

# Психологические особенности пациентов с ревматоидным артритом, имеющих выраженные тревожно-депрессивные переживания

Абросимов И.Н.<sup>1</sup>, Ялтонский В.М.<sup>2</sup>, Лисицына Т.А.<sup>3</sup>, Абрамкин А.А.<sup>3</sup>,  
Ламчева Е.И.<sup>2</sup>, Тимашков А.Ю.<sup>4</sup>, Ли́ла А.М.<sup>3,5</sup>

<sup>1</sup>НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», Москва; <sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва; <sup>3</sup>ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва; <sup>4</sup>ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва; <sup>5</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

<sup>1</sup>Россия, 121170, Москва, Кутузовский просп., 34, стр. 14; <sup>2</sup>Россия, 127006, Москва, Долгоруковская ул., 4;

<sup>3</sup>Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34А; <sup>4</sup>Россия, 101000, Москва, Кривоколенный пер., 3;

<sup>5</sup>Россия, 125993, Москва, ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1

Негативное влияние хронической болезни на психологическое благополучие и адаптацию пациентов с ревматоидным артритом (РА) остается распространенной проблемой, несмотря на достижения в их комплексном лечении и реабилитации. В связи с этим актуальным является изучение психологических факторов, обуславливающих уровень тревожно-депрессивных переживаний у пациентов с РА.

**Цель** исследования – анализ восприятия болезни, осознанности и самосострадания как психологических особенностей пациентов с РА и выраженными тревожно-депрессивными переживаниями.

**Материал и методы.** Обследовано 180 пациентов (149 женщин и 31 мужчина) с достоверным диагнозом РА, средний возраст которых составлял  $43,41 \pm 11,18$  года, средняя длительность болезни –  $10,03 \pm 8,98$  года. С помощью пакета психодиагностических методик были оценены уровень тревоги и депрессии, особенности восприятия болезни, развития навыков осознанности и компонентов самосострадания.

**Результаты и обсуждение.** На основании данных исследования выделено две группы пациентов: с клинически значимыми тревожно-депрессивными проявлениями и без таковых. Восприятие болезни у пациентов с выраженными тревожно-депрессивными проявлениями отличалось ожиданием угрозы от болезни, эмоциональной озабоченностью и снижением чувства собственного контроля над ней. Также в данной группе были снижены общие и структурные показатели осознанности и самосострадания.

**Заключение.** Специфику восприятия болезни, снижение навыков осознанности и самосострадания можно рассматривать в качестве психологических особенностей пациентов с РА, имеющих выраженные тревожно-депрессивные переживания. Проведенное исследование позволило получить новые, более дифференцированные представления о мишенях психодиагностической и психологической коррекции при РА.

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит; тревога; депрессия; саморегуляция; восприятие болезни; осознанность; самосострадание.

**Контакты:** Илья Николаевич Абросимов; [i.abrosimov@bk.ru](mailto:i.abrosimov@bk.ru)

**Для ссылки:** Абросимов ИН, Ялтонский ВМ, Лисицына ТА, Абрамкин АА, Ламчева ЕИ, Тимашков АЮ, Ли́ла АМ. Психологические особенности пациентов с ревматоидным артритом, имеющих выраженные тревожно-депрессивные переживания. 2025;19(1): 64–71. DOI: 10.14412/1996-7012-2025-1-64-71

## Psychological characteristics of patients with rheumatoid arthritis with severe anxiety and depression

Abrosimov I.N.<sup>1</sup>, Yaltonsky V.M.<sup>2</sup>, Lisitsyna T.A.<sup>3</sup>, Abramkin A.A.<sup>3</sup>, Lamcheva E.I.<sup>2</sup>,  
Timashkov A.Yu.<sup>4</sup>, Lila A.M.<sup>3,5</sup>

<sup>1</sup>Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow; <sup>2</sup>Russian University of Medicine, Ministry of Health of Russia, Moscow; <sup>3</sup>V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow; <sup>4</sup>National Research University «Higher School of Economics», Moscow; <sup>5</sup>Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Ministry of Health of Russia, Moscow

<sup>1</sup>34, Kutuzovskiy Prospect, Build. 14, Moscow 121170, Russia; <sup>2</sup>4, Dolgorukovskaya Street, Moscow 127006, Russia; <sup>3</sup>34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522, Russia; <sup>4</sup>3, Krivokolenniy Allay, Moscow 101000, Russia; <sup>5</sup>2/1, Barrikadnaya Street, Build. 1, Moscow 125993, Russia

*The negative impact of chronic disease on the psychological well-being and adaptation of patients with rheumatoid arthritis (RA) remains a common problem despite advances in its comprehensive treatment and rehabilitation. In this context, it is important to investigate the psychological factors that determine the extent of anxiety and depression in patients with RA.*

**Objective:** to analyze the perception of the disease, mindfulness and self-compassion as psychological characteristics of patients with RA and marked anxiety-depressive manifestations.

**Material and methods.** A total of 180 patients (149 women and 31 men) with a confirmed diagnosis of RA were examined. Their mean age was  $43.41 \pm 11.18$  years, and the mean duration of the disease was  $10.03 \pm 8.98$  years. A package of psychodiagnostic methods was used to assess the level of anxiety and depression, characteristics of the disease perception, development of mindfulness skills, and components of self-compassion.

