Профилактическая медицина
2025, т. 28, №10, с. 82–87
https://doi.org/10.17116/profmed20252810182

Russian Journal of Preventive Medicine
2025, vol. 28, no. 10, pp. 82–87
https://doi.org/10.17116/profmed20252810182

Особенности интерпретации телесных ощущений больными артериальной гипертонией

© Н.М. АХМЕДЖАНОВ[1], А.С. НЕЛЮБИНА[2], А.С. САФАРЯН[1], А.А. РАЗЛУЦКИЙ[2], Е.А. ПОДДУБСКАЯ[1], О.В. КОСМАТОВА[1], Д.В. НЕБИЕРИДЗЕ[1]

[1]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия;
[2]Институт психологии им. Л.С. Выготского ФГАОУ ВО «Российский государственный гуманитарный университет», Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Введение. Непереносимость пациентом неопределенности в ситуации хронической болезни связывают с неэффективным совладанием с ней. Авторы предполагают, что это может проявиться на уровне восприятия и интерпретации пациентом соматических ощущений и неадаптивных действий, связанных с этими интерпретациями.

Цель исследования. Изучить особенности восприятия и интерпретации пациентом своих телесных (интрацептивных) ощущений при разном уровне интолерантности к ситуации неопределенности (ситуации болезни).

Материалы и методы. В исследовании, проведенном на базе НМИЦ терапии и профилактической медицины Минздрава России в кардиологическом и терапевтическом отделениях, принял участие 241 пациент (146 (60,6%) женщин и 95 (39,4%) мужчин) в возрасте от 26 до 92 лет (среднее значение (μ) 65,61±11,81 года; медиана (Me) 67 лет) с диагнозом «артериальная гипертония II— III степени тяжести» и длительностью заболевания от 1 года до 65 лет (μ=14,05±13,02 года; Me=10 лет). Использовали психосемантический тест «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (модификация Тхостов, Нелюбина, 2013), шкалу интолерантности к неопределенности (в адап. Тхостов и соавт., 2022).

Результаты. Выявлены статистически значимые различия между высоко- и низкоинтолерантными к ситуации неопределенности пациентами. Пациенты, легко переносящие ситуацию неопределенности, имели редуцированный телесный опыт болезни, что могло приводить к некомплаентному поведению в виде пропуска приема лекарств и несвоевременному обращению за медицинской помощью. Пациенты, непереносящие ситуацию неопределенности, имели развернутый телесный опыт болезни, интерпретируя большинство испытываемых телесных ощущений как вызванные заболеванием и опасные для их жизни, что могло приводить к другим формам некомплаентного поведения (в виде частых смен врачей и схем лечения, дополнительного приема гипотензивных препаратов, немотивированной замены одного препарата на другой, многократных попыткок в короткий промежуток времени измерить артериальное давление, нетрадиционных методов лечения и пр.).

Заключение. Выявлены различия в восприятии и интерпретации телесных ощущений пациентами при разном уровне непереносимости ситуации неопределенности. Результаты могут быть учтены при построении психопрофилактических программ (школ здоровья) для повышения приверженности терапии и улучшения качества жизни пациентов.

Ключевые слова: *психология больного, артериальная гипертония, телесные (интрацептивные) ощущения, приверженность лечению, интолерантность к ситуации неопределенности*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:
Ахмеджанов Н.М. — https://orcid.org/0000-0003-3417-0895
Нелюбина А.С. — https://orcid.org/0000-0001-6449-8811
Сафарян А.С. — https://orcid.org/0000-0002-6104-8388
Разлуцкий А.А. — https://orcid.org/0000-0002-6762-1624
Поддубская Е.А. — https://orcid.org/0000-0002-9155-9189
Косматова О.В. — https://orcid.org/0000-0001-7036-4756
Небиеридзе Д.В. — https://orcid.org/0000-0002-5265-3164
Автор, ответственный за переписку: Сафарян А.С. — e-mail: anush70@list.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:
Ахмеджанов Н.М., Нелюбина А.С., Сафарян А.С., Разлуцкий А.А., Поддубская Е.А., Косматова О.В., Небиеридзе Д.В. Особенности интерпретации телесных ощущений больными артериальной гипертонией. *Профилактическая медицина*. 2025;28(10):82–87. https://doi.org/10.17116/profmed20252810182

