

А.А. Шуко¹, Т.Н. Юрьева^{1, 2}, И.В. Ярославцева²ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ
С ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИЕЙ¹ Иркутский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, Иркутск, Россия² ФГБОУ ВПО «Иркутский государственный университет», Иркутск, Россия

Проведен анализ результатов психофизиологического обследования пациентов с центральной серозной хориоретинопатией (ЦСХР). Для пациентов с ЦСХР свойственна выраженность психопатологической симптоматики. Характерными типами отношения к болезни являются эргопатический и эргопатическo-анозогностический. Преобладает стресс-совладающая стратегия – «планирование решения проблемы». Отмечен высокий уровень личностной тревожности, что в целомотягощает общее состояние больного.

Ключевые слова: зрение, эмоционально-личностное состояние, психосоматика, центральная серозная хориоретинопатия

FEATURES OF EMOTIONAL AND PERSONALITY STATUS OF PATIENTS WITH CENTRAL
SEROUS CHORIORETINOPATHYA.A. Shchuko¹, T.N. Yurieva^{1, 2}, I.V. Yaroslavtseva²¹ Irkutsk Branch of S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Autonomous Institution, Irkutsk, Russia² Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia

The features of emotional and personality status of patients with central serous chorioretinopathy are analyzed in this article. The study of emotional and personality features of 27 people from 27 to 62 years (average age – 47,7 ± 8,5 years) which were in treatment with a sharp decrease in visual acuity from 0,8 to 0,05 as a result of developed central serous chorioretinopathy. It was found that patients with central serous chorioretinopathy in 50 % of cases are characterized by: 1) the severity of psychopathologic symptomatology; 2) super-strong and sometimes obsessive attitude to work, as well as an understatement of "significance" of the disease in favor of maintaining the working status; 3) the desire to overcome difficulties due to targeted analysis of stressful situations; 4) stable tendency to perceive a large range of situations as threatening the well-being; 5) the deterioration of the quality of life, which is characterized by dissatisfaction with the state of health (especially in visual acuity). Thus, these results show that patients with central serous chorioretinopathy have emotional and personality features aggravating the overall condition of the patient.

Key words: vision, emotional and personal state, psychosomatics, central serous chorioretinopathy

В настоящее время данные научных исследований в области медицины, психиатрии и психологии подтверждают повышение числа психоэмоциональных расстройств пациентов с соматическими заболеваниями. Вместе с тем разнообразные источники приводят статистические данные о том, что около 30–57 % обращающихся за помощью в профильные медицинские учреждения страдают от пограничных психических расстройств [7, 12, 14, 15].

Однодневный «срез» госпитализированных больных, проведенный А.Б. Смулевич, выявил высокий процент (53,6 % случаев) психосоматических расстройств [13].

Неполноценность, а зачастую и отсутствие специализированной помощи пациентам, испытывающим наряду с соматическим недугом эмоционально-личностные психические расстройства, приводят к диагностическим ошибкам, длительному течению патологических процессов, формированию резистентности к лечению, которое в среднем продолжается от 8 до 9 лет – до обращения нуждающегося пациента к специалисту психолого-психиатрической специальности.

Впервые термин «психосоматический», согласно литературе, был применен в начале XIX в. J. Heinroth (1818), но сама взаимосвязь психического (духовного) и соматического (телесного) является одним

из наиболее обсуждаемых вопросов философии и медицины со времён эпохи античности. Традиционное использование термина «психосоматика» принято связывать с именами представителей венской психоаналитической школы XX в.: Фландреса Данбара и Франца Александра. Итогом завершения процесса институционализации научных данных стало создание Американского психосоматического общества и журнала «Психосоматическая медицина». J. Reikowski считал, что соматические болезни могут служить условием формирования определенных черт личности. P. Marty и M. Uzan отмечали наличие таких черт характера у психосоматического больного, как эмоциональная пустота, неспособность к развитию, банальность, неразвитость фантазии [4]. В основе патогенеза психосоматических заболеваний психологически ориентированные концепции ставят на первый план психоэмоциональный контекст происхождения заболеваний [11]. В 1977 г. Энгелем впервые предлагается биопсихосоциальная модель, объединившая в себе достижения психосоматической медицины, результатом которой стало понимание развития, течения и исхода многих психических и физических расстройств.

