

ОСОБЕННОСТИ ИНТРАЦЕПЦИИ И ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВОЙ И БЕЗБОЛЕВОЙ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

А.В. Штрахова, А.В. Семиряжко

Южно-Уральский государственный университет (г. Челябинск)

Представлены результаты теоретического и эмпирического клинико-психологического исследования особенностей восприятия телесных ощущений и типов отношения к болезни у пациентов с болевой и безболевыми формами ишемической болезни. Актуальность исследования обусловлена важной ролью этого заболевания в формировании демографических показателей заболеваемости и смертности населения трудоспособного возраста. Описаны основные направления медико-психологических исследований пациентов с ишемической болезнью сердца. Особое внимание уделено проблеме современных подходов исследования внутренней картины болезни, в том числе с позиций психологии телесности. Представлен теоретический анализ механизмов интрацепции и их роли в формировании чувственного и интеллектуального уровней внутренней картины болезни. Описаны феномены психосоматического симптомообразования и мифологизации болезни.

На материалах исследования 48 пациентов с болевой и 50 пациентов с безболевыми формами ИБС доказана репрезентативность выборки. Описаны особенности отношения к болезни, заключающиеся в преобладании анозогностического типа при болевой форме заболевания и эргопатического – при безболевыми. Объяснены формирующие их психологические факторы. Получены данные о наличии нарушений психической адаптации при безболевыми форме. Подробно проанализированы состав и структура 6 типов словарей интрацептивных ощущений, характерных для пациентов с разными формами этого заболевания. Описаны особенности словарей знакомых, важных, болезненных, угрожающих и часто испытываемых ощущений при болевых и безболевыми формах ИБС. Доказано, что наличие/отсутствие болевых ощущений специфически отражается в интрацептивном уровне внутренней картины болезни. Объяснены особенности восприятия телесных ощущений при разных формах ишемической болезни сердца.

Ключевые слова: психосоматика, психология телесности, телесные ощущения, интрацепция, внутренняя картина болезни, ишемическая болезнь сердца.

Актуальность исследования. В настоящее время ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одним из распространенных заболеваний. Реальные экономические потери и остающаяся высокой смертность населения от ИБС придают большую значимость своевременности проведения диагностических и профилактических мероприятий. Значительное развитие так называемой высокотехнологичной медицинской помощи (медицинской помощи с применением высоких медицинских технологий для лечения сложных заболеваний, являющихся к тому же достаточно дорогостоящими процедурами) привело лишь к незначительному снижению показателей смертности от ИБС. При мониторинге показателей смертности среди мужчин трудоспособного возраста выявлены положительные тенденции, различающиеся у лиц разного воз-

раста, пола и характера социально-экономической активности реальных и потенциальных пациентов с ИБС. Так, смертность от ИБС в трудоспособном возрасте среди мужчин в 4 раза выше, чем среди женщин, хотя абсолютное число умерших от ИБС женщин выше, чем у мужчин (Диагностика и лечение..., 2013).

В медицине и психологии ИБС считается классическим психосоматическим заболеванием. Как следствие, действенная помощь таким пациентам должна иметь комплексный медико-психологический характер и быть в то же время индивидуализированной.

В связи с этим необходимо учитывать личностные факторы реагирования на ситуацию заболевания, в том числе исследование внутренней картины болезни (ВКБ). Традиционно в отечественной клинической (медицин-

ской) психологии большое внимание уделялось взаимосвязи многоуровневых компонентов ВКБ и их влияние на адаптацию личности к новым условиям и эффективность лечебных мероприятий (Алехин, 2012; Личко, 1980; Николаева, 1987; Смирнов, 1983; Смулевич, 1997). Кроме того, изучался динамический «соматоперцептивный образ» идентичности болезни, являющийся ядром ВКБ (Арина, 1990; Николаева, 1992; Ташлыков, 1984; Тхостов, 1990), а также телесные феномены психосоматической природы, отражающие новые направления развития психосоматики в отечественной клинической психологии (Тхостов, 1993; Николаева, Арина, 1996; Тхостов, 2002).

Традиционно в клинике ИБС изучаются эмоциональные состояния (прежде всего тревоги и депрессия) больных с различными вариантами ИБС (Качковский, 2005; Смулевич, 2000; Cameron, 2003; Fleet, 2000); особенности личности таких больных (Denollet, 1998; Leventhal, 2003), в том числе и личностный тип А как поведенческий фактор риска и патогенеза ИБС (Бэрон, 1998; Положенцев, 1990; Языкова, 1990). Исследуются влияние личностных смыслов на благополучный прогноз лечебных мероприятий (Николаева, 1992; Штрахова, 2008; Hagger, 2003; Kaptein, 2003). В рамках этого направления исследований разработана не только научно-методическая база, но и предложен набор психодиагностического инструментария (Тхостов, 2002; Методическое пособие ..., 2003; Менделеевич, 2004; Штрахова, 2008).

Клинико-психологическая модель порождения и функционирования интрацептивных ощущений в структуре ВКБ, предложенная А.Ш. Тхостовым и Г.А. Ариной (1990) основывается на том, что формирование субъективной картины болезни начинается с соматических ощущений («чувственной ткани ВКБ»), проявляющихся дискомфортом, неопределенностью, неточной локализацией, кратковременностью, плохой рефлексией. На их основе путем квалификации чувственных данных в эмоционально-психологические категории строятся «соматические образы». В результате телесные ощущения становятся конкретными, обретают локализацию, интенсивность, модальность, соотносятся с культурными перцептивными и языковыми эталонами, могут вербализоваться.

У больных ИБС означенное телесное ощущение (знак), кроме факта болей в сердце, является еще и сообщением о том, что с человеком происходит нечто нестандартное, то

есть становится означающим в мифологической схеме заболевания и превращается для окружающих людей в симптом. При этом следует отметить двойственность природы психосоматического симптома – как первичного интрацептивного ощущения и как «полой» формы, означающей концепт заболевания («заполненной» им). Как следствие, для сознания «ощущение–симптом» двойственно функционирует то в рассудочной (концепт), то в чувственной (телесное ощущение) формах. Результаты психологического анализа интрацептивных ощущений как одного из психологических механизмов означения факта болезни находят свое отражение в интеллектуальном уровне ВКБ. Причем для анализа наиболее важным является не столько само значение и форма мифа болезни, и не столько сам предмет сообщения, а то, как и в каком виде (с помощью каких субъективных метафор) о нем сообщает больной.

Описанная выше двойственность природы психосоматического симптома может приводить к формированию «порочного круга», при котором миф как бы транслирует реальность, но эта реальность может заимствовать ранее используемые систему знаков, связанных с конкретной болезнью. И, далее, сама болезнь может вторично обрастать новыми феноменами «чувственного» поля, порождая новые телесные симптомы и мифы и т. д. Как следствие, у любого пациента телесное ощущение как симптом подчиняется не только природным закономерностям, но и логике мифа, в который оно включается. В центре такого мифа находится основополагающее представление о болезни как о чем-то внешнем, не свойственном организму, как противопоставление здоровому состоянию человека, порождающее попытки влиять на болезнь как непослушный, инородный объект в соответствии с картиной мира больного.

Мифы болезни и содержащие их метафоры, описывающие феноменологию внутренней телесности, являются примером знакового овладения, психологической функцией, имеющей несколько связанных друг с другом аспектов:

1) как форма вербализации интрацептивного ощущения, позволяющая сформировать первичное представление и осознание того, что происходит внутри тела;

2) как средство коммуникации внутреннего телесного опыта с целью восприятия и принятия его другим человеком;

3) как способ опосредования когнитивной стороны интрацептивного процесса, позволяющий оформить для осознания внутреннее телесное ощущение в некоторый объект, сохраняя вместе с тем дистанцию между ними. Такое дистанционирование, возможно, облегчает переживание телесного и болевого симптома, поскольку боль в метафоре становится чем-то понимаемым, а не таким непонятным, не передаваемым и потому не таким страшным феноменом, как это наблюдается при не переработанных интрацепциях.