Features of the interpretation of bodily sensations by patients with arterial hypertension

© N.M. AKHMEDZHANOV[1], A.S. NELYUBINA[2], A.S. SAFARYAN[1], A.A. RAZLUTSKY[2], E.A. PODDUBSKAYA[1], O.V. KOSMATOVA[1], D.V. NEBIERIDZE[1]

[1]National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russia;
[2]Institute of Psychology named after L.S. Vygotsky, Russian State University for the Humanities, Moscow, Russia

ABSTRACT

Introduction. The patient's intolerance of uncertainty in a situation of chronic disease is associated with ineffective coping with it. The authors suggest that this may be manifested at the level of patient's perception and interpretation of somatic sensations and non-adaptive actions associated with these interpretations.

Objective. To study the features of perception and interpretation by the patient of own bodily (interoceptive) sensations at different levels of intolerance to the situation of uncertainty (situation of disease).

Materials and methods. In the study performed on the basis of the NMRC for Therapy and Preventive Medicine in cardiology and therapeutic departments, 241 patients aged 26—92 years (mean value (μ) 65.61±11.81; median (Me) 67), including 146 women (60.6%) and 95 men (39.4%) with arterial hypertension of II—III severity degree and duration of the disease from 1 to 65 years (μ=14.05±13.02; ME=10), participated. «Selection of descriptors of interoceptive sensations» psychosemantic test (modification by Tkhostov, Nelyubina, 2013), scale of intolerance to uncertainty (in adap. by Tkhostov et al., 2022) were used.

Results. Statistically significant differences between high and low intolerant to the uncertainty situation patients were identified. Easily tolerating uncertainty patients had a reduced bodily experience of the disease, which could lead to non-compliant behavior in the form of skipping drug administration and not seeking medical attention in a timely manner. Patients who do not tolerate a situation of uncertainty had an extended bodily experience of the disease, interpreting most bodily sensations as caused by the disease and dangerous for their life, which could lead to other forms of non-compliant behavior (in the form of frequent changes of doctors and treatment regimens, additional administration of hypotensive drugs, unmotivated substitution of one medication for another, repeated attempts to measure blood pressure in a short period of time, unconventional treatment methods, etc.).

Conclusion. Differences in perception and interpretation of bodily sensations by patients with different levels of intolerance of uncertainty situation were identified. The results can be considered in developing psychoprophylactic programs (health schools) in order to increase adherence to therapy and improve patients' quality of life.

Keywords: *patient's psychology, arterial hypertension, bodily (interoceptive) sensations, adherence to treatment, intolerance to uncertainty situation*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:
Akhmedzhanov N.M. — https://orcid.org/0000-0003-3417-0895
Nelyubina A.S. — https://orcid.org/0000-0001-6449-8811
Safaryan A.S. — https://orcid.org/0000-0002-6104-8388
Razlutsky A.A. — https://orcid.org/0000-0002-6762-1624
Poddubskaya E.A. — https://orcid.org/0000-0002-9155-9189
Kosmatova O.V. — https://orcid.org/0000-0001-7036-4756
Nebieridze D.V. — https://orcid.org/0000-0002-5265-3164
Corresponding author: Safaryan A.S. — e-mail: anush70@list.ru

TO CITE THIS ARTICLE:
Akhmedzhanov NM, Nelyubina AS, Safaryan AS, Razlutsky AA, Poddubskaya EA, Kosmatova OV, Nebieridze DV. Features of the interpretation of bodily sensations by patients with arterial hypertension. *The Russian Journal of Preventive Medicine.* 2025;28(10):82–87. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/profmed20252810182

Введение

В процессе познания больным своего заболевания (нозогнозии) можно выделить несколько этапов: восприятие, вербализация и категоризация внутренних телесных (интрацептивных) ощущений, вызванных болезнью, и затем их концептуализация — построение субъективной концепции болезни (понимание пациентом ее причин, механизмов развития, прогноза, способов лечения и возможности излечения) [1]. В настоящей работе рассматривается первый этап — особенности отнесения пациентом своих ощущений как проявлений заболевания, требующих обращения за медицинской помощью, или, наоборот, как не связанных с болезнью. Неверная интерпретация своих телесных ощущений — например, приписывание дискомфортных ощущений не болезни, а каким-то внешним факторам (геомагнитной обстановке), усталости, плохому сну, старению организма и пр. может приводить к некомплаентному поведению (несвоевременному использованию лекарств или задержке обращения за медицинской помощью) [2—5].

