ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДОВ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ИЗМЕНЕНИИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

СОЛОДУХИН А.В.^{1,2}, СЕРЫЙ А.В.², ЯНИЦКИЙ М.С.², ТРУБНИКОВА О.А.¹

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», г. Кемерово, Россия

²ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет», г. Кемерово, Россия

REVIEW ARTICLE

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY: AN OPTION FOR CHANGING INTERNAL PICTURE OF DISEASE IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

ANTON V. SOLODUKHIN^{1,2}, ANDREY V. SERYI², MIKHAIL S. YANITSKIY², OLGA A. TRUBNIKOVA¹

¹Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases (6, Sosnovy Boulevard, Kemerovo, 650002), Russian Federation

²Kemerovo State University (6, Krasnaya street, Kemerovo, 650043), Russian Federation

Резюме

В обзорной статье представлены данные об особенностях внутренней картины болезни (ВКБ) пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). Рассмотрены основные подходы к классификации ВКБ, особенности ее формирования в ситуации кардиологического заболевания, представлены данные экспериментальных исследований. В статье обращается внимание на взаимосвязь между ВКБ, психоэмоциональным состоянием и поведенческими особенностями пациентов с ИБС. Показан механизм формирования дезадаптивных вариантов ВКБ под влиянием кардиогенных жизнеопасных состояний. Рассмотрены факторы, отрицательно влияющие на формирование гармоничного типа отношения к болезни. Для психотерапевтической

работы с ВКБ пациентов предложены методы когнитивно-поведенческой психотерапии, которые успешно применяются при лечении неврозов, фобий, депрессий и иных психических и поведенческих нарушений, но до сих пор имеют крайне ограниченное применение в кардиологической практике. Изложено подробное описание техник, направленных на психокоррекцию дезадаптивных вариантов ВКБ. Информация, представленная в обзорной статье, может быть полезной врачам и клиническим психологам для проведения диагностической, психотерапевтической и профилактической работы с пациентами с ИБС.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, ишемическая болезнь сердца, когнитивно-поведенческая психотерапия.

English ►

Abstract

Here we review the data on internal picture of the disease (IPD) phenomenon and its features in patients with coronary artery disease (CAD). We describe the recent classification of IPD and the

data of latest experimental studies. We then analyze the interrelations between IPD, psychosocial and behavioral status. In particular, non-adaptive IPD may occur under the cardiogenic life-threatening conditions. Furthermore, we suggest cognitive

behavioral therapy as a promising option for the treatment of IPD, with a detailed description of specific techniques.

Keywords: internal picture of the disease, coronary artery disease, cognitive behavioral therapy.

Потребность в изучении психологических особенностей пациентов с ИБС резко возросла в последние десятилетия и связана с широким распространением принципов психотерапии в кардиологической практике [1]. Личность каждого человека является уникальной, однако существуют общие закономерности ее функционирования, которые позволяют медицинскому персоналу применять для достижения лечебно-реабилитационных целей дифференцированную систему психологического воздействия [2].

Важнейшим с психологической точки зрения явлением, с которым сталкивается врач в своей деятельности, является внутренняя картина болезни. Данное понятие связано с теми жалобами, которые пациент предъявляет при обращении за медицинской помощью и определяет в дальнейшем его отношение к лечению. Под ВКБ в современной медицинской психологии понимается комплекс переживаний и ощущений больного, эмоциональных и интеллектуальных реакций на болезнь, лечение и взаимодействие с окружающей средой [3]. Понятие «отношение к болезни» основывается на концепции В.Н. Мясищева, который представлял личность как систему отношений, состоящую из трех компонентов: поведенческого, эмоционального и когнитивного [4]. Н.Я. Иванов и А.Е. Личко, анализируя данное положение, отмечают, что оно включает в себя все необходимые категории внутренней картины болезни: знание о болезни, ее осознание личностью, понимание влияния болезни на жизненное функционирование, эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью [3]. Отношение к болезни является индивидуальным, избирательным, сознательным и отражает индивидуальный, или личностный уровень пациента [5].

В структуре ВКБ В.В. Николаева выделяет 4 компонента: сенситивный, включающий все субъективные ощущения и предъявляемые жалобы; эмоциональный (эмоциональная реакция на заболевание); рациональный (совокупность информации о заболевании и возможных исходах лечения) и мотивационный, связанный с целенаправленными действиями по измене-

нию поведения и образа жизни [6]. От преобладания того или иного компонента формируются 12 типов внутренней картины болезни: гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, апатический, меланхолический, сенситивный, паранойяльный, эгоцентрический, дисфорический [7].

