

Психологическая саморегуляция пациентов с различными типами восприятия ревматического заболевания

Ялтонский В.М.¹, Абросимов И.Н.², Сирота Н.А.¹
¹Российский университет медицины, Москва, Россия
²Московский институт психоанализа, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Цель исследования — описание базовых профилей восприятия ревматических заболеваний и сравнительный анализ негативного эмоционального реагирования на болезнь, совладающего поведения и приверженности лечению как параметров психологической саморегуляции в группах пациентов с различными типами восприятия болезни.

Материал и методы. Обследовано 160 женщин с ревматическими заболеваниями, проходящих стационарное лечение: 60 — с системной красной волчанкой, 50 — с ревматоидным артритом, 50 — с системной склеродермией. Средний возраст — 34,00±17,46 года. Исследование проводилось на базе Научно-исследовательского института ревматологии им. В.А. Насоновой.

Результаты. В ходе исследования были описаны базовые профили восприятия болезни, а на их основе выделены группы пациентов с различными типами восприятия болезни: группа 1 — несформированное восприятие болезни, группа 2 — позитивное восприятие контроля болезни, группа 3 — негативное восприятие угрозы болезни. Сравнительный анализ параметров психологической саморегуляции в трех группах показал, что тревога и депрессия менее выражены в группе с несформированным восприятием болезни, чем в двух других группах. При этом копинг-стратегии «Самоконтроль» и «Планирование решения проблем» статистически значимо выше в группе пациентов с позитивным восприятием возможного контроля своего заболевания. Уровень приверженности лечению оказался статистически значимо выше в группе пациентов с позитивным восприятием контролируемости болезни.

Заключение. Показатели психологической саморегуляции специфичны в группах пациентов с различными типами восприятия ревматической болезни. Выделение базовых профилей и описание на их основе типов восприятия ревматической болезни дополняют имеющиеся данные о механизмах адаптации личности к болезни, а также расширяют возможности психологического сопровождения лечения и реабилитации пациентов с ревматическими заболеваниями.

Ключевые слова: саморегуляция, восприятие болезни, тревога, депрессия, совладающее поведение, приверженность лечению, ревматические болезни.

Информация об авторах:

Ялтонский Владимир Михайлович — e-mail: yaltonsky@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3337-0123>
Абросимов Илья Николаевич* — e-mail: i.abrosimov@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1981-4170>
Сирота Наталья Александровна — e-mail: sirotan@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>

Как цитировать: Ялтонский В.М., Абросимов И.Н., Сирота Н.А. Психологическая саморегуляция пациентов с различными типами восприятия ревматического заболевания. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:1:31-41. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-990>

Конфликт интересов: Ялтонский В.М. — член редакционной коллегии.

Psychological self-regulation of rheumatic patients with different types of illness perception

Vladimir M. Yaltonsky¹, Ilya N. Abrosimov², Natalia A. Sirota¹

¹Russian University of Medicine, Moscow, Russia

²Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia

Research article

Summary. Purpose. The purpose of the study is to describe the basic profiles of perception of rheumatic diseases and a comparative analysis of negative emotional response to the disease, coping behavior and adherence to treatment as parameters of psychological self-regulation in groups of patients with different types of perception of the disease.

Materials and methods. 160 women with rheumatic diseases undergoing hospital treatment were examined: 60 with systemic lupus erythematosus, 50 with rheumatoid arthritis, 50 with systemic scleroderma. Average age — 34.00±17.46 years. The study was conducted based on Research Institute of Rheumatology named after V.A. Nasonova.

Results. During the study, basic profiles of disease perception were described, and on their basis, groups of patients with different types of disease perception were identified: group 1 — unformed perception of the disease, group 2 — positive perception of disease control, group 3 — negative perception of the disease threat. A comparative analysis of the parameters of psychological self-regulation in three groups showed that anxiety and depression were less pronounced in the group with an unformed perception of the disease than in the other two groups. At the same time, the coping strategies “Self-control” and “Planning to solve problems” are statistically significantly higher in the group of patients with a positive perception of the possible control of their disease. The level of adherence to treatment was statistically significantly higher in the group of patients with a positive perception of the controllability of the disease.

Conclusion. Indicators of psychological self-regulation are specific in groups of patients with different types of perception of rheumatic disease. The identification of basic profiles and a description on their basis of the types of perception of rheumatic disease complement the existing data on the mechanisms of personality adaptation to the disease, and expand the possibilities of psychological support for the treatment and rehabilitation of patients with rheumatic diseases.

Key words: self-regulation, illness perception, anxiety, depression, coping behavior, adherence to treatment, rheumatic diseases.

Information about the authors:

Vladimir M. Yaltonsky — e-mail: yaltonsky@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3337-0123>

Ilya N. Abrosimov* — e-mail: i.abrosimov@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1981-4170>

Natalia A. Sirota — e-mail: sirotan@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>

To cite this article: Yaltonsky VM, Abrosimov IN, Sirota NA. Psychological self-regulation of rheumatic patients with different types of illness perception. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:1:31-41. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-990>. (In Russ.)

Conflict of interest: Vladimir M. Yaltonsky member of the editorial board.

Для ревматических болезней в 21 веке характерно прогрессирующее, склонное к рецидивам течение, заметное увеличение их распространенности из-за старения населения, сложность ранней диагностики, быстрая инвалидизация и неблагоприятный прогноз, что сопряжено со значительными проблемами психосоциальной адаптации пациентов [7]. Внедрение пациент-ориентированного подхода к исследованию ревматических болезней определяет актуальность для клинической психологии и медицины исследование представлений людей об угрозе здоровью, отражающих убеждения человека о своём состоянии и лечении, которые влияют на выбор стратегий совладания с болезнью и на исход результатов лечения [4]. Все более востребованной становится активная позиция пациента в психологической адаптации к болезни, для которой не-

обходимы знания, навыки и уверенность человека в том, что он может управлять своим поведением для поддержания здоровья [1,5].

