



**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ**

Пособие для врачей

Санкт-Петербург
2005

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический
институт им.В.М.Бехтерева

УТВЕРЖДАЮ

Председатель психиатрической секции
Ученого Совета МЗ РФ

Академик РАМН **Б. Дмитриева**



**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ**

Пособие для врачей

Санкт-Петербург
2005

Авторы-составители: доктор мед. наук, профессор Л.И.Вассерман, ведущий научный сотрудник, канд. мед. наук Б.В.Иовлев, старший научный сотрудник, канд. психол. наук Э.Б.Карпова, математик-программист А.Я.Вукс.

Пособие содержит усовершенствованный вариант оригинального психодиагностического теста для оценки личностного реагирования на болезнь и правила работы с ним. Методика может использоваться в клинике хронических соматических, неврологических и нейрохирургических заболеваний при пограничных нервно-психических расстройствах и в наркологии для изучения отношения к болезни в динамике стационарного, амбулаторного, санаторно-курортного лечения и реабилитации больных.

Пособие предназначено для врачей-психиатров, психотерапевтов, наркологов, терапевтов, хирургов и врачей др. профиля, а также психологов, работающих в различных лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения.

Переиздание пособия возможно только с разрешения института и авторов разработки

© Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева

ВВЕДЕНИЕ

Современная медицина характеризуется внедрением идей и методов медицинской психологии в клинику соматических заболеваний. Этот процесс во многом обусловлен развитием реабилитационного направления, одним из самых важных принципов которого является личностный подход. В концепции реабилитации больной наряду с врачом выступает в лечебном и реабилитационном процессе как субъект. Поэтому особенности личности больного, его позиция по отношению к своему заболеванию и лечению, а также к врачам и другому медицинскому персоналу становятся существенно важными факторами успешности его реабилитации. При соматических заболеваниях, как правило, всегда налицо, по выражению К.К.Платонова, "сложные кольцевые зависимости психического и соматического по типу круга, а в ряде случаев, порочного круга", с взаимным переходом психогении в соматогению и наоборот. Помочь больному выйти из такого "порочного круга" могут психофармакологические и психотерапевтические воздействия на его психику "с целью устранения болезненных симптомов, изменения отношения к своему заболеванию, к себе и окружающей среде" /Рожнов В.Е., Либих С.С., 1979/.

Психотерапия больных с соматическими расстройствами направлена на изменение неадекватных реакций на болезнь, создание у больных реалистических установок на лечение, восстановление внутрисемейных и более широких социальных связей и, тем самым, способствует не только улучшению состояния больных, но и профилактике рецидивов заболевания. Достижение этих психотерапевтических целей возможно только при изменении отношения к болезни.

В качестве теоретической основы медико-психологических исследований, проводимых в связи с задачами психотерапии, в отечественной психологии используется концепция В.Н.Мясищева, согласно которой личность рассматривается как система отношений.

Для медицинской психологии одним из важнейших отношений в личностной структуре больного является отношение к болезни. Рассмотрение этого отношения с позиций концепции В.Н.Мясищева представляется весьма конструктивным, так как позволяет обобщенно отразить психологическое содержание таких понятий, как "внутренняя картина болезни", "переживание болезни", "реакция личности на болезнь", "сознание болезни" и др. /Краснушкин Е.К., 1950; Лурия Р.А., 1957; Рохлин Л.Л., 1957/, в рамках которых в настоящее время и происходит обсуждение проблемы «личность – болезнь».

В концепции В.Н.Мясищева психологический анализ предполагает рассмотрение отношения в трех смысловых ракурсах. Такое рассмотрение основано на представлении о трех компонентах отношения: эмоционального, поведенческого и когнитивного. В соответствии с этим эмоциональный компонент отношения к болезни отражает весь спектр

чувств, обусловленных болезнью, а также те эмоциональные переживания, которые возникают в ситуациях, связанных с болезнью. Мотивационно-поведенческий компонент отражает выработку определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью (принятие "роли" больного, активная борьба с болезнью, игнорирование заболевания, пессимистические установки и пр.), а также связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней. Когнитивный компонент отражает знание о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на жизненное функционирование больного, предполагаемый прогноз. Таким образом, психологический анализ отношения к болезни, проводимый в этих смысловых ракурсах, и позволяет описать все основные психические феномены в личности больного, связанные с его заболеванием.

Большинство авторов выделяют, по крайней мере, три фактора, влияющих на формирование отношения к болезни: 1) преморбидные особенности личности; 2) природа самого заболевания; 3) социально-психологические факторы.

Рассмотрение отношения к болезни с позиций психологии отношений по самой своей сути включает анализ всех трех названных выше факторов. Отношение к болезни, как всякое отношение, является индивидуальным, избирательным, сознательным (или способным к осознанию), т.е. отражает индивидуальный, или личностный уровень. Как всякое отношение, оно носит субъективно-объективный характер, является содержательным и не может рассматриваться вне объекта отношений, иными словами, определяется природой самого заболевания. И, наконец, как всякое отношение, отношение к болезни опосредовано существующими в значимом для больного микросоциальном окружении и в обществе в целом представлениями о данном заболевании, о регламентированных в определенной культуре нормах поведения больного, о социальных и социально-психологических последствиях болезни.

Отношение к болезни выделяется как элемент психологического анализа целостной системы отношений и поэтому не может рассматриваться изолированно. Кроме того, отношение больного к своему заболеванию является значимым и, следовательно, оказывает влияние и на другие отношения личности. Таким образом, для всестороннего изучения отношения к болезни необходимо рассматривать его в более широком контексте, учитывая также отношения к тем сферам функционирования личности, на которые может влиять как сам факт заболевания, так и отношение к нему индивида.

Отношение к болезни, как и каждое психологическое отношение, индивидуально и неповторимо. Однако психологический анализ показывает, что отношение конкретного человека, оставаясь уникальным, может быть описано через принадлежность этого отношения к определенным психологическим типам отношений, то есть через выявление сходства с уникальными по своей природе отношениями других людей. Это положение справедливо и для описания отношения к болезни. Типологический подход к описанию психологических отношений позволяет использовать методы научного обобщения для

лаконичной передачи самых существенных сведений об отношении конкретного больного к своей болезни. Это в свою очередь дает возможность практикующему клиническому психологу и лечащему врачу использовать эти сведения для построения психотерапии.

