

3. Ермакова Н.А., Рабданова О.Ц. Современные методы диагностики и лечения возрастной макулярной дистрофии. В кн.: *VI Всероссийская школа офтальмологов: Сборник научных трудов*. М.; 2007: 416–22.
4. Ермакова Н.А., Рабданова О.Ц. Основные этиологические факторы и патогенетические механизмы развития возрастной макулярной дегенерации. *Клиническая офтальмология*. 2007; 3: 125–8.
5. Нероев В.В. Российское наблюдение эпидемиологическое неинтервенционное исследование пациентов с влажной формой возрастной макулярной дегенерации. *Российский офтальмологический журнал*. 2011; 2: 4–9.
2. Libman E. C., Tolmachev, R. A., Shakhova E.V. Epidemiological characteristics of disability due to major forms of maculopathy. In: *Materials of the II All-Russian Seminar "Macula – 2006". [Materialy II Vserossiyskogo seminara "Macula – 2006"]*. Rostov-on Don; 2006: 15–7. (in Russian).
3. Ermakova N.A., Rabdanova O.Ts. Modern methods of diagnostics and treatment of age-related macular degeneration. In: *VI Russian School of Ophthalmologists: Collection of scientific works. [VI Vserossiyskaya shkola oftal'mologov: Sbornik nauchnykh trudov]*. Moscow; 2007: 416–22. (in Russian)
4. Ermakova N.A., Rabdanova O.Ts. Main etiological factors and pathogenetic mechanisms of development of age-related macular degeneration. *Klinicheskaya oftal'mologiya*. 2007; 3: 125–8. (in Russian)
5. Neroev V.V. Russia's nationwide epidemiological noninvasive study of patients with wet age-related macular degeneration. *Rossiyskiy oftal'mologicheskiy zhurnal*. 2011; 2: 4–9. (in Russian)

Поступила 16.01.15

## REFERENCES

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.8-009.7-036.12-02:617.58-089.87+616.13-089.843-031:611.127]-07

Ишинова В.А., Митякова О.Н., Поворинский А.А.

## ЗНАЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В ФОРМИРОВАНИИ «ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ» У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АМПУТАЦИЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА, ДО И ПОСЛЕ КУРСА ЭМПАТОТЕХНИКИ

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России, 195067, г. Санкт-Петербург

*В настоящей работе представлены результаты исследования особенностей влияния фантомной и ангинозной боли на формирование «внутренней картины болезни» пациентов после реваскуляризации миокарда и ампутации нижних конечностей. Основными причинами ампутации служили тяжелые хронические заболевания и различные травмы. Наиболее тяжелые нарушения в эмоциональной сфере выявлены у больных ишемической болезнью сердца и пациентов с фантомной болью, причиной ампутации у которых были различные травмы. Возобновление ангинозной боли после реваскуляризации миокарда и резкое изменение социального и экономического статуса больных с фантомной болью привели к более выраженным изменениям психологического и биологического компонентов «внутренней картины болезни» в этих группах. Применение эмпатотехники способствовало уменьшению интенсивности боли, снижению выраженности психопатологических симптомов и улучшению качества жизни больных всех трех групп. Корреляционный анализ показал особенности взаимоотношений между показателями боли и другими компонентами «внутренней картины болезни» у больных с фантомной и ангинозной болью.*

**Ключевые слова:** «внутренняя картина болезни», фантомная боль, ангинозная боль, ишемическая болезнь сердца, ампутация, психофизиологическая саморегуляция, эмпатотехника.

**Для цитирования:** Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015; 18 (3): 15–21.

THE ROLE OF CHRONIC PAIN IN THE FORMATION OF «INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE» IN PATIENTS AFTER LOWER-LIMB AMPUTATION AND MYOCARDIAL REVASCULARIZATION BEFORE AND AFTER A COURSE OF EMPATHO-TECHNIQUE

Ishinova V.A., Mityakova O.N., Povorinskiy A.A.

Saint-Petersburg Scientific and Practical Center of Medical and Social Expertise, Prosthetics and Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, 195067, Saint-Petersburg, Russian Federation

*The paper presents the results of the study of specific influence of phantom and anginal pain on formation of "internal picture of the disease" in patients after myocardial revascularization and lower-limb amputation. The main amputation reasons were chronic diseases and different traumas. The patients with coronary heart disease (CHD) and those with phantom limb pain, who had amputations as a result of trauma, revealed the most severe disturbances in the emotional sphere. Recommencement of the anginal pain after myocardial revascularization and a dramatic change of social and economic status of patients with phantom pain lead to more marked changes of psychological and biological components of "internal picture of the disease" in these groups. The empatot-technique application favored the decrease of pain intensity, reduction of psychopathological symptom*

*manifestation and improved quality of life in all of the three patient groups. Correlation analysis showed special interrelations between pain characteristics and other components of "internal picture of the disease" in patients with phantom and anginal pain.*

**Key words:** "internal picture of the disease"; phantom pain; anginal pain; coronary heart disease (CHD); amputation; psychophysiological autoregulation; empatho-technique.

