
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ THEORETICAL REVIEWS

Научная статья | Original paper

Модель саморегуляции Г. Левенталя в контексте хронической соматической болезни: теоретический обзор и возможности клинического применения

И.Н. Абросимов¹ ✉, В.М. Ялтонский²

¹ Московский институт психоанализа, Москва, Российская Федерация

² Российский университет медицины, Москва, Российская Федерация

✉ i.abrosimov@bk.ru

Резюме

Контекст и актуальность. Хроническая соматическая болезнь является источником длительного дистресса, а также угрозы для жизни и благополучия человека. Современные принципы лечения, применяемые в медицине, а также организационные особенности системы здравоохранения предполагают, что сам пациент является активным модератором процесса терапии. Это подразумевает значительную включенность индивида в лечебный процесс и актуализацию процессов его саморегуляции. Наиболее авторитетной и цитируемой научной моделью, описывающей механизм саморегуляции в отношении здоровья и болезни, является модель житейского смысла (Common-sense model, CSM), предложенная американским психологом Говардом Левенталем (Howard Leventhal). **Цель.** Провести нарративный обзор литературы, посвященной теоретическим представлениям и эмпирическим данным о модели саморегуляции в отношении болезни Г. Левенталя и возможностям ее применения в клинико-психологической практике. **Методы и материалы.** В обзор были включены 44 научных источника, размещенных в открытом доступе, опубликованных не ранее 2014 года и отвечающих сформулированной цели исследования. Использовались источники из баз данных и реестров PubMed, Mendeley, eLIBRARY (РИНЦ), Google Scholar. **Выводы.** Описаны актуальность, структура, основные компоненты и поло-

жения модели саморегуляции Г. Левентала. Определена функциональная роль репрезентаций болезни, прототипов восприятия болезни, копинг-стратегий в процессе саморегуляции. Представлен обзор актуальных эмпирических исследований, а также программ психологической помощи, построенных на базе данной модели и реализованных в контексте хронических соматических заболеваний. Проведена критическая оценка модели, сформулированы ее ограничения и предложения по возможному расширению, обозначены перспективы дальнейшего практического применения.

Ключевые слова: саморегуляция, модель саморегуляции Г. Левентала, модель саморегуляции в условиях болезни, модель житейского смысла, восприятие болезни, совладающее поведение, литературный обзор

Для цитирования: Абросимов, И.Н., Ялтонский, В.М. (2026). Модель саморегуляции Г. Левентала в контексте хронической соматической болезни: теоретический обзор и возможности клинического применения. *Консультативная психология и психотерапия*, 34(1), 8–29. <https://doi.org/10.17759/cpp.2026340101>

The common-sense model of self-regulation in the context of chronic somatic disease: theoretical review and possibilities for clinical application

I.N. Abrosimov¹ ✉, V.M. Yaltonsky²

¹ Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russian Federation

² Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

✉ i.abrosimov@bk.ru

Abstract

Context and Relevance. Chronic somatic disease is a source of long-term distress, as well as a threat to human life and well-being. Modern treatment principles used in medicine, as well as organizational features of the healthcare system, suggest that the patient himself is an active moderator of the therapy process. This implies significant involvement of the individual in the treatment process and actualization of his self-regulation processes. The most authoritative and cited scientific model describing the mechanism of self-regulation in relation to health and illness is the Common-sense model (CSM) proposed by the American psychologist Howard Leventhal. **Objective.** To conduct a narrative review of the literature devoted to theoretical ideas and empirical data on the Common-sense model and the possibilities of its application in clinical and psychological practice. **Methods and Materials.** The review included 44 scientific sources posted in the public do-

main, published no earlier than 2014 and corresponding to the formulated objective of the study. The sources from the databases and registries PubMed, Mendely, eLIBRARY, Google Scholar were used. **Conclusions.** The relevance, structure, main components and provisions of the self-regulation model of G. Leventhal are described. The functional role of disease representations, prototypes of disease perception, coping strategies in the process of self-regulation is determined. An overview of current empirical studies, as well as psychological assistance programs built on the basis of this model and implemented in the context of chronic somatic diseases is presented. A critical assessment of the model is carried out, its limitations and proposals for possible expansion are formulated, prospects for further practical application are outlined.

Keywords: self-regulation, G. Leventhal's model, Common-sense model of self-regulation, model of self-regulation of illness, illness perception, coping behavior, literature review

For citation: Abrosimov, I.N., Yaltonsky, V.M. (2026). The common-sense model of self-regulation in the context of chronic somatic disease: theoretical review and possibilities for clinical application. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 34(1), 8–29. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2026340101>

Введение

Психологическая саморегуляция и активное участие пациента в процессе лечения являются важными компонентами современной медицины, ориентированной на персонализированный и командный подход (Leventhal, Phillips, Burns, 2016). Несмотря на развитие современных методов лечения, включая телемедицину и роботизированную технику, эффективность лечения часто снижается из-за личностных и эмоционально-поведенческих барьеров пациента — таких как эмоциональная вовлеченность, низкая приверженность терапии и отказ от конструктивного контакта с врачом (Абросимов и др., 2025).

Хотя важную роль в лечении хронических заболеваний играют и внешние факторы — организация медицинской помощи, личность врача или участие родственников (особенно при уходе за детьми и пожилыми) (Haines, Loades, Davis, 2019), — акцент в клинической психологии делается на самого пациента как активного участника процесса. По мере перехода от стационарного к амбулаторному лечению ответственность за здоровье все больше связана с самим пациен-

том — его мотивацией и способностью к самоконтролю (McAndrew et al., 2018).

В клинической психологии предложено множество подходов к описанию саморегуляции в отношении болезни. Отечественные авторы особое внимание уделяют внутренней картине болезни (ВКБ), отражающей переживания и установки пациента по отношению к своему состоянию (Р.А. Лурия, В.В. Николаева, А.Ш. Тхостов и др.). Концепт «отношения к болезни» (А.Е. Личко, Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова и др.) подчеркивает роль личностных предрасположенностей в адаптации. Среди зарубежных понятий активно используются «самоэффективность» (R. Schwarzer), «чувство связности» (A. Antonovsky), «жизнестойкость» (S.R. Maddi), «локус контроля» (K.A. Wallston), «копинг» (R. Lazarus) и др. (Рассказова, 2014).

Среди всех подходов наиболее признанной и широко применяемой в исследованиях и на практике является модель саморегуляции болезни, разработанная Г. Левенталем (Leventhal H.), которой и посвящен настоящий обзор.