В ряде исследований доказано, что после перенесенных обострений ИБС, угрожающих жизни кардиогенных состояний и кардиохирургических вмешательств происходит изменение системы отношений личности, приводящее к различным формам психической дезадаптации. Кардиологические заболевания приводят к физиологическим и биохимическим сдвигам в организме, тем самым выступая в качестве источника эмоционального стресса, и способствуют развитию дезадаптивных вариантов ВКБ. Формирование дезадаптивной формы ВКБ у пациентов с ИБС может привести к изменению иерархии мотивов и ценностей в связи с угрозой базовым потребностям, переосмыслении ценности здоровья, духовных ценностей и изменении системы отношений. Роль острого или хронического эмоционального стресса в развитии соматического заболевания, влияние личностных особенностей, семейных взаимоотношений и эмоциональных состояний на течение заболевания оказывают непосредственное влияние на результаты терапевтического процесса [8, 9]. При этом доказана взаимосвязь между характером формирования ВКБ у пациента с ИБС и преморбидными особенностями личности [8].

Установлено, что у 33-80% пациентов с ИБС возникают психические изменения. Наблюдаются такие эмоциональные нарушения, как повышенная тревожность, эмоциональная подавленность, фиксация на болезненных ощущениях, страх смерти. При возникновении болезненных ощущений в области грудной клетки у пациента возникают мысли о смерти от сердечного приступа. В результате формируется высокая тревожность перед повторным приступом, постоянная фиксация внимания на любых изменениях сердечной деятельности [10].

По результатам ряда исследований выявлено, что у больных ИБС по сравнению со здоровыми достоверно повышены показатели по шкале ипохондрии. В характере начинают проявляться такие черты, как впечатлительность, мнительность, пессимистичность, что приводит к формированию нейровегетативных нарушений. Появление вегетативной симптоматики снижает толерантность к стрессовым ситуациям. Таким образом, возникает замкнутый круг между психической и соматической патологией, который пациент не в состоянии самостоятельно преодолеть даже при положительной установке на выздоровление [10, 11].

Адекватное восприятие пациентами с ИБС своего заболевания отражается на показателях качества жизни (КЖ). В исследовании по оценке КЖ у больных коронарной болезнью сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью, было доказано, что КЖ таких пациентов снижается по мере усиления выраженности клинической симптоматики. Отрицание симптоматики или формирование в сознании пациента неправильного образа заболевания способствует усилению психоэмоциональных и нейровегетативных нарушений, которые влияют на показатели КЖ. Особенности личности больных ИБС являются энергичность, целеустремленность, деятельность, стремление к соперничеству, личностная идентификация с работой. Однако после перенесенной ситуации витальной угрозы открытость в поведении у пациентов с ИБС начинает сочетаться с навязчивыми страхами за свою безопасность, что отрицательно сказывается на их КЖ [12].

В.В. Николаева и Е.И. Ионова при исследовании личностных особенностей и ВКБ пациентов с ИБС, перенесших аортокоронарное шунтирование, доказали, что самооценка у большинства больных завышена. Кроме того, у пациентов отсутствует чувство личной ответственности за происходящие события. Смысловой потенциал личности обеднен, возникают множественные страхи за будущее здоровье. Уровень личностной тревожности высокий у всех пациентов, а уровень ситуативной тревожности коррелирует с тяжестью соматического состояния [10].

Наиболее выраженные эмоциональные расстройства наблюдаются у пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Тяжелое физическое состояние, интенсивные боли, слабость и обеспокоенность медицинского персонала форми-

руют тревогу и страх серьезной угрозы для жизни. Появляются мысли о том, что из сильных и активных людей они станут беспомощными, нуждающимися в уходе больными, что способствует формированию тревожного и депрессивного варианта ВКБ. Без соответствующей психологической и медицинской помощи дезадаптивный тип ВКБ закрепляется и сохраняется в течение одного года у 25% перенесших инфаркт миокарда. По другим данным, психические нарушения констатировались в 28% случаев. У 50% пациентов наблюдалась интенсификация невротических черт личности [10, 11].

