

На правах рукописи

Московченко Денис Владимирович

**СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН С
ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ
СИСТЕМЫ**

Специальность: 19.00.04 – Медицинская психология
(психологические науки)

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Москва – 2016

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России

Научный руководитель: **Сирота Наталья Александровна** – доктор медицинских наук, профессор; заведующий кафедрой клинической психологии факультета психологии, декан факультета клинической психологии ГБОУ ВПО «МГМСУ имени А. И. Евдокимова» Минздрава России.

Официальные оппоненты: **Холмогорова Алла Борисовна** – доктор психологических наук, профессор; заведующий кафедрой клинической психологии и психотерапии ГБОУ ВПО г. Москвы «Московский городской психолого-педагогический университет»;

Русина Наталья Алексеевна – кандидат психологических наук, доцент; заведующий кафедрой клинической психологии ГБОУ ВПО г. Ярославля «Ярославский государственный медицинский университет».

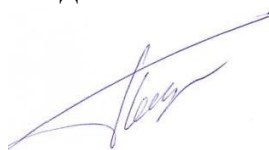
Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет».

Защита состоится 10 июня 2016 г. в 17.00 на заседании диссертационного совета Д 501.001.15 в ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова» по адресу: 125009 Москва, ул. Моховая, д. 11, стр. 9, ауд. 215.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке МГУ имени М.В. Ломоносова (Москва, Ломоносовский просп., д. 27); на сайте МГУ (<http://www.psy.msu.ru/science/autoref/index.html>) и на сайте Научно-консультативного совета РПО (<http://www.psy-sciencecouncil.ru/>).

Автореферат разослан «__» _____ 2016 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета Д 501.001.15,
кандидат психологических наук



И.В. Плужников

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. На сегодняшний день проблема повышения качества жизни женщин со злокачественными новообразованиями репродуктивной системы остается актуальной и социально значимой во всем мире.

Анализ статистических данных о заболеваемости злокачественными новообразованиями репродуктивной системы показывает, что с каждым годом количество новых случаев неуклонно растет. За последние 10 лет в Российской Федерации отмечается существенный прирост заболеваемости раком молочной железы (32,6%), раком тела матки (41,3%), раком шейки матки (26,5%) и раком яичников (12,4%). В целом, злокачественные новообразования органов репродуктивной системы имеют наибольший удельный вес в структуре онкологической заболеваемости у женщин – 39,4%: опухоли гинекологической сферы составляют 18,2%; рак молочной железы является ведущей онкологической патологией у женского населения, их удельный вес – 21,2% (Каприн, Старинский, Петрова, 2016).

В последнее десятилетие разработка более эффективных, инновационных методов лечения способствовала увеличению продолжительности жизни у больных с онкологическими заболеваниями. Повышение выживаемости больных, а также ориентация современной медицины на поддержание качества жизни делают очевидной необходимость изучения психологических механизмов адаптации и разработки принципов психологической реабилитации данных больных (Тхостов, 2002; Чулкова, Моисеинко, 2009; Зинченко, Первичко, Тхостов, 2014). Однако, современные методы лечения не могут гарантировать абсолютного выздоровления, сопровождаются побочными эффектами и могут приводить к функциональным нарушениям, что усугубляет страх перед болезнью и возможностью рецидива (Марилова, 1984; Менделевич, 1998; Deimling, 2006; Crespi, 2008).

Современные исследования в клинической психологии свидетельствуют о преобладании психологического дистресса (Jacobsen, Holland, 2004; Сирота,

Фетисов, 2013), симптомов посттравматического стрессового расстройства (Тарабрина, 2006; Posluszny, Dew, Baum, 2011), аффективных расстройств различного типа и степени выраженности у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы (Галиуллина, 2000; Шарова, 2000; Кузнецова, 2009; Монасыпова, 2012). Помимо этого, в обыденном сознании онкологические заболевания до сих пор мифологизируются как фатальные, связанные с «приговором к смерти», а лечение ассоциируется с долгим и мучительным процессом умирания (Тхостов, 1991), что способствует формированию искаженных представлений о болезни, существенно снижающих психологическую адаптацию больных.