Несоблюдение рекомендаций врачей при ревматических заболеваниях негативно влияет на результаты лечения и влечет за собой экономические издержки. Понимание факторов, влияющих на соблюдение рекомендаций является ключом к разработке эффективных стратегий борьбы с неприверженностью лечению [8]. Проблемой являются сохраняющиеся проблемы в знаниях и нехватка отечественных исследований, систематически описывающих связанные с саморегуляцией хронической болезни психологические факторы, ограничивает разработку научно-обоснованного подхода для реализации персонализированного лечения пациентов ревматологического профиля, ба-

зирующегося на применении психологических вмешательств.

Теоретическая основа данного исследования — модель саморегуляции болезни на основе здравого смысла (The common sense model — CSM) Г. Левенталя — исходит из положения, что возникновение симптомов болезни, установление диагноза является для человека стимулом, побуждающим личность к действию [15,16,17,18]. Возникающее ощущение угрозы здоровью формирует когнитивные представления и эмоциональные реакции на данную угрозу, составляющие психологический конструкт восприятия болезни. Угроза здоровью нарушает психологическое равновесие человека, и побуждает его вести себя так, чтобы восстановить его [12].

Левенталь описывает саморегуляцию как динамическую мотивационную систему, включающую интерпретацию болезни, совладание с ней и оценку результата, взаимосвязь которых формирует процесс саморегуляции. Интерпретация угрожающей информации происходит одновременно на когнитивном и эмоциональном уровнях, что отражает модель параллельной процессов. Возникающие на угрозу эмоциональные реакции провоцируют выбор стратегий совладания для управления контролем страха, тревоги. Когнитивные представления об угрозе провоцируют выбор стратегий совладания для управления контролем угрозы для здоровья на основе восприятия симптомов или, личного и семейного опыта. Человек планирует свои действия таким образом, чтобы снизить угрозу болезни для жизни [16]. Попытки совладания могут включать как активный поиск совета, помощи или лекарств, так и отрицание симптомов и/или диагноза и отказ от обращения за помощью. После реализации стратегий совладания происходит оценка полученного результата, когда индивид определяет, было ли восстановлено равновесие и были ли его стратегии эффективны или идентифицирует неудачи и необходимость разработки и изменения стратегий совладания [15].

Цель — описание базовых профилей восприятия ревматических заболеваний и сравнительный анализ негативного эмоционального реагирования, совладающего поведения и приверженности лечению как параметров психологической саморегуляции в группах пациентов с различными типами восприятия болезни.

Задачи исследования:

1. Выделение базовых профилей и типов восприятия пациентами ревматических болезней.
2. Сравнительное исследование параметров психологической саморегуляции к болезни у пациентов с разными типами восприятия болезни.
3. На основе результатов исследования разработать рекомендации по психологическому сопровождению лечебного процесса пациентов с различным восприятием болезни.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 160 женщин, завершивших обследование и подписавших информированное согласие на участие в исследовании, находящихся на стационарном лечении в НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой: 60 — с системной красной волчанкой, 50 — с ревматоидным артритом, 50 — с системной склеродермией. Средний возраст пациенток составил $34,00 \pm 17,46$ года. Исследование одобрено комитетом по этике при ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. Использовались следующие психодиагностические методики: краткий опросник восприятия болезни (the Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ, Broadbent E., 2006; Ялтонский В.М. и соавт., 2017) [9]; методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями (Вассерман Л.И. и соавт., 2009) [2]; шкалы «Депрессия» и «Тревожность» опросника выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List — 90 — Revised — SCL-90 — R); (Дерогатис, Рикельс и Рок, 1976; Тарабрина Н.В., 2001) [6]; шкала приверженности лечению Мориски-Грин (Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-8, 2008) [19]. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью методов параметрической статистики программного пакета SPSS Statistics (Vers. 23). Результаты представлены в виде $M \pm SD$, где M — среднее арифметическое, и SD — стандартное отклонение среднего по группе. При сравнении средних значений по группам использовали дисперсионный анализ. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Факторный анализ осуществлялся методом главных компонент, метод вращения факторов — Varimax с учетом теста Кайзера-Мейера-Олкина (КМО). Кластеризация данных проводилась методом k -средних (с проведением дисперсионного анализа ANOVA).

Результаты

1. Описание базовых профилей восприятия ревматических болезней пациентами.

Обработка результатов подразумевала выделение базовых профилей восприятия ревматических болезней пациентами и формирование на их основе групп сравнения с опорой не на нозологический критерий, а на психологический параметр — субъективные представления пациента о своем заболевании, на основе которых им выбираются способы совладания с болезнью. Предыдущие наши исследования уже демонстрировали высокую эвристичность данного подхода с применением субъективного восприятия болезни в качестве системообразующего фактора для формирования внутренней картины болезни пациента — психологического конструкта, в большей степени определяющего процесс психологической адаптации [7].

Проведены факторный анализ компонентов восприятия болезни (выделение базовых про-

филей восприятия болезни) и кластеризация наблюдаемых кейсов по выраженности выделенных факторов (формирование групп с различными типами восприятия болезни). Данный подход позволил учесть всю метакогнитивную схему болезни индивидуума и предложить классификацию типов восприятия ревматических болезней. Используемый метод выделения групп сравнения опирается как на общепопуляционные нормативы, так и учитывает неповторимое своеобразие конструкта восприятия болезни. Выявление типов восприятия ревматических болезней повышает статистическую и практическую значимость результатов исследования и глубину их интерпретации по сравнению с традиционным сравнительным анализом нозологических групп.