Изменение КЖ, вызванное ухудшением здоровья, страхи за свою жизнь и благосостояние вызывают перестройку личности в результате отражения своего образа «Я» в новой ситуации болезни. При этом характер этих изменений во многом определяется параметрами, связанными с личностью пациента, и факторами, составляющими клинические особенности течения ИБС.

Таким образом, актуальность изучения особенностей формирования ВКБ и нозогенных реакций под влиянием ИБС диктуется потребностями практической медицины. Так, по мнению ряда авторов, структура ВКБ является ведущим фактором, определяющим медицинское поведение пациента, которое непосредственно влияет на течение и прогноз коронарной болезни [13, 14]. На настоящий момент остается открытым вопрос о том, чем отличаются психологические особенности пациентов с благоприятными и неблагоприятными формами ВКБ, и как они влияют на дальнейшую адаптацию к заболеванию на постгоспитальном этапе [5].

В зависимости от особенностей внутренней картины болезни пациент может стремиться к сотрудничеству с врачом и соблюдать медицинские рекомендации либо всячески избегать и игнорировать лечебные указания [15]. Правильная оценка своего состояния (гармоничный тип внутренней картины болезни) является залогом формирования успешного комплайенса, уровня высокой адаптации к стационарным условиям и дальнейшей приверженности лечебным рекомендациям. Наличие неадекватно сформированной ВКБ отрицательно влияет на течение и исход заболевания, способствует развитию внутриличностных и межличностных конфликтов различного плана.

Понимание особенностей каждого варианта ВКБ помогает врачу при выборе необходимой

тактики в работе с пациентом и определении формы наиболее приемлемого взаимодействия.

При исследовании ВКБ у пациентов с ИБС, проведенном М.В. Яковлевой с соавторами, было выявлено, что среди 85 пациентов мужского пола в возрасте от 41 до 79 лет, у 70% приверженных и 57% не приверженных лечению преобладают типы отношения к болезни, которые образуют «адаптивный» блок (гармоничный, эргопатический и анозогнозический вариант ВКБ) [16]. Однако у пациентов с эргопатическим и анозогнозическим вариантом ВКБ могут возникать такие крайние формы поведения, как полный «уход в работу» или полный отказ признавать у себя наличие заболевания. Болезнь мешает пациентам вести привычный образ жизни и зачастую вытесняется из их сознания и системы представлений о себе, что приводит к усугублению неприверженности к терапии за счет сконцентрированности на трудовой деятельности и отказу воспринимать себя как «больного человека». Среди неадаптивных типов отношения к болезни на приверженность к рекомендациям существенно влияют апатический и меланхолический типы отношения к болезни, что объясняется безразличием к результатам лечения. При апатическом варианте ВКБ у пациента преобладает пассивное соблюдение предписанной терапии под влиянием настойчивого побуждения со стороны. У пациентов с меланхолическим вариантом ВКБ отсутствует вера в собственное выздоровление, возникают сомнения в успехе лечения независимо от собственного самочувствия и объективных клинических данных. Низкая приверженность к терапии у таких больных связана с отсутствием веры в эффект лечения и склонностью к пессимистическим оценкам.

При изучении влияния типа отношения к болезни пациенток с ИБС на приверженность терапии, проведенной Е.В. Строковой с соавторами, было выявлено, что с большей регулярностью приема препаратов была связана сенситивная ВКБ, а с нерегулярным приемом – анозогнозическая и обсессивно-фобическая [17]. В случае обсессивно-фобического и анозогнозического типа отношения к болезни пациентки принимали препараты регулярно реже, чем с другими вариантами ВКБ. Сенситивная ВКБ характеризовалась большей вероятностью регулярного приема препаратов. По мнению автора, это может быть связано с личностными predispositionами пациенток – повышенной

тревожностью и страхами перед осложнениями заболевания заставляют четко следовать рекомендациям врача.

Более ранние исследования также указывают на слабую приверженность длительному курсу лечения ССЗ при анозогнозическом (эйфорическом) и неврастеническом варианте ВКБ [18-23].