**Citation:** Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i reabilitatsiya. 2015; 18 (3): 15–21. (In Russ.)

**Correspondence to:** Vera Ishinova – MD, PhD (candidate of psychological sciences); e-mail: vaishinova687@yandex.ru.

Received 12.05.14

Одной из актуальных задач медицинской психологии является изучение «внутренней картины болезни» (ВКБ) пациентов, которая представляет собой совокупность психических, биологических и социальных факторов [1, 2]. Особенности личности больного, различные свойства его характера в условиях болезни, эмоциональное реагирование на заболевание находят отражение в психической составляющей ВКБ. Уровень социально-трудовой активности пациентов представлен в социальном компоненте, а биологические факторы проявляются тяжестью клинического течения заболевания, наличием болевой симптоматики [1–3].

Особый интерес представляет изучение значения хронической боли (ХБ) в формировании ВКБ [4]. ХБ является одной из самых распространенных проблем в клинической практике врача и может служить одной из основных причин ограничения личной, социальной и профессиональной деятельности больных. Согласно определению экспертов Международной ассоциации по изучению боли, боль является хронической, если ее продолжительность составляет 3 мес и более. Как показали исследования, ХБ оказывает негативное влияние на все стороны жизни пациентов и имеет тяжелые физические, психологические и поведенческие последствия [5]. Известно, что влияние ХБ на ВКБ пациентов происходит вне зависимости от ее происхождения (нейрогенная, соматогенная, психогенная боль), локализации (боли в сердце, в культе, в спине, фантомные боли, головные боли и пр.) и других факторов, формирующих специфическую клиническую картину каждого вида болевого синдрома. При этом важно учитывать влияние особенностей течения хронических заболеваний, сопровождающихся болью, или неожиданной травмы с тяжелыми последствиями, представлений человека о возможных последствиях заболевания или травмы, особенностей его характера и эмоциональной сферы на восприятие боли [6, 8]. Факторами риска могут являться негативные эмоциональные переживания (враждебность, депрессия, тревожность), которые играют дезадаптивную роль, нарушая гомеостатическое равновесие, и способствуют возникновению различных патологических процессов, сопровождающихся болью. Так, было отмечено, что под влиянием боли у пациентов, которые имеют склонность испытывать отрицательные эмоции («негативная аффективность»), часто возникает чувство неудовлетворенности не только

в условиях болезни и при стрессовых ситуациях, но и в условиях благополучной жизни, что необходимо учитывать при анализе взаимодействия всех компонентов ВКБ [9, 10].

То есть изучение ВКБ дает комплексное представление о развитии заболевания и позволяет специалистам из разных областей медицины подбирать наиболее эффективные подходы к лечению больных, а непонимание врачами ВКБ приводит к неокказанию своевременной и активной медицинской помощи пациентам, в которой они нуждаются.

В настоящей работе представлены результаты исследования влияния хронической боли на примере ангинозной и фантомной боли продолжительностью от 6 мес до 17 лет на формирование ВКБ у больных после реваскуляризации миокарда и ампутации нижних конечностей.

Цель работы – исследовать особенности взаимоотношения психологических, социальных и биологических компонентов ВКБ у пациентов с ангинозной и фантомной болью, перенесших хирургическое вмешательство, до начала и после курса психофизиологической саморегуляции с применением эмпатотехники.

## Материал и методы

Были обследованы 172 пациента. Из них: 72 пациента (1-я группа) с фантомной болью (ФБ), продолжительностью от 6 мес до 11 лет (50 мужчин и 22 женщины в возрасте от 49 до 70 лет) после ампутации нижних конечностей, причиной которой служили различные, длительно и тяжело протекающие заболевания (МКБ: I70.2; S76,5; E10). У всех обследованных пациентов присутствовали жалобы на продолжительные боли до оперативного лечения; 45 больных (2-я группа) ишемической болезнью сердца (ИБС) (35 мужчин и 10 женщин в возрасте от 49 до 60 лет), у которых, несмотря на реваскуляризацию миокарда, отмечалось возобновление ангинозных болей (АБ). Все больные имели стабильную стенокардию напряжения (МКБ: I20.8; I25.2). Распределение больных по функциональным классам (ФК), сопутствующим заболеваниям и группам инвалидности приведены в табл. 1.

В качестве группы сравнения (3-я группа) были обследованы 55 пациентов (40 мужчин и 15 женщин в возрасте от 34 до 60 лет) после ампутации нижних конечностей, причиной которой были различные перенесенные травмы (МКБ: T34,8; S88,1; S78,1). При этом у обследуемых пациентов до ампутации не отмечалось болевой симптоматики, а после хирургического лечения преобладали жалобы на ФБ, продолжительность которых составляла от 6 мес до 17 лет.

