

М. Илич¹, О.Ю. Щелкова¹, О.Б. Щукина²,
Н.В. Барышникова^{3, 4}, Т.Г. Михайличенко⁵

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА В ОТНОШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ

¹ Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9);

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени
академика И.П. Павлова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8);

³ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
(Россия, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2А);

⁴ Институт экспериментальной медицины
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 12А);

⁵ Городская клиническая больница № 31 (Россия, Санкт-Петербург, пр. Динамо, д. 3)

Актуальность. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) характеризуются хроническим рецидивирующим течением, часто диагностируются в молодом возрасте и требуют лечения на протяжении всей жизни, что приводит к физическим, психологическим и социальным проблемам пациентов, негативно сказывается на их качестве жизни (КЖ). В связи с этим поставлена *цель* – определить наиболее прогностически информативные психологические характеристики больных ВЗК в отношении КЖ, связанного со здоровьем.

Материалы и методы. Исследованы 78 больных ВЗК; средний возраст $35,99 \pm 10,73$ лет; 18 (23,1 %) мужчин; 43 пациента с диагнозом «болезнь Крона» (K50) и 35 – с диагнозом «Язвенный колит» (K51). Фиксировались клинические и психосоциальные показатели; применялись психодиагностические методы ТМТ, ИТТ, VDI, BIG V, ССП, УСФ и методы изучения КЖ – общий опросник SF-36 и специализированный симптоматический опросник GSRs.

Результаты и их анализ. В результате регрессионного анализа получены три модели для каждого из доменов КЖ: 1) модель, объясняющая общее физическое благополучие (PH)

✉ Илич Мария – магистр психологии, аспирант каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), ORCID: 0000-0002-2403-1974, e-mail: ilich.mariya@mail.ru;

Щелкова Ольга Юрьевна – д-р психол. наук проф., проф. и зав. каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), ORCID: 0000-0001-9444-4742, e-mail: o.shhelkova@spbu.ru;

Щукина Оксана Борисовна – д-р мед. наук, проф. каф. общей врачебной практики (семейной медицины), зав. кабинетом ВЗК поликлиники с КДЦ, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. академика И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), ORCID: 0000-0001-8402-0743, e-mail: burmao@gmail.com;

Барышникова Наталья Владимировна – канд. мед. наук доц., мл. науч. сотр. лаб. мед.-соц. проблем педиатрии, С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-т (Россия, 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2А); науч. сотр. отдела молекулярной микробиологии им. А.А. Тотоляна, Ин-т эксперимент. медицины (Россия, 190000, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 12А), ORCID: 0000-0001-7429-0336, e-mail: baryshnikova_nv@mail.ru;

Михайличенко Татьяна Геннадьевна – канд. психол. наук, мед. психолог, Гор. клинич. б-ца № 31, Гор. центр диагностики и лечения ВЗК (Россия, 199178, Санкт-Петербург, пр. Динамо, д. 3), e-mail: mikhaylichenko@list.ru, ORCID: 0009-0008-7186-3117.

($R^2=0,904$) (8 предикторов); 2) модель, объясняющая общее психологическое благополучие (МН) ($R^2=0,803$) (4 предиктора); 3) модель, объясняющая уровень КЖ при гастроэнтерологических заболеваниях ($R^2=0,993$) (6 предикторов). Наибольшим прогностическим значением в отношении РН обладает показатель методики SF-36 «Ролевое функционирование, связанное с физическим состоянием», в отношении МН – показатель «Ролевое функционирование, связанное с эмоциональным состоянием»: чем выше эти показатели, тем больше пациенты вовлечены в повседневную ролевую активность и тем больше удовлетворены физической и психологической составляющими КЖ. Наиболее прогностически информативным показателем GSRS является выраженность диарейного синдрома: чем она выше, тем качество жизни хуже.

Заключение. Полученные данные показывают необходимость комплексного подхода к лечению больных ВЗК с учетом не только клинических, но социально-психологических факторов, определяющих качество жизни в условиях болезни.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, качество жизни, связанное со здоровьем, физическое благополучие, психологическое благополучие, качество жизни, связанное с гастроэнтерологическим заболеванием.

Введение

За последние несколько лет интерес к воспалительным заболеваниям кишечника (ВЗК) в России значительно возрос, что подтверждается научными публикациями и многочисленными научными конференциями, посвященными проблеме ВЗК. Несмотря на значительные достижения в диагностике и лечении [7, 18], эти заболевания продолжают представлять серьезную проблему для современной системы общественного здравоохранения [13]. ВЗК являются одной из самых сложных патологий в современной гастроэнтерологии; это иммуноопосредованные хронические рецидивирующие заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которые диагностируются в молодом возрасте [5]. Тем не менее на сегодняшний день отсутствует четкое понимание этногенеза ВЗК [29].

К двум основным формам ВЗК относятся болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК). Эти заболевания характеризуются хроническими воспалениями ЖКТ, которые могут затрагивать различные участки пищеварительной трубки [13]. При БК поражение может возникать в любом отделе пищеварительной трубки, в то время как ЯК, как правило, затрагивает только нижние отделы кишечника – толстую и прямую кишку.

Поскольку ВЗК имеют рецидивирующее течение, они приводят к значительным физическим, эмоциональным и социальным

трудностям, что негативно сказывается на качестве жизни (КЖ) болеющих [15].

Проявления заболевания затрудняют организацию повседневной жизни больных, т.к. симптомы могут быть резкими (выраженная боль в животе, императивные позывы к дефекации и другие проявления), что вызывает ограничения в мобильности и приводит к социальной изоляции, отчуждению и самостигматизации. Кроме того, контроль состояния требует регулярного приема лекарств, что может сопровождаться проблемами, вызванными побочными эффектами или нехваткой информации о процессе лечения [14]. При высокой активности заболевания КЖ значительно снижается, поскольку заболевание может привести к инвалидизации и трудностям в выполнении повседневных и трудовых обязанностей, что, в свою очередь, негативно сказывается на психологическом благополучии пациента с ВЗК [22].

Часто для купирования заболевания требуется хирургическое вмешательство для удаления пораженных участков кишечника [19]. Поэтому исследования КЖ больных с ВЗК приобретают особую важность в связи с необходимостью постоянного мониторинга соматического и психологического состояния на протяжении всего процесса лечения и жизни [21].

В ряде исследований показано, что на КЖ лиц с ВЗК влияет множество факторов,

включая клинические проявления заболевания, длительность заболевания, частоту госпитализаций, вид лекарственной терапии, комплаентность, возраст начала заболевания, образ жизни и другие [17, 23, 25]; указывается и на роль психологических факторов (личностно-характерологические особенности, эмоционально-аффективные состояния, наличие стресса и способы психологического преодоления стресса), а так же социально-психологических и экономических факторов [7, 11, 27]. Отмечено так же, что у больных ВЗК встречаются психические расстройства и дезадаптивные способы совладания со стрессом, которые усугубляют соматические проблемы и влияют на показатели КЖ [20, 26]. Необходимо отметить, что психологические факторы не только ухудшают соматическое здоровье, но и влияют на восприятие своего заболевания (внутреннюю картину болезни), что, в свою очередь, может затруднять процесс лечения [12].

Понимание многообразия этих факторов и выделение наиболее прогностически информативных из них может существенно изменить подход к лечению и реабилитации пациентов с ВЗК на основе разработки целенаправленных и индивидуализированных программ психологической профилактики и коррекции. В связи с этим целью настоящего исследования стало изучение прогностического значения психологических характеристик больных ВЗК в отношении качества жизни, связанного со здоровьем.

