

УДК 316.61; 616.61

**Михайлова Ирина Викторовна**кандидат психологических наук,  
доцент кафедры психологии  
Ульяновского государственного университета**Mikhaylova Irina Victorovna**PhD in Psychology,  
Assistant Professor, Psychology Department,  
Ulyanovsk State University**Седунова Анастасия Сергеевна**кандидат психологических наук,  
доцент кафедры психологии  
Ульяновского государственного университета**Sedunova Anastasia Sergeevna**PhD in Psychology,  
Assistant Professor, Psychology Department,  
Ulyanovsk State University**Гнедова Светлана Борисовна**кандидат психологических наук,  
доцент кафедры психологии  
Ульяновского государственного университета**Gnedova Svetlana Borisovna**PhD in Psychology,  
Assistant Professor, Psychology Department,  
Ulyanovsk State University**Михайлова Елена Викторовна**соискатель кафедры терапии  
Ульяновского государственного университета**Mikhailova Elena Victorovna**PhD student, Therapy Department,  
Ulyanovsk State University**АТРИБУТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ  
СОСТОЯНИЯ ЛИЦ  
С ДИАГНОЗОМ «ИШЕМИЧЕСКАЯ  
БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА.  
СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ»****ATTRIBUTION COMPONENTS OF  
CONDITION OF PATIENTS  
WITH DIAGNOSE "ISCHEMIA OF  
THE HEART MUSCLE.  
EXERTIONAL ANGINA"****Аннотация:**

Данная статья посвящена исследованию атрибутивных составляющих лиц с диагнозом «Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения». В работе рассматриваются результаты пилотажных эмпирических исследований атрибутивного процесса, которые позволяют сделать вывод о том, что у пациентов выявлены два несвязанных друг с другом знания: склонность приписывать причины заболевания внешним обстоятельствам и, одновременно, озвучивание собственных неконструктивных действий и реакций. Причем сами пациенты с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST не склонны видеть зависимость между этими фактами.

**Ключевые слова:**

каузальная атрибуция, самоатрибуция, ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, когниции.

**Summary:**

This article examines the attributive components of patients with diagnose "Ischemia of the heart muscle. Exertional angina". The authors review briefly the results of their own pilot empirical researches of the attribution process. The research results allow the authors to conclude that there are two unconnected to each other aspects: the patients' propensity to impute the causes of the disease to external circumstances, and, simultaneously, to articulate their own unconstructive activities and reactions. Moreover, the ST-elevated myocardial infarction patients are not inclined to see the relation between these facts.

**Keywords:**

causal attribution, self-attribution, ischemia of the heart muscle, exertional angina, ST-elevated myocardial infarction, cognitions.

Сейчас все больше исследователей как отечественных, так и зарубежных начинают рассматривать атрибуцию одним из принципов бытия человека [1; 2]. Атрибутивные процессы первоначально начали разрабатываться в русле когнитивной ориентации социальной психологии [3]. В настоящее время они активно рассматриваются в рамках психологии социального познания [4].

В нашей работе мы опираемся на исследования ряда авторов [5; 6], что находясь в идентичной ситуации, конкретный субъект по-своему оценивает и воспринимает происходящие события. В своем реферативном обзоре О.А. Гулевич и И.К. Безменова, опираясь на работы зарубежных авторов, дают следующее определение атрибуции, которое уже стало общепризнанным, и описывают несколько типов данного понятия, ставших уже классическими: каузальная атрибуция, самоатрибуция, спонтанная атрибуция, атрибуция эмоций, атрибуция ответственности, социальная атрибуция. Под атрибутивным процессом понимается приписывание социальным объектам характеристик, непосредственно не представленных в поле восприятия.

Современные американские и европейские исследователи также изучают приписывание по разным атрибутивным направлениям.

