

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 616.8-009.7-36.12-07

Ишинова В.А.¹, Митякова О.Н.¹, Поворинский А.А.¹, Сердюков С.В.^{1,2}

ОСОБЕННОСТИ СООТНОШЕНИЙ ПСИХОГЕННОГО И СОМАТОГЕННОГО КОМПОНЕНТОВ В СТРУКТУРЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ (НА ПРИМЕРЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ)

¹ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России, 195067, г. Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, 195067, г. Санкт-Петербург, Россия

В настоящей работе представлены результаты исследования структуры хронической боли (ХБ) соматогенного и психогенного происхождения. Обнаружено наличие психогенного компонента в структуре ангинозной боли хронического характера у больных ишемической болезнью сердца, содержание которого было закономерно ниже, чем у пациентов с ХБ психогенного происхождения. У пациентов с психогенной болью выявлен соматогенный компонент, что может быть подтверждением смешанного характера ХБ психогенного генеза. Определение структуры ХБ не только позволит более глубоко понять механизмы ее формирования и окажет существенную помощь при подборе наиболее эффективных подходов в лечении таких больных.

Ключевые слова: психогенная боль; соматогенная боль; эмпатотехника; триггерные точки; цвет зрительных ощущений; ахроматические и хроматические цвета.

Для цитирования: Ишинова В.А., Митякова О.Н., Поворинский А.А., Сердюков С.В. Особенности соотношений психогенного и соматогенного компонентов в структуре хронической боли (на примере ишемической болезни сердца и соматоформных расстройств). *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2017; 20 (1): 9–14. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-1-9-14>

Для корреспонденции: Ишинова Вера Александровна, канд. психол. наук, медицинский психолог отделения психологической реабилитации. 195067, г. Санкт-Петербург, Бестужевская ул., д. 50. E-mail: vaishinova687@yandex.ru.

Ishinova V.A.¹, Mityakova O.N.¹, Povorinskiy A.A.¹, Serdyukov S.V.^{1,2}

PECULIARITIES OF THE CORRELATIONSHIP BETWEEN SOMATOGENIC AND PSYCHOGENIC COMPONENTS IN THE CHRONIC PAIN STRUCTURE (ON THE EXAMPLE OF THE ISCHEMIC HEART DISEASE AND SOMATOFORM DISORDERS)

¹G.A. Albrecht Saint-Petersburg Scientific Practical Centre of Medical and Social Expertise, Prosthetics and Rehabilitation of the Disabled, Saint-Petersburg, 195067, Russian Federation;

²I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint-Petersburg, 195067, Russian Federation

The results of the research of the chronic pain structure of somatogenic and psychogenic origin were presented in this article. Psychogenic component was revealed in the structure of the anginal pain of chronic character in patients with coronary heart disease (CHD). The content of a psychogenic component was expectedly lower in CHD patients than in patients with chronic pain of the psychogenic origin. At the same time, somatogenic component was discovered in patients with psychogenic pain that could confirm the mixed nature of chronic pain of the psychogenic origin. The determination of the chronic pain structure allows to understand mechanisms of its formation better and to find more effective methods of its management.

Keywords: *anginal pain; somatogenic and psychogenic; empaths-technique; visual sense modalities; trigger points; achromatic and chromatic colors.*

For citation: Ishinova V.A., Mityakova O.N., Povorinskiy A.A., Serdyukov S.V. Peculiarities of the relationship between somatogenic and psychogenic components in the chronic pain structure (on the example of the ischemic heart disease and somatoform disorders). *Mediko-sotsyl'naya ekspertiza i rehabilitatsiya (Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation, Russian Journal)*. 2017; 20(1): 9–14. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-1-9-14>

For correspondence: Vera A. Ishinova, MD, PhD, Clinical Psychologist of the Department of Psychological Rehabilitation, Saint-Petersburg, 195067, Russian Federation. E-mail: vaishinova687@yandex.ru.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 01 February 2017

Accepted 15 February 2017

Хроническая боль (ХБ), будучи одной из самых важных проблем в клинической практике врача, не только приводит к нарушениям в системе регуляции

болевого чувствительности, но и способствует формированию психоэмоциональных расстройств, поведенческих нарушений [1–3]. Ее возникновение чаще всего

