

DOI: <https://doi.org/10.22263/2312-4156.2025.5.36>

Взаимосвязь детско-родительских отношений и внутренней картины болезни пациентов с диагнозом «язвенный колит»

О.А. Жученко, Р.Р. Хуснутдинова

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ижевск, Российская Федерация

Вестник ВГМУ. – 2025. – Том 24, №5. – С. 36-42.

The association between parent-child relationships and the internal disease picture in patients diagnosed with ulcerative colitis

O.A. Zhuchenko, R.R. Khusnutdinova

Izhevsk State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation, Izhevsk, Russian Federation

Vestnik VGMU. 2025;24(5):36-42.

Резюме.

Цель работы – выявить взаимосвязь детско-родительских отношений и внутренней картины болезни пациентов с диагнозом «язвенный колит».

Материал и методы. Анализ, обобщение, интерпретация, клиническая тестовая методика ТОБОЛ для диагностики типа отношения к болезни, созданная коллективом НИПНИ, авторская анкета для определения взаимоотношений в родительской семье пациента, методы математической статистики (описательная статистика, критерий Колмогорова–Смирнова, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, дисперсионный анализ ANOVA).

Выборку составили 30 пациентов гастроэнтерологического отделения ГКБ №8 г. Ижевска, РФ, с диагнозом «неспецифический язвенный колит» (ЯК): 47% мужчин, 53% женщин, средний возраст 46,7 лет.

Результаты. Установлена важность детского опыта для формирования отношения к болезни: физическое насилие и стратегии разрешения конфликтов в родительской семье являются значимыми предикторами специфических типов отношения к ЯК во взрослом возрасте. Кроме того, социально-демографические факторы (уровень образования, возраст (косвенно, через стаж болезни)) также демонстрируют устойчивые связи с типами внутренней картины болезни. В то же время характеристики текущей семьи пациента (состав, сплоченность, конфликты) не оказывают значимого влияния на формирование отношения к заболеванию в данном исследовании.

Заключение. Данный анализ подтверждает значимость психосоциальных факторов, в особенности детского опыта, в формировании отношения пациента к хроническому соматическому заболеванию, что важно для разработки индивидуализированных подходов в психотерапии и медицинском сопровождении. Результаты исследования могут быть интересны практикующим врачам, клиническим психологам, студентам и преподавателям медицинских вузов.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, язвенный колит, пациенты, детско-родительские отношения, семья, воспитание.

Abstract.

Objectives. To identify the association between parent-child relationships and the internal picture of the disease in patients with ulcerative colitis.

Material and methods. Analysis, generalization, interpretation, TOBOL clinical test method for diagnosing the type of attitude to the disease, created by the NIPNI, the author's questionnaire for determining the relationships in the patient's parental family, methods of mathematical statistics (descriptive statistics, Kolmogorov-Smirnov criterion, Spearman rank correlation coefficient, ANOVA analysis of variance). The sample consisted of 30 patients of the gastroenterology department of the City Clinical Hospital No. 8 in Izhevsk diagnosed with nonspecific ulcerative colitis (UC) (47% males, 53% females, the average age was 46.7 years).

Results. The importance of childhood experience in shaping attitudes toward the disease was established: physical

violence and conflict resolution strategies in the parental family are significant predictors of specific types of attitudes toward UC in adulthood. In addition, socio-demographic factors (education level, age (indirectly, through the duration of the disease)) also demonstrate stable relationships with the types of internal picture of the disease. At the same time, the characteristics of the patient's current family (composition, cohesion, conflicts) did not show a significant impact on the formation of attitudes toward the disease in this study.

Conclusions. This analysis confirms the importance of psychosocial factors, especially childhood experience, in shaping the patient's attitude toward a chronic somatic disease, which is important for the development of individualized approaches in psychotherapy and medical support. The results of the study may be of interest to practicing physicians, clinical psychologists, students and teachers of medical universities.

Keywords: internal picture of the disease, ulcerative colitis, patients, parent-child relationships, family, education.

