

На правах рукописи



Абросимов Илья Николаевич

**ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ
И СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ
У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ**

Специальность 19.00.04 – Медицинская психология
(психологические науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Москва – 2016

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России

Научный руководитель: **Ялтонский Владимир Михайлович** – доктор медицинских наук, профессор; профессор кафедры клинической психологии факультета психологии ГБОУ ВПО «МГМСУ имени А.И. Евдокимова» Минздрава России

Официальные оппоненты: **Гаранян Наталья Георгиевна** - доктор психологических наук, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии ГБОУ ВПО г. Москвы «Московский городской психолого-педагогический университет».

Рупчев Георгий Евгеньевич - кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории психофармакологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Ведущая организация: **ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»** Минздрава России

Защита состоится _____ в _____ на заседании диссертационного совета Д 501.001.15 в ФГОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова» по адресу: 125009 Москва, ул. Моховая, д. 11, стр. 9, ауд. _____.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке МГУ имени М.В. Ломоносова (Москва, Ломоносовский просп., д. 27); на сайте МГУ <http://www.psy.msu.ru/science/autoref/index.html>) и на сайте Научно-консультативного совета РПО (<http://www.psy-sciencecouncil.ru/>).

Автореферат разослан «__» _____ 2016 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета Д 501.001.15
кандидат психологических наук, доцент

Е.Ю. Балашова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Муковисцидоз (далее – МВ) (кистозный фиброз, шифр E84.0 по МКБ-10) – самое распространенное среди наследственных заболеваний, обусловленное генной мутацией с нарушением функционирования всех экзокринных желез организма, что приводит к развитию патологии в жизненно важных органах. Оно протекает хронически, зачастую имеет летальный исход. Благодаря успехам лечения муковисцидоза за последние десятилетия продолжительность жизни взрослых больных значительно возросла. С 1991 г. по 2013 г. она увеличилась с 13 до 39 лет - для региона Москвы и Подмосковья, а для России в целом – с 10 до 23-25 лет (Гинтер Е.К., 2013). МВ трансформировался из фатального заболевания детей сначала в хроническую патологию подростков, а теперь и взрослых. Возникло новое поколение больных муковисцидозом взрослых, которые работают и сохраняют шансы уйти на пенсию по старости, а не по болезни (Edwards J. et al., 2013). Несмотря на успехи лечения, следует помнить о ранней инвалидизации данной категории больных и связанным с ней ограничением их жизнедеятельности и функционирования в различных сферах жизни (Амелина Е.Л. и соавт., 2006; Каширская Н.Ю., Капранов Н.И., 2007). Это указывает на необходимость изменения подходов к диагностике, лечению больных муковисцидозом, а также к развитию принципов их реабилитации, психолого-социального сопровождения.

Обращение к психологическому исследованию муковисцидоза взрослых обусловлено тем, что в данном уникальном виде патологии представлена практически вся психология в целом (генетическая, клиническая, возрастная, социальная, психология личности, здоровья, развития и т.д.). Жизненная ситуация смертельно опасного генетического заболевания лишает пациента, родившегося с муковисцидозом, пройти «обычный» путь развития от изначального здоровья к тяжелой болезни и мотивирует собственную познавательную активность ребенка, а затем - подростка и взрослого, направленную на преодоление созданных болезнью преград, выработку индивидуальных психологических способов

совладания с ней. Кроме того, жизненная необходимость ежедневно следовать сложным, большим по объему и времени затратам рекомендациям врача по лечению, побуждает больного занимать активную позицию в лечении и применять согласованные с врачом диадические формы совладания с муковисцидозом и реализуемые пациентом в рамках приверженности терапии.

Анализ отечественных исследований психологических аспектов муковисцидоза показал, что они ограничиваются изучением некоторых психологических параметров у детей и подростков (Войтович Т.Н., Мащиц А.П., 2002; Куртанова Ю.Е., 2004; Ялтонский В.М., Дияжева Л.В., 2012). Среди зарубежных исследований существуют работы, посвященные изучению клинико-психологических показателей у взрослых пациентов с муковисцидозом (Patterson J. et al., 2008; Treacy K. et al., 2008; Williams S. et al., 2008; Abbott J. et al., 2000, 2010; Sawicki G. et al., 2010; Beinke K., 2015; McHugh R., 2015). Зарубежные исследования психологических аспектов муковисцидоза взрослых крайне немногочисленны. Среди отечественных научных источников информации по данной проблеме фактически нет, что подтверждает актуальность данного исследования.

Теоретически и практически важным представляется исследование в комплексе внутренней картины болезни (ВКБ), совладающего поведения и приверженности лечению в аспекте саморегуляции болезни, связи этих конструктов между собой и их рассмотрение с позиций отечественных теорий ВКБ (Николаева В.В., 1987; Тхостов А.Ш., Арина Г.А., 1990), теории саморегуляции здоровья и болезни, основанной на здравом смысле Г. Левенталья (1980), когнитивной модели стресса и совладания с ним Р.С. Лазаруса (2006) и современных представлений о приверженности лечению (Horne R., 1997). Под ВКБ отечественные исследователи субъективного отражения болезни понимают «орган» саморегуляции в ситуации заболевания (Николаева В.В., 1995), либо «сложное многоуровневое образование, включающее в себя чувственную ткань, первичное и вторичное означение и личностный смысл» (Тхостов А.Ш., Арина Г.А., 1990).

В зарубежных исследованиях используется понятие «восприятие болезни», под которым принято понимать совокупность персональных представлений и эмоций личности, касающихся ее болезни. Восприятие болезни структурировано и включает в себя следующие компоненты: идентификацию болезни по ее симптомам, представления о причинах болезни, ее продолжительности, последствиях и персональный контроль болезни (Leventhal H., 1997). В модели Г. Левенталя личность реагирует на угрожающие, по ее мнению, стимулы среды одновременно, как развитием основанных на здравом смысле когнитивных представлений об опасности для здоровья (восприятие болезни), так и эмоциональным отношением к возникшей угрозе (страх, тревога и т.д.), что мотивирует человека планировать действия по разрешению проблемы и включать механизмы совладания с возникшим эмоциональным напряжением с последующей оценкой результатов совладания (Leventhal H., 1983). Восприятие болезни в модели Г. Левенталя более полно раскрывает представления В.В. Николаевой о когнитивном уровне ВКБ. Использование понятий «ВКБ» и «восприятие болезни» позволяет сопоставлять результаты отечественных и зарубежных исследований.

В когнитивной модели стресса и совладания с ним Р.С. Лазаруса первичная когнитивная оценка стресса (болезни) как угрозы предвосхищает возможные опасные последствия и порождает способы защитной деятельности (coping behavior).

В отечественной клинической психологии отсутствуют исследования влияния когнитивной оценки болезни как угрозы разной интенсивности для жизни на параметры структуры ВКБ, на выбор способов совладания с болезнью и возможность развития вариантов ВКБ, в зависимости от уровня субъективно воспринимаемой угрозы для жизни. Учитывая экономические и социальные последствия муковисцидоза взрослых, актуальным является и запрос медицины, клинической психологии на изучение влияния ВКБ, способов преодоления болезни на особенности «пожизненной» приверженности/неприверженности

больных муковисцидозом широкому спектру фармакотерапии и немедикаментозных форм лечения (Ялтонский В.М., 2010).

Данное исследование посвящено изучению уникального варианта ВКБ с высокой вероятностью летального исхода, при которой изначально отсутствует период и опыт переживания здоровья, нет возможности формирования внутренней картины здоровья (ВКЗ).

Цель исследования: изучение многоуровневой структуры внутренней картины болезни при угрожающем жизни тяжелом генетическом заболевании, стратегий совладающего поведения и приверженности лечению взрослых пациентов с муковисцидозом.

Объект исследования - внутренняя картина болезни, копинг-поведение и приверженность лечению взрослых пациентов с муковисцидозом.

