

Психометрические характеристики модифицированного Опросника восприятия болезни: апробация на больных раком молочной железы и ишемической болезнью сердца

Ялтонский В.М.,

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры клинической психологии, факультет клинической психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», Москва, Россия, yaltonsky@mail.ru

Московченко Д.В.,

кандидат психологических наук, старший преподаватель, кафедра клинической психологии, факультет клинической психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», Москва, Россия, xedin-90@mail.ru

Сирота Н.А.,

доктор медицинских наук, профессор, декан, факультет клинической психологии, заведующий кафедрой клинической психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», Москва, Россия, sirotan@mail.ru

Ялтонская А.В.,

кандидат медицинских наук, врач-психиатр, психотерапевт, старший научный сотрудник, отделение профилактической наркологии НИИ наркологии, филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава РФ, Москва, Россия, yaltonskayaa@gmail.com

В статье приводятся результаты апробации модифицированного Опросника восприятия болезни (The Revised Illness Perception Questionnaire). Опросник разработан на основе модели саморегуляции здоровья и болезни Г. Левенталя. Было обследовано 140 больных: больные раком молочной железы и больные с ишемической болезнью сердца. Показано, что русскоязычная версия модифицированного Опросника восприятия болезни является надежным инструментом для количественной оценки компонентов восприятия болезни. Опросник обладает достаточными показателями надежности и согласованности, а

внутренняя структура соответствует англоязычной версии. Внешняя валидность подтверждается значимыми связями компонентов восприятия болезни с личностной тревожностью. По результатам кластерного анализа шкал опросника был выделен полярный континуум возможных вариантов реагирования на болезнь, выражающийся в конкретных типах отношения к болезни.

Ключевые слова: восприятие болезни, модифицированный Опросник восприятия болезни, психометрика, отношение к болезни, внутренняя картина болезни.

Для цитаты:

Ялтонский В.М., Московченко Д.В., Сирота Н.А., Ялтонская А.В. Психометрические характеристики модифицированного Опросника восприятия болезни: апробация на больных раком молочной железы и ишемической болезнью сердца [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 158–174. doi: 10.17759/psyclin.2017060212

For citation:

Yaltonsky V.M., Moskovchenko D.V., Sirota N.A., Yaltonskaya A.V. Psychometric Properties of Revised Illness Perception Questionnaire: Testing on Patients with Breast Cancer and Ischemic Heart Disease [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naia psikhologija], 2017, vol. 6, no. 2, pp. 158–174. doi: 10.17759/psycljn.2017060212 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Опросник восприятия болезни (The Revised Illness Perception Questionnaire) был разработан для количественной оценки представлений о болезни: последствий, продолжительности, причин, персонального контроля болезни и контроля лечения [14]. При разработке данной методики исследователи основывались на модели саморегуляции здоровья и болезни Г. Левенталя [8]. Согласно модели саморегуляции в отношении здоровья и болезни Г. Левенталя, пациент выступает в роли «наивного исследователя», который активно ищет информацию, чтобы на ее основе понять и сделать выводы в отношении своего состояния. При этом пациент опирается на принятые в его культуре представления о болезни, на предшествующий опыт социальной коммуникации в отношении заболевания и социальное окружение (медицинский персонал, близкие) и на личностный опыт, который, по мнению Левенталя, является наиболее мощным фактором формирующейся модели болезни [10].

С момента создания опросника он был использован в исследованиях адаптации к болезни на широких группах больных, в том числе при сердечно-сосудистых

заболеваниях [13], ревматоидном артрите [12], онкологических заболеваниях [3], псориазе [5] и диабете [6].

Применение данной методики в исследованиях позволило описать структурные отношения между пятью компонентами восприятия болезни, описанных Г. Левенталем, и их связь с различными аспектами психологической адаптации, в частности, с копинг-поведением [7], эмоциональным состоянием [11]. На основе результатов исследований разработаны и внедрены рекомендации по психологическому сопровождению больных с угрожающими жизни соматическими заболеваниями [4].

В 2002 году Р. Мосс-Моррис и соавторы модифицировали оригинальный Опросник восприятия болезни. Были пересмотрены включенные в оригинальный опросник шкалы, а также добавлена шкала «Эмоциональное реагирование на болезнь» [9].