Для проведения психокоррекционной работы с пациентами, имеющими варианты ВКБ, которые отрицательно влияют на соблюдение медицинских рекомендаций, может быть использован когнитивно-поведенческий подход. Когнитивно-поведенческая психотерапия основана на коррекции мыслей, чувств, эмоций и поведения. В настоящее время методы когнитивно-поведенческой психотерапии успешно используются при лечении неврозов, фобий, депрессий, для помощи пациентам с иными психическими и поведенческими нарушениями [24-29]. Однако в кардиологической практике данный подход до сих пор находит крайне ограниченное применение. Для психокоррекции ВКБ у пациентов с ИБС возможно применение комплекса методов, успешно используемого при терапии поведенческих нарушений у пациентов с другими соматическими заболеваниями [24, 29].

При эргопатическом варианте ВКБ пациент избегает мыслей о болезни путем ухода в работу. В поведении это проявляется «стеничным» отношением к работе, избирательным выбором назначенного обследования и лечения, обусловленным навязчивой необходимостью сохранять прежний уровень физической активности. Для достижения адекватного уровня активности через формирование у пациента навыков самоконтроля в когнитивно-поведенческом подходе используется метод ведения дневника. Самонаблюдение осуществляется в форме дневника, составления диаграммы или заполнения учетных листов (например, фиксирование негативного влияния повышенной физической нагрузки на показатели сердечно-сосудистой деятельности). Ведение дневника повышает уровень осознания и самоконтроля, используется для оценки прогресса. Существуют две основные стратегии самоконтроля, которыми может воспользоваться пациент. Он может попытаться перестроить окружающую среду в соответствии со своими целями (например, для достижения целевых показателей ходьбы иметь всегда под рукой шагомер и пульсометр и постоянно делать замеры для достижения адекватного

уровня физической активности). Либо он может вознаграждать себя после совершения действий, способствующих достижению цели, используя для этого положительное самоподкрепление. К примеру, достигая нового показателя, положительно влияющего на состояние здоровья, пациент может поощрять себя приятным событием или самозаявлением («Отлично», «Я молодец», «Я доволен, что сделал это»).

Анозгнозический, дисфорический, паранойяльный и эгоцентрический варианты ВКБ связаны с нарушением у пациента адекватного восприятия ситуации болезни в результате наличия навязчивых или иррациональных мыслей. Для поведения характерен отказ от врачебного обследования или соблюдения назначенных рекомендаций. Существуют высокая склонность неправильно воспринимать свою роль как пациента, нежелание выстраивать конструктивные отношения с врачебным персоналом. Преобладает желание «обойтись своими средствами и знаниями» либо надеждой на то, что «само все пройдет». Для изменения неадекватного восприятия состояния своего здоровья в когнитивно-поведенческой психотерапии используется метод когнитивного переструктурирования [30]. Причинами нарушенного поведения являются искажения в когнитивных процессах, таких, как восприятие, установки, интерпретации, умозаключения. При изменении их содержания можно ожидать изменений и в эмоциональной, и в поведенческой сферах. Прием когнитивного переструктурирования может быть обращением психологом внимания на противоречия в суждениях или рассказе пациента. При использовании когнитивного переструктурирования в кардиологической практике психолог проводит идентификацию и коррекцию дисфункциональных мыслей пациента по отношению к своему заболеванию. Дисфункциональные мысли пациента тщательно исследуются и идентифицируются. Затем производится оценка правильности этих установок, после чего они подвергается критической оценке со стороны психолога и медицинского персонала. Важно, чтобы пациент до конца понял степень неадекватности дисфункциональных мыслей, а также осознал, что они могут стать причиной ряда осложнений и проблем со здоровьем при возвращении к трудовой деятельности.

Непрерывное беспокойство и страхи по поводу неблагоприятного течения болезни, воз-

можных осложнений, неэффективности или серьезной опасностью медицинского вмешательства возникают у пациентов с тревожным, ипохондрическим, неврастеническим, апатическим, меланхолическим и сенситивным вариантом ВКБ. В поведении это проявляется поиском дополнительной информации о своей болезни и методах ее лечения, данных о состоянии своего здоровья, появлением частых страхов после незначительного дискомфорта. Настроение при этом тревожное, и, как следствие, часто возникает угнетенное настроение при возникновении проблемных ситуаций. Для снижения уровня тревоги психолог обучает пациента навыкам снятия стрессового напряжения при помощи метода систематической десенсибилизации или метода мышечной релаксации Э. Джекобсона. Метод систематической десенсибилизации подходит пациентам, предпочитающим когнитивные способы снятия напряжения, т.е. через воображение и мыслительные операции [23]. Мышечная релаксация Э. Джекобсона подходит для пациентов, предпочитающих физические упражнения для достижения состояния расслабленности.

