

Иммуновоспалительные ревматические заболевания: роль восприятия болезни и совладания с ней в психологической адаптации пациента

Абросимов И.Н.¹, Ялтонский В.М.¹, Сирота Н.А.¹, Лисицына Т.А.²,
Ялтонская А.В.¹, Ли́ла А.М.^{2,3}

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва; ²ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва; ³кафедра ревматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

¹Россия, 127473, Москва, Делегатская ул., 20, стр. 1; ²Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34А;

³Россия, 125993, Москва, ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1

Цель исследования – анализ субъективного восприятия болезни, совладающего с ней поведения и приверженности лечению как параметров психологической адаптации пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (ИВРЗ).

Пациенты и методы. Обследовано 163 женщины с ИВРЗ, находившихся на стационарном лечении: 63 – с системной красной волчанкой, 50 – с ревматоидным артритом и 50 – с системной склеродермией. Средний возраст пациенток составил $34,00 \pm 17,46$ года.

Результаты и обсуждение. Выделены группы пациенток с различными типами восприятия болезни: «Несформированное восприятие болезни» (группа 1), «Позитивное восприятие контроля болезни» (группа 2), «Негативное восприятие угрозы болезни» (группа 3). При сравнении трех групп установлено, что в группе с несформированным восприятием болезни негативные эмоциональные переживания были менее выражены, чем в двух других группах. При этом копинг-стратегии «Самоконтроль» и «Планирование решения проблем» были статистически значимо выше в группе пациенток, позитивно воспринимавших контроль своего заболевания.

Заключение. Психологическая адаптация больных с ИВРЗ зависит от типа восприятия болезни. Выделение двух базовых профилей («Восприятие угрозы болезни» и «Восприятие контролируемости болезни и лечения») и трех типов восприятия болезни («Несформированный тип восприятия болезни», «Позитивные представления о контроле болезни», «Негативные представления об угрозе болезни») позволило получить новые, более дифференцированные представления о восприятии болезни, которое является мишенью психокоррекционной работы с пациентами, страдающими ИВРЗ.

Ключевые слова: иммуновоспалительные ревматические заболевания; психологическая адаптация; восприятие болезни; совладающее поведение; приверженность лечению.

Контакты: Илья Николаевич Абросимов; i.abrosimov@bk.ru

Для ссылки: Абросимов ИН, Ялтонский ВМ, Сирота НА и др. Иммуновоспалительные ревматические заболевания: роль восприятия болезни и совладания с ней в психологической адаптации пациента. Современная ревматология. 2022;16(6):20–25. DOI: 10.14412/1996-7012-2022-6-20-25

Immunoinflammatory rheumatic diseases: the role of the perception of the disease and coping with it in the psychological adaptation of the patient

*Abrosimov I.N.¹, Yaltonsky V.M.¹, Sirota N.A.¹, Lisitsyna T.A.², Yaltonskaya A.V.¹,
Lila A.M.^{2,3}*

¹A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Ministry of Health of Russia, Moscow;

²V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow; ³Department of Rheumatology Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Ministry of Health of Russia, Moscow

¹20, Delegatskaya Street, Build. 1, Moscow 127473, Russia; ²34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522, Russia;

³2/1, Barrikadnaya Street, Build. 1, Moscow 125993, Russia

Objective: to analyze the subjective perception of the disease, coping behavior and adherence to treatment as parameters of psychological adaptation of patients with immunoinflammatory rheumatic diseases (IIRD).

Patients and methods. 163 women with IIRD who were on inpatient treatment were examined: 63 with systemic lupus erythematosus, 50 with rheumatoid arthritis, and 50 with systemic scleroderma. The mean age of the patients was 34.00 ± 17.46 years.

Results and discussion. Groups of patients with different types of perception of the disease were identified: "Unformed perception of the disease" (group 1), "Positive perception of disease control" (group 2), "Negative perception of disease threat" (group 3). When comparing the three groups, it was found that in the group with an unformed perception of the disease, negative emotional experiences were less pronounced than in the other

two groups. At the same time, the coping strategies "Self-control" and "Problem solving planning" were significantly higher in the group of patients who positively perceived the control of their disease.

