит к формированию «замкнутой цепи»: ухудшение соматического состояния провоцирует астеноипохондрические реакции с вегетосоматическими симптомами, что вновь приводит к кишечной декомпенсации и способствует ипохондрическому развитию личности. Таким образом, выраженная психическая дезадаптация оказывает негативное влияние на лечение основного заболевания.

Третья группа пациентов с инфекционными заболеваниями кишечника составляет 24,0 % от обследуемой выборки. Для пациентов этой группы характерно осознание происшедших патологических изменений в деятельности организма, однако оно сопровождается не тревогой и страхом, а стремлением к преодолению недуга с чувством недоумения и обиды на

окружающих. Больные задают себе вопрос, как это могло произойти с ними. При этом, они стремятся найти необычные способы переломить ход болезни, вступают в споры с врачами и другим медицинским персоналом. Пациенты агрессивны, их агрессия носит гетероагрессивный характер и направлена, как на медицинский персонал, так и на ближайшее социальное окружение. Благодаря таким особенностям восприятия болезни, пациенты этой группы искусственно затягивают процесс лечения.

ВЫВОДЫ

1. Восприятие болезни пациентами с инфекционными заболеваниями кишечника решающим образом влияет на формирование внутренней картины болезни (ВКБ), преимущественно на ее когнитивный и мотивационный компоненты, от которых зависит как успешность лечения и реабилитации, так и вероятность установления отношений комплаенса.

2. Почти 2/3 обследованных пациентов инфекционного отделения имеют проблемы аффективного спектра – тревожные и депрессивные, связанные с негативным восприятием болезни и отсутствием перспектив ее преодоления, что свидетельствует о необходимости оказания им психологической и психотерапевтической помощи.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Абросимов И.Н. – 2023 – Т. 17 – № 4. – С. 116.
2. Литвиненко И.В., Лобзин В.Ю., Пушкарёв В.А., Скрипченко Н.В. Инфекционная гипотеза нейродегенеративных заболеваний. Что может ждать нас после пандемии COVID-19? Российский неврологический журнал. – 2022. – Т.27(3). – С.64
3. Тхостов, А.Ш. Психология телесности /А.Ш. Тхостов. М.: Смысл. – 2002. – 287 с.
4. Ромасенко, Л.В. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике: диагностика, терапия /Л.В. Ромасенко. М.: Умный доктор. – 2016. – 112 с.
5. Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов /Под редакцией В.В. Николаевой. – М.: Академический Проект, 2009. – 311 с.
6. Огарев, В.В., Сирота Н.А., Князев О.В. [и др.] Восприятие болезни пациентами с воспалительными заболеваниями кишечника //Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2023. Т. 11, № 2 (41). С. 165–174.
7. Беребин, М.А. Клиническая (экспертная) парадигма как основа нового типа методик клинической (медицинской) психодиагностики // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Коллективная монография. – М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016. – С. 23–38.

Сведения об авторах

Д.Р. Мушкарёв* – ординатор
М.А. Тряпицын – ординатор
Д.В. Данилушкин – ассистент кафедры
М.А. Эпова – ординатор
Е.А. Сатлыкова – ординатор
В.В. Иванова – ординатор
А.А. Байба – студент
Г.А. Жабборова – студент
К.Ю. Козионова – студент
С.А. Симушина – студент

Information about the authors

D.R. Mushkarov* – Postgraduate student
M.A. Tryapitsin – Postgraduate student
D.V. Danilushkin – Department Assistant
M.A. Epova – Postgraduate student
E.A. Satlykova – Postgraduate student
V.V. Ivanova – Postgraduate student
A.A. Baiba – Student
G.A. Jabborova – Student
K.Y. Kozionova – Student
S.A. Simushina – Student

* Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

mushkarov.danil@mail.ru