Психологическое тестирование проводили в начале и в конце курса эмпатотехники:

– интенсивность ФБ и АБ, а также физических

Для корреспонденции:

Ишимова Вера Александровна – канд. психол. наук, медицинский психолог отдела психологической реабилитации; 195067, г. Санкт-Петербург, Бестужевская ул., д. 50, e-mail: vaishinova687@yandex.ru.

Таблица 1

Клинико-социальная характеристика больных ИБС (Ишинова В.А., Сердюков С.В. и др., 2013)

Группа	Количество больных	ФК			ИМ	ГБ	ХСН	Инвалидность III-II группы
		I	II	III				
2-я	45	1	36	8	34	38	39	41

Примечание. ИМ – инфаркт миокарда; ГБ – гипертоническая болезнь; ХСН – хроническая сердечная недостаточность.

(физическое функционирование – ФФ, ролевое физическое функционирование – РФФ, витальность – В, общее здоровье – ОЗ), психических (психическое здоровье – ПЗ и ролевое эмоциональное функционирование – РЭФ) и социальных (социальное функционирование – СФ) факторов за период последних 4 нед определяли с помощью опросника качества жизни (КЖ) SF-36 (выраженность полученных показателей в баллах обратно пропорциональна величине показателя используемой шкалы) [11];

– уровень психопатологических симптомов определяли с помощью опросника SCL-90-R (СОМ – соматизация, О-С – обсессивно-компульсивные расстройства, ДЕП – депрессия, АНХ – тревожность, НОС – враждебность, ИНТ – межличностная чувствительность, ПАР – паранойяльные симптомы, ПСЫ – психотизм, РНОВ – фобическая тревожность, АДД – дополнительная шкала, отражающая нарушение сна и

пищевого поведения, GSI – общий индекс тяжести симптомов, PST – общее количество симптомов, PSDI – индекс наличного симптоматического дистресса) [12];

– для выявления типов акцентуаций использовали опросник Леонгарда–Шмишека до начала курса эмпатотехники [13];

– опросник депрессивности по Беку применялся для определения уровня депрессии [13]. Величина меньше 9 баллов оценивалась как отсутствие депрессивной симптоматики; от 10 до 18 – умеренно выраженная депрессия;

– для определения уровня нейротизма (эмоциональной лабильности) использовался опросник Айзенка. При этом учитывалась степень его выраженности: слабо выраженный нейротизм – 1–6 баллов; умеренный нейротизм – 7–11 баллов; выраженный нейротизм – 12–21 балл [13].

С целью уменьшения интенсивности боли применяли метод психофизиологической саморегуляции (эмпатотехника) [14–16].

Курс эмпатотехники состоял из 10 сеансов продолжительностью каждого до 40 мин. Работа осуществлялась с триггерными точками (ТТ): при ИБС – в области передней, боковой и задней поверхностей левой половины грудной клетки и зонами отраженной боли (над-, под- и межлопаточные области спины, передняя поверхность плеча, локтевая поверх-

Таблица 2

Показатели клинической шкалы самоотчета SCL-90-R, уровня нейротизма и депрессии (по Беку) у больных с ФБ (1-я и 3-я группы) и АБ (2-я группа) до начала и после курса эмпатотехники, баллы ( $M \pm m$ )

Шкала	Группа					
	1-я		2-я		3-я	
	до начала курса	после курса	до начала курса	до начала курса	после курса	до начала курса
SCL-90-R:						
СОМ	0,82 ± 0,06	0,44 ± 0,04	1,43 ± 0,07	0,86 ± 0,06	0,92 ± 0,08	0,45 ± 0,05
О-С	0,75 ± 0,11	0,45 ± 0,05	1,00 ± 0,08	0,59 ± 0,06	0,88 ± 0,08	0,46 ± 0,05
ИНТ	0,82 ± 0,12	0,39 ± 0,04	0,81 ± 0,08	0,34 ± 0,05	0,82 ± 0,07	0,35 ± 0,04
ДЕП	0,66 ± 0,05	0,34 ± 0,04	0,91 ± 0,08	0,43 ± 0,06	0,85 ± 0,08	0,32 ± 0,04
АНХ	0,45 ± 0,04	0,22 ± 0,03	0,91 ± 0,09	0,38 ± 0,05	0,70 ± 0,07	0,20 ± 0,04
НОС	0,55 ± 0,05	0,26 ± 0,03	0,81 ± 0,10	0,35 ± 0,05	1,16 ± 0,38	0,27 ± 0,04
РНОВ	0,40 ± 0,05	0,22 ± 0,04	0,46 ± 0,08	0,14 ± 0,03	0,41 ± 0,06	0,13 ± 0,04
ПАР	0,55 ± 0,05	0,30 ± 0,04	0,52 ± 0,06	0,25 ± 0,05	0,69 ± 0,06	0,32 ± 0,04
ПСЫ	0,29 ± 0,04	0,15 ± 0,02	0,41 ± 0,08	0,17 ± 0,03	0,44 ± 0,05	0,17 ± 0,02
АДД	0,74 ± 0,06	0,42 ± 0,04	1,09 ± 0,08	0,45 ± 0,04	0,35 ± 0,08	0,39 ± 0,04
GSI	0,59 ± 0,03	0,33 ± 0,02	0,86 ± 0,06	0,42 ± 0,03	0,88 ± 0,16	0,32 ± 0,02
PST	35,63 ± 1,82	22,06 ± 1,71	45,88 ± 2,50	28,09 ± 2,0	40,80 ± 2,25	22,09 ± 1,53
PSDI	1,43 ± 0,04	1,22 ± 0,02	1,62 ± 0,05	1,29 ± 0,04	1,53 ± 0,05	1,22 ± 0,04
Уровень нейротизма	12,12 ± 0,33	8,85 ± 0,24	13,06 ± 0,41	10,14 ± 0,35	12,39 ± 0,47	8,73 ± 0,35
Депрессия (по Беку)	9,96 ± 1,12	5,67 ± 0,86	12,12 ± 1,39	7,87 ± 1,26	10,89 ± 1,73	5,16 ± 0,68