Материал и методы

Процедура исследования и выборка

Выборку исследования составили пациенты следующих медицинских учреждений: Кабинет воспалительных заболеваний кишечника поликлиники КДЦ, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»; Городской центр диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника, СПб ГБУЗ «Городская клиническая больница № 31»; Центр

воспалительных заболеваний кишечника, СПб ГБУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы». В исследовании приняли участие 78 пациентов с ВЗК, из которых 43 – с диагнозом «болезнь Крона» (К50, далее – БК) и 35 – с язвенным колитом (К51, далее – ЯК). Среди участников было 18 (23,1 %) мужчин и 60 (76,9 %) женщин. Возраст пациентов – от 19 по 59 лет, средний возраст $M = 35,99 \pm 10,73$ года.

Характеристика выборки

Критерии включения в выборку исследования: диагнозы БК или ЯК (поставлен врачом-гастроэнтерологом по Международной классификации болезни десятого пересмотра (МКБ-10)), совершеннолетний возраст, информированное согласие пациента на участие в психологическом исследовании.

Критерий невключения: невозможность прохождения психологического исследования в связи с когнитивными нарушениями или выраженной астенией, наличие алкогольной или наркотической зависимости; ВЗК с выведением кишечной стомы в послеоперационном периоде; онкологические заболевания.

Настоящее исследование было одобрено Этическим комитетом Санкт-Петербургского отдела Российского психологического общества (Протокол № 25 от 26.10.2023).

Социальные характеристики

В исследовании преобладали лица с ВЗК с высшим образованием – 49 человек (62,8 %), неоконченное высшее образование имели 11 (14,1 %), среднее и неполное среднее образование – 18 (23,1 %) человек.

Постоянно трудоустроены 45 (57,7 %) пациентов, работали периодически 18 (23,1 %) человек, учились в учреждениях высшего образования 6 (7,7 %) человек, не работали 9 (11,5 %) пациентов.

Большинство лиц с ВЗК проживали с партнером – 57 (73,1 %): состояли в официальном браке – 38 (48,7 %), в незарегистрированном браке – 19 (24,4 %), не состояли в браке – 16 (20,5 %), были разведены 5 (6,4 %) человек.

Клинические характеристики

Длительность заболевания: $M = 6,84 \pm 5,99$ года. В момент проведения исследования 63 (80,7%) пациентов находились в состоянии ремиссии, у 15 (19,3%) лиц наблюдалось обострение заболевания. По течению заболевания: острое течение отмечалось у 41 (52,6%) человек с ВЗК, хроническое рецидивирующее – у 24 (30,8%), хроническое непрерывное течение наблюдалось у 13 (16,6%) человек. У подавляющего большинства пациентов – 67 (85,9%) – заболевание протекало со средней степенью тяжести, легкое течение наблюдалось у 7 (8,9%) и у 4 (5,2%) человек заболевание протекало тяжело. Осложнения отмечались у 37 (47,4%) человек; наиболее частыми осложнениями были анальные трещины, межкишечные свищи и инфильтраты брюшной полости. Сопутствующие заболевания имелись у 50 (64,1%) человек; среди них преобладали другие заболевания ЖКТ, а также заболевания суставов, кожи и щитовидной железы.

Методы

Для реализации цели исследования использованы клинические данные, клинко-психологические и психодиагностические методы. Всего было проанализировано 130 характеристик больных ВЗК.

Клинические характеристики пациентов, участвовавших в исследовании, были изучены на основе медицинской документации, а также в ходе бесед с лечащими врачами и пациентами.

Клинко-психологический метод был реализован с помощью специально разработанного структурированного интервью для лиц с ВЗК. Интервью состояло из 82 пунктов, которые были разбиты на пять тематических блоков: 1) социально-демографические характеристики; 2) клинические характеристики; 3) клинко-психологические характеристики; 4) лечение и отношение к лечению; 5) образ жизни и привычки пациента.

Психодиагностический комплекс включал стандартизованные и анкетные методы, направленные на изучение психологического статуса и КЖ больных ВЗК, – всего восемь методов.

Для определения психологического статуса применялись следующие методы:

1. Тест последовательных соединений (ТМТ), состоящий из двух субшкал, направленных на изучение функционального состояния психической деятельности: 1) психомоторного темпа и концентрации внимания; 2) переключаемости активного внимания [6, 24].

2. Шкала депрессии А. Бека (BDI), при помощи которой дифференцируются отдельные уровни выраженности депрессии – от отсутствия симптомов депрессии, субдепрессии, умеренной, выраженной до тяжелой депрессии; методика состоит из двух субшкал: 1) соматические проявления депрессии; 2) когнитивно-аффективное проявления депрессии [8].

3. Интегративный тест тревожности (ИТТ) состоит из двух шкал для оценки ситуативной и личностной тревожности; каждая шкала включает пять вспомогательных субшкал [1].

4. Тест-опросник «Способы совладающего поведения» (ССП) для изучения стратегий стресс-преодолевающего поведения (копинга); методика состоит из восьми шкал [2].

5. Личностный опросник «Большая пятёрка» (BIG V) применялся для изучения индивидуально-психологических особенностей и структуры личности [10].

6. Медико-социологическая шкала «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ) для выявления неудовлетворенности социальным взаимодействием, которая может являться фактором риска дезадаптации [3].

Для исследования качества жизни применялись следующие методики:

1. Опросник качества жизни (SF-36) для определения уровня КЖ, связанного со здоровьем, который служит для оценки пациентом физического компонента здоровья (четыре шкалы) и психического компонента здоровья (четыре шкалы) [4].

2. Гастроэнтерологический опросник качества жизни (GSRS) применялся для исследования специфических симптомов заболевания в их влиянии на КЖ. Опросник состоит из шести шкал: 1) шкала «абдоминальная

боль» (AP); 2) шкала «синдром гастроэзофагеального рефлюкса» (RS); 3) шкала «диспепсический синдром» (IS); 4) «диарейный синдром» (DS); 5) шкала «синдром запора» (CS); 6) общий балл (GSRS) [9, 28].

В исследовании применялись математико-статистические модели представления данных. Они были обработаны с использованием пакета программного обеспечения Microsoft Excel 2021 для Windows 11.

Результаты и их анализ

Результаты исследования показателей КЖ, определяющих физическое и психологическое благополучие пациентов с ВЗК, представлены в табл. 1.

Самые высокие значения получены по шкалам физического компонента КЖ, отражающим физическое функционирование и интенсивность боли. Наиболее низкие значения отмечены по показателям общего состояния здоровья и ролевого функционирования. Это свидетельствует о значительном ограничении повседневной деятельности пациентов физическим состоянием, что подтверждает низкой средней оценкой общего состояния здоровья: оценка по этой шкале является самой низкой в профиле КЖ исследованных пациентов с ВЗК.

Анализ значения шкальных оценок, характеризующих психологический компонент КЖ, показывает, что самые высокие результаты получены по шкале социального функционирования, тогда как самые низкие значения зафиксированы по шкале жизненной активности. В целом показатели психологического благополучия оказались ниже, чем значения шкал физического благополучия в структуре профиля КЖ пациентов с ВЗК. В содержательном плане показатели КЖ, отражающее психологическое благополучие, указывают на снижение жизненной активности и повышенную утомляемость, наличие депрессивных и/или тревожных переживаний, на то, что неудовлетворительное эмоциональное ограничивает способность пациентов выполнять повседневные жизненные задачи

В целом КЖ, связанное со здоровьем, пациентов с ВЗК как по физическому, так и по психологическому компонентам оценивается как невысокое; в большей степени пациентов беспокоит физическое состояние, его влияние на психологическое благополучие и на возможность выполнять обычные жизненные функции, включая ролевое функционирование.

Результаты исследования КЖ, связанного именно с ВЗК, представлены в табл. 2.