связано с соматической патологией и сопутствующими ей функциональными нарушениями нервной системы, а по истечении времени возникновением нарушений деятельности психических процессов [3–5]. В дальнейшем хроническая боль развивается как самостоятельное заболевание, в формировании которого важная роль принадлежит не столько органическим нарушениям, сколько изменениям психоэмоциональных характеристик личности больного. Эмоциональное состояние, личностные особенности, а также изменение функционального состояния ЦНС при ХБ оказывают негативное влияние на ее восприятие [5, 6]. Согласно мнению многих авторов [4, 7], хроническая боль – неотъемлемая часть аффективных расстройств. Например, состояние тревоги, гнева могут спровоцировать сильное мышечное напряжение и привести к возникновению головной боли, боли в ногах, спине и т. п.; т. е. ХБ – сложный многоуровневый по механизмам формирования феномен. Она занимает особое место среди психосоматических расстройств [4, 8]. Известно, что пациенты с ХБ при различных соматических или психических заболеваниях характеризуются низкой стрессоустойчивостью, изменениями в психоэмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах [4, 5, 11]. К одному из вариантов ХБ можно отнести психогенную боль (ПБ), возникающую при соматоформных (СФР) расстройствах [5, 9]. При этом ПБ изначально может проявляться в виде форм психологической защиты в условиях стресса с целью ухода от конфликта. Негативные эмоциональные состояния (страхи, тревога, гнев и т. д.), возникающие у больных с ПБ, могут провоцировать формирование сосудистых и/или мышечных спазмов, сопровождающихся ощущениями боли различной локализации и интенсивности [5, 9, 10]. В процессе фиксации внимания больных на ощущениях боли в течение продолжительного времени ее характеристики могут меняться: интенсивность боли может возрастать, изменяться ее локализация и увеличиваться продолжительность, приобретая характер ХБ. По истечении определенного периода ХБ психогенного характера может привести к органическим изменениям. Известно, что психогенная боль под влиянием стресса и негативных эмоций сопровождается нарушением вегетативных функций и деятельности внутренних органов и систем, изменением восприятия боли, которое становится более ярким на фоне снижения порога чувствительности к ней. Например, изменение тонуса сосудов, ритма сердечной деятельности и/или дыхания могут быть причиной изменения мозгового кровообращения и возникновения головной боли. В дальнейшем органические изменения, как правило, формируются в органах, предрасположенных к тем или иным заболеваниям. Патогенными факторами для развития этих заболеваний могут служить физические травмы, перенесенные ранее заболевания, которые до возникновения аффективных расстройств не беспокоили пациентов.

В отличие от психогенной боли ХБ соматоформного генеза характеризуется доминирующим влиянием в ее формировании органических изменений [2, 11, 12]. Так, при ишемической болезни сердца (ИБС) основной причиной стенокардии и инфаркта миокарда становятся органические нарушения (атеросклероз или

атеротромбоз). Однако велика роль и психологических факторов. Наличие ангинозной боли у больных ИБС, а также перенесенный инфаркт миокарда приводят к значительным ограничениям в их личной жизни, в социуме и являются сильным стресс-фактором, способствующим изменению эмоционально-личностных характеристик пациентов [5, 11]. Поэтому успешная терапия и реабилитация больных ИБС, страдающих ангинозной болью хронического характера, зависит от понимания взаимосвязей между психологическими, социальными и соматическими характеристиками [4].

Очевидна необходимость применения психосоматического подхода в исследовании механизмов формирования ХБ и ее лечения [4, 8, 12]. Важно отметить, что при ХБ психологические факторы и соматическая составляющая становятся тесно взаимосвязанными системами, и нарушения, возникшие в одной из них, приводят к формированию нарушений в другой [4]. Поэтому актуальной клинической задачей является дифференцированный подход к диагностике и лечению пациентов с ХБ различного генеза с учетом всех составляющих ее компонентов.

Цель исследования – определение количественного соотношения психогенной и соматоформной составляющих в структуре ХБ у пациентов с ИБС и с соматоформными расстройствами в процессе психофизиологической саморегуляции.

Материал и методы

В исследование включены две группы больных.

Группа 1 состояла из пациентов с ИБС ($n = 36$) [9], которые имели стабильную стенокардию напряжения – 29 человек – II ФК и 5 человек – III ФК (30 мужчин и 6 женщины, средний возраст – $54 \pm 6,27$ года). Пациенты этой группы не подвергались реваскуляризации миокарда, несмотря на наличие ангинозной боли (АБ), продолжительность которой составляла от 3 мес и больше и носила хронический характер. Больные ИБС находились на реабилитации в терапевтическом отделении клиники «СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта».