Примечание. СОМ – соматизация, О-С – обсессивно-компульсивные расстройства, ДЕП – депрессия, АНХ – тревожность, НОС – враждебность, ИНТ – межличностная чувствительность, ПАР – паранойяльные симптомы, ПСЫ – психотизм, РНОВ – фобическая тревожность, АДД – дополнительная шкала, отражающая нарушение сна и пищевого поведения, GSI – общий индекс тяжести симптомов, PST – общее количество симптомов, PSDI – индекс наличного симптоматического дистресса. Здесь и в табл. 3:  $M \pm m$  – среднее ± ошибка среднего; жирным шрифтом обозначены достоверно значимые различия;  $p < 0,05$  – уровень значимости.

**Показатели качества жизни (опросник SF-36) у больных с ФБ (1-я и 3-я группы) и АБ (2-я группа) до начала и после курса эмпатотехники, баллы ( $M \pm m$ )**

Шкала	Группа					
	1-я		2-я		3-я	
	до начала курса	после курса	до начала курса	после курса	до начала курса	после курса
SF-36:						
ФФ	28,21 ± 1,63	39,15 ± 2,20	56,65 ± 2,82	62,41 ± 2,98	49,04 ± 3,69	54,11 ± 3,64
РФФ	34,93 ± 3,26	66,78 ± 3,17	33,36 ± 5,10	50,61 ± 4,57	49,48 ± 4,91	69,32 ± 3,62
Б	38,23 ± 1,72	79,17 ± 1,45	41,91 ± 2,33	58,19 ± 2,78	37,57 ± 2,12	77,13 ± 1,85
ОЗ	49,85 ± 1,72	61,12 ± 1,51	44,0 ± 2,46	51,48 ± 2,47	53,63 ± 2,45	64,45 ± 2,04
В	57,88 ± 1,62	66,51 ± 1,93	45,91 ± 2,39	53,54 ± 2,39	56,85 ± 2,73	68,09 ± 2,41
СФ	78,73 ± 2,52	93,55 ± 1,59	63,64 ± 4,24	73,23 ± 3,50	70,85 ± 3,65	91,70 ± 2,06
РЭФ	66,12 ± 4,61	91,27 ± 2,37	48,06 ± 5,95	74,19 ± 4,25	64,74 ± 5,48	88,86 ± 3,34
ПЗ	62,24 ± 1,67	74,86 ± 1,48	54,95 ± 2,48	63,07 ± 2,14	55,00 ± 2,11	72,36 ± 1,54

Примечание. ФФ – физическое функционирование, РФФ – ролевое физическое функционирование, Б – боль, ОЗ – общее здоровье, В – витальность, СФ – социальное функционирование, РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование, ПЗ – психическое здоровье.

ность предплечья); при ФБ осуществлялся поиск ТТ на культе, при пальпации которых возникали болевые ощущения в фантомной конечности. После обнаружения ТТ пациенты устанавливали связь между ощущением боли в ней и ее цветовым отражением. При смене цвета зрительных ощущений от длинноволновых к средне- и коротковолновым, а также изменении цвета «серой шкалы» от черного до светло-серого с дальнейшей стабилизацией цвета изменялась интенсивность ощущения боли. Предполагалось, что ощущения боли конвергируют со зрительными ощущениями. Наиболее вероятно, конвергенция происходит в таламических структурах, состоящих из полисенсорных нейронов, и является причиной активации ноцицептивной системы мозга, что приводит к снижению интенсивности боли [7, 14].