В нашей стране изучением проблемы соматического и психического единства, организма и личности

занимались М.Я. Мудров, С.П. Боткин, Г.А. Захарченко и другие. Именно целостный подход рассмотрения психосоматических явлений постулировался многими отечественными учеными [16].

В дальнейшем было выделено две основные группы психосоматических расстройств: «большие» психосоматические заболевания, к которым причисляют бронхиальную астму, гипертоническую болезнь, ишемическую болезнь сердца, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, и «малые» психосоматические расстройства – невротические нарушения внутренних органов (органные неврозы). Однако не все исследователи относят «органные неврозы», строго говоря, к психосоматической патологии [6]. На сегодняшний день обозначают два основных аспекта психосоматических расстройств: 1) психические расстройства с телесными проявлениями; 2) соматические заболевания, где существенную роль (как в этиопатогенезе, так и в клинической картине) играют психические факторы [8].

Соматические заболевания и психические расстройства, как правило, дополняют друг друга, утяжеляя общее состояние пациента. Эмоциональное состояние воздействует на все соматические процессы через нервные и гуморальные пути [2].

В условиях хронического социального стресса соматическое заболевание может стать причиной психопатологических реакций, которые в свою очередь приводят к ухудшению соматического состояния пациента.

Одним из наиболее психотравмирующих событий в жизни человека может стать резкое снижение зрительных функций, вызванное развитием офтальмологического заболевания.

На данный момент вопросы офтальмологического здоровья населения переходят из медицинской сферы в междисциплинарную. Одной из наиболее обсуждаемых тем является оценка психологического состояния людей с резким снижением зрительных функций.

Государственная федеральная служба статистики свидетельствует об увеличении численности болезней глаза и его придаточного аппарата в большинстве регионов страны. В среднем распространенность офтальмопатологии составляет 55000 случаев в городской и 49000 в сельской местности на 100000 населения [1].

Каждый второй житель Российской Федерации имеет какое-то нарушение органа зрения. Более 20 % инвалидов по зрению в России – это молодые люди трудоспособного возраста.

Тем не менее, несмотря на то, что к настоящему времени накоплен колоссальный объем данных, в литературе до сих пор не описаны многие аспекты специфики личности людей с различными офтальмологическими заболеваниями [10]. Большинство современных публикаций по тифлопсихологии и тифлопедагогике являются переизданием материалов 20–80-х гг. XX в. Исследования нашего времени в основном отражают изучение психофизических, физиологических и иных свойств слепых, слабови-

дящих людей, а также вопрос их обучения и воспитания. Однако любые изыскания с целью углубления и обогащения знаний о людях с резким снижением зрительных функций в конечном итоге могут способствовать разработке новых, более эффективных способов реабилитации, которые позволят быстро в кратчайшие сроки адаптироваться к новым условиям жизни, не испытывая социально-психологических трудностей [3].

В настоящее время известно, что заболевания органа зрения, сопровождающиеся снижением зрительных функций, изменяют условия и качество жизни человека [5, 9].

Офтальмологическое заболевание – центральная серозная хориоретинопатия – возникает в большинстве случаев у молодых, трудоспособных людей, ограничивая их социальную включенность, личную жизнь и трудовую деятельность. В литературе отмечается высокая годовая частота возникновения ЦСХР у молодых мужчин (пик возникновения приходится на возраст 35–39 лет) [21, 23].

На сегодняшний день центральная серозная хориоретинопатия остаётся одним из наименее изученных заболеваний органа зрения. Это обусловлено тем, что ЦСХР имеет сложный механизм зарождения и развития болезни.