Conclusion. Psychological adaptation of patients with IIRD depends on the type of perception of the disease. The identification of two basic profiles ("Disease threat perception" and "Disease and treatment control perception") and three types of disease perception ("Unformed type of disease perception", "Positive perception of disease control", "Negative perception of the disease threat") made it possible to obtain new, more differentiated ideas about the perception of the disease, which is the target of correctional psychological work with patients suffering from IIRD.

Keywords: immunoinflammatory rheumatic diseases; psychological adaptation; perception of the disease; coping behavior; adherence to treatment.

Contact: Ilya Nikolaevich Abrosimov; i.abrosimov@bk.ru

For reference: Abrosimov IN, Yaltonsky VM, Sirota NA, et al. Immunoinflammatory rheumatic diseases: the role of the perception of the disease and coping with it in the psychological adaptation of the patient. *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal*. 2022;16(6): 20–25. DOI: 10.14412/1996-7012-2022-6-20-25

Иммуновоспалительные ревматические заболевания (ИВРЗ) — гетерогенная группа системных хронических болезней, развитие которых связано с нарушением иммунологической толерантности к собственным тканям (аутоантигенам) и характеризуется хроническим воспалением и прогрессирующим необратимым нарушением функции внутренних органов. К ИВРЗ относятся ревматоидный артрит (РА), системная красная волчанка (СКВ), системная склеродермия (ССД) и некоторые другие заболевания. Актуальность проблемы ИВРЗ для современной медицины определяется их высокой распространенностью в популяции, трудностью ранней диагностики, быстрой инвалидизацией больных и неблагоприятным жизненным прогнозом. В то же время ИВРЗ представляются наглядной моделью для изучения комплексных процессов психологической адаптации личности в условиях хронического соматического заболевания. Их прогрессирующее течение со склонностью к рецидивам и необходимость постоянного комплексного лечения требуют применения активных действий и эффективных стратегий поведения от пациента [1].

Цель исследования — анализ субъективного восприятия болезни, совладающего с ней поведения и приверженности лечению как параметров психологической адаптации пациентов с ИВРЗ.

Задачи исследования:

Выделение профилей и типов восприятия ИВРЗ пациентами, а также сравнительное исследование параметров психологической адаптации к болезни у пациентов с разными типами восприятия ИВРЗ.

Пациенты и методы. В исследовании приняли участие 163 женщины с ИВРЗ, находившихся на стационарном лечении в ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» (НИИР им. В.А. Насоновой): 63 — с СКВ, 50 — с РА, 50 — с ССД. Их средний возраст составил $34,00 \pm 17,46$ года. Исследование выполнено в рамках действующего межинститутского договора о научно-практическом сотрудничестве и было одобрено локальным этическим комитетом НИИР им. В.А. Насоновой как фрагмент фундаментального научного исследования (№ государственной регистрации 1021051503111-9). Все больные подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Методики:

1. Краткий опросник восприятия болезни (Brief Illness Perception Questionnaire) [2].

2. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями [3].

3. Шкалы «Депрессия» и «Тревожность» опросника вы-

раженности психопатологической симптоматики [4].

4. Шкала приверженности лечению (Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-8, 2008 г.) [5].

Статистический анализ. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программного пакета SPSS Statistics (Vers. 23). При сравнении средних значений по группам использовали дисперсионный анализ. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Факторный анализ осуществлялся методом главных компонент, методом вращения факторов Varimax с учетом теста Кайзера–Мейера–Олкина. Кластеризация данных выполнялась методом k-средних (с проведением дисперсионного анализа ANOVA).

Результаты. Выделение базовых профилей и типов восприятия ИВРЗ пациентами. Данный этап обработки результатов подразумевал выделение базовых профилей восприятия ИВРЗ пациентами с описанием групп сравнения с опорой не на нозологический, а на психологический критерий — субъективные представления пациента об имеющемся у него заболевании, на основе которых он выбирает способы совладания с болезнью. С этой целью были проведены факторный анализ компонентов восприятия хронической болезни и кластеризация наблюдаемых кейсов по выраженности выделенных факторов.

Факторный анализ компонентов восприятия ИВРЗ позволил определить два статистически значимых фактора, представленных в табл. 1.

В фактор 1, названный «Восприятие угрозы болезни», вошли шесть компонентов, сочетание которых рассматривается нами как один из базовых профилей восприятия ИВРЗ пациентами:

1. Угроза болезни (значение факторной нагрузки $r=0,903$) — любой физический, эмоциональный или социальный риск, который может повлиять или уже влияет на физическое или психическое здоровье.