Диагностика таких типов может осуществляться тем же путем, который обычно используется в психиатрии и клинике пограничных состояний, т.е. путем расспроса больного, наблюдения за его поведением, собирания сведений от родных и близких и т.п. Однако, этот путь сложен, особенно при отсутствии клинического психолога, а также при необходимости обследовать большое число больных. В связи с этим возникает потребность в разработке специального медико-психологического диагностического инструмента. Важно, чтобы такой инструмент мог быть использован не только клиническими психологами, но и психотерапевтами, а также врачами-интернистами, не имеющими, как правило, психоневрологической или психотерапевтической подготовки, но стремящимися получить дополнительную информацию о больном с целью повышения эффективности лечения и реабилитации.

Применяемые в соматической клинике экспериментально-психологические методы специально не ориентированы на изучение отношения к болезни. Они, разумеется, в общем плане дают информацию о психологических механизмах формирования, поведенческих проявлениях и эмоциональных аспектах личностных реакций больных, но не решают специальную задачу диагностики типов отношения к болезни и определения особенностей дезадаптации в связи с заболеванием. Это послужило основанием для разработки новой экспериментально-психологической методики, предназначенной для изучения вариантов личностного реагирования на болезнь у больных преимущественно хроническими соматическими заболеваниями.

Такая тестовая методика, направленная на диагностику **типа отношения к болезни** и соответственно названная **ТОБОЛ**, была сконструирована в лаборатории клинической психологии института им. В.М.Бехтерева как модель мышления клинического психолога и (или) психоневролога, потенциально восполняющая недостаток опыта у врачей-интернистов в квалификации психического состояния и личностной диагностики больного при отсутствии клинических психологов и психоневрологов во многих клиниках соматического профиля /Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1987/. Технология разработки опросника и его практического использования были опубликованы в методических рекомендациях в 1987 году.

В настоящих методических рекомендациях излагается новый усовершенствованный вариант этой методики, разработанный в связи с потребностями врачей и клинических психологов, широко использующих психотерапию в комплексе лечебно-восстановительных мероприятий и в процессе подготовки и усовершенствования соответствующих кадров.

ОПИСАНИЕ МЕТОДИКИ

Диагностируемые типы отношения к болезни

Методика ТОБОЛ, как указывалось выше, предназначена для психологической диагностики типов отношения к болезни. При такой диагностике была использована типология отношений к болезни, предложенная А.Е.Личко и Н.Я.Ивановым (1980). Методика позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный.

12 типов отношения к болезни объединены в три блока. При объединении типов в блоки были выбраны два критерия: “адаптивность–дезадаптивность”, которая отражает влияние отношения к болезни на адаптацию личности больного, и “интер–интрапсихическая направленность” дезадаптации (в случае дезадаптивного характера отношения).

Краткие клинико-психологические описания каждого из 12-ти типов отношения к болезни и трех объединяющих их блоков приводятся в приложении 1.

Содержание опросника

Методика ТОБОЛ, построенная в форме опросника, диагностирует тип отношения к болезни на основании информации об отношениях больного к ряду жизненных проблем и ситуаций, потенциально наиболее для него значимых и непосредственно или опосредованно связанных с его заболеванием. Эти отношения больного изучались как 12 подсистем в общей системе отношений личности. Именно эти подсистемы отношений и были положены в основу структурирования содержания методики по 12-ти темам: отношение к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также самооценка самочувствия, настроения, сна и аппетита.

Опросник включает соответственно 12 таблиц-наборов утверждений ("самочувствие", "настроение" и т.д.). Каждый набор в свою очередь содержит от 10 до 16 предлагаемых испытуемому утверждений, составленных на основе клинического опыта группы экспертов. При работе с методикой больному предлагается выбрать два наиболее соответствующих ему утверждений на каждую тему. Каждая таблица-набор содержит также одно дополнительное утверждение: «Ни одно из утверждений мне не подходит». Подобная форма опросника лучше раскрывает систему отношений, чем работа с

опросником, в котором используются ответы "да" или "нет", так как позволяет выявить наиболее значимые характеристики отношения к болезни.

Текст опросника ТОБОЛ приводится в приложении 2.

Правила работы испытуемого с опросником

Испытуемому предлагается в каждой таблице-наборе выбрать 2 наиболее подходящих для него утверждения и обвести кружком номера сделанных выборов в регистрационном листе, образец которого приводится в приложении 3. Если больной не может выбрать два утверждения по какой-либо теме, то он должен отметить последнее утверждение в соответствующей таблице-наборе. Время заполнения регистрационного листа не ограничено. Исследование можно проводить одновременно с небольшой группой испытуемых при условии, что они не будут совещаться друг с другом.

Кроме того, в регистрационный лист заносятся данные о больном в соответствии с практическими и исследовательскими задачами, стоящими перед врачом и клиническим психологом, например: развернутый клинический диагноз и ведущий синдром, длительность заболевания, инвалидность, прогноз заболевания, изменение социального и семейного статуса в связи с заболеванием и др.

Алгоритм диагностики типа отношения к болезни¹

Поскольку основным назначением опросника "Тип отношения к болезни" являлось моделирование деятельности квалифицированного медицинского психолога и психоневролога, в основу разработки диагностического правила были положены представления и методы теории распознавания образов. Диагностическое правило опросника строилось как алгоритм, с определенной точностью воспроизводящий диагностику типов отношения к болезни квалифицированными клиническими психологами и психоневрологами. Именно в связи с этим "обучение" алгоритма проводилось на материале опроса 32 высококвалифицированных экспертов: клинических психологов, психотерапевтов, психоневрологов, психиатров и терапевтов.

Эксперты заполняли опросник, как бы за больных с ярко выраженным типом отношения к болезни, соответственно описанным выше 12-ти типам. Данные протоколов, полученных от экспертов, заполняющих опросник, были подвергнуты статистическому анализу. Для каждого из 12-ти типов отношения к болезни было получено распределение частот, с которыми утверждения опросника выбирались экспертами. На основании этих данных вычислялись диагностические коэффициенты первоначального варианта опросника (1987). Эти диагностические коэффициенты отражали в логарифмическом масштабе

¹ Подробно диагностический алгоритм описан в диссертации Э.Б.Карповой "Разработка и клинико-психологическая апробация методики исследования системы отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями", Л., 1986.

частоту выбора экспертами каждого конкретного утверждения опросника при заполнении опросника “за больного” с заданным типом отношения к болезни. Утверждениям, которые выбирались редко или вовсе не выбирались экспертами, диагностический коэффициент не присваивался и, тем самым, приравнивался нулю. Диагностическими коэффициентами, отличными от нуля, обладали утверждения, диагностически значимые (“зачетные”) для соответствующего типа отношения.

Величины диагностических коэффициентов в первоначальном варианте находились в диапазоне от 1 до 5 баллов. Большей величине диагностического коэффициента соответствовал более согласованный, то есть осуществляемый с большей частотой, выбор экспертами соответствующего утверждения как характерного для диагностируемого типа отношения. Каждое из утверждений опросника могло иметь несколько диагностических коэффициентов, каждый из которых относился к соответствующему типу отношения к болезни.