Данные об этиологии и патогенезе ЦСХР носят незавершенный характер. Одновременно существуют следующие гипотезы формирования ЦСХР: гормональная, аллергическая, наследственная, сосудистая, токсическая и неврогенная (Yannuzzi L.A., 1979; Marmor M., 1990; Gass J.D., 1991; Guyer D.R., 1994; Moschos M., 2007). Однако неполнота доказательной теоретической основы, ее недостаточная верификация не позволяют им найти практического подтверждения и определяют трудность в подборе клинически эффективных лечебных мероприятий [17, 18, 19, 22].

ЦСХР принято разделять на две формы: хроническую и острую. Тем не менее, подобное разделение полноценно не освещает клиническое толкование болезни, особенности её динамики, поскольку в основе этого деления лежит один признак – отсутствие или наличие точки ликеджа на флюоресцентной ангиограмме (Кацнельсон Л.А., 1977; Gass J.M., 1968; Coscas G., 1970; Cohen D., 1983; Marmor M.F., 1988). Вместе с тем, современные методы лечения ЦСХР (лазеркоагуляция точки ликеджа, медикаментозная терапия), как показано исследователями, в 25–44% случаев не позволяют избежать рецидивов, а следовательно добиться саногенетического эффекта [20].

Длительное течение заболевания, как правило, приводит к необратимым изменениям в центральных отделах сетчатки, тем самым ухудшая показатели остроты зрения и, соответственно, уровня качества жизни.

Хронический или рецидивирующий характер течения заболевания, его значительная распространенность среди лиц молодого трудоспособного возраста ограничивают личную жизнь и трудовую деятельность, что еще раз подчеркивает меди-

цинскую и социальную значимость проводимого исследования. Наличие резкого снижения зрительных функций в трудоспособном возрасте может не только негативно влиять на процесс переживания кризиса, но и сформировать комплекс психологических переживаний и дисгармонию в системе значимых отношений, обуславливая процесс дальнейшего восстановления.

Таким образом, представлялось актуальным провести комплексное, всестороннее исследование эмоционально-личностного состояния пациентов с ЦСХР и, сопоставив полученные результаты с данными офтальмологического исследования, определить факторы риска возникновения этого заболевания, закономерности формирования патологического процесса, динамики его протекания.

Все это позволило сформулировать цель работы: провести изучение эмоционально-личностного сферы пациентов с ЦСХР, сопоставить полученные результаты с особенностями клинического течения заболевания.

Множество людей с патологией зрения нуждаются в разработке методов их комплексного восстановления для полноценного включения пациента в общество. На сегодняшний день необходимо создать комплекс медико-биологических и социально-психологических мероприятий, направленных на адаптацию человека к условиям жизни и взаимодействия в окружающем социуме.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С помощью специальных методов и методик изучены эмоционально-личностные особенности 27 человек в возрасте от 27 до 62 лет (средний возраст – $47,7 \pm 8,5$ лет), находящихся на лечении с резким снижением остроты зрения от 0,8 до 0,05 вследствие развившейся центральной серозной хориоретенопатии (ЦСХР). Из них 19 пациентов мужского пола (70 % выборки) и 8 пациентов женского пола (30 % выборки). Исследование проводилось на базе Иркутского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России. Протокол исследования был утвержден локальным этическим комитетом ИФ МНТК «Микрохирургия глаза», информированное согласие было получено от всех пациентов.

Эмоционально-личностные особенности пациентов исследовались с применением специальных методик SCL-90-R (опросник степени выраженности психопатологической симптоматики), методики ТОБОЛ (диагностика типов отношения к болезни), методики ССП (стратегии совладающего поведения), методики Спилбергера – Ханина (степени выраженности тревоги), методики VFQ-25 (опросник оценки качества жизни).

Методика SCL-90-R включает 90 вопросов, по ответам на которые подсчитываются и интерпретируются 9 шкал симптоматических расстройств: соматизация, обсессивно-компульсивность, межличностная сензитивность, депрессия, тревожность, враждебность, фобическая тревожность, паранойальность, психотизм и 3 шкалы обобщения второго

порядка – общий индекс тяжести симптомов, индекс личного симптоматического дистресса и общее число утвердительных ответов.