Цель исследования — провести анализ актуальной научной литературы, посвященной теоретическим представлениям и эмпирическим данным о модели саморегуляции болезни Г. Левентала (Common-Sense model, CSM) и возможностям ее применения в клинико-психологической практике.

Материалы и методы

В статье применен метод нарративного обзора литературы, проведенный в соответствии с контрольным списком CINAR (Checklist for Informative Narrative Review) (Мирошников и др., 2024). Поиск литературных источников осуществлялся при помощи электронных баз данных PubMed, Mendelej, eLIBRARY (РИНЦ), Google Scholar («Академия Google») с использованием ключевых слов: «Common-Sense model of self-regulation», «CSM model of self-regulation», «model of Leventhal», «illness perception». В обзор включены теоретические статьи, эмпирические исследования, обзоры литературы, главы из сборников, опубликованные за период с 2014 по 2025 год. В результате поиска и отбора было проанализировано 40 публикации, соответствующих целям настоящего обзора и критериям теоретической и эмпирической релевантности (рис. 1).

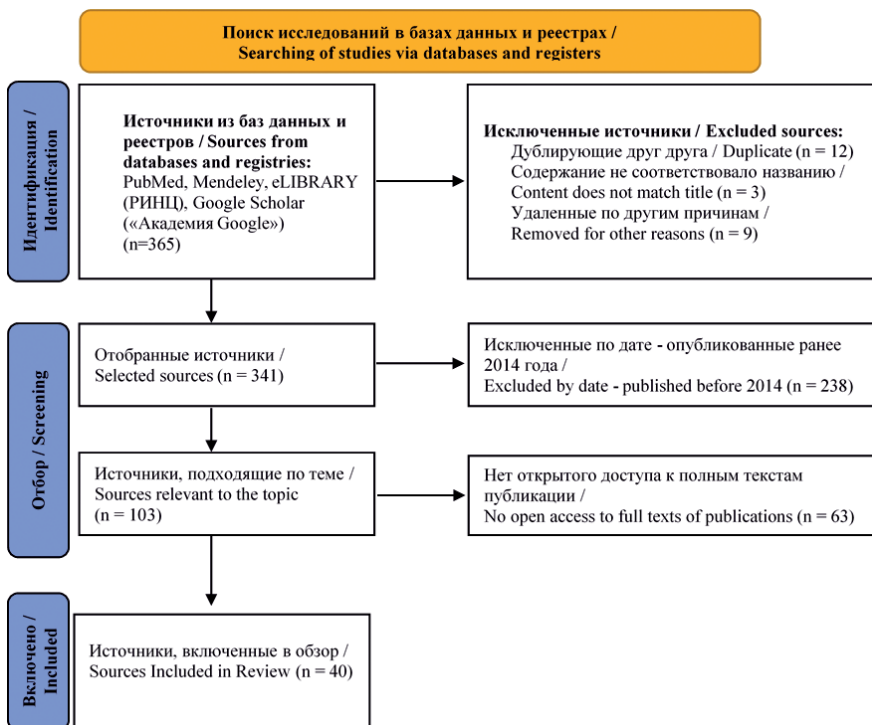


Рис. 1. Блок-схема анализа литературы в формате «PRISMA 2020» (Page et al., 2021).

Fig. 1. Flowchart of literature analysis in the “PRISMA 2020” format

Результаты

Основные положения модели саморегуляции Г. Левенталья

Модель саморегуляции Левенталья основывается на современных представлениях когнитивных и социальных наук и объясняет, как люди реагируют на угрозы здоровью и какие действия предпринимают для их преодоления. Она получила название «Модель житейского смысла» (The Common-Sense Model of Self-Regulation), поскольку акцент делается на повседневных представлениях человека о теле и болезни. Стратегии совладания, формирующиеся на основе этих репрезентаций, кажутся человеку логичными и оправданными,

даже если расходятся с медицинской картиной болезни (Seage et al., 2024).

Модель житейского смысла описывает, как человек воспринимает и интерпретирует изменения в теле и психическом состоянии, опираясь на непрерывный внутренний процесс самонаблюдения и оценки (Weidner, Sieverding, Chesney, 2015). Болезнь в этом контексте воспринимается как источник дистресса и неопределенности (Muscat et al., 2021). Человек сравнивает текущие ощущения с внутренним образом «нормального состояния», что в отечественной психологии может быть соотнесено с понятием внутренней картины здоровья — совокупности субъективных переживаний, позволяющих идентифицировать состояние благополучия.

Ключевым элементом модели являются личные репрезентации болезни — когнитивные убеждения, основанные на прошлом опыте и знаниях и влияющие как на эмоциональную реакцию, так и на поведение (Tiggelman et al., 2015). Эта модель объясняет взаимосвязь восприятия болезни с предпочитаемыми мерами по уходу за собой и соблюдению терапии (Chindankutty, Devineni, 2024).

Восприятие болезни (процесс построение ее когнитивных репрезентаций) включают пять ключевых параметров.

1. Идентификация проявлений болезни — например, телесные ощущения на фоне развития болезни и присваиваемый им «ярлык» симптома.

2. Причины — убеждения о возможных причинах возникновения и протекания болезненного состояния (генетика, инфекция, образ жизни, питание и т. п.).

3. Контроль над течением болезни и самочувствием — убеждения о том, можно ли эффективно вылечить или контролировать болезнь благодаря собственным усилиям и влиянию лечебных процедур.

4. Временная перспектива (течение) — восприятие времени начала, ожидаемых сроков продолжительности течения и наступления эффекта от лечения.

5. Последствия болезни для жизни и благополучия — убеждения относительно влияния заболевания на повседневную жизнь в виде немедленных и долгосрочных негативных последствий (Hagger, Orbell, 2022).

Указанные параметры восприятия болезни взаимосвязаны и влияют на выбор дальнейших действий пациента и на формирование образа предпочитаемых результатов. Из этих параметров складывается интегративный показатель восприятия болезни как угрозы для собственной жизни и благополучия. Ошибочные репрезентации хронического соматического

заболевания как выраженной угрозы искажают его адекватную оценку, которая в итоге не соответствует реальному состоянию организма.

При отклонении от привычного самочувствия активированные репрезентации болезни становятся основой для рабочих гипотез: человек может приписать имеющиеся симптомы стрессу, простуде, мигрени или более серьезному заболеванию, например диабету (McGrady, Peugh, Hood, 2014). Хотя большая часть этой обработки происходит неосознанно, она определяет дальнейшее поведение: обратиться ли за помощью, просто ждать или изменить поведение (Lee, Jang, Nyung, 2023).