Введение

Изучение взаимосвязи между восприятием болезни пациентами с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в целом и диагнозом «язвенный колит», в частности, их личностными особенностями имеет особую актуальность, поскольку эти заболевания часто имеют психосоматический компонент, будучи тесно связаны с психологическим состоянием человека. Как показывает практика, традиционная медикаментозная и диетическая терапия не всегда оказывается достаточно эффективной при заболеваниях ЖКТ, если не учитываются психосоциальные факторы. Как указывают А.Б. Холмогорова, О.В. Рычкова [1], биопсихосоциальная модель актуальны и значимы сегодня как в психологии, так и в медицине. Согласно данной модели, понимание истинных причин страданий пациента, выбор оптимальной терапии и обеспечение приверженности лечению требует целостного подхода, принимающего во внимание биологические, психологические и социальные аспекты болезни [1]. Понимание этих закономерностей может способствовать разработке более эффективных подходов к лечению и реабилитации пациентов.

Внутренняя картина болезни, согласно Р.А. Лурия [2], это все то, что испытывает и переживает пациент, включая его ощущения, общее самочувствие, самонаблюдение, представления о своей болезни, о ее причинах; сочетание восприятия, ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм. Личностные особенности пациентов оказывают значительное влияние на формирование субъективной картины болезни, приверженность лечению и эффективность терапевтических вмешательств.

Существуют научные исследования, посвященные моделям восприятия болезни пациентом [3-5]:

– модель саморегуляции восприятия болезни Г.О. Левенталя описывает процесс, через который люди осмысливают угрозу здоровью и принимают меры по ее преодолению. При этом пациент предстает как «наивный учёный», активно ищущий информацию, чтобы на её основе понять и сделать выводы о своём состоянии. Процесс саморегуляции здоровья и болезни, направленный на конкретные физические ощущения, симптомы, настроение, эмоции, уверенность в своих силах, осуществляется на когнитивном и эмоциональном уровнях. В то же время пациент опирается на принятые в культуре представления о болезни, предшествующий опыт социальной коммуникации в отношении заболевания, социальное окружение (медицинский персонал, близкие), личностный опыт;

– модель убеждений в отношении здоровья (Health Belief Model) объясняет здоровьесберегающее поведение через призму воспринимаемой угрозы заболевания и оценки преимуществ профилактических действий. Это психологическая модель, объясняющая и прогнозирующая поведение, связанное со здоровьем, с учётом установок и убеждений людей. Также её применяют для понимания реакции пациентов на симптомы болезни, соблюдения медицинского режима, образа жизни и поведения, сопряженного с хроническими заболеваниями.

В нашей работе мы опираемся на клинико-психологическую типологию отношения к болезни, предложенную А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым [6], в основе которой лежит система отношений к болезни, лечению, медицинскому персоналу, близким людям, работе. Достоинством данной классификации является учет самооценки пациентом самочувствия, настроения, сна, аппетита.

Современные исследования [5, 7-14] выявляют ряд характерных личностных особенностей, свойственных пациентам с заболеваниями ЖКТ:

- повышенная тревожность и склонность к депрессии;

- алекситимия – затруднение в распознавании и вербализации собственных эмоций;

- перфекционизм и избегающее поведение;

- когнитивные и эмоциональные представления о болезни, влияющие на их стратегии совладания: преобладание пассивных и эмоционально-ориентированных стратегий преодоления стресса;

- снижается уровень общения, эмоциональное состояние;

- снижение жизненной активности;

- негативное восприятие болезни является значимым предиктором психологического дистресса и низкого качества жизни. При этом нейротизм как личностная черта усиливал негативное восприятие симптомов.

Мета-анализ D. Schumann с коллегами [15] выявил, что психологические интервенции, направленные на изменение восприятия болезни, приводят к улучшению не только психологических показателей, но и соматических симптомов у пациентов с заболеваниями ЖКТ. Таким образом, личностные особенности пациентов опосредуют связь между объективными симптомами заболевания и субъективным восприятием болезни.

В научной литературе есть исследования, посвященные влиянию детско-родительских отношений на подростков с бронхиальной астмой [16], с расстройствами аутистического спектра [17], пищевого поведения [18], с сахарным диабетом [19]. При этом обращает на себя внимание недостаток работ, связанных с изучением детско-родительских отношений у пациентов с диагнозом «язвенный колит».

