



Кудрявцева А.С.¹✉, Яковлева М.В.¹, Софронова М.Г.², Великанов А.А.²

¹ Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

² Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

Восприятие болезни и приверженность лечению пациентов ревматологического профиля: результаты пилотного исследования

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: сбор материала, редактирование, написание текста – Кудрявцева А.С.; концепция и дизайн исследования, обработка, написание текста – Яковлева М.В.; концепция исследования, редактирование – Софронова М.Г.; концепция исследования, редактирование, сбор материала – Великанов А.А.

Подана: 15.06.2026

Принята: 13.08.2026

Контакты: a.kudryavtseva@spbu.ru

Резюме

Введение. Ревматические заболевания связаны со снижением качества жизни пациентов, нарушением их адаптации, появлением психопатологической симптоматики, что обуславливает необходимость их комплексного рассмотрения, в том числе с учетом клинико-психологических характеристик пациентов.

Цель. Изучить параметры восприятия болезни и приверженности лечению пациентов ревматологического профиля, а также их взаимосвязь с текущим эмоциональным состоянием пациентов.

Материалы и методы. Пилотная выборка: 50 пациентов (41 женщина, 9 мужчин; возраст $42,0 \pm 18,8$ года) с ревматоидным артритом, системной красной волчанкой, склеродермией и др. Применялись: Краткий опросник восприятия болезни (КОВБ), Шкала количественной оценки приверженности лечению (КОП-25), Шкала депрессии, тревоги и стресса (DASS-21); методы математико-статистической обработки данных: t-критерий Стьюдента, U-критерий Манна – Уитни, корреляция Спирмена.

Результаты. Самые высокие показатели наблюдаются у пациентов по шкале воспринимаемой длительности болезни, ее временной перспективы; самые низкие – по шкалам понятности болезни и ее контролируемости (как личной, так и лечения). Выявлено превышение нормативных значений по показателям тревоги и стресса; тревога отмечается у 50% пациентов. Общая приверженность лечению находится в диапазоне средних значений с наименее низкими показателями по шкале модификации образа жизни. Признаки депрессии и тревоги положительно коррелируют с негативным восприятием болезни и отрицательно – с готовностью к лечению и изменению образа жизни.

Заключение. Обследованные пациенты характеризуются высокими показателями воспринимаемой угрозы болезни, ее низкой контролируемостью и средней степенью приверженности лечению. Выявленные связи изученных показателей свидетельствуют о необходимости психологического сопровождения пациентов для улучшения их адаптации к заболеванию, повышения мотивации к соблюдению терапевтических рекомендаций.

Ключевые слова: ревматические заболевания, внутренняя картина болезни, восприятие болезни, приверженность лечению, эмоциональное состояние, психологический дистресс, тревога

Kudryavtseva A.¹ ✉, Iakovleva M.¹, Sofronova M.², Velikanov A.²

¹ Saint Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

² Almazov National Medical Research Centre, St. Petersburg, Russia

Disease Perception and Treatment Adherence in Rheumatological Patients: Results of a Pilot Study

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: collecting material, editing, writing text – Kudryavtseva A.; the concept and design of research, processing, writing of the text – Iakovleva M.; the concept of research, editing – Sofronova M.; the concept of research, editing, collecting material – Velikanov A.

Submitted: 15.06.2026

Accepted: 13.08.2026

Contacts: a.kudryavtseva@spbu.ru

Abstract

Introduction. Rheumatic diseases are associated with a reduction in patients' quality of life, impaired adaptation, and the development of psychopathological symptoms, necessitating a comprehensive assessment, including the patients' psychological characteristics.

Purpose. To study the parameters of illness perception and treatment adherence in rheumatology patients, as well as their relationship with patients' current emotional state.

Materials and methods. The pilot sample consisted of 50 patients (41 women, 9 men; mean age 42.0 ± 18.8 years) with rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, scleroderma, etc. The following methods were used: Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ), Russian Questionnaire of the Quantitative Assessment of the Adherence to Treatment (QAA-25), Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21); methods of statistical data processing: Student's t-test, Mann – Whitney U-test, Spearman correlation.

