

МЕТОДИКА

УДК: 159.9.072, 159.922.8, 616-05

РУССКОЯЗЫЧНАЯ ВЕРСИЯ ОПРОСНИКА ВОСПРИЯТИЯ БОЛЕЗНИ Р. МОСС-МОРРИС И ДР.: АПРОБАЦИЯ НА ВЫБОРКЕ БОЛЬНЫХ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ДЕПРЕССИЯМИ

Е. И. Рассказова

Приводятся результаты апробации русскоязычной версии опросника восприятия болезни (*The Revised Illness Perception Questionnaire — IPQ-R*), разработанного Р. Мосс-Моррис с коллегами для диагностики представлений пациентов о причинах, длительности, последствиях заболевания, лечении и своих возможностях контроля за его течением. Выборку апробации (n=80) составили три группы больных в возрасте 17—26 лет (средний возраст 20.2 ± 2.8 года) с непсихотическими депрессиями в рамках расстройств настроения (n=33), расстройств личности (n=22) и шизотипического расстройства (n=25). С целью установления внешней валидности методики дополнительно больные заполняли шкалу когнитивного инсайта А. Бека, методики диагностики локуса контроля причин болезни и лечения и методику диагностики самоэффективности в отношении лечения. Показаны надежность-согласованность и факторная валидность опросника. Больные всех трех групп склонны объяснять болезнь личностными и (в меньшей степени) ситуативными факторами, верить в важность и эффективность лечения, свои возможности контролировать состояние и в то, что заболевание краткосрочно и не носит циклического характера. О внешней валидности опросника восприятия болезни свидетельствуют корреляции шкал с результатами интервью, шкалой когнитивного инсайта и методиками локуса контроля в отношении болезни и лечения и самоэффективности в отношении лечения.

Рассказова Елена Игоревна — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», доцент кафедры нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ имени М.В. Ломоносова.
E-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Работа выполнена при поддержке гранта Президента РФ для государственной поддержки молодых российских ученых, проект № МК4230.2015.6 «Отношение к болезни и качество жизни при психических заболеваниях».

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, представления о болезни и ее причинах, репрезентация болезни, опросник восприятия болезни, апробация, непсихотические депрессии, юношеский возраст.

Отношение к болезни (ОкБ) в широком смысле¹ принято рассматривать как важнейший фактор качества жизни человека с психическим заболеванием и его готовности следовать рекомендациям врача (Маричева, 2014; Freeman et al., 2013); оно также выступает одной из центральных мишеней психообразовательных программ и когнитивно-бихевиоральной терапии (Бек и др., 2003; Beck et al., 2009; Garrett et al., 2006). Однако само понимание ОкБ, а также основные термины и методики получили развитие в рамках психосоматики (Вассерман и др., 2011; Николаева, 1995), психологии телесности (Тхостов, 2002) и психологии здоровья (Leventhal et al., 2003) и их применение в патопсихологии требует отдельного обоснования. В качестве немногих исключений можно отметить отдельные исследования *внутренней картины болезни* (ВКБ) при депрессиях (Николаева, 1972; Шестопалова, 1983). Некоторые указания на специфический смысл различных компонентов ОкБ и стратегий совладания со стрессом при шизофрении представлены в работе М.А. Маричевой (2014).

Опросник восприятия болезни (*Illness Perception Questionnaire — IPQ-R*) — одна из наиболее распространенных структурированных методик диагностики представлений о болезни и ее причинах при соматических заболеваниях (Moss-Morris et al., 2002), применявшаяся впоследствии и в исследованиях больных с психическими заболеваниями, в том числе больных шизофренией (Freeman et al., 2013). Она основана на теории саморегуляции в отношении здоровья и болезни Х. Левенталя (другое название — модель «житейского» смысла; см.: Leventhal, Crouch, 1997; Leventhal et al., 2003), согласно которой человек в ситуации заболевания или возникновения жалоб выступает как «житейский ученый»: он ищет смысл своих ощущений или ощущения, которые бы соответствовали его знаниям (например, ощущение повышенного давления при диагнозе гипертонической болезни), и способы справиться с ними. При этом выделяются следующие представления о болезни (подробнее см.:

¹ В данной статье термин «отношение к болезни» используется нами как обобщающий для ряда понятий, предложенных в рамках разных концепций («внутренняя картина болезни», «репрезентация болезни» и др.). Термином «представления о болезни» обозначается исключительно когнитивная составляющая отношения к болезни, знания и представления о ней.

Рассказова, 2014): *идентичность болезни* (какие телесные ощущения человек считает симптомами своей болезни, а какие — нет), *причина заболевания* (например, внешняя/внутренняя), *временное течение заболевания* (долгосрочное/краткосрочное, временное/хроническое, цикличность), *последствия заболевания* (сказывается/скажется ли заболевание на качестве жизни, функционировании, ощущениях и возможностях) и *лечение* (возможности лечения, его важность и эффективность, способность к контролю своего состояния и хода, процесса лечения). Помимо этого рассматриваются различные *причины заболевания*.

С нашей точки зрения, апробация и использование русскоязычной версии опросника в исследованиях больных с психическими заболеваниями важны по ряду причин.

Во-первых, методика направлена на оценку когнитивной составляющей репрезентации болезни, тех общих представлений больных о происходящем с ними, которые формируются и в ситуации психического, и в ситуации соматического заболевания. При этом вопрос о реалистичности этих представлений — особенно спорный при психических заболеваниях (Beck et al., 2009), поскольку пациент может не считать себя больным (Тхостов и др., 2007) и процесс осмысления ситуации заболевания осложняется нарушениями психических процессов (Зейгарник, 1986; Критская и др., 1991), — не ставится. Для сравнения, методика оценки типа отношения к болезни (см.: Вассерман и др., 2011), также применявшаяся при психических заболеваниях (Маричева, 2014), основана на адекватности оценки. Например, гипер- или гипозногностический типы предполагают преувеличение и преуменьшение трудностей соответственно, что требует соотнесения с текущей ситуацией и состоянием больного. Кроме того, хотя в модели саморегуляции уделяется значительное внимание и эмоциональной составляющей репрезентации болезни (Cameron, 2003; Cameron, Jago, 2008), в опросник эмоциональные репрезентации включены лишь в форме шкалы осознаваемой эмоциональной реакции на заболевание. С нашей точки зрения, такое сужение предметного поля позволяет исследовать представления о психическом заболевании без обсуждения спорных и требующих дальнейших исследований моментов, связанных с эмоциональными переживаниями и реалистичностью представлений пациентов.