Факторный анализ позволил выделить два статистически значимых фактора, представленных в Табл.1. В первый фактор вошли 6 компонентов восприятия болезни, сочетание которых рассматривается нами как базовый профиль восприятия ревматических болезней пациентами, названный нами «Восприятие угрозы болезни». Этими компонентами стали: интегративный компонент восприятия угрозы болезни для жизни и благополучия, компоненты восприятия последствий болезни как тяжелых, обеспокоенность проявлением бремени болезни и негативное эмоциональное реагирование на болезнь, высокая идентификация (аларм-реакция) проявлений болезни, восприятие временных рамок болезни, ее продолжительности (острое, приступообразное, хроническое течение).

Во второй фактор вошли 3 компонента восприятия болезни, сочетание которых рассматривается нами как другой базовый профиль восприятия ревматических болезней пациентов, названный нами «Восприятие контролируемости болезни и лечения». Этими компонентами стали:

персональный контроль болезни, отражающий убеждения человека в том, насколько благодаря его действиям угроза для здоровья контролируется и он управляет болезнью; компонент «контроль лечения», отражающий убеждения человека в том, насколько болезнь излечима благодаря терапии; а также «понятность болезни», отражающий ее метакогнитивное осмысление и согласованность представлений о болезни, понимание человеком заблуждения в контексте изменения и развития во времени и с учетом опыта болезни.

II. Выделение типов восприятия ревматических болезней пациентами на основе базовых профилей.

Применение кластерного анализа дает возможность выделить подгруппы больных на основе схожей комбинации убеждений о своей хронической болезни. Кластеризация участников выборки по степени выраженности у них двух выделенных профилей восприятия болезни позволила определить три кластера пациентов:

- *кластер 1*—(38 пациентов, тип восприятия «Несформированные представления о болезни») — базовые профили угрозы и контроля слабо выражены, что отражало пассивную позицию в восприятии болезни и соответственно в её преодолении. Этот тип восприятия ревматических болезней характеризовался слабой дифференциацией, диффузностью, неоднозначной и размытой структурой представлений о болезни. Возможно, это связано с мало осознаваемым, индифферентным, амбивалентным отношением к болезни, ее ограниченным принятием и безучастным, «заторможенным» преодолением, уклонением пациента от получения медицинской информации о тяжелой болезни, характери-

Таблица 1. Результаты факторного анализа: факторная нагрузка компонентов восприятия болезни при выделении двух факторов

Table 1. Factor analysis results: factor loading of components of illness perception in two selected factors

Компоненты восприятия болезни	Факторная нагрузка компонентов в выделенных факторах	
	Фактор 1 «Восприятие угрозы болезни»	Фактор 2 «Восприятие контролируемости болезни и лечения»
Угроза болезни *	0,903	
Последствия	0,793	
Обеспокоенность	0,788	
Эмоциональное реагирование	0,772	
Идентификация болезни	0,698	
Течение болезни	0,366	
Контроль болезни		0,844
Контроль лечения		0,814
Понятность болезни		0,802

* — интегративный показатель восприятия болезни как угрозы для жизни и благополучия
* — integrative indicator of the perception of the disease as a threat to life and well-being

зующейся неопределенностью, предпочтением незнания информации о ней знаниям как более удобного способа справиться с предполагаемой угрозой. В целом, это не позволяет пациенту видеть реальность болезни и адекватно адаптироваться к жизни вместе с ней.

- **кластер 2**—(64 пациента, тип восприятия «Позитивные представления о болезни») —выражен базовый профиль контролируемости болезни на фоне умеренно сниженного профиля угрозы болезни. Пациенты с данным типом восприятия болезни уверены в том, что умеренно угрожающая их жизни болезнь может контролироваться ими посредством самоуправления и благодаря обращению за медицинской помощью, поиску социальной поддержки.
- **кластер 3** (58 пациентов, тип восприятия «Негативные представления о болезни») — преобладание восприятия выраженной угрозы болезни над представлениями о возможностях ее контролировать и верой в излечение. Негативный характер представлений о болезни определялся представлениями человека о том, что болезнь опасна, будет недостаточно понятной, долгой, трудно контролируемой и иметь серьезные последствия, проявляться множественностью симптомов, вызывать негативные эмоции и озабоченность.

На Рис.1 графически отображена выраженность выделенных факторов в каждом из кластеров.

Выделенные кластеры составили эмпирическую базу для описания трех типов восприятия ревматических болезней с целью последующего

сравнительного анализа параметров адаптации к болезни, характерных для каждого из них.

Данный подход к выделению профилей и типов восприятия болезни отражает современные исследования в рамках модели саморегуляции болезни Г. Левенталя, согласно которым наряду с ситуативными представлениями о болезни у пациента также существуют более широкие по своей структуре и глубинные по функционированию «прототипы болезни», сформированные на основе предшествующего личного опыта, наблюдения за другими людьми, имеющими заболевания и воздействия средств массовой информации. Данные прототипы отвечают не столько за конкретный выбор решения по конкретной проблеме, связанной со здоровьем, но в большей степени определяют имплицитные паттерны сберегающего здоровья поведения [18].

Сравнительное исследование выраженности негативных эмоциональных переживаний у пациентов с разными типами восприятия ревматического заболевания.