Results. Patients demonstrated the highest scores on the scale of perceived illness timeline; the lowest scores were found on the scales of illness understanding and its controllability (both personal and treatment-related). Anxiety and stress scores exceeded the normal range; anxiety was noted in 50% of patients. Overall treatment adherence was within the average range, with the lowest scores on the lifestyle modification scale. Symptoms of depression and anxiety correlated positively with a negative perception of the illness and negatively with readiness for treatment and lifestyle changes.

Conclusion. Our patients were characterized by high rates of perceived disease threat, its low controllability, and moderate treatment adherence. The identified correlations between the studied parameters suggest the need for psychological support for patients to improve their adaptation to the disease and increase motivation to adhere to treatment recommendations.

Keywords: rheumatic diseases, internal picture of the disease, illness perception, adherence to treatment, emotional state, psychological distress, anxiety

■ ВВЕДЕНИЕ

Ревматические заболевания – гетерогенная группа хронических прогрессирующих состояний, характеризующихся системным поражением соединительной ткани и внутренних органов; они представляют интерес для современной клинической психологии, являясь как уже традиционным, так и все еще актуальным предметом ее исследований [1]. В XXI веке отмечаются заметное увеличение распространенности ревматических болезней из-за старения населения, сложность ранней диагностики, быстрая инвалидизация болеющих и неблагоприятный прогноз, что сопряжено со значительными проблемами психосоциальной адаптации пациентов [2]. В силу своей полиорганной и диффузной симптоматики, зачастую не имеющей яркой манифестации и сопровождающей заболевшего человека в течение долгого периода жизни, ревматические заболевания являются наглядной моделью хронического соматического заболевания, подразумевающей особый тип адаптации личности к болезни и ассоциированным с ней ограничениям функционирования, включая социальное и психологическое [1].

Наличие ревматического заболевания не только снижает физическую активность пациента и ведет к потере его трудоспособности, но и ухудшает качество и влияет на продолжительность его жизни [3]; их негативное влияние на психологическое благополучие и адаптацию пациентов остается распространенной проблемой, несмотря на достижения в их лечении и реабилитации [4]. Они характеризуются длительным течением, частыми обострениями, необходимостью постоянной медикаментозной поддержки и сопровождаются значительным психологическим дистрессом, который может влиять на восприятие болезни и приверженность лечению. Высокая частота встречаемости симптомов депрессии и тревоги, а также их связь с особенностями поведения и самоэффективности пациентов [5], вероятностью достижения стабильной ремиссии [6] обуславливают необходимость учета данных факторов при планировании диагностических и лечебных мероприятий.

В этом контексте приверженность лечению – точное соблюдение пациентами назначенного врачом режима терапии – остается одной из наиболее острых и нерешенных проблем системы здравоохранения [7]. По данным международных исследований, в среднем лишь 50% пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями регулярно принимают назначенные лекарственные средства, следуют немедикаментозным рекомендациям и придерживаются мероприятий по коррекции образа жизни [8, 9]. Понимание факторов, влияющих на соблюдение пациентами рекомендаций, является ключом к разработке эффективных стратегий снижения показателей неприверженности лечению [1, 10].

Важную роль в формировании приверженности играет внутренняя картина болезни: пациент стремится к сотрудничеству с врачом и соблюдает рекомендации только при осознании факта заболевания и его последствий для здоровья, понимании того, что польза терапии перевешивает неудобства, связанные с ней [11]. При этом симптомы тревоги и депрессии связаны с формированием низкой приверженности противовоспалительному лечению, которая негативно влияет на дальнейшее развитие заболевания [4]. Однако большинство исследований фокусируется на организационных и клинических аспектах приверженности, недостаточно внимания уделяя психологическим факторам, связанным с поведением пациента и его установками. Изучение взаимосвязи эмоционального состояния пациентов с

представлениями о заболевании и готовностью следовать терапевтическим рекомендациям имеет важное клиническое значение.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить параметры восприятия болезни и приверженности лечению пациентов ревматологического профиля, а также их взаимосвязь с текущим эмоциональным состоянием пациентов.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пилотную выборку исследования составили 50 пациентов, госпитализированных в ревматологическое отделение ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Минздрава России (41 женщина, 9 мужчин; 82% и 18% соответственно). Средний возраст составил $42,02 \pm 18,79$ года (диапазон от 19 до 69 лет).