Так, изучаются общие закономерности формирования каузальной атрибуции и самоатрибуции. А. Кьемзад и Ж.-П. Л'Юэр [7], а также ситуация, когда подставные испытуемые выполняли крайне необычные действия с капиталовложениями (эти манипуляции часто являются очень значимыми для западного человека), и как эти действия копировались другими. Данные исследователи, проведя серию экспериментов, выявили, что, во-первых, инициатор движения – эксперт, который имеет преимущество в том, что за ним следуют другие в его решении о капиталовложении, по сравнению с инициатором – не экспертом. Также было установлено, что такое преимущество появляется только тогда, когда решения инициатора неординарны и даже отклоняются от нормы. Во-вторых, исследователи доказали, что когда люди видят те же самые неординарные инвестиции, но не знают, обладает ли инициатор конфиденциальной информацией или нет, они следуют за ним так же, как если бы он обладал такой информацией. Таким образом, исследование показало, что люди считали, что неизвестный инициатор обладал конфиденциальной информацией (то есть приписывали ему какое-то знание и объясняли каким-то образом его поведение). Более того, следование за неизвестным инициатором было статистически неотличимо от того, о котором точно было известно, что у него была конфиденциальная информация.

М.Ф. Мейсон и М.В. Моррис [8] рассмотрели роль атрибутивных аспектов автоматизмов в культурной среде на примере жителей Запада и Азии с использованием неврологического подхода.

Фундаментальной задачей, по их мнению, является выявление причин, лежащих в основе поведения других людей. Полученные ими данные свидетельствуют о том, что жители восточной Азии при восприятии чаще, чем жители Запада, ссылаются на социальный контекст при объяснении причин действий других людей.

М.Ф. Мейсон и М.В. Моррис посчитали также, что более глубокому рассмотрению данной проблемы будут способствовать некоторые данные из социальных когнитивных неврологических исследований. По мнению данных авторов, социальный подход неврологии можно использовать для того, чтобы выявить, влияет ли культура на автоматические, контролируемые, или на оба типа атрибутивных процессов. Как показал этот обзор, неврологи только начинают накапливать доказательства по вопросу автоматизма. К примеру, в социально-неврологической литературе отсутствуют попытки определить области мозга, которые активируются, когда участники намеренно объясняют поведение другого человека с точки зрения социальных ограничений. Ученые подозревают, что более ясное понимание атрибутивных процессов будет, когда социальные неврологи учтут соответствующие социально-психологические данные и включают в свои исследования парадигмы, которые используются традиционными исследователями атрибутивных процессов. Хотя М.Ф. Мейсон и М.В. Моррис подчеркнули доказательства того, что культура влияет на автоматические процессы данного понятия, они также утверждают, что с большей вероятностью культура влияет как на автоматические, так и на управляемые элементы.

Также в настоящее время исследователями предлагается целый ряд прикладных задач изучения атрибуции причин и результатов активности субъекта (П. Харви, М. Мартинко, Л. Росс, Д. Грин, П. Хаус и другие) [9].

Непосредственно в отечественной психологии анализом причинных объяснений занимался А.В. Юревич [10]. Исходя из данных, свидетельствующих о ригидности и устойчивости процесса атрибуции, а также о полифункциональном характере данного процесса, он сформулировал представление о функционировании усвоенных в процессе социализации эталонных схем причинности. А.В. Юревич выделяет три уровня усвоения этих схем. Во-первых, они возникают из представлений о причинности, и фиксируются на уровне социума в целом. Во-вторых, эталоны причинности могут быть зафиксированы на уровне отдельных групп в определенных групповых ценностях и нормах. В-третьих, схемы причинности могут вырабатываться человеком самостоятельно, в процессе формирования индивидуального опыта, тем самым наделяя ситуации разными объяснениями в зависимости от индивидуального опыта отдельного индивида.

В современном отечественном исследовании Ю.Е. Водяха [11] выделяет три критерия анализа атрибуции и самоатрибуции: предмет атрибуции (что именно подвергается объяснению), ее объект (чьи действия подвергаются объяснению) и характер приписываемой информации (что именно приписывается). Автор полагает, что явление самоатрибуции позволяет уточнить не только задачи, но и причины результатов активности, непосредственно связанной с субъектом, а также соотносится с личностными стилями объяснения.

Таким образом, исследования и формирование атрибутивных процессов является актуальными проблемами исследования как зарубежных, так и отечественных авторов.