Цель работы – выявить взаимосвязь детско-родительских отношений и внутренней картины болезни пациентов с диагнозом «язвенный колит».

Цель реализовывалась через решение задач:

- 1) проанализировать информацию по вопросам проблемного поля;

- 2) разработать авторскую анкету, направленную на определение детско-родительских отношений пациентов с диагнозом «язвенный колит»;

- 3) установить взаимосвязь детско-родительских отношений и внутренней картины болезни пациентов с диагнозом «язвенный колит».

Объект исследования – внутренняя картина болезни пациентов.

Предмет исследования – взаимосвязь детско-

родительских отношений и внутренней картины болезни пациентов с диагнозом «язвенный колит».

Гипотеза: существует взаимосвязь детско-родительских отношений и восприятия болезни пациентов во взрослом возрасте.

Материал и методы

Анализ, обобщение, интерпретация, клиническая тестовая методика ТОБОЛ для диагностики типа отношения к болезни, созданная коллективом НИПНИ в 1986 г. [6], авторская анкета для определения взаимоотношений в родительской семье пациента, методы математической статистики (описательная статистика, критерий Колмогорова-Смирнова, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, дисперсионный анализ ANOVA). Для обработки данных использовался набор компьютерных программ IBM SPSS Statistics 26.0.

Выборку составили 30 пациентов гастроэнтерологического отделения городской клинической больницы №8 г. Ижевска, РФ с диагнозом «неспецифический язвенный колит» (ЯК): 47% мужчин, 53% женщин, средний возраст 46,7 лет.

Определение объема выборки согласуется с подходом, применяемым в работах по изучению пациентов с заболеваниями ЖКТ в медицине и клинической психологии, где размеры выборки варьировались от 24 до 29 пациентов [20-23]. По утверждению международного медицинского центра ОН-КЛИНИК, распространенность язвенного колита в Российской Федерации в настоящее время достигла 19-30 случаев на 100 000 населения [24]. При этом следует отметить, что, согласно данным профессора С.Н. Стяжкиной с коллегами [25], распределение пациентов с ЯК по гендерному признаку в Удмуртской Республике составляет 52% женщин и 48% мужчин. Сопоставление нашей выборки с указанными результатами с помощью критерия Хи-квадрат показало отсутствие значимых различий между выборками ($p=0,119$), что свидетельствует о возможности изучения взаимосвязи детско-родительских отношений и внутренней картины болезни на представленной совокупности пациентов с язвенным колитом.

Авторская анкета включала в себя следующие вопросы:

Ваша родительская семья была: а) полная; б) 1 родитель; в) вырос без родителей.

Вы считаете взаимоотношения в вашей родительской семье были: а) очень хорошими; б) хорошими; в) не очень хорошими; г) плохими; д) очень плохими.

Считаете ли вы свою родительскую семью дружным семейным коллективом? а) да; б) не совсем; в) нет.

Были ли в Вашей родительской семье конфликты? а) иногда; б) редко; в) часто; г) постоянно.

Когда Вы в детстве болели, родные чаще всего а) постоянно, усиленно заботились о Вас; б) лечили, без дополнительного проявления любви; в) отправляли в садик / школу; г) вы лечились сами.

Как часто к вам в детстве применялось физическое насилие, включая пощечину, подзатыльник? а) никогда; б) иногда; в) часто; г) всегда.

Что на вас в детстве в конфликтной ситуации влияло сильнее всего, чтобы изменить свое поведение? а) физическое насилие; б) лишение развлечений, подарков; г) моральное наказание (поставить «в угол», запереть в комнате); д) положительные примеры других значимых людей; е) обещание награждения.

Анкета также содержала вопросы об уровне образования и стаже болезни респондента. Методика ТОБОЛ диагностирует 12 типов реагирования на основе типологии отношения к болезни А.Е. Личко, Н.Я. Иванова [6].

Результаты

Критерий Колмогорова-Смирнова показал отсутствие нормального распределения, вследствие чего для обработки данных применен коэффициент ранговой корреляции Спирмена (табл. 1). В таблице 1 жирным шрифтом указаны значения на статистически достоверном уровне.