Для отечественной клинической психологии представляется важным расширение репертуара русскоязычных психодиагностических методик, позволяющих исследовать различные аспекты внутренней картины болезни. Внедрение модифицированного Опросника восприятия болезни в России позволит расширить диагностические возможности исследования внутренней картины болезни.

Целью работы является апробация русскоязычной версии модифицированного Опросника восприятия болезни при тяжелых соматических заболеваниях.

Материалы и методы

Обследовано две группы больных (N=140): больные раком молочной железы (n=100) и больные с ишемической болезнью сердца (n=40). Выбор данных нозологических групп обусловлен высокой социальной значимостью и тяжестью последствий данных заболеваний, а также интенсивным повреждающим действием болезни на структуру личности больных.

В исследовании приняли участие 100 женщин, больных раком молочной железы (n=140). Средний возраст обследованных – 51,93±6,86. Все обследованные пациентки проходили стационарное лечение в Центральной клинической больнице № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» в г. Москва. Обследовано 49 больных с начальными стадиями заболевания (I-II стадии) и 51 пациентка с поздними стадиями заболевания (III-IV стадии). Женщины, больные раком молочной железы, обследованные в послеоперационный период, составили 52% (n=52) выборки; на этапе химиотерапии было обследовано 48% (n=48) больных.

Обследовано 40 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), находящихся на реабилитации в ФГБУ «Объединенный санаторий “Подмосковье”».

Средний возраст пациентов – $58,39 \pm 5,25$ лет. Перенесли инфаркт миокарда 55% пациентов ($n=22$), из них 45% ($n=18$) перенесли его непосредственно перед оперативным вмешательством, что послужило причиной для экстренной госпитализации и проведения операции. Тип получаемого лечения: 35% ($n=14$) пациентов перенесли операцию аортокоронарного шунтирования, 65% ($n=26$) – баллонную ангиопластику и стентирование коронарных артерий.

Все испытуемые отвечали на вопросы модифицированного Опросника восприятия болезни.

Процедура апробации опросника и методики

Модифицированный Опросник восприятия болезни состоит из трех блоков: идентификация болезни, представления о болезни и причины болезни. Отождествление болезни пациентом, ее идентификация проводится пациентом на основе его выбора из 14 общесоматических симптомов (тошнота, воспаленное горло, головокружение и т.д.). В формате «да/нет» анализируются ответы пациента на два вопроса: «Я отмечал этот симптом у себя с тех пор, как началась моя болезнь» и «Этот симптом связан с моей болезнью». В связи с тем, что 14 общесоматических симптомов были мало характерны для больных с ИБС и раком молочной железы, а типичные для них симптомы были нозоспецифичны и трудно сопоставимы (уплотнение, узел в груди, выделение жидкости из соска, боль в костях и онемение в левой руке, нерегулярное сердцебиение и т.д.), адаптация первого блока данного опросника не проводилась.

Процедура апробации второго и третьего блоков включала в себя следующие **этапы**.

1. Перевод в соответствии с протоколом ВОЗ и подготовка текста методики на русском языке. Второй блок состоит из 38 пунктов, объединенных в 8 шкал, оцениваемых по шкале Лайкерта, и включает вопросы, направленные на исследование представлений о болезни: воспринимаемое течение болезни – хроническое; воспринимаемое течение болезни – циклическое; воспринимаемые последствия болезни; воспринимаемый контроль болезни; воспринимаемый контроль лечения; обеспокоенность болезнью; понимание болезни; эмоциональное реагирование на болезнь. Третий блок опросника включает 18 утверждений, оцениваемых по шкале Лайкерта и направленных на исследование субъективных причин болезни.

2. Сбор данных для оценки психометрических показателей опросника.

3. Оценка распределения пунктов, надежности и внутренней валидности методики. На данном этапе выявлялись внутренняя согласованность и структурная валидность опросника.

5. Оценка внешней валидности. На данном этапе анализировались корреляционные связи с тревогой и типами отношения к болезни.

6. Оценка конструктивной валидности методики.

С целью установления внешней валидности опросника использовались следующие **методики**:

1. Шкала личностной тревожности из методики «Интегративный тест тревожности» (Л.И. Вассерман, А.П. Бизюк, Б.В. Иовлев). Методика направлена на определение уровней личностной тревожности и ситуативной тревоги. Методика разработана в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева [1].