Первоначально наш научный интерес был сосредоточен на исследовании атрибутивных процессов в различных жизненных ситуациях. Нами были выявлены каузальные и самоатрибутивные факторы субъективного восприятия сложной жизненной ситуации [12; 13]. Далее в своем исследовании, отталкиваясь от работ, проводимых А.В. Емельянской [14] и С.Б. Гнедовой [15], проанализировав труды А.С. Седуновой [16] и в особенности М.В. Мензорова [17], мы решили расширить область изучения атрибутивной составляющей на лиц с ишемической болезнью сердца.

Ишемическая болезнь сердца в течение многих лет является главной причиной смертности населения во многих экономически развитых странах. В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания играют решающую роль в эволюции общей смертности в России.

В 2006 г. смертность от болезней системы кровообращения в Российской Федерации составила 56,5 % в общей структуре смертности. Из них около половины приходится на смертность от ишемической болезни сердца. В странах Западной Европы, США, Канаде, Австралии в течение последних десятилетий происходит устойчивое снижение смертности от данного диагноза.

В России показатели сердечно-сосудистой смертности значительно выше, однако последние 2–3 года наметилась тенденция к их стабилизации. Частота стенокардии резко увеличивается с возрастом: у женщин с 0,1–1 % в возрасте 45–54 лет до 10–15 % в возрасте 65–74 лет; у мужчин с 2–5 % в возрасте 45–54 лет до 10–20 % в возрасте 65–74 лет. В большинстве европейских стран распространенность стенокардии составляет 20–40 тыс. чел. на 1 млн населения [18].

В настоящее время практикующие врачи используют классификация ИБС по клиническим формам, рекомендованную в 1979 г. группой экспертов ВОЗ:

- 1) Внезапная коронарная смерть (первичная остановка сердца):
  - а) внезапная коронарная смерть с успешной реанимацией;
  - б) внезапная коронарная смерть (летальный исход);
- 2) Стенокардия:
  - а) стабильная стенокардия напряжения (с указанием функционального класса);
  - б) коронарный синдром X;
  - в) вазоспастическая стенокардия;
  - г) нестабильная стенокардия;
  - д) прогрессирующая стенокардия;
  - е) впервые возникшая стенокардия;
  - ж) ранняя постинфарктная стенокардия;
- 3) Инфаркт миокарда.
- 4) Кардиосклероз.
- 5) Безболевого форма ишемической болезни сердца.

Как видно из классификации, ишемическая болезнь сердца может проявляться остро: инфарктом миокарда или даже внезапной смертью, но чаще она развивается постепенно, переходя в хроническую форму. В таких случаях одним из ее основных проявлений является стенокардия напряжения. По данным Фремингемского исследования, стенокардия напряжения служит первым симптомом ишемической болезни сердца у мужчин в 40,7 % случаев, у женщин – в 56,5 %.

Стенокардия обусловлена преходящей ишемией миокарда, основой которой является несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой по коронарным артериям. Данная болезнь появляется во время физической нагрузки или стрессовых ситуаций при наличии сужения просвета коронарных артерий, как правило, не менее чем на 50–70 %. Чем больше степень стеноза коронарных артерий, тем тяжелее стенокардия.

То есть мы предполагаем, что индивид, попавший с диагнозом «Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения» будет несомненно анализировать свое состояние, и, наверное, задастся вопросом, почему с ним это случилось. Наш интерес сосредоточен на том, как он будет объяснять причины своей болезни (определить его тип атрибуции по классификации Г. Келли) и какие виды приписывания возникают у больного при рефлексии. Для этого нами было проведено пилотажное исследование на 24 испытуемых со средним уровнем холестерина 7,426 ммоль/л (сопутствующие заболевания – артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, метаболический синдром), которые находятся на стационарном лечении в Центральной городской клинической больнице г. Ульяновска в отделении реабилитации с диагнозом «Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения».