Таблица 1

Шкальные оценки общего опросника качества жизни SF-36 больных ВЗК

Шкалы опросника SF-36		М	Σ
Физическое благополучие			
PH	Общий физический компонент здоровья	52,13	18,89
PF	Физическое функционирование	74,59	20,83
RP	Ролевое функционирование (физическое)	43,05	32,71
BP	Интенсивность боли	61,30	23,64
GH	Общее состояние здоровья	40,70	16,50
Психологическое благополучие			
MH	Общий психологический компонент здоровья	47,98	16,96
VT	Жизненная активность	41,70	16,97
SF	Социальное функционирование	59,43	23,99
RE	Ролевое функционирование (эмоциональное)	48,65	30,86
MH	Психическое здоровье	46,65	17,25

Таблица 2

Шкальные оценки специализированного опросника качества жизни GSRS больных ВЗК

Шкалы опросника GSRS		М	Σ
RS	Синдром гастроэзофагеального рефлюкса	1,96	1,18
AP	Абдоминальная боль	2,28	1,08
IS	Диспепсический синдром	2,91	1,01
DS	Диарейный синдром	2,76	1,35
CS	Синдром запора	1,97	0,94
GSRS	Общий балл КЖ	2,44	0,77

Наиболее высокие значения были получены по шкалам, характеризующим выраженность диспепсического и диарейного синдромов, а также по показателю абдоминальной боли. В целом это указывает на значительное влияние данных симптомов на КЖ при гастроэнтерологических заболеваниях. Эти показатели достаточно характерны для пациентов с ВЗК.

В то же время показатели, отражающие синдромы запора и гастроэзофагеального рефлюкса, указывают на незначительное влияние на КЖ, связанное со здоровьем. В целом результаты опросника GSRS свидетельствуют об умеренном влиянии симптомов ВЗК на КЖ исследованных пациентов.

В соответствии с общей целью исследования в дальнейшем был проведен множественный регрессионный анализ, направленный на выявление наиболее прогностически информативных характеристик лиц с ВЗК в отношении КЖ, связанного со здоровьем.

В множественный регрессионный анализ были включены все количественные демографические (возраст), клинические и клинико-психологические показатели: длительность заболевания, частота госпитализаций, ИМТ, уровень комплаентности, продолжительность курения, – полученные в группе пациентов с ВЗК. Кроме того, в анализ были включены все количественные психодиагностические показатели, характеризующие функциональное состояние (методика ТМТ), эмоциональное состояние (методики ИТТ и BDI), личностно-характерологические особенности (методика BIG V), стресс и способы совладания со стрессом (ССП и УСФ), а также шкальные оценки опросников КЖ SF-36 и GSRS.

В качестве зависимых переменных были выбраны: 1) общий физический компонент здоровья (оценка шкалы РН опросника SF-36); 2) общий психологический компонент здоровья (оценка шкалы МН опросника SF-36); 3) общий показатель КЖ при гастроэнтерологическом заболевании (общий показатель GSRS). На основе этих данных были построены три модели зависимости названных переменных (РН, МН и GSRS) от всех изученных характеристик больных ВЗК, выраженных количественными оценками.

Прогностическая информативность изученных характеристик больных ВЗК в отношении показателя КЖ «Общий физический компонент здоровья»

В ходе множественного регрессионного анализа были получены и проанализированы восемь моделей. Из этих моделей в качестве наиболее информативной была выбрана одна. В табл. 3 представлены коэффициенты для этой модели множественного регрессионного анализа, которые позволяют оценить вклад каждой из включенных независимых переменных в определение зависимой переменной в группе пациентов с ВЗК.

Наиболее информативная модель, объясняющая дисперсию общего показателя физического благополучия в профиле КЖ на 90 % ($R^2 = 0,904$), включает восемь предикторов (переменных): «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (показатель RP, методика SF-36), «Здоровье и работоспособность» (методика УСФ), «Физическое функционирование»

Таблица 3

**Модель регрессионной зависимости общего физического благополучия в структуре КЖ
(оценка шкалы РН опросника SF-36) от изученных характеристик пациентов с ВЗК**

Модель	Нестандартизованные		Стандартизованные	Т	Р
	В	Стандартная ошибка	β (beta)		
Константа	19,439	7,420	–	2,620	0,011
Рольное функционирование (физическое) (SF-36)	0,319	0,031	0,535	10,464	0,000
Здоровье и работоспособность (УСФ)	–6,267	1,148	–0,303	–5,459	0,000
Физическое функционирование (SF-36)	0,168	0,047	0,183	3,559	0,001
Жизненная активность (SF-36)	0,215	0,061	0,185	3,515	0,001
Интенсивность боли (SF-36)	0,117	0,044	0,137	2,647	0,011
Тревожная оценка перспективы (личностная тревожность) (ИТТ)	1,235	0,422	0,141	2,931	0,005
Бегство-избегание (ССП)	0,232	0,073	0,153	3,178	0,002
Самоконтроль (ССП)	–0,135	0,056	–0,115	–2,426	0,019

(показатель РН, методика SF-36), «Жизненная активность» (показатель VT, методика SF-36), «Интенсивность боли» (показатель ВР, методика SF-36), «Тревожная оценка перспективы» (показатель ОП-Л, методика ИТТ), «Бегство-избегание» (методика ССП) и «Самоконтроль» (методика ССП). Также модель характеризуется высоким значением F-критерия Фишера ($F = 68,034$) и высоким уровнем значимости ($p = 0,001$).

Значение константы с высокой статистической значимостью ($p = 0,011$) указывает на то, что при всех независимых переменных, равных нулю, уровень физического благополучия составляет 19,439. Поскольку константа статистически значима, это подтверждает, что модель может быть использована для дальнейшего анализа влияния независимых переменных на зависимую переменную.

Наибольший по абсолютной величине коэффициент частной корреляции (бета-коэффициент) получен для показателя «Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием» (SF-36) ($\beta = 0,535$ при $p = 0,000$). Положительный коэффициент и высокий уровень значимости показывают, что рольное функционирование значительно связано с улучшением общего физического благополучия как показателя КЖ пациентов с ВЗК.

Для показателя шкалы «Здоровье и работоспособность» (УСФ) бета-коэффициент оказался несколько ниже ($\beta = -0,303$ при $p = 0,000$). Отрицательный коэффициент свидетельствует о том, что ухудшение здоровья и работоспособности связано со снижением физического благополучия у пациентов с ВЗК.

Положительные бета-коэффициенты для трех других показателей КЖ по методике SF-36 значительно ниже, но при этом имеют высокую значимость: «Физическое функционирование» ($p = 0,001$), «Жизненная активность» ($p = 0,001$) и «Интенсивность боли» ($p = 0,011$). Тем не менее эти переменные нельзя исключать из анализа, т.к. их добавление в сочетании с другими переменными повышает общую прогностическую способность модели.

Бета-коэффициенты для оставшихся трех независимых переменных, связанных с эмоциональным состоянием и способами coping, также значительно ниже, но имеют высокую значимость и в сочетании с другими переменными повышают общую прогностическую способность модели. Положительные значения бета-коэффициентов получены для показателей «Тревожная оценка перспективы» (ИТТ) ($p = 0,005$) и coping-стратегии «Бегство-избегание»

($p = 0,002$), а отрицательное значение бета-коэффициента – для переменной «Самоконтроль» (ССП) ($p = 0,019$), что отражает их связь с общим физическим благополучием пациентов с ВЗК.

В содержательном плане полученные результаты свидетельствуют о том, что общее физическое благополучие пациентов с ВЗК в наибольшей степени зависит от ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, а также от уровня здоровья и работоспособности. У пациентов с ВЗК ролевое функционирование значительно связано с улучшением общего физического благополучия, в то время как ухудшение здоровья и работоспособности приводит к снижению физического благополучия у этих лиц. Все остальные показатели, такие как физическое функционирование, активная жизненная позиция, выраженность боли, тревога о своем будущем, готовность и возможность временно абстрагироваться в острых стрессовых ситуациях, а также преодоление негативных переживаний и минимизация их влияния на оценку ситуации и выбор поведения (самоконтроль), влияют на общее физическое благополучие в значительно меньшей степени. Тем не менее их нельзя исключать, поскольку в совокупности они также влияют на общее физическое благополучие и качество жизни пациентов с ВЗК.