Таким образом, согласно представленному обзору, у пациентов с ИБС существуют различные нарушения в психоэмоциональной сфере, отрицательно влияющие на формирование гармоничного варианта ВКБ. Неадекватное восприятие своего заболевания снижает вероятность достижения успешного комплайенса с лечащим врачом, ухудшает приверженность терапии и повышает риск возникновения психических нарушений. В связи с этим возникает необходимость выбора наиболее приемлемой модели психотерапевтической помощи. Предложенные когнитивно-поведенческие методы направлены на изменение неадекватных представлений, которые формируются у пациента при неправильном информировании или недостаточной осведомленности об особенностях его заболевания. Наличие у пациента с ИБС эргопатического варианта ВКБ приводит к нарушению врачебных рекомендаций, анозгнозического типа ВКБ к снижению приверженности, а тревожной картины болезни к высоким рискам возникновения депрессивного расстройства. Основной задачей каждой из предложенных когнитивно-поведенческих техник становится изменение дисфункционального мышления для достижения гармоничного варианта ВКБ.●

Литература / References:

1. Wasserman LI, Trifonova EA, Shelkova OY. Psychological diagnosis and correction in somatic clinic: guide for research and practice. SPb.: Speech, 2011. - 271 p. Russian (Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. СПб.: Речь, 2011. 271 с.)
2. Shelkova OY. Psychological diagnosis in medicine (a systematic study). Abstract. doctor. the course of studies. PhD, Saint-Petersburg, 2009. 49 p. Russian (Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика в медицине: (системное исследование): автореф. дис. ... докт. психол. наук. Санкт-Петербург, 2009. - 49 с.)
3. Lichko AE, Ivanov NL. Medical and Psychological Examination of Somatic Patients. S.S. Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry, 1980; (8): 1195-1198. (Личко А.Е., Иванов Н.Л. Медико-психологическое обследование соматических больных / А.Е. Личко, Н.Л. Иванов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1980. № 8. С. 1195-1198).
4. Myasishchev VN. Psychology of relationships. Edited by A.A. Bodalev. M.: Publishing house "Institute of practical psychology", Voronezh: NGO "MODEK", 1995. - 356 p. Russian (Мясищев В.Н. Психология отношений / под ред. А.А. Бодалева. М.: Изд-во «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. - 356 с.)
5. Buhtoyarov SE, Latters NV. Internal picture of the disease in therapeutic practice. Medicine: today's challenges: proceedings of the international scientific conference (Chelyabinsk, June 2012). Chelyabinsk: Two Komsomol Members, 2012. p. 1-3. Russian (Бахтояров С.Е., Латцердс Н.В. Внутренняя картина болезни в терапевтической практике // Медицина: вызовы сегодняшнего дня: материалы междунар. заоч. науч. конф., г. Челябинск, июнь 2012 г. Челябинск: Два комсомольца, 2012. С. 1-3).
6. Nikolaeva VV. Personality in conditions of chronic physical illness. Abstract of doct. diss. Moscow, 1992. 49 p. (Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания: автореферат дис. ... д-ра психол. наук. Москва, 1992. - 49 с.)
7. Smirnov VM, Reznikova TN. The Basic Principles and Methods of Investigation "Internal Picture of the Disease". Methods of Psychological Diagnosis and Correction in the Clinic. Moscow, 1983, p. 38-61. Russian (Смирнов В.М., Резникова Т.Н. Основные принципы и методы исследования внутренней картины болезни // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Ленинград: Медицина, 1983. С 38-62).
8. Alekhin AN, Sorokin LA, Trifonova EA. Medical and psychological aspects of adaptation of patients after myocardial infarction: the current state of the problem. Bulletin of Psychotherapy. 2012; (42): p. 26-45. Russian (Алехин А.Н., Сорокин Л.А., Трифонова Е.А., Чернорай А.В. Медико-психологический аспект адаптации пациентов, перенесших инфаркт миокарда: современное состояние проблемы // Вестник психотерапии. 2012. №42. С. 26-45).
9. Alekhin AN, Trifonova EA, Lebedev DS, Mikhailov EN. Psychological problems in arrhythmology (in atrial fibrillation model) / Bulletin of Arrhythmology. 2011; (63): - P. 45-54. Russian (Алехин А.Н., Трифонова Е.А., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н. Психологические проблемы в аритмологии (на модели фибрилляции предсердий) // Вестник аритмологии. 2011. №63. С. 45-54).