Диагнозы включали: ревматоидный артрит, системную красную волчанку, системную склеродермию, системный васкулит, анкилозирующий спондилоартрит, псориатический спондилит, диффузные заболевания соединительной ткани (включая болезнь Шегрена). Средняя давность заболевания к моменту психодиагностического обследования – $9,82 \pm 7,65$ года (от 1 года до 26 лет). Пациенты были госпитализированы в связи с обострением заболевания, плановым лечением или обследованием.

В исследовании применялся комплекс стандартизированных психодиагностических методик:

1. Краткий опросник восприятия болезни (КОВБ) – для оценки восприятия болезни, под которым понимаются когнитивные и эмоциональные представления пациентов о симптомах болезни, структура представлений о болезни, а также общий уровень переживания угрозы в связи с болезнью [12].
2. Шкала количественной оценки приверженности лечению (КОП-25) – для оценки приверженности лекарственной терапии, медицинского сопровождения и изменения образа жизни, включая оценку воспринимаемой важности и готовности пациентов [13].
3. Шкала депрессии, тревоги и стресса (DASS-21) – для оценки признаков депрессии, тревоги и стресса как трех коморбидных состояний в структуре психологического дистресса. Интерпретация проводилась с использованием отечественных тестовых норм [14].

Статистическая обработка данных включала описательные статистики, одновыборочный t-критерий Стьюдента для сравнения с нормативными значениями, критерий Манна – Уитни для сравнения подгрупп пациентов мужского и женского пола, корреляционный анализ Спирмена для выявления взаимосвязей между переменными. Статистическая значимость принималась при $p < 0,05$.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Восприятие болезни

Исследование восприятия болезни пациентов позволило установить, что самые высокие показатели наблюдаются по шкале, характеризующей длительность болезни, ее временную перспективу, т. е. пациенты осознают длительный/хронический

Таблица 1
Показатели восприятия болезни пациентов ревматологического профиля
Table 1
Indicators of disease perception in rheumatological patients

Шкалы КОВБ	Пациенты ревматологического профиля (n=50)	
	М	σ
Последствия болезни	7,42	1,97
Течение болезни	8,60	2,07
Личный контроль	5,38	2,82
Контроль лечения	4,96	2,62
Идентификация болезни	6,98	2,28
Обеспокоенность болезнью	7,32	2,51
Понятность болезни	4,40	3,30
Эмоциональное реагирование на болезнь	6,36	2,79
Общая угроза	47,80	10,35

характер своего заболевания. Самые низкие значения фиксируются по шкалам понятности болезни и ее контролируемости (как личной, так и с помощью лечения) (табл. 1).

При анализе различий между показателями КОВБ, полученными у пациентов мужского и женского пола, выявлено, что женщины дают достоверно более высокие оценки по шкале «Течение болезни» ($8,88 \pm 1,98$ и $7,33 \pm 2,12$; $U=87,00$; $Z=-2,64$; $p=0,008$). Также наблюдается тенденция к различиям по шкале «Последствия болезни» ($7,66 \pm 1,94$ и $6,33 \pm 1,80$; $U=110,50$; $Z=-1,91$; $p=0,057$).

Приверженность лечению

Исследование приверженности лечению позволило установить, что средние показатели общего индекса ($57,74 \pm 14,81$ балла) находятся в диапазоне значений среднего уровня приверженности (близко к границе низкого уровня приверженности), при котором отмечается ожидаемое, но зачастую неполное выполнение врачебных рекомендаций. При этом в каждой группе субшкал (важность, готовность, приверженность) наиболее низкие значения фиксируются по показателям модификации образа жизни (табл. 2).