Совершенствование методики состояло в уточнении диагностических коэффициентов. С этой целью для каждого типа отношения к болезни были отобраны только те утверждения, диагностические коэффициенты которых отличались от нуля, (“зачетные”). Эти утверждения вошли в 12 списков, соответствующих 12-ти типам отношения к болезни.

Для установления более точных диагностических коэффициентов эти списки были предъявлены 28-ми экспертам. Как отмечено выше, первоначальная система диагностических коэффициентов была получена на основе анализа работы экспертов, заполняющих опросник, как это делали бы больные с определенными типами отношений. На новом этапе работы эксперт отталкивался от уже обобщенного опыта первоначальной работы группы экспертов. Перед ним ставилась задача оценить количественно в пятибалльной системе диагностическую значимость каждого “зачетного” утверждения из списка относительно заданного типа отношения к болезни.

Полученные таким образом экспертные оценки были подвергнуты коррекции. Эта коррекция была направлена на учет своеобразия когнитивного стиля каждого эксперта в решении задачи оценки диагностической значимости утверждений опросника. Под когнитивным стилем понимались две индивидуальные особенности эксперта при работе с пятибалльной шкалой: склонность к “систематическому завышению” или “систематическому занижению” даваемых им оценок, и склонность использовать более или менее широкий их диапазон. Первая из этих индивидуальных особенностей эксперта оценивалась средней величиной (M_s) даваемых им оценок (R_s) всех утверждений для всех типов отношения к болезни. Вторая оценивалась величиной стандартного отклонения (s_s) этих оценок (R_s).

Для коррекции этих стилевых особенностей работы эксперта, даваемые им оценки диагностической значимости утверждений, преобразовывались по формуле: $(R_s - M_s)/s_s$, то есть центрировались и нормировались. После такого преобразования оценки всех экспертов получили единое начало отсчета и единый масштаб: средние величины всей совокупности оценок во всех решаемых задачах каждым из экспертов стали равными нулю, а соответствующие стандартные отклонения стали равными единице.

Полученные откорректированные и, тем самым, учитывающие индивидуальные особенности экспертов оценки диагностической значимости для каждого из утверждений и для каждого типа отношения к болезни подверглись усреднению по всей совокупности экспертов.

Эти средние величины экспертных оценок и составили новый уточненный диагностический код, с помощью которого осуществляется диагностика типа отношения к болезни отдельного испытуемого (см. приложение 4).

Протокол испытуемого может быть охарактеризован суммами диагностических коэффициентов, каждая из которых соответствует определенному типу отношения к болезни и может рассматриваться как отдельная шкала. В целом профиль из 12 психодиагностических шкал характеризует совокупность отдельных аспектов многомерного отношения больного к заболеванию и должен интерпретироваться по аналогии с другими психологическими методиками, такими как ММРІ и др.

Помимо развернутой характеристики системы отношений, связанных с заболеванием, важное значение имеет определение целостного типа реагирования на болезнь. Правило диагностики типа отношения к болезни основано на том, что бóльшая величина какой-либо из шкал указывает на бóльшую вероятность принадлежности больного типу, соответствующему этой шкале. Таким образом, тип отношения к болезни может определяться по наивысшему или наивысшим значениям шкал, что и было положено в основу разработки конкретного правила диагностики типа (или типов при их смешении) на основании совокупности шкальных оценок.

Существо диагностического правила сводится к определению шкалы с максимальной оценкой и других шкал, оценки которых находятся в так называемой диагностической зоне, т.е. отстоят от максимальной не более чем на пороговый интервал. Если в диагностической зоне оказывается одна шкала, то диагностируется “чистый” тип, соответствующий этой шкале, если две или три, то “смешанный”, если более трех – “диффузный”. В названии смешанных типов указываются входящие в него шкалы.

Если в диагностическую зону попадает любая из трех шкал – гармоничного, эргопатического или анозогнозического типов – должна быть проведена дополнительная проверка. Так как все эти три типа отношения к болезни, отличаются отсутствием явных нарушений адаптации в связи с заболеванием, то эта проверка заключается в поиске тех

выбранных большим утверждений, которые указывают на выраженное проявление дезадаптации. Такие утверждения, противоречащие по смыслу каждому из трех рассматриваемых типов, отмечены в диагностическом коде знаком (*). Выбор испытуемым любого утверждения со знаком (*) как бы приравнивает шкальную оценку соответствующего типа нулю и тем самым отрицает окончательную диагностику этого типа как “чистого” или входящего в “смешанный”.

Таково общее описание алгоритма диагностики типа отношения к болезни, используемого в методике “ТОБОЛ”.

Валидность разработанной методики обеспечивается тем, что она построена как модель диагностической деятельности психологов и врачей и, тем самым, определяется высоким уровнем валидности клинико-психологической диагностики экспертов, имеющих высокий уровень квалификации. Валидность усовершенствованного варианта методики повысилась по сравнению с первоначальным в результате привлечения к работе новой группы экспертов, которые уточняли диагностические оценки методики, используя обобщенный опыт первой группы экспертов.

На основании вышеизложенного можно полагать, что новый усовершенствованный вариант методики для исследования типов отношений к болезни позволяет увеличить точность их диагностики и может быть использован в работе практических психологов, психоневрологов, врачей-интернистов.

Правила анализа данных опросника

Получение шкальных оценок и их профиля

1. При анализе используется бланк “Результаты обследования”, образец которого приводится в приложении 5.

2. По таблице кода (приложения 4) для каждого отмеченного в регистрационном листе утверждения определяются диагностические коэффициенты, которые заносятся в бланк “Результаты обследования”.

3. Диагностические коэффициенты в каждом из столбцов, соответствующих 12 шкалам типов отношения к болезни, суммируются, значения 12-ти шкальных оценок, заносятся в графу, обозначенную “сумма”.

4. Графически величины шкальных оценок изображают в виде профиля на бланке “Результаты обследования”, где по горизонтали отмечены буквенные символы 12-ти шкал, а по вертикали – числовые значения шкальных оценок.

Числовое выражение правила диагностики типа отношения к болезни

5. Если среди утверждений, выбранных испытуемым, встречается хотя бы одно,

указанное в коде знаком (*), то шкальная величина соответствующего этому знаку типа отношения к болезни (гармоничный, эргопатический, анозогнозический) приравняется нулю, и такой тип не диагностируется.