2. Последствия болезни ($r=0,793$) — представления об имеющихся и предполагаемых эффектах влияния болезни на биологическое, психологическое и социальное благополучие.

3. Обеспокоенность болезнью ($r=0,788$) — озабоченность бременем болезни.

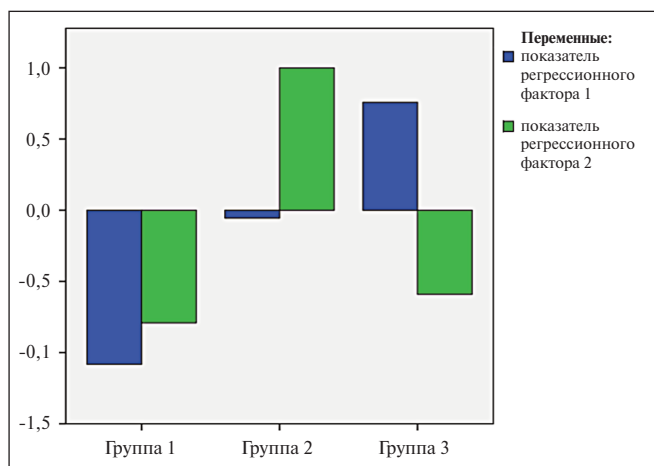
4. Эмоциональное реагирование на болезнь ($r=0,772$) — ожидание вреда, неприятные ощущения, чувство тревоги и вероятной опасности, связанные с болезнью.

5. Идентификация симптомов болезни ($r=0,698$) — способность распознавать проявления болезни.

6. Восприятие течения болезни ($r=0,366$) — представления, касающиеся ожидаемой продолжительности болезни.

Таблица 1. Факторная нагрузка компонентов восприятия болезни
Table 1. Factor loading of the components of the disease perception

Компоненты восприятия болезни	Фактор 1	Фактор 2
Угроза болезни	0,903	-0,252
Последствия болезни	0,793	-0,014
Обеспокоенность болезнью	0,788	0,036
Эмоциональное реагирование	0,772	-0,067
Идентификация болезни	0,698	0,128
Течение болезни	0,366	0,300
Контроль болезни	-0,069	0,844
Контроль лечения	-0,046	0,814
Понятность болезни	0,048	0,802



*Выраженность факторов «Восприятие угрозы болезни» (черные столбики) и «Восприятие контролируемости болезни и лечения» (серые столбики) в трех группах пациенток
The severity of the factors "Perception of the disease threat" (gray bars) and "Perception of controllability of the disease and treatment" (black bars) in three groups of patients*

В фактор 2, обозначенный как «Восприятие контролируемости болезни и лечения», вошли три компонента, сочетание которых рассматривается нами как другой вариант базового профиля восприятия ИВРЗ:

1. Контролируемость болезни ($r=0,844$) – вера пациента в то, что болезнь можно контролировать.

2. Контролируемость лечения ($r=0,814$) – вера пациента в возможность излечения посредством самоконтроля терапии, специализированной помощи медицинского персонала или социальной поддержки других значимых людей.

3. Понятность болезни ($r=0,802$) – метакогнитивный уровень понимания имеющейся болезни, отражающий доступность ее восприятия [6].

В целом восприятие угрозы имеющегося заболевания для жизни и благополучия соотносится с формированием малоадаптивных, преимущественно негативных, когнитивных представлений о длительном течении болезни, ее тяжелых последствиях на фоне эмоционально напряженного состояния [7]. При этом восприятие контролируемости

собственного состояния в условиях болезни обусловлено четкими адаптивными, позитивными представлениями пациента о механизмах ее протекания, а также информацией об имеющихся у него способах эффективно справиться с проявлениями болезни, в том числе с помощью лечения [8, 9].

В зависимости от степени выраженности двух ранее выделенных на основании факторного анализа профилей восприятия болезни («Восприятие угрозы болезни» и «Восприятие контроля болезни и лечения») пациентки были распределены в три группы с разными типами восприятия ИВРЗ: группа 1 – «Несформированные представления о болезни», группа 2 – «Позитивные представления о болезни» и группа 3 – «Негативные представления о болезни». На рисунке показана выраженность указанных профилей восприятия в каждой группе.