Прогностическая информативность изученных характеристик больных ВЗК в отношении показателя КЖ «Общий психологический компонент здоровья»

Далее с помощью этого вида анализа, при котором в качестве зависимой переменной была выбрана оценка общего психологического благополучия (КЖ) по шкале SF-36, построено несколько моделей взаимосвязи психологических и других изученных характеристик пациентов с ВЗК, выраженных в шкальных оценках, и показателя общего психологического благополучия как важного показателя КЖ.

В ходе множественного регрессионного анализа были получены и проанализированы четыре модели. Наиболее информативная из них представлена в табл. 4.

Выбранная модель, объясняющая дисперсию общего психологического благополучия как показателя КЖ на 80 % ($R^2 = 0,803$), включает четыре предиктора: «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (показатель RE, методика SF-36), «Социальное функционирование» (показатель SF, методика SF-36), «Психическое здоровье» (показатель MH, методика SF-36) и «Интенсивность боли» (показатель BP, методика SF-36). Также модель характеризуется высоким значением

Таблица 4

Модель регрессионной зависимости общего психологического благополучия в структуре КЖ (оценка шкалы MH опросника SF-36) от изученных характеристик пациентов с ВЗК

Модель	Нестандартизованные		Стандартизованные	T	p
	B	Стандартная ошибка	β (beta)		
Константа	5,321	3,352	–	1,588	0,118
Ролевое функционирование (эмоциональное) (SF-36)	0,208	0,036	0,391	5,793	0,000
Социальное функционирование (SF-36)	0,193	0,049	0,287	3,901	0,000
Психическое здоровье (SF-36)*	0,295	0,071	0,304	4,175	0,000
Интенсивность боли (SF-36)	0,140	0,048	0,197	2,930	0,005

Примечание: * В методике SF-36 показатели (шкалы) имеют стандартные буквенные обозначения. При этом показатель «Общий психологический компонент здоровья» (Mental component summary) (в нашем случае – независимая переменная) и показатель «Психическое здоровье» (зависимая переменная) имеют одинаковое обозначение – MH.

F-критерия Фишера ($F = 61,335$) и высоким уровнем значимости ($p = 0,000$).

Константа не является статистически значимой ($p > 0,05$), что указывает на то, что при нулевых значениях всех предикторов уровень общего психологического благополучия показателя КЖ не отличается от нуля.

Как видно из табл. 4, получены положительные и относительно высокие коэффициенты частной корреляции (бета-коэффициенты) с высокой значимостью для показателей шкал «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ($p = 0,000$), «Социальное функционирование» ($p = 0,000$) и «Психическое здоровье» ($p = 0,000$) опросника оценки качества жизни (SF-36). При этом показатель «Интенсивность боли» имеет высокую значимость ($p = 0,000$), но его коэффициент ниже по сравнению с предыдущими показателями. Следовательно, положительное значение бета-коэффициента означает, что все выделенные предикторы имеют значительное влияние на общее психологическое благополучие как показателя КЖ больных ВЗК.

Наибольшее влияние на психологическое благополучие в целом оказывает показатель шкалы «Психическое здоровье», отражающий преимущественный фон настроения. Это свидетельствует о том, что улучшению общего психологического благополучия пациентов с ВЗК может в значительной степени способствовать коррекция эмоционального состояния.

Далее следуют показатели ролевого функционирования, обусловленного психическим состоянием, и социальное функционирование, которые отражают способность пациентов с ВЗК выполнять свои социальные роли и участвовать в общественной жизни, а также субъективную удовлетворенность этой способностью. Улучшение ролевого и социального функционирования может способствовать повышению уверенности в себе и улучшению межличностных отношений, что, в свою очередь, положительно сказывается на общем психологическом благополучии и КЖ больных ВЗК.

Интенсивность боли также вносит вклад в общее психологическое благополучие, хотя и в меньшей степени, по сравнению с другими предикторами. Выраженный болевой синдром, характерный для рецидивов ВЗК, может негативно сказываться на эмоциональном состоянии и снижать КЖ. Напротив, отсутствие боли и менее выраженная ее интенсивность могут положительно повлиять на общее психологическое благополучие и КЖ в целом пациентов с ВЗК. Однако влияние фактора боли на общий психологический компонент КЖ пациентов с ВЗК выражено меньше, чем влияние эмоционального состояния, ролевого и социального функционирования.

Прогностическая информативность изученных характеристик больных ВЗК в отношении общего показателя КЖ при гастроэнтерологических заболеваниях (опросник GSRS)

В ходе множественного регрессионного анализа, в котором в качестве зависимой переменной был выбран общий показатель КЖ при гастроэнтерологических заболеваниях (GSRS), было получено и проанализировано шесть моделей. Наиболее информативная из них представлена в табл. 5.

Представленная модель, объясняющая дисперсию общего показателя КЖ на 99 % ($R^2 = 0,993$), включает все показатели (предикторы) опросника GSRS: «Диспепсический синдром» (DS), «Абдоминальная боль» (AP), «Диарейный синдром» (IS), «Синдром запора» (CS), «Синдром гастроэзофагеального рефлюкса» (RS), а также длительность заболевания. Модель характеризуется высоким значением F-критерия Фишера ($F = 1444,621$) и высоким уровнем значимости ($p = 0,000$).

Константа не является статистически значимой ($p > 0,05$), что указывает на то, что при нулевых значениях всех предикторов уровень общего GSRS показателя КЖ не отличается от нуля.

Получены положительные бета-коэффициенты для всех переменных, включенных

Модель регрессионной зависимости общего показателя КЖ при гастроэнтерологическом заболевании (GSRS) у пациентов с ВЗК

Модель	Нестандартизованные		Стандартизованные	Т	р
	В	Стандартная ошибка	β (beta)		
Константа	0,006	0,034	–	0,191	0,850
Диспепсический синдром (GSRS)	0,271	0,013	0,358	21,651	0,000
Абдоминальная боль (GSRS)	0,211	0,011	0,303	18,923	0,000
Диарейный синдром (GSRS)	0,199	0,008	0,337	26,173	0,000
Синдром запора (GSRS)	0,193	0,011	0,234	17,647	0,000
Синдром гастроэзофагеального рефлюкса (GSRS)	0,114	0,008	0,176	13,490	0,000
Длительность заболевания (лет)	0,003	0,001	0,024	2,104	0,040

в данную модель. Наибольший коэффициент частной корреляции с высокой значимостью получен для показателей «Диарейный синдром» ($p = 0,000$), «Абдоминальная боль» ($p = 0,000$) и «Диспепсический синдром» ($p = 0,000$). Несколько ниже, но также с высокой значимостью, определяются показатели «Синдром запора» ($p = 0,000$) и «Синдром гастроэзофагеального рефлюкса» ($p = 0,000$). Бета-коэффициент для переменной «Длительность заболевания» составляет $\beta = 0,024$, что является низким значением, но все же имеет статистическую значимость ($p = 0,040$). Это указывает на то, что длительность заболевания пациентов с ВЗК в сочетании с другими факторами может оказывать влияние на общий показатель КЖ, связанного с гастроэнтерологическим заболеванием, хотя и в меньшей степени, по сравнению с другими переменными.