Статистическая обработка проводилась с помощью компьютерной программы Statistica 6.0. Применялись параметрические и непараметрические методы. Статистически значимыми принимали результаты на уровне  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

До начала курса эмпатотехники у всех обследованных больных АБ и ФБ высокой степени интенсивности (1-я группа = 38,23±1,72; 2-я группа = 41,9±2,33; 3-я группа = 37,57±2,12) сопровождалась выраженными негативными эмоциями (ANX, DEP и NOS), эмоциональной лабильностью, умеренным уровнем депрессии (по Беку) и усилением симптомов вегетативного возбуждения (СОМ) со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем (табл. 2). Наличие повторяющихся навязчивых и тягостных мыслей у больных относительно состояния своего здоровья, дальнейших жизненных перспектив нашло отражение в повышенном показателе шкалы О-С (см. табл. 2). А зависимость от мнения окружающих, беспокойство и тревога в сфере межличностных контактов, склонность к иррациональным страхам, внутриличностным и межличностным конфликтам, сопровождающимся

подозрительностью, недоверчивостью, отсутствием веры в позитивный исход лечения и в собственные возможности, – в шкалах PAR, INT, РНОВ (см. табл. 2).

В случае оценки физических и психосоциальных компонентов КЖ у пациентов всех трех групп обнаружены их низкие уровни, что свидетельствует о негативном влиянии хронической боли на все составляющие ВКБ (табл. 3). Однако, согласно проведенным исследованиям, СФ у всех обследуемых пациентов было на достаточно высоком уровне, что соответствует низким значениям показателя PSY (см. табл. 2 и 3). Выявленные нарушения нашли отражение в интегральных показателях GSI и PSDI как показатели глубины и интенсивности психического дистресса, а также индекса общего количества симптомов (PST), представляющего широту диапазона имеющейся симптоматики.

Выраженная психопатологическая симптоматика и низкий уровень КЖ на фоне продолжительной ФБ и АБ оказали негативное воздействие на проявления характерологических свойств личности пациентов (табл. 4). Согласно проведенному ранее исследованию акцентуаций характера в группе условно здоровых людей, не имеющих соматических и неврологических жалоб, диапазон до 15 баллов был оценен как вариант нормы, от 15 до 19 баллов – как отражающий наличие тенденций к акцентуациям [9].

Полученные данные позволили установить некоторые особенности проявления темперамента и характера больных с АБ и ФБ. Во всех группах обнаружены только тенденции к акцентуациям (см. табл. 4). У пациентов с АБ были обнаружены такие черты темперамента (циклотимного и эмотивного типов), как повышенная чувствительность, эмоциональность, частая смена настроения от печали и подавленности к бурному проявлению радости. А особенности характера педантичного, застревающего и возбудимого типов проявлялись в недоверчивости, настороженности, обидчивости и пунктуальности, с одной стороны, и импульсивности, склонности к конфликтам,

Таблица 4

Типы акцентуаций у пациентов с ФБ (1-я и 3-я группы) и АБ (2-я группа), баллы ( $M \pm m$ ) [6]

Тип акцентуаций	Группа		
	1-я ( $n = 30$ )	2-я ( $n = 33$ )	3-я ( $n = 32$ )
Темперамент:			
дистимический	10,83 ± 0,85	14,2 ± 0,7	11,61 ± 0,75
эмотивный	13,74 ± 0,70	<b>17,5 ± 0,9</b>	14,36 ± 0,54
тревожный	<b>16,3 ± 0,67</b>	10,3 ± 0,8	<b>15,92 ± 0,55</b>
гипертимный	13,48 ± 0,84	13,8 ± 0,9	13,44 ± 0,65
циклотимный	14,12 ± 1,0	<b>15,3 ± 1,01</b>	14,61 ± 0,70
экзальтированный	6,59 ± 1,0	14,5 ± 1,1	8,42 ± 0,92
Характер:			
демонстративный	<b>15,48 ± 0,92</b>	13,0 ± 0,7	<b>15,61 ± 0,91</b>
педантичный	12,09 ± 1,21	<b>15,1 ± 0,8</b>	14,25 ± 0,84
застравающий	11,5 ± 1,07	<b>15,2 ± 0,6</b>	14,50 ± 0,76
возбудимый	13,58 ± 0,88	<b>15,6 ± 0,7</b>	14,41 ± 0,32

Примечание.  $M \pm m$  – среднее ± ошибка среднего; жирным шрифтом обозначены тенденции к акцентуациям;  $p < 0,05$  – уровень значимости.

неуживчивости, низкой контактности в общении – с другой (см. табл. 4).

У пациентов с ФБ обеих групп обнаружены тенденции к акцентуациям тревожного и демонстративного типов, что представлено в низкой контактности с окружающими, неуверенности в себе, повышенной чувствительности, обидчивости, эмоциональной лабильности, с одной стороны, и демонстративностью поведения, эгоцентризмом – с другой. То есть усиление негативных эмоциональных переживаний, связанных с болью, и снижение КЖ больных способствовали усилению проявления самых неблагоприятных черт характера. Выявленные характеристики достаточно противоречивы и могут свидетельствовать о наличии внутреннего психологического конфликта, который может усугублять и осложнять течение заболевания.