Группа 2 состояла из пациентов, страдающих соматоформными расстройствами (СФР) ($n = 49$; 42 женщины и 7 мужчин, средний возраст – $35,12 \pm 11,35$ года) [9]. У пациентов присутствовали жалобы на продолжительные боли в области сердца, спины, головные боли хронического характера в сочетании с различными вегетативными реакциями, психосоциальными проблемами и/или эмоциональными конфликтами. Данная группа была сформирована из пациентов, прошедших обследование перед поступлением в профильную клинику с целью исключения соматических заболеваний. Диагноз «соматоформное расстройство» устанавливали специалисты-психотерапевты из Клиники неврозов.

Для изучения психофизиологического состояния пациентов с ХБ мы использовали следующие методы: а) «числовую рейтинговую шкалу боли» (ЧРШБ) для определения степени интенсивности ХБ в баллах, которая представляет собой горизонтальную линию с отложенными на ней значениями от 0 до 10 баллов: 0–1 – боль отсутствует; 1,1–3 – легкая боль; 3,1–7 – умеренная боль; 7,1–9 – сильная боль; 9,1–10 – невы-

носимо сильная боль [6, 13]; б) восьмицветовой тест Люшера для определения колебаний вегетативного коэффициента (ВК) с целью выявления эрго- и трофотропной активности: от 0,2 до 0,49 балла – можно говорить о наличии признаков хронического переутомления (при этом доминируют трофотропные или парасимпатические влияния); от 0,5 до 0,94 – энергопотенциал достаточен для успешной деятельности (трофотропные тенденции или парасимпатические влияния представлены в оптимальном диапазоне); от 0,95 балла до 1,39 – наличие психофизиологической мобилизованности, активности (эрготропные тенденции или симпатическая влияния представлены в оптимальном диапазоне); от 1,4 балла и выше – наличие признаков повышенной возбудимости (доминируют эрготропные влияния или симпатическая активность); социально-психологических характеристик пациентов (автономность/гетерономность) [14–16]; в) опросник Айзенка – для определения степени выраженности нейротизма (эмоциональной неустойчивости): слабо выраженный уровень нейротизма – 1–6 баллов; умеренный уровень нейротизма – 7–11 баллов; ярко выраженный уровень нейротизма – 12–21 балл [17]; г) опросник SCL-90-R для исследования уровня интенсивности негативных эмоций и соматизации в баллах (ANX – тревожность, DEP – депрессия, NOS – враждебность; уровень соматизации (СОМ) как соматическое проявление тревоги, возникающее вследствие стрессогенных факторов [18]; д) для количественной оценки психогенного компонента в структуре ХБ применяли «Способ определения степени интенсивности психогенной боли в структуре хронического болевого синдрома различной этиологии» [21]. Количественную оценку психогенного компонента (ПК) проводили в начале и в конце курса психофизиологической саморегуляции (эмпатотехники) [13, 19]. При этом пациент оценивал интенсивность ХБ по ЧРШБ до и после первого сеанса эмпатотехники, направленной на устранение психогенной составляющей в структуре ХБ. В процессе сеанса путем мягкой тактильной стимуляции осуществили поиск болезненных ощущений в области триггерных точек (ТТ) и зонах отраженной боли (ЗОБ), соответствующих имеющемуся заболеванию (в данном случае ИБС) [20]. В ответ на возникшее ощущение боли в ТТ и ЗОБ при закрытых глазах у пациентов возникали зрительные образы в виде пятен различного цвета, которые нами были обозначены как зрительные ощущения различного цвета. При изменении цвета зрительных ощущений (ЦЗО) от длинноволновых (красный, оранжевый, желтый) в направлении к средне- (зеленый) и коротковолновым (синий, фиолетовый) в хроматической зоне цветового спектра и от черного до светло-серого в ахроматической зоне наблюдалось исчезновение ощущения боли. Затем продолжали поиск болевых ощущений в других ТТ или ЗОБ. При отсутствии боли в указанных точках и/или зонах сеанс психофизиологической саморегуляции завершали, после чего определяли степень интенсивности ХБ с помощью ЧРШБ с последующим определением разницы полученных значений до и после сеанса, обозначенной как дельта (степень интенсивности психогенной составляющей в структуре ХБ). При значении дельты от 0 до 1 балла

определяли отсутствие ПК в структуре ХБ; от 1,1 до 3 баллов – легкую степень; от 3,1 до 7 баллов – умеренную; от 7,1 до 9 баллов – сильную степень интенсивности психогенного компонента в структуре ХБ.