Ситуация болезни (даже распространенной и давно изученной) не является полностью контролируемой, до конца понятной и предсказуемой. Для описания этого феномена М. Мишель было предложено понятие «*illness uncertainty*» — неопределенность ситуации болезни, которая может иметь как негативную окраску (быть триггером, усиливать стрессовую реакцию пациента), так и позитивную (давать пациенту надежду на неверность диагноза, на более благоприятный исход) [6]. Неопределенность ситуации болезни могут испытывать сам пациент, члены его семьи и работники здравоохранения [7]. Исследования реакций пациентов на неопределенность ситуации болезни проводились в различных условиях стационирования (неотложная медицинская помощь, плановая госпитализация, амбулаторное наблюдение) и при разных заболеваниях. Оказалось, что непереносимость ситуации неопределенности и ее оценка пациентом как угрожающей учащают субъективные ухудшения самочувствия, повторные обращения за медицинской помощью без достаточных объективных оснований, провоцируют неверное использование лекарств без назначения врача и другие формы дезадаптивного (некомплаентного) поведения соматических больных. Если заболевание воспринимается пациентом как опасное для его жизни, то и неопределенность ситуации болезни будет расценена им как угроза [8]. Было показано, что лица с хроническим соматическим заболеванием с большей вероятностью будут испытывать повышенный уровень неопределенности

в отношении болезни и иметь снижение психологической адаптации к болезни [9]. Так, например, исследование B. Xia и соавт. (2022) пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших операцию стентирования, показало, что больные с выраженным переживанием неопределенности болезни были значимо менее способны к эффективной саморегуляции в ситуации восстановления после операции, а качество их жизни было ниже [10].

Пациент, тяжело переносящий ситуацию неопределенности, малой контролируемости болезни, начинает испытывать тревогу, степень которой может быть различна. На пике тревоги пациент может неверно интерпретировать и категоризировать свои телесные ощущения (связанные с тревогой) как относящиеся к соматическому заболеванию, опасные, угрожающие жизни [11]. В ряде исследований было показано, что неверная категоризация человеком интрацептивных ощущений как релевантных угрозе для его жизни, здоровья приводит к усилению тревоги, дальнейшему искажению интрацепции, когда даже безопасные телесные ощущения воспринимались как более интенсивные и угрожающие [12—14]. Эта неверная категоризация интрацепции приводит к разным вариантам некомплаентного поведения больного, которое в свою очередь может действительно вызвать ухудшение физического состояния пациента и, например, подъем артериального давления. И, напротив, было показано, что чем больше пациент чувствует, что контролирует болезнь, тем выше его приверженность терапии [15].

Именно поэтому в обучении пациента основной целью становится приобретение им навыков оптимально управлять неопределенностью ситуации болезни, чтобы уменьшить стресс, повысить способность принимать эффективные решения относительно лечения, совладать с болезнью [7].

Цель исследования — изучить связь особенностей восприятия и интерпретации внутренних телесных (интрацептивных) ощущений у стационарных больных с артериальной гипертонией с разным уровнем непереносимости ими неопределенности ситуации болезни.

Материалы и методы

Исследование было проведено на базе НМИЦ терапии и профилактической медицины Минздрава России в кардиологическом и терапевтическом отделениях. В исследовании принял участие 241 пациент (146 (60,6%) женщин и 95 (39,4%) мужчин) в возрасте от 26 до 92 лет (среднее значение (μ) 65,61±11,81 года; медиана (Me) 67 лет) с верифицированным диагнозом «артериальная гипертония II—III степени тяжести» и длительностью заболевания от 1 года до 65 лет (μ=14,05±13,02 года; Me=10 лет), многие пациенты имели также коморбидную патологию (ИБС, сахарный диабет, нарушение ритма сердца). Два пациента — самый молодой (26 лет) и самый пожилой (92 года) — были исключены из исследования для большей однородности выборки по возрасту. Социальный статус респондентов был следующим: лица, имеющие высшее (58,1%), среднее специальное (29%) или среднее (12,9%) образование, подавляющее большинство (80,5%) из которых на момент исследования проживали с семьей. Пациенты находились в отделении для планового обследования и подбора терапии. К участию в исследовании допускались пациенты без выраженных когнитивных нарушений (на основании оценки медицинских специалистов учреждения и наблюдения в ходе исследования). Участие в исследовании было добровольным.