Необходимо отметить, что в отношении онкологических заболеваний репродуктивной системы значимым становится «фемининный фактор», включающий страх потери женственности в связи с утратой органов её символизирующих, изменение образа тела вследствие калечащих операций и эндокринных нарушений (Менделевич, 1998; Каменецкая, 2002).

Современные представления об адаптационных механизмах, в ситуации тяжелого хронического заболевания, рассматриваются в рамках концепции внутренней картины болезни (Николаева, 1987; Тхостов, Арина, 1990). Также адаптацию к условиям болезни можно рассмотреть с точки зрения анализа «совладающего поведения» - деятельности по поддержанию баланса между требованиями среды и доступными ресурсами, удовлетворяющими этим требованиям при взаимодействии со стрессовой ситуацией (Carver, Scheier, Weintraub, 1989; Lazarus, Folkman, 1994; Сирота, Ялтонский, 1994; Анцыферова, 1994; Сергиенко, 2010 и др.). В большинстве современных исследований указывается на связь данных психологических конструктов, образующих единый фактор адаптации или дезадаптации больного (Заякин, 2003; Вассерман, Трифонова, 2008; Кузнецова А.А., 2009). Процесс совладания с болезнью определяется не только объективной тяжестью течения, но и субъективной оценкой внутреннего и внешнего стресса (Lazarus, Folkman, 1984). Оценка угрозы болезни во многом связана с внутренней картиной

болезни и определяется содержанием личностно-смыслового уровня опосредования телесного страдания (Николаева, 1987; Тхостов, 2002). В зарубежных исследованиях большая значимость придается представлениям больных о возможности субъективного контроля болезни (Wallston, 2005).

В качестве психологической predisпозиции выбора стратегий совладания с болезнью и трудными жизненными ситуациями можно рассматривать когнитивную оценку прогрессирования заболевания, представляющую собой психологический ответ на реальную угрозу в процессе диагностики и лечения, основывающуюся на личном опыте болезни. Воспринимаемая угроза прогрессирования или рецидива характеризуется ростом интенсивности переживаний, сосредоточенностью на телесных ощущениях, готовностью к катастрофическим интерпретациям, низкой толерантностью к неопределенности, что способствует снижению качества жизни и делает актуальным исследование данной проблемы (Koch, Jansen, Brenner, Arndt, 2013).

В отечественной клинической психологии практически отсутствуют исследования, посвященные изучению стратегий и ресурсов совладающего поведения, специфике формирования личностного смысла болезни в зависимости от когнитивной оценки болезни. Потребность в изучении новых механизмов совладания со стрессом и факторов, способствующих, либо препятствующих успешной адаптации женщин к злокачественным новообразованиям репродуктивной системы, сохраняет свою актуальность.

Данное исследование посвящено изучению копинг-стратегий и копинг-ресурсов в зависимости от когнитивной оценки угрозы прогрессирования заболевания у женщин со злокачественными новообразованиями репродуктивной системы, соотношению адаптационных механизмов с личностным смыслом болезни.

Цель исследования: изучение механизмов совладающего поведения женщин со злокачественными заболеваниями репродуктивной системы.

Объект исследования – совладающее поведение женщин со злокачественными онкологическими заболеваниями репродуктивной системы.

Предмет исследования – взаимодействие когнитивной оценки прогрессирования заболевания со способами и ресурсами совладающего поведения женщин со злокачественными новообразованиями репродуктивной системы.

Теоретическая гипотеза исследования: психологическая адаптация к угрожающим жизни хроническим заболеваниям реализуется через формирование когнитивной оценки вероятности прогрессирования, определяющей выбор способов совладания с болезнью, актуализирующейся в результате совместного действия как субъективных (личностных), так и объективных (клинических) факторов.

Эмпирические гипотезы исследования:

1. У больных, оценивающих возможность прогрессирования болезни как выраженную угрозу для жизни, будет наблюдаться изменение адаптации, проявляющееся в преимущественном выборе эмоционально-ориентированных стратегий совладающего поведения, что связано с особенностями регуляции процессов переработки информации и личностным смыслом болезни.

