

2017 Том 10 No. 51

Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни



ЯЛТОНСКИЙ В.М., ЯЛТОНСКАЯ А.В., СИРОТА Н.А., МОСКОВЧЕНКО Д.В.
ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ КРАТКОГО
ОПРОСНИКА ВОСПРИЯТИЯ БОЛЕЗНИ

English version: [Yaltonsky V.M., Yaltonskaya A.V., Sirota N.A., Moskovchenko D.V. Psychometric properties of the Russian version of Brief illness Perception Questionnaire](#)

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, Москва, Россия

Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского, Москва, Россия

[Сведения об авторах](#)

[Литература](#)

[Ссылка для цитирования](#)

В зарубежных психологических исследованиях базовым для описания саморегуляции здоровья и болезни является термин «восприятие болезни», под которым понимаются когнитивные и эмоциональные представления о симптомах болезни. Данная работа посвящена разработке и апробации на русскоязычной выборке краткого опросника восприятия болезни. Выборка: 337 респондентов в возрасте от 15 до 60 лет. Исследование включало три группы больных: пациентки, страдающие раком молочной железы ($n = 100$), взрослые, больные муковисцидозом ($n = 86$), пациенты с депрессивными расстройствами непсихотического уровня ($n = 121$), подростки с синдромом зависимости от синтетических каннабиноидов ($n = 30$). Показано, что русскоязычная версия краткого опросника восприятия болезни имеет высокие показатели надежности–согласованности, а также характеризуется высокой ретестовой надежностью. Внешняя валидность методики подтверждается значимыми корреляционными связями с тревожностью, депрессией, когнитивными стратегиями совладания с ситуацией болезни. По результатам регрессионного анализа было выявлено, что компоненты восприятия болезни оказывают самостоятельный вклад в выбор когнитивных стратегий совладания с ситуацией болезни. В частности, показано, что такие компоненты восприятия болезни, как «понятность болезни», «воспринимаемые последствия болезни» при снижении «эмоционального реагирования на болезнь» вносят вклад в выбор стратегии «принятие болезни». На выбор когнитивной стратегии «восприятие преимуществ в болезни» совокупное влияние оказывают такие компоненты восприятия болезни, как «понятность болезни», а также низкие показатели по шкалам «Эмоциональное реагирование на болезнь» и «Идентификация болезни». Преобладание малоадаптивной когнитивной стратегии «беспомощность в болезни» сопряжено с выраженностью таких компонентов восприятия болезни, как «воспринимаемые последствия болезни», «эмоциональное реагирование на болезнь», «воспринимаемое течение болезни». В целом краткий опросник восприятия болезни является надежным инструментом, который позволяет расширить репертуар психодиагностических методик, направленных на исследование различных аспектов внутренней картины болезни.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, восприятие болезни, представления о болезни, краткий опросник восприятия болезни, саморегуляция

С точки зрения биомедицинского подхода хроническая соматическая болезнь определяется в терминах физических симптомов и подразумевает наличие объективно диагностируемой патологии тела. В то же время для обычного человека болезнь представляет достаточно сложный, запутанный процесс, представления о которой могут существенно отличаться от представлений специалиста и противоречить им. Российские клинические психологи, базируясь на культурно-исторической концепции психического развития Л.С.Выготского, уделяют все больше внимания анализу психологического реагирования пациента на болезнь, что находит свое отражение в создании психологического конструкта «внутренняя картина болезни (ВКБ)», описанного в 1935 году Р.А.Лурией. В рамках культурно-исторического подхода В.В.Николаевой и А.Ш.Тхостовым были разработаны теоретические основы ВКБ [Лурия, 1977; Николаева, 1987; Тхостов, 2002].

В иностранной психологической литературе термин «ВКБ» не используется. Базовым термином является термин «восприятие болезни» («illness perception»), под которым понимаются когнитивные (убеждения, идеи, мысли) и эмоциональные (чувства) представления о симптомах и болезни [Kaptein et al., 2007].

Психологическое реагирование пациента на болезнь было описано Г.Левенталем и его коллегами в рамках когнитивного подхода, названного моделью параллельных процессов. Согласно данной модели, когда личность получает стимулирующие сигналы (симптом болезни, диагноз и т.д.), побуждающие ее к действию, возникающее ощущение угрозы здоровью формирует когнитивные представления и эмоциональные реакции на данную угрозу. Реакция личности на угрозу здоровью происходит параллельно в три этапа. На первом этапе параллельно возникают и обрабатываются когнитивные представления об угрозе для здоровья и жизни и эмоциональные реакции на нее. На втором этапе представления об угрозе здоровью активируют выработку и выбор способов совладания с угрозой здоровью. Выбор копинг-стратегий зависит от характера представлений личности о болезни и эмоциональной реакции на нее. На третьем этапе представления об угрозе для жизни, эмоциональные реакции на нее и способы совладающего поведения перепроверяются, дорабатываются для того, чтобы оценить его эффективность по принципу обратной связи. Неэффективное совладание с угрозой здоровью побуждает личность выбирать иные, более адаптивные способы ее преодоления. Процесс ответа личности на воспринимаемую угрозу здоровью описан также и как процесс саморегуляции для того, чтобы показать, как представления о болезни управляют ответами личности на связанные с болезнью переживания. Модель Г.Левенталя и его коллег сфокусирована на том, как человек выбирает и отслеживает свое поведение во времени для того, чтобы достигнуть прогресса в достижении цели, связанной со здоровьем и болезнью [Leventhal et al., 1984].