Поведенческая саморегуляция здоровья опирается на систему взаимосвязанных переменных и постоянную обратную связь от действий. Когнитивные репрезентации, основанные на прошлом соматическом опыте, определяют восприятие симптомов и мотивируют поведение (Leventhal et al., 2020). Например, боль в суставе может активировать прототип болезни «ревматоидный артрит», связанный с конкретными воспоминаниями, ожиданиями и планами. Эти ментальные конструкции определяют как эмоциональную реакцию, так и выбор копинг-стратегий (Leventhal, Phillips, Burns, 2016). Дальнейшие действия — лечение, отказ от него или наблюдение за состоянием — позволяют, в свою очередь, скорректировать эти репрезентации

Совладающее (копинг-) поведение рассматривается как центральный элемент саморегуляции болезни и включает когнитивные и поведенческие стратегии, направленные на управление угрозой здоровью. Эти стратегии могут быть проблемно ориентированными, эмоционально ориентированными или деструктивными, и от их выбора во многом зависят исходы лечения. Пациент непрерывно оценивает эффективность выбранного подхода — как по субъективным ощущениям, так и по медицинским показателям. При отсутствии улучшений он может модифицировать или сменить стратегию, включая полный отказ от активности и переход к избеганию (Hagger et al., 2017). Этот интегративный процесс — оценка, корректировка, анализ результата и выбор новых решений — и составляет суть саморегуляции в условиях хронической болезни (рис. 2).

Соотношение прототипов восприятия и репрезентаций болезни

Дифференциация когнитивных репрезентаций и прототипов восприятия болезни имеет важное значение в описании процесса восприятия болезни. Репрезентации (representations) — это относительно изменчивые ментальные образы, формируемые на основе

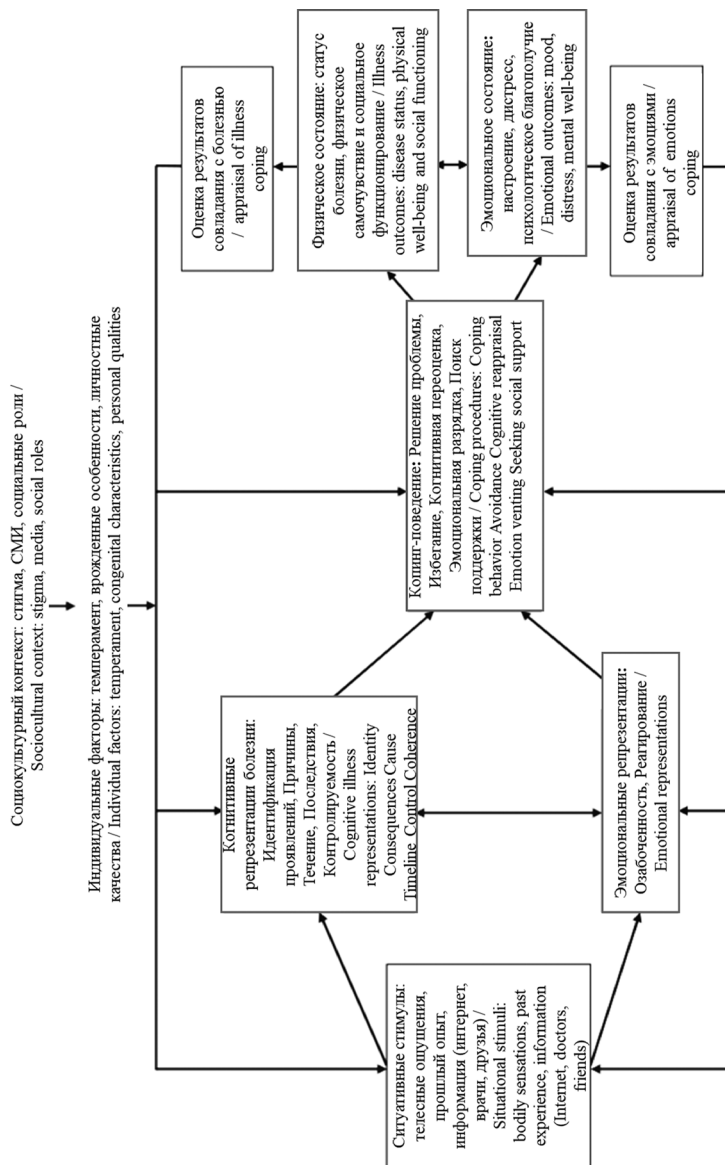


Рис. 2. Структурные компоненты модели саморегуляции Г. Левентала (Hagger, Orbell, 2022)
Fig. 2. Structural components of Common-Sense Model (CSM) (Hagger, Orbell, 2022)

текущих ощущений, информации и эмоциональных реакций. Прототипы (prototypes), напротив, представляют собой более устойчивые структуры — своего рода хранилища личного опыта, включающие воспоминания о собственных болезнях, наблюдения за состоянием близких, рассказы других людей, а также информацию, полученную от врачей или через Интернет (рис. 3).

Репрезентации более гибки, чем прототипы, они определяют текущие действия и реагируют на обратную связь от их результатов. Ожидания, заложенные в прототипе восприятия болезни и выраженные в репрезентациях, имеют решающее значение для оценки совершаемых действий, независимо от того, выбраны они самостоятельно или предписаны врачом (Lansing, Berg, 2014).

Прототипы формируют фоновую основу, на которую опираются репрезентации. Например, ранее перенесенная вирусная инфекция или наблюдение за заболеванием родственника становятся отправной точкой для интерпретации новых симптомов. Такие прототипы устойчивы к изменениям и влияют на поведение пациента, особенно в процессе оценки соответствия текущего состояния знакомым болезненным паттернам.

Репрезентации, в отличие от прототипов, обладают высокой динамикой. Они могут трансформироваться по мере поступления новой информации. Так, пятно на коже может сначала восприниматься как безобидная сыпь, затем — как признак инфекции и, в случае усиления тревоги, — как возможный симптом онкологического заболевания. Эти изменения обусловлены как внутренними процессами (например, тревожностью), так и внешними факторами — консультациями со специалистами, самообследованием, обсуждением симптомов с другими, поиском информации. Таким образом, представления пациента о болезни и лечении являются результатом постоянной когнитивной переработки поступающих сигналов (Leventhal et al., 2020).