2. Опросник для исследования типов отношения к болезни (Л.И. Вассерман, Э.Б. Карпова, Б.В. Иовлев, А.Я. Вукс). Опросник был разработан в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева и предназначен для психологической диагностики типов отношения к болезни. Методика позволяет диагностировать 12 типов отношения, которые объединены в три блока, отражающие возможные варианты адаптивного или дезадаптивного отношения к болезни [2]. Первый блок включает эргопатический, анозогнозический и гармоничный типы, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. Второй блок включает меланхолический, апатический, дисфорический, ипохондрический, неврастенический, тревожный типы отношения к болезни, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных. Третий блок включает сенситивный, эгоцентрический и паранояльный типы отношения к болезни, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации больных [2].

Обработка данных проводилась в программе Statistica Enterprise, V 10.0.

Результаты

1. Исследование представлений о болезни

Вычисление матрицы факторных нагрузок осуществлялось с помощью метода главных компонент (эксплораторный факторный анализ). Проведенный эксплораторный факторный анализ позволил выделить семифакторную структуру опросника, соответствующую англоязычной версии методики. Анализ коэффициента альфа Кронбаха показал, что все выделенные шкалы достигают достаточного уровня согласованности. Низкий показатель внутренней согласованности был выявлен у шкал «Понимание болезни» и «Воспринимаемое течение болезни – циклическое». Полученные результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1

Факторные нагрузки на пункты опросника

Пункты опросника \ Факторы	1	2	3	4	5	6	7
альфа Кронбаха	0,88	0,81	0,75	0,79	0,85	0,71	0,84
Моя болезнь будет продолжаться недолго*	0,83	0,12	-0,11	-0,01	-0,14	0,09	-0,05
Моя болезнь скорее постоянная, чем временная	0,73	0,18	-0,01	0,26	-0,27	0,01	-0,10
Моя болезнь будет продолжаться долго	0,81	0,24	-0,09	0,00	-0,29	0,07	0,03
Эта болезнь пройдет быстро*	0,80	0,13	-0,23	0,10	-0,00	0,19	0,04
Я ожидаю, что эта болезнь у меня на всю оставшуюся жизнь	0,71	0,10	0,02	0,08	-0,14	-0,05	-0,05
Со временем я пойду на поправку*	0,73	-0,03	0,25	-0,02	-0,34	0,06	-0,04
Моя болезнь – заболевание серьезное	0,14	0,54	0,25	0,07	0,02	0,28	-0,20
Моя болезнь ведет к большим последствиям для моей жизни	0,39	0,56	-0,14	-0,01	-0,27	0,22	-0,01
Моя болезнь мало влияет на мою жизнь*	0,30	0,65	0,05	0,11	-0,33	0,27	0,38
Моя болезнь сильно влияет на отношение других людей ко мне	0,11	0,54	-0,10	0,34	-0,22	0,06	0,07
Моя болезнь имеет серьезные финансовые последствия	0,10	0,71	-0,14	0,16	0,11	0,30	0,10
Моя болезнь – причина проблем для моих близких	0,15	0,59	-0,24	0,26	-0,29	0,18	0,14
Симптомы моей болезни сильно меняются со дня на день	0,05	0,08	0,76	0,05	-0,01	-0,06	-0,13
Симптомы моей болезни приходят и уходят, двигаясь по кругу	0,07	0,12	0,78	0,03	-0,04	0,04	-0,04
Моя болезнь довольно непредсказуема	0,30	0,27	0,70	0,07	-0,01	0,33	-0,34
Моя болезнь развивается циклами, двигаясь по кругу (обострения чередуются с улучшениями)	0,08	0,14	0,67	-0,16	0,11	0,21	-0,02
У меня есть много способов контроля симптомов моей болезни	-0,21	-0,18	0,11	0,72	-0,24	-0,18	0,08
Утяжеление болезни, либо улучшение моего состояния – зависит от моих действий	-0,14	-0,06	0,12	0,83	-0,07	-0,14	0,05