Методика ТОБОЛ включает 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.

Методика ССП включает 50 утверждений. Утверждения оцениваются испытуемым по 4-балльной шкале в зависимости от частоты использования предложенной стратегии поведения (никогда, редко, иногда, часто). Пункты опросника объединены в 8 шкал, соответствующих основным видам копинг-стратегий: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка.

Методика Спилбергера – Ханина включает в себя 40 вопросов. 20 вопросов теста отражают уровень тревожности в данный момент (реактивная тревожность), 20 – уровень личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека).

Методика VFQ-25 состоит из 25 пунктов, объединенных в 12 шкал: общее состояние здоровья; общая оценка зрения; глазная боль; цветоощущение; периферическое зрение; деятельность, связанная со зрением вблизи; деятельность, связанная со зрением вдаль; а также обусловленные зрением социальное функционирование, психическое здоровье, ролевые ограничения, зависимость от посторонней помощи, передвижение.

Клинико-психологический метод применялся в форме наблюдения за больными во время исследования, а также в виде беседы, результаты которой регистрировались с помощью разработанной нами анкеты, направленной на сбор психологического анамнеза.

Офтальмологический статус оценивался с помощью стандартных методов исследования остроты, поля зрения, офтальмоскопической визуализации состояния глазного дна. Кроме того, были применены высокоинформативные методы исследования, позволяющие качественно и количественно оценить изменение структуры сетчатки с помощью оптической когерентной томографии, сенсорную реакцию и нейрорепродуцируемость по данным электроретинографии и зрительных вызванных потенциалов (ЗВП).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При обследовании с помощью методики SCL-90-R актуальное психологическое состояние больных, офтальмологический статус которых характеризовался центральной серозной хориоретенопатией, проявляется в комплексе эмоциональных нарушений, связанных с повышением показателей симптоматического опросника в 55,5 % случаев. Изолированные признаки депрессивности (Dep) и тревожности (Anx) были обнаружены только у 3 пациентов. В 2 случаях наблюдалось изолированное повышение индексов PSI, PDSI.

Также было выявлено отклонение от нормы (у 37 % больных) двух и более показателей шкал. Наиболее часто сочетались шкалы Пар (паранояльность), О-с (обсессивность – компульсивность), Апх (тревожность), Дер (депрессивность), что говорит о выраженности симптомов тревожно-депрессивного ряда.

Пиковое значение шкал проявляется в наличии признаков отсутствия интереса к жизни, недостатка мотивации и потери жизненной энергии, нервозности, напряжении, подозрительности и проявлении навязчивых мыслей.

Наряду с повышенными показателями шкал опросника наблюдается и повышение индексов дистресса (GSI – 7 человек, PSI – 13 человек, PDSI – 10 человек). Высокие показатели индекса PSI (48 %) и PDSI (37 %) опрошенных отражают широту диапазона симптоматики пациентов, а также степени интенсивности переживаемого стресса.

Результаты, полученные с использованием методики ТООБЛ, выявили наличие в группе пациентов с ЦСХР в 59 % (16 человек) случаев единичного повышения шкалы опросника. В 40,7 % (11 человек) случаев наблюдался смешанный тип отношения к болезни (2–3 шкалы) (рис. 1).