Такой подход позволяет рассматривать восприятие болезни не как статичное знание, а как активный, контекстуальный процесс, в котором когнитивные и эмоциональные компоненты постоянно взаимодействуют, опираясь как на изменяемые репрезентации, так и на устойчивые прототипы.

Уровень осознанности различных компонентов восприятия болезни

Поведение в болезни часто бывает автоматическим и мало осознанным. Приверженность лечению содержит как рефлексивные факто-

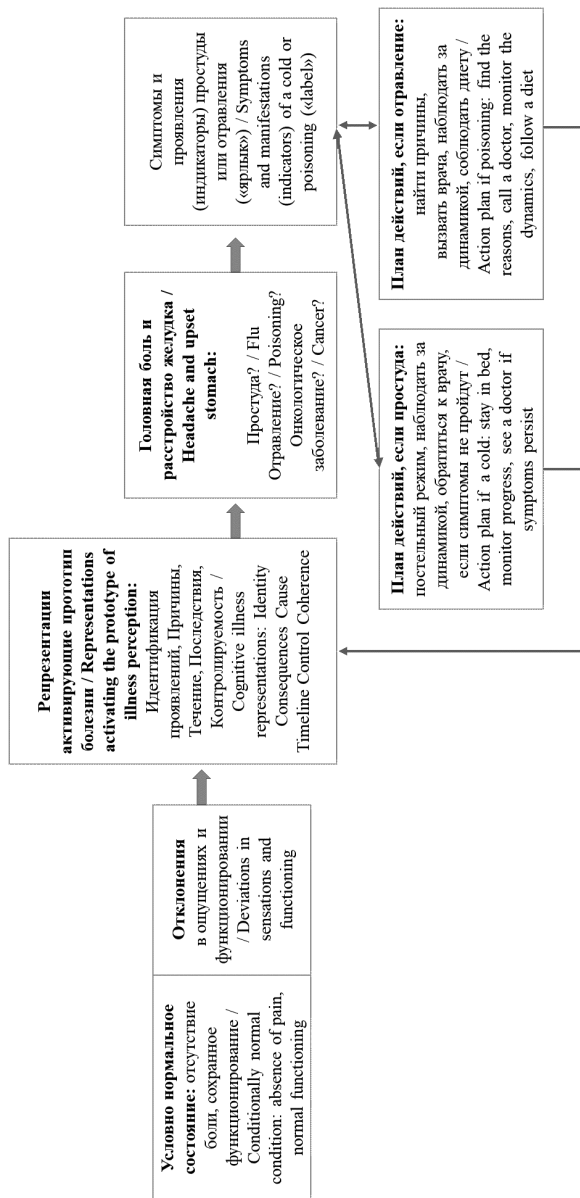


Рис. 3. Сопоставление отклонений от привычного состояния здоровья и прототипов восприятия болезни (Leventhal, Phillips, Burns, 2016)
Fig. 3. Comparison of deviations from the usual state of health and prototypes of illness perception (Leventhal, Phillips, Burns, 2016)

ры (осознаваемые убеждения, установки и сознательные выборы), так и факторы сложившихся ранее паттернов — привычек (автоматические, рутинные модели поведения). Например, головная боль может побудить человека подойти к аптечке, найти знакомый анальгетик, положить таблетки в рот и запить их водой. Этот хорошо структурированный и скорректированный план действий отражает опыт предыдущего лечения головной боли. Ожидания, порожденные болезнью и представлениями о лечении, привели к выполнению действий, большая часть которых была автоматической, требующей немного обдуманых решений (Orbell, Phillips, 2019). Формирование нового или альтернативного поведения в болезни требует нового плана действий и значительно большего количества умственных и поведенческих шагов. Человек тогда должен представить себе планируемое действие, его детали, обстановку, в которой оно произойдет, и то, как лучше всего это действие реализовать в данной ситуации. Это имеет ключевое значение для саморегуляции хронических заболеваний, таких как диабет, хронический гастрит и гипертония — заболеваний, которые требуют приема множества лекарств, принимаемых более одного раза в день, и существенных изменений в образе жизни в форме диет и физической активности (Phillips et al., 2016).

Репрезентация болезни может повлиять на поведение только тогда, когда она активирована, хотя это не подразумевает, что репрезентация будет полностью осознанной. Люди решают посетить местную аптеку или продуктовый магазин, чтобы купить леденцы для горла или обезболивающие средства после того, как они понимают, что больны. Модель здравого смысла не предполагает явно, что копинг-реакции могут быть закодированы в памяти, но есть свидетельства того, что они могут быть способны автоматически активироваться вместе со схемой болезни. Когда активируется схема болезни, в результате чего человек внезапно осознает, что он болен, вполне вероятно, что ему также придут на ум хорошо изученные копинг-реакции, ранее использовавшиеся для конкретного заболевания и оцененные как эффективные (Leventhal et al., 2021).

Обзор эмпирических исследований

Проведено множество исследований, опирающихся на принципы модели здравого смысла с использованием опросников восприятия болезни наряду с оценкой совладающего поведения и качества жизни пациентов.

Исследования обычно демонстрируют положительные корреляции между компонентами восприятия болезни, которые сигнализируют об угрозе здоровью (тяжелые последствия, длительность течения, обе-

спокойствие болезнью, высокая идентификация симптомов) и показателями дезадаптации в условиях болезни (например, тревога, низкое качество жизни, прогрессирование болезни) (Ялтонский и др., 2024), в то время как репрезентации, отражающие меньшую угрозу болезни и убеждения о возможности ее контроля (например, личный контроль, контроль лечения, понятность болезни), отрицательно связаны с этими же результатами (Singh et al., 2024).

Следующие примеры современных исследований иллюстрируют, как модель саморегуляции Г. Левентала применяется в различных контекстах и клинических условиях.

— В систематическом обзоре М. Лука и соавт. (2022) установлено, что у пациентов с рассеянным склерозом негативные репрезентации болезни (многочисленные симптомы, серьезные последствия, эмоциональный дистресс) ассоциированы с худшими физическими, психологическими и социальными показателями (Luca et al., 2022).

— В исследовании N.V. Chindankutty и соавт. (2024) с участием 123 взрослых с диабетом 2-го типа выявлено: с увеличением длительности болезни снижается восприятие ее как угрозы, растет использование адаптивного копинга и приверженность самопомощи, в то время как неадаптивные стратегии остаются стабильными (Chindankutty, Devineni, 2024).