Сравнительный анализ межгрупповых данных, полученных до начала курса эмпатотехники, выявил отсутствие достоверных различий между показателями боли у больных с АБ и ФБ. При этом на фоне боли одинаковой степени интенсивности у пациентов с ИБС отмечались более выраженные ( $p < 0,01$ ) соматовегетативные реакции, чем у больных с ФБ. Уровень депрессии был выше ( $p < 0,01$ ) у пациентов 2-й и 3-й групп, а уровень ПЗ ( $p < 0,05$ ) ниже в сравнении с показателями 1-й группы (см. табл. 2 и 3). Наиболее высокий уровень ( $p < 0,001$ ) враждебности (HOS) выявлен у больных 3-й группы. Можно предположить, что более выраженная психопатологическая симптоматика у больных 2-й и 3-й групп могла быть связана с малой эффективностью оперативного лечения (возобновление АБ) в случае больных ИБС. Снижение же уровня социально-трудовой активности, а в связи с этим и скорого изменения социального и экономического статуса, внутрисемейных отношений более характерно для больных, перенесших ампутацию,

причиной которой были различные травмы. В результате этого больные 2-й и 3-й групп оценивали свое состояние (GSI) как более тяжелое, чем больные 1-й группы, хотя, по имеющимся данным, уровень ФФ в 1-й группе был существенно хуже (см. табл. 2 и 3).

После проведенного курса на фоне уменьшения ( $p < 0,01$ ) интенсивности ФБ и АБ у всех пациентов отмечалось снижение ( $p < 0,01$ ) выраженности психопатологических симптомов практически по всем шкалам опросника SCL-90-R, уровней нейротизма и депрессии ( $p < 0,05$ ) по Беку (см. табл. 2). Улучшение состояния ПЗ сопровождалось улучшением ( $p < 0,01$ ) социального и физического компонентов КЖ у всех пациентов (см. табл. 3).

Сравнительный анализ межгрупповых показателей, полученных после окончания курса эмпатотехники, не показал достоверных различий у пациентов с ФБ (1-я и 3-я группы) практически по всем изучаемым шкалам, кроме шкалы ФФ. Уровень ФФ был лучше у больных 3-й группы, что может быть связано с отсутствием тяжелых хронических заболеваний, которые послужили причиной оперативного лечения у пациентов 1-й группы. Более высокие ( $p < 0,01$ ) уровни СОМ, АНХ и нейротизма обнаружены у больных с АБ, которые оценивали состояние своего здоровья (GSI) как наиболее тяжелое ( $p < 0,01$ ), а параметры КЖ более низкими ( $p < 0,01$ ), чем больные после ампутации нижних конечностей обеих групп (см. табл. 2 и 3). Можно предположить, что одной из основных причин более низкой оценки состояния своего здоровья в конце курса у пациентов с ИБС послужил тот факт, что применение эмпатотехники позволило уменьшить интенсивность АБ только на 27%, тогда как интенсивность ФБ у пациентов 1-й и 3-й групп на 50 и 51% соответственно.

Анализ корреляционных плеяд выявил наличие большего количества корреляционных связей у больных с АБ до начала курса. При этом выявлена зависимость между показателем боли, с одной стороны, и уровнями СОМ, ОЗ, ПЗ и GSI – с другой у больных 1-й и 2-й групп. А между показателями боли и уровнями АНХ, ДЕР и ПЗ у больных 2-й и 3-й групп. То есть интенсивность проявления болевой симптоматики до начала курса у больных 3-й группы зависела в основном от психологического компонента ВКБ, а у больных 1-й и 2-й групп – от психологического и биологического компонентов ВКБ (табл. 5).

После окончания курса на фоне существенного снижения ФБ и уменьшения интенсивности АБ отмечалось отсутствие корреляционных связей в 1-й группе, во 2-й группе выявлена отрицательная корреляция между показателями боли и ДЕР, а в 3-й группе – между показателями боли и ПЗ (см. табл. 5).

## Заключение

Таким образом, исследование структуры ВКБ при ФБ и АБ позволило выявить особенности взаимоотношений ее психологических, биологических и социальных компонентов. При этом у всех обследуемых больных на фоне боли одинаковой степени интенсивности обнаружен низкий уровень КЖ, а наиболее выраженные нарушения в эмоциональной сфере у больных с АБ и ФБ (3-я группа). Негативные эмоци-

Таблица 5

Корреляционные связи между показателем боли и другими изучаемыми признаками у пациентов с ФБ (1-я и 3-я группы) и АБ (2-я группа)

Шкала	Боль					
	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	до начала курса	после курса	до начала курса	после курса	до начала курса	после курса
SCL-90-R:						
COM	-0,29		-0,37			
ANX			-0,43		-0,28	
DEP			-0,35	-0,35	-0,29	
GSI	-0,23		-0,40			
SF-36:						
O3	0,26		0,41			
P3	0,30		0,50		0,29	0,41

Примечание. COM – соматизация, ANX – тревожность, DEP – депрессия, GSI – общий индекс тяжести симптомов, O3 – общее здоровье, P3 – психическое здоровье, СФ – социальное функционирование.