Выделение данных групп послужило основой для описания трех типов восприятия ИВРЗ с целью последующего сравнительного анализа параметров адаптации к болезни, характерных для каждого из них.

В первом типе («Несформированный тип восприятия болезни», группа 1, $n=39$) факторы угрозы и контроля были слабо выражены, что отражало пассивную позицию в восприятии болезни. Этот тип восприятия ИВРЗ характеризовался слабой дифференциацией, диффузностью, неоднозначной и размытой структурой представлений о болезни.

Во втором типе («Позитивные представления о контроле болезни», группа 2, $n=65$) преобладали позитивные с точки зрения адаптации параметры восприятия болезни («Контролируемость болезни/лечения», «Понятность болезни») по сравнению со сниженными, малоадаптивными, негативными параметрами («Последствия болезни», «Обеспокоенность болезнью», «Эмоциональное реагирование на болезнь», «Идентификация болезни» и «Течение болезни»). Позитивный тип представлений о болезни в данной группе определялся уверенностью пациента в том, что умеренно угрожающей его жизни болезнью можно управлять благодаря самоконтролю терапии и помощи медицинского персонала или социальной поддержке.

Третий тип («Негативные представления об угрозе болезни», группа 3, $n=59$) характеризовался преобладанием малоадаптивных параметров («Восприятие угрозы болезни», «Последствия болезни», «Обеспокоенность болезнью», «Эмоциональное реагирование на болезнь», «Идентификация болезни») над менее выраженными позитивными параметрами («Восприятие контроля болезни / контроля лечения», «Понятность болезни»).

Негативный характер представлений о болезни определялся мыслями пациента о серьезных последствиях болезни для здоровья, обеспокоенностью наличием болезни и заботами, связанными с ней, отрицательными эмоциональными реакциями, чувством тревоги, ожиданием вреда, неприятных ощущений и вероятной опасности или несчастья, состоянием напряжения, активным распознаванием проявлений болезни, на основе которых пациентом высказываются предположения, касающиеся симптомов, диагноза, «ярлыка болезни» и ее течения [6].

Сравнительное исследование параметров психологической адаптации к болезни пациентов с разными типами восприятия ИВРЗ. Далее представлены результаты описательного и

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ / ORIGINAL INVESTIGATIONS

Таблица 2. Показатели депрессии и тревожности в группах пациенток с разными типами восприятия ИВРЗ, баллы (M±SD)
Table 2. Indicators of depression and anxiety in groups of patients with different types of perception of the IIRD, scores (M±SD)

Шкала	Группа 1 «Несформированное восприятие болезни» (n=39)	Группа 2 «Позитивное восприятие контроля болезни» (n=65)	Группа 3 «Негативное восприятие угрозы болезни» (n=59)	p
Депрессия*	0,91±0,56	1,16±0,65	1,41±0,72	p ₁₋₂ =0,030 p ₁₋₃ =0,001
Тревожность**	0,78±0,55	1,10±0,71	1,16±0,74	p ₁₋₂ =0,018 p ₁₋₃ =0,003

*Норма – 0,68±0,59 балла; **норма – 0,62±0,62 балла.

Таблица 3. Интенсивность использования стратегий совладания с болезнью в группах пациенток с разными типами ее восприятия, баллы (M±SD)
Table 3. Intensity of use of strategies for coping with the disease in groups of patients with different types of its perception, points (M±SD)

Копинг-стратегия	Группа 1 «Несформированное восприятие болезни» (n=39)	Группа 2 «Позитивное восприятие контроля болезни» (n=65)	Группа 3 «Негативное восприятие угрозы болезни» (n=59)	p
Конфронтация	42,55±11,67	45,89±10,85	46,11±9,23	–
Дистанцирование	48,7±12,31	47,44±11,11	48,62±10,05	–
Самоконтроль	41,44±1,99	47,26±12,10	43,39±12,63	p ₁₋₂ =0,009 p ₂₋₃ =0,049
Поиск социальной поддержки	46,71±10,48	49,20±10,40	48,40±9,52	–
Принятие ответственности	44,21±12,37	47,29±9,52	44,32±11,19	–
Бегство-избегание	46,60±12,91	48,33±9,60	49,94±11,28	–
Планирование решения проблем	41,13±12,81	49,44±11,75	44,45±11,85	p ₁₋₂ =0,003 p ₂₋₃ =0,016
Положительная переоценка	43,02±12,41	46,27±9,45	46,27±10,15	–

сравнительного анализа эмоциональных и мотивационных параметров, а также уровня приверженности лечению как комплексных показателей психологической адаптации в трех выделенных группах пациенток, по-разному воспринимающих болезнь.