Участникам исследования было предложено в присутствии психолога-стажера заполнить бланки психодиагностических методик:

1. Психосемантический тест «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (ВДИО; в модификации А.Ш. Тхостов, А.С. Нелюбина, 2013) для выявления особенностей вербализации и категоризации внутренних телесных (интрацептивных) ощущений [16]. Методика содержит 80 слов-дескрипторов, отобранных экспертами для описания внутренних телесных ощущений. Среди стимулов представлены как локализованные, так и более диффузные ощущения, телесные или описывающие психические состояния, и разные по частоте встречаемости в популяции. Методика проходит в несколько этапов. На 1-м этапе из общего количества дескрипторов пациент отбирает только те внутренние телесные ощущения, которые ему знакомы; на 2-м этапе из отобранных больной выбирает ощущения, вызванные болезнью, и дальнейшая работа идет с этой группой дескрипторов. Из дескрипторов, описывающих болезненное состояние, участник исследования отбирает «опасные, угрожающие жизни» ощущения и «часто испытываемые». На последнем этапе пациентам предлагалось из ощущений, отнесенных к категории «частые», выбрать ощущения, «ушедшие» в ходе проводимой лекарственной терапии, если такие удается выделить. Эти методики оцениваются количественно (подсчитываются объемы словарей-дескрипторов интрацептивных ощущений: «знакомые», «вызванные болезнью», «опасные», «часто испытываемые», «ушедшие» и наиболее частотные дескрипторы в выборке) и качественно (содержательный анализ состава словарей). Поскольку со 2-го этапа каждый участник отбирает дескрипторы не из полного набора (80 стимулов), а из отобранных на 1-м этапе, и это количество у каждого разное, следует лишь выделить наиболее выбираемые в группе пациентов дескрипторы (в процентах от общего количества) без возможности сравнить частоту выбора того или иного дескриптора-ощущения.
2. Шкала интолерантности к неопределенности (The Intolerance of Uncertainty Scale, IUS) (K. Buhr и M. Dugas, 2002; русскоязычная апробация: А.Ш. Тхостов, А.С. Нелюбина, А.А. Разлуцкий, А.М. Мерзлякова, 2022) для оценки уровня выраженности непереносимости больным ситуации неопределенности [17]. Шкала включает в себя 27 утверждений о том, как пациенты могут реагировать на неопределенность в жизни. Респонденту предлагается оценить каждое из утверждений по 5-балльной шкале Лайкерта. Оценивается общий показатель интолерантности к неопределенности.

Вся выборка была разделена по уровню интолерантности к неопределенности **(табл. 1)**:

1) низкий — от 27 до 63 баллов;
2) средний — от 64 до 99 баллов;
3) высокий — от 100 до 135 баллов.

Статистический анализ проведен в программе SPSS Statistics v. 23.00. За критический уровень статистической значимости принимали p=0,05. Использовали методы дескриптивной статистики, H-критерий Краскела—Уоллиса.

Результаты

При анализе данных, полученных при помощи методики ВДИО, были подсчитаны средние объемы словарей телесных (интрацептивных) ощущений: слова, подходящие для описания знакомых, испытанных телесных ощущений, словарь «ощущений, вызванных болезнью», «опасных, угрожающих жизни ощущений», «часто испытываемых ощущений» и словарь «ощущений, ушедших в результате терапии» во всех трех подвыборках. Для оценки значимости различий между группами с разным уровнем интолерантности к неопределенности был использован *H*-критерий Краскела—Уоллиса, в результате применения которого статистически значимые различия между группами были обнаружены по объемам всех словарей дескрипторов интрацептивных ощущений, кроме категории «ушедшие ощущения» **(табл. 2)**.