Модель параллельных процессов позже была переименована в модель основанной на здравом смысле саморегуляции познания здоровья и поведения в болезни («The common – sense model of self – regulation health and illness behavior»). Использование термина «здравый смысл» акцентирует внимание на присутствии всем людям повседневных, отвечающих здравому смыслу представлений человека о болезни. Содержание представлений о болезни в модели Г.Левенталя и его коллег объединены в пять ключевых компонентов: 1) идентификация болезни («Identity»); 2) причина болезни («Cause»); 3) длительность (временная перспектива) болезни («Timeline»); 4) последствия болезни («Consequences»); 5) контролируемость / излечимость болезни («Control / Cure»). Идентификация болезни – распознавание симптомов болезни, на основе которых пациентом высказываются предположения, касающиеся симптомов, ярлыка болезни или диагноза. Причина угрозы (болезни) – представления личности о внешних или внутренних факторах, рассматриваемых в качестве источника, повода возникновения болезни (стресс, наследственность и т.д.). Длительность болезни, ее временная перспектива – предположения, касающиеся ожидаемой продолжительности болезни, специфики ее течения (острая, циклическая, хроническая и т.д.). Последствия болезни – представления личности об ожидаемых и переживаемых эффектах влияния болезни на биологическое, психологическое и социальное благополучие (потеря трудоспособности, подавление иммунитета и т.д.). Контролируемость / излечимость болезни – представления личности о том, что он может контролировать болезнь, излечится посредством терапии и изменения поведения (химиотерапия, отказ от курения и т.д.) [Leventhal et al., 2012].

В более поздних исследованиях были выделены три дополнительных компонента представлений о болезни: понятность болезни («Understanding») – степень осмысления болезни, доступность ее для восприятия; озабоченность болезнью («Concern») – обеспокоенность наличием болезни и заботами, связанными с ней; эмоциональные ответы на болезнь («Emotional responses») – эмоциональное реагирование на болезнь (тревога, страх, печаль) [Broadbent et al., 2006].

Многочисленные зарубежные исследования убедительно демонстрируют, что представления о болезни влияют на поведение пациента, определяемое болезнью (поиск медицинской помощи, отказ от нее; выбор способов совладания с болезнью, приверженность терапии; и т.д.) [Broadbent et al., 2015; Kaptein, 2007; Leventhal et al., 2012].

Отечественная клиническая психология испытывает выраженную практическую потребность в скрининговых, простых инструментах измерения представлений о болезни, их оценке в динамике, изменений в процессе фармакотерапии, психотерапии, для сопоставления результатов российских исследований с зарубежными. Наиболее популярный в России опросник для исследования типов отношения к болезни (ТОБОЛ) имеет иную теоретическую основу – теорию отношений В.Н.Мясищева. Его возможности измерения представлений о болезни ограничены, он достаточно трудоемкий и имеет недостаточно широкие возможности интерпретации [Вассерман и др., 2009].

В России завершены многомерные исследования социально значимых заболеваний с использованием модифицированного опросника восприятия болезни и краткого опросника восприятия болезни носят единичный характер [Ялтонский и др., 2011, 2015; Ялтонская, 2013; Абросимов, 2015].

Использование модели Г.Левентала в отечественной клинической психологии представляется перспективным и открывает широкие горизонты разработки методов психологической коррекции персональных моделей ВКБ. С одной стороны, выделенные компоненты содержания представлений о болезни не обнаруживают своей специфичности в зависимости от болезни. Иными словами, выделенные компоненты восприятия болезни проявляются при различных заболеваниях, однако их содержание может быть разным и определяется индивидуально-психологическими особенностями пациентов и, в определенной степени, ситуацией болезни. Кроме того, важным представляется расширение репертуара психодиагностических методик, позволяющих исследовать различные аспекты ВКБ, их связи между собой. Интеграция краткого опросника восприятия болезни Е.Бродбент в отечественную клиническую психологию может существенно расширить возможности исследования когнитивного уровня внутренней картины болезни.

Целью данной работы является апробация русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни Е.Бродбент, а также выявление связи восприятия болезни с тревогой, депрессией, когнитивными стратегиями совладания с ситуацией болезни.

Методы

Выборка

Выборка, на которой был адаптирован опросник, включает 337 респондентов. Обследовано три группы больных: пациентки, страдающие раком молочной железы ($n = 100$), взрослые, больные муковисцидозом ($n = 86$), пациенты с депрессивными расстройствами непсихотического уровня ($n = 121$), подростки с синдромом зависимости от синтетических каннабиноидов ($n = 30$).