Важно, что миф о болезни деформирует природную сторону телесного ощущения, урезая ее и отчуждая, но не уничтожая ее совсем. Субъективный миф о болезни нельзя «отменить», и, прежде всего, потому, что представления о болезни по самой своей структуре и способу формирования принципиально мифологичны, и стремление современной медицины избавиться от мифологизации пациентами своей болезни следует признать по крайней мере утопическим.

Таким образом, интрацептивное ощущение в структуре ВКБ, пройдя означение и обретя свое субъективное существование в категориях модальности и пространстве тела, через мифологизацию становится симптомом и обретает смысл в контексте жизни пациента. Для субъекта смысл болезни есть жизненное значение обстоятельств болезни в отношении к мотивам его деятельности, поскольку болезнь несет человеку не только болезненные ощущения, но и затрагивает основы его бытия.

Однако в рамках последнего (по порядку изложения) направления психосоматических исследований остается открытым вопрос о том, какие личностные характеристики детерминируют специфику семантического словаря ВКБ больных и какие из них выполняют регулируемую функцию в виде преградного смысла по отношению к заболеванию как возможности прерывания жизни. Кроме того, очевидная семантическая связь самого названия феномена болезни и его этимологического корнеобразующего понятия «боль» подчеркивает необходимость исследования роли болевого компонента в формировании перцептивного семантического образа болезни. Применительно к медико-психологической проблематике исследования ИБС следует отметить очевидные различия клиники, терапии и внутренней картины болезни при болевых и безболевых формах этого расстройства (Бузиашвили, 2004; Вас-

ляева, 2004; Клиническая классификация..., 1979; Меркурьева, 2001 и др.).

Вышеизложенное во всей своей совокупности определило проблемное поле описываемого исследования, его дизайна и инструментария.

Объект исследования: особенности ВКБ у пациентов с безболевой и болевой формами ИБС в группах сравнения у пациентов в возрасте до и после 50 лет.

Предмет исследования: роль и место интрацептивных ощущений в формировании ВКБ у пациентов с ИБС.

Цель исследования: выявление особенностей ВКБ у пациентов с ИБС различного возраста и определение их индивидуального психотерапевтического потенциала.

Основная гипотеза исследования: качественная и количественная специфика семантической структуры мифа болезни (объем интрацептивных ощущений, особенности словаря описания интрацептивных ощущений, характеристика болевого компонента) зависят от различных психологических характеристик личности и возраста пациента.

Экспериментальная база исследования: Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть № 15» (г. Снежинск Челябинской области).

Выборку исследования составили 48 пациентов в возрасте 38–50 лет (в среднем $44,5 \pm 5,7$ лет) с верифицированным диагнозом ИБС, проявляющейся приступами стенокардии (группа № 1), и 52 пациента в возрасте от 51–75 лет (в среднем $65,3 \pm 6,4$ года), у которых ИБС осложнилась инфарктом миокарда (группа № 2).

Научная новизна исследования: Впервые в экспериментальном сравнительном клинко-психологическом исследовании участвовали пациенты с болевой и безболевой формами ИБС (Б ИБС и ББ ИБС соответственно), объединенные в группы по возрастному критерию. Изучались особенности интрацептивных ощущений у больных ИБС в возрасте до 50 лет и старше 50 лет, а также и их взаимосвязь с особенностями личности.

Особенность научно-методического обоснования исследования заключалась, в первую очередь, в изучении «соматоперцептивного образа» идентичности болезни в дихотомическом пространстве «внутренняя картина болезни» – «внутренняя картина здоровья». Это позволяет более полно определить роль, ди-

намику, взаимосвязь и направленность переходов от первичных перцептивных чувственных образов к личностному пониманию этих явлений, их смыслу при интерпретации сигналов «чувственной ткани болезни» (в понимании этого термина в отечественной школе клинической психологии А.Р. Лурия).

Во-вторых, анализ отношения к болезни как многомерного психологического образования рассматривался в рамках процесса взаимосвязанности субъекта и объекта болезни, возникающего и формирующегося у субъекта при болезни. Такое многомерное представление динамического отношения к болезни личности осуществляется по параметрам индивидуальных, избирательных, сознательных проявлений («характеристика отношения»); в структуре эмоционального, когнитивного, поведенческого уровней («компонент отношения») и с учетом природы окружающего мира, общественных явлений и к себе как личности и субъекту («сфера отношений»). При этом отношение к болезни рассматривается как одна из принятых в отечественной клинической (медицинской) психологии моделей субъективной стороны болезни («модели внутренней картины болезни»), рассматриваемых в противовес и в дополнение к объективной, медицинской ее стороне, и, в рамках настоящего исследования – терминологический и семантический аналог понятия «Внутренняя картина болезни» в широком смысле. В целом такая психологическая конструкция рассматривается и интерпретируется в рамках положений и подходов отечественной школы медицинской психологии В.Н. Мясищева.

В-третьих, ВКБ при ИБС рассматривалась в контексте включенности болезни в иерархическую потребностно-ценностно-смысловую систему личности, вследствие которой субъективное значение болезни и ее смысл для болеющего человека начинают выполнять новую опосредующую функцию, становясь условием или препятствием для воплощения различных мотивов. При этом личностный смысл болезни становится системообразующим фактором функционирования механизмов личностно-смысловой регуляции. Этот фактор представляется как своеобразный вектор, имеющий свое начало (как правило, совпадающее с моментом начала заболевания) и конец (выбор стратегии преодоления болезни в целях реализации мотива сохранения жизни), и, в целом, как суммарный (интеграль-

ный) вектор понимаемой в широком контексте ВКБ как системы психического отражения болезни болеющим субъектом.

В-четвертых, содержание ВКБ и субъективные смыслы болезни исследовались с позиции психологии телесности А.Ш. Тхостова. При этом основное внимание уделялось изучению интрацепции (интрацептивных ощущений) как проявлений процессов отчуждения телесности при заболевании психосоматической природы. Семиотическая характеристика субъективного ощущения в ситуации заболевания определялась не только как отражение воспринимаемого сознанием рецепторного сигнала и как означение своего тела, но и как сигнала и означения себя как личности и своей болезни, интерпретируемых в соответствии с культурными нормами, стереотипами и мифами (в контексте представлений психологической школы Л.С. Выготского – А.Н. Леонтьева об интериоризированных знаках, связывающих конкретные означаемое и означающее).

Особенностью дизайна исследования является использование схемы, при которой интрацептивные ощущения изучались отдельно при болевой и безболевого форм ИБС, в обособленных группах пациентов с клинически верифицированным диагнозом ИБС. Достижение возраста 50 лет как критерий включения в выборку обосновано тем, что этот возраст, наряду с отягощенной наследственностью и принадлежностью к мужскому полу, относится ВОЗ к неизменяемым факторам возникновения ИБС.

Клинико-психологическую основу такой схемы составляет положение о том, что в клинической картине наличие боли в области сердца является важнейшей патогенетической особенностью болевой формы ИБС, особенно, если она осложняется инфарктом миокарда (ИМ). Патогенетические механизмы ББ ИБС и Б ИБС едины и обусловлены несоответствием между потребностью миокарда в кислороде и коронарным кровотоком. В то же время безболевого ишемия миокарда является прогностически неблагоприятным фактором в связи с достаточной высокой смертностью, а у пациентов с безболевого формой ИБС (даже если она также осложнена ИМ), значительно возрастает порог всех видов чувствительности.