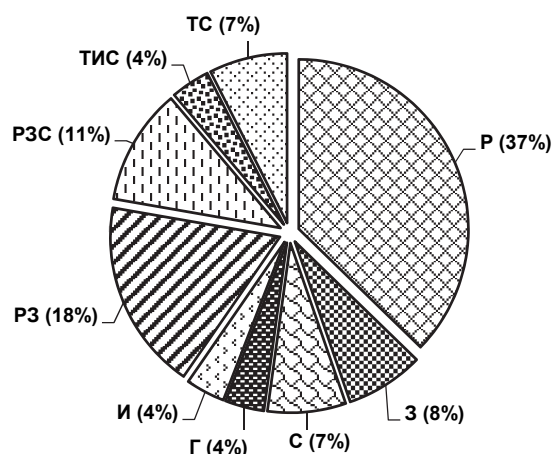


Рис. 1. Частота встречаемости типов отношения к болезни по данным обследования по методике ТООБЛ у пациентов с ЦСХР: Г – гармоничный; Р – эргопатический; З – анозогнозический; И – ипохондрический; С – сенситивный; смешанные: РЗ – эргопатический – анозогнозический; ТС – тревожный – сенситивный; РЗС – эргопатический – анозогнозический – сенситивный; ТИС – тревожный – ипохондрический – сенситивный.

Из рисунка видно, что у пациентов с ЦСХР в 37 % случаев наблюдается эргопатический (Р) тип отношения к болезни, который характеризуется сверх-сильным, подчас одержимым отношением к работе; избирательным отношением к обследованию и лечению, обусловленным прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу; стремлением во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве. Также у 18,5 % испытуемых диагностируется смешанный (РЗ) тип отношения к болезни. Для больных

эргопатически-анозогнозическим типом 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 факта заболевания. Однако выраженные явления психической дезадаптации у этих больных отсутствуют. Для больных со смешанным (РЗС) (11 %) типом отношения к болезни наряду с эргопатически-анозогнозическим профилем добавляется и сензитивность (С), отражающая чрезмерную ранимость испытуемых, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, связанными главным образом с межличностными контактами.

Опираясь на данные проведенной методики ССП (стратегии совладающего поведения) в структуре совладающего со стрессом поведения у обследованных больных преобладала стратегия «планирование решения проблемы» (ведущая стратегия у 33,3 %). Данная стратегия предполагает стремление преодолевать стрессовые ситуации за счет целенаправленного анализа и планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов. Кроме того, в экспериментальной группе пациентов с ЦСХР наиболее редкое использование получили стратегии: «конфронтация» (40 %), «самоконтроль» (37 %), «положительная переоценка» (33 %) (рис. 2).

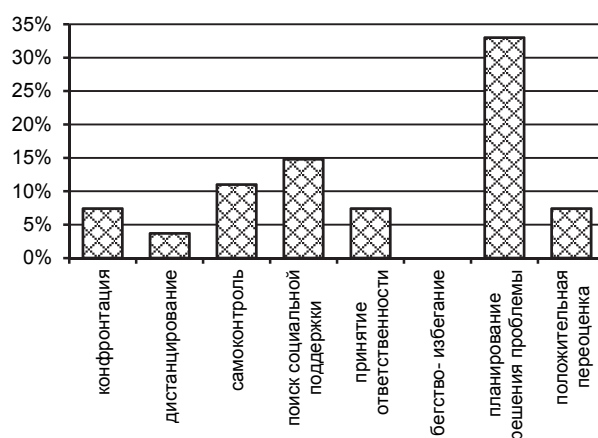


Рис. 2. Частота встречаемости стратегий совладающего поведения (по данным методики ССП) у пациентов с ЦСХР.

Пациенты предпочитают не проявлять импульсивного враждебного поведения «конфронтация», заключающегося практически в отсутствии выражения негативных эмоций в связи с возникшими трудностями.

Противоречащие показатели шкалы «самоконтроль», её редкое предпочтение позволяют говорить об эмоциональности пациентов и неспособности держать себя в руках в условиях стрессовой ситуации. Невысокие показатели шкалы «положительная переоценка» отражают отсутствие склонности больными рассматривать стрессовые ситуации в позитивном ключе.

На основании методики Спилберга – Ханина (степени выраженности тревоги) в половине случаев (48 %) у больных наблюдается высокий уровень тревожности. У пациентов наблюдался высокий уровень реактивной тревожности в 7,4 % случаев, высокий уровень личностной тревожности в 25,9 % случаев, высокий уровень реактивной и личностной тревожности в 14,8 % случаев (рис. 3).



Рис. 3. Распределение пациентов с ЦСХР по уровню тревожности.