Статистическую обработку проводили с помощью компьютерной программы Statistica v. 6.0: непараметрические методы Манна–Уитни для независимых выборок, критерий Вилкоксона (Z) для сопряженных пар. Статистически значимыми принимали результаты на уровне $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

До начала проведения сеансов эмпатотехники среднегрупповые значения интенсивности ХБ соответствовали умеренной степени ($6,15 \pm 2,41$) у пациентов с АБ (группа 1) и умеренной степени с тенденцией к высокому уровню ($7,06 \pm 0,34$) у пациентов с ПБ (группа 2). В обеих группах выявлены выраженные уровни нейротизма, показатели которых не имели достоверных межгрупповых различий (группа 1 – $14,54 \pm 0,95$ и группа 2 – $12,9 \pm 1,07$), как и показатели СОМ (группа 1 – $1,25 \pm 0,1$; группа 2 – $1,3 \pm 0,11$). При этом более высокие уровни ($p < 0,01$) тревожности, депрессии и враждебности были обнаружены у пациентов с ПБ (группа 1: ANX $0,58 \pm 0,06$; NOS $0,65 \pm 0,1$; DEP $0,73 \pm 0,08$; группа 2: ANX – $1,44 \pm 0,12$; NOS – $0,96 \pm 0,11$; DEP – $1,3 \pm 0,1$;).

У больных обеих групп при исследовании ВК с помощью восьмицветового теста Люшера анализ процентного соотношения эрготропной и трофотропной активности выявил значительные их колебания – от признаков астенизации или повышенной истощаемости до признаков повышенной возбудимости, эмоциональной неустойчивости. При этом процент больных с признаками хронического переутомления (доминировала парасимпатическая активность) и повышенной возбудимости (доминировала симпатическая активность) был достоверно более высок у больных с ПБ (группа 2), тогда как пациенты с АБ (группа 1) в большей степени характеризовались преобладанием оптимальных диапазонов эрго- и трофотропной активности (рис. 1).

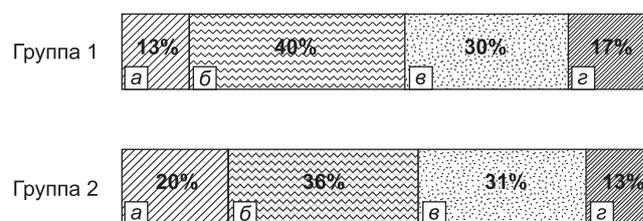


Рис. 1. Процентные соотношения показателей эрго- и трофотропной активности у пациентов с АБ (группа 1) и с ПБ (группа 2) в начале курса эмпатотехники.

а – диапазон от 0,2 до 0,49 (признаки астенизации); б – от 0,5 до 0,94 (диапазон характеризуется оптимальным представительством трофотропных тенденций или парасимпатической активности); в – диапазон от 0,95 до 1,39 (диапазон характеризуется оптимальным представительством эрготропных тенденций или симпатической активности); г – диапазон от 1,4 балла и выше (доминируют признаки повышенной возбудимости).

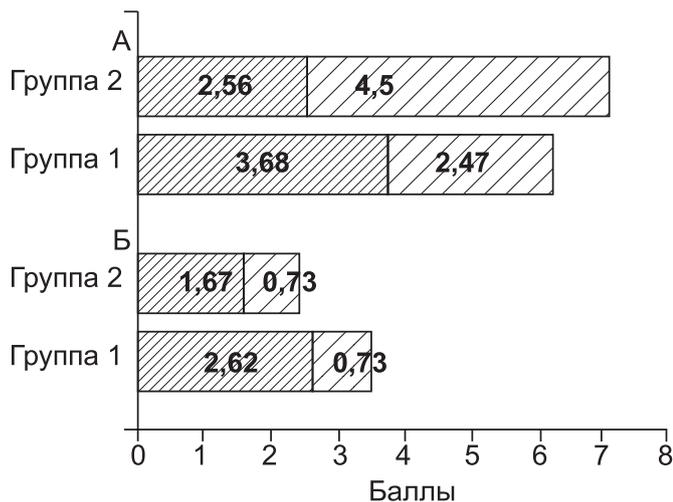


Рис. 2. Соотношение психогенного (частая штриховка) и соматогенного (редкая штриховка) компонентов в структуре ХБ у пациентов с ИБС (группа 1) и СФР (группа 2) в начале (А) и в конце (Б) курса эмпатотехники.