Обращают на себя внимание полученные данные, согласно которым у пациентов с ЯК в данной выборке чаще всего проявляется гармоничный (M=15,36), эргопатический (M=14,50) и

эгоцентрический (M=13,67) тип отношения к болезни. Реже всего – сенситивный (M=2,80).

В таблице 2 представлены только статистически достоверные значения дисперсионного анализа влияния изучаемых показателей на отношение к болезни.

Обсуждение

Исходя из данных, приведенных в таблице 1, установлено, что пациенты с высшим образованием чаще «уходят от болезни в работу». Они хотят во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности, так как для них это важно. В то же время, чем ниже уровень образования, тем больше проявляется тревожный, паранойяльный, дисфорический тип реагирования на болезнь.

Выявлена прямая корреляция физического насилия в семье и анозогнозического типа: чем чаще человек в детстве получал физическое насилие, включая подзатыльники и пощечины, тем больше проявляется отбрасывание мыслей о возможных последствиях болезни. Возможно, это связано с тем, что с раннего возраста субъект привыкает терпеть боль, решать свои проблемы самостоятельно, что приводит к отрицанию симптомов и надежде, что все решится «само собой». Кроме того, следует отметить, что пациенты молодого возраста отмечают отсутствие физического насилия в своей родительской семье. Другими словами, на основании данной выборки можно предположить, что меняется парадигма воспитания, и родители реже применяют физическое насилие по отношению к детям.

Закономерно, что физическое наказание в конфликтной ситуации влияет на изменение поведения. Обнаружено, что такая стратегия поведения по отношению к детям в детстве коррелирует с проявлением паранойяльного отношения к болезни у взрослых пациентов с заболеваниями

Таблица 1 – Значения коэффициента корреляции Спирмена

Тип отношения к болезни	Возраст	Физическое насилие	Конфликт в семье	Образование
Эргопатический	-0,27, p=0,138	0,20, p=0,292	0,09, p=0,628	-0,37, p=0,046
Анозогнозический	-0,28, p=0,138	0,49, p=0,005	-0,06, p=0,766	-0,05, p=0,805
Тревожный	0,21, p=0,272	-0,27, p=0,143	-0,24, p=0,200	0,42, p=0,021
Паранойяльный	-0,02, p=0,929	0,75, p=0,693	-0,45, p=0,013	0,40, p=0,030
Дисфорический	0,05, p=0,803	-0,21, p=0,264	-0,19, p=0,319	0,40, p=0,028
Физическое насилие	-0,47, p=0,009	1,00	-0,37, p=0,042	-0,20, p=0,281

Таблица 2 – Значения дисперсионного анализа для показателей анкеты и типа отношения к болезни

Тип отношения к болезни	Взаимоотношения семье	Возраст	Стаж болезни	Конфликт в семье
Анозогнозический	F=5,44, p=0,027	F=46,51, p=0,000	F=1,88, p=0,118	F=0,60, p=0,557
Ипохондрический	F=0,01, p=0,927	F=0,92, p=0,599	F=4,15, p=0,005	F=0,77, p=0,427
Неврастенический	F=2,18, p=0,157	F=0,93, p=0,595	F=2,18, p=0,072	F=5,78, p=0,008
Дисфорический	F=0,17, p=0,686	F=0,46, p=0,918	F=1,64, p=0,175	F=7,75, p=0,002

неспецифического язвенного колита. Они уверены, что их болезнь – результат внешних причин, чьего-то злого умысла. Соответственно, такие пациенты не берут ответственность за лечение на себя, а во всем обвиняют врачей и побочные действия лекарств.

Установлено, что взаимоотношения в родительской семье и возраст влияют на проявление у взрослого человека анозогнозического отношения к болезни (табл. 2).

Стаж болезни обуславливает ипохондрический тип реагирования: чем дольше пациент с ЯК болеет, тем больше он стремится постоянно преувеличенно рассказывать о своих болезненных и неприятных ощущениях врачам, медперсоналу, окружающим людям, активно желая лечиться и не веря при этом в успех.