Словари дескрипторов телесных (интрацептивных) ощущений были подвергнуты частотному анализу в каждой из подвыборок. Наиболее частотными считались дескрипторы, выбранные из не менее $^1/_3$ выборки. Было выявлено различие между пациентами с разным уровнем непереносимости ситуации неопределенности на примере словарей: «ощущений, вызванных болезнью», «опасных ощущений» и «часто испытываемых» **(табл. 3)**.

Обсуждение

Пациенты с разным уровнем непереносимости неопределенности, связанной с ситуацией болезни, отличались объемами словарей телесных (интрацептивных) ощущений. Пациенты с низкой непереносимостью ситуации неопределенности выбирали статистически значимо меньшее количество дескрипторов, описывающих телесные (интрацептивные) ощущения на всех этапах проведения методики. Таким образом, восприятие болезни на телесном уровне у этих пациентов было крайне редуцированным. Эта особенность может свидетельствовать об игнорировании дискомфортных телесных ощущений или об алекситимичности самих пациентов. Можно провести аналогию с результатами недавнего исследования восприятия пациентов с кардиоваскулярной патологией симптомов своей болезни [18], в котором было показано, что «прислушивание» к своему телу, своим телесным ощущениям было положительно связано с лучшим самосохраняющим поведением больных (self-care behaviour), а игнорирование дискомфортных ощущений или отвлечение от них — наоборот, с низким уровнем самоэффективности пациента. При этом пациенты с наиболее высокой непереносимостью ситуации неопределенности выбирали максимальное в выборке количество дескрипторов телесных ощущений и, более того, считали их опасными, угрожающими жизни. Высокая интолерантность сочетается с высоким уровнем тревоги [17], которую пациенты осознают (выбирая «тревогу» в методике ВДИО как проявление болезни). Тревога заставляет больного постоянно «сканировать» свое тело, ища проявления ухудшения состояния. Можно также предположить, что интолерантные больные стараются редуцировать неопределенность за счет попытки более полного и точного определения своих телесных ощущений, что может создавать иллюзию контроля над проявлениями болезни.

Еще одной выявленной особенностью выборки был относительно небольшой объем словарей дескрипторов телесных ощущений — из 80 возможных ощущений-стимулов даже самые интолерантные и тревожные пациенты выбирали менее $^1/_2$. Этот феномен ранее уже был описан как «сворачивание», редуцирование чувственного уровня внутренней картины болезни, связанного с длительным, хроническим ее течением, и привыкание пациента к симптомам — большинство пациентов выборки болели более 10 лет [16].

Качественный анализ содержания словарей дескрипторов интрацептивных ощущений позволил выделить уже описанный ранее (при использовании методики ВДИО) [16] феномен «нозоцентричности» пациентов, проявляющийся в значительном совпадении словарей для категорий «знакомые» и «вызванные болезнью». Вероятно, пациенты не способны отвлечься от ситуации болезни и выбирают только те ощущения, которые связаны для них с заболеванием.

Таблица 1. **Распределение участников исследования по уровню интолерантности к неопределенности**

Table 1. **Distribution of the study participants by level of intolerance to uncertainty**

Параметр	Уровень интолерантности		
	низкий	средний	высокий
Общая выборка, %	24,9	49,4	25,7
Средний возраст, годы	61,67±13,72	65,43±10,58	69,76±10,84
Средняя длительность заболевания, годы	11,90±11,77	14,75±13,24	14,77±13,69

Таблица 2. **Средние значения и статистические различия объемов словарей дескрипторов телесных (интрацептивных) ощущений при разном уровне интолерантности к неопределенности (*H*-критерий Краскела—Уоллиса)**

Table 2. **Mean values and statistical differences of the volumes of dictionaries of descriptors of bodily (interoceptive) sensations at different levels of intolerance to uncertainty (Kruska—Wallis *H* test)**

Группа	Знакомые	Ощущения, вызванные болезнью	Опасные	Частые	Ушедшие
Вся выборка	34,71	15,02	7,37	6,43	3,42
Группа с «низким» уровнем интолерантности к неопределенности	27,93*	11,68*	5,20*	4,50*	2,58
Группа со «средним» уровнем интолерантности к неопределенности	35,10*	14,31*	6,668*	5,80*	3,66
Группа с «высоким» уровнем интолерантности к неопределенности	40,53*	19,63*	10,81*	9,50*	3,77

Примечание. * — при $p<0,05$.
Note. * — at $p<0.05$.