Факторы	1	2	3	4	5	6	7
Пункты опросника							
Течение моей болезни зависит от меня	-0,33	-0,02	0,26	0,69	0,17	-0,14	0,16
Что бы я ни делал, это не повлияет на мою болезнь*	-0,04	-0,42	0,22	0,53	0,15	0,12	0,14
Я способен влиять на мою болезнь	-0,07	-0,23	0,12	0,72	0,20	-0,03	0,02
Мои действия не влияют на итог моей болезни*	0,02	-0,18	0,03	0,65	0,16	-0,06	0,06
Мало что можно сделать для нормализации течения моей болезни*	-0,16	-0,22	0,15	-0,35	0,57	0,03	0,16
Мое лечение будет эффективным и приведет к исцелению	-0,26	-0,02	0,39	-0,12	0,79	-0,29	-0,27
Благодаря лечению можно предупредить негативные последствия моей болезни	-0,35	-0,06	0,27	-0,33	0,63	-0,26	-0,29
Мое лечение позволяет контролировать течение моей болезни	-0,40	0,02	0,38	-0,25	0,59	-0,33	-0,24
В моем состоянии мне ничего не может помочь*	-0,20	-0,05	0,11	-0,08	0,77	-0,17	0,14
Симптомы моей болезни приводят меня в замешательство*	-0,28	0,09	0,55	-0,09	0,10	0,42	0,18
Моя болезнь – загадка, тайна для меня*	0,02	-0,01	0,25	-0,21	0,09	0,48	0,07
Я не понимаю мою болезнь*	-0,03	0,07	0,37	-0,09	0,24	0,51	0,10
Моя болезнь не вызывает у меня никаких ощущений*	0,46	0,04	-0,07	-0,03	-0,08	0,49	0,15
У меня есть ясная картина или понимание своего состояния	-0,11	0,11	0,12	-0,16	0,31	0,53	0,07
Я становлюсь подавленным и грущу, когда я думаю о моей болезни	0,14	0,28	-0,17	0,09	-0,36	-0,09	0,68
Я расстраиваюсь, когда я думаю о моей болезни	0,17	0,30	-0,02	0,02	-0,09	-0,22	0,81
Моя болезнь вызывает у меня раздражение, гнев	-0,06	0,04	-0,13	0,02	-0,21	0,03	0,70
Моя болезнь не беспокоит меня*	0,26	0,14	-0,09	-0,01	0,09	0,11	0,42
Наличие у меня болезни тревожит меня	0,18	0,31	0,08	0,04	0,01	-0,18	0,64
Моя болезнь вызывает у меня страх	0,22	0,24	-0,13	0,06	-0,28	0,02	0,64

Примечание: * – пункты опросника с обратным подсчетом баллов. Жирным шрифтом выделены факторные нагрузки пунктов на «свои» факторы согласно теоретической модели. Факторы: 1 – Воспринимаемое течение болезни – хроническое; 2 – Воспринимаемые последствия болезни; 3 – Воспринимаемое течение болезни – циклическое; 4 – Воспринимаемый контроль болезни; 5 – Воспринимаемый контроль лечения; 6 – Понимание болезни; 7 – Эмоциональное реагирование на болезнь.

II. Исследование субъективных представлений о причинах болезни

В третьем блоке опросника пациенту предлагается ответить на утверждения, связанные с исследованием субъективных представлений о болезни. По результатам проведенного эксплораторного факторного анализа (метод анализа общих факторов) были получены три субшкалы субъективной оценки причин болезни. В первый фактор вошли «психологические причины» болезни, во второй фактор вошли «факторы риска», третий фактор включал в себя два пункта: случайность, судьба, неудача и несчастный случай или травма. Внутренняя согласованность шкалы «Психологические причины» составила $\alpha=0,71$; показатель альфа Кронбаха для шкалы «Факторы риска» составил $\alpha=0,55$; показатель альфа Кронбаха для шкалы «Случайность» – $\alpha=0,58$. Общий показатель альфа Кронбаха для всех пунктов составил $\alpha=0,78$. Иными словами, низкий уровень внутренней согласованности может указывать на необходимость анализа отдельных причин в каждой исследуемой группе без выделения субшкал. Полученные результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2

Факторные нагрузки на пункты опросника

Пункты опросника	Психологические причины	Факторы риска	Случайность
Напряжение (стресс) или тревога	0,67	0,12	0,08
Наследственность (эта болезнь традиционна для нашей семьи)	-0,03	0,61	0,07
Инфекция (микробы, вирусы)	-0,00	0,43	0,04
Диета или привычки питания	0,07	0,53	-0,09
Случайность, судьба, неудача	-0,05	-0,19	0,67
Низкое качество медицинской помощи в моем прошлом	0,02	0,56	0,11
Загрязнение окружающей среды	-0,03	0,53	0,25
Мое собственное поведение	0,15	0,52	-0,16
Мои взгляды, установки (негативный взгляд на жизнь)	0,65	0,17	0,05
Семейные проблемы или заботы были причиной моей болезни	0,47	0,35	-0,03
Перегрузки, сверхурочная работа	0,73	0,11	-0,14
Мое эмоциональное состояние (ослабление чувств, одиночество, тревога, опустошенность)	0,53	0,05	0,11
Старение, возраст	0,11	0,64	0,00