Особый интерес представляет факт влияния разрешения конфликтных ситуаций в родительской семье на внутреннюю картину болезни во взрослом возрасте. Так, конструктивные варианты стимулирования изменения своего поведения в детстве (обещание вознаграждения, положительные примеры других значимых людей) могут привести к неврастеническому (неумение и нежелание терпеть болевые ощущения, неспособность ждать облегчения) и дисфорическому (требование особого внимания к себе и подозрительность к процедурам и лечению) отношению к болезни.

Следует отметить, что не выявлено никаких статистически значимых взаимосвязей между видом внутренней картины болезни и составом семьи, ее сплоченности, частотой конфликтных ситуаций, отношением к ребенку во время болезни.

Заключение

Изучение детско-родительских отношений у взрослых пациентов с заболеваниями ЖКТ является одним из ключевых элементов понимания сложной биопсихосоциальной модели, лежащей в основе многих гастроэнтерологических расстройств. Ранний опыт отношений формирует

уязвимость или устойчивость гастроинтестинальной системы к стрессу, влияет на восприятие симптомов, психологическое благополучие, поведенческие стратегии и приверженность лечению на протяжении всей жизни.

Гипотеза подтвердилась. Установлено, что опыт физического насилия и стратегии разрешения конфликтов в родительской семье являются значимыми предикторами специфических типов отношения к ЯК во взрослом возрасте. Кроме того, уровень образования и возраст (косвенно, через стаж болезни) также демонстрируют устойчивые связи с типами внутренней картины болезни. В то же время характеристики текущей семьи пациента (состав, сплоченность, конфликты) не показали значимого влияния на формирование отношения к заболеванию в данном исследовании.

Данный анализ подтверждает значимость психосоциальных факторов, особенно детского опыта, в формировании отношения пациента к хроническому соматическому заболеванию, что важно для разработки индивидуализированных подходов в психотерапии и медицинском сопровождении. Результаты исследования могут быть интересны практикующим врачам, клиническим психологам, студентам и преподавателям медицинских вузов.

Литература

1. Холмогорова, А. Б. 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? / А. Б. Холмогорова, О. В. Рычкова // Социальная психология и общество. 2017. Т. 8, № 4. С. 8–31. DOI: 10.17759/sps.2017080402
2. Лурия, Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / Р. А. Лурия. 4-е изд. Москва : Медицина, 1977. 112 с.
3. Leventhal, H. Illness Representations and Coping with Health Threats / H. Leventhal // Handbook of psychology and health. Vol. 4 : Social Psychological Aspects of Health / ed.: E. Taylor, J. E. Singer, A. Baum. London : Now York, 1984. URL: https://www.researchgate.net/publication/246416053_Illness_Representations_and_Coping_with_Health_Threats (date of access: 22.10.2025).
4. The Health Belief Model as an explanatory framework in communication research / C. L. Jones, J. D. Jensen, C. L. Scherr [et al.] // Health communication. 2015. Vol. 30, № 6. P.