Остановимся более подробно на характеристиках обследованных респондентов. Пациентки первой группы проходили стационарное лечение в Центральной клинической больнице No. 2 им. Н.А.Семашко ОАО «РЖД» в г. Москве. Средний возраст больных раком молочной железы составил $51,93 \pm 6,86$. На ранних стадиях заболевания было обследовано 50 больных ($n = 50$), на поздних стадиях – 50 ($n = 50$). Среди женщин, страдающих раком молочной железы, в послеоперационный период было обследовано 49 пациенток ($n = 49$), на этапе химиотерапевтического лечения была обследована 51 больная ($n = 51$). Семейное положение: 61% ($n = 61$) состояли в браке на момент обследования, 13% ($n = 13$) вдовы, 26% ($n = 26$) разведены. Уровень образования: среднее

специальное образование имели 41% (n = 41), среднее – 13% (n = 13), высшее образование – 46% (n = 46).

Вторую группу составили 86 взрослых, больных муковисцидозом (мужчины – 44,18% (n = 38); женщины – 55,82% (n = 48)), проходящие плановое стационарное (70,93% (n = 61)) и амбулаторное (29,07% (n = 25)) лечение, в возрасте от 18 до 28 лет (средний возраст – $23,7 \pm 4,8$ года). Всем пациентам диагноз был поставлен в период первых пяти лет жизни (средний возраст постановки диагноза – $2,73 \pm 0,92$ года).

В группу больных с депрессивными расстройствами непсихотического уровня вошли 63 мужчины (52%) и 58 женщин (48%). Средний возраст составил $41,0 \pm 11,6$ года. Средняя длительность заболевания составила $2,6 \pm 3,2$ года. Для двух трети пациентов данная госпитализация была первичной. Структура выборки включила в себя 37,2% пациентов с депрессивным эпизодом (F 32), 33,1% – с рекуррентным депрессивным расстройством (F 33), 24,8% – со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F 41,2) и 5% – с дистимией (F 34,1). Обследованные больные оказались однородными по большинству социо-демографических, клинических и клинико-психологических характеристик. Больные проходили стационарное лечение в Клинической больнице No. 8 им. З.П.Соловьева г. Москвы («Клиника неврозов»).

В группу подростков с синдромом зависимости от синтетических каннабиноидов (смеси СПАЙС) вошли 20 мальчиков (75%) и 10 девочек (25%) в возрасте от 13 до 17 лет. Средний возраст составил $15,55 \pm 1,34$ года. Среди обследованных более одной госпитализации отмечалось у 60% (n = 18) обследованных. Наследственность алкоголизмом, психической патологией и наркоманиями отягощена у 52,8% (n = 16) обследованных. В качестве наркотика впервые употребили именно спайс 17 подростков. Возраст первой пробы курительных смесей – $14,8 \pm 0,55$ года. Эпизодическое курение смесей продолжалось в среднем 2 месяца. Синдром зависимости и синдром отмены развились в среднем через 5 месяцев после начала употребления. Продолжительность систематического употребления – 9–10 месяцев. Исследование проводилось на базе отделения медико-социальной помощи детям филиала No. 9 МНПЦ наркологии ДЗ Москвы в апреле–ноябре 2014 года.

Исследования разных клинических групп пациентов проводились сотрудниками кафедры клинической психологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова с 2009 по 2015 год.

Методики

С целью установления конвергентной и дискриминантной валидности опросника использовались следующие методики.

1. Русскоязычная версия краткого опросника восприятия болезни Е.Бродбент (Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В.) (см. Приложение).
2. Интегративный тест тревожности [Бизюк и др., 1997].
3. Шкала депрессии А.Т.Бека [Тарабрина, 2001].
4. Опросник «Когнитивные представления о болезни» [Сирота и др., 2014].

Методы анализа данных

Обработка данных проводилась в программе STATISTICA Enterprise for Windows, Version 10.0, Copyright © Stat Soft Inc, 2011, пакет SPSS for Windows, version 17, Copyright © SPSS Inc. 2010.

Результаты

Дескриптивная статистика

При сравнительном анализе обследованных групп пациентов были выявлены значимые различия как по отдельным компонентам восприятия болезни, так и по уровню воспринимаемой угрозы. Для сравнения групп мы использовали дескриптивный анализ: вычисление и описание средних значений (M), стандартных отклонений (SD), а также для вычисления и описания различий между группами был применен критерий Краскела–Уоллиса.

Значимые различия между обследуемыми группами были получены по таким компонентам восприятия болезни, как «воспринимаемые последствия болезни», «воспринимаемое течение болезни», «воспринимаемый контроль болезни (личный контроль)», «идентификация болезни», «обеспокоенность болезнью», «эмоциональное реагирование на болезнь», «общий уровень угрозы болезни для жизни». Иными словами, методика чувствительна к специфическим психологическим особенностям у пациентов четырех разных групп заболеваний. Последний пункт опросника, оценивающий три наиболее вероятные по мнению пациента воспринимаемые причины болезни в данном исследовании, не анализировался.

Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Описательная статистика результатов русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни (в баллах)

Компоненты восприятия болезни и общая шкала	Группа 1 (n = 100)	Группа 2 (n = 86)	Группа 3 (n = 121)	Группа 4 (n = 30)	Критерий Краскела–Уоллиса
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	
Последствия болезни	4,84 (3,26)	5,53 (2,34)	7,42 (2,61)	5,35 (2,90)	1–3 (p = 0,05) 2–3 (p = 0,05) 3–4 (p = 0,02)
Течение болезни	5,05 (3,55)	8,87 (2,50)	6,62 (3,42)	2,20 (1,08)	1–3 (p = 0,01) 2–3 (p = 0,001) 3–4 (p = 0,001)
Личный контроль	5,96 (3,12)	6,65 (2,51)	4,59 (2,99)	7,65 (2,73)	1–3 (p = 0,03) 3–2 (p = 0,02) 3–4 (p = 0,01)
Контроль лечения	7,52 (2,96)	7,62 (2,05)	7,92 (2,26)	7,70 (1,49)	–
Идентификация болезни	3,70 (3,41)	6,25 (2,22)	7,15 (2,52)	4,65 (3,23)	3–4 (p = 0,001) 3–1 (p = 0,001) 1–2 (p = 0,001)
Обеспокоенность болезнью	6,16 (3,66)	5,00 (2,48)	7,53 (3,01)	3,35 (3,21)	1–3 (p = 0,001) 3–2 (p = 0,001) 3–4 (p = 0,03)
Понятность болезни	7,10 (3,01)	7,82 (2,26)	6,69 (3,07)	7,70 (1,80)	–
Эмоциональные реакции на болезнь	4,72 (3,48)	4,20 (2,83)	7,95 (2,66)	5,20 (3,33)	1–3 (p = 0,001) 2–3 (p = 0,001) 3–4 (p = 0,01)
Общий уровень угрозы болезни	36,89 (15,57)	43,65 (12,15)	47,15 (12,65)	43,80 (9,25)	1–3 (p = 0,001)

Примечания. Группа 1 – Рак молочной железы, Группа 2 – Муковисцидоз, Группа 3 – Депрессии непсихотического уровня, Группа 4 – Синдром зависимости от синтетических каннабиноидов.

Особенности распределения баллов по пунктам и шкале опросника

Отвечая на пункты опросника, пациенты использовали всю шкалу ответов в диапазоне от 0 до 10 баллов. При анализе распределения баллов по общей шкале угрозы болезни использовался критерий отклонения от нормальности Шапиро–Уилкса, критерий Колмогорова–Смирнова, кроме того, анализировались особенности распределения (асимметрия и эксцесс).

Распределение общего балла по опроснику отличается от нормального по критериям Колмогорова–Смирнова ($p < 0,15$) и по критерию Шапиро–Уилкса ($p = 0,001$). Анализ особенностей распределения (асимметрии и эксцесса) позволяет выявить отрицательную асимметрию ($-0,49$): испытуемые несколько чаще, чем ожидалось, были склонны давать отрицательные ответы по пунктам методики.

Факторный анализ

В связи с неоднозначностью структуры опросника, которая выявляется в зарубежных исследованиях, была проведена процедура проверки целесообразности выполнения факторного анализа в отношении данной методики. Для проверки целесообразности применения факторного анализа применялись критерии Бартлетта и критерий адекватности выборки Кайзера–Мейера–Олкина. Мера выборочной адекватности Кайзера–Мейера–Олкина составила 0,772, критерий сферичности Бартлетта $\chi^2 = 825,121$, $df = 28$, $p = 0,001$. Иными словами, гипотеза о том, что корреляционная матрица является единой, не подтверждается. Факторный анализ является приемлемым методом для анализа корреляционной матрицы.

При проведении эксплораторного факторного анализа (метод главных компонент) была выявлена двухфакторная структура русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни.

Полученные результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2

Факторная структура русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни

Компоненты восприятия болезни	Факторы	
	Восприятие угрозы болезни для жизни	Воспринимаемая контролируемость болезни и лечения
Последствия болезни	0,899	0,019
Течение болезни	0,626	-0,157
<i>Личный контроль*</i>	0,267	0,730
<i>Контроль лечения*</i>	-0,133	0,664
Идентификация болезни	0,782	-0,063
Обеспокоенность болезнью	0,849	0,138
<i>Понятность болезни*</i>	-0,012	0,722
Эмоциональное реагирование на болезнь	0,782	0,226
% общей дисперсии	40,97	19,43
Собственное значение	3,25	4,88

Примечания. * – отмечены обратные пункты методики.