Предмет исследования - влияние когнитивной оценки болезни как угрозы для жизни и здоровья на формирование определенной структуры и типов внутренней картины болезни, детерминирующей выбор способов совладающего поведения и специфику приверженности лечению взрослых больных муковисцидозом.

Гипотезы исследования.

Общая гипотеза: внутренняя картина болезни взрослых с муковисцидозом является организованным паттерном субъективных представлений о смертельной генетической болезни, которые являются детерминантами поведения, направленного на управление болезнью. Изначальное развитие данного варианта ВКБ происходит на основе определяемого наследственностью биологического субстрата болезни ребенка, без предшествующего развития внутренней картины здоровья. Эти представления непосредственно влияют на персональный эмоциональный ответ на болезнь, совладающее с болезнью поведение, включая и приверженность лечению.

Частные гипотезы:

1. Субъективная оценка муковисцидоза взрослыми как заболевания, представляющего умеренную угрозу для жизни, способствует формированию

сбалансированной внутренней картины болезни, преобладанию адаптивных копинг-стратегий над дезадаптивными и сопровождается повышенным уровнем приверженности лечению.

2. Выраженное внимание к телесным проявлениям болезни, сосредоточенность на них и повышенная интенсивность эмоциональных реакций на болезнь негативно влияют на согласованность уровней внутренней картины болезни, увеличивают удельный вес малоадаптивных стратегий совладания с муковисцидозом и понижают уровень приверженности лечению.

Задачи исследования:

1. Теоретический анализ психологических исследований муковисцидоза, представлений о ВКБ, совладающем поведении и приверженности лечению.

2. Исследование особенностей многоуровневой структуры внутренней картины болезни взрослых пациентов с муковисцидозом в зависимости от тяжести течения болезни и когнитивной оценки болезни как угрозы для жизни.

3. Изучение особенностей совладающего с болезнью, трудными жизненными ситуациями поведения и приверженности лечению взрослых пациентов с муковисцидозом в зависимости от тяжести течения и когнитивной оценки болезни как угрозы для жизни.

4. Исследование связей между показателями внутренней картины болезни, совладающего поведения, приверженности лечению у взрослых пациентов с муковисцидозом с разными вариантами когнитивной оценки болезни как угрозы для жизни.

Теоретико-методологической основой диссертационного исследования являются: культурно-историческая концепция развития психики (Выготский Л.С.); теория деятельности (Леонтьев А.Н.); концепции психологии телесности и внутренней картины болезни (Николаева В.В., Тхостов А.Ш., Зинченко Ю.П., Арина Г.А., Рупчев Г.Е.); модель репрезентаций заболевания, саморегуляции и здравого смысла (Leventhal H.), когнитивно-феноменологическая теория преодоления стресса (копинг-поведения) (Lazarus R.S., Folkman S.), развитая в работах отечественных исследователей (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Соколова

Е.Т., Вассерман Л.И., Исаева Е.Р., Михайлова Н.Ф.), в том числе в аспекте приверженности лечению (Ялтонский В.М., Сирота Н.А. и др.).

Характеристика выборки. Обследовано 86 взрослых больных МВ (шифр по МКБ-10 E84.0) мужского (38 человек) и женского (48 человек) полов, проходящие плановое стационарное (61 человек) и амбулаторное (25 человек) лечение, в возрасте от 18 до 28 лет (средний возраст – $23,7 \pm 4,8$ года). От общего количества испытуемых 50% (43 человека) исследования имели высшее или неполное высшее образование; 40,7% (35 человек) - среднее образование и 9,3% (8 человек) имели образование 9 классов. Состояли в браке - 3 человека (2,6% от общей выборки).

Группами сравнения являлись участники одной выборки, но различающиеся **во-первых**, на основании клинических показателей (ФЖЕЛ, ОФВ1, ИМТ, тип возбудителя, уровень сатурации крови – SPO2) по тяжести течения заболевания: группа А (27 человек, 31,4% от общей выборки) – пациенты с умеренным течением МВ; группа Б (59 человек, 68,6% от общей выборки) – пациенты с тяжелым течением МВ; **во-вторых**, по восприятию болезни как угрозы для жизни и здоровья (на основании кластерного анализа): группа 1 (33 человека, 38,4% от общей выборки) – пациенты, воспринимающие МВ как умеренную угрозу жизни и здоровью (из них 10 (30,3%) с умеренным клиническим течением муковисцидоза; 23 (69,7%) – с тяжелым); группа 2 (53 человека, 61,6% от общей выборки) – пациенты, воспринимающие МВ как выраженную угрозу жизни и здоровью (из них 17 (32,1%) с умеренным клиническим течением муковисцидоза; 36 (67,9%) – с тяжелым).

Клинической базой исследования являлась лаборатория муковисцидоза ГБУЗ г. Москвы «ГКБ №57 ДЗ г. Москвы» при НИИ пульмонологии МЗ РФ. Исследование проводилось в течение 2010 – 2014 гг.

Методы исследования. Для исследования особенностей и возможных нарушений вербализации внутреннего опыта использовался тест «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (Тхостов А.Ш., 2009). Для выявления уровня выраженности тревоги как ситуативной (реактивной) переменной и

тревожности как личностно-типологической характеристики использована методика «Интегративный тест тревожности» (Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., 1997). Для определения и дифференциации спектра и интенсивности эмоциональных реакций больного на свое заболевание применялся «Опросник эмоционального реагирования на болезнь» (Ялтонский В.М., 2007). Оценка компонентов структуры восприятия болезни определена с помощью «Краткого опросника восприятия болезни» (Broadbent E., Petrie K.J., Main J., Weinman J., 2006; русскоязычная версия для пациентов с муковисцидозом Ялтонского В.М., 2010). Для определения смысла, приписываемого пациентом с муковисцидозом своему заболеванию, использовался опросник «Личностный смысл болезни» (Ялтонский В.М., 2007). Для исследования выбора и интенсивности использования больными муковисцидозом адаптивных и малоадаптивных способов (стратегий) совладания с болезнью использовался опросник «Совладающее поведение при муковисцидозе» (Abbot J., Dodd M., Gee L., Webb K., 2001; русскоязычная версия Ялтонского В.М., 2010). Для исследования особенностей поведения в проблемных и трудных для личности ситуациях и выявления характерных способов преодоления стресса применена «Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями» (Вассерман Л.И. и соавт., 2009). Русскоязычная версия опросника «Приверженность лечению при муковисцидозе» (Masterson T.L., 2007; Ялтонский В.М., 2011) использована для определения уровня приверженности лечению больных МВ, степени соблюдения ими рекомендаций врача по различным видам фармакотерапии и немедикаментозному лечению.

Достоверность и надежность результатов исследования обеспечены теоретическим обоснованием проблемы, репрезентативностью выборки испытуемых, применением научно-обоснованных методов психологического исследования, корректной обработкой полученных данных с помощью адекватных методов математической статистики. Для статистического анализа использовался программный пакет IBM SPSS Statistics 22 © SPSS Inc. (2013).

Научная новизна исследования:

1. Впервые в России проведено исследование и описаны клинико–психологические аспекты многоуровневой структуры ВКБ, способы совладания взрослых пациентов с муковисцидозом с болезнью и трудными ситуациями; оценена приверженность фармакотерапии и немедикаментозному лечению.

2. В качестве интегративной теоретической основы исследования впервые использованы отечественные модели ВКБ, модель саморегуляции болезни, основанной на здравом смысле Г. Левенталя, когнитивно-феноменологическая теория преодоления стресса (копинг-поведения) Р.С. Лазаруса и современные представления о приверженности лечению.

3. Впервые исследована ВКБ тяжелого заболевания с угрозой летального исхода и с генетически заданным субстратом болезни, без опыта жизни здоровым, без предшествующего развития внутренней картины здоровья.