**Results and discussion.** Based on the study data, two patient groups were identified: patients with clinically significant anxiety and depressive manifestations and patients without them. The perception of the disease in patients with marked anxiety-depressive manifestations was characterized by the expectation of a threat from the disease, emotional apprehension and a decrease in the sense of personal control over the disease. In addition, in this group general and structural indicators of awareness and self-compassion were reduced.

**Conclusion.** The specificity of disease perception, diminished awareness and capacity for self-compassion can be considered as psychological characteristics of patients with RA who have marked anxiety and depressive manifestations. The study allowed us to gain new, more differentiated ideas about the goals of psychodiagnostics and psychological correction in RA.

**Keywords:** rheumatoid arthritis; anxiety; depression; self-regulation; disease perception; awareness; self-compassion.

**Contact:** Ilya Nikolaevich Abrosimov; [i.abrosimov@bk.ru](mailto:i.abrosimov@bk.ru)

**For reference:** Abrosimov IN, Yaltonsky VM, Lisitsyna TA, Abramkin AA, Lamcheva EI, Timashkov AYu, Lila AM. Psychological characteristics of patients with rheumatoid arthritis with severe anxiety and depression. *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal*. 2025;19(1):64–71. DOI: 10.14412/1996-7012-2025-1-64-71

Ревматоидный артрит (РА) — аутоиммунное ревматическое заболевание неясной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным повреждением хрящевой ткани и системным поражением внутренних органов, приводящее к ранней инвалидизации и сокращению продолжительности жизни пациентов [1].

Причинам развития РА посвящено множество эмпирических исследований и метаанализов, результаты которых указывают на многофакторность его патогенеза.

РА — распространенное заболевание. Согласно эпидемиологическим данным, в 2019 г. во всем мире РА страдали 18 млн человек, из них около 70% составляли женщины и 55% — люди старше 55 лет [2]. Уже на ранних стадиях развития (в первые 3–5 лет) РА приводит к потере трудоспособности и снижению качества жизни. Также установлено негативное влияние РА на продолжительность жизни [3].

Тяжелое бремя болезни отражается на образе жизни пациентов. Причиной этого является прогрессирующий, плохо прогнозируемый характер течения РА [4]. Такие пациенты часто не видят позитивных сценариев своего будущего, не могут строить отдаленные планы, так как с течением времени двигательные ограничения нарастают. Среди доминирующих психологических жалоб на первое место выступает страх зависимости от других людей и невозможности самообслуживания [5]. Постоянное присутствие этих страхов и ограничений приводит к изменениям в самоидентичности, характеризующимся интенсивными тревожными и депрессивными переживаниями [6].

В свою очередь, расстройства тревожно-депрессивного спектра ухудшают качество жизни пациентов с РА. При наличии подобных расстройств отмечаются более выраженное восприятие боли и прогрессирование заболевания, хроническое состояние усталости, нарушения сна и сниженное настроение [7]. Симптомы тревоги и депрессии влияют на формирование низкой приверженности противовоспалительному лечению, которая негативно влияет на дальнейшее развитие заболевания [8].

Из-за недостаточного внимания, уделяемого данной проблеме в процессе терапии, положение пациентов является неустойчивым, что затрудняет выздоровление [9]. Еще одно сопутствующее неблагоприятное последствие депрессии при РА — рост суицидального риска, указывающий на необходимость расширения репертуара совладающего с болезнью поведения [10]. В целом расстройства тревожно-депрессивного спектра негативно воздействуют на течение РА и повышают риск развития осложнений. Особую актуальность приобретает разработка комплексного подхода к лечению РА, включающего медикаментозную терапию и психологические вмешательства, направленные на помощь пациенту в борьбе с заболеванием [11].

Помимо объективных факторов тяжести течения болезни, важную роль при РА играют психологические особенности пациента, в первую очередь те, которые обуславливают саморегуляцию и адаптацию. В данном исследовании субъективное восприятие болезни, а также навыки осознанности и самосострадания рассматриваются в качестве психологических черт, определяющих эмоциональное реагирование в условиях хронического соматического заболевания.

Под *осознанностью* мы понимаем произвольный навык направлять и удерживать внимание на актуальном содержании психики, который позволяет более адекватно, более объективно воспринимать реальность, находить более совершенные решения, способствующие адаптации и ощущению большего контроля над жизнью [5]. Практики развития осознанности положительно влияют на настроение, тревожность и устойчивость, а также на когнитивное, эмоциональное и социальное функционирование пациентов — показатели, составляющие основу формирования личностного ресурса при адаптации в условиях хронической болезни. Осознанность дает возможность пациенту дистанцироваться от негативных переживаний о прошлом и будущем, контроль над которыми в условиях болезни снижается [12].

Один из психологических феноменов, базирующихся на конструкте осознанности, который приобретает большое

Таблица 1. Показатели восприятия болезни по Brief IPQ в группах пациентов с различной выраженностью тревожно-депрессивных проявлений (M±SD)

Table 1. Indicators of disease perception according to the Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) in patient groups with varying degrees of severity of anxiety-depressive manifestations (M±SD)

Показатель	1-я группа – HADS <11 (n=60)	2-я группа – HADS ≥11 (n=120)	p
Последствия болезни	6,11±2,29	6,89±1,93	0,041
Течение болезни	8,41±2,43	8,60±2,22	>0,05
Личный контроль	6,41±2,03	5,03±2,37	0,001
Контроль лечения	6,88±2,30	5,31±2,48	0,001
Идентификация болезни	5,85±2,18	6,87±2,13	0,005
Обеспокоенность болезнью	6,41±2,49	7,53±2,54	0,003
Понятность болезни	7,31±2,38	6,32±2,55	0,012
Эмоциональные реакции на болезнь	6,00±2,73	7,17±2,27	0,008
Угроза болезни	42,18±10,63	50,41±10,40	0,001

практическое значение в ситуации болезни, – самосострадание. *Самосострадание* – сопереживание самому себе, желание поддержать себя в трудных ситуациях и помочь избавиться от страданий [13]. В широком контексте психологического сопровождения лечебного процесса хронических соматических заболеваний осознанность и самосострадание можно рассматривать в качестве ресурсов и механизмов саморегуляции личности.