Во всех трех группах пациентов с различным типом восприятия ревматического заболевания выявлен клинически выраженный уровень депрессии и тревожности. При этом, как видно из рисунка 2, показатели депрессивного реагирования были статистически значимо менее выражены в группе 1 с несформированным восприятием болезни. В группах с позитивным восприятием контроля и негативным восприятием угрозы данные показатели были достоверно более высокими в равнении с группой 1, что отражает более высокий уровень эмоциональной дисрегуляции. Нормативный показатель депрессии по данной психодиагностической методике составляет $0,68 \pm 0,59$ балла, нормативный показатель тревожности — $0,62 \pm 0,62$

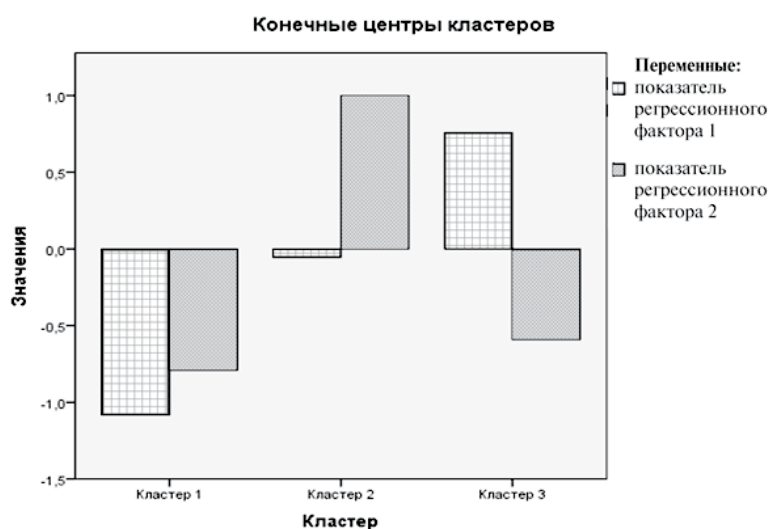


Рис. 1. Результаты кластерного анализа: выраженность факторов «Восприятие угрозы болезни» (синий) и «Восприятие контролируемости болезни и лечения» (зеленый) в выделенных кластерах

Fig. 1. Results of cluster analysis: the severity of the factors "Perception of the threat of the disease" (blue) and "Perception of the controllability of the disease and treatment" (green) in the selected clusters

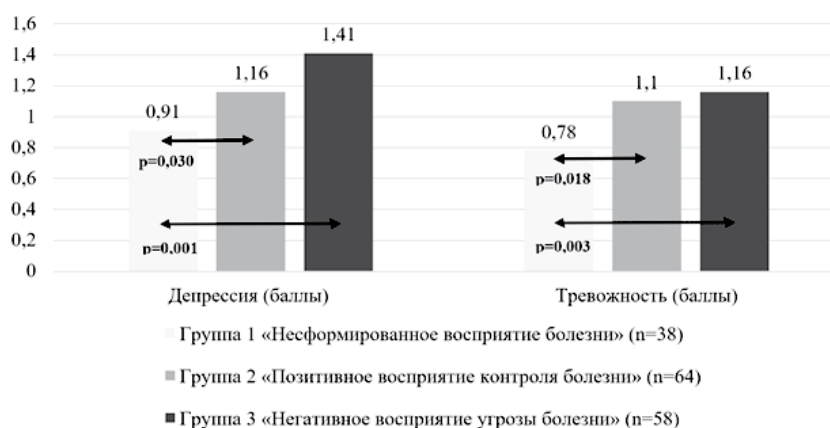


Рис. 2. Показатели депрессии и тревожности в группах пациентов с разными типами восприятия ревматического заболевания (в баллах).
 Fig. 2. Indicators of depression and anxiety in groups of rheumatic patients with different types of illness perception (in points).

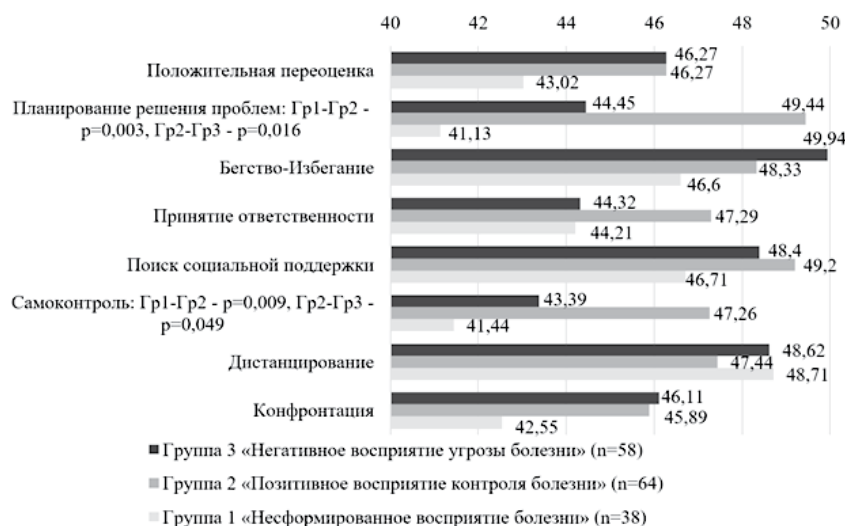


Рис. 3. Интенсивность использования стратегий совладания в группах пациентов с разными типами восприятия ревматического заболевания (в баллах).
 Fig. 3. Intensity of use of coping strategies in groups of rheumatic patients with different types of illness perception (in points).

Полученные нами результаты об интенсивности депрессии при разных типах восприятия ревматических болезней сопоставимы с результатами ранее проведенных исследований, которые свидетельствуют о распространенности депрессии и тревоги в данной когорте пациентов в диапазоне от 20 до 35% [11, 23].