4. Показано, что в рамках когнитивного уровня ВКБ ведущую роль играет феномен когнитивной оценки болезни как угрозы для жизни и здоровья (умеренной и выраженной) под влиянием которой формируются разные психологические варианты структуры ВКБ взрослых с муковисцидозом, меняется соотношение её компонентов, уровней, их интенсивности и специфики.

5. Определены особенности общего телесного самочувствия, спектр, интенсивность и специфика эмоциональных реакций на болезнь; измерены и наполнены психологическим содержанием параметры когнитивного уровня ВКБ («идентификация болезни», «последствия болезни», «продолжительность болезни», «контроль болезни», «контроль лечения», «понимание болезни» «озабоченность болезнью», «эмоциональная реакция на болезнь»), позитивные и негативные личностные смыслы болезни.

6. Впервые в отечественной клинической психологии апробирован пакет психодиагностических методик, разработанный для многоуровневого изучения ВКБ, совладающего поведения и приверженности лечению взрослых пациентов с муковисцидозом.

Теоретическая значимость работы. В данном исследовании реализован комплексный подход к анализу внутренней картины генетического заболевания представляющего летальную угрозу для жизни и здоровья, связанный с его преодолением и приверженностью лечению. Расширены представления о ВКБ, которая имеет генетическое происхождение, т.е. которой изначально не предшествует внутренняя картина здоровья, поскольку у родившегося больного ребенка отсутствует биологическое здоровье. Продемонстрировано влияние когнитивной оценки болезни как угрозы для жизни на образование разных вариантов структуры ВКБ, соотношение её компонентов, уровней, их интенсивности и специфики.

Дополнены представления о взаимном влиянии уровней ВКБ и персонализированность психологических характеристик, свойственных всем уровням ВКБ. Во взаимодействии психологических конструктов триады - ВКБ, совладающее поведение и приверженность лечению - определена первичность конструкта ВКБ, запускающего и детерминирующего способы когнитивного и эмоционального совладания с болезнью и трудными жизненными ситуациями и влияющих на приверженность/неприверженность рекомендованному режиму лечения. Результаты исследования представляются важными для развития отечественных разработок в области психосоматики и психологии телесности, а также для их интеграции с данными зарубежных авторов.

Практическая значимость работы. Предложенный психодиагностический комплекс методик для взрослых больных муковисцидозом позволяет проводить одновременно и в динамике оценку параметров чувственного, эмоционального, когнитивного и мотивационного уровней ВКБ при генетическом заболевании, измерять персональные способы совладания с проблемами жизни и болезнью, определять степень приверженности фармакотерапии и немедикаментозному лечению. Полученные данные позволяют разработать и внедрить в практику новые технологии клинко-психологического сопровождения взрослых больных муковисцидозом, ориентированные на согласование моделей болезни пациента и лечащего врача с целью повышения приверженности лечению данной категории

больных. Определение мишеней персонализированной психотерапии позволяет повысить качество проводимой коррекции, партнерского взаимодействия врача и пациента. Результаты исследования могут быть использованы в практической работе клинических психологов, врачей-терапевтов, пульмонологов, психиатров и в учебном процессе при изучении дисциплин «Клиническая психология», «Психология телесности», «Клинико-психологические аспекты стресса», «Психотерапия соматических заболеваний», «Психологическое сопровождение лечебного процесса».

Положения, выносимые на защиту.

1. В зависимости от субъективной интерпретации объективных проявлений муковисцидоза как представляющего умеренную либо выраженную угрозу для жизни, когнитивная оценка воспринимаемой угрозы собственной болезни может влиять на формирование разных вариантов ВКБ, отличающихся друг от друга по соотношению ее уровней, параметров, их интенсивности и специфики.

2. Совладающее с болезнью поведение взрослых больных муковисцидозом является вторичным по отношению к ВКБ психологическим конструктом, развивающимся в недрах когнитивного и мотивационного уровней ВКБ и тесно связанным с приверженностью лечению.

Апробация результатов работы. Отдельные аспекты работы доложены в ходе работы секции «Психология» на 75-ой Итоговой научно-практической конференции с международным участием, посвященной 80-летию со дня рождения акад. Б.С. Гракова (Красноярск, КрасГМУ, апрель 2011 г.); на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Клиническая психология в здравоохранении и образовании» (Москва, МГМСУ, октябрь 2011 г.); на V Международном Конгрессе «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» (Москва, РМАПО, сентябрь 2013 г.); на V Международной конференции молодых ученых «Психология - наука будущего» (Москва, ИП РАН, ноябрь 2013 г.); на I, II, III Московских научно-практических конференциях «Болезнь и здоровый образ жизни» с международным участием (Москва, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, декабрь

2012, 2013, 2014 гг.); на Всероссийских научно-практических конференциях с международным участием «Актуальные вопросы медицинской науки» (Ярославль, ЯГМА, апрель-май 2013, 2014 г.); на Научной конференции «Ананьевские чтения – 2014» (Санкт-Петербург, СПбГУ, октябрь 2014 г.); на Итоговых конференциях молодых ученых МГМСУ им. А.И. Евдокимова (Москва, МГМСУ им А.И. Евдокимова, март-май 2011-2015 гг.); на XVI Съезде психиатров в рамках Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» (Казань, сентябрь 2015 г.); на Международных научных конференциях студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов» (Москва, МГУ имени М.В. Ломоносова, апрель 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 гг.).

Внедрение результатов исследования. Полученные в ходе исследования результаты применяются в учебном процессе кафедры клинической психологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ. Они также использовались при разработке медико-психологического сопровождения взрослых пациентов с муковисцидозом.

Материалы исследования отражены в 14 научных публикациях, в том числе в 4-х публикациях в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Министерстве образования и науки РФ для публикации основных результатов диссертационных исследований общий объем – 4,58 п.л.; авторский вклад – 3,36 п.л.

Структура и объем работы. Диссертационная работа изложена на 199 страницах машинописного текста; состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, списка используемой литературы (197 источников, из них 63 на английском языке), а также 3 приложений. Работа иллюстрирована 17 рисунками и 23 таблицами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во **Введении** обосновывается актуальность изучения клинико-психологических аспектов муковисцидоза у взрослых пациентов и личности в условиях болезни в целом в клинической психологии; сформулированы предмет, объект, цель, задачи и гипотезы исследования; раскрыты теоретико-методологические основания работы; дана краткая характеристика обследованных групп больных и использованных методов, научной новизны, теоретического и практического значения; представлены основные положения, выносимые на защиту.

В **главе 1 «Субъективное реагирование личности на хроническую болезнь. Совладающее поведение и приверженность лечению у взрослых пациентов с муковисцидозом»** приведен теоретический анализ проблемы.

В **параграфе 1.1 «Муковисцидоз: основные клинические и психологические аспекты течения и лечения»** описаны современные представления об эпидемиологии, причинах возникновения и клинических особенностях муковисцидоза (Капранов Н.И., Каширская Н.Ю., Петрова Н.В., 2004) и, в частности, его течении и необходимом лечении во взрослом возрасте (Красовский С.А., Амелина Е.Л., 2006).

Изучение муковисцидоза у взрослых больных стало возможным относительно недавно, поэтому основной акцент сделан на результатах исследований с участием детей и подростков. Среди их психологических особенностей на первый план выступают нестабильность самооценки и различные трудности социализации (Боголепова Ю.В., Пятова С.В., 1997); эмоциональная лабильность, повышенная раздражительность и другие особенности аффективной сферы, проявляющиеся в межличностных коммуникациях и детерминирующие их (Войтович Т.Н., Мащиц А.П., 2002); отношение к своему заболеванию как к неизлечимому отражается в планировании своего будущего (Куртанова Ю.Е., 2003; Горлач Н.А., 2008).