2. Малоадаптивное совладание со стрессом болезни у женщин с когнитивной оценкой прогрессирования болезни как воспринимаемой угрозы для жизни выражается в преобладании когнитивных стратегий, подчеркивающих негативное значение болезни, дисфункциональных представлениях о природе, причине и лечении заболевания, низкой оценке собственных возможностей в ее преодолении.

3. Субъективная оценка контролируемости прогрессирования заболевания сопровождается активной внутренней позицией по отношению к болезни и лечению, способствует формированию адаптивных стратегий совладающего поведения.

В соответствии с целью, сформулированы следующие **задачи исследования:**

1. Теоретический анализ существующих клинико-психологических представлений о больных с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы, об адаптивных и дезадаптивных механизмах их копинг-поведения, феномене беспокойства о прогрессировании заболевания.

2. Разработка и адаптация стандартизированных методов исследования когнитивной оценки прогноза болезни, определение её вариантов у женщин со злокачественными онкологическими заболеваниями репродуктивной системы.

3. Изучить структуру когнитивной оценки прогрессирования заболевания; её когнитивный, эмоциональный, поведенческий компоненты у женщин со злокачественными онкологическими заболеваниями репродуктивной системы.

4. Исследовать стратегии совладания с трудными жизненными ситуациями, специфические когнитивные стратегии переоценки стрессора болезни и метакогнитивные стратегии контроля тревоги.

5. Изучить копинг-ресурсы: локус контроля и самооффективность в отношении болезни и лечения, личностное значение болезни у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы.

6. Исследовать соотношение личностного смысла болезни с тревожно-депрессивными реакциями и когнитивной оценкой прогрессирования у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы.

7. Изучить характер связей между когнитивной оценкой прогрессирования заболевания и копинг-поведением женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы.

Теоретико-методологической основой диссертационного исследования являются: культурно-историческая концепция развития психики Л.С. Выготского; концепция внутренней картины болезни (Лурия Р.А., Николаева В.В., Тхостов А.Ш., Арина Г.А.); представления о психологической саморегуляции как сознательном процессе, направленном на управление собственной активностью (Зейгарник Б.В., Николаева В.В., Соколова Е.Т., Мазур Е.С., Поляков Ю.Ф., Холмогорова А.Б.); транзактная модель стресса и совладающего поведения (Lazarus R.S., Folkman S., Cohen F., Scheier M.F.,

Weintraub J.K.); отечественные подходы к психологическому совладанию со стрессовыми трудными жизненными ситуациями (Анцыферова Л.И., Исаева Е.Р., Нартова-Бочавер С.К., Сирота Н.А., Ташлыков В.А., Ялтонский В.М.); теоретические представления о самоэффективности (Bandura A.); модель когнитивных стратегий саморегуляции в ситуации болезни (Evers A.W., Kraaimaat F.W.); метакогнитивная модель тревожных расстройств (Wells A., Clark D.M.).

Характеристика выборки. В исследовании приняли участие 200 женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. Средний возраст составил $54,66 \pm 6,86$. Обследовано 70 женщин, больных раком молочной железы (шифр по МКБ-10 – С50); из них на начальных стадиях заболевания обследовано 30 больных, на поздних стадиях 40 пациенток; 60 женщин, страдающих раком тела матки (шифр по МКБ-10 – С54), из них на начальных стадиях заболевания обследовано 55 пациентки, на поздних стадиях 5 больных; 70 женщин больных раком яичников (шифр по МКБ-10 – С56), из них на начальных стадиях обследовано 29 больных, на поздних стадиях обследована 41 пациентка.

Все обследованные пациентки проходили стационарное и амбулаторное лечение в онкологическом центре Центральной клинической больницы № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» в г. Москва. Обследованные пациентки дали добровольное согласие на участие в исследовании.