Во всех трех группах пациенток с разным типом восприятия ИВРЗ выявлен клинически выраженный уровень депрессии и тревожности. При этом, как видно из табл. 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 болезни данные показатели были равнозначно более высокими.

Полученные нами данные об интенсивности депрессии при разных типах восприятия ИВРЗ дополняют результаты ранее проведенных исследований, в которых распространенность депрессии и тревоги в описанной когорте пациентов составляла от 20 до 35% [10–12].

Большинство пациенток всех трех групп выбирали преимущественно схожие стратегии совладания в условиях болезни, однако имелись значимые различия в выраженности шкал «Самоконтроль» и «Планирование решения проблем». Эти стратегии статистически значимо реже использовали

пациентки, не имевшие четкого представления о своей болезни или воспринимавшие ее как угрозу.

Из табл. 3 видно, что используемые пациентками трех групп стратегии находятся в рамках нормативного коридора. Стратегии самоконтроля статистически значимо интенсивнее применяются больными с позитивным типом восприятия болезни по сравнению с пациентками как с негативным, так и с недифференцированным типом ее восприятия. Аналогичная тенденция выявлена и при оценке выбора стратегии «Планирование решения проблемы». Позитивное восприятие контроля болезни и эффективности ее лечения соотносится с более выраженными усилиями, направленными на контроль своего поведения и эмоциональных реакций, а также с планированием дальнейших действий по преодолению стресса.

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 [13]. В целом данные современных исследований подчеркивают важную роль восприятия болезни и копинг-поведения в объяснении проявлений дистресса и нарушений психологического благополучия при соматических заболе-

ваниях [14, 15]. Однако, чтобы использовать эту информацию при разработке методов улучшения психологического здоровья пациентов с хроническими заболеваниями, необходимы дополнительные исследования, определяющие роль совладающего поведения как посредника между восприятием хронической болезни и ее объективным исходом [16].

В нашем исследовании в группе 2 с позитивным восприятием болезни выявлен умеренный уровень приверженности фармакотерапии ИВРЗ (6,38±1,42 балла), а в группах 1 и 3 с несформированным и негативным восприятием соответственно этот показатель оказался статистически значимо более низким: 5,11±2,18 и 5,41±1,86 балла ($p_{1-2}=0,022$, $p_{2-3}=0,013$). При этом низкой считается приверженность лечению от 0 до 5 баллов, средней — от 6 до 7 баллов и высокой — 8 баллов.

Результаты оценки приверженности лечению дополняют ранее полученные данные: проблемно-ориентированное совладание в группе позитивного восприятия контроля, хотя и не снижает высокие показатели негативного аффективного реагирования, но помогает формировать сберегающее здоровье адаптивное поведение в отношении соблюдения врачебных рекомендаций.

Исследования, посвященные восприятию болезни и приверженности лечению у пациентов с разными нозологиями, демонстрируют сходные психологические механизмы взаимодействия этих конструктов. Так, пациенты с сахарным диабетом, которые считают, что лечение позволяет контролировать возможные осложнения, более привержены терапии. Личный контроль также повышает приверженность лечению как у подростков, так и у взрослых с артериальной гипертензией [17]. На основании этих данных предложена модель, в которой представления о болезни являются посредниками, а формируемые на их базе представления о лечении определяют приверженность лечению как при хронических, так и при острых заболеваниях. При этом представления о болезни не являются менее важными в процессе формирования приверженности терапии: они устанавливают цели, т. е. ожидание результатов для оценки эффективности лечения [18].

Обсуждение. Описанный нами подход к изучению психологической адаптации личности в условиях хронического соматического заболевания, опирающийся на выделение профилей и типов восприятия болезни, открывает новые возможности для более глубокой интерпретации различных, в том числе скрытых, параметров этого сложного и системного процесса, его структуры и динамики.