6. Для диагностики типа находят шкалу (или шкалы) с максимальным значением суммы диагностических коэффициентов и определяют, есть ли в профиле такие шкалы, которые находятся в пределах диагностической зоны – оценки которых отставлены от максимальной в пределах 7 баллов. Если шкала с максимальной оценкой является единственной, и нет других шкал, оценки которых отличаются от максимальной не более чем на 7 баллов, то диагностируют только тип, соответствующий этой шкале.

7. Если в диагностический интервал, равный 7 баллам, помимо шкалы с максимальной оценкой попадают еще одна или две шкалы, то диагностируют смешанный тип, который обозначают соответственно названиям составляющих его шкал.

8. При смешанном типе, если в диагностическую зону наряду с другими шкалами попадает шкала гармоничного типа, то он исключается из рассмотрения как составляющий. Таким образом, гармоничный тип диагностируют только как "чистый", т.е. только в том случае, когда шкала этого типа имеет максимальную оценку и нет других шкал, которые попадают в диагностический интервал.

9. Если в диагностический интервал, равный 7 баллам, попадает более трех шкал, то диагностируют диффузный тип.

Графическое выражение правила диагностики типа отношения к болезни

10. Если среди утверждений, выбранных испытуемым, встречается хотя бы одно, указанное в коде знаком (*), при диагностике типа отношения к болезни необходимо использовать дополнительный профиль, отражающий скорректированные в соответствии с пунктом 5 шкальные оценки гармоничного, эргопатического, анозогнозического типов.

11. Графически правило диагностики сводится к тому, что на профиле выделяют максимальный пик и проводят горизонталь ниже его вершины на 7 баллов. Если эта горизонталь не пересекает ни один из других пиков профиля, то ставят диагноз "чистого" типа (см. приложение 6, рис. 1)

12. Если горизонталь помимо максимального пика пересекает или касается одного или двух пиков профиля, то ставят диагноз смешанного типа (см. приложение 6, рис. 2, 3). Гармоничный тип, согласно пункту 8, не входит составляющим в смешанный тип (см. приложение 6, рис. 4, 5).

13. Если горизонталь пересекает или касается более трех пиков профиля, диагностируют диффузный тип (см. приложение 6, рис. 6)

Интерпретация результатов диагностики с помощью опросника ТОБОЛ

I. Интерпретация диагностированного типа отношения к болезни.

Если диагностируется “чистый” тип отношения к болезни, для раскрытия его психологического содержания используется клинико-психологическое описание соответствующего типа, которое представлено в разделе “Классификация типов отношения к болезни”.

Если диагностируется “смешанный” тип отношения к болезни, интерпретация включает описания типов, являющихся его составляющими, из той же классификации. Целесообразно обращать внимание на характер соотношения между составляющими смешанного типа, который может быть как согласованным (например, неврастенический – дисфорический), так и противоречивым (например, ипохондрический – анозогнозический).

При интерпретации типа реагирования на болезнь следует учитывать содержание выбранных больным утверждений, являющихся “зачетными” по отношению к диагностируемому типу, а также распределение этих утверждений по темам опросника (“самочувствие”, “отношение к лечению”, “отношение к работе” и т.п.).

Дополнительно к раскрытию содержания выбранных испытуемым утверждений, относящихся к диагностируемому типу, необходимо обращать внимание на всю совокупность шкальных оценок, отражающих многомерность отношения к болезни, информация о которых наглядно представлена в профиле шкальных оценок.

II. Интерпретация профиля шкальных оценок.

При интерпретации профиля следует обращать внимание на соотношение шкальных оценок в трех областях, соответствующих трем блокам типов отношения к болезни: типы без выраженных нарушений психической и социальной адаптации; типы с наличием психической дезадаптации, связанной преимущественно с интрапсихической направленностью реагирования на болезнь; типы с наличием психической дезадаптации, связанной преимущественно с интерпсихической направленностью реагирования на болезнь (см. раздел “Классификация типов отношения к болезни”).

Может быть выделен блок (или блоки) с большими оценками входящих в него шкал по сравнению с другими блоками. Это позволяет предполагать, что в личностном реагировании на болезнь доминирует направленность, соответствующая шкалам этого блока.

Если пики шкальных оценок расположены в области одного первого блока, то можно делать вывод о том, что отношение к болезни у больного характеризуется

стремлением преодолеть заболевание, неприятием “роли” больного, сохранением ценностной структуры и активного социального функционирования без отчетливых проявлений психической и социальной дезадаптации.

Если пики шкальных оценок расположены в области второго или третьего блоков, то отношение к болезни у больного с таким профилем шкальных оценок является преимущественно дезадаптивным соответственно с интерпсихической или интрапсихической направленностью.

Следует особо обращать внимание на величину неоткорректированных шкал первого блока (гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы). Если в целом диагностируются типы второго или третьего блоков при высоких показателях по шкалам первого, то это может свидетельствовать о том, что, несмотря на явления психической дезадаптации, больной в своем поведении в существенной степени руководствуется стремлением к сохранению ценностной структуры и активному социальному функционированию.

Кроме того, следует обратить внимание на распределение шкальных оценок внутри каждого блока (при этом необходимо рассматривать неоткорректированные оценки шкал первого блока). Такой содержательный анализ дает возможность более дифференцированно описать многомерное отношение к болезни при рассмотрении этого отношения с позиций внутриблоковой направленности.

Дополнительная содержательная информация для понимания своеобразия отношения к болезни у больного может быть получена при анализе распределения зачетных ответов для шкал по 12-ти отдельным темам опросника или по группам тем, которые могут быть составлены психологом в соответствии с задачами исследования. Например, могут быть объединены темы, связанные с социальным функционированием (“Отношение к родным и близким”, “Отношение к работе”, “Отношение к окружающим”).

При использовании предлагаемого опросника получаемые с его помощью данные рекомендуется рассматривать в контексте данных других экспериментально-психологических методик (опросников, проективных методов и др.).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Классификация типов отношения к болезни

1. Гармоничный (Г) (реалистичный, взвешенный). Оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Стремление облегчить близким тяготы ухода за собой. В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, сосредоточение внимания на своих делах, заботе о близких.

2. Эргопатический (Р) (стенический). “Уход от болезни в работу”. Характерно сверхответственное, подчас одержимое, стеническое отношение к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное, прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу. Стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве.

3. Анозогнозический (З) (эйфорический). Активнее отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни – отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях. Отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления “несерьезных” заболеваний или случайных колебаний самочувствия. В связи с этим нередко характерны отказ от врачебного обследования и лечения, желание “разобраться самому” и “обойтись своими средствами”, надежда на то, что “само все обойдется”. При эйфорическом варианте этого типа – необоснованно повышенное настроение, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Желание продолжать получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающихся на течении болезни.