Во-вторых, метафора человека как «житейского ученого» сближает модель саморегуляции в отношении здоровья и болезни с культурно-историческим подходом в психосоматике (Николаева, 1995; Тхостов, 2002): в обоих случаях предполагается, что симптомы

и внешняя информация (например, диагноз) не напрямую связаны с представлениями, переживаниями и действиями человека, а опосредствованы социокультурными² и психологическими факторами; при этом именно ОкБ определяет деятельность и состояние в ситуации заболевания (в терминах теории саморегуляции — совладание с угрозой/болезнью и с эмоциями/состоянием). Мы предполагаем, что применение опросника восприятия болезни может служить взаимному обогащению и развитию обоих подходов.

Наконец, комплексные методики диагностики отношения к болезни (Николаева, 1995), включающие проективные тесты, требуют содержательного обоснования их валидности и интересубъективности полученных результатов. Опросник восприятия болезни является стандартизованным инструментом с установленными психометрическими характеристиками и содержательной валидностью пунктов, что делает его удобным в своей области.

Цель, задачи, методы, выборка исследования

Целью проведенного нами исследования была апробация опросника *IPQ-R* на модели непсихотических депрессий юношеского возраста. Сравнивались три клинические группы больных с депрессивным синдромом. Ввиду содержания методики контрольная группа в исследование не включалась (поскольку проведение опросника в норме невозможно, а при сравнении с данными больных соматическими заболеваниями неясно, как интерпретировать результаты). Задачи исследования включали оценку надежности-согласованности, факторной структуры, критериальной и внешней валидности опросника.

Процедура и методы

На предварительном этапе исследования опросник *IPQ-R* был переведен на русский язык (с разрешения авторов оригинальной версии) и обсужден с 6 больными юношеского возраста с депрессиями (не входят в выборку апробации) с целью выявления неоднозначных или трудных формулировок; по результатам обсуждения перевод был скорректирован. В основном исследовании помимо

² В теории саморегуляции в отношении здоровья и болезни роль социокультурных факторов не выступает на первый план, однако она зафиксирована в идее характерных для людей (и для разных культур) правил вывода о своих симптомах: например, люди старшего возраста склонны объяснять свои симптомы возрастными изменениями («правило возраста»), люди, переживающие стресс, — действием стрессогенной ситуации (Leventhal et al., 2003).

опросника *IPQ-R* применялись еще три опросника и полуструктурированное интервью. Кратко опишем использовавшиеся методики.

1. Опросник *IPQ-R* (Moss-Morris et al., 2002) состоит из двух блоков — **представления о болезни и причины болезни**³. В инструкции говорится, что все вопросы посвящены болезни респондента в настоящее время, и его просят оценить свое согласие с каждым из них. Первый блок включает 38 утверждений, оцениваемых по шкале Лайкерта от 1 до 5 и сгруппированных в следующие шкалы: 1) *длительность заболевания* — представления о том, насколько продолжительным оно будет (например, «Моя болезнь будет длиться совсем недолго», обратный пункт); 2) *последствия* — негативные последствия заболевания для жизни (например, «Мое заболевание влияет на то, как другие относятся ко мне»); 3) *личный контроль* — переживание своих возможностей контролировать заболевание (например, «Изменение моего состояния зависит от меня самого»); 4) *контроль лечения* — уверенность в важности и эффективности лечения (например, «Прописанный мне курс лечения поможет контролировать течение заболевания»); 5) *понимание болезни* — представление о своем понимании или непонимании заболевания (например, «Я вообще не могу разобраться в своем заболевании», обратный пункт); 6) *циклическость* — представление о циклическом течении заболевания (например, «Усиление и ослабление моей симптоматики происходит циклами»); 7) *эмоциональные репрезентации* — эмоциональные переживания в отношении болезни (например, «Когда я думаю о своей болезни, я расстраиваюсь»).

Ко второму блоку дается следующая инструкция: «Следующие вопросы касаются того, что, как Вы считаете, могло стать причиной Вашего заболевания. Поскольку люди очень разные, на этот вопрос нет одного правильного ответа. Нам важны Ваши представления о тех факторах, которые повлияли на Ваше заболевание, а не то, что другие люди (в том числе врачи и близкие), возможно, говорят Вам. Ниже список возможных причин Вашей болезни. Оцените, насколько Вы согласны или не согласны, что они вызвали Ваше заболевание, ставя галочку в соответствующем столбце». Второй блок включает 18 возможных причин заболевания, оцениваемых по шкале Лайкерта от 1 до 5 и объединенных в оригинальной версии в 4 шкалы: 1) *психологические причины* (например, «стресс и тревога», «особенности моей личности»); 2) *факторы риска* («мое собственное поведение», «возрастные особенности»); 3) *иммунитет* («бактерии или вирусы», «загрязнение окружающей среды»); 4) *случайность* («случайность или невезение»).

2. Полуструктурированное интервью было направлено на установление контакта с больными и выявление особенностей ОкБ. Кроме того, оно

³ В версии для соматических заболеваний опросник включает еще блок **Идентичность болезни**, но поскольку он представляет собой список исключительно соматических симптомов, то в данном исследовании, как и в других исследованиях психических заболеваний (Freeman et al., 2013), не используется.