— Обзор J. Oliveira и соавт. (2022) показал, что у пациентов на гемодиализе восприятие болезни как цикличной и неясной связано со снижением приверженности лечению (Oliveira et al., 2022).

— T.R. Valentine и соавт. (2022) разделили 186 пациентов с немелкоклеточным раком легких на группы по профилям восприятия болезни («справляющиеся», «обеспокоенные» и «борющиеся»), выявив различия в адаптации, тревожности, депрессии и самооценке здоровья (Valentine et al., 2022).

— В исследовании Л.В. Есиной и соавт. (2024) на выборке из 109 пациентов с острыми лейкозами и лимфомами установлены связи между представлениями о болезни, теле, здоровье и приверженностью лечению (Есина и др., 2024).

— В рамках работы В.М. Ялтонского и соавт. (2025), выполненной на 160 пациентках с ревматическими заболеваниями, были описаны три типа восприятия болезни: несформированное восприятие, позитивное восприятие контроля и негативное восприятие угрозы. Показатели психологической саморегуляции (тревога, депрессия, совладание, приверженность лечению) отличаются в трех группах и специфичны для каждого типа восприятия (Ялтонский, Абросимов, Сирота, 2025).

В совокупности эти исследования указывают на то, что восприятие болезни как выраженной угрозы для жизни и эмоциональное реагирование на болезнь, как правило, положительно коррелируют с избегающим копинг-поведением и отрицательно — с адаптивными стратегиями совладания. Это, вероятно, является неэффективной формой саморегуляции в условиях болезни, что приводит к негативным последствиям, таким как интенсивные эмоциональные реакции, низкое качество жизни, снижение поведения, направленного на лечение, и более быстрое прогрессирование болезни. Напротив, восприятие, связанное с высокой возможностью контроля болезни, понимание механизмов и принципов ее течения и лечения связаны с более широким использованием адаптивных копинг-стратегий, с лучшим функционированием вследствие более частого обращения за лечением, а также с менее быстрым прогрессированием болезни (Breland, Wong, McAndrew, 2020).

Ограничения модели

Несмотря на академический авторитет и эмпирические подтверждения, модель саморегуляции Г. Левентала, как и любая другая модель в психологии, также имеет и ряд некоторых ограничений, которые заслуживают внимания. К ним можно отнести следующие.

— Недостаточное описание медиаторных механизмов и переменных. В частности, не описано влияние восприятия болезни как угрозы на активацию избегающего и проблемно-ориентированного копинг-поведения. Это вызывает определенные затруднения в изучении того, как полученная информация о болезни приводит к активации репрезентаций и выбору стратегий совладания (Fall et al., 2020).

— Низкая дифференцированность репрезентаций различных аспектов болезни. Модель не детализирует различия между репрезентациями симптомов, лечения и способами совладания.

— Исходная модель неявно учитывает индивидуальные паттерны в формировании реагирования пациентов на болезнь, игнорируются личностные характеристики пациента. Также игнорируются социокультурные факторы, недооцененным остается влияние социального контекста пациента на его восприятие болезни.

— Фокус внимания модели сконцентрирован на самом пациенте и недостаточно описывает межличностные, социальные аспекты совладания с болезнью, такие как, например, согласованность репрезентаций болезни у пациента, лечащего врача, родственников, оказывающих уход, семейное и диадическое копинг-поведение (Hagger, Orbell, 2022).

Таким образом, несмотря на теоретическую и практическую значимость модели саморегуляции на базе житейского смысла, ее ограничения сводятся к низкой детализации некоторых психологических процессов и недостаточному вниманию к микросоциальному контексту.

Взгляды на возможное расширение модели

М. S. Hagger и соавт. (2017) предложили расширение модели Г. Левентала, включив в нее следующие положения: посредническую роль копинг-стратегий между восприятием болезни и ее исходами; взаимодействие когнитивных и аффективных компонентов; активацию репрезентаций болезней под действием стимулов; влияние убеждений о совладании и лечении (эффективность, риск, побочные эффекты); а также социально-демографические переменные как факторы формирования репрезентаций (Hagger et al., 2017).

Дополнительно Ф. Мааоуи и соавт. (2025) предлагают учитывать более широкий контекст: культурные, этнические, религиозные особенности, уровень здоровья, уровень грамотности, личный опыт пациента и его эмоциональную регуляцию (Мааоуи et al., 2025).

Н. Zhang и соавт. (2023) интегрируют в модель элементы других теорий изменения поведения, подчеркивая роль намерений как медиаторов между восприятием болезни и поведением. Самоэффективность при этом влияет на формирование намерений и их реализацию (Zhang et al., 2023).

R. Horne (2020) развивает расширенную модель (eCSM-SR), в которой наряду с репрезентациями болезни учитываются представления о лечении. Центральным становится баланс между убежденностью в необходимости терапии и тревогой по поводу ее последствий (модель «necessity—concerns»). Приверженность к лечению, по мнению автора, зависит не только от рационального анализа, но и от эмоций, контекста и личностного смысла терапии (Horne, 2020).

В отечественной психологии в качестве возможного расширения модели Левентала можно рассмотреть идеи В.В. Николаевой, А.Ш. Тхостова, Г.А. Ариной о внутренней картине болезни, рассматриваемой как более широкая концептуальная рамка, структурирующая восприятие и совладание. Работы Л.И. Вассермана, О.Ю. Щелковой, выполненные в рамках концепции «отношения к болезни», позволяют включить модель Левентала в личностно-ориентированный контекст, придавая ей феноменологическую глубину. Такой взгляд, хотя и требует дополнительного исследования, но потенциально открывает возможности междисциплинарного расширения рассматриваемой модели с учетом индивидуально-го измерения болезни.

Примеры клинического применения модели

Модель саморегуляции Г. Левенталья, опирающаяся на когнитивно-поведенческий подход, применима для разработки индивидуальных психологических программ сопровождения. Интервенции, основанные на этой модели, направлены на изучение и коррекцию представлений пациента о болезни, анализ соответствия между репрезентациями, копинг-стратегиями и эмоциональными реакциями, а также на уточнение используемых прототипов телесного опыта (Karampour et al., 2024). Важно выявить, насколько представления пациента соответствуют реальному течению заболевания, поскольку именно они определяют дальнейшее поведение и эмоциональное реагирование (Karekla, Karademas, Gloster, 2018).