ональные переживания, связанные с болью, послужили одной из причин нарушения гомеостатического равновесия, что способствовало усилению вегетативных проявлений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем в большей степени у больных с АБ, которые оценивали свое состояние здоровья как наиболее тяжелое по сравнению с больными 1-й и 3-й групп. Можно предположить, что причиной наиболее выраженных нарушений в эмоциональной сфере у больных ИБС являлся факт возобновления АБ после реваскуляризации миокарда, а у больных с ФБ (3-я группа) – резкое изменение экономического и социального статуса, а в некоторых случаях и ухудшение внутрисемейных отношений. В отличие от них у пациентов с ФБ (1-я группа) оперативное лечение было единственно возможным способом сохранить жизнь и улучшить ее качество. Ухудшение эмоционального состояния на фоне продолжительной болевой симптоматики и низкий уровень КЖ оказали негативное влияние на характерологические особенности личности больных. При этом были обнаружены только тенденции к акцентуациям, а выявленные характеристики свидетельствовали о наличии глубокого внутреннего конфликта у пациентов всех групп, что способствовало осложнению течения имеющихся заболеваний и нашло отражение в ухудшении интегральных показателей индексов тяжести заболевания. Применение эмпатотехники позволило снизить интенсивность АБ и ФБ, уменьшить выраженность психопатологических симптомов и повысить КЖ больных всех групп. Однако, как показали исследования, больные ИБС (как и до курса эмпатотехники) характеризовались более устойчивыми нарушениями в эмоциональной сфере, более низким уровнем КЖ. Они оценивали свое состояние в большей степени как наиболее тяжелое, чем больные с ФБ, что может быть связано с менее эффективным уменьшением интенсивности АБ, кото-

рая играет ключевую роль при оценке состояния здоровья больных этой группы.

Корреляционный анализ выявил различия трех групп по характеру взаимосвязей между биологическими, психологическими и социальными компонентами ВКБ и обнаружил особенности их взаимоотношений в структуре ВКБ до начала и после окончания курса психофизиологической саморегуляции. Полученные данные показали эффективность используемого метода и целесообразность его включения в комплексную реабилитационную программу.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Резникова Т.Н. Внутренняя картина болезни: структурно-функциональный анализ и клинико-психологические соотношения: Дисс. ... д-ра мед. наук. СПб.; 1998.
2. Смирнов В.М. Методологические вопросы моделирования «внутренней картины болезни». В кн.: Теоретико-методологические аспекты пограничной психиатрии. Л.; 1979: 127–34.
3. Смирнов В.М., Мучник Л.С. Нейропсихологические и личностные аспекты «внутренней картины болезни». В кн.: Нейропсихологические исследования в неврологии, нейрохирургии и психиатрии. Л.; 1981: 13–21.
4. Косых Е.П., Шубина О.С., Попова Т.Ф., Располина А.И., Шабанова Н.А. Психосоматические аспекты хронической боли // Медицина и образование в Сибири. 2014, № 1. ([http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text\\_full.php?id=1272](http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1272)).
5. Lynch N.T., Lyman D.R. Psychological assessment in chronic pain syndrome. In: Lefkowitz M., Lebovits A.H., Wlody D., Rubin S., eds. *A Practical Approach to Pain Management*. Boston: Little Brown; 1996: 114–23.
6. Ишинова В.А., Сердюков С.В., Гусева Н.Л., Святогор И.А. Применение эмпатотехники в комплексе реабилитационных мероприятий для больных ишемической болезнью сердца и соматоформными расстройствами. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2013. 3: 14–8.
7. Ишинова В.А., Сердюков С.В. Влияние характерологических особенностей на восприятие ангинозной боли у больных со стабильной стенокардией при выполненной реваскуляризации миокарда и без хирургического вмешательства в процессе медицинской реабилитации. Вестник психотерапии. 2013; 46 (51): 110–21.
8. Березанцев А.Ю., Володина О.В. Тревожные невротические расстройства у мужчин с ишемической болезнью сердца. Российский психиатрический журнал. 2005; 4: 4–9.
9. Соловьева С.Л., Николаев В.И. Эмоциональный баланс как критерий индивидуальной нормы реакции. В кн.: Психосоматическая медицина – 2008: Сборник материалов III международного конгресса. СПб.; 2008: 79–80.
10. Van Praag H.M. Взаимосвязь депрессии, агрессии и тревожных расстройств: биологическая гипотеза. В кн.: Медикография. Депрессии и тревожные расстройства. 1994; 16, X >> 1.
11. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир»; 2002.
12. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер; 2001.
13. Дьяконов И.Ф., Колчев А.И., Овчинников Б.В. Основные методы психологической диагностики в практике врача. СПб.: ВМедА; 2005.
14. Ishinova V.A., Svyatogor I.A., Reznikova T.N. Features of colour reflection in psychogenic pain in patients with somatoform disorders during psychotherapeutic treatment. *Span. J. Psychol.* 2009; 1 (22): 715–24.
15. Ишинова В.А. Способ лечения фантомно-болевого синдрома. Патент РФ 2511495, 2013.
16. Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли: Пер. с англ. М.: Медицина; 1989; т. 1.