При этом также в ранее проведенных исследованиях было показано, что низкий уровень воспринимаемого контроля при остеоартрите и псориазе предсказывает высокую вероятность появления депрессивных переживаний [21, 22]. Наши данные отражают другую тенденцию: негативные эмоции становятся интенсивнее и при восприятии угрозы, и при восприятии контроля болезни. Пациенты интенсивнее осознают опасность болезни, чтобы быть в контакте со своими переживаниями и применять активные действия

по совладанию и саморегуляции. Усилия пациентов, позитивно воспринимающих контроль болезни, активно с нею совладающих и приверженных лечению, хотя и позволяют частично управлять своим заболеванием, но все же оказываются недостаточными для полного купирования болезни. Данный факт может обуславливать относительно выраженный эмоциональный дистресс в группе этих пациентов.

Сравнительное исследование выбора стратегий совладания в группах пациентов с разными типами восприятия ревматического заболевания.

Представители всех трех выделенных групп в большинстве своем выбирают преимущественно схожий репертуар стратегий совладания в условиях болезни, однако имеются значимые различия по выраженности шкал «Самоконтроль» и «Планирование решения проблем». Эти стратегии ста-

статистически значимо реже используют пациенты, не имеющие четкого представления о своей болезни или воспринимаящие ее как угрозу.

Для трех выделенных типов восприятия характерен одинаковый уровень использования стратегии дистанцирования, что отражает механизм совладания с болезнью за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в решение проблемы (Рис.3).

Из Рис.3 видно, что используемые пациентами трех групп стратегии находятся в рамках нормативного коридора (40-60 баллов). Стратегии самоконтроля статически достоверно интенсивнее используются пациентами с позитивным типом восприятия болезни, по сравнению с пациентами как с негативным, так и недифференцированным типом восприятия болезни. Аналогичная тенденция выявлена и при использовании стратегии «планирование решения проблемы». Позитивное восприятие контроля болезни и эффективности его лечения соотносится с более выраженными усилиями контроля своего поведения и эмоциональных реакций, а также с планированием дальнейших действий по преодолению дистресса, обусловленного болезнью.

Исходя из рассматриваемых нами моделей саморегуляции личности в условиях болезни, когнитивные представления пациента о своих возможностях контроля и лечения болезни активируют в его поведении соответствующие эффективные, ориентированные на решение проблемы, стратегии совладания с болезнью [17].

Проведенные ранее исследования с участием пациентов ревматологического профиля указывают, что большую роль в связи между депрессивными переживаниями и малоадаптивными в условиях болезни стратегиями совладания играет промежуточная переменная уровня инвалидиза-

ции пациента. При ее устранении данная связь теряет свою статистическую значимость [20].

Полученные результаты исследования совладающего с болезнью поведения также дополняют приведенные нами выше данные о переживании пациентами дистресса (депрессии и тревожности). Фокус стратегий совладания с болезнью на эффективное решение актуальных проблемных ситуаций, связанных с болезнью (болевые ощущения, рецидив, процедуры лечения и т.п.) может понижать эффективность совладания, ориентированного на эмоции и обуславливать их интенсивность. В исследовании С. Hsiao уровень негативного эмоционального реагирования пациентов с артериальной гипертензией также повышался в группе с выраженным контролем болезни и, соответственно, снижался — в группе с низким восприятием контроля болезни. Приведенные автором результаты соответствуют полученным нами данным [13].

В целом, данные современных исследований подчеркивают важную роль восприятия болезни и стратегий совладания с болезнью в объяснении проявлений дистресса и нарушениях психологического благополучия при различных соматических заболеваниях. Однако для того, чтобы использовать эту информацию при разработке интервенций для улучшения психологического здоровья людей с хроническими болезнями, необходимы дополнительные исследования, определяющие роль совладающего поведения как посредника между восприятием хронической болезни и ее объективным исходом [10].

III. Сравнительное исследования уровня приверженности лечению в группах пациентов с разными типами восприятия ревматического заболевания.

Повышение приверженности может оказывать гораздо большее влияние на результаты лечения, чем достижения фармакотерапии, а понимание

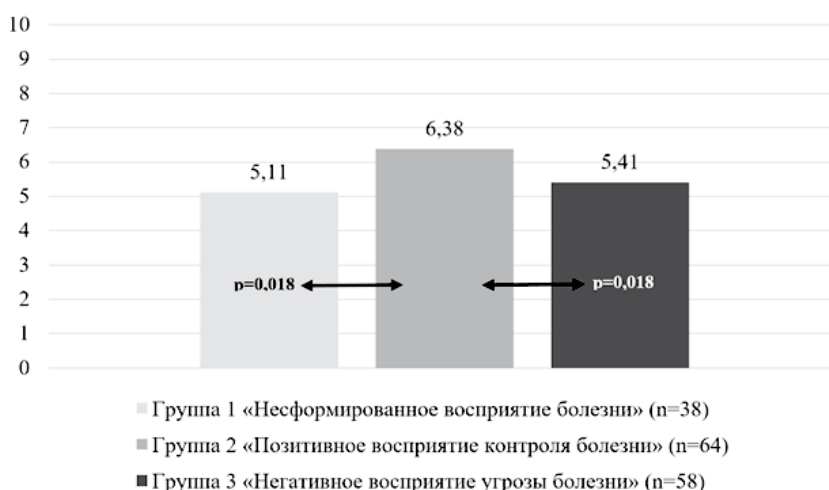


Рис. 4. Уровень приверженности фармакотерапии в группах пациентов с разными типами восприятия ревматического заболевания (в баллах).