Систематический обзор X. Gu и соавт. (2024) показал, что психологические вмешательства на основе модели Левенталья в онкологии, включающие работу с когнитивными репрезентациями болезни, могут эффективно снижать тревожность, депрессию и усталость, улучшая качество жизни. Программы включали психообразование, эмоциональную переработку, структурированную обратную связь и адаптацию под тип заболевания и стадии лечения, что усиливало воздействие на восприятие болезни (Gu, Zhou, Chen, 2024).

Взаимное понимание болезни между пациентом и врачом — важный аспект модели, связанный с согласованностью репрезентаций. L.M. McAndrew и соавт. (2017) показали, что совпадение восприятия болезни у врача и пациента связано с улучшением качества их взаимодействия и клинических исходов. E.C. Karademas и соавт. (2014) подчеркивают, что врач может оказывать влияние на негативные представления пациента, способствуя формированию более адаптивных репрезентаций.

Пример структурированной интервенции по модели житейского смысла приводит Z. Huang (2025): программа включает оценку и корректировку представлений о болезни, развитие навыков саморегуляции и самообслуживания, а также поддерживающие консультации, направленные на укрепление самоэффективности (Huang, Chair, 2025).

E. Temeloglu Sen и соавт. (2024) выявили, что эмоциональное восприятие болезни (а не только ее когнитивные аспекты) обратно связано с удовлетворенностью лечением (Temeloglu Sen, Sertel Berk, Rezvani, 2024). Это подтверждает значимость оценки болезни не только на рациональном, но и на эмоциональном уровне, что соответствует структуре модели Г. Левенталья.

В исследовании A. Veloso и соавт. (2024) продемонстрирована медиаторная роль самосострадания между восприятием социальной поддержки и адаптацией у матерей детей с дисплазией. Самосострадание,

воздействуя на эмоциональную регуляцию, помогает изменить репрезентации болезни и повышает эффективность совладания, а значит, может быть рассмотрена в качестве одного из личностных ресурсов саморегуляции (Veloso, Matos, Marujo, 2024).

Заключение

Таким образом, понимание того, как люди воспринимают, контролируют и реагируют на информацию и стимулы, касающиеся угрозы здоровью, может способствовать раннему выявлению острых и усилению контроля хронических заболеваний. Эффективная саморегуляция хронической соматической болезни имеет основополагающее значение для поддержания оптимального здоровья, функционирования и, в конечном счете, выживания (Kragting et al., 2024).

Психотерапевтическое воздействие на эти процессы позволит своевременно активизировать поведенческие схемы лечения и адекватно реагировать на симптомы, сигнализирующие об обострении существующего состояния (например, воспаление при ревматоидном артрите).

Это также позволит найти оптимальные решения для проблемы преждевременно прерываемого лечения или отказа от диспансеризации как метода профилактики хронических заболеваний. Например, максимальное участие в программах скрининга рака и связанном с ним лечении зависит от способности лиц из группы риска реагировать на информацию об угрозе заболевания.

Модель Г. Левентала является фундаментальной для понимания процессов саморегуляции и адаптации в условиях хронической соматической болезни. Обзор данной модели показал, что восприятие болезни и формирование ее когнитивных репрезентаций является ключевым компонентом саморегуляции пациента. То, как человек воспринимает свою болезнь, обуславливает его копинг-стиль, приверженность лечению, физическое и психическое качество жизни.

Описанная модель обладает внушительным эвристическим потенциалом для последующих исследований саморегуляции в условиях болезни. Ее применение поможет подробнее и глубже понять психологические механизмы изменения поведения пациента в связи с имеющейся угрозой его жизни и благополучию на фоне болезни. Описание этих процессов имеет важное практическое значение для разработки персонализированных психологических вмешательств, направленных

на формирование согласованной внутренней картины болезни, более адаптивного копинг-репертуара, повышение приверженности лечению. Эмпирические исследования в рамках модели Г. Левентала могут быть направлены на изучение восприятия хронической болезни с другими параметрами саморегуляции в различных нозологических группах и разработку эффективных стратегий психологического сопровождения лечебного процесса с учетом персонифицированного подхода.

Ограничения. Проанализировано ограниченное количество источников и баз данных, применялся метод нарративного анализа вместо систематического анализа литературы, что может снижать степень глубины изучения проблемы.

Limitations. A limited number of sources and databases were analyzed, and a narrative analysis method was used instead of a systematic literature review, which may reduce the depth of the study.

Список источников / References

1. Абросимов, И.Н., Ялтонский, В.М., Лисицына, Т.А., Абрамкин, А.А., Ламчева, Е.И., Тимашков, А.Ю., Лиля, А.М. (2025). Психологические особенности пациентов с ревматоидным артритом, имеющих выраженные тревожно-депрессивные переживания. *Современная ревматология*, 19(1), 64–71. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2025-1-64-71>
Abrosimov, I.N., Yaltonsky, V.M., Lisitsyna, T.A., Abramkin, A.A., Lamcheva, E.I., Timashkov, A.Yu., Lila, A.M. (2025). Psychological characteristics of patients with rheumatoid arthritis with severe anxiety and depression. *Modern Rheumatology Journal*, 19(1), 64–71. (In Russ.). <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2025-1-64-71>
2. Есина, Л.В., Выборных, Д.Э., Рассказова, Е.И., Гемджян, Э.Г., Звонков, Е.Е., Лукьянова, И.А., Моисеева, Т.Н., Магомедова, А.У. (2024). Представления о болезни и приверженность лечению у пациентов с острыми лейкозами и лимфомами. *Клиническая и специальная психология*, 13(1), 87–104. <https://doi.org/10.17759/cpse.2024130106>
Esina, L.V., Vybornykh, D.E., Rasskazova, E.I., Gemedzhyan, E.G., Zvonkova, E.E., Lukyanova, I.A., Moiseeva, T.N., Magomedova, A.U. (2024). Illness Representations and Treatment Adherence in Patients with Acute Leukemia and Lymphoma. *Clinical Psychology and Special Education*, 13(1), 87–104. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpse.2024130106>
3. Мирошников, А.Б., Хадарцев, А.А., Павлов, Е.А., Шевцов, А.В., Рыбакова, П.Д., Мештель, А.В., Антонов, А.Г., Смоленский, А.В. (2024). Разработка и обоснование руководства для нарративных обзоров литературы: контрольный список CINAR. *Вестник новых медицинских технологий*, 6, 4–22. <https://doi.org/10.24412/2075-4094-2024-6-4-2>