**Цель** исследования – анализ психологических особенностей пациентов с РА, имеющих выраженные тревожно-депрессивные переживания.

Задачами исследования были: 1) выделение групп пациентов с различным уровнем выраженности тревожно-депрессивной симптоматики; 2) сравнительное исследование восприятия болезни, осознанности и самосострадания в выделенных группах; 3) установление корреляции между изучаемыми параметрами.

**Материал и методы.** Исследование проводилось в гибридном формате: очно, в ходе психологического обследования; с применением дистанционных онлайн-технологий на базе ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» (НИИР им. В.А. Насоновой), а также при участии Общероссийской общественной организации инвалидов «Российская ревматологическая ассоциация «Надежда». Работа выполнена в рамках действующего меж-институтского договора о научно-практическом сотрудничестве и была одобрена локальным этическим комитетом НИИР им. В.А. Насоновой как фрагмент фундаментального научного исследования (Reg. №1021051503137-7 РК 122040400051-3). Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Обследовано 180 пациентов (149 женщин и 31 мужчина) с РА, средний возраст которых составлял 43,41±11,18 года, средняя длительность болезни – 10,03±8,98 года.

**Критерии включения** в исследование: достоверный диагноз РА, соответствовавший классификационным критериям ACR/EULAR (American College of Rheumatology / European Alliance of Associations for Rheumatology) 2010 г. [14]; длительность заболевания не менее 2 лет.

**Критерии исключения:** возраст младше 18 лет.

Применялся пакет психодиагностических методик: 1) госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression scale, HADS [15]); 2) краткий опросник восприятия болезни (Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) [16]; 3) пятифакторный опросник осознанности (Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ) [17]; 4) шкала «Сочувствие себе» (Self-Compassion Scale, SCS) [18].

**Формирование групп сравнения.** Начальным этапом исследования была первичная оценка выраженности тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с РА. На основании полученных данных были сформированы две группы пациентов: 1-я группа – пациенты с РА без клинически значимых тревожно-депрессивных проявлений (n=60); 2-я группа – пациенты с РА, имеющие клинически значимые показатели тревожной, депрессивной или сочетанной тревожно-депрессивной симптоматики (n=120) и набравшие ≥11 баллов по шкалам тревоги и/или депрессии по HADS. Эти группы были сопоставимы по полу, возрасту и длительности болезни.

**Статистическая обработка результатов** проводилась с помощью программного пакета SPSS Statistics (Vers. 23). Результаты представлены в виде M±SD, где M – среднее арифметическое, а SD – среднеквадратическое отклонение среднего арифметического. При сравнении средних значений в группах использовали дисперсионный анализ на основе t-критерия Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при p<0,05. Корреляционный анализ проводился с применением критерия Пирсона.

**Результаты.** Сравнение *структуры восприятия болезни* с помощью Brief IPQ в двух группах показало, что пациенты с клинически выраженными тревожно-депрессивными проявлениями статистически значимо отличаются восприятием последствий РА как более тяжелых. Они также хуже контролируют и понимают свою болезнь, но более обеспокоены ее проявлениями, лучше их идентифицируют и в целом воспринимают РА как угрозу для жизни и благополучия (табл. 1).

Указанные особенности восприятия болезни могут быть рассмотрены в качестве психологических показателей, связанных с тревожно-депрессивным реагированием пациентов с РА, и служить мишенями для психологической коррекции.

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ / ORIGINAL INVESTIGATIONS

Таблица 2. Показатели осознанности по FFMQ в группах пациентов с различной выраженностью тревожно-депрессивных проявлений (M±SD)  
Table 2. Indicators of mindfulness according to Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in patient groups with different severity of anxiety-depressive manifestations (M±SD)

Показатель	1-я группа – HADS <11 (n=60)	2-я группа – HADS ≥11 (n=120)	p
Наблюдение	27,26±5,47	28,04±5,82	>0,05
Описание	30,36±6,40	27,62±6,64	0,015
Осознанная активность	23,03±5,11	21,04±5,75	0,049
Безоценочное отношение	28,06±6,17	23,87±6,51	0,001
Нереагирование	18,70±3,76	16,13±3,74	0,001
Общая осознанность	100,16±14,56	88,68±15,87	0,001

Таблица 3. Показатели самосострадания по SCS в группах пациентов с различной выраженностью тревожно-депрессивных проявлений (M±SD)  
Table 3. Indicators of self-compassion according to Self-Compassion Scale (SCS) in patient groups with different severity of anxiety-depressive manifestations (M±SD)

Показатель	1-я группа – HADS <11 (n=60)	2-я группа – HADS ≥11 (n=120)	p
Доброта к себе	3,42±0,92	2,94±0,77	0,001
Самокритика	2,41±0,85	2,99±0,84	0,001
Сообщность с другими	3,27±0,93	2,99±0,83	0,022
Самоизоляция	2,48±1,05	3,36±0,96	0,001
Осознанность	3,28±0,78	2,97±0,68	0,002
Чрезмерная идентификация с переживаниями	2,87±0,96	3,69±0,83	0,001

Примечательно, что статистически значимые различия по шкале «Течение болезни» отсутствовали, также по этой шкале отмечались максимальные значения в обеих группах. Это говорит о том, что все пациенты с РА осознают хронический характер течения болезни, но это не определяет выраженность у них тревожно-депрессивной симптоматики.