включало 4 вопроса для количественной оценки по шкале Лайкерта от 0 до 10: «Насколько тяжелым, с Вашей точки зрения, было Ваше состояние перед госпитализацией?»; «Насколько оно мешало Вашей жизни, тому, что Вы делаете?»; «Насколько долго, с Вашей точки зрения, оно длилось?»; «Как Вам кажется, насколько хорошо Вам помогают лекарства?» Отдельно указывалось, что в вопросе о длительности болезненного состояния имеется в виду ощущение самого больного, а не объективная продолжительность заболевания.

3. Шкала когнитивного инсайта А. Бека (Рассказова, Плужников, 2013; Beck et al., 2004) — методика диагностики критического отношения к своему опыту и представлениям, чувствительности к обратной связи со стороны других, готовности сомневаться в своих мыслях и переживаниях. Когнитивный инсайт рассматривается в модели А. Бека как ключевой фактор позитивного прогноза при шизофрении, но можно предположить, что он играет важную роль в формировании представлений о болезни и при психотической депрессии.

4. Методика диагностики локуса контроля причин болезни и лечения и методика диагностики самоэффективности в отношении лечения разработаны нами (Tkhostov, Rasskazova, 2013) на основе модели локуса контроля (Rotter, 1966) и социально-когнитивной теории (Bandura, 1986). Оба опросника выявляют общие представления о здоровье и болезни, что позволяет использовать их как в норме, так и при различных заболеваниях. В методике локуса контроля отдельно оцениваются внутренний, внешний и безличный локусы контроля в отношении причин болезни и лечения, что согласуется с положениями о важности соотнесения представлений о причинах и о лечении (Ташлыков, 1984). Методика самоэффективности в отношении лечения направлена на диагностику уверенности человека в своих возможностях следовать рекомендациям врача и выздороветь. Она представляет собой модификацию опросника самоэффективности в отношении здоровья (Schwarzer, 1992), применимую к общей ситуации болезни и лечения.

В *выборку апробации* вошли 80 пациентов ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний⁴) в возрасте от 17 до 26 лет; средний возраст 20.2 ± 2.8 года) мужского пола с депрессивным синдромом в рамках следующих непсихотических расстройств: расстройства настроения (41.3%, коды диагнозов по МКБ-10: F31.3, F31.4, F32 (кроме F32.2), F33 (кроме F33.3), F34); расстройства личности (27.5%, код диагноза по МКБ-10: F60) и шизотипическое расстройство (31.3%, код диагноза по МКБ-10: F21).

⁴ Авторы благодарны д.м.н. В.Г. Каледо и к.м.н. М.А. Омельченко за помощь в организации исследования и сбора данных.

Критериями исключения были органические поражения мозга и злоупотребление психоактивными веществами.

Данные обрабатывались в программах SPSS Statistics 22.0 и EQS 6.1 for Windows.

Результаты

1. Надежность и структура опросника восприятия болезни (IPQ-R) при непсихотических депрессиях

Таблица 1

Надежность-согласованность шкал блока представлений о болезни IPQ-R у больных с непсихотическими депрессиями: альфа Кронбаха

№ шкалы	Название шкалы IPQ-R	Кол-во пунктов	Больные непсихотическими депрессиями			
			В рамках расстройств настроения (n=33)	В рамках расстройств личности (n=22)	В рамках шизофренического расстройства (n=25)	Вся выборка (n=80)
1	Длительность заболевания	6	0.84	0.72	0.80	0.80
2	Цикличность	4	0.65	0.91	0.84	0.81
3	Последствия	6	0.75	0.77	0.76	0.76
4	Личный контроль	6	0.67	0.84	0.78	0.76
5	Контроль лечения	5	0.62	0.56	0.77	0.70
6	Понимание болезни	5	0.85	0.86	0.78	0.85
7	Эмоциональные репрезентации	6	0.81	0.87	0.80	0.83

Как показано в табл. 1, все основные шкалы **блока представлений о болезни** характеризуются достаточной или высокой надежностью-согласованностью как в целом по выборке, так и (в большинстве случаев) для отдельных нозологических групп. Конфирматорный факторный анализ⁵ (Brown, 2006) свидетельствует в пользу соответствия теоретической модели эмпирическим данным (CFI=0.95, RMSEA=0.04 (CI=0.02—0.06), $\chi^2/df=3.07$).

⁵ Допускались корреляции между ошибками пунктов, если они были содержательно оправданны.

Таблица 2

**Надежность-согласованность шкал блока причин болезни IPQ-R
у больных с непсихотическими депрессиями:
альфа Кронбаха**

	Название шкалы IPQ-R	Кол-во пунктов	Больные непсихотическими депрессиями			
			В рамках расстройства настроения (n=33)	В рамках расстройства личности (n=22)	В рамках психического расстройства (n=25)	Вся выборка (n=80)
Оригинальный блок причин	Психологические причины	6	0.48	0.19	0.63	0.63
	Факторы риска	6	0.47	0.41	0.49	0.54
	Иммунитет	3	0.67	0.59	0.76	0.64
	Случайность	2	0.49	0.35	0.44	0.42
Новый блок причин	Средовые факторы	6	0.74	0.53	0.75	0.78
	Личностные факторы	4	0.69	0.59	0.69	0.84
	Вредные привычки	2	0.91	0.90	0.79	0.99
	Ситуативные факторы	6	0.48	0.23	0.67	0.46

В блоке *причин болезни* была обнаружена неприемлемо низкая надежность-согласованность шкал (0.47—0.67, за исключением *иммунитета*). В связи с этим мы предположили, что у больных с депрессиями представления о причинах заболевания имеют другую структуру, а сами причины — другой смысл, чем у соматических больных. Например, согласие с пунктом «стресс и тревога» характеризует скорее признание роли эмоциональных переживаний в развитии заболевания, «личностные особенности» — признание роли своих устойчивых черт, «семейные проблемы» — признание роли внешних факторов, что не позволяет объединить эти причины под общим названием «психологических». Более того, данные полуструктурированного интервью дали возможность предположить, что некоторые факторы, традиционно относимые к внутренним психологическим и поведенческим (стресс, употребление алкоголя, курение), расцениваются нашими испытуемыми как внешние: вредные привычки рассматриваются как нечто, «сделанное ранее по ошибке», не зависящее от больного (и в случае аффективных расстройств нередко свидетельствует о защитной реакции, нежелании

искать более глубокие причины), а стресс — скорее как внешняя нагрузка, а не субъективное переживание.