Были выявлены различия между группами в социально-психологических характеристиках пациентов. Так, пациенты с ИБС в большей степени характеризовались активной жизненной позицией, целеустремленностью, склонностью к лидерству, самостоятельности, стремлением к самоутверждению и успеху (у пациентов этой группы в 75% случаев обнаружены такие характеристики, как «автономность», «гетерономность» – у 22% пациентов и средний тип – у 3%). Напротив, пациенты с СФР в большей степени отличались пассивностью, сензитивностью в сфере межличностных контактов, склонностью к зависимому положению от окружающих и ограничению социальных контактов. В этой группе преобладали пациенты с признаками гетерономности (64%), признаки автономности выявлены в 36% случаев.

Показатель, отражающий наличие ПК, был закономерно ($p < 0,01$) выше у пациентов с СФР, страдающих ХБ психогенного генеза, чем у пациентов с ИБС (группа 1 – $2,47 \pm 0,21$; группа 2 – $4,5 \pm 0,23$ балла) (рис. 2, а). И наоборот, показатель соматогенного компонента был выше у больных ИБС в сравнении с пациентами группы 2 (группа 1 – $3,68 \pm 0,3$; группа 2 – $2,56 \pm 0,2$ балла).

После проведения курса эмпатотехники во всех группах отмечены значительные позитивные изменения. Так, снижение ($p < 0,05$) интенсивности ХБ у всех больных (группа 1 – $3,35 \pm 0,31$ – легкая боль с тенденцией к умеренной; группа 2 – $2,5 \pm 0,2$ – легкая боль) сопровождалось уменьшением показателей нейротизма (группа 1 – $8,75 \pm 0,51$ и группа 2 – $11,11 \pm 1,05$) и уровня соматизации (группа 1 – $\text{СОМ} = 0,69 \pm 0,08$; группа 2 – $\text{СОМ} = 0,58 \pm 0,06$), средние межгрупповые значения которых не имели достоверных различий. Тем не менее, несмотря на снижение ($p < 0,01$) выраженности негативных эмоций у пациентов обеих групп, их показатели были достоверно ($p < 0,01$) выше у больных с СФР (группа 1 – $\text{АНХ} = 0,26 \pm 0,05$;

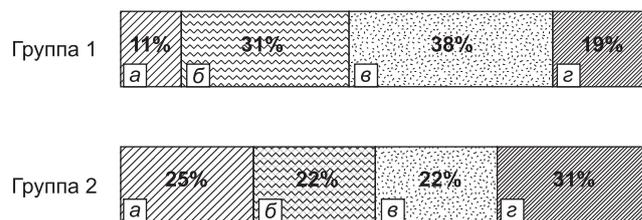


Рис. 3. Процентные соотношения показателей эрго- и трофотропной активности у пациентов с АБ (группа 1) и с ПБ (группа 2) в конце курса эмпатотехники.

а – диапазон от 0,2 до 0,49 (признаки астенизации); б – от 0,5 до 0,94 (диапазон характеризуется оптимальным представителем трофотропных тенденций или парасимпатической активности); в – диапазон от 0,95 до 1,39 (диапазон характеризуется оптимальным представителем эрготропных тенденций или симпатической активности); г – диапазон от 1,4 балла и выше (доминируют признаки повышенной возбудимости).

$\text{HOS} = 0,22 \pm 0,05$; $\text{DEP} = 0,3 \pm 0,04$; группа 2 – $\text{АНХ} = 0,53 \pm 0,04$; $\text{HOS} = 0,42 \pm 0,07$; $\text{DEP} = 0,56 \pm 0,06$).

Процентное соотношение эрготропных и трофотропных влияний также претерпело существенные изменения к концу курса у пациентов с СФР в сравнении с больными ИБС (рис. 3). Так, при СФР, как и у больных ИБС, выявлено усиление средних диапазонов ВК, что может свидетельствовать о формировании оптимального уровня эрго- и трофотропной активности, характеризующегося наличием достаточного энергopotенциала и психофизиологической мобилизованности, стабильности.