Значимых различий по показателям приверженности между пациентами мужского и женского пола не выявлено.

Эмоциональное состояние

Дополнительно было изучено эмоциональное состояние пациентов, что позволило установить, что средние показатели выраженности симптомов депрессии, тревоги и стресса в выборке находятся в диапазонах низких и умеренных значений (табл. 3).

Сопоставление показателей эмоционального состояния обследованных пациентов со средними нормативными данными по DASS-21 [14] показало, что наблюдается статистически значимое превышение нормативных показателей по шкалам стресса ($T=2,202$; $p=0,032$) и тревоги ($T=3,183$; $p=0,003$). Наиболее выраженные отклонения отмечены по шкале тревоги, что соответствует клиническим наблюдениям о

Таблица 2
Показатели приверженности лечению пациентов ревматологического профиля
Table 2
Indicators of adherence to treatment in rheumatological patients

Шкалы КОП-25	Пациенты ревматологического профиля (n=50)	
	М	σ
Субшкалы важности		
Важность лекарственной терапии	23,04	4,72
Важность медицинского сопровождения	23,28	3,55
Важность модификации образа жизни	17,78	3,96
Субшкалы готовности		
Готовность к лекарственной терапии	24,08	3,10
Готовность к медицинскому сопровождению	24,16	3,40
Готовность к модификации образа жизни	23,40	4,16
Субшкалы приверженности		
Приверженность к лекарственной терапии	63,12	17,96
Приверженность к медицинскому сопровождению	63,30	16,30
Приверженность к изменению образа жизни	46,24	15,92
Общая приверженность к лечению	57,74	14,81

Примечание: максимальное значение по шкалам приверженности составляет 100 баллов, по шкалам важности и готовности – 30 баллов.

высокой распространенности тревожных расстройств у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями. По шкале депрессии значимых отличий от нормы не выявлено ($T=-0,020$; $p=0,984$).

Отмечено, что в структуре эмоционального статуса пациентов несколько доминирует состояние тревоги, выраженное в той или иной степени. Так, тревога (от умеренной до очень высокой) наблюдается у 50,0% пациентов, в отличие от признаков депрессии (на уровнях от умеренного до очень высокого), наблюдаемых у 30,0%, и эмоционального стресса, наблюдаемых также у 30,0%. Распределение шкальных оценок DASS-21 по уровням выраженности признаков дистресса, полученное в обследованной группе пациентов, представлено в табл. 4.

Анализ различий между показателями эмоционального состояния пациентов мужского и женского пола выявил лишь одно различие на уровне статистической тенденции: у женщин наблюдаются несколько более высокие показатели тревоги по сравнению с мужчинами ($6,02\pm3,85$ и $3,44\pm2,24$; $U=108,50$; $Z=-1,93$; $p=0,054$).

Таблица 3
Показатели психологического дистресса пациентов ревматологического профиля
Table 3
Indicators of psychological distress in rheumatological patients

Шкалы DASS-21	Пациенты ревматологического профиля (n=50)		Результат соотношения с нормативными значениями [14]
	М	σ	
Депрессия	4,82	3,46	Низкий уровень
Тревога	5,56	3,73	Умеренный уровень
Стресс	7,64	3,79	Низкий уровень
Общий показатель	18,02	9,27	–

Таблица 4
Распределение показателей депрессии, тревоги и стресса пациентов ревматологического профиля по уровням выраженности признаков психологического дистресса
Table 4
Distribution of depression, anxiety and stress indicators in rheumatology patients by levels of severity of psychological distress

Уровни	Шкалы методики DASS-21					
	Депрессия		Тревога		Стресс	
	n	%	n	%	n	%
Очень низкий	29	58,0	16	32,0	24	48,0
Низкий	6	12,0	9	18,0	11	22,0
Умеренный	11	22,0	11	22,0	10	20,0
Высокий	3	6,0	8	16,0	5	10,0
Очень высокий	1	2,0	6	12,0	0	0,0

Связь показателей восприятия болезни, приверженности лечению и психологического дистресса
Анализ взаимосвязи изученных клинико-психологических переменных показал наличие ряда значимых корреляций между ними (табл. 5).