На основе эксплораторного факторного анализа было выявлено (метод главных компонент, косоугольное вращение Облимин) 4 фактора, описывающих структуру причин болезни при депрессиях и объясняющих 49.96% дисперсии данных: средовые, личностные, ситуативные факторы и фактор вредных привычек. Эти факторы характеризуются достаточной надежностью-согласованностью (табл. 2).

2. Профили представлений о болезни и ее причинах при непсихотических депрессиях: критериальная валидность опросника

Валидность опросника восприятия болезни проверялась двумя способами. Во-первых, критериальная валидность оценивалась путем анализа общего профиля представлений о болезни и при сравнении показателей трех клинических групп. Во-вторых, внешняя валидность оценивалась путем корреляции шкал опросника со шкалами близких по содержанию методик. В первом случае мы предположили, что представления о болезни и ее причинах при депрессиях лишь в слабой степени зависят от нозологической группы (поскольку являются в большей степени результатом интерпретации, означения симптомов, нежели самих симптомов), но общий профиль отражает оптимистичное представление о болезни в силу возраста и непродолжительности заболевания (заболевание считается недолгосрочным, а возможности контроля и вера в лечение высоки). Кроме того, поскольку при непсихотических депрессиях критичность к своему состоянию относительно сохранна, мы предположили, что больные будут указывать на преимущественную роль в развитии заболевания своих особенностей и ситуативных факторов, а не вредных привычек и общих средовых факторов.

Однофакторный дисперсионный анализ показал, что больные с депрессиями в рамках разных нозологий различаются лишь по двум показателям: больные с расстройствами настроения чаще считают, что хорошо понимают свою болезнь, и чаще отрицают роль факторов среды ($F=3.45$, $df=2$, $p<0.05$, $\eta=0.29$ и $F=5.38$, $df=2$, $p<0,01$, $\eta=0.36$) в развитии заболевания, по сравнению с больными с расстройствами личности и (особенно) с шизотипическим расстройством.

По результатам дисперсионного анализа с повторными измерениями (7 шкал блока представлений о болезни использовались как повторные измерения независимой переменной, нозологическая

группа выступала как межиндивидуальная независимая переменная) выявлены значимые различия между выраженностью представлений о различных аспектах болезни ($F=18.38$, $df=6$, $p<0.01$, $\eta^2=0.79$). При этом общий профиль представлений о болезни не различается значимо в разных нозологических группах (рис. 1, шкалы 1—5). Больные склонны верить, что лечение им поможет и что важно следовать указаниям врача; отмечают негативные последствия заболевания для своей жизни и считают, что неплохо понимают происходящее с ними и могут контролировать свое состояние; считают свое заболевание не долгосрочным и не циклическим (оценки ниже средних по шкале) и отмечают среднюю выраженность переживаний по поводу болезни.

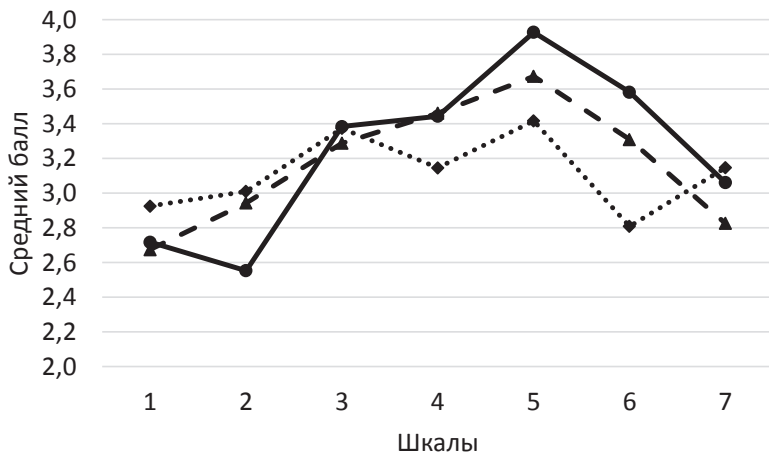


Рис. 1. Представления о болезни в трех группах больных с непсихотическими депрессиями. Условные обозначения групп: расстройства настроения — сплошная линия; расстройства личности — штриховая; шизотипическое расстройство — пунктир. Шкалы опросника: 1 — Длительность заболевания; 2 — Цикличность; 3 — Последствия; 4 — Личный контроль; 5 — Контроль лечения; 6 — Понимание болезни; 7 — Эмоциональные репрезентации

Оценки причин болезни также не зависят от нозологической группы, характеризуясь общим профилем ($F=98.18$, $df=3$, $p<0.01$, $\eta^2=0.90$) (рис. 2). Все больные приписывают ключевую роль в развитии заболевания личностным и в меньшей степени ситуативным факторам, а роль средовых факторов и вредных привычек отрицают.