Таким образом, на основе факторного анализа структуры опросника восприятия болезни было выделено 2 фактора. В первый фактор «Восприятие угрозы болезни для жизни» вошли следующие компоненты восприятия болезни: воспринимаемые последствия заболевания; воспринимаемое течение болезни; идентификация болезни; обеспокоенность болезнью; эмоциональное реагирование на болезнь. Иными словами, данный фактор отражает пункты методики, имеющие прямое отношение к росту воспринимаемой угрозы. Данный фактор объясняет 40,97% дисперсии. Во второй фактор «Воспринимаемая контролируемость болезни и лечения» вошли следующие пункты методики: воспринимаемый личный контроль; воспринимаемый контроль лечения; понятность болезни. Данный

фактор позволяет объяснить 19,43% дисперсии. Иными словами, выделенные факторы соответствуют теоретическим представлениям Г.Левенталья.

Надежность–согласованность

Альфа Кронбаха для первого фактора составила 0,84, что указывает на хороший уровень внутренней согласованности между пунктами опросника. Для второго фактора показатель альфа Кронбаха составил 0,58. Таким образом, второй фактор является менее надежным. Общий показатель альфа Кронбаха опросника составил 0,78.

Показатели внутренней согласованности были проанализированы для каждой нозологической группы. Полученные результаты отражены в таблице 3. Наиболее высокий показатель альфа Кронбаха был выявлен в группе больных, страдающих раком молочной железы. Стоит отметить, что менее надежным, вне зависимости от нозологической принадлежности обследованных, остается фактор 2.

Таблица 3

Внутренняя согласованность русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни

Альфа Кронбаха	Фактор 1	Фактор 2	Общий уровень угрозы
Все обследованные пациенты	$\alpha = 0,84$	$\alpha = 0,58$	$\alpha = 0,78$
Рак молочной железы (n = 100)	$\alpha = 0,81$	$\alpha = 0,51$	$\alpha = 0,74$
Депрессии непсихотического уровня (n = 121)	$\alpha = 0,90$	$\alpha = 0,42$	$\alpha = 0,69$
Муковисцидоз (n = 86)	$\alpha = 0,73$	$\alpha = 0,68$	$\alpha = 0,64$
Синдром зависимости от синтетических каннабиноидов (n = 30)	$\alpha = 0,82$	$\alpha = 0,39$	$\alpha = 0,82$

Соответствие эмпирической структуры методики теоретической модели Г.Левенталья проверялось при помощи конфирматорного факторного анализа, который позволяет проверить применимость выделенной факторной модели к полученным данным. Для построения модели пункты методики были выделены путем разведывательного факторного анализа и заранее отнесены к соответствующему фактору.

Получены следующие результаты:

- критерий относительного согласия модели CFI составил 0,90, что является допустимым значением;
- квадратичная усредненная ошибка аппроксимации составила 0,07 (допустимыми считаются значения 0,06–0,08);
- критерий χ^2 составил 129, при числе степеней свободы 56, а их частное составило 2,30.

Иными словами, концептуальная модель Г.Левенталья согласуется с полученными нами данными, а выделенные факторы могут использоваться как шкалы русскоязычной версии опросника.

Тест-ретестовая надежность

Тест-ретестовая надежность оценивалась на выборке больных с депрессивными расстройствами непсихотического уровня (n = 48). Тест-ретестовые корреляции отдельных пунктов значимо положительные и варьируют от 0,30 до 0,70. Показатели по выделенным субшкалам варьируют от 0,40 до 0,76. Иными словами, как пункты, так и выделенные по результатам эксплораторного факторного анализа субшкалы могут быть признаны стабильными.

Конвергентная и дискриминантная валидность

Восприятие болезни и компоненты личностной тревожности.

Остановимся подробнее на корреляциях (коэффициенты корреляции r -Пирсона) между компонентами восприятия болезни, вошедшими в первый фактор, и аспектами личностной тревожности.

Компонент восприятия болезни «воспринимаемые последствия болезни» статистически достоверно положительно связан со следующими компонентами личностной тревожности: «эмоциональным дискомфортом» ($R = 0,523, p = 0,001$), «астеническим компонентом» ($R = 0,356, p = 0,001$), «фобическим компонентом» ($R = 0,421, p = 0,001$), «тревожной оценкой перспективы» ($R = 0,626, p = 0,001$). Компонент восприятия болезни «воспринимаемое течение болезни» статистически достоверно положительно связан с «эмоциональным дискомфортом» ($R = 0,331, p = 0,001$), «тревожной оценкой перспективы» ($R = 0,320, p = 0,01$). Компонент восприятия болезни «идентификация болезни» статистически достоверно положительно связан с «астеническим компонентом» ($R = 0,346, p = 0,001$), «тревожной оценкой перспективы» ($R = 0,354, p = 0,03$). Компонент восприятия болезни «обеспокоенность болезнью» статистически достоверно положительно связан с «астеническим компонентом» ($R = 0,652, p = 0,001$), «фобическим компонентом» ($R = 0,615, p = 0,001$) «тревожной оценкой перспективы». ($R = 0,712, p = 0,001$). Компонент восприятия болезни «эмоциональное реагирование на болезнь» статистически достоверно положительно связан с «эмоциональным дискомфортом» ($R = 0,556, p = 0,001$), «астеническим компонентом» ($R = 0,373, p = 0,001$), «фобическим компонентом» ($R = 0,568, p = 0,001$), «тревожной оценкой перспективы» ($R = 0,554, p = 0,001$).