Таблица 5
Взаимосвязь показателей восприятия болезни (КОВБ) и приверженности лечению (КОП-25) с показателями психологического дистресса (DASS-21) у пациентов ревматологического профиля
Table 5
The relationship between the indicators of illness perception (B-IPQ), treatment adherence (QAA-25) and psychological distress (DASS-21) in rheumatology patients

Переменные (шкалы опросников КОВБ, КОП-25 и DASS-21)	Коэффициент корреляции R_o	Уровень значимости
Стресс (DASS-21) ↔		
Последствия болезни (КОВБ)	0,392	$p < 0,01$
Обеспокоенность болезнью (КОВБ)	0,325	$p < 0,05$
Эмоциональное реагирование (КОВБ)	0,331	$p < 0,05$
Важность изменения образа жизни (КОП-25)	-0,310	$p < 0,05$
Готовность к лекарственной терапии (КОП-25)	-0,330	$p < 0,05$
Депрессия (DASS-21) ↔		
Последствия болезни (КОВБ)	0,479	$p < 0,01$
Идентификация болезни (КОВБ)	0,478	$p < 0,01$
Эмоциональное реагирование (КОВБ)	0,457	$p < 0,01$
Общая угроза (КОВБ)	0,435	$p < 0,01$
Важность изменения образа жизни (КОП-25)	-0,428	$p < 0,01$
Готовность к изменению образа жизни (КОП-25)	-0,335	$p < 0,05$
Тревога (DASS-21) ↔		
Идентификация болезни (КОВБ)	0,325	$p < 0,05$
Понятность болезни (КОВБ)	0,348	$p < 0,05$
Общая угроза (КОВБ)	0,318	$p < 0,05$
Общий балл DASS-21 ↔		
Последствия болезни (КОВБ)	0,405	$p < 0,01$
Идентификация болезни (КОВБ)	0,359	$p < 0,05$
Важность изменения образа жизни (КОП-25)	-0,309	$p < 0,05$

Примечание: в таблицу вынесены те переменные, по которым были получены значимые корреляции.

Наиболее сильные положительные взаимосвязи обнаружены между шкалой депрессии и шкалами восприятия болезни: «Последствия болезни», «Идентификация болезни», «Эмоциональное реагирование» и «Общая угроза». Шкалы стресса и тревоги также демонстрируют умеренные прямые связи с отдельными компонентами восприятия болезни. Выявлены значимые обратные корреляции между различными показателями дистресса и шкалами приверженности: депрессия отрицательно связана с важностью изменения образа жизни и готовностью к изменению образа жизни, а стресс – с важностью изменения образа жизни и готовностью к лекарственной терапии (табл. 5). Показатели тревоги в обследованной выборке не обнаружили значимых связей с показателями приверженности лечению.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящем исследовании получены данные, свидетельствующие о преобладании тревоги в структуре общего психологического дистресса пациентов, что несколько расходится с данными из литературы, согласно которым у пациентов с ревматическими заболеваниями чаще встречаются депрессивные симптомы [15]. Признаки депрессии и тревоги в целом часто сопровождают данную когорту пациентов [16] и достоверно связаны с их качеством жизни [17] и восприятием боли [18]; таким образом, данный фактор требует пристального внимания со стороны специалистов, наблюдающих пациентов, как с точки зрения сложностей диагностики этих симптомов [19], так и с точки зрения их коррекции [16], в комплексе с учетом объективных клинических показателей пациентов [20].