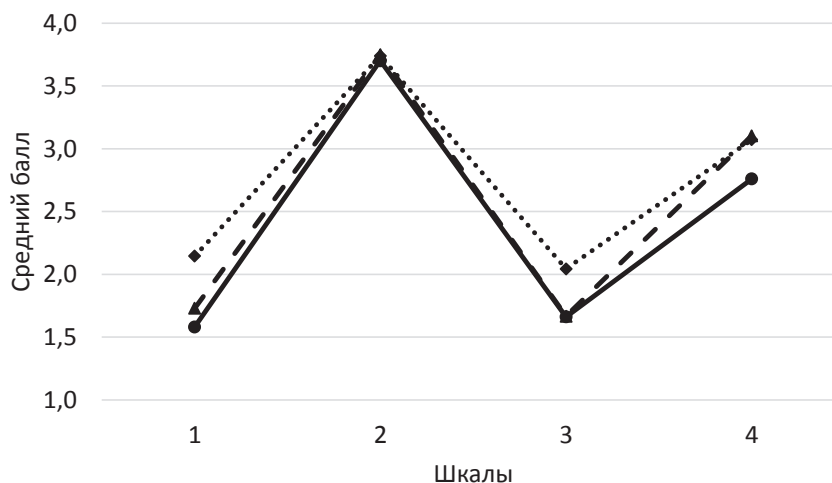


Рис. 2. Представления о причинах болезни в трех группах больных депрессиями. Условные обозначения групп: расстройства настроения — сплошная линия; расстройства личности — штриховая; шизотипическое расстройство — пунктир. Шкалы опросника: 1 — Средовые факторы; 2 — Личностные факторы; 3 — Вредные привычки; 4 — Ситуативные факторы

3. Связь представлений о болезни и ее причинах с уровнем когнитивного инсайта, локусом контроля болезни и лечения и самоэффективностью в отношении лечения: внешняя валидность опросника

По результатам корреляционного анализа количественных оценок болезни и шкал опросника восприятия болезни субъективная оценка тяжести состояния при попадании в больницу и его длительности не связана с представлениями о болезни и ее причинах. Но чем больше это состояние, по мнению больного, мешает его повседневной деятельности и жизни, тем более эмоционально он относится к своему заболеванию ($r=0.27$, $p<0.05$) и тем более уверен в его цикличности ($r=0.39$, $p<0.01$). Чем более долгим считает больной это состояние, тем большее значение в развитии заболевания он придает ситуативным факторам ($r=0.26$, $p<0.05$), хотя субъективная роль других факторов не снижается. Чем более важным и эффективным больные считают свое лечение, тем более положительно они оценивают его в целом ($r=0.28$, $p<0.05$). Положительная оценка лечения также связана с уверенностью, что заболевание будет

недолгим ($r=-0.28$, $p<0.05$), и с меньшими опасениями в отношении последствий ($r=-0.40$, $p<0.01$).

Уровень когнитивного инсайта слабо отрицательно коррелирует с пониманием болезни ($r=-0.27$, $p<0.05$). Но анализ двух компонентов когнитивного инсайта показывает следующее: чем более критичны больные к своему опыту и чувствительны к обратной связи, тем более они верят в эффективность и важность следования назначенному лечению ($r=0.25$, $p<0.05$); высокий уровень самоуверенности больного связан с хорошим пониманием своего заболевания и с убеждением, что оно скоро окончится ($r=0.26$ и $r=-0.33$, $p<0.05$ соответственно). Кроме того, саморефлексивность и общий уровень когнитивного инсайта связаны с признанием личностных факторов в развитии заболевания ($r=0.34-0.38$, $p<0.01$).

Результаты корреляционного анализа шкал опросника *IPQ-R* с методиками диагностики локуса контроля и самоэффективности в отношении болезни и лечения (абсолютные значения корреляций $r=0.24-0.40$, $p<0.05$) говорят о следующем: больные, склонные приписывать причины различных заболеваний себе, более уверены в своем контроле за заболеванием; больные, склонные видеть причины своих болезней в других людях или случайностях, ниже оценивают важность и эффективность лечения и хуже понимают свое заболевание. Если больной считает, что в лечении любого заболевания важно полагаться на врачей, то он в большей степени опасается негативных последствий заболевания, более эмоционально к нему относится и уверен в важности лечения. Если же, с его точки зрения, выздоровление зависит от случайностей и судьбы, то он считает медицинское лечение не важным. Практически любое представление о причинах и лечении заболевания (кроме экстернатального локуса контроля лечения) связано с большим акцентированием роли средовых факторов. Наконец, самоэффективность в отношении лечения связана с большей верой в рекомендации врача, с переживанием своего контроля за заболеванием и лучшим пониманием болезни, а также с верой в то, что заболевание не будет долгосрочным.

Обсуждение результатов

Апробация опросника *IPQ-R* на выборке больных с депрессией показала, что шкалы представлений о болезни характеризуются достаточной или высокой надежностью-согласованностью как в общей выборке, так и (с некоторыми ограничениями) отдельно в группах с расстройствами настроения, личности и шизотипи-

ческим расстройством. Шкалы цикличности, личного контроля и контроля лечения характеризуются низкой надежностью-согласованностью в группе с расстройствами настроения, что может отражать особенности формирования репрезентации болезни в этой группе. В среднем больные с расстройствами настроения имеют менее длительный опыт болезни и приема лекарств и, по данным беседы, чаще не уверены в особенностях течения заболевания. Низкий показатель надежности-согласованности характерен и для шкалы контроля лечения в группе больных с личностными расстройствами. Эта шкала характеризует представления, разделенные с другими людьми (в первую очередь с врачом и медицинским персоналом). Учитывая особенность межличностного общения (Соколова, 2015) и убеждений (Бек, Фримен, 2002) при личностных расстройствах, полученный результат можно объяснить трудностями формирования устойчивых и последовательных представлений о важности и эффективности лечения. Конфирматорный факторный анализ свидетельствует в пользу того, что оригинальная структура методики достаточно полно описывает полученные эмпирические данные.