В параграфе 1.2 «Адаптация личности к хронической болезни. Внутренняя картина болезни» описаны как различные представления об адаптации личности к болезни в целом (Рохлин Л.Л., 1957; Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г., 1980; Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980; Выготский Л.С., 1983), так и имеющиеся на данный момент концепции внутренней картины болезни (ВКБ) (Лурия Р.А., 1977; Николаева В.В., 1987; Тхостов А.Ш., Арина Г.А., 1990). Также изложены основные положения модели репрезентаций заболевания Г. Левенталя (Leventhal H., 1980). Приведены клинические примеры и результаты исследований подтверждающих практическую значимость и научную обоснованность данного подхода.

В параграфе 1.3 «Совладающее с болезнью поведение как психологический феномен» представлено описание совладающего поведения как психологического феномена. Приведен анализ как зарубежных классических концепций (Murphy L., 1962; Byrne D., 1964; Lazarus R.S., Folkman S., 1984; Amirkhan J.H., 1990), так и современных моделей копинг-поведения (Сирота Н.А., 1994; Ялтонский В.М., 1995; Журавлев А.Л., Крюкова Т.Л., Сергиенко Е.А., 2008; Исаева Е.Р., 2009; Михайлова Н.Ф., 2016).

В параграфе 1.4 «Приверженность лечению пациентов с муковисцидозом» на основе анализа зарубежных источников раскрываются основные особенности приверженности лечению пациентов с муковисцидозом. Описаны, как факторы, оказывающие негативное влияние на данный параметр (труднодоступность лекарственных средств, нехватка времени на реализацию предписанных процедур, а также субъективная оценка пациентом своего состояния), так и, наоборот, детерминирующие его рост (оптимистическая установка, социальная поддержка, установка пациента).

В Главе 2 «Постановка проблемы исследования» показано на основании результатов анализа отечественных и зарубежных исследований, что муковисцидоз взрослых как проблема клинической психологии является в России фактически не изученным. Теоретически и практически актуально получить знания о ВКБ угрожающего жизни генетического заболевания. Особое внимание

при реализации данного и будущих исследований следует уделить проблеме поуровневого анализа ВКБ как динамической саморегулируемой системы, изучить взаимное влияние, связь характеристик чувственной ткани, интрацепции с эмоциональными реакциями больных, персонализированными представлениями о болезни, её личностными смыслами и выбором стратегий совладания с ней. Когнитивная оценка угрозы муковисцидоза в данном контексте выступает в качестве интегративного показателя эмоционального реагирования и восприятия болезни как факторов, влияющих на особенности совладающего с болезнью поведения и приверженности/неприверженности лечению.

В данной главе также описаны гипотезы, задачи, материалы и методы исследования; обоснована эмпирическая процедура, дана характеристика групп испытуемых. Особое внимание уделяется описанию совокупности клинических показателей, учитываемых при определении тяжести течения муковисцидоза. Всем пациентам диагноз поставлен в период первых пяти лет жизни (средний возраст постановки диагноза – $2,73 \pm 0,92$ года). Показатель объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1%) – от 18 до 100 % от должного объема (среднее значение – $48,93 \pm 17,89\%$ от должного объема), показатель форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ%) – от 35 до 100 % от должного объема (среднее – $66,29 \pm 25,14\%$ от должного объема), показатель индекса массы тела (ИМТ) – от 13,7 до 22,9 в $\text{кг}/\text{м}^2$ (среднее – $18,78 \pm 4,26$ в $\text{кг}/\text{м}^2$), уровень насыщенности крови кислородом (индекс сатурации, SPO2) – от 90% до 97% (среднее значение – 94,10%). Возбудитель *Staphylococcus aureus* (Возбудитель 1) обнаружен у 17 человек (19,8% от общей выборки), *Pseudomonas aeruginosa* и другие неферментирующие грамотрицательные бактерии (Возбудитель 2) – у 58 человек (67,4%) и *Burkholderia cenocepacia* (Возбудитель 3) – у 11 (12,8%).

В главе 3 «Результаты эмпирического исследования» приведены результаты эмпирического исследования ВКБ и совладающего поведения у взрослых пациентов с муковисцидозом и их обсуждение.

В параграфе 3.1 «Результаты сравнительного исследования структуры ВКБ, совладающего поведения и приверженности лечению у взрослых пациентов с различной тяжестью течения муковисцидоза» приведены результаты сравнительного исследования восприятия болезни, совладающего поведения и приверженности лечению взрослых больных муковисцидозом в группах, различающихся тяжестью течения заболевания. Выявлены незначительные единичные значимые различия в сравниваемых группах. Сила установленных корреляционных связей также оказалась в основном слабой. Данный факт указывает на то, что объективные показатели физического функционирования не играют ведущей роли в формировании той или иной структурной специфики ВКБ у взрослых пациентов с муковисцидозом.

Параграф 3.2 «Результаты сравнительного исследования структуры ВКБ, совладающего поведения и приверженности лечению у взрослых пациентов с муковисцидозом с учетом различного восприятия болезни как угрозы» посвящен описанию формированию групп сравнения и структуры когнитивной оценки болезни как выраженной и как умеренной угрозы на основании кластерного анализа. В параграфе 3.2.1 «Результаты исследования чувственного уровня внутренней картины болезни взрослых пациентов с муковисцидозом» описываются данные, полученные при помощи выбора дескрипторов интрацептивных ощущений у всех исследуемых, а также в группе пациентов, воспринимающих муковисцидоз как умеренную (группа 1) и как выраженную (группа 2) угрозу жизни и здоровью. При сравнении групп установлены статистически значимые различия в количестве слов, подходящих для описания внутренних телесных ощущений ($26,22 \pm 15,92$ слов, $36,00 \pm 16,49$ слов; $P=0,033$), и часто встречающихся ощущений ($4,42 \pm 3,55$ слов, $2,14 \pm 1,34$ слов; $P=0,049$); относительных показателей выборов важных и значимых ощущений ($51,62 \pm 27,97$ слов, $43,00 \pm 21,01$ слов; $P=0,045$) и слов, описывающих опасные, угрожающие здоровью ощущения ($75,71 \pm 23,84$ слов, $45,62 \pm 24,76$ слов; $P=0,049$).