В содержательном плане полученные результаты свидетельствуют о том, что даже незначительные изменения в состоянии пациентов с ВЗК, касающиеся частоты стула (диарейных синдромов), могут существенно влиять на общее КЖ больных с ВЗК, значительно ограничивая их социальное функционирование, межличностные контакты, возможности передвижения и другие виды жизнедеятельности. Устранение или облегчение этих синдромов, а также болевого синдрома и диспепсических расстройств также могут привести к значительному

улучшению общего состояния и КЖ данных пациентов.

Синдром запора и гастроэзофагеальный рефлюкс, хотя и имеют менее выраженное влияние, все же оказывают значительное воздействие на КЖ. Это подчеркивает необходимость мониторинга и лечения этих состояний как составной части комплексного подхода к управлению ВЗК и улучшению КЖ данных пациентов.

Длительность заболевания может оказывать влияние на КЖ у пациентов с ВЗК, однако это влияние менее выражено по сравнению с другими факторами. Важно отметить, что с увеличением длительности заболевания может происходить накопление хронических симптомов и осложнений, что требует дополнительного внимания и разработки соответствующих стратегий управления. Это позволит оптимизировать КЖ пациентов с ВЗК.

Обсуждение результатов исследования

На сегодняшний день ВЗК представляют собой одну из наиболее сложных проблем гастроэнтерологии, требующую комплексного подхода для их диагностики и лечения. Эти заболевания занимают значительное место среди гастроэнтерологических патологий из-за своей тяжести, возможных осложнений и риска летального исхода, особенно

при тяжелом течении. ВЗК чаще всего выявляются у молодежи в странах с высоким уровнем развития и требуют пожизненного лечения [7].

При анализе полученных клинических и демографических данных в исследованной выборке пациентов с ВЗК было обнаружено сходство с данными, представленными в современной научной литературе. Распределение пациентов по возрасту является характерным и обусловлено клиническими особенностями рассматриваемых заболеваний. В частности, в ряде исследований показано, средний возраст начала ВЗК колеблется в пределах от 31 до 34 лет [16]. В нашем исследовании средний возраст незначительно отличался, что может быть связано с наблюдаемой сегодня тенденцией к увеличению возраста начала заболевания [19].

Что касается социального статуса, уровня образования, клинических проявлений, наличия осложнений и тяжести течения заболевания, данные почти аналогичны тем, что были получены в других исследованиях, проведенных на выборках пациентов с ВЗК [19, 23, 29], а также в ранее проведенном нами исследовании [7].

Научные исследования показывают, что КЖ, связанное со здоровьем, подвержено влиянию психологического состояния лиц с ВЗК, независимо от того, находятся ли они в ремиссии или в рецидиве заболевания [17]. В нашем исследовании было выявлено, что общее КЖ, показатели физического и психологического благополучия значительно снижены, несмотря на то что подавляющее большинство пациентов находились в состоянии ремиссии. Общее соматическое состояние в значительной степени влияло на жизненную активность, и в совокупности пациенты отмечали более выраженные проблемы в психологическом плане. В целом КЖ у лиц с ВЗК снижено, о чем свидетельствуют многочисленные зарубежные исследования; для них также характерно наличие симптомов эмоциональных расстройств, связанных с более низким КЖ у пациентов с ВЗК [22].

Специфические симптомы заболевания, такие как диарея и выраженная абдоми-

нальная боль, значительно влияют на КЖ, связанное со здоровьем, у пациентов с ВЗК [18, 25]. В нашем исследовании были получены аналогичные данные, к указанным симптомам также добавился диспепсический синдром, что особенно характерно для функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта [9].

Существует ограниченное количество исследований, посвященных оценке прогностической информативности отдельных факторов прогнозу ВЗК, и в основном они проведены в области медицины. В одном из исследований указано, что курение сигарет, депрессия, тревожность и психосоциальные стрессоры, а также отсутствие регулярной физической активности, ИМТ, факторы риска венозной тромбоэмболии, а также длительный или частый прием высоких доз нестероидных противовоспалительных препаратов увеличивают риск развития ВЗК [11].

В научной литературе России пока отсутствуют исследования, выделяющие наиболее прогностически информативные психологические характеристики у пациентов с ВЗК в контексте КЖ, связанного со здоровьем. Настоящее исследование является одним из первых в этой области. Был проведен множественный регрессионный анализ с целью выявления прогностически информативных психологических и других характеристик пациентов с ВЗК в отношении КЖ, связанного со здоровьем. В результате регрессионного анализа были получены три модели для каждого из обобщенных показателей КЖ пациентов с ВЗК. Это следующие модели:

1. Модель, объясняющая дисперсию общего физического благополучия; включает восемь предикторов: «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», «Здоровье и работоспособность», «Физическое функционирование», «Жизненная активность», «Интенсивность боли», «Тревожная оценка перспективы», копинг-стратегии «Бегство-избегание» и «Самоконтроль».

2. Модель, объясняющая дисперсию общего психологического благополучия; включает четыре предиктора: «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным

состоянием», «Социальное функционирование», «Психическое здоровье» и «Интенсивность боли».

3. Модель, объясняющая дисперсию общего показателя КЖ при гастроэнтерологических заболеваниях; включает шесть предикторов: «Диспепсический синдром», «Абдоминальная боль», «Диарейный синдром», «Синдром запора», «Синдром гастроэзофагеального рефлюкса», а также длительность заболевания.

Все три модели являются типичными для пациентов с ВЗК, поскольку данные показатели существенно влияют на жизненное функционирование и благополучие пациентов этой группы.

Необходимо отметить, что показатели функционального состояния психики (психомоторный темп и показатели активного внимания), эмоционального состояния (за исключением показателя «Тревожная оценка перспективы»), личностно-характерологические особенности и показатели социальной фрустрированности не вошли ни в одну из моделей, что было неожиданным, поскольку в ранее проведенных исследованиях данные отличались у пациентов с ВЗК по сравнению со здоровыми людьми [7], что давало основания для предположения о влиянии этих факторов на КЖ при ВЗК с ВЗК.

Заключение

Результаты исследования, посвященного определению прогностического значения психологических характеристик больных ВЗК в отношении КЖ, связанного со здоровьем, показали следующее.

1. У пациентов с ВЗК КЖ значительно снижено по показателям как физического, так и психологического благополучия. На КЖ, связанное со здоровьем, в значительной степени влияют такие симптомы заболевания, как диарея, абдоминальная боль и диспепсия.

2. В ходе множественного регрессионного анализа были установлены значимые факторы, влияющие на КЖ лиц с ВЗК, ко-

торые были объединены в три модели: физическое благополучие, психологическое благополучие и КЖ, связанное с гастроэнтерологическими симптомами. Выявленные наиболее прогностически информативные факторы могут быть использованы в качестве «мишеней», а также ресурсов личности при разработке программ психологической профилактики и коррекции при ВЗК.

Несмотря на важность данной темы и явную необходимость в психологической помощи пациентам с ВЗК, в области медицинской психологии недостаточно информации о психологических характеристиках таких пациентов, влияющих на КЖ, связанное со здоровьем. Немного прогностически значимых психологических факторов выделено и в настоящем исследовании. При использовании восьми психодиагностических методик показатели только трех из них обладают прогностическим значением в отношении КЖ. Это: 1) методика УСФ (показатель «Неудовлетворенность в сфере здоровья и работоспособности»); 2) методика ИТТ (показатель «Тревожная оценка перспективы») и 3) методика ССП (копинг-стратегии «Самоконтроль» и «Бегство-избегание») – чем выше эти показатели, тем ниже показатель удовлетворенности физическим состоянием в структуре КЖ. Очевидно, что для выявления ключевых направлений психологической работы и разработки эффективных алгоритмов психологического вмешательства требуется продолжение исследований взаимосвязи психологических характеристик и КЖ больных ВЗК.