4. Тревожный (Т) (тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический). Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск “авторитетов”, частая смена лечащего врача. В отличие от ипохондрического типа отношения к болезни, в большей степени выражен интерес к объективным данным (результаты анализов, заключения специалистов), нежели к субъективным ощущениям. Поэтому – предпочтение слушать о проявлениях заболевания у других, а не предъявлять без конца свои жалобы. Настроение тревожное. Как следствие тревоги – угнетенность настроения и психической активности.

При обсессивно-фобическом варианте этого типа – тревожная мнительность, которая, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни; работе, взаимоотношениях с близкими в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

5. Ипохондрический (И). Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них врачам, медперсоналу и окружающим. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, постоянных требований тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур.

6. Неврастенический (Н). Поведение по типу “раздражительной слабости”. Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и угрызениями совести. Неумение и нежелание терпеть болевые ощущения. Нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения. В последующем – критическое отношение к своим поступкам и необдуманном словам, просьбы о прощении.

7. Меланхолический (М) (витально-тоскливый). Сверхдуроченность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Сомнение в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

8. Апатический (А). Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало. Вялость и апатия в поведении, деятельности и межличностных отношениях.

9. Сенситивный (С). Чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и даже избегать общения с больным. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим. Колебания настроения, связанные, главным образом, с межличностными контактами.

10. Эгоцентрический (Э) (истероидный). “Принятие” болезни и поиски выгод в связи с болезнью. Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью вызвать сочувствие и полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы о себе в ущерб другим делам и заботам, полное невнимание к близким. Разговоры окружающих быстро переводятся “на себя”. Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются как “конкуренты”, отношение к ним – неприязненное. Постоянное желание показать другим свою исключительность в отношении болезни, непохожесть на других. Эмоциональная нестабильность и непрогнозируемость.

11. Паранойяльный (П). Уверенность, что болезнь – результат внешних причин, чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность и настороженность к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злomu умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

12. Дисфорический (Д) (агрессивный). Доминирует гневливо-мрачное, озлобленное настроение, постоянный угрюмый и недовольный вид. Зависть и ненависть к здоровым, включая родных и близких. Вспышки озлобленности со склонностью винить в своей болезни других. Требование особого внимания к себе и подозрительность к процедурам и лечению. Агрессивное, подчас деспотическое отношение к близким, требование во всем угождать.

Типы отношения к болезни были объединены по трем блокам.

Первый блок включает гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. При гармоничном типе реагирования больные, адекватно оценивая свое состояние, активно участвуют в лечении заболевания, соблюдают назначенный врачом режим, и в то же время характеризуются стремлением преодолеть заболевание, неприятием “роли” больного, сохранением ценностной структуры и активного социального функционирования. Кроме гармоничного типа реагирования, в первый блок включены эргопатический и анозогнозический типы. Для больных с этими типами отношения к болезни характерно: снижение критичности к своему состоянию, преуменьшение “значения” заболевания вплоть до полного его вытеснения, иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, “уходом” в работу, отрицанием подчас факта заболевания. Однако выраженные явления психической

дезадаптации у этих больных отсутствуют, что позволило условно включить их в один блок с гармоничным типом.

Во второй и третий блоки включены типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием и различающиеся преимущественно интрапсихической или интерпсихической направленностью реагирования на болезнь.

Второй блок включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных с этими типами реагирования. Эмоционально-аффективная сфера отношений у таких больных проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, “уходом” в болезнь, отказе от борьбы – “капитуляции” перед заболеванием и т.п.

В третий блок вошли сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации больных. Больные с этими типами отношения к болезни характеризуются таким сенсibilизированным отношением к болезни, которое, вероятно, в наибольшей степени зависит от преморбидных особенностей личности. Такое сенсibilизированное отношение к болезни проявляется дезадаптивным поведением больных: они 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.

Текст опросника ТОБОЛ**1. Самочувствие**

С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие	1
Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил	2
Дурное самочувствие я стараюсь перебороть	3
Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим	4
У меня почти всегда что-нибудь болит	5
Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений	6
Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей	7
Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания	8
Мое самочувствие вполне удовлетворительно	9
С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски	10
Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие	11
Ни одно из определений мне не подходит	12

2. Настроение

Как правило, настроение у меня очень хорошее	1
Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным	2
У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем	3
Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти	4
Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение	5
Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия	6
У меня стало совершенно безразличное настроение	7
У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим	8
У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев	9
Малейшие неприятности сильно огорчают меня	10
Из-за болезни у меня все время тревожное настроение	11
Ни одно из определений мне не подходит	12

3. Сон и пробуждение ото сна

Проснувшись, я сразу заставляю себя встать	1
Утро для меня – самое тяжелое время суток	2
Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть	3
Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем	4

Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко	5
С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером	6
У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения	7
Утром я встаю бодрым и энергичным	8
Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать	9
По ночам у меня бывают приступы страха	10
С утра я чувствую полное безразличие ко всему	11
По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни	12
Во сне мне видятся всякие болезни	13
Ни одно из определений мне не подходит	14

4. Аппетит и отношение к еде

Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях	1
У меня хороший аппетит	2
У меня плохой аппетит	3
Я люблю сытно поесть	4
Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде	5
Мне легко можно испортить аппетит	6
Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность	7
Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье	8
Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал	9
Еда не доставляет мне никакого удовольствия	10
Ни одно из определений мне не подходит	11

5. Отношение к болезни

Моя болезнь меня пугает	1
Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет	2
Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью	3
Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня	4
Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью	5
Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет	6
Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей	7
Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают	8
Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше	9
Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи	10
Я здоров, и болезни меня не беспокоят	11

Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания	12
Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым	13
Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда	14
Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни	15
Ни одно из определений мне не подходит	16

6. Отношение к лечению

Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать	1
Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением	2
Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы избавиться от болезни	3
Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным	4
Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь	5
Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию	6
Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных	7
Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей	8
Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить	9
Считаю, что меня лечат неправильно	10
Я ни в каком лечении не нуждаюсь	11
Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое	12
Я избегаю говорить о лечении с другими людьми	13
Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения	14
Ни одно из определений мне не подходит	15

7. Отношение к врачам и медперсоналу

Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному	1
Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность	2
Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей	3
Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат	4
Мне все равно, кто и как меня лечит	5

Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения	6
Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь	7
Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения	8
С большим уважением я отношусь к медицинской профессии	9
Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности	10
Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом	11
Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь	12
Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время	13
Ни одно из определений мне не подходит	14

8. Отношение к родным и близким

Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня	1
Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения	2
Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного	3
Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды	4
Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям	5
Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие	6
Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими	7
Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных	8
Из-за болезни я стал в тягость близким	9
Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь	10
Я считаю, что заболел из-за моих родных	11
Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни	12
Ни одно из определений мне не подходит	13