Одним из психофизиологических объяснений безболевого течения ИБС и ИМ является тот факт, что в области локализации ИМ располагается большая часть волокон так на-

зываемого «блуждающего нерва» (nervus vagus), обеспечивающего парасимпатическую иннервацию сердечной деятельности. Именно поэтому пациентов с ББ ИБС характеризует преимущественно парасимпатикотоническое реагирование как основа более выраженного эмоционального истощения и депрессивности, а также защитные реакции надсегментарной системы головного мозга вследствие повышения активности антиноцицептивной системы, направленной на угнетение болевой реакции в ответ на ноцицептивное (болевое) воздействие.

В психологическом плане характерные для таких больных стиль восприятия болевых ощущений и проявления механизма отрицания соматических изменений могут в совокупности защищать пациента от угрожающей ситуации болезни, уменьшать не только страх, но и ощущение боли в целом.

Методы исследования:

1. Обзорно-аналитический метод – анализ психологической, медицинской литературы; сопоставление и обобщение исследований по проблемам ВКБ у пациентов с ИБС.

2. Эмпирические методы (беседа, анкетный опрос, диагностическое тестирование).

3. Методы математической статистики.

Описание методик исследования¹

В ходе анкетирования и клинической беседы были изучены особенности актуального статуса пациентов, наличие наследственной отягощенности, вредных привычек и проявления ИБС: характер оценки пациентами своего психического состояния, общая длительность заболевания, клиническая форма ИБС (Б ИБС либо ББ ИБС).

Особенности отношения к болезни исследовались с помощью классической для такого рода исследований методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), предназначенной для изучения психологических характеристик системы отношений личности пациентов с различными заболеваниями (Методика для психологической диагностики..., 1987; Пси-

хологическая диагностика отношения..., 2005).

Исследование телесных ощущений проводилось с помощью теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений», которая применяется для исследования особенностей вербализации и индивидуальных систем значений внутреннего восприятия и опыта и представляет собой вариант теста «Классификация ощущений» (Тхостов, 1989). При проведении этой методики испытуемые последовательно выполняют 6 заданий (этапов выполнения теста), выбирая из исходного набора 80 дескрипторов подходящие для них (в соответствии с задачами каждого этапа). Задачами первого этапа является выбор дескрипторов, подходящих для описания внутренних телесных ощущений; на втором этапе требуется из только что выбранных дескрипторов сформировать перечень описаний пережитых ощущений. На третьем этапе из перечня второго этапа выбирались только дескрипторы, описывающие наиболее важные, значимые ощущения и параллельно на 4-м этапе из этого же перечня отобрать только описания болезненных ощущений. Далее испытуемые из перечня наиболее важных и значимых ощущений выбирали дескрипторы для описания опасных, угрожающих здоровью ощущений (5-й этап) и наиболее часто встречающихся ощущений (6-й этап).

Все выбранные слова регистрируются и служат материалом для последующего анализа результатов подсчета частоты выбранных в каждом задании дескрипторов, а также квалификации выбранных дескрипторов по категориям «Части речи», «Метафоры, описывающие телесные и психические феномены», «Дескрипторы, описывающие конкретные диффузные ощущения» и «Частотность».

Математические методы обработки и анализа результатов

Статистический анализ результатов осуществлен с помощью дескриптивной статистики, расчета значений критериев χ^2 Пирсона (оценка однородности двух экспериментальных выборок с целью выявления значимых различий); W-критерия Шапиро–Уилкса (для проверки нормальности распределения); U-критерия Манна–Уитни (для сравнения двух независимых выборок по уровню выраженности признака) с помощью компьютерного пакета статистических программ Statistica 7.0.

¹ При изучении пациентов с болевой и безболевой формами ИБС применялись и другие методики, помимо описанных в данном разделе (опросники «Индекс жизненного стиля», «Уровень субъективного контроля» и «Интегративный тест тревожности»), а также метод пошагового регрессионного анализа. Выбор этих методик и метода объяснялся некоторыми другими задачами комплексного исследования, и поэтому анализ полученных с их помощью результатов в настоящей публикации не рассматривается.

Анализ результатов клинико-психологического исследования

Больные ИБС изучались после проведения необходимого медицинского обследования, подтверждающего диагноз.

Среди пациентов первой группы (пациенты с ИБС в возрасте до 50 лет) 58,3 % составляли лица мужского пола (в группе № 2 мужчин было 69,2 %). В обеих выборках преобладали лица с высшим образованием (60,4 и 57,7 % соответственно), в основном семейные (60,4 и 78,8 %), имеющие детей (68,8 и 80,8 %), работающие (75 и 59,6 %) и занятые умственным трудом (69,4 и 77,4 %). Почти половина численности каждой выборки считают себя частично удовлетворенными своей работой – 52,7 и 45,2%. При этом удельный вес полностью удовлетворенных работой примерно одинаков (28–29 %), однако в выборке более молодых пациентов их превышение над неудовлетворенными работой достоверно ($p < 0,01$) более высоко (27,9 против 19,4 % – в группе № 1 и 29 против 25,8 % – в группе № 2). Численность частично удовлетворенных семейным положением в каждой группе также составляет около половины ее численности (52,1 и 46,2 %), однако превышение числа полностью удовлетворенных им над числом неудовлетворенных достоверно ($p < 0,005$) больше в группе более возрастных пациентов (25 против 22,9 % – в группе № 1 и 34,6 против 19,2 % – в группе № 2).

По материалам клинической беседы и клинического интервью у более чем половины обследованных (58,3 % больных в возрасте 38–50 лет и 55,8 % в возрасте 51–75 лет) отмечалась наследственная отягощенность сердечно-сосудистыми заболеваниями. Кроме того, у 43,8 % пациентов первой группы и у 40,4 % второй группы отмечалось наличие вредных привычек, являющихся факторами риска формирования ИБС (курение, периодическое употребление алкогольных напитков).

Почти у половины пациентов заболевание ИБС предшествовали те или иные психотравмирующие обстоятельства (в 47,9 % случаях в первой группе и 44,2 % – во второй). При этом в большинстве своем психотравмирующие обстоятельства были связаны с конфликтами в семье (37,5 и 44,2 % соответственно) и профессиональной деятельностью (62,5 и 42,3 % соответственно). Однако у более пожилых больных ИБС число связанных с профессиональной деятельностью психотрав-

мирующих обстоятельств было достоверно меньше ($\chi^2=4,08$ при $p=0,04$),

Представляется важным, что в выборке пациентов в возрасте 38–50 лет в основном доминирует болевая форма течения ИБС (у 85,4 % обследованных), с указанием на наличие в анамнезе приступов стенокардии (у 79,2 %). В то же время у более возрастных пациентов с ИБС преобладающей является безболевая форма течения заболевания (у 78,8 %), с инфарктом миокарда в анамнезе у 52,9 % больных этой группы. При этом такие пациенты переносили в основном мелкоочаговый, а не обширный (крупноочаговый) инфаркт миокарда – 73,1 % выборки. Как следствие, число случаев болевого течения ИБС значительно меньше у больных ИБС в более старшем возрасте ($\chi^2=41,3$ при $p < 0,00001$).

Таким образом, обобщенный портрет принявших участие в исследовании пациентов с ИБС имеет следующий вид: в основном мужчины с высшим образованием, живущие в семье, имеющие детей, работающие и занятые преимущественно умственным трудом, частично удовлетворенные своей работой и семейной жизнью. При этом в группе более молодых пациентов полностью удовлетворенных работой пациентов значительно больше, чем совершенно неудовлетворенных ею. В группе более возрастных пациентов аналогичная закономерность отмечается в отношении удовлетворенности семейной жизнью. При этом почти у половины больных отмечается наследственная отягощенность и наличие факторов риска ИБС, а самому факту заболевания предшествовали психотравмирующие обстоятельства, связанный с профессиональной сферой деятельности, причем у более молодых пациентов с ИБС частота такой психотравматизации достоверно выше.

Существенные различия в протекании заболевания позволяют охарактеризовать выборку пациентов в возрасте до 50 лет как группу с преимущественно болевой формой ИБС, осложненную стенокардией, а выборку более возрастных пациентов – как группу с преимущественно безболевой формой ИБС, осложненной мелкоочаговым инфарктом миокарда.