- Miroshnikov, A.B., Khadartsev, A.A., Pavlov, E.A., Shevtsov, A.V., Rybakova, P.D., Meshtel, A.V., Antonov, A.G., Smolensky, A.V. (2024). Development and justification of a guide for narrative literature reviews: the CINAR checklist. *Journal of New Medical Technologies*, 6, 4—22. (In Russ.). <https://doi.org/10.24412/2075-4094-2024-6-4-2>
4. Рассказова, Е.И. (2014). Понятие саморегуляции в психологии здоровья: новый подход или область применения? *Теоретическая и экспериментальная психология*, 7(1), 43—56.
Rasskazova, E.I. (2014). The concept of self-regulation in health psychology: A new approach or a range of application? *Theoretical and Experimental Psychology*, 7(1), 43—56. (In Russ.).
 5. Ялтонский, В.М., Абросимов, И.Н., Сирота, Н.А. (2025). Психологическая саморегуляция пациентов с различными типами восприятия ревматического заболевания. *Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*, 59(1), 31—41. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-990>
Yaltonsky, V.M., Abrosimov, I.N., Sirota, N.A. (2025). Psychological self-regulation of rheumatic patients with different types of illness perception. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*, 59(1), 31—41. (In Russ.). <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-990>
 6. Ялтонский, В.М., Абросимов, И.Н., Сирота, Н.А., Ялтонская, А.В., Панченкова, М.Д. (2024). Динамика восприятия болезни и саморегуляции у пациентов с морбидным ожирением через три месяца после бариатрической хирургии. *Консультативная психология и психотерапия*, 32(3), 28—47. <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320302>
Yaltonsky, V.M., Abrosimov, I.N., Sirota, N.A., Yaltonskaya, A.V., Panchenkova, M.D. (2024). Dynamics of illness perception and self-regulation in patients with morbid obesity three months after bariatric surgery. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 32(3), 28—47. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320302>
 7. Breland, J.Y., Wong, J.J., McAndrew, L.M. (2020). Are Common Sense Model constructs and self-efficacy simultaneously correlated with self-management behaviors and health outcomes: A systematic review. *Health Psychology Open*, 7(1), 1—13. <https://doi.org/10.1177/2055102919898846>
 8. Chindankutty, N.V., Devineni, D. (2024). Illness perception, coping, and self-care adherence among adults with type 2 diabetes. *Journal of Population and Social Studies*, 32, 687—705. <https://doi.org/10.25133/JPSSv322024.040>
 9. Fall, E., Chakroun-Baggioni, N., B hme, P., Maqdasy, S., Izaute, M., Tauveron, I. (2020). Common sense model of self-regulation for understanding adherence and quality of life in type 2 diabetes with structural equation modeling. *Patient Education and Counseling*, 103(12), 2398—2405. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.07.036>
 10. Gu, X., Zhou, D., Chen, Y. (2024). The effects of Common-Sense Model interventions on cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 103(17), e3777. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003777>

11. Hagger, M.S., Orbell, S. (2022). The common sense model of illness self-regulation: A conceptual review and proposed extended model. *Health Psychology Review*, 16(3), 347—377. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1878050>
12. Hagger, M.S., Koch, S., Chatzisarantis, N.L.D., Orbell, S. (2017). The common sense model of self-regulation: Meta-analysis and test of a process model. *Psychological Bulletin*, 143(11), 1117—1154. <https://doi.org/10.1037/bul0000118>
13. Haines, C., Loades, M., Davis, C. (2019). Illness perceptions in adolescents with chronic fatigue syndrome and other physical health conditions: Application of the common sense model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(4), 924—941. <https://doi.org/10.1177/1359104519829796>
14. Horne, R. (2020). Medication and treatment beliefs as determinants of treatment engagement. In: A. Hadler, S. Sutton, & L. Osterberg (Eds.), *The Wiley Handbook of Healthcare Treatment Engagement: Theory, Research and Clinical Practice* (pp. 205—224). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119129530.ch11>
15. Huang, Z., Chair, S.Y. (2025). Development and pilot testing of a nurse-led common-sense model of self-regulation-based heart failure self-care program. *BMC Nursing*, 24, article 85. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02722-9>
16. Karademas, E.C., Paschali, A., Hadjulic, M., Papadimitriou, A. (2014). Maladaptive health beliefs, illness-related self-regulation and the role of the information provided by physicians. *Journal of Health Psychology*, 20(10), 1234—1243. <https://doi.org/10.1177/1359105314544072>
17. Karampour, S., Masoudi, R., Raeisi, H., Etemadifar, S., Bayati, A. (2024). The effect of self-regulatory program based on Leventhal's model on the illness perception and resilience of people with multiple sclerosis. *Journal of Education and Health Promotion*, 13, article 340. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1294_23
18. Karekla, M., Karademas, E.C., Gloster, A.T. (2018). The Common Sense Model of Self-Regulation and Acceptance and Commitment Therapy: Integrating strategies to guide interventions for chronic illness. *Health Psychology Review*, 12(3), 312—325. <https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1437550>
19. Kragting, M., Pool-Goudzwaard, A.L., Coppieters, M.W., O'Sullivan, P.B., Voogt, L. (2024). Illness perceptions in people with chronic and disabling non-specific neck pain seeking primary healthcare: A qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 25, article 179. <https://doi.org/10.1186/s12891-024-07302-7>
20. Lansing, A.H., Berg, C.A. (2014). Adolescent self-regulation as a foundation for chronic illness self-management. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(10), 1091—1096. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu067>
21. Lee, J.Y., Jang, Y., Hyung, W. (2023). Mediating effect of illness perception on psychological distress in patients with newly diagnosed gastric cancer. *Cancer Nursing*, 46(3), 138—145. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001103>
22. Leventhal, H., Phillips, L.A., Burns, E., Cohen, J.H. (2021). Commonsense modeling (CSM) of health behaviors. In: *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology: Vol. 2* (pp. 315—318). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Ltd.