10. Alehin AN, Trifonova EA, Chernoraj AV. Relation to Illness of Patients Undergoing Urgent Cardiac Status. Arterial Hypertension, 2012, vol. 18, no. 4, - P. 317-324. (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.).
11. Merkureva AA. Personality Characteristics and Features of the Emotional Sphere of Coronary Heart Disease Patients with Pain and Painless Variants of the Course. St. Petersburg, 2001, 146 p. (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. Nikolaeva VV. Influence of Chronic Disease on the Mind. Moscow, Medicina Publ., 1987. - 167 p. (Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. - М.: Медицина, 1987. - 167 с.)
13. Smulevich AB, Sirkin AL, Ovcharenko SI, Tkhostov AS, Drobizhev MY, Ischenko EN, Bezv I. Clinical features of physical illness and internal picture disease (on the model of ischemic heart disease and asthma). / Clinical Medicine 1999; 77 (2): 17-23. Russian (Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Овчаренко С.И., Тхостов А.Ш., Дробижев М.Ю., Ищенко Э.Н. с соавт. Клинические особенности соматического заболевания и внутренняя картина болезни (на модели ишемической болезни сердца и бронхиальной астмы) // Клиническая медицина. 1999. Т.77, №2. С. 17-23).
14. Smulevich AB, Sirkin AL, Kozyrev VN, Drobizhev MU, Ivanov SV, Zelenina EV et al. Psychosomatic disorders: Conceptual Aspects (clinic, epidemiology, therapy, medical model). S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 1999; 99 (4): - P. 4-16. Russian (Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н., Дробижев М.Ю., Иванов С.В., Зеленина Е.В. с соавт. Психосоматические расстройства. Концептуальные аспекты (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1999. Т.99, №4. С.4-16.).
15. Thostov ASh., Arina GA. Theoretical Problems of Investigation of the Internal Picture of the Disease. Psychological Diagnosis Relation to the Disease in Presence of Neuro-Psychological Somatic Pathology. Leningrad, 1990, P. 32-38. (Тхостов, А.Ш. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни / А.Ш. Тхостов, Г.А. Арина // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической соматической патологии. - Л., 1990. - С. 32-38.).
16. Yakovleva MV, Lubinsky EI, Demchenko EA. Internal picture of the disease as a factor in treatment adherence after coronary artery bypass grafting. Herald of the South Ural State University. Series Psychology. 2015; 8 (2): 59-70. Russian (Яковлева М.В. Лубинская Е.И., Демченко Е.А. Внутренняя картина болезни как фактор приверженности к лечению после операции коронарного шунтирования // Вестник Южно-уральского государственного университета. Серия: Психология. 2015. Т.8, №2. С. 59-70.).
17. Strokova EV. Multivariate analysis of patients adherence to treatment of cardiovascular diseases: author's abstract of dis. ... candidate of medical Sciences: 14.01.05.; [Place of defense: V.I. Razumovsky Saratov State Medical University]. - Saratov, 2012. P - 25. (Строкова Е.В. Многофакторный анализ приверженности пациентов к лечению сердечно-сосудистых заболеваний: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: 14.01.05 / Строкова Е.В.; [Место защиты: ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России]. — Саратов, 2012. - 25 с.).
18. Smulevich A.B., Thostov A.Sh., Syrkin A.L. Clinical and Psychological Aspects of the Response to the Disease. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 1997, no. 7, - P. 4-9. (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.).
19. Lapin IP. Personality and medicine. Introduction to Psychology of Pharmacotherapy. SPb.: Dehaene, 2001. 416 p. Russian (Ляпин И.П. Личность и лекарство. Введение в психологию фармакотерапии. СПб.: ДЕАН, 2001. 416 с.).
20. Sodnomov LB. Anosognosic attitude to the disease in patients with chronic heart failure the initial stages (I-II FC NYHA). Bulletin of Buryat State University. 2013; (12): 94-98. Russian (Содномов Л.Б. Анозогнозический тип отношения к болезни пациентов с хронической сердечной недостаточностью начальных стадий (I-II ФК по NYHA) // Вестник Бурятского государственного университета. 2013. №12. С. 94-98.)