В частности, перспективы настоящего исследования могут включать увеличение размера выборки, расширение комплекса психодиагностических методов и математико-статистического аппарата. Важно проводить сравнение с другими группами пациентов с заболеваниями ЖКТ, такими как функциональные расстройства кишечника, и исследовать взаимосвязь между психологическими и клиническими характеристиками (продолжительность заболевания, частота рецидивов и т.д.).

Литература

1. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Психологическая диагностика тревоги и тревожности у взрослых // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: коллект. моногр. / под ред. Л.И. Вассермана, О.Ю. Щелковой. СПб. : Скифия-принт, 2014. С. 96–114.
2. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика / под ред. проф. Л.И. Вассермана. СПб. : Речь, 2010. 191 с.
3. Вассерман Л.И., Беребин М.А., Иовлев Б.В. Психологическая диагностика уровня социальной фрустрированности // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: коллект. моногр. / под ред. Л.И. Вассермана, О.Ю. Щелковой. СПб. : Скифия-принт, 2014. С. 187–213.
4. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Методология исследования связанного со здоровьем качества жизни // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: коллект. моногр. / под ред. Л.И. Вассермана, О.Ю. Щелковой. СПб. : Скифия-принт, 2014. С. 30–43.
5. Губонина И.В., Гриневич В.Б., Ткаченко Е.И. [и др.]. Клинико-эпидемиологическая характеристика и исходы воспалительных заболеваний кишечника в когорте больных Северо-Западного региона по данным восьмилетнего наблюдения // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019. № 172(12). С. 24–33.
6. Зотов М.В. Когнитивные нарушения и возможности их компенсации у больных шизофренией с различной степенью выраженности дефекта: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 1998. 18 с.
7. Илич М., Зюзина Д.С., Михайличенко Т.Г., Щелкова О.Ю. Психологические особенности лиц с воспалительными заболеваниями кишечника: результаты сопоставления с нормативными данными // СибСкрипт. 2025. Т. 27, № 2. С. 163–180. DOI: 10.21603/sibscript-2025-27-2-163-180.
8. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
9. Шкляев А.Е., Горбунова Ю.В. Применение специфического и неспецифического опросников для оценки качества жизни пациентов с функциональной патологией кишечника // Архивъ внутренней медицины. 2016. Т. 4, № 6. С. 53–57. DOI: 10.20514/2226-6704-2016-6-4-53-57.
10. Яничев Д.П. Когнитивные аспекты самовосприятия личностных черт у пациентов с невротической и неврозоподобной симптоматикой: дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2006. 156 с.
11. Ananthakrishnan A.N., Kaplan G.G., Bernstein C.N. [et al.]. International organization for study of inflammatory bowel diseases. Lifestyle, behaviour, and environmental modification for the management of patients with inflammatory bowel diseases: An international organization for study of inflammatory bowel diseases consensus // *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2022. Vol. 7, Iss. 7. Pp. 666–678. DOI: 10.1016/S2468-1253(22)00021-8.
12. Black J., Sweeney L., Yuan Y. [et al.]. Systematic review: the role of psychological stress in inflammatory bowel disease // *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2022. Vol. 56, Iss. 8. Pp. 1235–1249. DOI: 10.1111/apt.17202.
13. Dave P. Factors that increase the risk of inflammatory bowel disease // *World Journal of Current Medical and Pharmaceutical Research*. 2024. Vol. 26, Iss. 6. Pp. 65–70. DOI: 10.22270/ijmspr.v10i1.91.
14. Eckert K.G., Abbasi-Neureither I., Köppel M., Huber G. Structured physical activity interventions as a complementary therapy for patients with inflammatory bowel disease – a scoping review and practical implications // *BMC Gastroenterology*. 2019. Vol. 19, Iss. 21. Pp. 115. DOI: 10.1186/s12876-019-1034-9.
15. Engel K., Homsy M., Suzuki R. [et al.]. Newly diagnosed patients with inflammatory bowel disease: the relationship between perceived psychological support, health-related quality of life, and disease activity // *Health Equity*. 2021. Vol. 5, Iss. 2. Pp. 42–48. DOI: 10.1089/heq.2020.0053.
16. Hammer T., Langholz E. The epidemiology of inflammatory bowel disease: balance between East and West? A narrative review // *Digestive Medicine Res*. 2020. Vol. 3, Iss. 48. DOI: 10.21037/dmr-20-14.
17. Jamolova R.J., Mukhabbatov D.K., Rakhmonov D.T., Ali-Zade S.G. Compliance and quality of life of patients with inflammatory bowel diseases // *Avicenna Bulletin*. 2024. Vol. 26, Iss. 1. Pp. 76–85. DOI: 10.25005/2074-0581-2024-26-1-76-85.
18. Khan S., Sebastian S.A., Parmar M.P. [et al.]. Factors influencing the quality of life in inflammatory bowel disease: a comprehensive review // *Dis Mon*. 2024. Vol. 70, Iss. 1S. Pp. 101672. DOI: 10.1016/j.disamonth.2023.101672.
19. Kuenzig M.E., Coward S., Targownik L.E. [et al.]. The 2023 Impact of inflammatory bowel disease in Canada: direct health system and medication costs // *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology*. 2023. Iss. 6 (Suppl. 2). Pp. S23–S34. DOI: 10.1093/jcag/gwad008.
20. Leone D., Gilardi D., Corrà B. E. [et al.]. Psychological characteristics of inflammatory bowel disease patients: a comparison between active and nonactive patients // *Inflammatory Bowel Diseases*. 2019. Vol. 25, Iss. 17. Pp. 1399–1407. DOI: 10.1093/ibd/izy400.
21. Lopes E.W., Chan S.S.M., Song M. [et al.]. Lifestyle factors for the prevention of inflammatory bowel disease // *Gut*. 2022. Vol. 72. Pp. 1093–1100. DOI: 10.1136/gutjnl-2022-328174.
22. Mitropoulou M.A., Fradelos E.C., Lee K.Y. [et al.]. Quality of life in patients with inflammatory bowel disease: importance of psychological symptoms // *Cureus*. 2022. Vol. 14, Iss. 8. Pp. e28502. DOI: 10.7759/cureus.28502.

23. Nyberg L., Halfvarson J., Söderling J. [et al.]. Prospective observational study of tofacitinib in ulcerative colitis – analysis of clinical data, fatigue and health-related quality of life during the induction phase // *Therapeutic advances in gastroenterology*. 2025. Iss. 18. Pp. 17562848251343427. DOI: 10.1177/17562848251343427.
24. Reitan R.M. Validity of the Trail Making test as an indicator of organic brain damage. *Percept // Mot Skills*. 1958. Vol. 8, Iss. 3. Pp. 271–276. DOI: 10.2466/pms.1958.8.3.271.
25. Roukas C., Miller L., Büttner F.C. [et al.]. Impact of pain, fatigue and bowel incontinence on the quality of life of people living with inflammatory bowel disease: a UK cross-sectional survey // *United European gastroenterology journal*. 2025. Vol. 13, Iss. 3. Pp. 364–375. DOI: 10.1002/ueg2.12668.
26. Seaton N., Wileman V., Norton Ch. [et al.] The relationships between depression, inflammation and self-reported disease activity in IBD and their impact on healthcare usage // *BMC Gastroenterology*. 2025. Vol. 25, Iss. 1. Pp. 140. DOI: 10.1186/s12876-025-03691-8.
27. Schoultz M., Beattie M., Gorely T., Leung J. Assessment of causal link between psychological factors and symptom exacerbation in inflammatory bowel disease: a systematic review utilising Bradford Hill criteria and meta-analysis of prospective cohort studies // *Systematic Reviews*. 2020. Vol. 9. Pp. 169. DOI: 10.1186/s13643-020-01426-2.
28. Svedlund J., Sjödin I., Dotevall G. GSRS – a clinical rating scale for gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer disease // *Digestive diseases and sciences*. 1988. Vol. 33, Iss. 2. Pp. 129–134. DOI: 10.1007/bf01535722.
29. Wan J., Zhou J., Wang Z. [et al.]. Epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment of inflammatory bowel disease: insights from the past two years // *Chinese medical journal*. 2025. Vol. 138, Iss. 7. Pp. 763–776. DOI: 10.1097/CM9.0000000000003542.