- 566–576. DOI: 10.1080/10410236.2013.873363
5. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire / E. Broadbent, C. Wilkes, H. Koschwanez [et al.] // *Psychology and health*. 2015. Vol. 30, № 11. P. 1361–1385. DOI: 10.1080/08870446.2015.1070851
 6. Методики психологической диагностики больных с эндогенными психическими расстройствами: усовершенствованная медицинская технология / А. П. Коцюбинский, Т. А. Аристова, М. А. Дитятковский, С. Л. Горбунова. Санкт-Петербург : Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В. М. Бехтерева, 2007. 49 с.
 7. Хуснутдинова, Р. Р. К вопросу о некоторых психофизиологических особенностях пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника / Р. Р. Хуснутдинова, О. А. Жученко // *Молодежная наука: тенденции развития*. 2024. № 3. С. 15–20.
 8. Cumulative effect of psychological alterations on gastrointestinal symptom severity in irritable bowel syndrome / I. Midenford, A. Borg, H. Törnblom, M. Simrén // *The American journal of gastroenterology*. 2021 Apr. Vol. 116, № 4. P. 769–779. DOI: 10.14309/ajg.000000000001038
 9. Alexithymia in the medically ill. Analysis of 1190 patients in gastroenterology, cardiology, oncology and dermatology / P. Porcelli, J. Guidi, L. Sirri [et al.] // *General Hospital Psychiatry*. 2013 Sep-Oct. Vol. 35, № 5. P. 131–137. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2013.04.005
 10. Gut-directed hypnotherapy significantly augments clinical remission in quiescent ulcerative colitis / L. Keefer, T. H. Taft, J. L. Kiebles [et al.] // *Alimentary pharmacology and therapeutics*. 2013 Oct. Vol. 38, № 7. P. 761–771. DOI: 10.1111/apt.12449
 11. Van Tilburg, M. A. Which psychological factors exacerbate irritable bowel syndrome? Development of a comprehensive model / M. A. Van Tilburg, O. S. Palsson, W. E. Whitehead // *Journal of Psychosomatic Research*. 2013 Jun. Vol. 74, № 6. P. 486–492. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2013.03.004
 12. Drossman, D. A. Rome IV Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction / D. A. Drossman, W. L. Hasler // *Gastroenterology*. 2016 May. Vol. 150, № 6. P. 1257–1261. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.03.035
 13. Relations between symptom severity, illness perceptions, visceral sensitivity, coping strategies and well-being in irritable bowel syndrome guided by the common sense model of illness / S. R. Knowles, D. W. Austin, S. Sivanesan [et al.] // *Psychology, health, and medicine*. 2017 Jun. Vol. 22, № 5. P. 524–534. 1633–1641. DOI: 10.1080/13548506.2016.1168932
 14. Bi-directionality of brain-gut interactions in patients with inflammatory bowel disease / D. J. Gracie, E. A. Guthrie, P. J. Hamlin, A. C. Ford // *Gastroenterology*. 2018 May. Vol. 154, № 6. P. 1635–1646. DOI: 10.1053/j.gastro.2018.01.027
 15. Randomised clinical trial: yoga vs a low-FODMAP diet in patients with irritable bowel syndrome / D. Schumann, J. Langhorst, G. Dobos, H. Cramer // *Alimentary pharmacology and therapeutics*. 2018 Jan. Vol. 47, № 2. P. 203–211. DOI: 10.1111/apt.14400
 16. Кураева, Д. А. Влияние детско-родительских отношений на отношение к болезни подростков с бронхиальной астмой / Д. А. Кураева // *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2013. Т. 3, № 2. С. 195.
 17. Панченко, А. В. Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра / А. В. Панченко // *Омский психиатрический журнал*. 2019. № 2. С. 30–33.
 18. Самойлова, М. В. Детско-родительские отношения у девочек-подростков с расстройствами пищевого поведения / М. В. Самойлова, Н. И. Швеиц // *Молодой ученый*. 2022. № 34. С. 87–90.
 19. Мулюкина, П. С. Исследование взаимосвязи стилей родительского воспитания и типов внутренней картины болезни у детей и подростков, страдающих сахарным диабетом / П. С. Мулюкина // *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2022. Т. 12, № 6. С. 139.
 20. Содержание витаминов с, а, е, в и β-каротина у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта / О. А. Вржесинская, О. В. Кошелева, В. М. Коденцова [и др.] // *Клиническая медицина*. 2021. Т. 99, № 1. С. 36–42. DOI: 10.30629/0023-2149-2021-99-1-36-42
 21. Чапала, Т. В. Взаимосвязь типа темперамента с особенностями психоэмоционального состояния у женщин с заболеваниями желудочно-кишечного тракта / Т. В. Чапала, М. Илич // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*. 2023. Т. 11, № 3. С. 239–252. DOI: 10.23888/humJ2023113239-252
 22. Овсяная каша с травами и семенами льна способствует уменьшению абдоминального болевого синдрома при заболеваниях желудочно-кишечного тракта / Т. Л. Пилат, Л. П. Кузьмина, Е. Л. Лашина [и др.] // *Доказательная гастроэнтерология*. 2020. Т. 9, № 2. С. 20–28. DOI: 10.17116/dokgastro2020902120
 23. Ellenberg, S. S. Biostatistics in clinical trials: Part 2. Determining sample sizes for clinical trials / S. S. Ellenberg // *Oncology (Williston Park)*. 1989 Aug. Vol. 3, № 8. P. 39–46.
 24. Язвенный колит (неспецифический язвенный колит) // *Международный медицинский центр ОН-КЛИНИК*. URL: <https://clck.ru/3Pmbkb> (дата обращения 22.10.2025).
 25. Стяжкина, С. Н. Анализ распространенности язвенного колита в Удмуртской Республике / С. Н. Стяжкина, А. И. Фархутдинова, Р. Р. Шакирова // *Дневник науки*. 2021. № 4. URL: https://dnevniknauki.ru/images/publications/2021/4/medicine/Styazhkina_Farkhutdinova_Shakirova.pdf (дата обращения 22.10.2025).