9. Отношение к работе (учебе)

Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)	1
Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)	2
Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной.	3
Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)	4

Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)	5
Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью	6
На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне	7
Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)	8
Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни	9
Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)	10
Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)	11
На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни	12
Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь	13
Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу	14
Ни одно из определений мне не подходит	15

10. Отношение к окружающим

Мне теперь все равно, кто меня окружает, и кто около меня	1
Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое	2
Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение	3
Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни	4
Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется	5
Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть	6
Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни	7
Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий	8
Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих	9
С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни	10
Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу	11
Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня	12
Моя болезнь не мешает мне иметь друзей	13
Ни одно из определений мне не подходит	14

11. Отношение к одиночеству

Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше	1
Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество	2
В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу	3

В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях	4
Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать	5
Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям	6
Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни	7
Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве	8
Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения	9
Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью	10
Ни одно из определений мне не подходит	11

12. Отношение к будущему

Болезнь делает мое будущее печальным и унылым	1
Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее	2
Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях	3
Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем	4
Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем	5
Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)	6
Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем	7
Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее	8
Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел	9
Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других людей	10
Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее	11
Ни одно из определений мне не подходит	12

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ им. В.М.БЕХТЕРЕВА

Лаборатория клинической психологии

Регистрационный лист к опроснику ТОБОЛ

Фамилия, имя, отчество _____

Возраст _____ Пол ___М___Ж
(ненужное зачеркнуть)

В графе «Номера выбранных ответов» обведите кружком те номера утверждений из таблиц, которые наиболее для вас подходят. На каждую тему разрешается делать два выбора.

Темы		Номера выбранных утверждений
I	Самочувствие	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
II	Настроение	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
III	Сон и пробуждение ото сна	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
IV	Аппетит и отношение к еде	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
V	Отношение к болезни	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
VI	Отношение к лечению	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
VII	Отношение к врачам и медперсоналу	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
VIII	Отношение к родным и близким	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
IX	Отношение к работе (учебе)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
X	Отношение к окружающим	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
XI	Отношение к одиночеству	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
XII	Отношение к будущему	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Диагностический код опросника ТОБОЛ

I тема	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1				4	5	3	4	3		3	3	
2			4									
3	4	5										
4	4	4							4			
5			*		5							
6						4						
7				4								
8	4	4										
9			4									
10						4					3	5
11									4	4	3	
12								3				

II тема	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1			4									
2						5						4
3				4					4			
4	4	4	4									
5			*		4		5			3		
6	2				4	4				3		
7		*						5				
8												5
9	*										3	4
10						4			4			
11	*			5								

III тема	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	3	4										
2							4					3
3						4			4	3	3	
4						4		3				
5			3									
6	2											
7				4		4	4			3	3	3
8			4									
9		5										
10				4								
11							4	4				
12				4	4							
13					4							

IV тема	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1									4			
2	2		3									
3					3	3	4	3		3		
4			3									
5			3									
6				3		3			3	3		3
7				3							5	
8		3			3			3				
9					4						4	
10							4	4				

V тема	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1			*	4								
2		*					4	5				
3			5									
4									5			
5	*		*	5								
6			*		4		5	3				
7										4	4	4
8			5									
9		5										
10			*	4	5		4			4		
11			5									
12										5		
13						5						4
14											5	4
15	5	5										

VI тема	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	*	3	5									
2				4		3			3			
3	4	3			4							
4	*						4	4				
5		*		3	4					4		
6								4			4	3
7	*	*		4								
8										4		
9											5	
10											5	4
11	*		5									
12		2					4	4				
13	3								4			
14						4						5

VII тема	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	3	2			4				4	5		
2										5		
3											5	
4	*				4		3				4	4
5								5				
6			*	5					4			
7												4
8		*		4	4							
9	3	2							3			
10											4	4
11						5						
12			5									
13	*		5				4	4				

2	4	4								4			
3		3	4										
4				4									
5			*		4						5		
6						3					5	3	4
7										5			
8	*							4	4				
9								5		4			
10						3							4
11												4	
12	4	3											

IX тема	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1			*				4	3				
2				4					4			
3	*	*					4	5				
4	*		*		4		4	3				
5				4					4			
6											4	4
7		*			4					4	4	4
8		5	4									
9	4								5			
10	4	5										
11						4						
12	4	4										
13			3									
14			4									

X тема	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	*						3	5				
2						3	4	4				
3	*					3						4
4	4	4							4			
5		4	4									
6	*		*		4					4	4	4
7				3					5			
8			*	2	4					4		
9										4		
10	4	4							4			
11											5	
12												4
13			4									

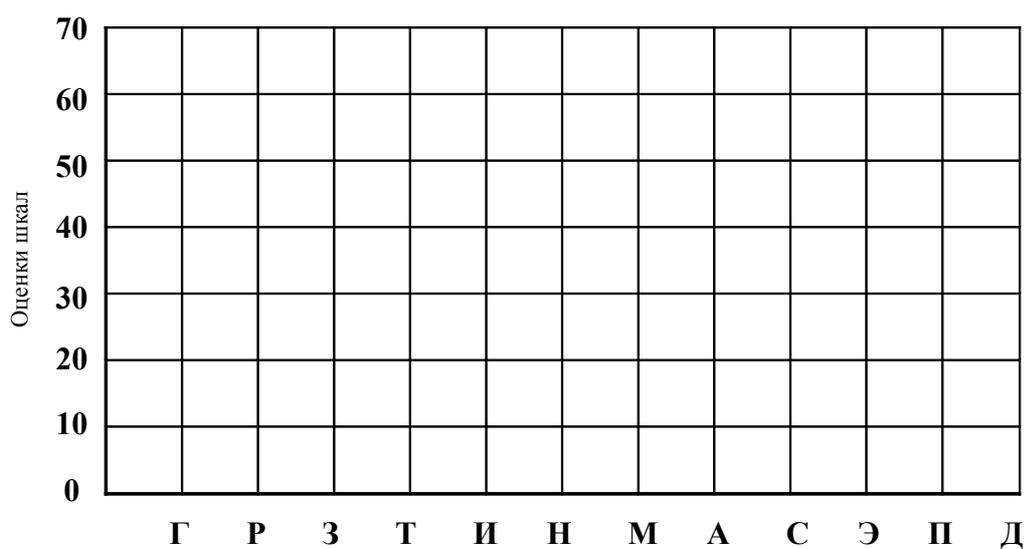
XI тема	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	*		*					4	3		3	
2							4			3		
3	4	4										
4			*	4	4		4					
5						4					3	4
6									5			
7	3	3										
8	*							4				
9	3		2			3					2	
10			*	4	4						3	