Далее в двух группах были рассмотрены *структурные особенности осознанности* (с использованием FFMQ) и *самосострадания* (с помощью SCS). Указанные психологические конструкты в данном исследовании выступают в качестве личностных копинг-ресурсов пациентов. Они не направлены на непосредственное решение актуальной проблемы, а запускают и поддерживают процессы эмоциональной и психологической саморегуляции личности в условиях хронического соматического заболевания (табл. 2, 3).

Показатели всех компонентов пятифакторной структуры осознанности (кроме параметра «Наблюдение») оказались хуже в группе пациентов с клинически выраженными тревожно-депрессивными проявлениями. Это значит, что пациенты данной группы чаще действуют автоматически и присваивают себе и событиям оценочные «ярлыки», при этом они хуже могут описать свое реальное состояние и им трудно не реагировать на внутренние импульсы и позывы. Эти особенности обуславливают «захваченность» пациента интенсивными эмоциональными переживаниями и препятствуют попыткам выйти из стрессового состояния. Позитивным является то, что компоненты осознанности являются тренируемыми навыками в ходе психокоррекционной работы. Полученные результаты можно рассмат-

ривать в качестве мишеней для психологической помощи пациентам с РА.

Изучение *показателей самосострадания* в двух группах выявило, что пациенты с выраженной тревожно-депрессивной симптоматикой имели статистически значимо более низкий уровень сочувственного отношения к себе, общности с другими людьми и осознанности своих эмоций. При этом для пациентов данной группы также были более характерны самокритика, уход от контакта в виде самоизоляции и чрезмерная идентификация («захваченность») с переживаниями (см. табл. 3). Данные особенности также снижают возможности эмоциональной саморегуляции, поэтому их можно рассматривать в качестве мишеней психокоррекционной работы с целью повышения психологической адаптации личности в условиях хронического соматического заболевания.

Результаты *корреляционного анализа* (табл. 4) подтверждают данные, полученные ранее при сравнительном анализе двух групп. Было установлено, что тревога у пациентов с РА ассоциирована с восприятием угрозы от болезни, чрезмерной идентификацией с эмоциональным реагированием на нее, самокритикой и самоизоляцией. С низкими показателями тревоги коррелируют развитая общая осознанность в целом и безоценочное отношение к имеющемуся опыту в частности. Депрессия у таких пациентов также ассоциирована с восприятием болезни как угрозы, самоизоляцией и сверхидентификацией с чувствами. Однако депрессивные переживания у них отрицательно связаны с восприятием возможности контроля РА с помощью лечения.

Таблица 4. Результаты корреляционного анализа  
Table 4. Results of the correlation analysis

Показатель	Тревога	Депрессия
Восприятие контроля лечения		$r=-0,341$ $p=0,001$
Эмоциональное реагирование на болезнь	$r=0,359$ $p=0,001$	
Восприятие угрозы болезни	$r=0,401$ $p=0,001$	$r=0,334$ $p=0,001$
Безоценочное отношение к опыту	$r=-0,422$ $p=0,001$	
Общая осознанность	$r=-0,479$ $p=0,001$	
Самокритика	$r=0,412$ $p=0,001$	
Самоизоляция	$r=0,515$ $p=0,001$	$r=0,328$ $p=0,001$
Чрезмерная идентификация с переживаниями	$r=0,535$ $p=0,001$	$r=0,329$ $p=0,001$

навыков осознанности может стать инструментом психологической помощи пациентам с хроническими заболеваниями, что согласуется с данными литературы. Автор концепции осознанности (mindfulness – майндфулнесс) Дж. Кабат-Зинн [22] указывает, что в условиях болезни часто возникают ощущения и обстоятельства, с которыми человек не хотел бы сталкиваться. Сопротивление их принятию будет означать, что он будет пытаться изменить те или иные обстоятельства, встречая на пути только еще большие трудности. При хронической болезни страдания и боль следует впустить в свою жизнь в том обличье, в котором они приходят, принять их такими, какие они есть, только тогда процесс борьбы пойдет эффективно. Сопротивление им может стать источником дополнительного дистресса, поскольку это сопротивление не сможет их устранить [23].

В таком понимании феномен осознанности важно дифференцировать с

феноменом алекситимии – неспособностью распознавать и транслировать свои эмоциональные переживания и телесные ощущения. Алекситимия является фактором снижения эмоциональной и интрацептивной «ясности» в опыте индивида [24]. Алекситимия широко распространена у пациентов ревматологического профиля. Она рассматривается, с одной стороны, как психосоматический предиктор развития ревматических болезней, а с другой – как негативное следствие неудачной адаптации и психотравматизации в условиях болезни [25, 26]. В отличие от алекситимии, которая блокирует восприятие эмоций и телесных ощущений, осознанность способствует принятию своих чувств, переживаний и ощущений, помогает направлять внимание к ним, конструктивно их выражать и регулировать. Однако осознанность можно лишь частично противопоставить алекситимии: поскольку это понятие шире, то оно предполагает способность отстраниться от негативных эмоций, связанных с прошлым и будущим, которые неизбежно возникают в условиях хронической болезни [23]. Низкая осознанность в свете полученных нами данных не становится одной из форм алекситимии и проявляется в виде «захваченности» пациентов своими переживаниями, невозможности не отождествлять себя с ними.