Fig. 4. Level of adherence to pharmacotherapy in groups of rheumatic patients with different types of illness perception (in points).

механизмов неприверженности терапии является ключом к разработке интервенций её снижающих. Результаты исследования, представленные в рисунке 4, указывают, что в группе с позитивным восприятием болезни выявлен умеренный уровень приверженности фармакотерапии ревматических заболеваний. В группах с диффузным восприятием ревматических болезней и воспринимающих болезнь как выраженную угрозу для здоровья и жизни выявлен статистически значимо более низкий уровень приверженности фармакотерапии. В применяемой методике оценки приверженности лечению применяются следующие нормативы: низкая приверженность (неприверженность) — 0-5 баллов; средняя (недостаточная) приверженность — 6-7 баллов; высокая приверженность — 8 баллов.

Результаты оценки приверженности лечению дополняют ранее полученную картину данных: проблемно-ориентированное совладание в группе позитивного восприятия контроля, хотя и не снижает высокие показатели негативного аффективного реагирования, но помогает формировать берегающее здоровье адаптивное поведение в соблюдении предписанных рекомендаций лечения.

Исследования, посвященные восприятию болезни и приверженности лечению пациентов при разных нозологиях, демонстрируют сходные психологические механизмы взаимодействия между этими конструктами. Пациенты с сахарным диабетом, которые считают, что их лечение позволяет контролировать возможные осложнения, более привержены лечению. Личный контроль также повышает приверженность лечению как подростков, так и взрослых с артериальной гипертензией [14].

Опираясь на эти данные, исследователи восприятия болезни предлагают модель, где представления о болезни являются посредниками, а формируемые на их базе представления о лечении определяют приверженность лечению. При этом, представления о болезни не являются менее важными в процессе формирования приверженности: они устанавливают цели, то есть ожидания результатов для оценки эффективности лечения [18].

Обсуждение

Представленный подход к изучению психологической адаптации личности к ревматическим болезням, опирающийся на выделение профилей и типов восприятия болезни, открывает новые возможности более глубокой интерпретации различных, в том числе имплицитных, параметров этого сложного и системного процесса, его структуры и динамики.

Предлагаемое выделение различных типов восприятия болезни позволяет осуществлять персонализированный подход в современной медицине с учетом психологического и психотерапевтического компонентов. Для пациентов с разными типами восприятия болезни могут быть определены дифференцированные мишени, цели и методы для последующей психокоррекционной работы, направленные на формирование у них

внутренней картины болезни, использование эффективного репертуара стратегий преодоления, повышение уровня приверженности лечению и адаптации к болезни в целом. Для психотерапии пациентов соматического профиля необходимо применение подходов, соответствующим принципам доказательной психотерапии. К ним могут быть отнесены когнитивно-поведенческая психотерапия, диалектическая поведенческая терапия, схема-терапия, терапия принятия и ответственности, терапия, сфокусированная на сострадании, снижение стресса на основе осознанности [3].

Наиболее важные мишени и приоритетные цели психокоррекционной работы с пациентами ревматического профиля, имеющими разные типы восприятия болезни, представлены в Табл.2. И, хотя нами была предпринята попытка их дифференциации по типам восприятия болезни, практический опыт указывает на высокую вероятность, а порой и на необходимость комплексного применения данных методов в динамике развития болезни на разных этапах персонализированного лечения. Проблема разработки программ психологического сопровождения пациентов с ревматическими заболеваниями требует дальнейшего пристального изучения с учетом полученных данных.

Заключение

Восприятие ревматического заболевания характеризуется двумя дифференцированными базовыми профилями восприятия болезни. Профиль «Восприятие угрозы болезни» включает сочетание интегративного компонента «угроза болезни», выраженных компонентов «последствия болезни», «обеспокоенность болезнью», «эмоциональное реагирование на болезнь», «идентификация проявлений болезни», «восприятие течения болезни». Этот профиль восприятия болезни соотносится с формированием мало адаптивных, преимущественно негативных когнитивных представлений о болезни. Профиль «Восприятие контролируемости болезни и лечения» включает сочетание выраженных компонентов «Контролируемость болезни», «Контролируемость лечения» и «Понятность болезни». Данный профиль восприятия болезни отражает преобладание позитивных представлений пациента о болезни, способствующих его психологической адаптации.

Различная выраженность базовых профилей восприятия болезни у разных пациентов позволяет выделить три дифференцированных типа восприятия ревматического заболевания. Несформированный тип восприятия болезни представлен сочетанием слабо выраженных профилей «Восприятие угрозы болезни» и «Восприятие контролируемости болезни и лечения». Во втором типе восприятия болезни «Позитивные представления о контроле болезни» преобладали позитивные с точки зрения адаптации параметры «Контролируемость болезни/лечения», «Понятность болезни». Третий тип восприятия болезни «Негативные представления об угрозе болезни» характеризует-

Таблица 2. Мишени, цели и методы психокоррекционной работы с пациентами, имеющими различные типы восприятия болезни
Table 2. Targets, goals and methods of psychotherapy with patients with different types of perception of the disease