Первоначально нами был проведен опрос испытуемых с целью выявить их субъективное суждение о причине заболевания. Им задавался вопрос: «В чем, как Вы считаете, причина возникновения у Вас Вашего заболевания сердца?». В результате опроса нами были получены следующие варианты ответов:

– 54 % испытуемых связывают причину своего заболевания с дистрессом, который возник из-за переживания сложных жизненных ситуаций (объективные трудности в семейной жизни,

неизлечимая и тяжелая болезнь близких, нестабильная ситуация в стране и мире, прочее), то есть испытуемые демонстрируют обстоятельственную атрибуцию по классификации Г. Келли;

– 20,8 % проявляют ситуационный тип атрибутивного каузального процесса, при котором причиной становится определенная ситуация (например, полученная травма (перелом) или осложнения после операции, или некомпетентность конкретного врача); также некоторые испытуемые причиной данного заболевания называют свою наследственность, что можно, по нашему мнению, отнести также к ситуационному типу атрибутивного процесса, поскольку в этом случае испытуемые не настолько хорошо и тщательно следят за своим здоровьем, чтобы нивелировать наследственный фактор, и даже наоборот, полагают, что их судьба в рамках здоровья предрешена;

– 8,3 % испытуемых демонстрируют личностный тип атрибуции, считая, что причиной их заболевания могло стать употребление некоторых видов психоактивных веществ (курение, чрезмерное употребление алкоголя) или неправильный/нездоровый образ жизни.

Остальные (16,9 %) испытуемые не смогли определиться с причиной возникновения ишемической болезни сердца.

То есть по результатам опроса лишь небольшой процент испытуемых полагает, что они могли бы оказать какое-либо влияние на свое здоровье и, например, нивелировать средовые или биологические факторы. Можно было бы предположить, что такие результаты могут быть конкретной демонстрацией того, что индивид приобретает опыт того, что именно здоровье человека трудно поддается корректировке и изменению и просто из-за сложности задачи не решает ее. Однако данные, полученные в ходе других экспериментов и исследований [19] показывают, что человек склонен объяснять происходящее обстоятельственными или ситуативными причинами, нежели личностными.

Далее в нашем пилотном исследовании, используя метод когнитивной самооценки Т. Дембо, мы выявляли самоатрибутивную составляющую состояния испытуемых с диагнозом «Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения», а также выявили некоторые их рефлексивные суждения. Нами было предложено испытуемым девять шкал (вертикальных линий длиной 100 мм): физическая нагрузка, распорядок дня, питание, жизненные ситуации, злость, грусть, страх, удовольствие и радость. На каждой вертикальной линии испытуемому нужно было поставить жирную точку в том месте, которая описывает его состояние. Затем ему снова на каждой вертикальной линии нужно было поставить засечку в том месте, которая описывает то, как, по мнению самого испытуемого, его близкие думают, какое у него состояние.

Проведя обработку полученных данных при помощи статистического критерия Манна-Уитни, предназначенного для оценки различий между двумя выборками, нами были получены следующие результаты. У испытуемых женщин были выявлены достоверные различия в самоатрибутивных и рефлексивных составляющих при вероятности ошибки 0,05 по следующим шкалам: физические нагрузки (13 при критическом значении 15), распорядок дня (15 при критическом значении 15), чувствах злости и раздражения (11,5 при критическом значении 15) и страха, тревоги (14,5 при критическом значении 15). У испытуемых мужчин достоверных различий в самоатрибутивных и рефлексивных составляющих выявлено не было.

Полученные результаты пилотного исследования свидетельствуют, что женщины считают, что у них на самом деле намного меньше физических нагрузок и распорядок дня у них более правильный, чем об этом думают, по их мнению, близкие им люди. Мы можем предположить, что женщинам чаще, чем мужчинам свойственны интроекты, связанные с ведением домашнего хозяйства, которые требуют порой значительных физических нагрузок и времени. Когда женщине приходится по настоянию врача снижать свою физическую активность и каким-то образом соблюдать режим дня, она испытывает чувство дискомфорта, из-за которого и полагает, что «совсем ничего не делает», хотя близкие продолжают уговаривать ее отдохнуть. Здесь уместно, по нашему мнению, затронуть проблему принятия себя и, как следствие, адекватную заботу о себе.

Также значимые различия в самоатрибутивных и рефлексивных составляющих были выявлены в эмоциональной сфере женщин испытуемых. По их мнению, они испытывают низкую интенсивность негативных эмоций, таких как страх и злость, но одновременно полагают, что их близкие родственники с этим кардинально не согласны. К сожалению, в рамках пилотного исследования остается неясным вопрос, на основании чего испытуемые делают такой вывод: либо они предполагают, что ощущают негативные эмоции сильнее, чем им бы хотелось (и чем они признаются в этом при исследовании), либо они судят по словам родственников, которые могут также строить свои суждения, интерпретируя факты с разной степенью адекватности.