Сложнее обстоит дело с блоком причин заболевания. Разработчики данного блока пишут, что при интерпретации результатов по данному блоку важно учитывать не только показатели по шкалам, но и содержательные ответы по каждой причине (Moss-Morris et al., 2002). Некоторые авторы (Hagger, Orbell, 2003) отмечают, что предложенные виды причин не исключают друг друга и перекрываются: например, человек может квалифицировать стресс и как эмоциональную причину, и как психологическую или в принципе считать стресс причиной всех болезней. С нашей точки зрения, субъективный смысл каждой причины зависит от заболевания и переживаемых симптомов в большей степени, чем представления о болезни. Особенно это верно для психических заболеваний. Например, стресс упоминается в большинстве исследований как ведущая субъективная причина соматических и психических заболеваний, однако в нашем практическом опыте под стрессом, как правило, понимается неуправляемое негативное состояние, вызванное ситуативными факторами, а не нечто, зависящее от усилий самого человека. Кроме того, ряд входящих в данный блок причин при психических заболеваниях может отражать скорее стратегию поиска причины, чем ее содержание. Например, указание на важную роль алкоголя, курения и других вредных привычек при психических заболеваниях (редкое при депрессиях, но более распространенное при психотических расстройствах) нередко сопряжено с нежела-

нием искать более глубокие причины. Субъективная важность загрязнения среды или инфекции может свидетельствовать об ипохондрических тенденциях, а при шизофрении быть следствием нарушений мышления в форме сверхобобщений.

Поскольку исходные шкалы блока причин болезни не были достаточно согласованы, а факторная структура не была четкой, учитывая все вышесказанное, мы сочли правомерным выявить структуру причин, специфичную для непсихотических депрессий юношеского возраста. Были выявлены средовые, личностные и ситуативные факторы, первые два из которых достаточно согласованы, тогда как третий характеризуется относительной разнородностью. Это закономерно, поскольку он включает содержательно разные причины (например, стресс и семья). Наконец, в четвертую шкалу входят редкие при депрессиях ответы, касающиеся таких вредных привычек, как употребление алкоголя и табака.

В целом для больных с депрессиями юношеского возраста характерны сходные профили представлений о болезни и ее причинах, независимо от нозологической принадлежности. Больные всех трех групп склонны объяснять болезнь личностными и (в меньшей степени) ситуативными факторами, верить в важность и эффективность лечения, свои возможности контролировать состояние и в то, что заболевание не носит циклического характера и скоро пройдет. Больные сообщают, что неплохо понимают свое заболевание и замечают его негативное влияние на свою жизнь. Следует отметить, что эти результаты получены на основе анализа средних ответов по шкале Лайкерта, а не в сравнении с другими группами. Дальнейшее сравнение может прояснить, является ли такой профиль общим для различных заболеваний или специфическим для непсихотических депрессий юношеского возраста. Тем не менее, с нашей точки зрения, такой профиль скорее объясняется возрастными и клиническими особенностями этих больных: будучи молодыми людьми, как правило, впервые госпитализированными, и нередко к моменту обследования уже заметившими улучшение своего состояния, они более уверены как в своих способностях справиться с болезнью, так и в эффективности лечения.

Представление о средовых причинах болезни, характерное для больных шизотипическим расстройством, может объясняться особенностями их мышления (предпочтением глобальных «знаемых» причин тем, которые может контролировать сам больной). Худшее понимание болезни может быть следствием эмоциональных и социальных нарушений: так, если больные менее ориентированы на слова врача и окружающих в понимании своего заболевания и

симптомов, болезнь остается для них загадкой. Возможно также, что низкие показатели по шкале понимания болезни свидетельствуют о низком уровне инсайта болезни и о неуверенности пациентов в том, больны они или нет.

О внешней валидности опросника восприятия болезни свидетельствуют корреляции шкал с результатами интервью, шкалой когнитивного инсайта и методиками локуса контроля в отношении болезни и лечения и самоэффективности в отношении лечения. Особый интерес представляют в этом контексте данные о том, что представления о болезни и ее причинах не связаны с субъективной тяжестью и длительностью состояния до попадания в больницу, тогда как то, насколько состояние мешало жизнедеятельности больного, связано с эмоциональными репрезентациями и представлениями о цикличности болезни. Эти данные согласуются с результатами качественных исследований, показавших, что при психических заболеваниях в юношеском возрасте отношение к болезни во многом определяется тем, как состояние человека сказывается на его жизни, целях и деятельности (Шаньков, 2014), а не собственно симптомами и госпитализацией.

* * *

В целом опросник восприятия болезни (*IPQ-R*) может рассматриваться как надежный и валидный инструмент, пригодный для исследования отношения к болезни при непсихотических депрессиях. При его использовании важно учитывать, что различные представления могут выполнять специфические функции в процессе саморегуляции в ситуации заболевания, отличные от тех, которые характерны для ситуации соматических заболеваний. Например, эмоциональная реакция на заболевание и представление о его цикличности могут быть связаны не с субъективной тяжестью и длительностью депрессии до госпитализации, а с тем, насколько она препятствовала повседневной деятельности больного.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Бек А., Раиш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003.

Бек А., Фримен А. Когнитивная терапия расстройств личности. СПб.: Питер, 2002.

Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. Практическое руководство. СПб.: Речь, 2011.

Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986.

Клиническая психология: В 4 т. Учебник для студентов вузов / Под ред. А.Б. Холмогоровой. М.: Академия, 2010.

Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1991.

Маричева М.А. Психосоциальная терапия в комплексном лечении больных с первым приступом юношеского эндогенного психоза: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2014.

Николаева В.В. Внутренняя картина болезни при некоторых психических заболеваниях // Тезисы докладов конференции «Проблемы патопсихологии». М.: Изд-во АПН СССР, 1972. С. 25—45.

Николаева В.В. Особенности личности при соматических заболеваниях // Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995. С. 207—357.