Таким образом, компоненты, включенные в первый фактор, тесно связаны с проявлениями личностной тревожности у всех обследованных пациентов. Представления больного о тяжести последствий заболевания, субъективная оценка заболевания как хронического, сосредоточенность на проявлениях болезни, выраженность специфического, связанного с болезнью беспокойства связаны с проявлениями тревожности как индивидуально-типологической чертой личности.

Напротив, компоненты восприятия болезни, которые отнесены к фактору 2, статистически достоверно отрицательно связаны с проявлениями личностной тревожности. Параметр представлений о болезни «воспринимаемый личный контроль болезни» статистически достоверно отрицательно связан со следующими компонентами личностной тревожности: с «фобическим компонентом» ($R = -0,381, p = 0,04$), а параметр «воспринимаемый контроль лечения» статистически достоверно отрицательно связан с «астеническим компонентом» ($R = -0,420, p = 0,02$), «тревожной оценкой перспективы» ($R = -0,377, p = 0,05$).

Таким образом, компоненты, относимые ко второму фактору, могут проявляться у лиц с более низким уровнем тревожности как индивидуально-типологической черты.

Наряду с личностной тревожностью компоненты восприятия болезни связаны с уровнем депрессии. Депрессия связана с компонентом представлений о болезни «воспринимаемые последствия болезни» ($R = 0,549, p = 0,001$), «воспринимаемое течение болезни» ($R = 0,417, p = 0,001$), «воспринимаемый личный контроль» ($R = -0,313, p = 0,001$), «идентификация симптомов болезни» ($R = 0,447$), «обеспокоенность болезнью» ($R = 0,494, p = 0,001$), «эмоциональное реагирование на болезнь» ($R = 0,481, p = 0,001$).

Конструктивная валидность методики

Как правило, если речь идет о когнитивных механизмах совладания с болезнью, то выделяется позитивно-негативная валентность, определяющая исход психосоциальной адаптации больных [Smith et al., 1997].

Концептуализация положительных и отрицательных стратегий регуляции в болезни позволяет оценить мышление и, косвенно, поведение больного при длительном стрессе [Kendall, 1992]. В соответствии с предположением о влияющей роли компонентов восприятия болезни на формирование когнитивных стратегий регуляции в ситуации болезни нами была использована множественная линейная регрессия (метод пошагового включения переменных в регрессионную модель).

Первая серия регрессионного анализа была направлена на выявление ведущих компонентов восприятия болезни, участвующих в формировании когнитивной стратегии «Принятие болезни».

Полученные результаты представлены в таблице 4.

Таблица 4

Влияние компонентов восприятия болезни на развитие когнитивной стратегии «Принятие болезни»

Зависимая переменная: стратегия «Принятие болезни»	$R^2 = 0,623$	β	t	p
Эмоциональное реагирование на болезнь		-0,48	-5,68	0,001
Понятность болезни		0,35	4,66	0,001
Воспринимаемые последствия болезни		-0,20	-2,20	0,03

Множественный регрессионный анализ показал, что на формирование стратегии «Принятие болезни» оказывают влияние компонент восприятия болезни «понятность болезни» и совместное снижение компонентов восприятия болезни «эмоциональное реагирование на болезнь» и «воспринимаемые последствия болезни» ($F = 6,91$, $p = 0,001$). Данная модель позволяет объяснить 62% дисперсии зависимой переменной ($R^2 = 0,623$).

Таким образом, на формирование признания пациентом хронической болезни и одновременное осознание способности преодолевать ее последствия оказывает влияние более высокий уровень понимания собственного заболевания и снижение субъективной оценки последствий болезни и эмоционального реагирования на нее.

Вторая серия регрессионного анализа была направлена на выявление ведущих компонентов восприятия болезни, участвующих в формировании когнитивной стратегии «Восприятие преимуществ в болезни».

Полученные результаты представлены в таблице 5.

Таблица 5

Влияние компонентов восприятия болезни на развитие когнитивной стратегии «Восприятие преимуществ в болезни»

Зависимая переменная: стратегия «Восприятие преимуществ в болезни»	$R^2 = 0,356$	β	t	p
Эмоциональное реагирование на болезнь		-0,36	-4,11	0,001
Идентификация болезни		-0,30	-3,37	0,001
Понятность болезни		0,223	2,72	0,001

Множественный регрессионный анализ показал, что на формирование стратегии «Восприятие преимуществ в болезни» оказывают влияние компонент восприятия болезни «понимание» и совместное снижение компонентов восприятия болезни «эмоциональное реагирование на болезнь» и «идентификация» ($F = 3,94$, $p = 0,001$). Данная модель позволяет объяснить 35% дисперсии зависимой переменной ($R^2 = 0,356$).