Анализ установленных связей подтверждает важность учета субъективного восприятия болезни, а также навыков осознанности и самосострадания как ключевых мишеней психологического сопровождения пациентов с РА и повышения их психологической адаптации в условиях болезни. В группе пациентов с выраженными тревожно-депрессивными переживаниями формирующиеся когнитивные представления о болезни являются несогласованными и не способствуют саморегуляции личности.

**Обсуждение.** По данным нашего исследования, у пациентов с клинически выраженными тревожно-депрессивными проявлениями в структуре восприятия болезни преобладали оценка РА как выраженной угрозы и идентификация его проявлений, что согласуется с результатами других работ [19]. Так, Т.А. Лисицына и соавт. [20] показали, что у пациентов с РА наличие выраженных симптомов депрессии способствует более острому восприятию боли, а это, в свою очередь, повышает функциональную недостаточность и ухудшает качество жизни.

Описанные нами особенности восприятия болезни у пациентов 2-й группы также могут быть рассмотрены в рамках модели саморегуляции Г. Левентала. Согласно этой модели, у пациентов с хроническими заболеваниями формируются когнитивные представления об угрозе болезни, связанные с соматическими ощущениями и симптомами. Эти представления о болезни, в свою очередь, запускают параллельные копинг-процессы, одновременно направленные на снижение беспокойства о своем здоровье и проявленные вовне в виде стратегий здоровьесберегающего поведения. В группе пациентов с выраженными тревожно-депрессивными переживаниями формирующиеся когнитивные представления о болезни являются несогласованными и не способствуют саморегуляции личности [21].

В настоящей работе выявлено снижение показателей осознанности в группе пациентов с выраженными тревожно-депрессивными переживаниями, при этом тренировка

навыков осознанности может стать инструментом психологической помощи пациентам с хроническими заболеваниями, что согласуется с данными литературы. Автор концепции осознанности (mindfulness – майндфулнесс) Дж. Кабат-Зинн [22] указывает, что в условиях болезни часто возникают ощущения и обстоятельства, с которыми человек не хотел бы сталкиваться. Сопротивление их принятию будет означать, что он будет пытаться изменить те или иные обстоятельства, встречая на пути только еще большие трудности. При хронической болезни страдания и боль следует впустить в свою жизнь в том обличье, в котором они приходят, принять их такими, какие они есть, только тогда процесс борьбы пойдет эффективно. Сопротивление им может стать источником дополнительного дистресса, поскольку это сопротивление не сможет их устранить [23].

В таком понимании феномен осознанности важно дифференцировать с феноменом алекситимии – неспособностью распознавать и транслировать свои эмоциональные переживания и телесные ощущения. Алекситимия является фактором снижения эмоциональной и интрацептивной «ясности» в опыте индивида [24]. Алекситимия широко распространена у пациентов ревматологического профиля. Она рассматривается, с одной стороны, как психосоматический предиктор развития ревматических болезней, а с другой – как негативное следствие неудачной адаптации и психотравматизации в условиях болезни [25, 26]. В отличие от алекситимии, которая блокирует восприятие эмоций и телесных ощущений, осознанность способствует принятию своих чувств, переживаний и ощущений, помогает направлять внимание к ним, конструктивно их выражать и регулировать. Однако осознанность можно лишь частично противопоставить алекситимии: поскольку это понятие шире, то оно предполагает способность отстраниться от негативных эмоций, связанных с прошлым и будущим, которые неизбежно возникают в условиях хронической болезни [23]. Низкая осознанность в свете полученных нами данных не становится одной из форм алекситимии и проявляется в виде «захваченности» пациентов своими переживаниями, невозможности не отождествлять себя с ними.

Также стоит развести понятия «осознанность» и «саморефлексия». Если рефлексия своего опыта является когнитивным процессом анализа, категоризации и формирования причинно-следственных связей, то осознанность выступает в качестве дорефлексивной восприимчивости, при которой человек уделяет внимание настоящему, а не беспокоится о будущем или размышляет о прошлом. Культивирование осознанности помогает пациенту преодолеть дезадаптивные когнитивно-поведенческие паттерны реагирования в условиях хронического соматического заболевания [27].

Дж. Кабат-Зинн [28] отмечает, что подход, основанный на осознанности, зарекомендовал себя как действенный и обладающий научно доказанной эффективностью при психологическом сопровождении пациентов с РА. В последние

десятилетия делается акцент не только на медикаментозном лечении пациентов с РА, но и на применении практик осознанности для положительной динамики качества жизни. Так, Е.А. Ногге и соавт. [29] разработали четко описанный, структурированный метод повышения осознанности, направленный на работу с пациентами с хронической болью, состоящий из обучения медитативным и релаксационным техникам. Эти техники позволяют пациенту снизить показатели тревоги, научиться относиться к себе с большей заботой и быстрее адаптироваться к непредвиденным обстоятельствам. Программа имеет краткосрочный (8 нед), но активный характер, нацелена на развитие саморегуляции и самодостаточности. С. Reangsing и соавт. [30] и В. Zhou и соавт. [31] при лечении депрессии использовали программу снижения стресса на базе осознанности и получили положительные результаты: значительное уменьшение депрессивной симптоматики наблюдалось в среднем уже через 5 из 8 нед.