Показатели социально-психологических характеристик, выявленные в конце курса, оставались на прежнем уровне (группа 1 – автономность (57,69%), гетерономность (38,46%), средний тип (3,85%); группа 2 – автономность – 45,45%, гетерономность – 54,55%).

Количественный показатель ПК в структуре ХБ в конце курса уменьшился до минимальных значений в обеих группах (группа 1 – $0,73 \pm 0,09$ балла; группа 2 – $0,83 \pm 0,02$ балла) и соответствовал степени «отсутствия боли» (рис. 2, б). Соматогенная составляющая была более выражена у пациентов с ИБС и соответствовала степени «слабая боль с тенденцией к умеренной» ($2,62 \pm 0,08$), тогда как у больных с СФР – уровню телесного дискомфорта ($1,67 \pm 0,2$).

У всех обследованных нами пациентов с ХБ, независимо от ее генеза, исходно выявлен психогенный компонент. Однако его вклад закономерно был выше у больных с СФР, страдающих психогенной болью хронического характера, тогда как соматогенный компонент оказался значительнее у пациентов с ИБС. Кроме того, психогенная боль сопровождалась достоверно более высокими показателями негативных эмоций (тревожность, депрессия, враждебность), нейротизма и более выраженными колебаниями ВК (доминированием процессов возбуждения или эрготропной активности и астенизации/трофотропной активности). В то же время у пациентов с ИБС преобладали средние диапазоны эрго- и трофотропной активности. Особое внимание мы уделяли такому показателю, как

соматизация (телесный эквивалент тревожности), который не имел межгрупповых различий и отражал наличие разнообразных вегетативных проявлений с болевой симптоматикой со стороны внутренних органов у пациентов обеих групп. При продолжительности во времени они могли лечь в основу развития реальных соматических заболеваний у пациентов с СФР.

Не менее важен учет личностных особенностей – той индивидуальной основы, на фоне которой возникает хронический болевой синдром. Так, гетеронимные личности, зависимые от внешних влияний, эмоциональные и чувствительные, в большей степени подвержены стрессу, который становится причиной формирования дезадаптивных нарушений у больных с СФР. Пациенты этой группы ориентировались на органическую природу испытываемой ими боли, но не находили подтверждения в результатах обследования. Это служило поводом для поиска других специалистов, что само по себе было сильным стрессовым фактором. Недостаточная эффективность проводимого лечения способствовала ухудшению психофизиологического состояния пациентов, а значит, усилению психогенного компонента в структуре ХБ.

Стрессогенный фактор для больных ИБС мог заключаться в осознании проблем, связанных с сердечно-сосудистой системой, и, как следствие, постоянных переживаниях по поводу здоровья и связанных с ним социально-экономических проблем. Так, проведенные нами исследования социально-психологических характеристик личности пациентов с ИБС позволили выявить в ее структуре доминирование автономных тенденций (активность, стремление к лидерству, энергичность, независимость от внешнего воздействия), что характеризовало их как субъективно-мотивированных личностей. Полученные результаты согласуются с исследованиями авторов [4], которые обнаружили что среди пациентов с ИБС преобладают личности типа А, характеризующиеся деловой активностью, энергичностью, склонностью к соревновательности, враждебности. Наличие автономных тенденций и отсутствие реальных возможностей выполнять прежние нагрузки могли быть причиной психоэмоционального стресса и формирования психогенной составляющей в структуре АБ хронического характера.

Применение эмпатотехники позволило значительно уменьшить интенсивность ХБ у пациентов обеих групп за счет существенного снижения уровня психогенной составляющей в ее структуре. Показатель ПК во всех группах соответствовал значению «отсутствие боли» и сопровождался уменьшением вегетативных проявлений со стороны внутренних органов и систем, формированием оптимальных соотношений трофо- и эрготропной активности, а также улучшением психоэмоционального состояния. При этом соматогенный компонент оставался закономерно более выраженным у больных ИБС (слабая боль с тенденцией к умеренному уровню), как и в начале курса, в сравнении с пациентами, страдающими соматоформными расстройствами, которые оценивали его наличие как телесный дискомфорт.