Поступила 20.10.2025

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Участие авторов: М. Илич – обзор научных исследований, сбор эмпирического материала, обработка, анализ и интерпретация эмпирических данных, подготовка иллюстративного материала, написание первичного варианта статьи; О.Ю. Щелкова – разработка методологии исследования, анализ эмпирических материалов, редактирование текста статьи; О.Б. Шукина – отбор испытуемых для сбора эмпирического материала; Н.В. Барышникова – отбор испытуемых для сбора эмпирического материала; Т.Г. Михайличенко – сбор эмпирического материала.

Для цитирования. Илич М., Щелкова О.Ю., Шукина О.Б., Барышникова Н.В., Михайличенко Т.Г. Прогностическое значение психологических характеристик пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в отношении качества жизни, связанного со здоровьем // *Вестник психотерапии*. 2026. № 97. С. 53–69. DOI: 10.25016/2782-652-2026-0-97-53-69

M. Ilich¹, O.Yu. Shchelkova¹, O.B. Shchukina²,
V.V. Baryshnikova^{3,4}, T.G. Mikhaylichenko⁵

Prognostic Psychological Characteristics of Patients with Inflammatory Bowel Diseases and Their Relation to Health-Related Quality of Life

¹ Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, Russia);

² Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (6–8, L'va Tolstogo Str., St. Petersburg, Russia);

³ Medico-social Pediatric Problems, Saint Petersburg State Pediatric Medical University
(2 A, Litovskaya Str., St. Petersburg, Russia);

⁴ Institute of Experimental Medicine (12 A, Academic Pavlov Str., St. Petersburg, Russia);

⁵ City Clinical Hospital N 31 (3, Dinamo Ave., St. Petersburg, Russia)

✉ Mariya Ilich – Master of Psychology, PhD Student of the Department of medical psychology and psychophysiology, Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg 199034, Russia), e-mail: ilich.mariya@mail.ru, ORCID: 0000-0002-2403-1974;

Olga Yurievna Shchelkova – Dr. Psychol. Sci. Prof., Prof. and acting head of the Department of Medical psychology and psychophysiology, Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: o.shhelkova@spbu.ru, ORCID: 0000-0001-9444-4742;

Oksana Borisovna Shchukina – Dr. Med. Sci., Prof. of the Department of General Medical Practice, head of the office of the IBD polyclinic with the KDC, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (6–8 L'va Tolstogo Str., St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: burmao@gmail.com; ORCID: 0000-0001-8402-0743;

Natalia Vladimirovna Baryshnikova – PhD Med. Sci., Associate Prof. Junior Researcher at the Laboratory of Medico-social Pediatric Problems, Saint Petersburg State Pediatric Medical University (2 A, Litosvskaya Str., St. Petersburg, 194100, Russia); Molecular Microbiology Department, Institute of Experimental Medicine (12A, Academic Pavlov Str., St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: baryshnikova_nv@mail.ru, ORCID: 0000-0001-7429-0336;

Tatiana Gennadevna Mikhaylichenko – PhD Psychol. Sci., Medical psychologist, City Clinical Hospital N 31, City Center for Diagnosis and Treatment of IBD (3, Dinamo Ave., St. Petersburg 199178, Russia), e-mail: mikhaylichenko@list.ru, ORCID: 0009-0008-7186-3117.

Abstract

Relevance. Inflammatory bowel diseases (IBD) are characterized by a chronic, relapsing course, are often diagnosed at a young age, and require lifelong treatment. This leads to physical, psychological, and social problems for patients, negatively affecting their quality of life (QOL). Therefore, the aim of this study was to identify the most prognostically informative psychological characteristics in IBD patients in relation to health-related QOL.

Materials and methods. The study included 78 patients with IBD, with a mean age of 35.99 ± 10.73 years; 18 (23.1 %) were men. Among the participants, 43 had a diagnosis of Crohn's disease (K50) and 35 had a diagnosis of ulcerative colitis (K51). Clinical and psychosocial indicators were recorded. The psychodiagnostic methods used included TMT, ITT, BDI, BFI, WCQ, SFLQ, and QOL study methods, specifically the general SF-36 questionnaire and the specialized symptom questionnaire GSRS.

Results and discussion. The regression analysis resulted in three models for each QOL domain: 1) a model explaining general physical well-being (PH) ($R^2 = 0.904$) with 8 predictors; 2) a model explaining general psychological well-being (MH) ($R^2 = 0.803$) with 4 predictors; and 3) a model explaining the level of QOL in gastrointestinal diseases ($R^2 = 0.993$) with 6 predictors. The SF-36 "Physical Role Functioning" measure has the greatest prognostic value for PH, while the "Emotional Role Functioning" measure has the greatest prognostic value for MH: the higher these scores, the more patients engage in daily role activities and the more satisfied they are with the physical and psychological components of their quality of life. The most prognostically informative GSRS indicator is the severity of diarrhea: the higher it is, the worse the QOL.

Conclusion. The data obtained demonstrate the need for a comprehensive approach to the treatment of patients with IBD, taking into account not only clinical but also sociopsychological factors that determine quality of life during the disease.

Keywords: Inflammatory bowel disease, health-related quality of life, physical well-being, mental well-being, gastrointestinal disease-related quality of life.

References

1. Bizyuk A.P., Vasserman L.I., Iovlev B.V. Psikhologicheskaya diagnostika trevogi i trevozhnosti u vzroslykh [Psychological diagnosis of anxiety and anxiety in adults]. Psikhologicheskaya diagnostika rasstroystv emotsional'noi sfery i lichnosti [Psychological diagnosis of disorders of the emotional sphere and personality]. Eds.: Vasserman L.I., Shchelkova O.Yu. Sankt-Petersburg, 2014: 96–114. (In Russ.)
2. Vasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonova E.A. Sovladanie so stressom: teoriya i psikhodiagnostika; nauch [Coping with stress: theory and psychodiagnosics]. Ed. L.I. Vasserman. Sankt-Petersburg, 2010: 191. (In Russ.)
3. Vasserman L.I., Berebin M.A., Iovlev B.V. Psixologicheskaya diagnostika urovnya social'noj frustrirovannosti [Psychological diagnosis of the level of social frustration] Psikhologicheskaya diagnostika rasstroystv emotsional'noi sfery i lichnosti [Psychological diagnosis of disorders of the emotional sphere and personality]. Eds.: Vasserman L.I., Shchelkova O.Yu. Sankt-Petersburg, 2014: 187–213. (In Russ.)