Больные с ЦСХР испытывают устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающих их собственному благополучию. Личностная тревожность выражается в постоянном беспокойстве и неуверенности в будущем.

Опираясь на данные методики VFQ-25 – опросника качества жизни, пациенты с ЦСХР характеризуют своё общее состояние здоровья как удовлетворительное в 51,8 % случаев. Наиболее часто отмечается отрицательная оценка острых симптомов зрительных функций (показатель «общее зрение» – плохое (44,4 %)). В 25,9 % случаев наблюдается появление дискомфортных ощущений в глазах (жжение, зуд или ноющая боль). Пациенты с резким снижением зрительных функций акцентируют внимание на появлении незначительных трудностей при распознавании объектов как вблизи, так и вдали (показатель «активность вблизи» – немного трудно (51,8 %), показатель «активность вдали» – немного трудно (51,8 %)). Резкое снижение остроты зрительных функций практически не влияет на социальное функционирование пациентов (показатель «социальное функционирование» – совсем нетрудно (77,7 %)). Пациенты с ЦСХР редко проявляют чувство беспокойства по поводу своего зрения (показатель «психическое здоровье» – редко (59,2 %)). Из-за проблем со зрением больные испытывают неудовлетворенность от неспособности полноценно заниматься профессиональной и прикладной деятельностью (показатель «трудности ролевого функционирования» – иногда (29,6 %)). Тем не менее, в большинстве случаев пациентам несвойственно проявлять зависимость от офтальмологического дефекта (показатель «зависимость» – совершенно неверно (51,8 %)). Резкое снижение остроты зрительных функций влияет на качество управления автомобилем

(показатель «вождение» – немного трудно (62,9 %)). У пациентов с ЦСХР практически отсутствует трудность в распознавании цветов (показатель «цветовое зрение» – совсем нетрудно (85,1 %)), в распознавании объектов по сторонам (показатель «периферическое зрение» – совсем нетрудно (74,07 %)).

Пациенты с ЦСХР в большинстве случаев недовольны состоянием своего здоровья, особенно это касается зрительных функций. Однако несмотря на незначительные зрительные затруднения, связанные с распознаванием объектов окружающего мира, больные практически не испытывают проблем с социальным функционированием. Низкий показатель ролевой активности говорит о желании пациентов с ЦСХР быть общительными, включенными в общественную и профессиональную деятельность.

ВЫВОДЫ

1. Для пациентов с ЦСХР в половине случаев свойственна выраженность психопатологической симптоматики, которая проявляется в наличии признаков отсутствия интереса к жизни, недостатка мотивации и потери жизненной энергии, нервозности, напряжения, подозрительности и проявления навязчивых мыслей.

2. Характерными типами отношения к болезни у больных с ЦСХР являются эргопатический и эргопатически-анозогнозический (смешанный), которые выражаются у пациентов сверхсильным, подчас одержимым отношением к работе, а также снижением критичности к своему состоянию, преуменьшением «значения» заболевания в пользу сохранения рабочего статуса.

3. У больных наиболее часто наблюдалась стресс-совладающая стратегия «планирование решения проблемы», которая характеризуется стремлением преодолевать трудности за счет целенаправленного анализа ситуации, планирования собственных действий с учетом объективных условий.

4. Пациенты с ЦСХР испытывают устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающих их собственному благополучию.

5. Резкое снижение зрительных функций, обусловленное ЦСХР, ведет к значительному ухудшению качества жизни, которое характеризуется недовольством состояния здоровья (в особенности остроты зрения). Однако пациенты с ЦСХР, несмотря на резкое снижение зрительных функций, не испытывают проблем, связанных с социальным функционированием (включены в общественную и профессиональную деятельность).

Таким образом, полученные результаты показывают, что у пациентов с ЦСХР имеются эмоционально-личностные особенности, отягощающие общее состояние больного и, возможно, препятствующие скорейшей адаптации.

ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Аветисов С.Э., Егоров Е.А., Мошетьева Л.К., Нероев В.В., Тахчиди Х.П. Офтальмология. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 944 с.