В работах, посвященных данной теме, отмечается, что развитие навыков осознанности не исключает от объективного заболевания, но снижает связанный с ним субъективный дискомфорт. Было выявлено, что применение в рамках лечебного процесса техник, основанных на осознанности, способствовало облегчению восприятия утренней скованности, уменьшению беспокойности, связанной с болью и неприятными ощущениями в суставах. Однако на объективные параметры заболевания (например, припухшие суставы) воздействие было незначительным [32]. Данные, полученные нами при исследовании осознанности в сравниваемых группах, дополняют эту картину: пациенты с выраженной тревогой и депрессией отличались сниженными показателями осознанности.

У пациентов с выраженными тревожно-депрессивными переживаниями в структуре самосострадания наблюдаются снижение показателей доброты к себе, общности с другими и осознанности, а также повышение самокритики, самоизоляции и чрезмерной идентификации с переживаниями, что отражает описанный ранее в литературе паттерн реагирования человека в условиях стресса. К. Нефф и К. Гермер [13] описывают самосострадание как способность поддоброму и без осуждения относиться к себе в ситуации неудач, понимая их общечеловеческую природу и не изолируя себя от них, внимательно исследуя свои чувства, но не идентифицируясь (отождествляясь) с ними чрезмерно. Однако в стрессовых ситуациях мы чаще автоматически прибегаем к самокритике и самообвинению, чтобы достичь лучших результатов.

Исследования, посвященные клиническим аспектам самосострадания, указывают на положительное влияние данного психологического конструкта — показатели депрессивной и тревожной симптоматики снижаются вместе с ростом уровня доброты к себе. А. MacBeth и А. Gumley [33]

связывают это с тем, что при развитии способности сострадать себе у человека снижается самокритика, которая является важной составляющей повышенной тревоги и депрессивных состояний. При изучении группы пациентов с хроническими заболеваниями J. Pinto-Gouveia и соавт. [34] обнаружили связь между низкими показателями самосострадания и высоким уровнем депрессии. Также с высокими показателями депрессии был связан высокий счет самокритики. По мнению К.А. Edwards и соавт. [35], пациентам с хронической болью важно повышать уровень доброты к себе для наиболее успешной адаптации к болезни. Это способствует уменьшению депрессивного компонента, связанного с постоянной болью. Полученные нами результаты также указывают на недостаточный уровень самосострадания в группе пациентов с выраженной тревогой и депрессией.

Анализ корреляционных связей позволил установить, что особенностями сочетанного тревожно-депрессивного реагирования у пациентов с РА являются: уверенность в том, что болезнь несет в себе непреодолимую и неопределенную угрозу для жизни и благополучия; тенденция к уходу от контакта с близкими и значимыми людьми, желание скрыть свои чувства и переживания из-за страха быть непонятым или неприятным; невозможность регулировать эмоции, «захваченность» ими в момент их появления.

**Заключение.** Результаты нашего исследования показали, что у пациентов с РА часто (в 67% случаев) наблюдаются клинически значимые тревожно-депрессивные переживания, которые могут быть обусловлены, в частности бременем болезни и ее негативным влиянием на качество жизни в различных сферах. Данная проблема должна учитываться при разработке психокоррекционных и реабилитационных программ для таких пациентов. Также были выявлены специфические особенности психологических показателей у пациентов с выраженной тревожно-депрессивной симптоматикой.

Специфика субъективного восприятия болезни является отличительной психологической чертой пациентов с РА, имеющих повышенный уровень тревоги и депрессии. Эти пациенты воспринимают РА как плохо понимаемую угрозу жизни и благополучию с тяжелыми последствиями и недостаточной контролируемостью.

Перспективными представляются разработки в области повышения ресурсов саморегуляции и адаптации, в том числе навыков осознанности и самосострадания, у пациентов ревматологического профиля. Настоящее исследование показало, что недостаточное развитие данных психологических конструктов характерно для пациентов с выраженными тревожно-депрессивными переживаниями. Развитие осознанности и самосострадания, а также согласованного восприятия болезни может снижать интенсивность тревоги и депрессии при с РА, что, в свою очередь, будет благоприятно отражаться на адаптации и качестве жизни в условиях болезни.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Чичасова НВ. Ревматоидный артрит: проблемы лечения на современном этапе. Современная ревматология. 2018; 12(4):65-70.  
[Chichasova NV. Rheumatoid arthritis: problems of treatment at the present stage. *Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2018; 12(4):65-70.]

2. Лила АМ, Олюнин ЮА, Гордеев АВ. Оценка статуса больных ревматоидным артритом. Современные тенденции. Современная ревматология. 2020; 14(2):7-13.  
[Lila AM, Olyunin YuA, Gordeev AV. Assessment of the status of patients with rheumatoid arthritis: modern tendencies. *Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2020; 14(2):7-13.]

3. Абрамкин АА, Лисицына ТА, Вельтищев ДЮ и др. Влияние успешной психологической адаптации на статус пациентов с ревматоидным артритом: современные тенденции. *Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2020; 14(2):7-13. (In Russ.). doi: 10.14412/1996-7012-2020-2-7-13.