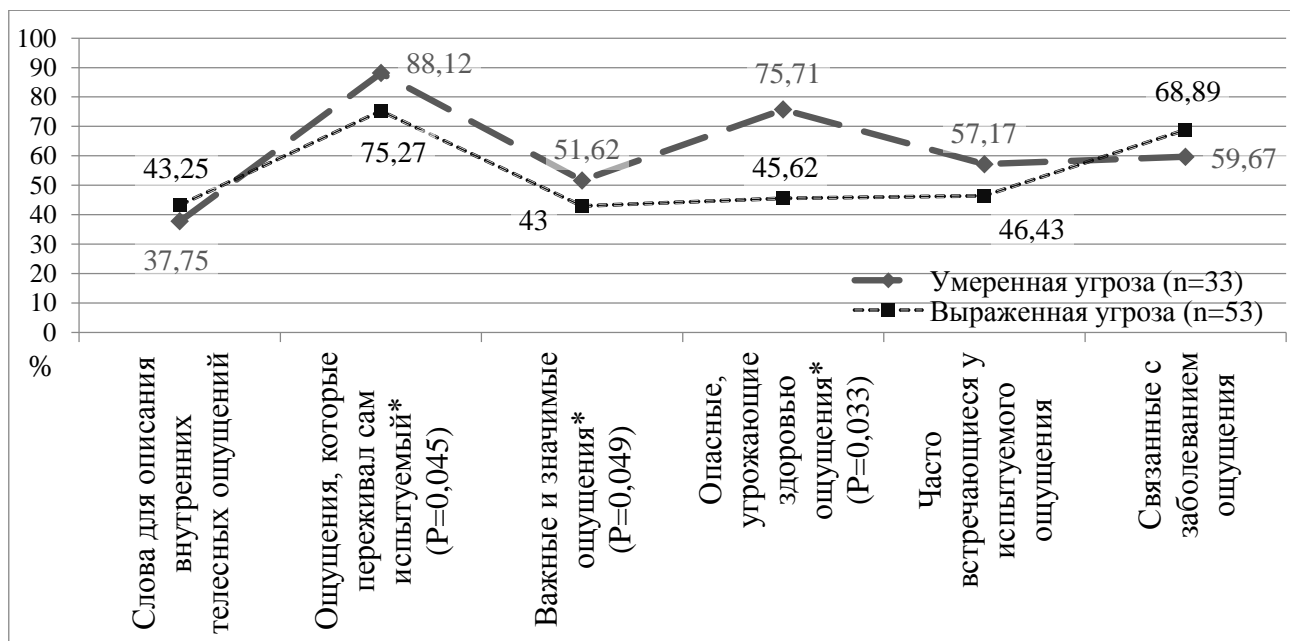


Рисунок 1 - Результаты сравнительного анализа относительных показателей интрацептивных словарей в группах пациентов с различным восприятием болезни (в %). * - Статистически значимые различия. За 100% принимается полное соответствие выбранных дескрипторов с предыдущим выбором.

Анализ распределения дескрипторов, используемых для описания интрацептивных ощущений по различным классам, показал, что по всем классам, кроме «метафора», показатели в группе больных с восприятием муковисцидоза как выраженной угрозы жизни и здоровью выше. При этом, статистически значимые различия установлены в классах «существительные» (P=0,045), «наречия» (P=0,033), «телесные» (P=0,049) и «диффузные» (P=0,045).

В параграфе 3.2.2 «Результаты исследования эмоционального уровня ВКБ у взрослых пациентов с муковисцидозом» представлены данные исследования показателей личностной тревожности в группах с различным субъективным восприятием болезни.

В группе взрослых пациентов, воспринимающих муковисцидоз как умеренную угрозу жизни и здоровью, показатели по всем шкалам личностной тревожности находятся в пределах нормы. Ведущими компонентами личностной тревожности являются тревожная оценка перспективы ($6,09 \pm 2,12$ станайна) и астенический компонент ($5,73 \pm 2,69$ станайна).

Таблица 1 - Результаты сравнительного исследования структуры личностной тревожности в группах больных с различным восприятием болезни (в станайнах).

Компоненты личностной тревожности	Среднее значение по всей выборке (n=86)	Группа 1 (n=33)	Группа 2 (n=53)	Значимость различий
	Me±SD, станайны			
Общий уровень тревожности	6,57±1,93	5,82±2,14	7,63±1,41	P=0,050
Эмоциональный дискомфорт	6,14±2,13	5,00±2,32	7,43±0,97	P=0,011
Астенический компонент	6,38±2,18	5,73±2,69	7,11±1,27	-
Фобический компонент	5,67±2,31	4,70±2,16	6,43±2,24	P=0,015
Тревожная оценка перспективы	6,67±1,98	6,09±2,12	7,33±1,80	-
Социальные реакции защиты	4,86±2,78	5,36±3,07	3,89±2,20	-

У взрослых пациентов с муковисцидозом, воспринимающих свое заболевание как выраженную угрозу жизни и здоровью, статистически значимо выше, чем в сравниваемой группе, показатели по шкалам: «Общий уровень тревожности» (7,63±1,41 станайна), «Эмоциональный дискомфорт» (7,43±0,97 станайна) и «Фобический компонент» (6,43±2,24 станайна). Также стоит отметить, что в данной группе испытуемых показатели большинства шкал превышали нормативные показатели, приведенные авторами методики (А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, 1997). В ходе исследования ситуативной тревоги и компонентов, входящих в ее структуру, в группах с различным субъективным восприятием болезни получены аналогичные результаты.

При сравнительном анализе структуры эмоционального реагирования на болезнь у взрослых пациентов с муковисцидозом с различным восприятием болезни установлено, что в группе взрослых пациентов, воспринимающих муковисцидоз как выраженную угрозу жизни и здоровью, наиболее выражено преобладание негативного эмоционального реагирования, чем в группе с восприятием болезни как умеренной угрозы жизни и здоровью. При этом, статистически значимые различия обнаружены по шкалам: «Негативные формы эмоционального реагирования на болезнь» (0,75±0,45 балла, 0,31±0,42 балла; P=0,43), «Гнев» (1,33±1,00 балла, 1,16±0,75 балла; P=0,33), «Разочарование» (0,66±0,54 балла, 0,27±0,25 балла; P=0,49), «Презрение к себе» (0,8±0,7 балла, 0,44±0,22 балла; P=0,43).

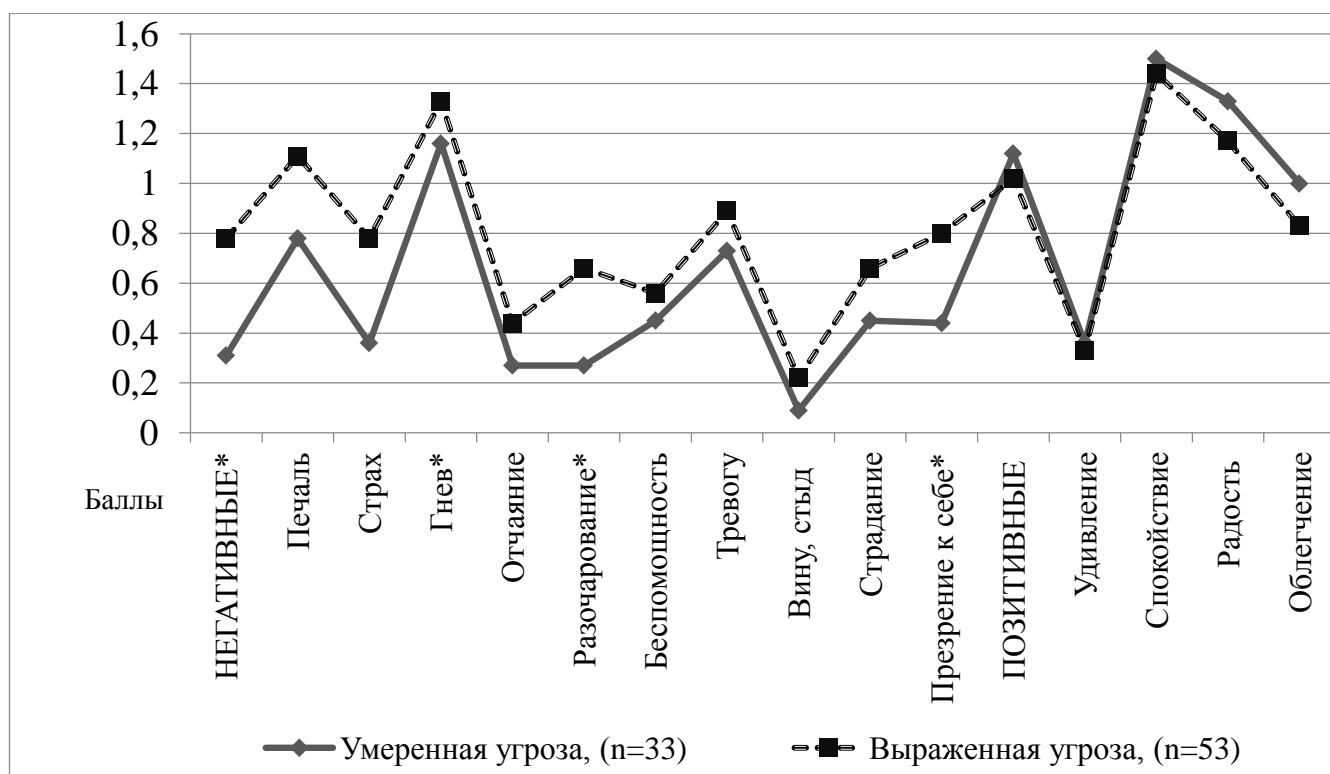


Рисунок 2 - Результаты сравнительного исследования эмоциональных форм реагирования в группах больных с различным восприятием болезни (в баллах).