Поступила 22.09.2025 г.

Принята в печать 21.10.2025 г.

References

1. Kholmogorova AB, Rychkova OV. 40 years of the biopsychosocial model: what's new? *Sotsial'naya Psikhologiya i Obshchestvo*. 2017;8(4):8-31. (In Russ.). doi: 10.17759/sps.2017080402
2. Luriya RA. Internal picture of disease and iatrogenic diseases. 4-e izd. Moscow, RF: Meditsina; 1977. 112 p. (In Russ.).
3. Leventhal H. Illness Representations and Coping with Health Threats. In: Taylor E, Singer JE, Baum A, ed. *Handbook of psychology and health*. Vol 4: Social Psychological Aspects of Health. London: Now York; 1984. URL: https://www.researchgate.net/publication/246416053_Illness_Representations_and_Coping_with_Health_Threats [Accessed 22th October 2025].
4. Jones CL, Jensen JD, Scherr CL, Brown NR, Christy K, Weaver J. The Health Belief Model as an explanatory framework in communication research. *Health Communication*. 2015;30(6):566-576. doi: 10.1080/10410236.2013.873363
5. Broadbent E, Wilkes C, Koschwanez H, Weinman J, Norton S, Petrie KJ. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology and Health*. 2015;30(11):1361-185. doi: 10.1080/08870446.2015.1070851
6. Kotsyubinskiy AP, Aristova TA, Dityatkovskiy MA,