- фармакотерапии расстройств тревожно-депрессивного спектра на выраженность функциональных ограничений у больных ревматоидным артритом. *Терапевтический архив*. 2022;94(5):616-621. [Abramkin AA, Lisitsyna TA, Vel'tishchev DYU, et al. Successful psychopharmacotherapy of anxiety and depressive disorders improve functional limitations in patients with rheumatoid arthritis. *Terapevicheskii arkhiv*. 2022;94(5):616-621. (In Russ.)].
4. Абросимов ИН, Ялтонский ВМ, Сирота НА и др. Иммуновоспалительные ревматические заболевания: роль восприятия болезни и совладания с ней в психологической адаптации пациента. *Современная ревматология*. 2022;16(6):20-25. [Abrosimov IN, Yaltonsky VM, Sirota NA, et al. Immunoinflammatory rheumatic diseases: the role of the perception of the disease and coping with it in the psychological adaptation of the patient. *Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2022;16(6):20-25. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1996-7012-2022-6-20-25.
5. Сирота НА, Ялтонский ВМ, Абросимов ИН и др. Клиническая психология лечебного процесса. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2023. 400 с. [Sirota NA, Yaltonsky VM, Abrosimov IN, et al. Clinical psychology of the treatment process. Moscow: GEOTAR-media; 2023. 400 p.].
6. Абдрахманова АИ, Зарипова ФА, Амиров НБ. Расстройства тревожно-депрессивного спектра при ревматических заболеваниях. *Вестник современной клинической медицины*. 2020;13(1):61-65. [Abdrakhmanova AI, Zaripova FA, Amirov NB. Anxiety-depressive disorders in rheumatic diseases. *Vestnik sovremennoi klinicheskoi meditsiny*. 2020;13(1):61-65. (In Russ.)].
7. Euesden J, Matcham F, Hotopf M et al. The relationship between mental health, disease severity, and genetic risk for depression in early rheumatoid arthritis. *Psychosom Med*. 2017 Jul/Aug;79(6):638-645. doi: 10.1097/PSY.0000000000000462.
8. Matcham F, Norton S, Scott DL, et al. Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatology (Oxford)*. 2016 Feb;55(2):268-78. doi: 10.1093/rheumatology/kev306. Epub 2015 Sep 8.
9. Абрамкин АА. Влияние коморбидных психических расстройств на эффективность терапии у больных ревматоидным артритом. *Научно-практическая ревматология*. 2016;54 (3):339-345. [Abramkin AA. Impact of comorbid mental disorders on the efficiency of therapy in patients with rheumatoid arthritis. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya*. 2016;54(3):339-345. (In Russ.)].
10. Ang DC, Choi H, Kroenke K, Wolfe F. Comorbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2005 Jun;32(6):1013-9.
11. Башкова ИБ, Цыганова ЮВ, Воробьева ТИ. Распространенность расстройств тревожно-депрессивного спектра при ревматоидном артрите в Чувашской Республике: особенности клиники и фармакотерапии. *Acta Medica Eurasica*. 2018;(3):1-8. [Bashkova IB, Tsyganova YuV, Vorob'eva TI. Prevalence of anxiodepressive disorders in rheumatoid arthritis in the chuvash republic: specifics of clinical picture and pharmacotherapy. *Acta Medica Eurasica*. 2018;(3):1-8. (In Russ.)].
12. Chadi N, Kaufman M, Weisbaum E, et al. In-Person Versus eHealth Mindfulness-based intervention for adolescents with chronic illness: protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Res Protoc*. 2017 Nov 27;6(11):e241. doi: 10.2196/resprot.7700.
13. Нефф К, Гермер К. Как пережить трудные минуты жизни. Целительное сочувствие к себе. Санкт-Петербург: Питер; 2021. 256 с. [Neff K, Germer K. How to survive difficult moments in life. Healing self-compassion. Saint-Petersburg: Piter; 2021. 256 p.].
14. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum*. 2010 Sep;62(9):2569-81. doi: 10.1002/art.27584.
15. Морозова МА, Потанин СС, Бенишвили АГ и др. Валидация русскоязычной версии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии в общей популяции. *Профилактическая медицина*. 2023;26(4):7-14. [Morozova MA, Potanin SS, Beniashvili AG, et al. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale Russian-language version in the general population. *Profilakticheskaya meditsina*. 2023;26(4):7-14. (In Russ.)].
16. Ялтонский ВМ, Ялтонская АВ, Сирота НА, Московченко ДВ. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни. *Психологические исследования*. 2017;10(51):1. [Yaltonskii VM, Yaltonskaya AV, Sirota NA, Moskovchenko DV. Psychometric characteristics of the Russian version of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psikhologicheskii issledovaniya*. 2017;10(51):1. (In Russ.)].
17. Юмартова НМ, Гришина НВ. Осознанность (Mindfulness). Психологические характеристики и инструменты измерения. *Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ*. 2013;(1):267-273. [Yumartova NM, Grishina NV. Mindfulness. Psychological characteristics and measurement tools. *Nauchnye issledovaniya vypusnikov fakul'teta psikhologii SPbGU*. 2013;(1):267-273. (In Russ.)].
18. Чистопольская КА, Осин ЕН, Ениколопов СН и др. Концепт «Сочувствие к себе»: российский адаптация опросника Кристин Нефф. *Культурно-историческая психология*. 2020;16(4):35-48. [Chistopol'skaya KA, Osin EN, Enikolopov SN, et al. The concept of self-compassion: a russian adaptation of the scale by Kristin Neff. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya*. 2020;16(4):35-48. (In Russ.)].
19. Ялтонский ВМ, Сирота НА, Абросимов ИН, Седнев АЮ. Типы восприятия болезни пациентов с аденомами гипофиза. *Эндокринная хирургия*. 2023;17(4):116. [Yaltonskii VM, Sirota NA, Abrosimov IN, Sednev AYU. Types of perception of the disease in patients with pituitary adenomas. *Endokrinnaia khirurgiya*. 2023;17(4):116. (In Russ.)].
20. Лисицына ТА, Вельтишев ДЮ, Герасимов АН и др. Факторы, влияющие на восприятие боли при ревматоидном артрите. *Клиническая медицина*. 2013;91(3):54-61. [Lisitsyna TA, Vel'tishchev DYU, Gerasimov AN, et al. Perception of pain in rheumatoid arthritis: relation to inflammation, psychologic disorders, functional status, and quality of life. *Klinicheskaya meditsina*. 2013;91(3):54-61. (In Russ.)].
21. Hagger M, Orbell S. The common sense model of illness self-regulation: A conceptual review and proposed extended model. *Health Psychol Rev*. 2022 Sep;16(3):347-377. doi: 10.1080/17437199.2021.1878050. Epub 2021 Feb 1.
22. Кабат-Зинн Дж. Куда бы ты ни шел — ты уже там. Осознанная медитация в повседневной жизни. Москва: Эксмо; 2019. 256 с. [Kabat-Zinn J. Wherever you go, you are already there. Mindfulness Meditation in Everyday Life. Moscow: Eksmo; 2023. 256 p.].
23. Абросимов ИН. Осознанность (майндфулнесс) и самосострадание в психологическом сопровождении пациентов с хроническими заболеваниями. В кн.: Сирота НА, редактор. *Клиническая психология лечебного процесса*. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2023. С. 297-306. [Abrosimov IN. Mindfulness and self-compassion in psychological support of patients with chronic diseases. In: Sirota NA, editor. Clinical psychology of the treatment process. Moscow: GEOTAR-media; 2023. P. 297-306].
24. Preece DA, Mehta A, Petrova K, et al. Alexithymia and emotion regulation. *J Affect Disord*. 2023 Mar 1;324:232-238. doi: 10.1016/j.jad.2022.12.065. Epub 2022 Dec 23.
25. Vadacca M, Bruni R, Termino N, et al. Alexithymia, mood states and pain experience in systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2014;33(10):1443-50. doi: 10.1007/s10067-014-2593-3. Epub 2014 Apr 11.
26. Margiotta DP, Vadacca M. Alexithymia in