Таким образом, в процессе анализа мы столкнулись как минимум с двумя фактами, требующими дальнейшего эмпирического исследования. Во-первых, в ответах испытуемых мы выделили три типа объяснений (приписываний): обстоятельственный, субъектный и личностный, при-

чем последний тип каузальной атрибуции выражен не ярко у субъектов исследования. Это порождает новые вопросы: способствует ли такому восприятию конкретный вид ситуаций или здесь играют роль какие-либо другие факторы (в том числе и личностные). Во-вторых, возникают вопросы: как именно субъект из множества объяснительных причин выбирает лишь одну альтернативу. Все эти вопросы будут осмыслены в рамках дальнейших исследований.

#### Ссылки:

1. Петровский В.А. К пониманию личности в психологии // Вопросы психологии. 1981. № 2. С. 40–46.
2. Kelley H. Attribution theory in social psychology // Nebraska Symposium on Motivation / ed. by D. Levine. Nebraska, 1967. Vol. 15. P. 192–238.
3. Гулевич О.А., Безменова И.К. Атрибуция: общее представление, направления исследований, ошибки. Реферативный обзор: учеб. пособие. М., 1998. 112 с.
4. Андреева Г.М. Психология социального познания: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений. 2-е изд., перераб. и доп. М., 2000. 288 с.
5. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб., 1998. 551 с.
6. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., 2005. 352 с.
7. Quiamzade A., L'Huillier J.-P. Herding by Attribution of Privileged Information // Journal of Behavioral Decision Making. 2009. № 22. P. 1–19.
8. Mason M.F., Morris M.W. Culture, attribution and automaticity: a social cognitive neuroscience view // Social Cognitive and Affective Neuroscience. 2010. № 5. URL: <http://scan.oxfordjournals.org/content/early/2010/05/11/scan.nsq034.full> (дата обращения: 10.03.2014).
9. Harvey P., Martinko M.J. Attribution theory and motivation // Organizational behavior in health care / ed. by N. Borkowski. 2nd ed. 2010. P. 147–164.
10. Юревич А.В. Причинная интерпретация в процессе социального восприятия: дис. ... канд. психол. наук. М., 1984. 180 с.
11. Водяха Ю.Е. Стиль академической самоатрибуции студентов-психологов // Педагогическое образование в России. 2012. № 2.
12. Михайлова И.В. Каузальная атрибуция и самоатрибуция в сложных жизненных ситуациях: дис. ... канд. психол. наук. Ярославль, 2007.
13. Лучникова С.В., Михайлова И.В. Специфика атрибутов когнитивного соответствия «образа-я» учащихся суворовских военных училищ // Вестник ун-та РАО. 2011. № 3. С. 72–75.
14. Емельяненко А.В. Мотивация власти в построении индивидуальной карьерной стратегии // Мир психологии. 2011. № 4. С. 260–272.
15. Гнедова С.Б., Игонина А.Н. Психологическое сопровождение учащихся с ограниченными возможностями здоровья: страх несоответствия // Актуальные проблемы современного образования: опыт и инновации, материалы. 2013. С. 240–244.
16. Седунова А.С. Перфекционизм и стили саморегуляции личности // Теория и практика общественного развития. 2013. № 8. С. 127–129.
17. Мензоров М.В., Шутов А.М., Серов В.А., Михайлова Е.В. Острое повреждение почек у больных инфарктом миокарда и эффективность тромболитической терапии // Кардиология. 2012. Т. 52. № 5. С. 8–12.
18. Национальные рекомендации по диагностике и лечению стабильной стенокардии // Российское кардиологическое общество. 2008. URL: [http://scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii\\_rko/nacionalnye\\_rekomendacii\\_po\\_diagnostike\\_i\\_lecheniyu\\_stabilnoy\\_stenokardii](http://scardio.ru/rekomendacii/rekomendacii_rko/nacionalnye_rekomendacii_po_diagnostike_i_lecheniyu_stabilnoy_stenokardii) (дата обращения: 23.03.2014).
19. Михайлова И.В. Элементы приписывания в конформных ситуациях // Теория и практика общественного развития. 2013. № 8. С. 144–146.