Анализ результатов исследования типов отношения к болезни

при болевой и безболевой формах ИБС

Изучения типов отношения к болезни (ТОБ) у больных ИБС в возрасте 38–50 лет

показало, что в среднегрупповом профиле в структуры отношения к болезни обследуемых наиболее выраженными являются анозогностический и, в меньшей степени, эргопатический типы отношения, наблюдающиеся на фоне достаточно выраженного гармоничного радикала (рис. 1).

Распределение пациентов с болевой формой ИБС по доминирующим типам отношения к болезни показывает, что в выборке преобладают «чистые» (изолированные) анозогностический, эргопатический и гармоничный типы (у 42, 24 и 10 % числа пациентов этой группы). Кроме того, у 12 % выборки отмечается смешанный эргопатически-анозогностический тип. Другие «чистые» ТООБ (сенситивный, тревожный, меланхолический) представлены исключительно в единичных случаях.

В среднегрупповом профиле выраженности значений по типам отношения к болезни у больных ИБС в возрасте 51–75 лет в наибольшей мере выражены эргопатический, гармоничный и анозогностический типы, а также сенситивный тип (рис. 2).

При этом частота встречаемости чистого эргопатического типа составляет 35 % всех случаев (против 12 % – для сенситивного и единичных случаев чистого анозогностического и гармоничного типов). Среди смешанных ТООБ в выборке преобладали варианты, включающие в себя также эргопатический радикал в сочетании с сенситивным и анозогностическим (по 12 % случаев), а также паранойальным (8 %) радикалами.

Таким образом, пациенты при Б ИБС характеризуются преимущественно анозогностическим отношением к болезни, проявляющимся как повышением значений среднегрупповых баллов по этой «шкале» методики ТООБ, так и преобладанием в структуре выборки числа пациентов с доминированием этого типа отношения. В отличие от этого, более возрастные пациенты с ББ ИБС характеризуются преимущественно эргопатическим характером отношения к болезни.

В целях оценки различий в выраженности балльных «шкальных» значений по методике ТООБ у пациентов двух исследованных групп проводилось сравнение статистических результатов по U-критерию Манна–Уитни (табл. 1).

Таким образом, у пациентов с болевой формой ИБС отмечаются большая выраженность анозогностического, апатического и эгоцентрического радикалов отношения к болез-

ни, а у больных с безболевогой формой – по меланхолическому и сенситивному типам.

Кроме того, сравнительный анализ показателей встречаемости чистых типов отношения к болезни в исследованных группах, выполненный с помощью критерия χ^2 Пирсона показал, что чистый эргопатический тип отношения к болезни значимо чаще встречается у больных при Б ИБС ($\chi^2=4,18$ при $p=0,04$), а у больных с ББ ИБС значимо чаще встречаются гармоничный ($\chi^2=6,62$ при $p=0,01$) и анозогностический ($\chi^2=20,81$ при $p<0,00001$) типы отношения к болезни.

Следует также отметить, что удельный вес смешанных типов отношения у пациентов с болевой формой ИБС составляет 12% всей выборки против 47 % у пациентов с безболевогой формой этой патологии.

Анализ распределения вариантов отношения к болезни по критерию «сохранность/нарушенность психической адаптации», определяемому по предложенному авторами методики ТООБ алгоритму, показывает, что только у 10 % выборки пациентов их отношение к болезни характеризуется нарушенно-

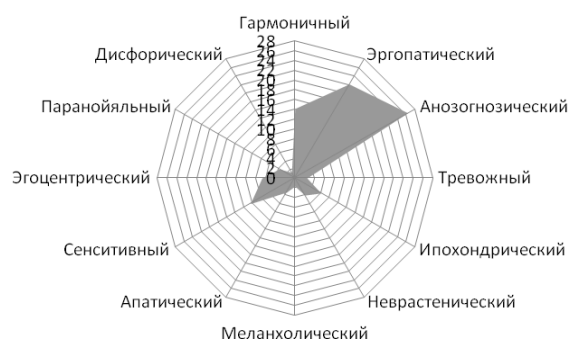


Рис. 1. Распределение типов отношения к болезни по их выраженности в структуре ВКБ у пациентов с болевой формой ИБС

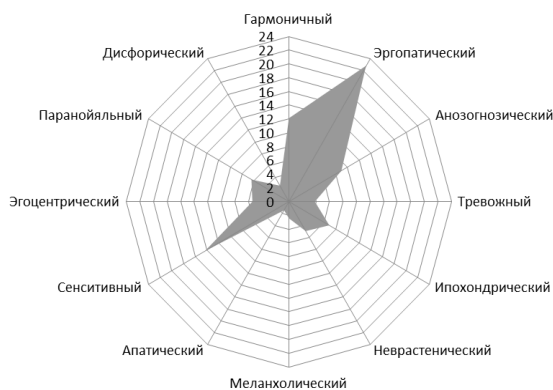


Рис. 2. Распределение типов отношения к болезни по их выраженности в структуре ВКБ у пациентов с безболевогой формой ИБС

Таблица 1
Результаты попарного сравнения балльных значений выраженности типов отношения к болезни у пациентов с болевой и безболевыми формами ИБС

Типы отношения к болезни	Сумма рангов (в группах)		Значения статистик		p-level
	Б ИБС	ББ ИБС	U	Z	
Гармоничный	2385,5	2664,5	1209,5	-0,27	0,79053
Эргопатический	2463,0	2587,0	1209,0	0,27	0,78787
Анозогностический	3248,0	1802,0	424,0*	5,69	0,0000001
Тревожный	2299,0	2751,0	1123,0	-0,86	0,38846
Ипохондрический	2390,0	2660,0	1214,0	-0,23	0,81454
Неврастенический	2207,0	2843,0	1031,0	-1,50	0,13435
Меланхолический	1984,5	3065,5	808,5*	-3,03	0,00243
Апатический	2725,0	2325,0	947,0*	2,08	0,03783
Сенситивный	1974,5	3075,5	798,5*	-3,10	0,00193
Эгоцентрический	2819,0	2231,0	853,0*	2,73	0,00643
Паранойяльный	2229,5	2820,5	1053,5	-1,34	0,17962
Дисфорический	2176,0	2874,0	1000,0	-1,71	0,08708

Примечание. Здесь и далее выделением шрифта и знаком * отмечены значимые различия по U-критерию.

стью психической адаптации (преимущественно по интрапсихическому типу), а в выборке пациентов с безболевым вариантом в 75 случаев отмечаются признаки нарушения психической адаптации (по смешанному интер- и интрапсихическому вариантам).

В целом полученные данные отражают наличие у пациентов ИБС сверхкомпенсаторного отношения к болезни, протекающего по разным вариантам: анозогностическому – при болевой форме ИБС и эргопатическому – при безболевым форме. При этом отношение к болезни включает в себя признаки эгоцентрического и апатического вариантов – при болевом варианте, и меланхолического и сенситивного вариантов – при безболевым типе ИБС. Как следствие, при болевом варианте ИБС отношение к болезни у таких пациентов сопровождается активным исключением мысли о болезни и возможных ее последствиях (вплоть до ее отрицания), склонностью рассматривать симптомы ишемической болезни как проявления «несерьезных» заболеваний или случайных изменений самочувствия, что может проявляться формированием пренебрежительного, легкомысленного отношения к болезни и лечению.

Полученные данные соотносятся с ранее проведенными исследованиями, где было выявлено, что более молодые пациенты по сравнению с более возрастными чаще отрицают сам факт болезни (Алехин, 2012).

У более возрастных пациентов с безболевым формой ИБС отношение к болезни сопровождается сверхответственным, подчас одер-

жимым, стеничным отношением к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни. При этом эргопатичность может формировать избирательность отношения к обследованию и лечению, обусловленную прежде всего стремлением продолжать работать, несмотря на наличие тяжелого заболевания.