XII тема	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1			*		4		5	3				
2			5									
3	3		4									
4	4											
5			4									
6		5										
7	*						4	5				
8			*	5	4	3			3			
9											5	4
10	*					3				4		4
11			*	5		3			4	3		

VIII тема	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
1	*		*		4		4					

Результаты обследования

Шкалы Темы	Г	Р	З	Т	И	Н	М	А	С	Э	П	Д
I												
II												
III												
IV												
V												
VI												
VII												
VIII												
IX												
X												
XI												
XII												
Сумма												



Диагностируемый тип отношения к болезни: _____

Примеры диагностики типов отношения к болезни на основании профилей шкальных оценок опросника ТОБОЛ

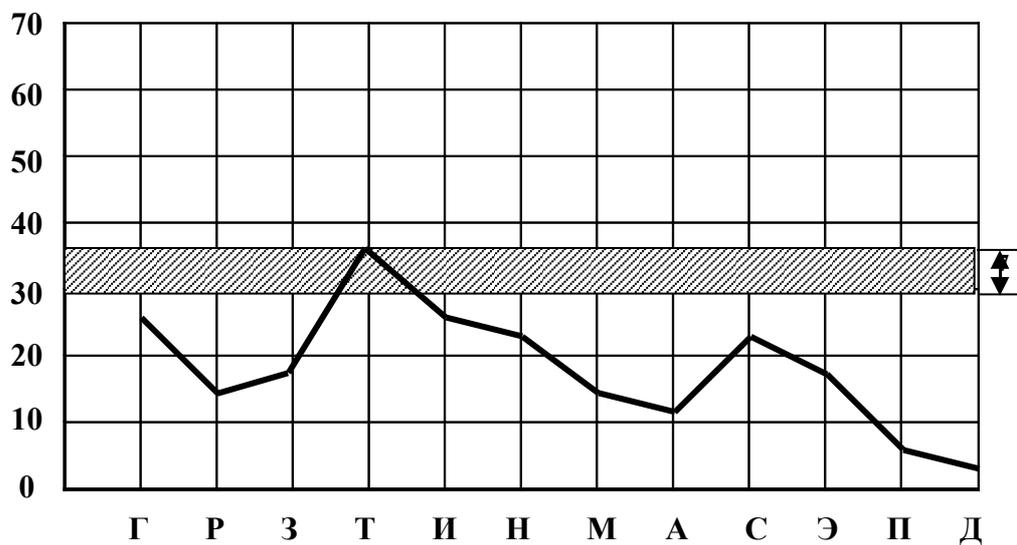


Рис.1. Диагностируется тревожный тип отношения к болезни (Т).

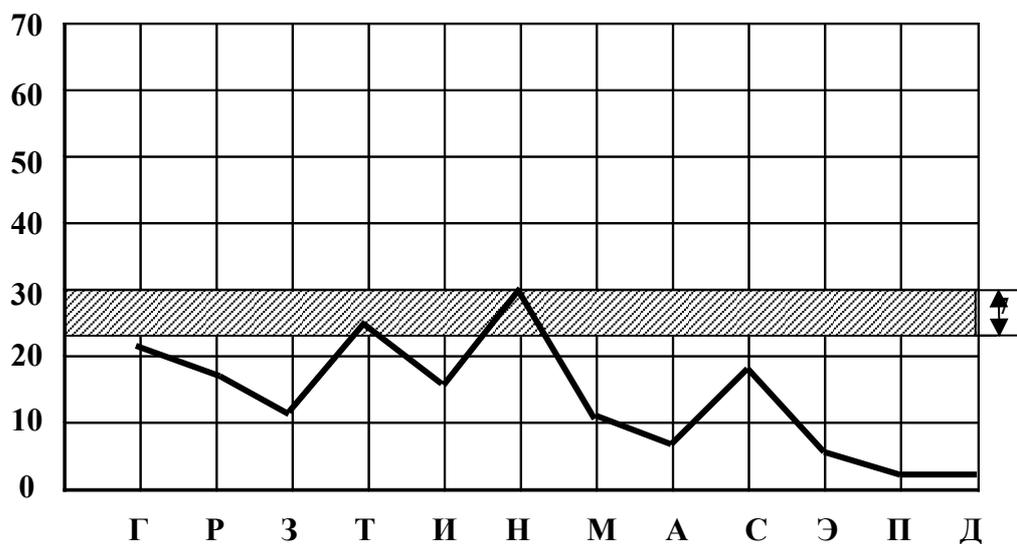


Рис. 2. Диагностируется смешанный тип отношения к болезни (ТН).

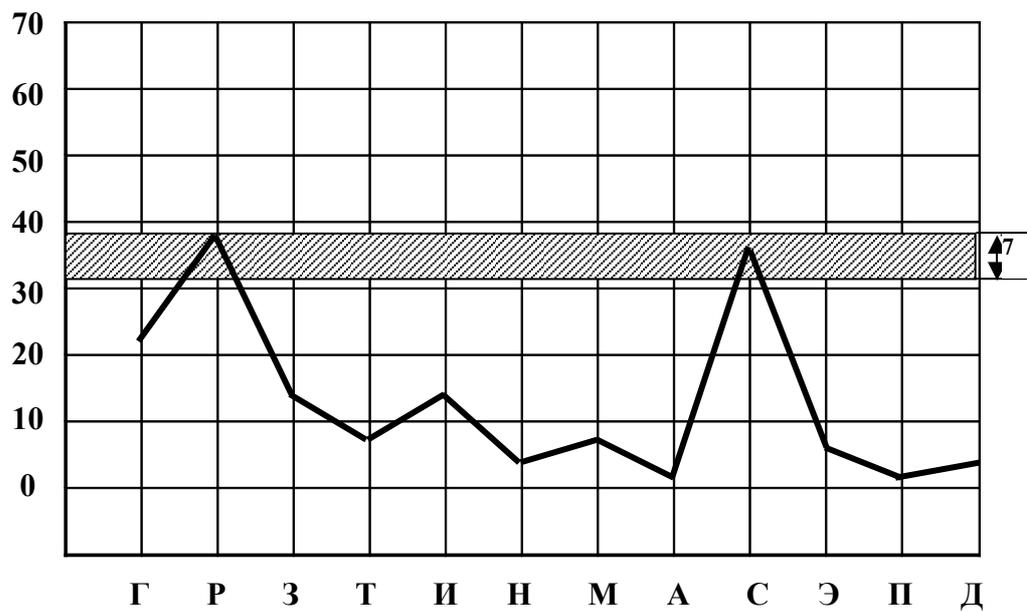


Рис. 3. Диагностируется смешанный тип отношения к болезни (РС).