Предлагаемое выделение разных типов восприятия болезни позволяет осуществлять персонализированный подход в современной медицине с учетом психологического и психотерапевтического компонентов [19]. Для пациентов с разными типами восприятия болезни могут быть определены различные мишени, цели и методы для последующей психокоррекцион-

ной работы, направленные на формирование у них внутренней картины болезни, использование эффективного репертуара копинг-стратегий, повышение уровня приверженности лечению и адаптации к болезни в целом [20]. Современные исследования, посвященные психотерапии при соматических заболеваниях, указывают на необходимость применения подходов с научно доказанной эффективностью [21].

Заключение

1. Восприятие ИВРЗ характеризуется двумя дифференцированными профилями. Профиль «Восприятие угрозы болезни» включает сочетание выраженных компонентов: «Угроза болезни», «Последствия болезни», «Обеспокоенность болезнью», «Эмоциональное реагирование на болезнь», «Идентификация проявлений болезни», «Восприятие течения болезни». Этот профиль соотносится с формированием малоадаптивных, 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 отражает преобладание позитивных представлений пациента о болезни, способствующих его психологической адаптации.

2. Различная выраженность базовых профилей восприятия болезни у разных пациентов позволяет выделить три дифференцированных типа восприятия ИВРЗ. 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» — преобладают позитивные с точки зрения адаптации параметры: «Контролируемость болезни / лечения», «Понятность болезни». Третий тип восприятия болезни — «Негативные представления об угрозе болезни» — характеризуется превалированием малоадаптивных параметров: «Восприятие угрозы болезни», «Последствия болезни», «Озабоченность болезнью», «Эмоциональное реагирование на болезнь», «Идентификация болезни» над менее выраженными позитивными параметрами: «Восприятие контроля болезни / контроля лечения», «Понятность болезни».

3. Восприятие пациентом имеющегося у него ИВРЗ как угрозы для жизни и благополучия обуславливает более низкую приверженность лечению, повышение показателей тревожно-депрессивного реагирования, а также снижение частоты выбора более эффективных копинг-стратегий самоконтроля и планирования решения проблем. Описанные особенности могут служить мишенями для психодиагностической, психообразовательной и психокоррекционной работы в рамках клинико-психологического сопровождения лечебного процесса и повышения адаптации в условиях болезни у пациентов ревматологического профиля.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Насонов ЕЛ, Александрова ЕН, Новиков АА. Аутоиммунные ревматические заболевания — проблемы иммунопатологии и персонализированной терапии. Вестник Российской академии медицинских наук. 2015;70(2):169–82. [Nasonov EL, Aleksandrova EN, Novikov AA. Autoimmune rheumatic diseases — pro-

blems of immunopathology and personalized treatment. Vestnik Rossiiskoi akademii meditsinskikh nauk. 2015;70(2):169–82. (In Russ.)]. 2. Ялтонский ВМ, Ялтонская АВ, Сирота НА, Московченко ДВ. 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. *Psikhologicheskoe issledovaniya*. 2017;10(51):1. (In Russ.)]. 3. Вассерман ЛИ, Иовлев БВ, Исаева ЕР и др. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессо-