* - Статистически значимые различия.

В параграфе 3.2.3 «Результаты исследования когнитивного уровня ВКБ у взрослых пациентов с муковисцидозом» описана структура субъективного восприятия болезни в выделенных группах. Взрослые больные муковисцидозом с восприятием болезни как умеренной угрозы жизни и здоровью расценивают последствия своего заболевания как менее тяжёлые ($4,90 \pm 1,85$ балла; $P=0,011$); воспринимают свою способность контролировать течение болезни как высокую ($8,10 \pm 1,91$ балла; $P=0,008$); хуже ощущают своё заболевание и его симптомы (идентифицируют заболевание) ($5,30 \pm 2,36$ балла; $P=0,043$); менее озабочены своим заболеванием ($3,90 \pm 1,73$ балла; $P=0,005$) и слабее эмоционально реагируют на него ($2,30 \pm 2,06$ балла; $P=0,001$), чем пациенты, воспринимающие свое заболевание как выраженную угрозу жизни и здоровью.

В структуре их субъективного восприятия болезни на первый план выступает очень высокое понимание своего заболевания ($9,21 \pm 1,63$ балла).

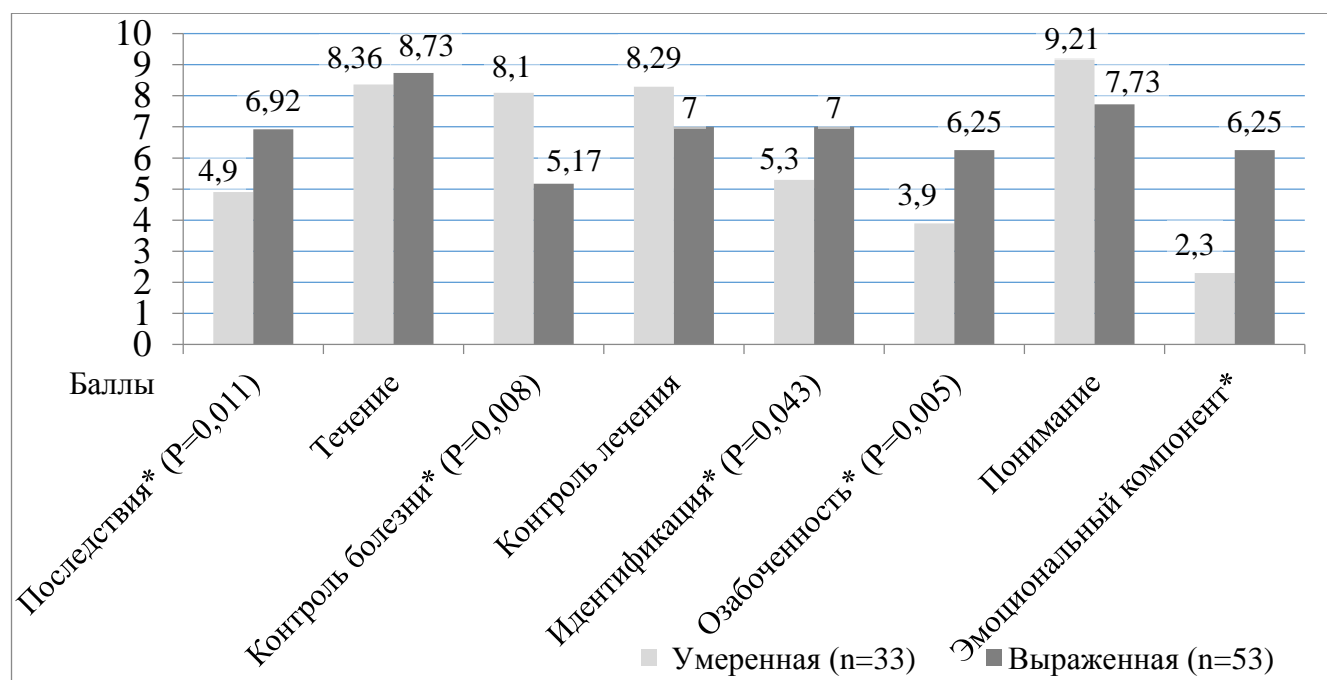


Рисунок 3 - Результаты сравнительного исследования структуры восприятия болезни в группах пациентов с различной степенью восприятия болезни как угрозы (в баллах). * - Статистически значимые различия.

Взрослые пациенты с муковисцидозом, воспринимающие свое заболевание как выраженную угрозу жизни и здоровью, определяют последствия своего заболевания как более тяжёлые ($6,92 \pm 1,31$ балла; $P=0,011$); воспринимают свою способность контролировать течение болезни как умеренную ($5,17 \pm 2,41$ балла; $P=0,008$), успешнее идентифицируют своё заболевание (определяют симптомы с ним связанные) ($7,00 \pm 1,56$ балла; $P=0,043$); больше обеспокоены своим заболеванием ($6,25 \pm 1,66$ балла; $P=0,005$) и вследствие этого обладают более сильным эмоциональным реагированием на болезнь ($6,25 \pm 1,54$ балла; $P=0,001$). При этом ведущую роль в структуре субъективного восприятия болезни данных пациентов играет осознание хронического течения и неизлечимости муковисцидоза.

В параграфе 3.2.4 «Результаты исследования мотивационного уровня ВКБ у взрослых пациентов с муковисцидозом» показано, что взрослые больные, воспринимающие муковисцидоз как умеренную угрозу жизни и здоровью (группа 1), имеют статистически значимо более высокие показатели позитивного смысла «Вызов», чем в сравниваемой группе ($1,33 \pm 0,50$ балла,

0,91±0,83 балла; P=0,049). При этом, пациенты с муковисцидозом с восприятием болезни как выраженной угрозы жизни и здоровью (группа 2) имеют статистически значимо более высокие показатели по шкалам таких негативных смыслов, как «Угроза» (0,98±0,91 балла; P=0,045) и «Слабость» (0,18±0,10 балла; P=0,050), чем в сравниваемой группе (0,45±0,49 балла, P=0,045 и 0 баллов, P=0,050 - соответственно).

Таблица 2 - Сравнительное исследование личностных смыслов болезни в группах пациентов с различным восприятием болезни (в баллах).

Варианты личностных смыслов болезни		Группа 1 (n=33)	Группа 2 (n=53)	Значимость различий
		Me±SD, баллы		
Негативные	Расплата	0	0	-
	Слабость	0	0,18±0,10	P=0,050
	Потеря	0,67±0,42	0,73±0,65	-
	Угроза	0,45±0,49	0,98±0,91	P=0,045
Позитивные	Облегчение	0	0	-
	Помощь	0,11±0,09	0,27±0,25	-
	Вызов	1,33±0,50	0,91±0,83	P=0,049
	Опыт	1,64±0,81	1,33±0,87	-

При сравнении интенсивности использования стратегий совладающего со стрессовыми жизненными ситуациями поведения в группах с различным восприятием болезни как угрозы (группа 1 и группа 2) получены следующие результаты. Взрослые пациенты с муковисцидозом, воспринимающие свое заболевание как умеренную угрозу жизни и здоровью (группа 1), статистически значимо реже используют копинг-стратегии «Дистанцирование» (50,56±11,76 Т-балла, 58,77±11,30 Т-балла; P=0,036), «Бегство-избегание» (47,91±12,02 Т-балла, 56,11±12,38 Т-балла; P=0,045), «Конфронтация» (46,45±11,36 Т-балла, 55,78±11,26 Т-балла; P=0,039).