Avetisov SE, Egorov EA, Moshetova LK, Neroev VV, Takhchidi HP (2008). Ophthalmology. National guidelines [Oftal'mologiya. Nacional'noe rukovodstvo], 944.

2. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2011. – 320 с.

Aleksander F. (2011). Psychosomatic medicine. Principles and application [Psihosomaticheskaja medicina. Principy i primeneniye], 320.

3. Белоусов А.С. Гендерная специфика личности людей с глубокой патологией зрительного анализатора // Гендерные аспекты гуманитарных наук: Матер. II междунар. заочной науч.-практ. конф. – Новосибирск, 2012. – С. 17–19.

Belousov AS (2012). Gender specificity of personality of people with profound visual analyzer disorders [Gendernaja specifika lichnosti ljudej s glubokoj patologiej zritel'nogo analizatora]. *Gendernye aspekty gumanitarnyh nauk: Mater. II mezhdunar. zaочноj nauch.-prakt. konf.*, 17–19.

4. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Краткий учебник. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 376 с.

Broitigam V, Kristian P, Rad M (1999). Psychosomatic medicine. A brief tutorial [Psihosomaticheskaja medicina. Kratkij uchebnik], 376.

5. Габдрахманова А.Ф., Курбонов С.А. Показатели качества жизни при психокоррекции первичной открытоугольной глаукомы // Российский офтальмологический журнал. – 2015. – № 4. – С. 10–14.

Gabdrakhmanova AF, Kurbonov SA (2015). Quality of life indicators at psychocorrection of primary open angle glaucoma [Pokazateli kachestva zhizni pri psihokorrekcii pervichnoj otkrytougol'noj glaukomy]. *Rossijskij oftal'mologicheskij zhurnal*, 4, 10–14.

6. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология: Учебник для вузов; 5-е изд. – СПб.: Питер, 2014. – 186 с.

Karvasarskiy BD (2014). Clinical psychology: Textbook for universities [Klinicheskaya psihologiya: Uchebnik dlya vuzov; 5-e izd.], 186.

7. Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2005. – 288 с.

Kulakov SA (2005). Fundamentals of psychosomatics [Osnovy psihosomatiki], 288.

8. Курпатов А.В., Аверьянов Г.Г. Психосоматика. Психотерапевтический подход. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 480 с.

Kurpatov AV, Averyanov GG (2007). Psychosomatics. Psychotherapeutic approach [Psihosomatika. Psihoterapevticheskij podhod], 480.

9. Либман Е.С., Гальперин М.Р., Гришина Е.Е., Сенкевич Н.О. Подходы к оценке качества жизни офтальмологических больных // Клин. офтальмол. – 2002. – Т. 3, № 3. – С. 12–14.

Libman ES, Galperin MR, Grishina EE, Senkevich NO (2002). Approaches to the evaluation of the quality of life of patients with ophthalmic disorders [Podhody k oцenke kachestva zhizni oftal'mologicheskikh bol'nyh]. *Klinicheskaja oftal'mologiya*, 3, 12–14.

10. Литвак А.Г. Психология слепых и слабовидящих. – СПб.: Фоксис, 1999. – 336 с.

Litvak AG (1999). Psychology of blind and visually impaired persons [Psihologiya slepyh i slabovidyashchih], 336.

11. Медведев В.Э. Психосоматические заболевания: концепции и современное состояние проблемы // Психосоматическая медицина. – 2013. – № 6 (14). – С. 37–40.

Medvedev VE (2013). Psychosomatic disorders: concepts and modern state of the problem [Psihosomaticheskie zaboлевaniya: koncepcii i sovremennoe sostoyanie problem]. *Psihosomaticheskaja medicina*, 6 (14), 37–40.

12. Петрюк П.Т., Якущенко И.А. Психосоматические расстройства: вопросы дефиниции и классификации // Вестник Ассоциации психиатров Украины. – 2003. – № 3. – С. 133–140.