Рассказова Е.И. Понятие саморегуляции в психологии здоровья: новый подход или область применения? // Теоретическая и экспериментальная психология. 2014. Т. 7. № 1. С. 43—56. URL: <http://tepjournal.com/images/pdf/2014/1/07.pdf>

Рассказова Е.И., Плужников И.В. Психодиагностика уровня когнитивного инсайта: результаты апробации русскоязычной версии шкалы когнитивного инсайта А. Бека // Психологические исследования: электрон. науч. журнал. 2013. Т. 6. № 28. С. 6. URL: <http://psystudy.ru>

Соколова Е.Т. Клиническая психология утраты Я. М.: Смысл, 2015.

Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Л.: Медицина, 1984.

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

Тхостов А.Ш., Иржевская В.П., Рупчев Г.Е., Морозова М.А. Инсайт в патопсихологии (исторические, теоретические и методологические аспекты): Учеб.-метод. пособие. М.: Изд-во Моск. ун-та, 2007.

Шаньков Ф.М. Психологические факторы принятия решений относительно лечения у пациентов с психическими расстройствами: Дисс. ... магистра психологии. М.: МГППУ, 2014.

Шестопалова Л.Ф. Внутренняя картина болезни у больных с депрессивными состояниями различного генеза: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 1983.

Bandura A. Social foundation of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.

Beck A.T., Baruch E., Balter J. et al. A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale // Schizophrenia Research. 2004. Vol. 68. N 2. P. 319—329.

Beck A.T., Rector N.A., Stolar N., Grant P.M. Schizophrenia: Cognitive theory, research and therapy. N.Y.: The Guilford Press, 2009.

Brown T. Confirmatory factor analysis for applied research. N.Y.; L.: The Guilford Press, 2006.

Cameron L. Anxiety, cognitions and responses to health threat // The self-regulation of health and illness behavior / Ed. by L.D. Cameron, H. Leventhal. N.Y.: Routledge, 2003. P. 157—183.

Cameron L.D., Jago L. Emotion regulation interventions: a common-sense model approach // British Journal of Health Psychology. 2008. Vol. 13. P. 215—221.

Freeman D., Dunn G., Garety P. et al. Patients' beliefs about the causes, persistence and control of psychotic experiences predict take-up of effective cognitive behavior therapy for psychosis // Psychological Medicine. 2013. Vol. 43. P. 269—277.

Garrett M., Stone D., Turkington D. Normalizing psychotic symptoms // Psychology and Psychotherapy. 2006. Vol. 79. P. 595—610.

Hagger M., Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representation // Psychology and Health. 2003. Vol. 18. N 2. P. 141—184.

Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness // The Self-regulation of health and illness behavior / Ed. by L.D. Cameron, H. Leventhal. N.Y.: Routledge, 2003. P. 42—65.

Leventhal E., Crouch M. Are there differences in perceptions of illness across the lifespan // Perceptions of health and illness / Ed. by K.J. Petrie, J.A. Weinmann. Amsterdam, the Netherlands: Harwood Academic Publishers, 1997. P. 77—102.

Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K. et al. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) // Psychology and Health. 2002. Vol. 17. N 1. P. 1—16.

Rotter J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement // Psychological Monographs. 1966. Vol. 80. P. 1—28.

Schwarzer R. Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model // Self-efficacy: Thought control of action / Ed. by R. Schwarzer. Washington, DC: Hemisphere, 1992. P. 217—243.

Tkhostov A., Rasskazova E. Compliance-Related Causality Orientations Scale: development and psychometric properties in Russian sample // Procedia — Social and Behavioral Sciences. 2013. Vol. 86. P. 536—542. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042813027419>

Поступила в редакцию
22.11.15

RUSSIAN VERSION OF THE ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE (IPQ-R): VALIDATION IN THE PATIENTS WITH NON-PSYCHOTIC DEPRESSIONS

Elena I. Rasskazova^{1, 2}

¹ *Mental Health Research Center, Moscow, Russia*

² *Lomonosov Moscow State University, Faculty of Psychology, Moscow, Russia*

Abstract: Paper presents results of validation of the Russian version of The Revised Illness Perception Questionnaire developed by R. Moss-Morris and colleagues for the diagnostic of patient's beliefs about causes, duration, consequences, treatment of illness, and their ability to control it. The sample (N=80) included three groups of patients aged 17—26 years (mean age 20.2±2.8 years) with non-psychotic depression within mood disorders (n=33), personality disorders (n=22) and schizotypal disorder (n=25). In order to establish the external validity of the questionnaire patients filled Beck's Cognitive Insight Scale, Illness- and Treatment-Related Locus of Control Scale and Treatment-Related Self-efficacy Scale. Factor validity and reliability of IPQ-R was demonstrated. Patients of all three groups tend to explain their illness by personality and (to a lesser extent) situational factors, to believe in the importance and effectiveness of the treatment, in their ability to control their illness. They consider illness as short-term and not of a cyclical nature. Supporting the external validity of the questionnaire we demonstrated that beliefs about illness and its reasons correlates with results of the interview, cognitive insight, illness- and treatment-related locus of control and treatment-related self-efficacy.

Key words: beliefs about illness and its reasons, illness representation, Illness Perception Questionnaire – Revised (IPQ-R), validation, non-psychotic depressions, youth.

References:

Bandura, A. (1986) *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Beck, A.T., Baruch, E., Balter, J. et al. (2004) A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68, 2, 319—329.

Bek, A., Frimen, A. (2002) *Kognitivnaya terapiya rasstroystv lichnosti* [Cognitive therapy of personality disorders]. SPb.: Piter.

Bek, A., Rash, A., Sho, B., Emeri, G. (2003) *Kognitivnaya terapiya depressii* [Cognitive therapy of depression]. SPb.: Piter.

Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N., Grant, P.M. (2009) *Schizophrenia: Cognitive theory, research and therapy*. N.Y.: The Guilford Press.

Brown, T. (2006) *Confirmatory factor analysis for applied research*. N.Y.; L.: The Guilford Press.

Cameron, L. (2003) Anxiety, cognitions and responses to health threat. In L.D. Cameron, H. Leventhal (eds.) *The Self-regulation of health and illness behavior* (pp. 157—183). N.Y.: Routledge.