Пункты опросника	Факторы	Психологические причины	Факторы риска	Случайность
Алкоголь, наркотики		0,02	0,51	0,00
Курение		0,02	0,45	0,08
Несчастный случай или травма		0,01		0,57
Особенности моей личности		0,67	0,39	0,15
Изменение невосприимчивости к болезни, потеря иммунитета		0,00	0,54	0,17

Примечание: жирным шрифтом выделены факторные нагрузки пунктов на «свои» факторы.

III. Оценка внешней валидности: восприятие болезни и личностная тревожность

Результаты анализа корреляций (коэффициент корреляций Спирмена) показали, что структурно-содержательные компоненты личностной тревожности связаны с отдельными аспектами восприятия болезни.

Было выявлено, что рост личностной тревожности сопровождается субъективным восприятием болезни как хронической, связанной с выраженными последствиями. Кроме того, показано, что выраженность осознаваемых, связанных с заболеванием негативных переживаний, соотносится с ростом всех структурно-содержательных компонентов личностной тревожности. Напротив, восприятие течения болезни как циклической коррелирует с низким уровнем фобической тревожности, а также с астеническим компонентом.

Субъективное понимание болезни коррелирует с низким уровнем личностной тревожности, со снижением эмоционального дискомфорта, а также с астеническим компонентом.

Компонент восприятия болезни «Воспринимаемый контроль болезни» способствует снижению тревожной оценки перспектив. Иными словами, представления больного о том, насколько он контролирует проявления своего заболевания, соотносятся с более благоприятной оценкой перспектив, меньшей озабоченностью будущим.

Структурно-содержательные компоненты личностной тревожности, такие как эмоциональный дискомфорт, астенический компонент тревожности, фобический компонент, а также оценка перспективы статистически достоверно отрицательно коррелируют с воспринимаемым контролем лечения. Таким образом, представления больного о том, насколько проводимое лечение помогает бороться с заболеванием, соотносятся с меньшей неудовлетворенностью жизненной ситуацией и со снижением общей эмоциональной напряженности.

Компонент восприятия болезни «Эмоциональное реагирование на болезнь» статистически достоверно положительно связан со всеми структурно-содержательными аспектами личностной тревожности, кроме социальной реакции защиты. Полученные результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3

Корреляции между восприятием болезни и личностной тревожностью

Параметры оценки	ЛТ	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
Течение болезни – хроническое	r=0,381 p=0,010	r=0,414 p=0,001	-	r=0,346 p=0,030	r=0,383 p=0,030	-
Последствия болезни	r=0,666 p=0,001	r=0,465 p=0,001	r=0,532 p=0,001	r=0,610 p=0,001	r=0,664 p=0,001	r=0,471 p=0,001
Течение болезни – циклическое	-	-	r=-0,381 p=0,010	r=-0,346 p=0,030	-	-
Контроль болезни	-	-	-	-	r=-0,314 p=0,020	-
Контроль лечения	-	r=-0,352 p=0,020	r=-0,217 p=0,030	r=-0,313 p=0,010	r=-0,314 p=0,020	-
Понимание болезни	r=-0,342 p=0,020	r=-0,302 p=0,020	r=-0,290 p=0,030	-	-	-
Эмоциональное реагирование на болезнь	r=0,587 p=0,050	r=0,673 p=0,001	r=0,391 p=0,040	r=0,505 p=0,001	r=0,601 p=0,001	-

Примечание: ЛТ – Личностная тревожность; ЭД – Эмоциональный дискомфорт; АСТ – Астенический компонент тревожности; ФОБ – Фобический компонент тревожности; ОП – тревожная оценка перспективы; СЗ – Социальные реакции защиты.

IV. Оценка конструктивной валидности методики

В соответствии с моделью Г. Левенталя было выдвинуто предположение, что специфические профили восприятия болезни вносят вклад в формирование устойчивых типов отношения к болезни, тем самым определяя возможные варианты психологической адаптации (дезадаптации) к ситуации болезни.