- Gorbunova SL. Methods of psychological diagnosis of patients with endogenous mental disorders: advanced medical technology. Saint Petersburg, RF: Sankt-Peterburgskii nauchno-issledovatel'skii psikhonevrologicheskii institut imeni VM Bekhtereva; 2007. 49 p. (In Russ.).
7. Khusnutdinova RR, Zhuchenko OA. To the question about some psychophysiological characteristics of patients with inflammatory bowel diseases. *Molodezhnaya Nauka: Tendentsii Razvitiya*. 2024;(3):15-20. (In Russ.).
 8. Midenfjord I, Borg A, Törnblom H, Simrén M. Cumulative effect of psychological alterations on gastrointestinal symptom severity in irritable bowel syndrome. *American Journal of Gastroenterology*. 2021 Apr;116(4):769-779. doi: 10.14309/ajg.0000000000001038
 9. Porcelli P, Guidi J, Sirri L, Grandi S, Grassi L, Ottolini F, et al. Alexithymia in the medically ill. Analysis of 1190 patients in gastroenterology, cardiology, oncology and dermatology. *General Hospital Psychiatry*. 2013 Sep-Oct;35(5):521-527. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2013.04.005
 10. Keefer L, Taft TH, Kiebles JL, Martinovich Z, Barrett TA, Palsson OS. Gut-directed hypnotherapy significantly augments clinical remission in quiescent ulcerative colitis. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. 2013 Oct;38(7):761-771. doi: 10.1111/apt.12449
 11. Van Tilburg MA, Palsson OS, Whitehead WE. Which psychological factors exacerbate irritable bowel syndrome? Development of a comprehensive model. *Journal of Psychosomatic Research*. 2013 Jun;74(6):486-492. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.03.004
 12. Drossman DA, Hasler WL. Rome IV-Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology*. 2016 May;150(6):1257-1261. doi: 10.1053/j.gastro.2016.03.035
 13. Knowles SR, Austin DW, Sivanesan S, Tye-Din J, Leung C, Wilson J, et al. Relations between symptom severity, illness perceptions, visceral sensitivity, coping strategies and well-being in irritable bowel syndrome guided by the common sense model of illness. *Psychology Health and Medicine*. 2017 Jun;22(5):524-534. doi: 10.1080/13548506.2016.1168932
 14. Gracie DJ, Guthrie EA, Hamlin PJ, Ford AC. Bi-directionality of brain-gut interactions in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 2018 May;154(6):1635-1646. doi: 10.1053/j.gastro.2018.01.027
 15. Schumann D, Langhorst J, Dobos G, Cramer H. Randomised clinical trial: yoga vs a low-FODMAP diet in patients with irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. 2018 Jan;47(2):203-211. doi: 10.1111/apt.14400
 16. Kuraeva DA. Influence of child-parent relations on the attitude to the disease of adolescents with bronchial asthma. *Byulleten' Meditsinskikh Internet-konferentsii*. 2013;3(2):195. (In Russ.).
 17. Panchenko AV. Features of child-parent relations in families raising young children with autism spectrum disorders. *Omskii Psikhiatricheskii Zhurnal*. 2019;(2):30-33. (In Russ.).
 18. Samoylova MV, Shvets NI. Child-parent relationship in adolescent girls with eating disorders. *Molodoi Uchenyi*. 2022;(34):87-90. (In Russ.).
 19. Mulyukina PS. Study of the relationship between parenting styles and types of internal disease in children and adolescents with diabetes mellitus. *Byulleten' Meditsinskikh Internet-konferentsii*. 2022;12(6):139. (In Russ.).
 20. Vrzhesinskaya OA, Kosheleva OV, Kodentsova VM, Baketova NA, Leonenko SN, Pilipenko VI, i dr. Content of vitamins c, a, e, in and β -carotene in patients with gastrointestinal diseases. *Klinicheskaya Meditsina*. 2021;99(1):36-42. (In Russ.). doi: 10.30629/0023-2149-2021-99-1-36-42
 21. Chapala TV, Ilich M. Relationship of type of temperament with characteristics of psycho-emotional state in women with gastrointestinal diseases. *Lichnost' v Menyayushchemsya Mire: Zdorov'e Adaptatsiya Razvitie*. 2023;11(3):239-252. (In Russ.). doi: 10.23888/humJ2023113239-252
 22. Pilat TL, Kuzmina LP, Lashina EL, Kolyaskina MM, Bezrukavnikova LM, Bessonov VV, i dr. Oatmeal with herbs and flax seed helps to reduce abdominal pain syndrome in gastrointestinal diseases. *Dokazatel'naya Gastroenterologiya*. 2020;9(2):20-28. (In Russ.). doi: 10.17116/dokgastro2020902120
 23. Ellenberg SS. Biostatistics in clinical trials: Part 2. Determining sample sizes for clinical trials. *Oncology (Williston Park)*. 1989 Aug;3(8):39-46.
 24. Ulcerative colitis (non-specific ulcerative colitis). *Mezhdunarodnyi meditsinskii tsentr ON-KLINIK*. URL: <https://clck.ru/3Pmbkb> [Accessed 22th October 2025]. (In Russ.).
 25. Styazhkina SN, Farkhutdinova AI, Shakirova RR. Analysis of the prevalence of ulcerative colitis in the Udmurt Republic. *Dnevnik Nauki*. 2021;(4). URL: https://dnevniknauki.ru/images/publications/2021/4/medicine/Styazhkina_Farkhutdinova_Shakirova.pdf [Accessed 22th October 2025]. (In Russ.).

Submitted 22.09.2025

Accepted 21.10.2025

Сведения об авторах:

Жученко Ольга Александровна – к.псих.н., старший преподаватель кафедры педагогики, психологии и психосоматической медицины, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, <https://orcid.org/0000-0003-0727-3995>, e-mail: adlog@mail.ru;

Р.Р. Хуснутдинова – студент 3 курса лечебного факультета, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Information about authors:

Olga A. Zhuchenko – Candidate of psychological sciences, senior lecturer of the Chair of Pedagogy, Psychology and Psychosomatic Medicine, Izhevsk State Medical Academy, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0003-0727-3995>, e-mail: adlog@mail.ru;

R.R. Khusnutdinova – the 3rd-year student of the General Medicine Faculty, Izhevsk State Medical Academy, Russian Federation.