У пациентов выявлен определенный профиль восприятия болезни, характеризующийся сочетанием высокой обеспокоенности симптомами болезни, ее последствиями, осознанием ее хронического характера и низкой понятности самого заболевания и низкого уровня субъективного контроля над болезнью, что может приводить к снижению веры в терапию, отказу от лечения в долгосрочной перспективе, катастрофизации воспринимаемой угрозы болезни и субъективной невозможности ей противостоять. Полученные данные согласуются с представленными в литературе [4]; подобная тенденция формирует у пациента ревматологического профиля восприятие своего заболевания как чрезвычайно выраженной угрозы его благополучию. Однако необходимо учитывать, что восприятие болезни во многом обусловлено индивидуально-психологическими характеристиками пациентов и требует дальнейшего изучения в комплексе не только с текущим эмоциональным статусом, но также с оценкой личностных черт, особенностей эмоционального реагирования, алекситимией и др. [21]; неблагоприятное восприятие болезни также может быть связано с социально-демографическими и клиническими характеристиками пациентов: молодым возрастом, низким социально-экономическим статусом, большей выраженностью заболевания и болевого синдрома [22].

Негативные эмоциональные состояния, согласно нашим данным, связаны с более негативным восприятием болезни – субъективно более отчетливыми и тяжелыми ее симптомами и последствиями, выраженным эмоциональным реагированием на нее, общей воспринимаемой угрозой; тревога также положительно коррелирует с понятностью болезни, отражая повышенную настороженность, готовность к угрозе и стремление пациентов получить больше информации о своем состоянии. Требуется

выявление пациентов с риском тревожно-депрессивных переживаний, которые, помимо воспринимаемой угрозы болезни, связаны с низким субъективным чувством контроля над заболеванием, со снижением навыков осознанности и самосострадания как копинг-ресурсов [4], с более неблагоприятным профилем восприятия болезни в целом, в т. ч. в юношеском возрасте [23]. Восприятие болезни при этом, согласно некоторым данным, в большей степени обусловлено именно эмоциональным состоянием пациентов, нежели объективными показателями (возраст, уровень образования, длительность болезни и т. д. [24].

Неприверженность лечению остается глобальной проблемой, ведущей к росту затрат на медицинскую помощь [25], недостижению клинических целей, прогрессированию болезни, снижению качества жизни пациентов [7]; при ревматических заболеваниях она также крайне актуальна [26]. Формирование поведения пациента, связанного с высокой мотивацией на лечение и приверженностью, зависит от широкого спектра взаимосвязанных факторов [25], среди которых гармоничная внутренняя картина болезни [11]. Общий индекс приверженности в обследованной выборке оказался средним (на границе с низким), при этом наименее низкие значения получены по компоненту модификации образа жизни, что подтверждает существующие представления о сложностях, возникающих у пациентов с ревматическими заболеваниями (в частности с ревматоидным артритом), в отношении соблюдения различного рода медицинских рекомендаций, а также их взаимосвязи с установками пациентов относительно лечения и препаратов [27]. В данном контексте необходим учет субъективной удовлетворенности лечением, которое совместно с другими факторами может определять т. н. опыт болезни, связанный с объективными показателями приверженности лечению [28]. Психологический дистресс также зачастую выступает барьером для формирования терапевтического альянса; согласно полученным нами данным, признаки депрессии и общий дистресс демонстрируют обратные связи с воспринимаемой важностью лечения и готовностью к изменению образа жизни, что подтверждает существующие данные о том, что тревога и депрессия снижают приверженность противовоспалительному лечению [3], тем самым приводя к менее благоприятным исходам для здоровья и усиливая разрыв между эффективностью и реальной действенностью лечения [25]. В то же время восприятие болезни может быть связано с приверженностью опосредованно, через самоэффективность [29].