С целью определения профилей восприятия болезни нами использовался эксплораторный кластерный анализ (двухэтапный кластерный анализ с использованием информационного критерия Акаикэ). Результаты анализа показали, что на выборках больных, страдающих раком молочной железы, а также

больных ишемической болезнью сердца возможным является выделение двух профилей восприятия болезни (силуэтная мера связности и разделения кластеров – 0,40; отношение размеров – 1,13).

Второй этап анализа данных проводился с помощью кластерного анализа с использованием метода k-средних. Первый выделенный профиль восприятия болезни, обозначенный как «Восприятие контролируемости болезни», характеризовался наличием у пациентов убеждений о контролируемости ими болезни и лечения, более высоким субъективным пониманием болезни, восприятием течения болезни как циклического.

Второй профиль – «Восприятие болезни как выраженной угрозы» – характеризовался наличием восприятия последствий как тяжелых, течения болезни как хронического, а также выраженным эмоциональным реагированием на болезнь. Выделенные варианты восприятия болезни, по нашему мнению, отражают континуум возможных вариантов реагирования на болезнь. Полученные результаты представлены в табл. 4.

Таблица 4

Профили восприятия болезни в группе женщин, страдающих раком молочной железы, и у пациентов, больных ишемической болезнью сердца

Параметры оценки	Пациенты с восприятием контролируемости болезни (n=73)	Пациенты с восприятием болезни как выраженной угрозы (n=67)	U-критерий Манна-Уитни
Течение болезни – хроническое	11,50 (5,24)	21,10 (4,26)	p=0,001
Последствия болезни	14,75 (4,38)	21,23 (4,70)	p=0,001
Течение болезни – циклическое	10,15 (3,65)	8,65 (3,60)	p=0,001
Контроль болезни	23,28 (4,65)	18,13 (5,26)	p=0,001
Контроль лечения	23,53 (1,88)	17,82 (4,55)	p=0,001
Понимание болезни	20,05 (4,36)	15,39 (4,28)	p=0,020
Эмоциональное реагирование на болезнь	12,15 (5,61)	20,93 (5,30)	p=0,001

Третий этап анализа заключался в выявлении преобладающих типов отношения к болезни в выделенных кластерах. Впервые было проведено соотнесение типов отношения к болезни (теория отношений В.Н. Мясищева) в выделенных профилях восприятия болезни (теория саморегуляции здоровья и болезни Г. Левенталя).

Результаты анализа случаев, включенных в выделенные кластеры, показали, что пациенты, воспринимающие ситуацию болезни как контролируемую, характеризуются преобладанием типов отношения к болезни, при которых психосоциальная адаптация существенно не нарушается. Континуум контролируемости болезни включает в себя гармоничный, эргопатический, а также анозогнозический типы отношения к болезни, при которых выраженные явления психической дезадаптации слабо проявляют себя. Напротив, континуум с восприятием болезни как выраженной угрозы включает в себя пациентов с интрапсихической и интерпсихической направленностью реагирования на болезнь. Пациенты этой группы, воспринимающие болезнь как выраженную угрозу, характеризуются наличием таких типов отношения к болезни, как тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, паранойяльный и дисфорический. Полученные результаты представлены в табл. 5.

Таблица 5

Типы отношения к болезни в выделенных профилях восприятия болезни

Типы отношения к болезни/профили восприятия болезни	Пациенты с восприятием контролируемости болезни (n=73)		Пациенты с восприятием болезни как выраженной угрозы (n=67)		U-критерий Манна-Уитни
	М	SD	М	SD	
Гармоничный	15,55	12,75	7,43	5,33	p=0,001
Эргопатический	19,59	13,54	13,76	11,78	p=0,770
Анозогнозический	14,69	14,07	6,82	13,89	p=0,030
Тревожный	3,00	3,63	11,60	11,72	p=0,030
Ипохондрический	5,82	4,35	9,32	7,84	p=0,670
Неврастенический	3,57	3,26	8,71	3,62	p=0,030
Меланхолический	5,72	2,44	7,82	6,02	p=0,010
Апатический	5,87	3,26	5,64	4,52	p=0,680
Сенситивный	12,38	9,30	13,67	12,68	p=0,800
Эгоцентрический	5,71	5,25	7,02	7,00	p=0,600
Паранойяльный	3,25	3,82	5,69	4,74	p=0,050
Дисфорический	1,90	0,92	5,74	3,93	p=0,020