## REFERENCES

1. Reznikova T.N. *Internal Picture of the Disease: Structural and Functional Analysis and Clinical and Psychological Relations: Diss.* St. Petersburg; 1998. (in Russian)
2. Smirnov V.M. Methodological issues modeling "internal picture of disease". In: *Theoretical and methodological aspects of border psychiatry. [Teoretiko-metodologicheskie aspekty pogranichnoy psikiatrii]*. Leningrad; 1979: 127–34. (in Russian)
3. Smirnov V.M., Muchnik L.S. Neuropsychological and personality aspects of "internal picture of disease". In: *Neuropsychological studies in neurology, neurosurgery and psychiatry. [Neypsikhologicheskie issledovaniya v nevrologii, neyrokhirurgii i psikiatrii]*. Leningrad; 1981: 13–21. (in Russian)
4. Kosykh E.P., Shubina O.S., Popova T.F., Raspolina A.I., Shabanova N.A. Psychosomatic aspects of chronic pain // *Medicina i obrazovanie v Sibiri*. 2014; 1. ([http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text\\_full.php?id=1272](http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1272)). (in Russian)
5. Lynch N.T., Lyman D.R. Psychological assessment in chronic pain syndrome. In: Lefkowitz M., Lebovits A.H., Wlody D., Rubin S., eds. *A Practical Approach to Pain Management*. Boston: Little Brown; 1996: 114–23.
6. Ishinova V.A., Serdyukov S.V., Guseva N.L., Svyatogor I.A. Application empatho-technique in complex rehabilitation for patients with coronary heart disease and somatoform disorders. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya*. 2013; 3: 14–8. (in Russian)
7. Ishinova V.A., Serdyukov S.V. Influence of personality traits on the perception of anginal pain in patients with stable angina after myocardial revascularization and without surgery treatment during medical rehabilitation. *Vestnik psikhoterapii*. 2013; 46 (51): 110–21. (in Russian)
8. Berezantsev A.Yu., Volodina O.V. Anxiety neurotic disorders at the men with coronary heart disease. *Russian Journal of Psychiatry*. 2005; 4: 4–9. (in Russian)
9. Solov'eva S.L., Nikolaev V.I. Emotional balance as a criterion of individual reaction norms. In: *Psychosomatic medicine – 2008: Proceedings of the. III international Congress. [Psikhosomaticheskaya meditsina – 2008: Sbornik materialov III mezhdunarodnogo kongressa]*. St. Petersburg; 2008; 79–80. (in Russian)
10. Van Praag Herman M. The relationship of depression, aggression and anxiety disorders: a biological hypothesis. In: *Medicographia. Depression and anxiety disorders. [Medikografiya. Depressii i trevozhnye rasstroystva]*. 1994; 16, X >> 1.
11. Novik A.A., Ionova T.I. *Guidelines for Quality of Life Research in Medicine. [Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine]*. St. Petersburg: Neva; Moscow: OLMA-PRESS Zvezdnyy mir; 2002. (in Russian)
12. Tarabrina N.V. *Workshop on psychology post-traumatic stress. [Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa]*. St. Petersburg: Piter; 2001. (in Russian)
13. D'yakonov I.F., Kolchev A.I., Ovchinnikov B.V. *The Basic Methods of Psychological Diagnosis in the Practice. [Osnovnye metody psikhologicheskoy diagnostiki v praktike vracha]*. St. Petersburg: VMedA; 2005. (in Russian)
14. Ishinova V.A., Svyatogor I.A., Reznikova T.N. Features of colour reflection in psychogenic pain in patients with somatoform disorders during psychotherapeutic treatment. *Span. J. Psychol.* 2009; 1 (22): 715–24. (in Spain)
15. Ishinova V.A. *A Method for Treating Phantom Pain Syndrome. Patent RF N 2511495*, 2013. (in Russian)
16. Trevell Dzh.G., Simons D.G. *Myofascial Pain. [Miofastsial'nye boli]*: translated from English. Moscow: Meditsina; 1989; t. 1. (in Russian)

Поступила 12.05.14