Таблица 3. **Наиболее частотные дескрипторы интрацептивных ощущений при разном уровне интолерантности к неопределенности, %**

Table 3. **Most frequent descriptors of interoceptive sensations at different levels of intolerance to uncertainty, %**

Дескрипторы интрацептивных ощущений	Вся выборка	Уровень интолерантности		
		низкий	средний	высокий
Ощущения, вызванные болезнью				
давление	78,42	71,67	81,51	79,03
слабость	73,03	78,33	67,23	79,03
усталость	66,80	65,00	67,23	67,74
боль	65,15	56,67	68,91	66,13
биение	59,34	51,67	59,66	66,13
онемение	53,94	43,33	54,62	62,90
тяжесть	53,11	46,67	58,82	48,39
тревога	52,28	41,67	52,10	62,90
вялый	45,64	38,33	44,54	54,84
учащаться	41,08	30,00	41,18	51,61
плохо	39,42	30,00	38,66	50,00
тошнота	36,51	30,00	33,61	48,39
ломота	33,20	18,33	31,93	50,00
жар	31,12	28,33	30,25	35,48
Опасные ощущения				
давление	68,46	63,33	72,27	66,13
боль	49,79	40,00	52,94	53,23
биение	38,17	30,00	40,34	41,94
онемение	34,85	31,67	33,61	40,32
слабость	33,61	36,67	28,57	40,32
тревога	29,05	21,67	24,37	45,16
учащаться	29,05	21,67	29,41	35,48
тяжесть	27,39	15,00	35,29	24,19
усталость	24,48	23,33	21,01	32,26
плохо	21,16	10,00	19,33	35,48
Часто испытываемые ощущения				
давление	52,28	41,67	57,14	53,23
усталость	42,74	38,33	42,86	46,77
слабость	41,91	35,00	38,66	54,84
биение	32,37	26,67	35,29	32,26
онемение	31,54	20,00	31,93	41,94
боль	29,46	20,00	28,57	40,32
тревога	29,05	18,33	28,57	40,32
вялый	22,41	16,67	21,01	32,26
учащаться	21,99	15,00	22,69	29,03
подавленность	12,03	3,33	7,56	29,03

Восприятие и интерпретация телесных (интрацептивных) ощущений пациентами не всегда отражают реальность. Так, считая опасными тревогу, усталость или ломоту в теле, пациенты предъявляют их как жалобы врачу-кардиологу, а, например, ощущение онемения считают менее серьезным. Похожий феномен неверной оценки значимости симптома описан в недавнем исследовании пожилых пациентов с ИБС (стенокардия напряжения) [19]. Было выделено 3 кластера симптомов: 1) одышка, 2) отеки и 3) «сердечные» симптомы. С поправкой на возраст и пол уровни неопределенности различались по группам кластеров ($p \leqslant 0{,}001$), причем отеки воспринимались пациентами как более неопределенные, непредсказуемые и неуправляемые признаки болезни, чем собственно симптомы сердечного заболевания.

Артериальная гипертония на уровне ощущений переживается пациентом как сочетание конкретных телесных ощущений, локализованных в голове, грудной клетке и конечностях («боль», «давление», «биение», «онемение»), причем, например, слово «давление» перестает осознаваться как собственно давящее ощущение, а понимается как симптом повышенного артериального давления, то же касается дескриптора «укол», который часто понимается пациентами не как ощущение покалывания или прострела, а как медицинская процедура. Кроме того, к телесным проявлениям артериальной гипертонии пациенты относят ощущения общего самочувствия и снижения тонуса («усталость», «слабость», «вялый», «плохо»), а также отражающих эмоциональные переживания пациента по поводу болезни, которые он принимает за ее телесные проявления («тревога», «депрессия», «подавленность»). Последнее согласуется с широкой распространенностью тревожных и депрессивных синдромов в клинике сердечно-сосудистых заболеваний [11]. Следует отметить, что высокоинтолерантные пациенты считали такие эмоциональные проявления опасными, угрожающими их жизни, требующими обращения за медицинской помощью, что может являться запросом на психологическую и психотерапевтическую помощь. Можно предположить, что предъявляя данные жалобы врачу-кардиологу и не видя эффекта от назначаемой им терапии (не направленной на редукцию тревоги), пациент может уходить из терапии, менять врачей и лечебные учреждения, прибегать к самолечению. В настоящем исследовании в эту группу попали в основном женщины (83,87%) более старшего возраста, чем в среднем по выборке (69,76 против 65,61%).