Заключение

Данное исследование показало, что в целом модифицированная версия Опросника восприятия болезни имеет хорошую внутреннюю согласованность, является надежным и валидным инструментом для оценки компонентов восприятия болезни. Результаты исследования свидетельствуют, что компоненты восприятия болезни коррелируют со структурно-содержательными аспектами личностной тревожности. Кластерный анализ позволил выделить два варианта восприятия болезни, которые характеризуются собственным содержательным своеобразием и отражают полюсы континуума возможных вариантов реагирования на болезнь. Полярность возможных вариантов реагирования на болезнь проявляется в специфике восприятия болезни и находит конкретное выражение в формирующихся устойчивых типах отношения к болезни. Опросник может применяться для диагностики компонентов восприятия болезни при разных хронических соматических заболеваниях.

Литература

1. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности. СПб.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1997. 25 с.
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Щелкова, Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. СПб.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 33 с.
3. Buick D.L. Illness representations and breast cancer: coping with radiation and chemotherapy / K.J. Petrie, J. Weinman (Eds.) // Perceptions of health and illness: current research and applications. 1997. Pp. 379–409.
4. Cooper A., Lloyd G.S., Weinman J., Jackson G. Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs // Heart. 1999. Vol. 82. № 2. Pp. 234–236.
5. Fortune D.G., Richards H.L., Main C.J., Griffiths C.E. Pathological worrying, illness perceptions and disease severity in patients with psoriasis // British Journal of Health Psychology. 2000. Vol. 5. № 1. Pp. 71–82.
6. Griva K., Myers L.B., Newman S. Illness perceptions and self-efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus // Psychology and Health. 2000. Vol. 15. № 6. Pp. 733–750.
7. Heijmans M., de Ridder D. Bensing J. Dissimilarity in patients and spouses representations of chronic illness: exploration of relations to patient adaptation // Psychology and Health. 1999. Vol. 14. № 3. Pp. 451–466.

Ялтонский В.М., Московченко Д.В., Сирота Н.А., Ялтонская А.В. Психометрические характеристики модифицированного Опросника восприятия болезни: апробация на больных раком молочной железы и ишемической болезнью сердца
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 158–174.

Yaltonsky V.M., Moskovchenko D.V., Sirota N.A., Yaltonskaya A.V. Psychometric Properties of Revised Illness Perception Questionnaire: Testing on Patients with Breast Cancer and Ischemic Heart Disease
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 2, pp. 158–174.

8. *Leventhal H., Nerenz D.R., Steele D.S.* Illness representations and coping with health threats / A. Baum, S.E. Taylor, J.E. Singer (Eds.) // *Handbook of psychology and health.* 1984. Vol. 4. Pp. 219–252.

9. *Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K.J., Horne R., Cameron L.D., Buick D.* The revised illness perception questionnaire (IPQ-R) // *Psychology and Health.* 2002. Vol. 17. №1. Pp.1–16.

10. *Muraven M., Tice D.M., Baumeister R.F.* Self-control as limited resource: regulatory depletion patterns // *Journal of Personality and Social Psychology.* 1998. Vol. 74. № 4. Pp. 774–789.

11. *Murphy H., Dickens C., Creed F., Bernstein R.* Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis // *Journal of Psychosomatic Research.* 1999. Vol. 46. № 2. Pp. 155–164.

12. *Scharloo M., Kaptein A.A., Weinman J., Hazes J.M., Willems L.N., Bergman W., Rooijmans H.G.* Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis // *Journal of Psychosomatic Research.* 1999. Vol. 44. № 5. Pp. 573–585.

13. *Steed L., Newman S.P., Hardman S.M.* An examination of the self-regulation model in a trial fibrillation // *British Journal of Health Psychology.* 1999. Vol. 4. № 4. Pp. 337–347.

14. *Weinman J., Petrie K.J., Moss-Morris R., Horne R.* The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representations of illness // *Psychology and Health.* 1996. Vol. 11. № 3. Pp. 431–445.