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования показали, что пациенты ревматологического профиля характеризуются осознанием хронического характера заболевания и дефицитом воспринимаемого контроля, что закономерно сопряжено с превышением нормативных значений по показателям тревоги и стресса. Полученные данные позволили сделать предположение о дифференцированных мишенях для психологического сопровождения указанной когорты пациентов: приоритетной представляется работа с психологическим дистрессом как одним из ключевых факторов негативного восприятия болезни и низкой приверженности лечению.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Yaltonskii V.M., Abrosimov I.N., Andrushkevich T.D., et al. Parameters of the Subjective Pattern of Disease in Rheumatoid Patients. *Russian Psychological Journal*. 2020;17(1):15–26. DOI: 10.21702/rpj.2020.1.2 (In Russ.)
2. Yaltonsky V.M., Abrosimov I.N., Sirota N.A. Psychological self-regulation of rheumatic patients with different types of illness perception. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025;59(1):31–41. DOI: 10.31363/2313-7053-2025-1-990 (In Russ.)
3. Abdrakhmanova A.I., Zaripova F.A., Amirov N.B. Anxiety-depressive disorders in rheumatic diseases. *The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine*. 2020;13(1):61–65. DOI: 10.20969/VSKM.2020.13(1).61-65 (In Russ.)
4. Abrosimov I.N., Yaltonsky V.M., Lisitsyna T.A., et al. Psychological characteristics of patients with rheumatoid arthritis with severe anxiety and depression. *Modern Rheumatology Journal*. 2025;19(1):64–71. DOI: 10.14412/1996-7012-2025-1-64-71 (In Russ.)
5. Vestergaard S.B., Esbensen B.A., Klausen J.M., et al. Prevalence of anxiety and depression and the association with self-management behaviour in >12 000 patients with inflammatory rheumatic disease: a cross-sectional nationwide study. *RMD open*. 2024;10(1):e003412. DOI: 10.1136/rmdopen-2023-003412
6. Snoeck Henkemans S.V.J., Vis M., Koc G.H., et al. Association between depression and anxiety and inability to achieve remission in rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis. *Rheumatology (Oxford, England)*. 2025;64(5):2411–2421. DOI: 10.1093/rheumatology/keae621
7. Apkhanova T.V., Marchenkova L.A., Konchugova T.V. Adherence to treatment in common chronic noncommunicable diseases: current challenges for physicians and the healthcare system. A literature review. *Bulletin of Rehabilitation Medicine*. 2025;24(5):142–157. DOI: 10.38025/2078-1962-2025-24-5-142-157 (In Russ.)
8. Brown M.T., Bussell J.K. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin Proc*. 2011;86(4):304–314. DOI: 10.4065/mcp.2010.0575
9. Jackson C., Eliasson L., Barber N., et al. Applying COM-B to medication adherence: A suggested framework for research and interventions. *Evid Based Health Pract*. 2014;16(1):7–17.
10. DiMatteo M.R., Giordani P.J., Lepper H.S., et al. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care*. 2002;40(9):794–811. DOI: 10.1097/00005650-200209000-00009
11. Danilov D.S. Therapeutic collaboration (compliance): Content of the definition, mechanisms of formation, and methods of optimization. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2014;6(2):4–12. DOI: 10.14412/2074-2711-2014-2-4-12 (In Russ.)
12. Yaltonsky V.M., Yaltonskaya A.V., Sirota N.A., et al. Psychometric characteristics of the Russian version of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychol Stud*. 2017;10(51):1. (In Russ.)
13. Nikolaev N.A., Skirdenko Yu.P., Balabanova A.A., et al. The Scale of Quantitative Assessment Adherence to Treatment "QAA-25": Updating of Formulations, Constructive and Factor Validity and a Measure of Consent. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2021;17(6):845–852. DOI: 10.20996/1819-6446-2021-12-12 (In Russ.)
14. Zolotareva A.A. Psychometric examination of the Russian version of the depression, anxiety, and stress scales-21. *Psychol J*. 2021;42(5):80–88. DOI: 10.31857/S020595920017077-0 (In Russ.)