23. Leventhal, H., Phillips, L.A., Burns, E. (2016). The common-sense model of self-regulation (CSM): A dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 935—946. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
24. Leventhal, H., Phillips, L.A., Burns, E., Cohen, J.H. (2020). Commonsense modeling (CSM) of health behaviors. In: Sweeny, K., Robbins, M.L., Cohen, L.M. (Eds.), *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology: Vol. 2* (pp. 315—327). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch81>
25. Luca, M., Eccles, F., Perez Algorta, G., Patti, F. (2022). Illness perceptions and outcome in multiple sclerosis: A systematic review. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 67, e104180. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2022.104180>
26. Maoufi, F., Moumni, I., Arboix-Calas, F., Safra, I., Mnif, S. (2025). Reformulating the common-sense model of self-regulation for hemoglobinopathies primary prevention. *Discover Public Health*, 22, 115. <https://doi.org/10.1186/s12982-025-00499-5>
27. McAndrew, L.M., Phillips, L.A., Santos, S.L., Masheb, R.M., Czaplinski, R. (2018). Concordance of illness perceptions: The key to improving care of medically unexplained symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 111, 12—17. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.05.015>
28. McAndrew, L.M., Martin, J.L., Friedlander, M.L., Shaffer, K., Breland, J.Y., Slotkin, S., Leventhal, H. (2017). The common sense of counseling psychology: Introducing the Common-Sense Model of self-regulation. *Counselling Psychology Quarterly*, 30(4), 409—427. <https://doi.org/10.1080/09515070.2017.1336076>
29. McGrady, M.E., Peugh, J.L., Hood, K.K. (2014). Illness representations predict adherence in adolescents and young adults with type 1 diabetes. *Psychology & Health*, 29(9), 985—998. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.899361>
30. Muscat, P., Weinman, J., Farrugia, E., Callus, R., Chilcot, J. (2021). Illness perceptions predict distress in patients with chronic kidney disease. *BMC Psychology*, 9, article 75. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00572-z>
31. Oliveira, J., Sousa, H., B rtolo, A., Figueiredo, D., Ribeiro, O. (2022). Illness perception and treatment adherence in haemodialysis: A systematic review. *Psychology, Health & Medicine*, 28(7), 1641—1655. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2099559>
32. Orbell, S., Phillips, L.A. (2019). Automatic processes and self-regulation of illness. *Health Psychology Review*, 13(4), 378—405. <https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1503559>
33. Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hr bjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, article 71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
34. Phillips, L.A., Cohen, J., Burns, E., Abrams, J., Renninger, S. (2016). Self-management of chronic illness: The role of ‘habit’ versus reflective factors in

- exercise and medication adherence. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(4), 682—697. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9732-z>
35. Seage, C.H., Evans, R., Scott, K.Z., Nazir, W., James, D.H. (2024). Using the common-sense model of illness representations to explore individuals' experiences and perceptions of migraine. *International Journal of Pharmacy Practice*, 32(3), 223—228. <https://doi.org/10.1093/ijpp/riae014>
36. Singh, A., Rejeb, A. (2024). Illness perception: A bibliometric study. *Heliyon*, 10, e31805. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e31805>
37. Temeloglu Sen, E., Sertel Berk, H.O., Rezvani, A. (2024). Serial mediation of illness perception and beliefs about medicines. *Journal of Health Psychology*, 29(8), 836—847. <https://doi.org/10.1177/13591053231213306>
38. Tiggelman, D., van de Ven, M.O., van Schayck, O.C., Kleinjan, M. (2015). The Common Sense Model in early adolescents with asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(5), 309—315. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.07.010>
39. Valentine, T.R., Presley, C.J., Carbone, D.P., Shields, P.G., Andersen, B.L. (2022). Illness perceptions and psychological and physical symptoms in newly diagnosed lung cancer. *Health Psychology*, 41(6), 379—388. <https://doi.org/10.1037/hea0001192>
40. Veloso, A., Matos, M.G., Marujo, H.A. (2024). The roles of self-compassion and social support on maternal adjustment to a child's hip dysplasia. *Current Psychology*, 30(9), 2172—2182. <https://doi.org/10.1177/13591053241295892>
41. Weidner, G., Sieverding, M., Chesney, M.A. (2015). The role of self-regulation in health and illness. *Psychology, Health & Medicine*, 21(2), 135—137. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1115528>
42. Zhang, H., Chen, D., Zou, P., Shao, J., Wu, J., Cui, N., Lin, S., Tang, L., Zheng, Q., Wang, X., Ye, Z. (2023). The integrated common-sense model of illness self-regulation. *BMC Public Health*, 23, e1486. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16403-2>

Информация об авторах

Илья Николаевич Абросимов, кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии взрослых, Московский институт психоанализа (НОЧУ ВО МИП), Москва, Российская федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1981-4170>, e-mail: i.abrosimov@bk.ru

Владимир Михайлович Ялтонский, доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической психологии, Российский университет медицины (ФГБОУ ВО «РосУниМед»), Москва, Российская федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3337-0123>, e-mail: yaltonsky@mail.ru

Information about the authors

Ilya N. Abrosimov, PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Neuropsychology and Pathopsychology of Adults, Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1981-4170>, e-mail: i.abrosimov@bk.ru

Абросимов И.Н., Ялтонский В.М. (2026)
Модель саморегуляции Г. Левентала
в контексте хронической соматической болезни...
Консультативная психология и психотерапия,
34(1), 8–29.

Abrosimov I.N., Yaltonsky V.M. (2026)
The common-sense model of self-regulation
in the context of chronic somatic disease...
Counseling Psychology and Psychotherapy,
34(1), 8–29.

Vladimir M. Yaltonsky, DSc in Medicine, Professor of the Department of Clinical Psychology, Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3337-0123>, e-mail: yaltonsky@mail.ru

Вклад авторов

Абросимов И.Н. — сбор и анализ данных; идеи исследования; аннотирование, написание и оформление рукописи; планирование исследования; визуализация результатов исследования.

Ялтонский В.М. — идеи исследования; аннотирование, написание рукописи; планирование исследования; контроль за проведением исследования.

Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the authors

Ilya N. Abrosimov — collecting and analyzing data; ideas; annotation, writing and formatting of the manuscript; planning the study; visualization of research results..

Vladimir M. Yaltonsky — ideas; annotation, manuscript writing; planning the study; control over the research..

All authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Исследование было рассмотрено и одобрено Этическим комитетом ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» (№ протокола от 10.01.2025 г.).

Ethics statement

The study was reviewed and approved by the Ethics Committee of Moscow State University of Psychology and Education (report no, 2025/01/10).

Поступила в редакцию 06.06.2025

Received 2025.06.06

Поступила после рецензирования 21.08.2025

Revised 2025.08.21

Принята к публикации 28.10.2025

Accepted 2025.10.28