Cameron, L.D., Jago, L. (2008) Emotion regulation interventions: A common-sense model approach. *British Journal of Health Psychology*, 13, 215—221.

Freeman, D., Dunn, G., Garety, P. et al. (2013) Patients' beliefs about the causes, persistence and control of psychotic experiences predict take-up of effective cognitive behavior therapy for psychosis. *Psychological Medicine*, 43, 269—277.

Garrett, M., Stone, D., Turkington, D. (2006) Normalizing psychotic symptoms. *Psychology and Psychotherapy*, 79, 595—610.

Hagger, M., Orbell, S. (2003) A meta-analytic review of the common-sense model of illness representation. *Psychology and Health*, 18, 2, 141—184.

Kholmogorova, A.B. (ed.) (2010) *Klinicheskaya psikhologiya* [Clinical psychology]: V 4 t. Uchebnik dlya studentov vuzov. Moscow: Akademiya.

Kritskaya, V.P., Meleshko, T.K., Polyakov, Yu.F. (1991) *Patologiya psikhicheskoy deyatel'nosti pri shizofrenii: motivatsiya, obshchenie, poznanie* [Pathology of mental activity in schizophrenia: motivation, communication, cognition]. Moscow: Izd-vo Mosk. un-ta.

Leventhal, H., Brissette, I., Leventhal, E. (2003) The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L.D. Cameron, H. Leventhal (eds.) *The Self-regulation of health and illness behavior* (pp. 42—65). N.Y.: Routledge.

Leventhal, E., Crouch, M. (1997) Are there differences in perceptions of illness across the lifespan. In K.J. Petrie, J.A. Weinmann (eds.) *Perceptions of health and illness* (pp. 77—102). Amsterdam, the Netherlands: Harwood Academic Publishers.

Maricheva, M.A. (2014) *Psichosotsial'naya terapiya v kompleksnom lechenii bol'nykh s pervym pristupom yunosheskogo endogenного psikhoha* [Psychosocial therapy in complex treatment of patients with the first episode of juvenile endogenous psychosis]: Diss. ... kand. psikhol. nauk. Moscow.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. et al. (2002) The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1, 1—16.

Nikolaeva, V.V. (1972) Vnutrennyaya kartina bolezni pri nekotorykh psikhicheskikh zabolovaniyakh. *Tezisy dokladov konferentsii "Problemy patopsikhologii"* [The abstracts of the conference "Problems of pathopsychology"] (pp. 25—45). Moscow: Izd-vo APN SSSR.

Nikolaeva, V.V. (1995) Osobennosti lichnosti pri somaticheskikh zabolovaniyakh. In Sokolova E.T., Nikolaeva V.V. *Osobennosti lichnosti pri pogranichnykh rasstroystvakh i somaticheskikh zabolovaniyakh* [Personality traits in somatic diseases] (pp. 207—357). Moscow: SvR-Argus.

Rasskazova, E.I. (2014) Ponyatie samoregulyatsii v psikhologii zdorov'ya: novyy podkhod ili oblast' primeneniya? *Teoreticheskaya i Eksperimental'naya Psikhologiya* [Theoretical and Experimental Psychology], 7, 1, 43—56. URL: <http://tepjournal.com/images/pdf/2014/1/07.pdf>

Rasskazova, E.I., Pluzhnikov, I.V. (2013) Psikhodiagnostika urovnya kognitivnogo insayta: rezul'taty aprobatsii russkoyazychnoy versii shkaly kognitivnogo insayta A. Beka. *Psikhologicheskie Issledovaniya* [Psychological Studies: electronic scientific journal], 6, 28, 6; URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2013v6n28/805-rasskazova28.html>

Rotter, J.B. (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1—28.

Schwarzer, R. (1992) Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (ed.) *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217—243). Washington, DC: Hemisphere.

Shan'kov, F.M. (2014) *Psikhologicheskie faktory prinyatiya resheniy otnositel'no lecheniya u patsientov s psikhicheskimi rasstroystvami* [Psychological factors of decision making regarding the treatment of patients with mental disorders]: Diss. ... magistra psikhologii. Moscow.

Shestopalova, L.F. (1983) *Vnutrennyaya kartina bolezni u bol'nykh s depressivnymi sostoyaniyami razlichnogo geneza* [Internal picture of illness in patients with depressive states of different genesis]: Avtoref. diss. ... kand. psikhol. nauk. Moscow.

Sokolova, E.T. (2015) *Klinicheskaya psikhologiya utraty Ya* [Clinical psychology of loss "I"]. Moscow: Smysl.

Tashlykov, V.A. (1984) *Psikhologiya lechebnogo protsessa* [Psychology of the therapeutic process]. Leningrad: Meditsina.

Tkhostov, A.Sh. (2002) *Psikhologiya telesnosti* [Psychology of corporeality]. Moscow: Smysl.

Tkhostov, A.Sh., Irzhevskaya, V.P., Rupchev, G.E., Morozova, M.A. (2007) *Insayt v patopsikhologii (istoricheskie, teoreticheskie i metodologicheskie aspekty)* [Insight in psychopathology (historical, theoretical and methodological aspects)]: Ucheb.-metod. posobie. Moscow: Izd-vo Mosk. un-ta.

Tkhostov, A., Rasskazova, E. (2013) Compliance-Related Causality Orientations Scale: development and psychometric properties in Russian sample. *Procedia — Social and Behavioral Sciences*, 86, 536—542. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042813027419>

Vasserman, L.I., Trifonova, E.A., Shchelkova, O.Yu. (2011) *Psikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v somaticheskoy klinike. Prakticheskoe rukovodstvo* [Psychological diagnosis and correction in somatic clinic. A practical guide]. SPb.: Rech.

Zeygarnik, B.V. (1986) *Patopsikhologiya* [Pathopsychology]. Moscow: Izd-vo Mosk. un-ta.