Заключение

1. Способность пациента переносить неопределенность ситуации болезни отражается на его интрацепции — особенностях восприятия, интерпретации и категоризации телесных ощущений (в том числе проявлений заболевания).
2. Результаты исследования показали, что при низкой интолерантности к ситуации неопределенности пациенты склонны игнорировать бóльшую часть дискомфортных ощущений, их телесное переживание болезни остается скудным, не развернутым, что может приводить к несвоевременному обращению за медицинской помощью, пропуску в приеме лекарств.
3. При высокой непереносимости ситуации неопределенности, напротив, пациенты склонны постоянно «сканировать» свое тело, интерпретируя как вызванные заболеванием и даже угрожающие их жизни не только различные неприятные телесные ощущения, но и эмоциональные переживания. Можно предположить, что эта неверная интерпретация ощущений в сочетании с возрастающей тревогой пациента приводит к разным формам некомплаентного поведения больных (бесконтрольному повторному измерению артериального давления, многократному приему гипотензивных препаратов не по схеме,

смене врачей и схем лечения, обращению за нетрадиционными методами лечения и пр.).

4. Результаты исследования могут быть использованы при проведении психообразовательных мероприятий — школ здоровья. В частности, пациенты нуждаются не просто в информировании об особенностях заболевания и инструментах его контроля, но и в понятных алгоритмах действий для совладания с тревогой. Учет выявленных особенностей восприятия, интерпретации и категоризации телесных ощущений пациентами, страдающими артериальной гипертонией, поможет повысить приверженность терапии и качество жизни больных.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования — Ахмеджанов Н.М., Небиеридзе Д.В.; сбор и обработка материала — Разлуцкий А.А., Сафарян А.С., Косматова О.В.; статистический анализ данных — Разлуцкий А.А.; написание текста — Нелюбина А.С.; научное редактирование —Сафарян А.С., Поддубская Е.А.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Authors contribution: study design and concept — Akhmedzhanov N.M., Nebieridze D.V.; data collection and processing — Razlutsky A.A., Safaryan A.S., Kosmatova O.V.; statistical analysis — Razlutsky A.A.; text writing — Nelyubina A.S.; scientific editing — Safaryan A.S., Poddubskaya E.A.