Petryuk PT, Yakushchenko IA (2003). Psychosomatic disorders: questions of definition and classification [Psihosomaticheskie rasstrojstva: voprosy definicii i klassifikacii]. *Vestnik Assoциacii psihiatrov Ukrainy*, 3, 133–140.

13. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клинические аспекты) // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 2. – С. 342–365.

Smulevich AB (1997). Psychosomatic disorders (clinical aspects) [Psihosomaticheskie rasstrojstva (klinicheskije aspekty)]. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*, 2, 342–365.

14. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – С. 384.

Topolyanskiy VD, Strukovskaya MV (1986). Psychosomatic disorders [Psihosomaticheskie rasstrojstva], 384.

15. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // Консультативная психология и психотерапия. – 2000. – № 2. – С. 5–50.

Kholmogorova AB, Garanyan NG (2000). Somatization: the history of the concept, cultural and family aspects, explanatory and psychotherapeutic models [Somatizaciya: istoriya ponyatiya, kul'tural'nye i semejnye aspekty, ob'yasnitel'nye i psihoterapevticheskie modeli]. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya*, 2, 5–50.

16. Чекрякова С.В. К вопросу о развитии психосоматической теории // Вестник Красноярского государственного университета. – 2007. – № 1. – С. 89–93.

Chekryakova SV (2007). To the question on development of the psychosomatic theory [K voprosu o razvitii psihosomaticheskoy teorii]. *Vestnik Krasnoyarskogo gosudarstvennogo universiteta*, 1, 89–93.

17. Friedman M, Byers SO, Diamant J (1975). Plasma catecholamine response of coronary-prone subjects (type A) to a specific challenge. *Metabolism*, 24, 205–210.

18. Gass JD (1991). Central serous choroidopathy and white subretinal exudation during pregnancy. *Arch. Ophthalmol.*, 109, 677–681.

19. Iida T, Kishi S, Hagimura N (1999). Persistent and bilateral choroidal vascular abnormalities in central serous chorioretinopathy. *Retina*, 19, 508–512.

20. Iida T, Spaide RF, Negrao C (2001). Central serous choriotinopathy after epidural corticosteroid injection. *Am. J. Ophthalmol.*, 132, 423-425.

21. Sahin A, Bez Y, Kaya MC, Türkcü FM, Sahin M, Yüksel H (2014) Psychological distress and poor quality of life in patients with central serous chorioretinopathy. *Semin. Ophthalmol.*, 29 (2), 73-76.

22. Schubert H. (1999). Structure and function neural retina. *Ophthalmology*, 414-467.

23. Tsai DC, Chen SJ, Huang CC et al. (2013). Epidemiology of idiopathic central serous chorioretinopathy in Taiwan, 2001–2006: a population-based study. *PLoS One*, 8 (6), 1-7.

Сведения об авторах **Information about the authors**

Щуко Алексей Андреевич – психолог Иркутского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (664033, г. Иркутск, ул. Лермонтова, 337; тел.: 8 (3952) 56-41-62)

Shchuko Alexey Andreevich – psychologist of Irkutsk Branch of S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Autonomous Institution (664033, Irkutsk, ul. Lermontova, 337; tel.: +7 (3952) 56-41-62)

Юрьева Татьяна Николаевна – доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе Иркутского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

Yurieva Tatiana Nikolayevna – Doctor of Medical Sciences, Deputy Director for Science of Irkutsk Branch of S. Fyodorov Eye Microsurgery Federal State Autonomous Institution

Ярославцева Ирина Владиленовна – доктор психологических наук, профессор, декан факультета психологии ФГБОУ ВПО «Иркутский государственный университет» (664003, г. Иркутск, ул. Карла Маркса, 1; тел.: 8 (3952) 52-19-00)

Yaroslavtseva Irina Vladilenovna – Doctor of Psychological Sciences, Professor, Dean of Faculty of Psychology of Irkutsk State University (664003, Irkutsk, ul. Karla Marksa, 1; tel.: +7 (3952) 52-19-00)