Несмотря на оптимизацию фармакотерапии, проблема болевой симптоматики хронического харак-

тера у больных с ХБ различного генеза остается не до конца решенной. Зачастую даже по результатам комплексного обследования бывает трудно оценить, насколько велик вклад психогенной составляющей в общую структуру хронического болевого синдрома. В то же время ответ на данный вопрос значительно расширяет понимание характера патологии пациента и выбора индивидуальных направлений для эффективного лечения.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кукушкин М.Л. Боль как самостоятельная форма болезни. *Справочник врача общей практики*. 2007; (12): 28–9.
2. Кукушкин М.Л. Этиопатогенетические принципы лечения хронической боли. *Русский медицинский журнал*. 2007; 15 (10): 827–35.
3. Ишинова В.А., Сердюков С.В., Кантемирова Р.К. Роль реабилитации в повышении физических и психосоциальных характеристик качества жизни у больных ИБС за счет изменения восприятия боли. *Мед.-соц. эксперт. и реабил.* 2011; (3): 14–7.
4. *Психосоматические расстройства в практике терапевта: Руководство для врачей* / Под ред. В.И. Симаненкова. СПб.: СпецЛит; 2008.
5. Ишинова В.А. Особенности личностных характеристик пациентов с соматогенной, невропатической и психогенной болью. *Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. научный журн.* 2015; [3 (9)]. http://www.medpsy.ru/climp/2015_3_9/article16.php
6. 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. *Мед.-соц. эксперт. и реабил.* 2015; 18 (3): 15–21.
7. Гольдберг Д., Бенджамин С., Крид Ф. *Психиатрия в медицинской практике*: Пер. с англ. Киев: Сфера; 1999.
8. Дзеружинская Н.А., Сыропятов О.Г. *Хроническая боль как психосоматическая проблема*. Киев: Наук. Світ; 2005.
9. МКБ-10. *Международная классификация болезней. Электронная версия www.mkb-10.ru*.
10. Соловьева С.Л., Николаев В.И., Ишинова В.А. Эмоциональный баланс как индикатор психогенной боли при соматоформных расстройствах. В кн.: *XVIII Клинические Павловские чтения. Боль душевная и боль физическая. Психе & Сома*: Сборник научных статей. СПб.: ООО «Издательство «Левша. Санкт-Петербург»; 2014: 14–8.
11. Винокур В.А. Психосоматические механизмы развития и течения сердечно-сосудистых заболеваний. В кн.: *Психосоматические расстройства в практике терапевта: Руководство для врачей* / Под ред. В.И. Симаненкова. СПб.: СпецЛит; 2008: 32–49.
12. Кукушкин М.Л., Хитров Н.К. *Общая патология боли*. М.: Медицина; 2004.
13. Hawker G.A., Mian S., Kendzerska T., French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthr. Care Res.* 2011; 63 (11): 20 543.
14. Ишинова В.А., Сердюков С.В. Возможности применения те-