Таким образом, на формирование положительной переоценки стрессовой ситуации болезни, ее переосмысление с точки зрения изменением жизненных приоритетов, позитивных изменений в собственной личности и межличностных отношениях оказывают влияние понимание болезни и совокупное снижение эмоционального реагирования на болезни и субъективной идентификации симптомам болезни.

Третья серия регрессионного анализа была направлена на выявление ведущих компонентов восприятия болезни, участвующих в формировании когнитивной стратегии «Беспомощность в

болезни».

Полученные результаты представлены в таблице 6.

Таблица 6

Влияние компонентов восприятия болезни на развитие когнитивной стратегии «Беспомощность в болезни»

Зависимая переменная: стратегия «Беспомощность в болезни»	$R^2 = 0,509$	β	t	p
Воспринимаемые последствия болезни		0,41	3,92	0,001
Эмоциональное реагирование на болезнь		0,43	3,65	0,001
Воспринимаемое течение болезни		0,19	2,19	0,03

Множественный регрессионный анализ показал, что на формирование стратегии «Беспомощность в болезни» оказывают совокупное влияние «воспринимаемые последствия заболевания», «эмоциональное реагирование на болезнь», «воспринимаемое течение болезни» ($F = 4,93$, $p = 0,001$). Данная модель позволяет объяснить 50% дисперсии зависимой переменной ($R^2 = 0,509$).

Таким образом, на формирование негативной оценки совладания с болезнью оказывает влияние высокий уровень субъективной оценки последствий болезни, оценка заболевания как хронического, длительного состояния, а также интенсивное эмоциональное реагирование на болезнь.

Полученные результаты показывают, что компоненты восприятия болезни играют существенную роль при активизации процессов оценки эффективности совладания с ситуацией болезни. Для трех базисных стратегий были построены модели, которые отражают индивидуальную наполненность каждой стратегии конкретными доменами восприятия болезни у женщин, страдающих раком молочной железы.

Кроме того, мы предположили, что восприятие болезни играет определенную роль в формировании ситуативной тревоги.

Четвертая серия регрессионного анализа была направлена на выявление компонентов восприятия болезни, оказывающих влияние на рост ситуативной тревоги.

Полученные результаты представлены в таблице 7.

Таблица 7

Влияние компонентов восприятия болезни на общий уровень ситуативной тревоги

Зависимая переменная: Общий уровень ситуативной тревоги	$R^2 = 0,372$	β	t	p
Обеспокоенность болезнью		0,40	3,70	0,001
Воспринимаемые последствия болезни		0,34	3,04	0,001

Множественный регрессионный анализ показал, что на формирование ситуативной тревоги оказывают совокупное влияние «обеспокоенность болезнью», «воспринимаемые последствия болезни» ($F = 5,92$, $p = 0,001$). Данная модель позволяет объяснить 37% дисперсии зависимой переменной ($R^2 = 0,372$).

Таким образом, на формирование общего уровня ситуативной тревоги оказывают совокупное влияние чрезмерная обеспокоенность болезнью и катастрофическая оценка ее последствий.

Выводы

Таким образом, русскоязычная версия краткого опросника по восприятию болезни (КОВБ, VIPQ) Е.Бродбент является надежным психодиагностическим инструментом, позволяющим оценивать структуру представлений о болезни. Стоит отметить, что факторная структура опросника совпадает с теоретической моделью Г.Левенталя и подтверждается результатами конфирматорного факторного анализа. Однако внутренняя согласованность методики варьирует в зависимости от выборки обследованных больных. Напротив, фактор «Восприятие угрозы» показал высокий уровень надежности во всех обследованных группах.

В целом методика может применяться для диагностики восприятия хронических болезней, однако при интерпретации результатов стоит учитывать направленность методики на выявление феномена угрозы, который отражает степень переживаемого психологического дистресса.

Приложение

Бланк русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни (КОВБ) (Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В.)