systemic lupus erythematosus: a tight relation with mood states. *Rheumatology: Current Research*. 2016;6(2):192. doi:10.4172/2161-1149.1000192.

27. Лускова ЮС, Григорьев ПЕ. Методы развития осознанности (mindfulness) как ментального ресурса. В кн.: Журавлев АЛ, Холодная МА, Сабодос ПА, редакторы. Способности и ментальные ресурсы человека в мире глобальных перемен. Москва: Институт психологии РАН; 2020. С. 1701-1710.

[Luskova YuS, Grigor'ev PE. Mindfulness as a mental resource. In: Zhuravlev AL, Kholodnaya MA, Sabadosh PA, editors. Human abilities and mental resources in a world of global change. Moscow: Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences; 2020. P. 1701-1710.]

28. Kabat-Zinn J. Lessons from Medicine. *Mindfulness (N Y)*. 2020;11(7):1818-1822. doi: 10.1007/s12671-020-01369-8.

Epub 2020 Apr 30.

29. Hoge EA, Bui E, Mete M, et al. Mindfulness-based stress reduction vs escitalopram for the treatment of adults with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2023 Jan 1;80(1):13-21. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2022.3679.

30. Reangsing C, Rittiwong T, Schneider JK. Effects of mindfulness meditation interventions on depression in older adults: A meta-analysis. *Aging Ment Health*. 2021 Jul;25(7):1181-1190. doi:10.1080/13607863.2020.1793901. Epub 2020 Jul 15.

31. Zhou B, Wang G, Hong Y, et al. Mindfulness interventions for rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract*. 2020 May;39:101088. doi: 10.1016/j.ctcp.2020.101088. Epub 2020 Jan 11.

32. Slagter L, Demyttenaere K, Verschueren P, De Cock D. The effect of meditation, mindfulness, and yoga in patients with

rheumatoid arthritis. *J Pers Med*. 2022 Nov 15;12(11):1905. doi: 10.3390/jpm12111905.

33. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clin Psychol Rev*. 2012 Aug;32(6):545-52. doi: 10.1016/j.cpr.2012.06.003.

Epub 2012 Jun 23.

34. Pinto-Gouveia J, Duarte C, Matos M, Fraguas S. The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clin Psychol Psychother*. 2014 Jul-Aug;21(4):311-23. doi: 10.1002/cpp.1838. Epub 2013 Mar 25.

35. Edwards KA, Pielech M, Hickman J, et al. The relation of self-compassion to functioning among adults with chronic pain. *Eur J Pain*. 2019 Sep;23(8):1538-1547. doi: 10.1002/ejp.1429. Epub 2019 Jun 11.

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

16.07.2024/14.10.2024/20.10.2024

#### Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

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

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

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

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

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

Абрамкин А.А. <https://orcid.org/0000-0002-1504-5645>

Ламчева Е.И. <https://orcid.org/0009-0009-0212-8693>

Тимашков А.Ю. <https://orcid.org/0009-0008-8183-7596>

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