Анализ результатов исследования особенностей интрацепции при болевой и безболевым формам ИБС

Исследование особенности интрацепции с помощью теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» у больных с различными формами ИБС проводилось с формированием 6 последовательных частотных словарей. Среднегрупповой объем словарей интрацептивных ощущений представлен в табл. 2.

Таблица 2
Среднегрупповой объем индивидуальных интрацептивных словарей у пациентов с болевой и безболевым формами ИБС

Тип словаря	Больные болевой формой ИБС	Больные безболевым формой ИБС (51–75 лет)
Общий	44,08±4,34	43,21±1,99
Знакомый	43,87±4,24	43,00±1,87
Важный	20,03±1,99	10,14±1,17
Болезненный	23,12±2,62	10,38±0,93
Угрожающий	12,19±2,20	8,84±1,13
Часто испытываемый	13,1±2,15	9,2±0,81

Объем общего словаря и словаря знакомых по собственному опыту ощущений у пациентов обеих групп оказались практически равнозначны (44,1 % от исходного объема в 80 дескрипторов и 43,9 % соответственно – для первого словаря, 43,2 и 43 % – для второго словаря). Такие результаты могут свидетельствовать о достаточно выраженной ориентации больных ИБС на реально существующие ощущения, на восприятия своей жизни и самого себя с позиции своей болезни.

В то же время объем словарей важных и болезненных ощущений у больных с Б ИБС намного больше, чем у пациентов с ББ ИБС. Аналогичная, но несколько менее выраженная тенденция наблюдается по объему словарей угрожающих и часто испытываемых ощущений (табл. 3).

Значимые различия (по U-критерию Манна–Уитни при $p < 0,00001$) получены по объемам словарей важных, болезненных, угрожающих и часто испытываемых ощущений, что свидетельствует о протекании заболевания у имеющих стенокардию пациентов с ИБС в виде достаточно выраженного симптомокомплекса. В то же время у более возрастных больных с инфарктом миокарда в анамнезе ИБС протекает с меньшим числом субъективно воспринимаемых клинических проявлений.

Анализ распределения во всех словарях частот выбора описывающих ощущения дескрипторов показывает, что на фоне практически одинаковых объемов *общего словаря интрацептивных ощущений* наблюдается и схожесть распределения частоты встречаемости тех или иных дескрипторов. Вместе с тем, больные болевой формой ИБС достоверно чаще выбирают «неприятные» ощущения

(«жжение», «давление», «боль» и др.) и «оценочные» («мучительно», «мокрый»), а больные с безболевыми формами – преимущественно «оценочные» дескрипторы («подавленность», «противный», «опустошение» и др.).

Словарь *знакомых, испытанных ощущений* у всех обследуемых практически идентичен общему словарю, с тенденцией к некоторому уменьшению по объему, что может свидетельствовать об относительной неспособности больных ИБС в процессе классификации дескрипторов абстрагироваться от связанных с болезнью собственных ощущений.

Словарь *важных ощущений* наиболее обширен у больных с болевой формой ИБС, что отражает склонность таких пациентов к выраженной фиксации на своих ощущениях. При этом основу такого словаря составляют дескрипторы ощущений общего недомогания («жжение», «тяжесть», «ломота» и др.), а также дескрипторы, описывающие сопровождающие ситуацию болезни негативные эмоциональные состояния и характеристики витального тонуса («отчаяние», «усталость», «слабость» и др.). В то же время в словарь входят и дескрипторы, используемые для описания приятных ощущений («легкость», «приятный», «удовольствие»), что следует рассматривать как попытки поиска компенсаций и противопоставлений ощущениям своего заболевания.

В отличие от этого, у пациентов с *безболевыми формами ИБС словарь важных ощущений* значительно меньше по объему, причем число описывающих болевые ощущения дескрипторов в нем значительно меньше на фоне преобладания дескрипторов эмоционального состояния и тонуса («усталость», «слабость», «пресыщение» и др.).

Таблица 3

Результаты попарного сравнения объемов словарей интрацептивных ощущений у пациентов с болевой и безболевыми формами ИБС

Типы словаря	Сумма рангов (в группах)		Значения статистик		p-level
	Б ИБС	ББ ИБС	U	Z	
Общий	2372,0	2678,0	1196,0	-0,36	0,7198
Знакомые ощущения	2390,5	2659,5	1214,5	-0,23	0,8172
Важные ощущения	3672,0	1378,0	0,0*	8,61	<0,00001
Болезненные ощущения	3672,0	1378,0	0,0*	8,61	<0,00001
Угрожающие ощущения	3476,5	1573,5	195,5*	7,26	<0,00001
Часто испытываемые ощущения	3593,0	1457,0	79,0*	8,07	<0,00001

Примечание: * отмечены значимые U-критерии.

Словарь *болезненных ощущений у больных с болевой формой ИБС* также более обширен и представлен дескрипторами для описания характерных для ИБС конкретных телесных ощущений («жжение», «давление», «тяжесть», «онемение», «биение»), а также описаниями ощущения сниженного тонуса («слабость», «невозмогу», «усталость», «истощение»).

Характерной особенностью *словаря болезненных ощущений у больных безболевой формой ИБС* является его достоверно меньший объем с почти полным отсутствием дескрипторов, описывающих именно болевые ощущения; включением в его состав описания иных интрацептивных феноменов («давление», «удушие», «учащаться»), негативных эмоциональных состояний («тревога») и ощущений сниженного тонуса («усталость», «слабость», «вялый»).

Также более обширный *словарь угрожающих ощущений у больных с болевым вариантом ИБС* включает в себя конкретные телесные ощущения со стороны сердечной и дыхательной систем («жжение», «давление», «боль», «удушие», «онемение»), при том что аналогичный словарь у больных с безболевым течением представлен совершенно другим набором дескрипторов («слабость», «тошнота», «пронзать», «ожог» и др.).

Объем *словаря часто испытываемых ощущений* у всех обследованных пациентов превышает объем *словаря угрожающих ощущений* (у больных с болевой формой ИБС такое превышение более выражено), но включает в себя дескрипторы, которые объективно не относятся к числу угрожающих ощущений («биение», «дрожь», «тяжесть», «укол»).

Квалификация выбранных дескрипторов по категориям (*классификациям*) «Части речи», «Метафоры, описывающие телесные и психические феномены», «Дескрипторы, описывающие конкретные и диффузные ощущения» и «Частотность» потребовала более подробного разбиения категорий на единицы анализа (*таксонам классификации*).

Так, в классификации «Части речи» отдельно подсчитывалось число существительных, глаголов, прилагательных, наречий и причастий. При классификации телесных и психических метафор все они рассматривались не только в дифференциации на описывающие соматические ощущения либо психические состояния и чувства, но и общие (либо не относимые к какому либо из этих двух

кластеров) феномены. Квалификация «конкретных–диффузных» дескрипторов проводилась путем дихотомии на «обозначающие конкретные (локализованные) ощущения» – «обозначающие диффузные (общие, генерализованные) ощущения или чувства». Классификация по критерию «Частотность» проводилась путем определения высоко-, средне- и низкочастотных дескрипторов.

Анализ распределения дескрипторов по таксонам в каждой классификации (табл. 4), показал, что все обследуемые при выборе дескрипторов интрацептивных ощущений отдавали предпочтение существительным и, на втором месте – прилагательным. Кроме того, отдавалось предпочтение телесным и психическим дескрипторами, а также дескрипторам с высокой частотой встречаемости. Достоверные межгрупповые различия проявляются стремлением пациентов с болевой формой ИБС пользоваться при описании интрацептивных (особенно болезненных и важных) ощущений преимущественно конкретными дескрипторами, при том, что больные с безболевыми формами ИБС чаще использовали для этого диффузные дескрипторы.