4. Vasserman L.I., Trifonova E.A. Metodologiya issledovaniya svyazannogo so zdorov'em kachestva zhizni [Methodology of research related to health and quality of life]. *Psikhologicheskaya diagnostika rasstroystv emotsional'noi sfery i lichnosti* [Psychological diagnosis of disorders of the emotional sphere and personality]. Eds.: Vasserman L.I., Shchelkova O.Yu. Sankt Petersburg, 2014: 30–43. (In Russ.)
5. Gubonina I.V., Grinevich V.B., Tkachenko E.I. [et al.]. Kliniko-epidemiologicheskaya kharakteristika i iskhody vospalitel'nykh zabolevanii kishechnika v kogorte bol'nykh Severo-Zapadnogo regiona po dannym vos'miletnego nablyudeniya [Clinical and epidemiological characteristics and outcomes of inflammatory bowel diseases according to 8-year follow-up in a cohort of patients in the north-west region]. *Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya* [Experimental & clinical gastroenterology]. 2019; 172(12): 24–33. (In Russ.)
6. Zotov M.V. Kognitivny'e narusheniya i vozmozhnosti ix kompensatsii u bol'ny'x shizofreniej s razlichnoj stepen'yu vy'razhennosti defekta [Cognitive impairments and opportunities for their compensation in patients with schizophrenia with varying degrees of deficit]: Diss... PhD Psychol. Sci. Sankt-Petersburg, 1998. 18 p. (In Russ.)
7. Ilich M., Zyuzina D.S., Mikhaylichenko T.G., Shchelkova O.Yu. Psixologicheskie osobennosti licz s vospalitel'ny'mi zabolevaniyami kishechnika: rezul'taty sopostavleniya s normativny'mi dannymi [Psychological profile of patients with inflammatory bowel diseases: comparative analysis with standard indicators]. *SibSkript* [SibScript]. 2025, 27(2): 163–180. DOI: 10.21603/sibscript-2025-27-2-163-180 (In Russ.)
8. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttraumaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. Sankt Petersburg, 2001. 272 p. (In Russ.)
9. Shklyayev A.E. Primeneniye specificheskogo i nespecificheskogo oprosnikov dlya ocenki kachestva zhizni pacientov s funktsional'noj patologiej kishechnika [Application of specific and non-specific questionnaires for assessing the quality of life of patients with functional bowel pathology]. *Arxiv vnutrennej mediciny* [Archives of Internal Medicine]. 2016, 4(6): 53–57. DOI: 10.20514/2226-6704-2016-6-4-53-57 (In Russ.)
10. Yanichev D.P. Kognitivnye aspekty samovospriyatiya lichnostnykh chert u patsientov s nevroticheskoi i nevrozopodobnoi simptomatikoi [Cognitive aspects of self-perception of personality traits in patients with neurotic and neurosis-like symptoms]: Diss. ... PhD Psychol. Sci. Sankt-Petersburg, 2006. 156 p. (In Russ.)
11. Ananthkrishnan A.N., Kaplan G.G., Bernstein C.N. [et al.]. International organization for study of inflammatory bowel diseases. Lifestyle, behaviour, and environmental modification for the management of patients with inflammatory bowel diseases: an international organization for study of inflammatory bowel diseases consensus. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2022; 7(7): 666–678. DOI: 10.1016/S2468-1253(22)00021-8
12. Black J., Sweeney L., Yuan Y. [et al.]. Systematic review: the role of psychological stress in inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2022; 56(8). 1235–1249. DOI: 10.1111/apt.17202
13. Dave P. Factors that Increase the risk of inflammatory bowel disease. *World Journal of Current Medical and Pharmaceutical Research*. 2024; 26(6): 65–70. DOI: 10.22270/ijmspr.v10i1.91
14. Eckert K.G., Abbasi-Neureither I., Köppel M., Huber G. Structured physical activity interventions as a complementary therapy for patients with inflammatory bowel disease - a scoping review and practical implications. *BMC Gastroenterology*. 2019; 19(21): 115. DOI: 10.1186/s12876-019-1034-9
15. Engel K., Homsy M., Suzuki R. [et al.]. Newly diagnosed patients with inflammatory bowel disease: the relationship between perceived psychological support, health-related quality of life, and disease activity. *Health Equity*. 2021; 5(2): 42–48. DOI: 10.1089/heq.2020.0053
16. Hammer T., Langholz E. The epidemiology of inflammatory bowel disease: balance between East and West? A narrative review. *Digestive Medicine Res*. 2020; 3(48) DOI: 10.21037/dmr-20-14.
17. Jamolova R.J., Mukhabbatov D.K., Rakhmonov D.T., Ali-Zade S.G. Compliance and quality of life of patients with inflammatory bowel diseases. *Avicenna Bulletin*. 2024; 26(1): 76–85. DOI: 10.25005/2074-0581-2024-26-1-76-85
18. Khan S., Sebastian S.A., Parmar M.P. [et al.]. Factors influencing the quality of life in inflammatory bowel disease: A comprehensive review. *Dis Mon*. 2024; 70(1S): 101672. DOI: 10.1016/j.disamonth.2023.101672
19. Kuenzig M.E., Coward S., Targownik L.E. [et al.]. The 2023 impact of inflammatory bowel disease in Canada: direct health system and medication costs. *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology*. 2023; 6(Suppl 2): S23–S34. DOI: 10.1093/jcag/gwad008
20. Leone D., Gilardi D., Corrà B. E. [et al.]. Psychological characteristics of inflammatory bowel disease patients: a comparison between active and nonactive patients. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2019; 25(17): 1399–1407. DOI: 10.1093/ibd/izy400
21. Lopes E.W., Chan S.S.M., Song M. [et al.]. Lifestyle factors for the prevention of inflammatory bowel disease. *Gut*. 2022; 72: 1093–1100. DOI: 10.1136/gutjnl-2022-328174
22. Mitropoulou M.A., Fradelos E.C., Lee K.Y. [et al.]. Quality of life in patients with inflammatory bowel disease: importance of psychological symptoms. *Cureus*. 2022; 14(8); e28502. DOI: 10.7759/cureus.28502
23. Nyberg L., Halfvarson J., Söderling J. [et al.]. Prospective observational study of tofacitinib in ulcerative colitis - analysis of clinical data, fatigue and health-related quality of life during the induction phase. *Therapeutic advances in gastroenterology*. 2025; 18: 17562848251343427. DOI: 10.1177/17562848251343427

-
24. Reitan R.M. Validity of the Trail Making test as an indicator of organic brain damage. *Percept. Mot Skills*. 1958; 8(3): 271–276. DOI: 10.2466/pms.1958.8.3.271
 25. Roukas C., Miller L., Büttner F.C. [et al.]. Impact of pain, fatigue and bowel incontinence on the quality of life of people living with inflammatory bowel disease: a UK cross-sectional survey. *United European gastroenterology journal*. 2025; 13(3): 364–375. DOI: 10.1002/ueg2.12668
 26. Seaton N., Wileman V., Norton Ch. [et al.] The relationships between depression, inflammation and self-reported disease activity in IBD and their impact on healthcare usage. *BMC Gastroenterology*. 2025; 25(1): 140. DOI: 10.1186/s12876-025-03691-8.
 27. Schoultz M., Beattie M., Gorely T., Leung J. Assessment of causal link between psychological factors and symptom exacerbation in inflammatory bowel disease: a systematic review utilising Bradford Hill criteria and meta-analysis of prospective cohort studies. *Systematic Reviews*. 2020; 9: 169. DOI: 10.1186/s13643-020-01426-2
 28. Svedlund J., Sjödin I., Dotevall G. GSRS—a clinical rating scale for gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer disease. *Digestive diseases and sciences*. 1988; 33(2): 129–134. DOI: 10.1007/bf01535722
 29. Wan J., Zhou J., Wang Z. [et al.]. Epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment of inflammatory bowel disease: Insights from the past two years. *Chinese medical journal*. 2025; 138(7): 763–776. DOI: 10.1097/CM9.0000000000003542.
-

Received 20.10.2025

For citing: Ilich M., SHHelkova O.YU., SHHukina O.B., Baryshnikova N.V., Mikhaylichenko T.G. Prognosticheskoe znachenie psikhologicheskikh kharakteristik patsientov s vospalitel'nymi zabolevaniyami kishechnika v otnoshenii kachestva zhizni, svyazannogo so zdorov'em. *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (97): 53–69. **(In Russ.)**

Ilich M., Shchelkova O.Yu., Shchukina O.B., Baryshnikova V.V., Mikhaylichenko T.G. Prognostic psychological characteristics of patients with inflammatory bowel diseases and their relation to health-related quality of life. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (97): 53–69. DOI: 10.25016/2782-652-2026-0-97-53-69