- ста Люшера для оценки психофизиологического состояния больных ИБС с ангинозной болью и без нее. В кн.: *Сборник материалов V Международной научно-практической конференции (заочной) «Психология человека в условиях здоровья и болезни»*. Тамбов; 2015: 331–4.
15. Собчик Л.Н. *Модифицированный восьмицветовой тест Люшера: Практическое руководство*. СПб.: Речь; 2001.
 16. Цыганок И.И. *Цветовая психодиагностика. Модификация полного клинического теста Люшера: Методическое руководство*. СПб.: Речь; 2007.
 17. Дьяконов И.Ф., Колчев А.И., Овчинников Б.В. *Основные методы психологической диагностики в практике врача*. СПб.: ВМедА; 2005.
 18. Тарабрина Н.В. *Практикум по психологии посттравматического стресса*. СПб.: Питер; 2001.
 19. Ishinova V.A., Svyatogor I.A., Reznicova T.N. Features of colour reflection in psychogenic pain in patients with somatoform disorders during psychotherapeutic treatment. *Span. J. Psychol.* 2009; 12 (2): 715–24.
 20. Тревелл Лж.Г., Симонс Д.Г. *Миофасциальные боли*. Пер. с англ. М.: Медицина; 1989; т. 1.
 21. Ишинова В.А., Сердюков С.В., Поворинский А.А., Митякова О.Н. *Способ определения степени интенсивности психогенной боли в структуре хронического болевого синдрома различной этиологии. Патент РФ № 2582555; 2014.*
- ## REFERENCES
1. Kukushkin M.L. Pain as an independent form of the disease. *Spravochnik vracha obshchey praktiki*. 2007; (12): 28–9. (in Russian)
 2. Kukushkin M.L. Etiopathogenic principles of treatment of chronic pain. *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2007; 15 (10): 827–35. (in Russian)
 3. Ishinova V.A., Serdyukov S.V., Kantemirova R.K. Role of rehabilitation in improvement of quality of life physical and psychosocial characteristics in ischemic heart-disease patients due to the change of appreciation of pain. *Med.-sots. ekspert. i rehabil.* 2011; (3): 14–7. (in Russian)
 4. *Psychosomatic Disorders in the Practice of the Therapist: A Guide for Physicians* / Ed. V.I. Simanenkova. St. Petersburg: SpetsLit; 2008. (in Russian)
 5. Ishinova V.A. Features of the personal characteristics of patients with somatogenic, neuropathic and psychogenic pain. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: issledovaniya, obucheniye, praktika: elektron. nauchnyy zhurn.* 2015; [3 (9)]. http://www.medpsy.ru/climp/2015_3_9/article16.php (in Russian)
 6. Ishinova V.A., Mityakova O.N., Povorinskiy A.A. 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 empaths-technique. *Med.-sots. ekspert. i rehabil.* 2015; 18 (3): 15–21. (in Russian)
 7. Gol'dberg D., Bendzhamin S., Krid F. *Psychiatry in Medical Practice*: Transl. from Engl. Kiev: Sfera; 1999. (in Russian)
 8. Dzeruzhinskaya N.A., Syropyatov O.G. *Chronic Pain as Psychosomatic*. Kiev: Nauk. Svit; 2005. (in Russian)
 9. *ICD-10. International Classification of Diseases. The Electronic Version*. www.mkb-10.ru. (in Russian)
 10. Solov'eva S.L., Nikolaev V.I., Ishinova V.A. Emotional balance as an indicator of psychogenic pain in somatoform disorders. In: *XVIII Clinical Paul Read. Pain Mental and Physical Pain. Psyche & Catfish. Collection of Scientific Articles*. St. Petersburg: OOO “Publishing house “Levsha. Saint Petersburg”; 2014: 14–8. (in Russian)
 11. Vinokur V.A. Psychosomatic mechanisms of development and course of cardiovascular diseases. In: *Psychosomatic Disorders in the Practice of the Therapist: A Guide for Physicians* / Ed. V.I. Simanenkova. St. Petersburg: SpetsLit; 2008: 32–49. (in Russian)
 12. Kukushkin M.L., Khitrov N.K. *General Pathology of Pain*. Moscow: Meditsina; 2004. (in Russian)
 13. Hawker G.A., Mian S., Kendzerska T., French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthr. Care Res.* 2011; 63 (11): 20543.
 14. Ishinova V.A., Serdyukov S.V. Possible applications of the Luscher test for the evaluation of the psychophysiological state of patients with CHD with angina pain without it. In: *The Collection of Materials V International Scientific-practical Conference (in absentia) “The Psychology of the Person in Conditions of Health and Disease”*. Тамбов; 2015: 331–4. (in Russian)
 15. Sobchik L.N. *Modified Eight-color Luscher' Test: Practical Guide*. St. Petersburg: Rech'; 2001. (in Russian)
 16. Tsyganok I.I. *Colour Psychodiagnostics. Modification of the Full Clinical Luscher' Test: A Methodological Guide*. St. Petersburg: Rech'; 2007. (in Russian)
 17. D'yakonov I.F., Kolchev A.I., Ovchinnikov B.V. *Basic Methods of Psychological Diagnostics in Medical Practice*. St. Petersburg: VMedA; 2005. (in Russian)
 18. Tarabrina N.V. *Practicum on Psychology of Posttraumatic Stress*. St. Petersburg: Piter; 2001. (in Russian)
 19. Ishinova V.A., Svyatogor I.A., Reznicova T.N. Features of colour reflection in psychogenic pain in patients with somatoform disorders during psychotherapeutic treatment. *Span. J. Psychol.* 2009; 12 (2): 715–24.
 20. Trevell Lzh.G., Simons D.G. *Myofascial Pain*: Transl. from Engl. Moscow: Meditsina; 1989; Vol. 1. (in Russian)
 21. Ishinova V.A., Serdyukov S.V., Povorinskiy A.A., Mityakova O.N. *The Method of Psychogenic Pain Intensity Evaluation in Structure of Chronic Pain Syndrome of Different Etiology. Patent RF № 2582555; 2014.* (in Russian)

Поступила 01.02.17

Принята к печати 15.02.17