Psychometric Properties of Revised Illness Perception Questionnaire: Testing on Patients with Breast Cancer and Ischemic Heart Disease

Yaltonsky V.M.,

MD, Professor, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russia, yaltonsky@mail.ru

Moskovchenko D.V.,

PhD (psychology), senior lecturer, Department of clinical psychology, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russia, xedin-90@mail.ru

Sirota N.A.,

MD, Professor, Dean, Department Clinical Psychology, Head of Chair Clinical Psychology, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russia, sirotan@mail.ru

Yaltonskaya A.V.,

PhD (Psychiatry), psychiatrist, psychotherapist, senior researcher, Department of preventive addiction, Research Institute on Addiction; senior researcher, Department of preventive narcology, Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia, yaltonskayaa@gmail.com

The article presents result of testing revised illness perception questionnaire. The questionnaire was developed based on the model of self-regulation G. Leventhal. The study involved 140 patients: patients with breast cancer and patients with ischemic heart disease. It is shown that the Russian version of revised illness perception questionnaire is a reliable tool for quantifying components of the perception of the disease. The technique has sufficient reliability, performance consistency and internal structure corresponds to the English version. External validity questionnaire confirmed significant association components of illness perception with personal anxiety. According to the results of cluster analysis questionnaire scales was isolated polar continuum of possible options for responding to the disease, manifested in specific types of attitude to the disease.

Keywords: illness perception, revised illness perception questionnaire, psychometrics, related to the disease, internal picture of the disease, breast cancer, ischemic heart disease.

References

1. Bizyuk A.P., Vasserman L.I., Iovlev B.V. Primeneniye integrativnogo testa trevozhnosti [Application of integrative anxiety test]. Saint-Petersburg: Publ. of NIPNI named after V.M. Bekhtereva, 1997, 33 p.
2. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuks A.Ya. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: Posobiye dlya vrachey [Psychological diagnostics related to the disease: A guide for physicians]. Saint-Petersburg: Publ. of NIPNI named after V.M. Bekhtereva, 2005, 33p.
3. Buick D.L. Illness representations and breast cancer: Coping with radiation and chemotherapy. In K.J. Petrie, J. Weinman (Eds.) *Perceptions of health and illness: Current research and applications*, 1997, pp. 379–409.
4. Cooper A., Lloyd G.S., Weinman J., Jackson G. Why patients do not attend cardiac rehabilitation: Role of intentions and illness beliefs. *Heart*, 1999, vol. 82, no. 2, pp. 234–236.
5. Fortune D.G., Richards H.L., Main C.J., Griffiths C.E. Pathological worrying, illness perceptions and disease severity in patients with psoriasis. *British Journal of Health Psychology*, 2000, vol. 5, no. 5, pp. 71–82.
6. Griva K., Myers L.B., Newman S. Illness perceptions and self-efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology and Health*, 2000, vol. 15, no. 6, pp. 733–750.
7. Heijmans M., de Ridder D., Bensing J. Dissimilarity in patients and spouses representations of chronic illness: Exploration of relations to patient adaptation. *Psychology and Health*, 1999, vol. 14, no. 3, pp. 451–466.
8. Leventhal H., Nerenz D.R., Steele D.S. Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S.E. Taylor, J.E. Singer (Eds.) *Handbook of Psychology and Health*, 1984, vol. 4, pp. 219–252.
9. Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K.J., Horne R., Cameron L.D., Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 2002, vol. 17, no. 1, pp. 1–16.
10. Muraven M., Tice D.M., Baumeister, R.F. Self-control as limited resource: Regulatory depletion patterns. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998, vol. 74, no. 4, pp. 774–789.
11. Murphy H., Dickens C., Creed F., Bernstein R. Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 1999, vol. 46, no. 2, pp. 155–164.

Ялтонский В.М., Московченко Д.В., Сирота Н.А., Ялтонская А.В. Психометрические характеристики модифицированного Опросника восприятия болезни: апробация на больных раком молочной железы и ишемической болезнью сердца
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 158–174.

Yaltonsky V.M., Moskovchenko D.V., Sirota N.A., Yaltonskaya A.V. Psychometric Properties of Revised Illness Perception Questionnaire: Testing on Patients with Breast Cancer and Ischemic Heart Disease
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 2, pp. 158–174.

12. Scharloo M., Kaptein A.A., Weinman J., Hazes J.M., Willems L.N., Bergman W., Rooijmans H.G. Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 1999, vol. 44, no. 5, pp. 573–585.

13. Steed L., Newman S.P., Hardman S.M. An examination of the self-regulation model in a trial fibrillation. *British Journal of Health Psychology*, 1999, vol. 4, no. 4, pp. 337–347.

14. Weinman J., Petrie K.J., Moss-Morris R. Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representations of illness. *Psychology and Health*, 1996, vol. 11, no. 3, pp. 431–445.