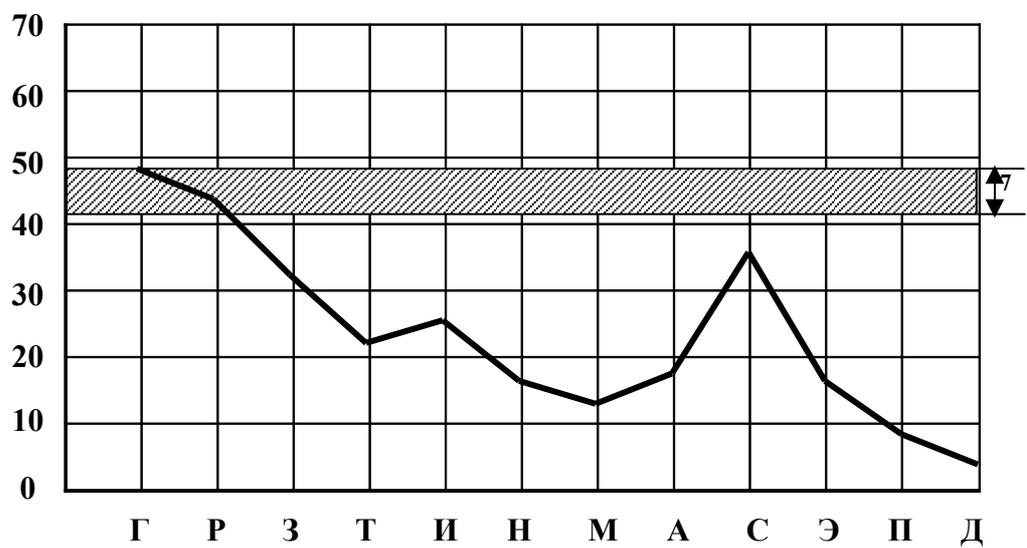


Рис. 4. Диагностируется эргопатический тип отношения к болезни (Р).

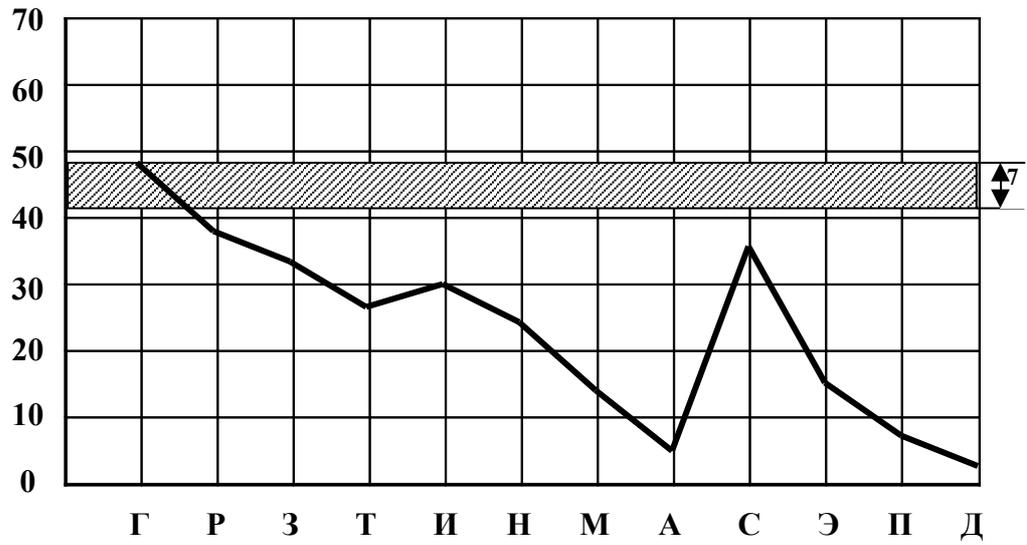


Рис. 5. Диагностируется гармоничный тип отношения к болезни (Г).

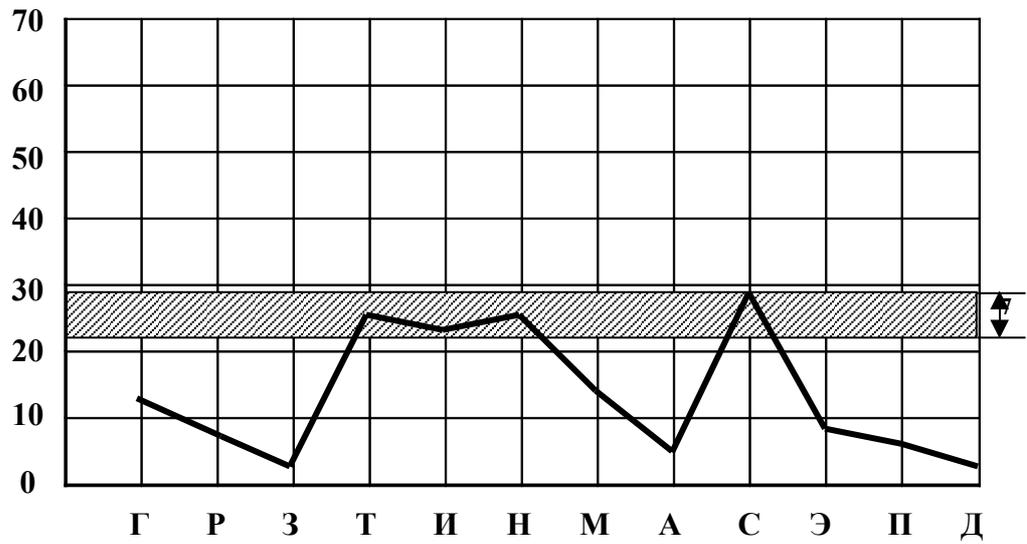


Рис. 6. Диагностируется диффузный тип отношения к болезни.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ОПИСАНИЕ МЕТОДИКИ.....	6
Диагностируемые типы отношения к болезни.....	6
Содержание опросника.....	6
Правила работы испытуемого с опросником.....	7
Алгоритм диагностики типа отношения к болезни.....	7
Правила анализа данных опросника.....	10
Интерпретация результатов диагностики с помощью опросника ТОБОЛ.....	12
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	14
Классификация типов отношения к болезни.....	14
Текст опросника ТОБОЛ.....	18
Регистрационный лист к опроснику ТОБОЛ.....	24
Диагностический код опросника ТОБОЛ.....	25
Результаты обследования.....	28
Примеры диагностики типов отношения к болезни на основании профилей шкальных оценок опросника ТОБОЛ.....	29
Содержание.....	32