Тип восприятия болезни	Мишени психокоррекционной работы	Приоритетные цели и методы психокоррекционных вмешательств
Несформированное восприятие болезни	Диффузные, неоднозначные и «размытые» представления о болезни. Несогласованность внутренней картины болезни. Пассивность в совладании с болезнью. Низкая приверженность лечению.	Психодиагностический компонент: определение ведущих механизмов психологической защиты, стратегий совладания и эмоциональной дисрегуляции, уровня алекситимии, приверженности лечению. Психообразовательный компонент: повышение информированности пациента о роли восприятия болезни и личном вкладе в контроль за ходом болезни и ее лечением. Психокоррекционный компонент: формирование адекватных когнитивных репрезентаций и согласованной внутренней картины болезни, расширение репертуара более эффективных стратегий совладания, повышение уровня самоэффективности.
Позитивное восприятие контролируемости болезни	Интенсивное эмоциональное реагирование на хроническую болезнь. Риск развития чувства вины вследствие неудачных попыток сверхконтроля над естественным ходом болезни. Недооценивание реальной угрозы болезни, ее нивелирование. Недостаточная приверженность лечению.	Психодиагностический компонент: оценка эмоционального реагирования на болезнь, анализ устойчивости и смысложизненных ориентаций. Психообразовательный компонент: формирование образа болезни как не поддающегося полному контролю, но позволяющего частично реализовывать истинные для пациента смыслы и ценности. Роль эмоций в адаптации к болезни. Психокоррекционный компонент: обучение навыкам релаксации, осознанности, саморегуляции интенсивных негативных эмоций, расширение репертуара адаптивных копинг-стратегий.
Негативное восприятие угрозы болезни	Чрезмерная идентификация проявлений симптомов. Эмоциональный дистресс на фоне неточных временных границ болезни и катастрофизации её последствий. Несогласованные представления о сроках, эффектах и последствиях применяемого лечения. Ожидание вреда, неприятных ощущений и вероятной опасности или несчастья, состояние напряжения. Низкая приверженность лечению.	Психодиагностический компонент: анализ компонентов восприятия болезни, уровня дистресса и психологического благополучия, определение ведущих копинг-стратегий. Психообразовательный компонент: информирование о возможных вариантах лечения и повышения его эффективности за счет применения эффективных стратегий совладания и личных и социальных копинг-ресурсов. Психокоррекционный компонент: формирование более реалистичных когнитивных схем болезни. Мотивационное консультирование с целью повышения приверженности фармакотерапии и другим видам лечения. Корректировка особо точных, но ригидных репрезентаций болезни, носящих негативный характер. Развитие навыков самосострадания, когнитивного распутывания, планирования активных действий в соответствии со своими ценностями, совладания с дистрессом.

ся преобладанием мало адаптивных параметров интегративного компонента «Восприятие угрозы болезни», компонентов «Последствия болезни» «Озабоченность болезнью», «Эмоциональное реагирование на болезнь», «Идентификация болезни» над менее выраженными позитивными компонентами «Восприятие контроля болезни/ контроля лечения», «Понятность болезни».

Восприятие пациентом имеющегося у него ревматического заболевания как угрозы для своей жизни и благополучия, обуславливает особенности его саморегуляции: повышение показателей

тревожно-депрессивного реагирования, снижение частоты выбора более эффективных в ситуации совладания с болезнью копинг-стратегий самоконтроля и планирования решения проблем и понижение приверженности лечению. Описанные особенности были учтены при формулировании общих рекомендаций по психодиагностической, психообразовательной и психокоррекционной работе в рамках клинко-психологического сопровождения лечебного процесса и повышения саморегуляции в условиях болезни пациентов ревматологического профиля.