Инструкция: Пожалуйста, обведите кружком цифру, наиболее точно отражающую Ваш ответ на каждый из нижеприведенных вопросов:

До какой степени Ваше заболевание влияет на Вашу жизнь?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
не влияет вообще							влияет в наивысшей степени			

По Вашему мнению, как долго продлится Ваше заболевание?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
очень короткое время							навсегда			

По Вашему мнению, в какой степени Вы контролируете Ваше заболевание?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
абсолютно не контролирую							полностью контролирую			

По Вашему мнению, до какой степени проводимое Вам лечение помогает бороться с заболеванием?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
не помогает совсем							чрезвычайно помогает			

До какой степени Вы ощущаете симптомы Вашего заболевания?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
не ощущаю никаких симптомов							ощущаю много выраженных симптомов			

До какой степени Вы обеспокоены Вашим заболеванием?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

не обеспокоен совсем		чрезвычайно обеспокоен
----------------------	--	------------------------

По Вашему мнению, как хорошо Вы понимаете свое заболевание?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
не понимаю совсем							полностью понимаю			

До какой степени Ваше заболевание влияет на Ваши эмоции? (например, до какой степени оно Вас раздражает, пугает, расстраивает или вызывает депрессию?)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
не влияет на мое эмоциональное состояние							чрезвычайно влияет на мое эмоциональное состояние			

Пожалуйста, перечислите в порядке значимости 3 наиболее важных, по Вашему мнению, фактора, которые вызвали Ваше заболевание. Наиболее важными причинами моего заболевания были:

1. _____
2. _____
3. _____

Литература

Абросимов И.Н. Угроза жизни как предиктор выбора копинг-стратегий, уровня приверженности лечению и качества жизни у взрослых пациентов с муковисцидозом. Российский психологический журнал, 2015, 1(12), 60–69.

Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности. СПб.: НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 1997.

Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. СПб.: НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2009.

Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977.

Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. М.: Моск. гос. унив., 1987.

Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психодиагностика базисных убеждений о болезни. (Результаты апробации русскоязычной версии опросника когнитивных представлений о болезни.) Национальный психологический журнал, 2014, 2(14), 72–81.

Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.

Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002.

Ялтонская А.В. Предикторы эффективности групповой когнитивно-поведенческой психотерапии в комплексном лечении депрессивных расстройств непсихотического уровня: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, Москва, 2013.

Ялтонский В.М., Дияжева Л.В., Абросимов И.Н. Совладающее поведение подростков, больных муковисцидозом. Медицинская психология в России, 2011, 6(13). <http://mprj.ru>

Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Кошелева Е.А., Ялтонская А.В. Восприятие употребления синтетических каннабиноидов подростками и их родителями (сходство и расхождение в субъективных представлениях о болезни). В кн.: Материалы XVI Съезда психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», Казань, 23–26 сентября 2015 года. СПб.: Альта Астра, 2015. С. 448.

Broadbent E., Petrie K.J., Main J., Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 2006, 60(6), 631–637. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020

Broadbent E., Wilkes C., Koschwanez H., Weinman J., Norton S., Petrie K.J. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology and Health*, 2015, 30(11), 1361–1385. doi:10.1080/08870446.2015.1070851

Kaptein A.A., Broadbent E. Illness cognition assessment. In: S. Ayers, A. Baum, C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2007. pp. 268–273.

Kendall P.C. Healthy thinking. *Behavior Therapy*, 1992, No. 23, 1–11.

Leventhal H., Nerenz D.R., Steele D.J. Illness representations and coping with health threats. In: A. Baum, J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1984. pp. 219–252.

Leventhal H., Bodnar-Deren H.S., Breland J.Y., Hash-Converse J., Phillips L.A., Leventhal E.A., Cameron L.D. Modeling Health and Illness Behavior: The Approach of the Commonsense Model. In: A. Baum, T. Revenson, J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health*. 2nd ed. London: Psychology Press, 2012. pp. 3–36.

Smith C.A., Wallston K.A., Dwyer K.A., Dowdy S.W. Beyond good and bad coping: A multidimensional examination of coping with pain in persons with rheumatoid arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 1997, 19(1), 11–21.

Поступила в редакцию 27 сентября 2016 г. Дата публикации: 14 февраля 2017 г.

[Сведения об авторах](#)

Ялтонский Владимир Михайлович. Доктор медицинских наук, профессор, кафедра клинической психологии, факультет клинической психологии, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1, 127473 Москва, Россия.

E-mail: yaltonsky@mail.ru

Ялтонская Александра Владимировна. Кандидат медицинских наук, врач- психиатр, психотерапевт, старший научный сотрудник, отделение профилактической наркологии, Научно-исследовательский институт наркологии, филиал ФГБУ «ФМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России, Малый Могильцевский пер., д. 3, 119002 Москва, Россия.

E-mail: yaltonskayaa@gmail.com

Сирота Наталья Александровна. Доктор медицинских наук, профессор, декан факультета клинической психологии, заведующая кафедрой клинической психологии, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1, 127473 Москва, Россия.

E-mail: sirotan@mail.ru

Московченко Денис Владимирович. Старший преподаватель, кафедра клинической психологии, факультет клинической психологии, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1, 127473 Москва, Россия.

E-mail: xedin-90@mail.ru

[Ссылка для цитирования](#)

Стиль psystudy.ru

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. <http://psystudy.ru>

Стиль ГОСТ

Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни // Психологические исследования. 2017. Т. 10, № 51. С. 1. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

[Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка". Дата обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

Адрес статьи: <http://psystudy.ru/index.php/num/2017v10n51/1376-yaltonskii51.html>

[К началу страницы >>](#)