Исследование использования стратегий совладающего с МВ поведения в группах с разным восприятием болезни позволило обнаружить значимые различия. Так, взрослые пациенты с муковисцидозом, воспринимающие свое заболевание как умеренную угрозу жизни и здоровью, статистически значимо

чаще используют высокоадаптивную стратегию «Оптимистическое принятие» ($75,67 \pm 10,61\%$ из 100), чем пациенты с восприятием болезни как выраженной угрозы ($67,36 \pm 18,35\%$ из 100; $P=0,047$). Однако взрослые пациенты с муковисцидозом, воспринимающие свое заболевание как выраженную угрозу жизни и здоровью, статистически значимо чаще используют малоадаптивную стратегию «Избегание» ($64,11 \pm 13,26\%$ из 100), чем взрослые пациенты с восприятием болезни как умеренной угрозы ($40,73 \pm 15,24\%$ из 100; $P=0,037$).

Таблица 3 - Результаты сравнительного исследования использования специфических стратегий совладающего с муковисцидозом поведения в группах пациентов с различным восприятием болезни (в %).

Специфические копинг-стратегии	Среднее значение по всей выборке	Группа 1 (n=33)	Группа 2 (n=53)	Значимость различий
	Me±SD, %			
Оптимистическое принятие	70,71±14,23	75,67±10,61	67,36±18,35	P=0,047
Надежда	48,86±23,74	54,33±18,16	46,82±27,56	-
Отвлечение	34,95±19,02	28,27±19,56	41,11±16,78	-
Избегание	51,33±26,02	40,73±15,24	64,11±13,26	P=0,037

При исследовании уровня приверженности лечению в группах взрослых больных муковисцидозом с различным восприятием болезни получены следующие результаты. В структуре приверженности лечению взрослых пациентов с муковисцидозом, воспринимающих свое заболевание как умеренную угрозу жизни и здоровью (группа 1), на первый план выступают: прием витаминов (77,8%) и ферментов поджелудочной железы (панкреатических) (60%) и ингаляции при помощи небулайзера (84%) среди методов фармакотерапии; дыхательная гимнастика (кинезиотерапия) (72%) - среди немедикаментозных форм лечения.

Взрослые пациенты, воспринимающие МВ как выраженную угрозу жизни и здоровью (группа 2), наиболее привержены таким методам фармакотерапии, как прием антибиотиков перорально (88,6%) и ингаляции при помощи небулайзера (73,8%). При этом, пациенты из данной группы статистически значимо менее

привержены, чем пациенты из группы 1, таким видам лечения, как прием пищевых добавок ($P=0,045$), дыхательная гимнастика (кинезиотерапия) ($P=0,049$), ингаляции при помощи небулайзера ($P=0,045$) и статистически значимо более привержены приему антибиотиков перорально ($P=0,030$).

В главе 4 «**Результаты корреляционного анализа**» установлено, что восприятие своего заболевания как угрозы жизни и здоровью является фактором, обуславливающим ту или иную структурную специфику показателей различных компонентов ВКБ взрослых пациентов с муковисцидозом. Данный параметр имеет положительные корреляционные связи с количеством существительных ($R=0,487$; $p=0,040$), наречий ($R=0,606$; $p=0,008$) и слов, описывающих психические процессы и состояния ($R=0,519$; $p=0,027$); с эмоциональным дискомфортом в структуре личностной тревожности ($R=0,541$; $p=0,014$) а также с фобическим компонентом тревоги ($R=0,537$; $p=0,015$); со стратегией совладающего со стрессовыми жизненными ситуациями поведения «Конфронтация» ($R=0,590$; $p=0,008$); с личностным смыслом болезни «Угроза» ($R=0,510$; $p=0,023$); с приемом антибиотиков перорально ($R=0,499$; $p=0,030$).

В главе 5 «**Обсуждение результатов**» в соответствии с поставленными целями и задачами представлено обобщающее описание полученных данных, а также их интерпретации в рамках выбранной теоретической основы исследования. Наряду с сопоставлением результатов проведенного исследования с данными, полученными в ходе исследований отечественных и зарубежных авторов уделяется особое внимание интеграции положений отечественного (В.В. Николаева, А.Ш. Тхостов, Г.А. Арина) и зарубежного (Н. Leventhal, R.S. Lazarus, Z. Lipowski) подходов к описанию личности в условиях угрожающего жизни заболевания.

Подчеркивается значимая роль когнитивной оценки угрозы болезни, как ведущего фактора в формировании различных типов ВКБ. Ее многоуровневая структура описана для взрослых пациентов с муковисцидозом, воспринимающих имеющееся заболевание как умеренную и как выраженную угрозу. Показано, что восприятие болезни как выраженной угрозы негативно сказывается на адаптации

к имеющемуся заболеванию; связано с негативным эмоциональным реагированием, выбором малоадаптивных копинг-стратегий; снижает показатели и значительно сужает спектр применяемого пациентом лечения.

В качестве «угрозы» предлагается рассматривать не только сам факт возможности летального исхода болезни, но и накладываемые ею ограничения в коммуникативной, профессиональной деятельности, интимно-личностном общении. Это снижает успешную социализацию и адаптацию пациента к внешним условиям на фоне взросления и достижения им совершеннолетия. Также угрожающими для личности, находящейся в условиях болезни с высокой вероятностью летального исхода, могут представляться тревожные переживания, связанные с невозможностью реализовать или даже спланировать свои дальнейшие возможные перспективы.

Показано, что совладающее поведение взрослых пациентов с муковисцидозом (включая приверженность лечению) опосредовано, как и другие показатели ВКБ, в первую очередь, когнитивной оценкой угрозы болезни. Предлагается рассматривать копинг-поведение пациента как сложный психологический конструкт в рамках мотивационного уровня ВКБ.

В Заключение подводятся основные итоги исследования.

ВЫВОДЫ

1. Внутренняя картина болезни (ВКБ) взрослых пациентов с муковисцидозом является уникальным вариантом ВКБ тяжелого генетического заболевания с высокой вероятностью летального исхода, развивающейся без предшествующей ей внутренней картины здоровья (ВКЗ) у изначально больного ребенка, не знающего, что такое здоровье.

2. На формирование ВКБ влияют психологические факторы, среди которых ведущая роль отводится когнитивной оценке угрозы болезни пациентами для своей жизни. Эти факторы влияют на образование определенной структуры ВКБ, соотношение её компонентов, уровней, их специфики и выраженности.

3. У взрослых пациентов с муковисцидозом выделены два варианта когнитивной оценки болезни как угрозы для жизни. Восприятие болезни как умеренной угрозы для жизни включает в себя высокие показатели по таким когнитивным компонентам как «Понимание болезни», «Течение болезни», «Контроль болезни» и «Контроль лечения». Восприятие болезни как выраженной угрозы для жизни включает в себя высокие показатели по компонентам «Идентификация болезни», «Последствия болезни», «Озабоченность болезнью» и «Эмоциональные реакции на болезнь».

4. Когнитивная оценка болезни как умеренной угрозы для жизни детерминирует сдержанность эмоционального ответа на муковисцидоз и невысокую обеспокоенность болезнью, способствует ограниченной идентификации проявлений болезни, оценке последствий муковисцидоза как умеренных по тяжести, повышению уверенности в своей способности контролировать лечение. Она определяет в структуре мотивационного уровня ВКБ преобладание позитивных смыслов болезни («опыт», «вызов») над негативными («враг/угроза», «потеря»); преобладание копинг-стратегий адаптивного оптимистического принятия болезни, надежды на излечение над стратегиями мало адаптивного избегания и содействует более широкому спектру приверженности фармакотерапии и немедикаментозного лечения. Интрацептивное восприятие, связанное с когнитивной оценкой болезни как умеренной угрозы жизни, сфокусировано непосредственно на проявлениях болезни, характеризуется диффузностью, малой дифференцированностью интрацептивного словаря и отражает дефицитарность семантики внутреннего восприятия.