Литература / References

1. Абросимов И.Н., Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Современные представления о психологической адаптации в условиях болезни. В кн.: Н.А. Сирота отв. ред. Клиническая психология лечебного процесса. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2023. Abrosimov I.N., Yaltonskii V.M., Sirota N.A. *Sovremennye predstavleniya o psikhologicheskoi adaptatsii v usloviyakh bolezni*. V kn.: N.A. Sirota otv. red. *Klinicheskaya psikhologiya lechebnogo protsesssa*. Moskva: GEOTAR-Media. 2023. (In Russ.).
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю., Новожилова М.Ю. и др. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. Санкт-Петербург: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2009. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Isaeva E.R., Trifonova E.A., Shchelkova O.Yu., Novozhilova M.Yu. et al. *Metodika dlya psikhologicheskoi diagnostiki sposobov sovladaniya so stressovymi i problemnymi dlya lichnosti situatsiyami: posobie dlya vrachei i meditsinskikh psikhologov*. Saint Petersburg: NIPNI im. V.M. Bekhtereva. 2009. (In Russ.).
3. Караваева Т.А., Васильева А.В. Алгоритм и мишени психотерапии пациентов с хроническими соматическими заболеваниями. В кн.: А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанов Психотерапия: Учебник. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2022. Karavaeva T.A., Vasileva A.V. *Algoritm i misheni psikhoterapii patients s khronicheskimi somaticheskimi zabolevaniyami*. V kn.: A.V. Vasileva, T.A. Karavaeva, N.G. Neznarov *Psikhoterapiya: Uchebnik*. Moskva: GEOTAR-Media. 2022. (In Russ.).
4. Незнанов Н.Г., Кибитов А.О., Рукавишников Г.В., Мазо Г.Э. Прогностическая роль депрессии в качестве предиктора манифестации хронических соматических заболеваний. *Терапевтический архив*. 2018;90(12):122-132. Neznarov NG, Kibitov AO, Rukavishnikov GV, Mazo GE. *The prognostic role of depression as a predictor of chronic somatic diseases manifestation*. *Terapevticheskii arkhiv*. 2018; 90(12):122-132. (In Russ.). <https://doi.org/10.26442/00403660.2018.12.000019>
5. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Теоретические основы. Копинг-поведение в условиях болезни. Адаптационные стратегии и ресурсы поведения. В кн.: Н.А. Сирота отв. ред. Клиническая психология лечебного процесса. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2023. Sirota N.A., Yaltonskii V.M. *Teoreticheskie osnovy. Koping-povedenie v usloviyakh bolezni. Adaptatsionnye strategii i resursy povedeniya*. V kn.: N.A. Sirota otv. red. *Klinicheskaya psikhologiya lechebnogo protsesssa*. Moskva: GEOTAR-Media. 2023. (In Russ.).
6. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург: Питер. 2001. Tarabrina N.V. *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa*. Saint Petersburg: Piter. 2001. (In Russ.).
7. Ялтонский В.М., Абросимов И.Н., Андрушкевич Т.Д., Шашурина Е.М., Соловьев С.К., Асеева Е.А. Параметры внутренней картины болезни и качества жизни у пациентов с системной красной волчанкой. *Современная ревматология*. 2020;14(3):57-62. Yaltonsky VM, Abrosimov IN, Andrushkevich TD, Shashurina EM, Solovyev SK, Aseeva EA. *Parameters of the internal picture of the disease and quality of life in patients with systemic lupus erythematosus*. *Sovremennaya Revmatologiya*. 2020;14(3):57-62. (In Russ.). <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2020-3-57-62>
8. Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Ялтонская А.В., Абросимов И.Н. Приверженность лечению хронических заболеваний. В кн.: Н.А. Сирота отв. ред. Клиническая психология лечебного процесса. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2023. Yaltonskii V.M., Sirota N.A., Yaltonskaya A.V., Abrosimov I.N. *Priverzhennost' lecheniyu khronicheskikh zabolevanii*. V kn.: N.A. Sirota otv. red. *Klinicheskaya psikhologiya lechebnogo protsesssa*. Moskva: GEOTAR-Media. 2023. (In Russ.).
9. Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни. *Психологические исследования*. 2017;10(51):1. Yaltonskii VM, Yaltonskaya AV, Sirota NA, Moskovchenko DV. *Psychometric properties of the Russian version of Brief Illness Perception Questionnaire*. *Psikhologicheskie issledovaniya*. 2017;10(51):1. (In Russ.). <https://doi.org/10.54359/ps.v10i51.407>
10. Dempster M, Howell D, McCorry NK. *Illness perceptions and coping in physical health conditions: A meta-analysis*. *J Psychosom Res*. 2015;79(6):506-513. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.10.006>
11. Dickens C, Creed F. *The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis*. *Rheumatology (Oxford)*. 2001;40(12):1327-30. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/40.12.1327>
12. Hagger MS, Koch S, Chatzisarantis NLD, Orbell S. *The common sense model of self-regulation: Meta-analysis and test of a process model*. *Psychol Bull*. 2017;143(11):1117-1154. <https://doi.org/10.1037/bul0000118>
13. Hsiao CY, Chang C, Chen CD. *An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients*. *Kaohsiung J Med Sci*. 2012;28(8):442-447. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2012.02.015>

14. Kucukarslan SN. A review of published studies of patients' illness perceptions and medication adherence: lessons learned and future directions. *Res Social Adm Pharm.* 2012;8(5):371-82. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2011.09.002>
15. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E.A. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: Cameron L.D., Leventhal H. *The self-regulation of health and illness behavior.* London: Routledge. 2002.
16. Leventhal H., Leventhal E.A., Cameron L. Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In: Baum A., Revenson T.A., Singer J.E., *Handbook of health psychology.* Mahwah: Erlbaum. 2001.
17. Leventhal H., Phillips L.A., Burns E., Cohen J.H. Commonsense Modeling (CSM) of Health Behaviors. In: Sweeny K., Robbins M.L., Cohen L.M. *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology.* Hoboken: John Wiley & Sons Ltd.; 2020. <https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch81>
18. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *J Behav Med.* 2016;39(6):935-946. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
19. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2008;10(5):348-354. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x>
20. Murphy H, Dickens C, Creed F, Bernstein R. Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res.* 1999;46(2):155-164. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(98\)00073-7](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(98)00073-7)
21. Orbell S, Johnston M, Rowley D, et al. Cognitive representations of illness and functional and affective adjustment following surgery for osteoarthritis. *Soc Sci Med.* 1998;47(1):93-102. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(97\)10132-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(97)10132-0)
22. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, et al. Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *Br J Dermatol.* 2000;142(5):899-907. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.2000.03469.x>
23. Smedstad LM, Moum T, Vaglum P, Kvien TK. The impact of early rheumatoid arthritis on psychological distress. A comparison between 238 patients with RA and 116 matched controls. *Scand J Rheumatol.* 1996;25(6):377-82. <https://doi.org/10.3109/03009749609065649>

Сведения об авторах

Ялтонский Владимир Михайлович — д.м.н., профессор, профессор кафедры клинической психологии Научно-образовательного института социальных, гуманитарных и экономических наук им. А.П. Чехова ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (127006, г. Москва, ул. Долгоруковская, д.4). E-mail: yaltonsky@mail.ru

Абросимов Илья Николаевич — к.пс.н., доцент, доцент кафедры нейро- и патопсихологии взрослых НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа» (121170, г. Москва, Кутузовский проспект, дом 34, строение 14). E-mail: i.abrosimov@bk.ru

Сирота Наталья Александровна—д.м.н., профессор, заведующая кафедрой клинической психологии Научно-образовательного института социальных, гуманитарных и экономических наук им. А.П. Чехова ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (127006, г. Москва, ул. Долгоруковская, д.4). E-mail: sirotan@mail.ru

Поступила 26.06.2024

Received 26.06.2024

Принята в печать 24.10.2024

Accepted 24.10.2024

Дата публикации 28.03.2025

Date of publication 28.03.2025