The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Тхостов А.Ш., Нелюбина А.С. *Обыденные представления о болезни в структуре идентификации пациента и врача как предиктор выбора пациентом способа лечения (на модели сердечно-сосудистых заболеваний). Культурно-историческая патопсихология*. М.: Канон-плюс, 2020;113-142.
Tkhostov ASh, Nelyubina AS. *Everyday ideas about the disease in the structure of patient and doctor identification as a predictor of the patient's choice of treatment method (based on the model of cardiovascular diseases). Cultural and historical pathopsychology*. M.: Canon-plus, 2020;113-142. (In Russ.).
2. Kucukarslan SN. A review of published studies of patients' illness perceptions and medication adherence: lessons learned and future directions. *Research in social & administrative pharmacy*. 2012;8(5):371-382. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2011.09.002
3. Kvarnström K, Westerholm A, Airaksinen M, Liira H. Factors Contributing to Medication Adherence in Patients with a Chronic Condition: A Scoping Review of Qualitative Research. *Pharmaceutics*. 2021;13(7):1100. https://doi.org/10.3390/pharmaceutics13071100
4. Asai K, Hatamochi C, Minamimura F. Association Between Illness Perception and Care-Seeking Intention in Patients with Chronic Heart Failure. *Clinical nursing research*. 2023;32(3):669-676. https://doi.org/10.1177/10547738221114710
5. Ivynian SE, Ferguson C, Newton PJ, DiGiacomo M. The role of illness perceptions in delayed care-seeking in heart failure: A mixed-methods study. *International journal of nursing studies*. 2024;150:104644. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104644
6. Лифинцева А.А., Деркач Т.Д., Штолде Н. Феномен неопределенности как субъективный опыт пациента в ситуации болезни. *Клиническая и специальная психология*. 2018;7(1):1-12.
Lifintseva AA, Derkach TD, Shtolde N. The Phenomenon of Uncertainty as a Patient's Subjective Experience in a Medical Situation. Clinical and Special *Klinicheskaja i special'naja psihologija*. 2018;7(1):1-12. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/cpse.2018070101
7. Etkind SN, Barclay S, Spathis A, et al. Uncertainty in serious illness: A national interdisciplinary consensus exercise to identify clinical research priorities. *PLoS One*. 2024;19(2):e0289522. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289522
8. Eppel-Meichlinger J, Kobleder A, Mayer H. Refining Mishel's Reconceptualized Uncertainty in Illness Theory: Explaining the Development of Uncertainty in Chronic Illness. *Research and theory for nursing practice*. 2024; 38(2):171-192. https://doi.org/10.1891/RTNP-2023-0068
9. Skojec TA, Davidson TM, Kelechi TJ. The relationship between uncertainty in illness and psychological adjustment to chronic illness. *Journal of health psychology*. 2025;30(4):622-637. https://doi.org/10.1177/13591053241249861
10. Xia BY, Yu JM, Wu XY. Illness uncertainty and its associated factors in coronary heart disease patients with heart stent implantation: a cross-sectional study. *Annals of palliative medicine*. 2022;11(7):2410-2421. https://doi.org/10.21037/apm-22-528
11. Adams KL, Edwards A, Peart C, et al. The association between anxiety and cardiac interoceptive accuracy: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2022;140:104754. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104754
12. Василенко Т.Д., Мангушев Ф.Ю. Особенности внутреннего телесного опыта при соматоформных расстройствах. *Медицинская психология в России*. 2018;10(1(48)):7.
Vasilenko TD, Mangushev FYu. Features of the Internal Body Experience in Somatoform Disorders. *Meditsinskaya psihologija v Rossii*. 2018;10(1(48)):7. (In Russ.). https://doi.org/10.24411/2219-8245-2018-11071
13. Zacharioudakis N, Vlemincx E, Van den Bergh O. Categorical interoception and the role of threat. *International journal of psychophysiology*. 2020;148:25-34. https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2019.12.009
14. Wolters C, Gerlach AL, Pohl A. Interoceptive accuracy and bias in somatic symptom disorder, illness anxiety disorder, and functional syndromes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2022;17(8):e0271717. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271717
15. Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of human hypertension*. 2004;18(9):607-613. https://doi.org/10.1038/sj.jhh.1001721
16. Тхостов А.Ш., Нелюбина А.С., Бузина Т.С. *Тест «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений»*. Учебное пособие для обучающихся по специальности 37.05.01 Клиническая психология. СПб.: Наукоемкие технологии; 2022.
Tkhostov ASh, Nelyubina AS, Buzina TS. *The test «Selection of descriptors of intraceptive sensations»*. Textbook for students of specialty 05/37.01 Clinical psychology. St. Petersburg: Science-intensive Technologies; 2022. (In Russ.).
17. Тхостов А.Ш., Нелюбина А.С., Разлуцкий А.А., Мерзлякова А.М. Апробация русскоязычной версии «Шкалы интолерантности к неопределенности» (IUS). *Теоретическая и экспериментальная психология*. 2022;4(15):43-59.
Tkhostov ASh, Nelyubina AS, Razlutsky AA, Merzlyakova AM. Testing the Russian-language version of the Intolerance to Uncertainty Scale (IUS). *Teoreticheskaja i jeksperimental'naja psihologija*. 2022;4(15):43-59. (In Russ.). https://doi.org/10.24412/2073-0861-2022-4-43-59
18. Lee CS, Chu SH, Dunne J, et al. Body listening in the link between symptoms and self-care management in cardiovascular disease: A cross-sectional correlational descriptive study. *International journal of nursing studies*. 2024; 156:104809. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104809
19. Sethares KA, Viveiros JD, Ayotte B. Uncertainty levels differ by physical heart failure symptom cluster. *Applied nursing research*. 2021;60:151435. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151435

Поступила 05.08.2025
Received 05.08.2025
Принята к печати 29.08.2025
Accepted 29.08.2025