Следовательно, у больных с болевым вариантом ИБС (связанным с наличием приступов стенокардии, протекающих в подавляющем большинстве случаев с выраженным болевым синдромом), живущих в ожидании очередного приступа, наблюдается более развернутая интрацептивная картина болезни, отражающаяся большим числом болезненных, конкретных, высокочастотных ощущений. Тенденция к формированию более обширного (по сравнению с пациентами с безболевыми вариантами ИБС) набора дескрипторов у таких пациентов отмечается в словарях *важных* и *болезненных ощущений*, и, в меньшей степени – в словарях *опасных* и *часто встречающихся ощущений*. Причем такой вывод касается использования в этих словарях прежде всего дескрипторов по всем таксонам классификатора «Части речи», таксонов «телесные ощущения» и «психические состояния и чувства», «конкретные ощущения» и, в меньшей мере – средне- и высокочастотных описаний.

В свою очередь, у более пожилых больных ИБС, которые в большинстве своем ранее уже перенесли инфаркт миокарда, заболевание протекает чаще всего без выраженных болевых ощущений, что находит адекватное отражение в предпочтениях при выборе тех

Таблица 4
Удельный вес дескрипторов интрацептивных ощущений, включаемых пациентами с болевой и безболевой формами ИБС в состав различных словарей (частота использования, в % от исходного набора дескрипторов соответствующего таксона классификации)

Таксоны классификаций	Словари ощущений											
	Общий		Пережитые		Важные		Болезненные		Опасные		Часто встречающиеся	
	Б ИБС	ББ ИБС	Б ИБС	ББ ИБС	Б ИБС	ББ ИБС	Б ИБС	ББ ИБС	Б ИБС	ББ ИБС	Б ИБС	ББ ИБС
Существительные	49,4	45,3	45,7	43,8	26,8	15,6	28,9	14,2	19,7	11,6	22,3	13,2
	33,9	32,5	31,8	32,5	18,9	9,5	24,7	10,3	14,3	7,5	12,6	8,4
	22,3	20,8	20,4	19,6	11,7	6,7	12,3	6,7	9,5	5,1	11,2	5,1
Части речи	35,4	32,6	35,4	32,6	23,6	11,6	23,2	11,6	10,2	9,7	12,5	10,1
	32,8	38,6	31,7	35,7	9,6	6,1	15,4	6,1	3,5	4,8	3,7	4,8
	8,5	10,6	5,7	5,2	3,4	3,7	3,2	3,9	1,4	1,8	1,3	1,9
Метафоры–телесные–психические	55,3	47,9	50,2	41,6	28,9	12,4	35,4	12,5	21,4	9,6	23,1	11,3
	51,2	52,3	60,8	63,4	23,4	15,6	18,5	14,1	13,2	4,2	14,9	7,4
	45,6	38,7	47,4	39,5	21,8	9,5	25,6	8,6	12,5	6,3	13,8	8,3
Конкретные–диффузные	41,9	46,2	38,3	45,7	15,3	10,6	18,9	11,9	11,3	9,7	12,4	9,9
	14,3	16,4	11,2	14,9	3,1	3,7	3,1	3,7	1,9	1,4	1,9	1,4
	31,3	30,9	32,5	31,6	17,5	9,8	19,6	10,1	8,6	5,3	10,2	6,7
Высокочастотные	54,2	46,9	53,5	46,9	23,9	14,3	26,4	15,1	11,8	8,6	12,6	9,5

или иных дескрипторов. Такие пациенты предпочитают причастия (почти во все словари) и «диффузные» дескрипторы (в общий словарь и словарь пережитых ощущений).

Выводы

1. Обобщение социально- и клинико-психологических характеристик принявших участие в исследовании пациентов с ИБС соответствуют распространенным в научной литературе описаниям этой группы больных, что позволяет рассматривать эту выборку как репрезентативную в части нозологической специфичности и дифференцированную в отношении критерия сравнения – наличие / отсутствие болевых ощущений в субъективной картине интрацепции у кардиологических больных.

Результаты исследования особенностей ВКБ в части изучения системы отношений к болезни у пациентов с болевой и безболевой формами ИБС свидетельствуют, что в каждой группе пациентов наблюдаются:

- преобладание характерных для них вариантов отношения к болезни (анозогнозического – при болевой и эргопатического – при безболевой формах);
- достоверно более высокая выраженность апатического, эгоцентрического радикалов отношения к болезни – при болевом варианте течения ИБС, и меланхолического и сенситивного – у больных с безболевой формой ИБС;
- большая частота встречаемости у пациентов с безболевой формой ИБС смешанных типов отношения к болезни, свидетельствующих о наличии признаков нарушений психической адаптации.

2. Анализ особенностей интрацепции у пациентов с болевыми и безболевыми формами ИБС свидетельствует о наличии определенных различий в составе и структуре формируемых ими словарей дескрипторов для обозначения испытываемых ими телесных ощущений. При этом особенности такого выбора во многом объясняются спецификой протекания заболевания и, в частности, наличием/отсутствием болевого синдрома в объективной и субъективной картине течения ишемической болезни сердца.

Литература

1. Алехин, А.Н. Отношение к болезни у пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния / А.Н. Алехин, Е.А. Трифонова,

А.В. Чернорай // *Артериальная гипертензия*. – 2012. – Т. 18. – № 4. – С. 317–324.

2. Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни / Г.А. Арина, А.Ш. Тхостов // *Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях: сб. науч. тр. Ленинград: Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т, 1990. С. 32–38.*

3. Бузиаивили, Ю.И. Особенности поражения коронарного русла у больных с безболевой ишемией миокарда / Ю.И. Бузиаивили, Р.И. Кабулова // *Кардиология*. – 2004. – № 2. – С. 4–7.

4. Бэрн, Р. Модель поведения лиц, предрасположенных к коронарным заболеваниям, и агрессия: почему «А» в типе «А» может означать агрессию? / Р. Бэрн, Д. Ричардсон // *Агрессия*. – СПб., 1998. – С. 203–205.

5. Васляева, С.Н. Безболевая ишемия миокарда: патогенетические и патофизиологические механизмы. Традиционные и метаболические аспекты терапии / С.Н. Васляева, В.А. Люсов // *Российский кардиологический журнал*. – 2004. – № 4. – С. 74–83.

6. Диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца: клинич. рекомендации. – М., 2013. 69 с.

7. Качковский, М.А. Диагностика депрессии у больных инфарктом миокарда / М.А. Качковский, Н.Н. Крюков // *Воен.-мед. журн.* – 2005. – № 3. – С. 52.

8. Клиническая классификация ишемической болезни сердца ВКНЦ АМН СССР (1984), разработанная на основе рекомендаций экспертов ВОЗ (1979) – <http://www.forens-med.ru/book.php?id=432>

9. Личко, А.Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А.Е. Личко, Н.Л. Иванов // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 1980. – № 8. – С. 1195–1198.

10. Менделевич, В.Д. Терминологические основы феноменологической диагностики (тезаурус психолого-психиатрических синонимов) / В.Д. Менделевич. – СПб: Питер, 2004. – 336 с.

11. Меркурьева, А.А. Характеристики личности и особенности эмоциональной сферы больных ишемической болезнью сердца с болевым и безболевым вариантами течения: дис. ... канд. психол. наук / А.А. Меркурьева. – СПб, 2001. – 146 с.

12. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: методические рекомендации / сост. Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. – Л., 1987. – 27 с.

13. Методическое пособие по применению теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» для исследования особенностей вербализации внутреннего опыта / сост. А.Ш. Тхостов, С.П. Елианский. – М., 2003. – 24 с.

14. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. – М.: Медицина, 1987. – 167 с.
15. Николаева, В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания: автореферат дис. ... д-ра психол. наук / В.В. Николаева. – М., 1992. – 49 с.
16. Николаева, В.В. От традиционной психосоматики к психологии телесности / В.В. Николаева, Г.А. Арина // Вестник МГУ. – Серия 14. Психология. – 1996. – № 2.
17. Положенцев, С.Д. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А) / С.Д. Положенцев, Д.А. Руднев. – Ленинград: Наука, 1990. – 171 с.
18. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / сост. Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова и др. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 32 с.
19. Смирнов, В.М. Основные принципы и методы исследования «внутренней картины болезни» / В.М. Смирнов, Т.Н. Резникова // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – М., 1983. – С 38–61.
20. Смулевич, А.Б. Депрессии в общей медицинской практике / А.Б. Смулевич. – М.: Эксмо, 2000. – 341 с.
21. Смулевич, А.Б. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь / А.Б. Смулевич, А.Ш. Тхостов, А.Л. Сыркин // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – № 7. – С. 4–9.
22. Ташлыков, В.А. Психология лечебного процесса / В.А. Ташлыков. – Л., 1984. – 232 с.
23. Тхостов, А.Ш. Болезнь как семиотическая система / А.Ш. Тхостов // Вестник МГУ. Серия «Психология». – 1993. – № 4. – С. 13–24.
24. Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. – М.: Мысль, 2002. – 287 с.
25. Тхостов, А.Ш. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни / А.Ш. Тхостов, Г.А. Арина // Психологическая диагностика отношения к болезни при невропсихической соматической патологии. – Л., 1990. – С. 32–38.
26. Тхостов А.Ш. Метод исследования интрацептивной семантики при ипохондрических синдромах. / А.Ш. Тхостов, О.В. Ефремова // Тезисы докладов Всесоюзной конференции «Актуальные проблемы пограничной психиатрии». – М.; Витебск, 1989. – Ч. I. – С. 110–112.
27. Штрахова, А.В. Личностный смысл болезни суммарный вектор психического отражения болезни болеющим субъектом / А.В. Штрахова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2008. – № 33. – С. 78–82.
28. Языкова, Т.А. Поведение типа А: проблемы изучения и психологическая коррекция / Т.А. Языкова, В.П. Зайцев // Психологический журнал. – 1990. – Т. 11. – № 5. – С. 56–60.
29. Cameron, L. Anxiety, cognitions and responses to health threat / Cameron L., Leventhal H. (Eds.) // The self-regulation of health and illness behavior. – New-York: Routledge, 2003. – P. 157–183.
30. Denollet, J. Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction / J. Denollet, D.L. Brutsaert // Circulation. – 1998. – 273 p.
31. Fleet, R. Is panic disorder associated with coronary artery disease? A critical review of the literature / R. Fleet, K. Lavoie, B.D. Beitman // J Psychosom Res. – 2000. – V. 7 – P. 35–38.
32. Hagger, M.A. Meta-analytic review of the common-sense model of illness representation / M. Hagger, S. Orbell // Psychology and Health. – 2003. – Vol. 18(2). – P. 141–184.
33. Kaptein, A. Representation of chronic illness / Kaptein A., Scharloo M., Helder D., et al // The self-regulation of health and illness behavior. – New York: Routledge, 2003. – P. 97–118.
34. Leventhal H. The common-sense model of self-regulation of health and illness / H. Leventhal, I. Brissette, E. Leventhal // The self-regulation of health and illness behavior. – New York: Routledge, 2003. – P. 42–65.

Штрахова Анна Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической психологии, Южно-Уральский государственный университет (Челябинск), avshtrahova@mail.ru

Семиряжко Антон Владимирович, магистр по направлению «Психология» кафедры клинической психологии, Южно-Уральский государственный университет (Челябинск), antonys38@gmail.com

Поступила в редакцию 18 марта 2015 г.

FEATURES AND INTRATSEPTSII INTERNAL PICTURE OF ILLNESS IN PATIENTS WITH PAINFUL AND PAINLESS CORONARY HEART DISEASE

A.V. Shtrakhova, South Ural State University, Chelyabinsk, Russian Federation, avshtrakhova@mail.ru, shtrakhovaav@susu.ac.ru

A.V. Semiryazhko, South Ural State University, Chelyabinsk, Russian Federation, antonys38@gmail.com

The theoretical and empirical results of clinical and psychological features perception of bodily sensations and the types of attitude to the disease in patients with painful and painless forms of coronary disease produced. The relevance of the study due to the important role of this disease in the formation of demographic indicators of morbidity and mortality in the working age population. The basic directions of medical and psychological studies of patients with coronary heart disease described. Particular attention is paid to modern approaches of study internal picture of the disease, including in respect of the psychology of corporeality. The theoretical analysis of the intraception mechanisms and their role in the formation of sensory and intellectual levels of internal picture of the disease. Describe the phenomenon of psychosomatic symptom and disease mythologizing.

Sample's representativeness proved on materials of the investigation of 48 patients with pain and 50 patients with painless CHD. The features of attitude to the disease is that anosognosic type prevale in the presence of pain form of the disease with the pain and ergopathic type - in the presence of painless form of the disease. Psychological factors, which form them explained. The data on the presence of mental disorders in the painless form of adaptation obtained. Analyzed in detail the composition and structure of the 6 types of dictionaries intraceptional sensations characteristic of patients with different forms of the disease. The features of the dictionaries familiar, important and painful, threatening and often experience a sensation for pain and painless forms of coronary artery disease. It is proved that the presence / absence of pain is specifically reflected in the level of intraceptional internal picture of illness. The features of perception of bodily sensations in various forms of coronary heart disease explained.

Keywords: psychosomatic medicine, psychology corporeality, bodily sensations, intraception, internal picture of the disease, ischemic heart disease.

References

1. Alehin A.N., Trifonova E.A., Chernoraj A.V. [Relation to Illness of Patients Undergoing Urgent Cardiac Status]. *Arterial'naja gipertenzija* [Arterial Hypertension], 2012, vol. 18, no 4, pp. 317–324. (in Russ.)
2. Arina G.A., Thostov A.Sh. [Theoretical Problems of Investigation of the Internal Picture of the Disease]. *Psichologicheskaja diagnostika otnoshenija k bolezni pri nervno-psihicheskij i somaticheskij zabolevanijah: sb. nauch. tr.* [Psychological Diagnosis of the Relation to Illness in the Presence of Neuropsychiatric Disorders and Somatic]. Leningrad, Leningradskij nauchno-issledovatel'skij psihonevrologicheskij institute Publ., 1990, pp. 32–38. (in Russ.)
3. Buziashvili Ju.I., Kabulova R.I. [Features of Coronary Lesions in Patients with Silent Myocardial Ischemia]. *Kardiologija* [Cardiology], 2004, no. 2, pp. 4–7. (in Russ.)
4. Bjeron R., Richardson D. *Model' povedenija lic, predispolozhennyh k koronarnym zabolevanijam, i agressija: pochemu «A» v tipe «A» mozhet oznachat' agressiju?* [Pattern of Behavior of Individuals Predisposed to Coronary Heart Disease, and Aggression: why "A" in the Class "A" Can Mean Aggression?]. *Agressija* [Aggression]. St. Petersburg, 1998. pp. 203–205.
5. Vasljaeva S.N., Ljusov V.A. [Painless Myocardial Ischemia: Pathogenetic and Pathophysiological Mechanisms. Traditional and Metabolic Aspects of Therapy]. *Rossijskij kardiologicheskij zhurnal* [Journal of Cardiology], 2004, no. 4, pp. 74–83. (in Russ.)
6. *Diagnostika i lechenie hronicheskij ishemijskoj bolezni serdca: Klinich.rekomendacii* [Diagnosis and Treatment of Chronic Ischemic Heart Disease]. Clinical Recommendation, Moscow, 2013, p 69.
7. Kachkovskij M.A., Krjukov N.N. [Diagnosis of Depression in Patients with Myocardial Infarction]. *Voeno-meditsinskij zhurnal*. [Military Medical Journal], 2005, no. 3. p. 52. (in Russ.)
8. *Klinicheskaja klassifikacija ishemijskoj bolezni serdca VKNC AMN SSSR (1984), razrabotannaja na osnovie rekomendacij jekspertov VOZ (1979)* [Clinical Classification of Coronary Heart Disease VKNC AMS USSR (1984), Based on the Recommendations of the WHO Expert (1979)]. Available at: <http://www.forens-med.ru/book.php?id=432>