21. Kozlov SN, Golubev AV, Krylov YS, Shlyakhto EV, Neznaniy NG, Khromova NI. The prognosis of patients with ischemic heart disease with comorbid anxiety and depressive disorders - results of a prospective four-year monitoring. Review of Psychiatry and Medical Psychology. 2012; (4): 44-48. Russian (Козлова С.Н., Голубев А.В., Крылова Ю.С., Шляхто Е.В., Незнанов Н.Г., Хромова Н.В. Прогноз больных ишемической болезнью сердца с коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами - результаты проспективного четырехлетнего наблюдения // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2012. №4. С. 44-48).
22. Zubareva OA. Types of attitude to disease in patients with different forms of ischemic heart disease in the acute period / the world of scientific discoveries. In the World of Scientific Discoveries, 2015; (1): 396-404. Russian (Зубарева О.А. Типы отношения к болезни у пациентов с разными формами ишемической болезни сердца в остром периоде // В мире научных открытий. 2015. №1. С.396-404).
23. Smulevich A.B. Depression in General Medical Practice. Moscow, Eksmo, 2000. 160 p. Russian (Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике. М.: Изд-во "Бер", 2000. 160 с.)
24. Kaptein AA, Scharloo M, Helder DI, Kleijn WC, Van Koorlaar IM, Woertman M. Representation of chronic illnesses. in: LD Cameron, H Leventhal (Eds.) The self regulation of health and illness behaviour. Routledge, London; 2003: 97-118.
25. Livneh H. Psychosocial adaptation to heart diseases: the role of coping strategies. J Rehabil 1999;65(3): - P. 24-33.
26. Gatchel RJ, Rollings KH. Evidence-informed management of chronic low back pain with cognitive behavioral therapy. Spine J. 2008; 8 (1): 40-44.
27. MMorley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. Pain. 1999; 80 (1-2): 1-13.
28. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. WITHDRAWN: Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low-back pain. Cochrane Database Syst. Rev. 2007; (2): CD000963.
29. Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. Health Psychol. 2007; 26 (1): 1-9.
30. Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA, Cameron LD, Leventhal The common-sense model of self-regulation of health and illness. The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour, London, Routledge, 2003. P. 42-65.

Сведения об авторах

Солодухин Антон Витальевич, лаборант-исследователь лаборатории нейрососудистой патологии ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Вклад в статью: поиск и анализ литературы, написание текста.

Серый Андрей Викторович, доктор психологических наук, профессор кафедры социальной психологии и психосоциальных технологий ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет».
Вклад в статью: редактирование и написание текста.

Яницкий Михаил Сергеевич, доктор психологических наук, профессор, директор социально-психологического института ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет».
Вклад в статью: редактирование и написание текста.

Трубникова Ольга Александровна, доктор медицинских наук, заведующая лабораторией нейрососудистой патологии ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний».
Вклад в статью: редактирование и написание текста.

Authors

Dr. Anton V. Solodukhin, Technician, Laboratory for Neurovascular Pathology, Division of Polyvascular Disease, Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Kemerovo, Russian Federation
Contribution: performed literature search and analysis; wrote the article.

Prof. Andrey V. Seryi, PhD, Professor, Department of Social Psychology and Psychosocial Technologies, Kemerovo State University, Kemerovo, Russian Federation
Contribution: edited and wrote the article.

Prof. Mikhail S. Yanitskiy, PhD, Professor, Director of the Sociopsychological Institute, Kemerovo State University, Kemerovo, Russian Federation
Contribution: edited and wrote the article.

Dr. Olga A. Trubnikova, MD, PhD, Head of the Laboratory for Neurovascular Pathology, Division of Polyvascular Disease, Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Kemerovo, Russian Federation
Contribution: edited and wrote the article.

Acknowledgements: There was no funding for this article.

Корреспонденцию адресовать:

Солодухин Антон Витальевич,
650002, г. Кемерово, Сосновый бульвар, 6,
ФГБНУ «Научно-исследовательского
института комплексных проблем сердечно-
сосудистых заболеваний», лаборатория
нейрососудистой патологии
E-mail: mein11@mail.ru
Служебный телефон, факс: 8(3842)643153

Corresponding author:

Dr. Anton V. Solodukhin,
Sosnovy Boulecard 6, Kemerovo, 650002,
Russian Federation
E-mail: mein11@mail.ru

Статья поступила: 17.01.17г.

Принята в печать: 15.02.17г.