15. Zartaloudi A., Koutelekos I., Polikandrioti M., et al. Anxiety and depression in primary care patients suffering of rheumatoid diseases. *Psychiatrist*. 2020;31(2):140–150. DOI: 10.22365/jpsych.2020.312.140
16. Geenen R., Newman S., Bossema E.R., et al. Psychological interventions for patients with rheumatic diseases and anxiety or depression. *Best practice & research. Clinical rheumatology*. 2012;26(3):305–319. DOI: 10.1016/j.berh.2012.05.004
17. Anyfanti P., Triantafyllou A., Panagopoulos P., et al. Predictors of impaired quality of life in patients with rheumatic diseases. *Clinical rheumatology*. 2016;35(7):1705–1711. DOI: 10.1007/s10067-015-3155-z
18. Cox N., Hawarden A., Kettle C., et al. The relationship between pain and depression and anxiety in people with inflammatory arthritis: A systematic review. *Seminars in arthritis and rheumatism*. 2025;74:152808. DOI: 10.1016/j.semararthrit.2025.152808
19. Moustafa A.T., Moazzami M., Engel L., et al. Prevalence and metric of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: A systematic review and meta-analysis. *Seminars in arthritis and rheumatism*. 2020;50(1):84–94. DOI: 10.1016/j.semararthrit.2019.06.017
20. Sigel M., Muñoz-Grajales C., Barraclough M.L., et al. Predicting anxiety and depression in systemic lupus erythematosus: the role of inflammation, sociodemographic variables and clinical factors. *Seminars in arthritis and rheumatism*. 2025;73:152718. DOI: 10.1016/j.semararthrit.2025.152718
21. Barbasio C., Vagelli R., Marengo D., et al. Illness perception in systemic lupus erythematosus patients: The roles of alexithymia and depression. *Comprehensive psychiatry*. 2015;63:88–95. DOI: 10.1016/j.comppsy.2015.09.004
22. Lindgren L.H., de Thurah A., Thomsen T., et al. Sociodemographic and clinical variables associated with negative illness perception in patients newly diagnosed with rheumatoid arthritis, axial spondyloarthritis, or psoriatic arthritis – a survey based cross-sectional study. *Rheumatology international*. 2024;44(6):1119–1131. DOI: 10.1007/s00296-024-05553-0
23. Tangkittiwet N., Charuvaniij S., Manaboriboon B., et al. Illness perception and psychological distress in adolescents with systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2025;34(4):395–404. DOI: 10.1177/09612033251325313
24. Nowicka-Sauer K., Hajduk A., Kujawska-Danecka H., et al. Illness perception is significantly determined by depression and anxiety in systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2018;27(3):454–460. DOI: 10.1177/0961203317751858
25. Dilla T., Valladares A., Lizán L., et al. Treatment adherence and persistence: causes, consequences and improvement strategies. *Aten Primaria*. 2009;41(6):342–348. DOI: 10.1016/j.aprim.2008.09.031 (In Spanish)
26. Wong P.K. Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: why do patients not take what we prescribe? *Rheumatology international*. 2016;36(11):1535–1542. DOI: 10.1007/s00296-016-3566-4
27. McCulley C., Katz P., Trupin L., et al. Association of Medication Beliefs, Self-efficacy, and Adherence in a Diverse Cohort of Adults with Rheumatoid Arthritis. *The Journal of rheumatology*. 2018;45(12):1636–1642. DOI: 10.3899/jrheum.171339
28. Temeloglu Sen E., Sertel Berk H.O., Rezvani A. Serial mediation of illness perception and beliefs about medicines in the relationship between patient satisfaction and medication adherence: An evaluation of self-regulatory model in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis patients. *Journal of health psychology*. 2024;29(8):836–847. DOI: 10.1177/13591053231213306
29. Huang L., Zhou Y., Liu Y., et al. Medication Adherence and Illness Perception in Patients with Rheumatoid Arthritis: The Mediating Effect of Self-Efficacy. *Journal of musculoskeletal & neuronal interactions*. 2025;25(1):101–108. DOI: 10.22540/JMNI-25-101