9. Lichko A.E., Ivanov N.L. [Medical and Psychological Examination of Somatic Patients]. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of Neuropathology and Psychiatry named S.S. Korsakoff's], 1980, no. 8, pp. 1195–1198. (in Russ.)
10. Mendelevich V.D. *Terminologicheskie osnovy fenomenologicheskoy diagnostiki (tezaurus psichologo–psihiatricheskikh sinonimov)* [Terminology Bases Phenomenological Diagnostic (Thesaurus of Psychological and Psychiatric Synonyms)]. St. Petersburg, Piter, 2004, 336 p.
11. Merkur'eva A.A. *Harakteristiki lichnosti i osobennosti jemocional'noj sfery bol'nyh ishemicheskoy bolezni serdca s bolevym i bezbolevym variantami techenija*. Dis. kand. nauk [Personality Characteristics and Features of the Emotional Sphere of Coronary Heart Disease Patients with Pain and Painless Variants of the Course. Diss/ Kand.]. St. Petersburg, 2001, 146 p.
12. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova Je.B., Vuks A.Ja. *Metodika dlja psichologicheskoy diagnostiki tipov otnoshenija k bolezni: metodicheskie rekomendacii* [Methods for Psychological Diagnosis Type Attitude to the Disease: Methodical Recommendations]. Leningrad, 1987. 27 p.
13. Thostov A.Sh., Elshanskij S.P. *Metodicheskoe posobie po primeneniju testa «Vybor deskriptorov intraceptivnyh oshhushhenij» dlja issledovanija osobennostej verbalizacii vnutrennego opyta* [Methodical Textbook for the Application of the Test "Selecting Descriptors Intratseptivnyh Feelings" for Studies of the Verbalization of Inner Experience]. Moscow, 2003. 24 p.
14. Nikolaeva V.V. *Vlijanie hronicheskoy bolezni na psihiku* [Influence of Chronic Disease on the Psyche]. Moscow, Medicina Publ., 1987. 167 p.
15. Nikolaeva V.V. *Lichnost' v uslovijah hronicheskogo somaticheskogo zabolevanija*. Avtoref. doct. diss. [Personality in Conditions of Chronic Physical Illness. Abstract of doct. diss.]. Moscow, 1992. 49 p.
16. Nikolaeva V.V., Arina G.A. *Ot tradicionnoj psihosomatiki k psichologii telesnosti* [From Traditional Psychosomatic to Psychology Corporality]. *Vestnik MGU Serija 14. Psichologija* [Bulletin of Moscow State University. Ser. 14 Psychology], 1996, no. 2.
17. Polozhencev S.D., Rudnev D.A. *Povedencheskij faktor riska ishemicheskoy bolezni serdca (tip A)* [Behavioural Risk Factors for Coronary Heart Disease (Type A)]. Leningrad, Nauka, 1990. 171 p.
18. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova Je.B. *Psichologicheskaja diagnostika otnoshenija k bolezni: Posobie dlja vrachej* [Psychological Diagnostics of Attitude to the Disease: A Guide for Doctors]. St. Petersburg, NIPNI im. V.M. Behtereva Publ., 2005. 32 p.
19. Smirnov V.M., Reznikova T.N. *Osnovnye principy i metody issledovanija «vnutrennej kartiny bolezni»* [The Basic Principles and Methods of Investigation "Internal Picture of the Disease"]. *Metody psichologicheskoy diagnostiki i korekcii v klinike* [Methods of Psychological Diagnosis and Correction in the Clinic]. Moscow, 1983, pp. 38–61.
20. Smulevich A.B. *Depressii v obshhemedicinskoj praktike* [Depression in General Medical Practice]. Moscow, Jeksmo, 2000. 341 p.
21. Smulevich A.B., Thostov A.Sh., Syrkin A.L. [Clinical and Psychological Aspects of the Response to the Disease]. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of Neuropathology and Psychiatry named after SS Korsakoff's]. 1997, no. 7, pp. 4–9. (in Russ.)
22. Tashlykov V.A. *Psichologija lechebnogo processa* [The Psychology of the Therapeutic Process]. Leningrad, 1984. 232 p.
23. Thostov A.Sh. [Illness as a Semiotic System]. *Vestnik MGU. Ser. Psichologija* [Bulletin of the Moscow State University. Ser. Psychology], 1993, no. 4, pp. 13–24. (in Russ.)
24. Thostov A.Sh. *Psichologija telesnosti* [Psychology of Corporeality]. Moscow, Mysl', 2002, 287 p.
25. Thostov A.Sh., Arina G.A. *Teoreticheskie problemy issledovanija vnutrennej kartiny bolezni* [Theoretical Problems of Investigation of the Internal Picture of the Disease]. *Psichologicheskaja diagnostika otnoshenija k bolezni pri nervno–psichicheskoy somaticheskoy patologii* [Psychological Diagnosis Relation to the Disease in Presence of Neuro–Psychological Somatic Pathology]. Leningrad, 1990, pp. 32–38.
26. Thostov A.Sh., Efremova O.V. *Metod issledovanija intraceptivnoj semantiki pri ipohondricheskikh sindromah* [The Research Method Intratseptivnoy Semantics when Hypochondriacal Syndromes]. *Tezisy dokladov Vsesojuznoj konferencii «aktual'nye problemy pograničnoj psikiatrii»* [Abstracts of the All-Union Conference "Actual Problems of the Border Psychiatry"]. Moscow, Vitebsk, 1989, Part I, pp. 110–112.
27. Shtrahova A.B. [Personal Sense of Illness Resulting Vector Mental Reflection of the Disease of Ailing Entity]. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*, 2008, no. 33, pp. 78–82. (in Russ.)
28. Jazykova T.A., Zajcev V.P. [Type A Behavior: Problems of Learning and Psychological Correction]. *Psichologicheskij zhurnal* [Psychological Journal], 1990, vol. 11, no. 5, pp. 56–60. (in Russ.)
29. Cameron L., Leventhal H. (Eds.) *Anxiety, cognitions and responses to health threat. The self–regulation of health and illness behavior*. New–York, Routledge, 2003, pp. 157–183.

30. Denollet J., Brutsaert D.L. Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction, *Circulation Publ.*, 1998. 273 p.
31. Fleet R., Lavoie K., Beitman B.D. Is panic disorder associated with coronary artery disease? A critical review of the literature. *J Psychosom Res*, 2000, vol. 7, pp. 35–38.
32. Hagger, M., Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representation. *Psychology and Health*. 2003, vol. 18 (2), pp. 141–184.
33. Kaptein A., Scharloo M., Helder D. Representation of chronic illness. The self-regulation of health and illness behavior. New York, Routledge Publ., 2003, pp. 97–118.
34. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness. The self-regulation of health and illness behavior. New York, Routledge Publ., 2003, pp. 42–65.

Received 18 March 2015

БИБЛИОГРАФИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ СТАТЬИ

Штрахова, А.В. Особенности интрацепции и внутренней картины болезни у пациентов с болевой и безболевой формами ишемической болезни сердца / А.В. Штрахова, А.В. Семиряжко // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2015. – Т. 8, № 2. – С. 43–58.

REFERENCE TO ARTICLE

Shtrakhova A.V., Semiryazhko A.V. Features and Intratsepsii Internal Picture of Illness in Patients with Painful and Painless Coronary Heart Disease. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*. 2015, vol. 8, no. 2, pp. 43–58. (in Russ.)