5. Интрацептивное восприятие муковисцидоза, зависящее от когнитивной оценки болезни как выраженной угрозы, сначала трансформируется относительно преувеличенной угрозы здоровью, а затем, в измененном виде, идентифицирует собственно телесные ощущения. Когнитивная оценка муковисцидоза как выраженной угрозы для жизни, детерминирует избыточную аффективную окрашенность проявлений заболевания, высокую озабоченность болезнью и

преувеличение ее значимости для себя; способствует более полной, расширенной идентификации заболевания по его проявлениям, восприятию последствий болезни как серьезных и тяжелых. Она сочетает позитивные смыслы («опыт», «вызов») с негативными смыслами болезни («угроза/враг»), контрастное сочетание использования копинг-стратегий оптимистического принятия с мало адаптивным избеганием болезни и преобладание стратегий избегания трудных жизненных ситуаций, способствует снижению приверженности фармакотерапии и немедикаментозному лечению.

6. Результаты корреляционного анализа свидетельствуют, что многоуровневая структура ВКБ в целом, совладание с болезнью и приверженность лечению являются взаимно связанными психологическими конструктами единой системы саморегуляции болезни и лечения, в которой ВКБ первична, а совладание и приверженность лечению вторичны. ВКБ запускает выбор персональных, разрешающих проблему и сфокусированных на эмоциях, способов совладания с болезнью и оценивает их эффективность по принципу обратной связи. Приверженность или неприверженность лечению при этом могут быть рассмотрены как различные варианты диадического копинг-поведения врача и пациента.

7. Использованный в исследовании пакет методик для измерения особенностей внутренних телесных ощущений, эмоциональных реакций на болезнь, представлений о болезни и её личностных смыслах, способов совладания с муковисцидозом и с трудными жизненными ситуациями; приверженности фармакотерапии и немедикаментозным методам лечения позволяет проводить многоуровневую оценку ВКБ, копинг-поведения и приверженности лечению взрослых больных муковисцидозом.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

(общий объем – 4,58 п.л.; авторский вклад – 3,36 п.л.).

Публикации в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Министерстве образования и науки РФ для публикации основных результатов диссертационных исследований:

1. Абросимов, И.Н. Совладающее с болезнью поведение взрослых с муковисцидозом / В.М. Ялтонский, И.Н. Абросимов // Национальный психологический журнал. – 2014. - №3 (15). – С. 60-65. (0,58 п.л. / 0,29 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,449

2. Абросимов, И.Н. Особенности приверженности лечению взрослых больных муковисцидозом с разным уровнем восприятия угрозы заболевания / В.М. Ялтонский, И.Н. Абросимов // Ремедиум. Журнал о рынке лекарств и медицинской технике. – 2014. - №1-2. – С. 73-76. (0,45 п.л. / 0,2 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,169

3. Абросимов, И.Н. Угроза жизни как предиктор выбора копинг-стратегий, уровня приверженности лечению и качества жизни у взрослых пациентов с муковисцидозом / И.Н. Абросимов // Российский психологический журнал. – 2015. – Т.12. - №1. – С.60-69. (0,7 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,127

4. Абросимов, И.Н. Представления о болезни взрослых пациентов с муковисцидозом / В.М. Ялтонский, И.Н. Абросимов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2015. - №3. – С. 70 - 73. (0,4 п.л./0,2 п.л.) ИФ РИНЦ - 0,433

Научные публикации в других изданиях:

5. Абросимов, И.Н. Совладающее поведение подростков, больных муковисцидозом [Электронный ресурс] / В.М. Ялтонский, Л.В. Дияжева, И.Н. Абросимов // Медицинская психология в России: электронный научный журнал 2011. N 6. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (0,3 п.л. / 0,1 п.л.)

6. Абросимов, И.Н. Субъективное восприятие болезни как угрозы и способы ее преодоления у больных муковисцидозом / В.М. Ялтонский, И.Н. Абросимов // Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Клиническая психология в здравоохранении и образовании» / Отв. ред. Н.А. Сирота. - М.: МГМСУ, 2011. – С. 94-97. (0,2 п.л. / 0,1 п.л.)

7. Абросимов, И.Н. Приверженность лечению у взрослых больных муковисцидозом [Электронный ресурс] / И.Н. Абросимов // Материалы международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2012» / Отв. ред. А.И. Андреев, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов, М.В. Чистякова.- М.: МАКС Пресс, 2012. - 1 электрон. опт. диск (DVD-ROM); 12 см. - Систем. требования: ПК с процессором 486+; Windows 95; дисковод DVD-ROM; Adobe Acrobat Reader. - 3 с. (0,16 п.л.)

8. Абросимов, И.Н. Влияние субъективного восприятия болезни на уровень качества жизни у взрослых пациентов с муковисцидозом / И.Н. Абросимов // Актуальные вопросы медицинской науки: сборник научных работ студентов и молодых ученых всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы медицинской науки», посвященной 85-летию профессора Е.Н. Дормидонтова. - Ярославль: ООО Издательско-полиграфический комплекс «Индиго», 2013. – С. 129. (0,08 п.л.)

9. Абросимов, И.Н. Возрастные особенности восприятия болезни, совладающего поведения и качества жизни пациентов с муковисцидозом / И.Н. Абросимов // Материалы V Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» / Под ред. А.А. Северного, Ю.С. Шевченко. Москва, 24-27 сент. 2013 г. - М.: ООО ONEBOOK. - С. 125-126. (0,11 п.л.)

10. Абросимов, И.Н. Соотношение эмоционального уровня ВКБ с субъективным восприятием болезни у пациентов с муковисцидозом / В.М. Ялтонский, И.Н. Абросимов // Психология – наука будущего. Материалы V международной конференции молодых ученых / Отв. ред. А.Л. Журавлев, Е.А.

Сергиенко, Н.Е. Харламенкова, К.Б. Зуев. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2013. – С. 717-718. (0,16 п.л. / 0,8 п.л.)

11. Абросимов, И.Н. Когнитивный и эмоциональный уровни ВКБ у взрослых пациентов с муковисцидозом [Электронный ресурс] / И.Н. Абросимов // Материалы международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2014» / Отв. ред. А.И. Андреев, Е.А. Антипов. — М.: МАКС Пресс, 2014. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM); 12 см. - Систем. требования: ПК с процессором 486+; Windows 95; дисковод DVD-ROM; Adobe Acrobat Reader. – 3 с. (0,15 п.л.)

12. Абросимов, И.Н. Когнитивный и эмоциональный уровни внутренней картины болезни у взрослых пациентов с муковисцидозом / И.Н. Абросимов // Болезнь и здоровый образ жизни: электронный сборник материалов III международной научно-практической конференции / Под ред. Д.Н. Чернова и Г.А. Адашинской. – М.: РНИМУ им. Н.И. Пирогова. - 2014. – С. 64-66. (0,23 п.л.)

13. Абросимов, И.Н. Мотивационный уровень ВКБ у взрослых пациентов с муковисцидозом / И.Н. Абросимов // Материалы международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2015» / Отв. ред. А.И. Андреев, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов. [Электронный ресурс] — М.: МАКС Пресс, 2015. — 1 электрон. опт. диск (DVD-ROM); 12 см. - Систем. требования: ПК с процессором 486+; Windows 95; дисковод DVD-ROM; Adobe Acrobat Reader. – 3 с. (0,14 п.л.)

14. Абросимов, И.Н. Структура внутренней картины болезни и совладающего поведения у взрослых больных муковисцидозом [Электронный ресурс] / В.М. Ялтонский, И.Н. Абросимов // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. — СПб.: Альта Астра, 2015. — С. 677-678. (0,2 п.л. / 0,1 п.л.)