- выми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. Санкт-Петербург: НИПНИ им. Бехтерева; 2009. 38 с. [Vasserman LI, Iovlev BV, Isaeva ER, et al. *Metodika dlya psikhologicheskoi diagnostiki sposobov sovladaniya so stressovymi i problemnymi dlya lichnosti situatsiyami: posobie dlya vrachei i meditsinskikh psikhologov* [Methods for psychological diagnosis of ways to cope with stressful and problematic situations for the individual: a guide for doctors and medical psychologists]. Saint-Petersburg: NIPNI im. Bekhetereva; 2009. 38 p.]
4. Тарабрина НВ. Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург: Питер; 2001. 272 с. [Tarabrina NV. *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa* [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. Saint-Petersburg: Piter; 2001. 272 p.]
5. 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 May;10(5):348-54. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.
6. 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 Dec;39(6):935-46. doi: 10.1007/s10865-016-9782-2.
7. Абросимов ИН. Угроза жизни как предиктор выбора копинг-стратегий, уровня приверженности лечению и качества жизни у взрослых пациентов с муковисцидозом. Российский психологический журнал. 2015;12(1):60-9. [Abrosimov IN. Life Threat as a Predictor of Coping Strategies, Treatment Adherence, and Quality of Life in Adult Cystic Fibrosis Patients. *Rossiiskii psikhologicheskii zhurnal*. 2015;12(1):60-9. (In Russ.)].
8. Ялтонский ВМ, Абросимов ИН, Андрушкевич ТД, Шашурина ЕМ. Исследование параметров внутренней картины бо-
- лезни пациентов ревматологического профиля. Российский психологический журнал. 2020;17(1):15-26. [Yaltonskii VM, Abrosimov IN, Andrushkevich TD, Shashurina EM. Parameters of the Subjective Pattern of Disease in Rheumatoid Patient. *Rossiiskii psikhologicheskii zhurnal*. 2020;17(1):15-26. (In Russ.)].
9. Ялтонский ВМ, Абросимов ИН, Андрушкевич ТД и др. Параметры внутренней картины болезни и качества жизни у пациентов с системной красной волчанкой. Современная ревматология. 2020;14(3):57-62. [Yaltonskii VM, Abrosimov IN, Andrushkevich TD, et al. Parameters of the internal picture of the disease and quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Sovremennaya revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2020;14(3):57-62. (In Russ.)]. doi: 10.1010.14412/1996-7012-2020-3-57-62.
10. Зельтньн АЕ, Фофанова ЮС, Лисицына ТА и др. Хронический стресс и депрессия у больных ревматоидным артритом. Социальная и клиническая психиатрия. 2009;19(2): 69-75. [Zelytn' AE, Fofanova YuA, Lisitsyna TA, et al. Chronic stress and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya*. 2009;19(2):69-75. (In Russ.)].
11. Creed F. Psychological disorders in rheumatoid arthritis: a growing consensus? *Ann Rheum Dis*. 1990 Oct;49(10):808-12. doi: 10.1136/ard.49.10.808.
12. 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. doi: 10.3109/03009749609065649.
13. Leventhal H, Phillips LA, Burns E, Cohen JH. Commonsense Modeling (CSM) of Health Behaviors. In: Sweeny K, Robbins ML, Cohen LM. *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*. Hoboken: John Wiley & Sons Ltd.; 2020. P. 315-27.
14. Hopman P, Rijken M. Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psychooncology*. 2015 Jan;24(1):11-8. doi: 10.1002/pon.3591.
15. Лисицына ТА, Вельтишев ДЮ. Психические расстройства у больных ревматическими заболеваниями: диагностика и лечение. Научно-практическая ревматология. 2015;53(5):512-21. [Lisitsyna TA, Vel'tishchev DYu. Mental disorders in patients with rheumatic diseases: diagnosis and treatment. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya*. 2015;53(5):512-21. (In Russ.)].
16. Murphy H, Dickens C, Creed F, Bernstein R. Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res*. 1999 Feb;46(2):155-64. doi: 10.1016/s0022-3999(98)00073-7.
17. Kucukarslan SN. A review of published studies of patients' illness perceptions and medication adherence: lessons learned and future directions. *Res Social Adm Pharm*. 2012 Sep-Oct;8(5):371-82. doi: 10.1016/j.sapharm.2011.09.002.
18. Rutter CL, Rutter DR. Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *Br J Health Psychol*. 2002 Nov;7(Part 4):377-91. doi: 10.1348/135910702320645372.
19. Cheng C, Chan AO, Hui WM, Lam SK. Coping strategies, illness perception, anxiety and depression of patients with idiopathic constipation: a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003 Aug 1;18(3):319-26. doi: 10.1046/j.1365-2036.2003.01663.x.
20. Hsiao CY, Chang C, Chen CD. An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. *Kaohsiung J Med Sci*. 2012 Aug;28(8):442-7. doi: 10.1016/j.kjms.2012.02.015.
21. Dempster M, Howell D, McCorry NK. Illness perceptions and coping in physical health conditions: A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2015 Dec;79(6):506-13. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.10.006.

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

19.09.2022/15.11.2022/19.11.2022

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Абросимов И.Н. <https://orcid.org/0000-0003-1981-4170>

Ялтонский В.М. <https://orcid.org/0000-0003-3337-0123>

Сирота Н.А. <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>

Лисицына Т.А. <https://orcid.org/0000-0001-9437-406X>

Лиля А.М. <https://orcid.org/0000-0002-6068-3080>