Тип получаемого лечения. Больные с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы, обследованные в послеоперационный период, составили 70 пациенток; на этапе химиотерапии обследовано 130 больных. Исследование проводилось в течение 2012–2015 гг.

Семейное положение. На момент обследования 145 больных состояло в браке, 27 вдовы, 28 разведены.

Уровень образования. Среди обследованных пациенток с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы средне-специальное образование у 140 пациенток, высшее образование у 60 пациенток.

Занятость. В связи с болезнью, на пенсии по инвалидности состояло 80 пациенток; продолжали работать 70, на больничном находилось 50 больных.

Критерии исключения женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы из исследования: возраст ≥ 65 лет; недоступность больных для психологического обследования, негативизм; признаки формального отношения к исследованию; психические расстройства органического генеза, сопровождающиеся снижением когнитивных функций; выраженные расстройства личности; шизофрения; биполярное аффективное расстройство; уровень образования ниже среднего, возраст испытуемых меньше 30 лет.

Методики исследования:

1. Диагностическая анкета, разработанная с целью оценки когнитивных и поведенческих компонентов беспокойства о прогрессировании заболевания.

2. Краткий опросник по оценке страха прогрессирования заболевания» А. Mehnert, Р. Herschbach, Р. Berg (2006), в адаптации Н.А. Сирота, Д.В. Московченко (2014).

3. Тест «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» А. Zigmond и R. Snaith (1983), в адаптации М.Ю. Дробижева (1993).

4. «Опросник совладания со стрессом COPE» С. Carver, M. Scheier, J. Weintraub (1989), в адаптации Рассказовой Е.И., Гордеевой Т.О., Осина Е.Н. (2010).

5. «Опросник когнитивных представлений о болезни» А. Evers, F. Kraaijmaat (1998), в адаптации Н.А. Сирота, Д.В. Московченко (2014).

6. Методика «Краткая версия опросника метакогнитивных убеждений» А. Wells, S. Cartwright-Hatton (2004), в адаптации Д.В. Трунцева (2012).

7. «Опросник локуса контроля болезни» А.Ш. Тхостов (1998).

9. «Опросник самооффективности в отношении болезни» А.Ш. Тхостов, Е.И. Рассказова (2010).

10. «Шкала интерпретаций болезни» А. Büssing (2009), в адаптации Н.А. Сирота, Д.В. Московченко, Б.А. Фетисова (2012).

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программ Excel, Statistica 10.0. Применялись следующие методы обработки данных:

- дескриптивный анализ: вычисление и описание средних значений (Me), стандартных отклонений (SD), построение по ним гистограмм распределения;
- кластерный анализ: иерархический метод и метод k -средних;
- анализ значимости различий: вычисление и описание различий между группами с использованием U -критерия Манна — Уитни;
- корреляционный анализ по критерию R Спирмена;
- эксплораторный и конфирматорный факторный анализ;
- коэффициент альфа Кронбаха для анализа внутренней согласованности;
- критерий Шапиро-Уилкса для оценки нормальности распределения.

Значимость различий и достоверность корреляционных связей определялась при достижении уровня $p < 0,05$.

Достоверность и надежность результатов исследования обеспечены теоретическим обоснованием проблемы, репрезентативностью выборки испытуемых, применением научно-обоснованных методов психологического исследования, корректной обработкой полученных данных с помощью адекватных методов математико-статистической обработки данных.

Научная новизна исследования. Впервые в отечественной клинической психологии проведено комплексное исследование совладающего поведения женщин со злокачественными заболеваниями репродуктивной системы. Исследованы стратегии совладания с трудными жизненными ситуациями, специфические когнитивные стратегии и ресурсы совладания с ситуацией болезни (локус контроля и самооэффективность в отношении болезни и лечения). Показано, что когнитивная оценка прогрессирования болезни связана с выбором стратегий копинг-поведения и особенностями копинг-ресурсов. Пациентки, оценивающие возможность прогрессирования заболевания как выраженную угрозу, склонны к избеганию трудных жизненных ситуаций, чаще переживают собственную беспомощность в ситуации болезни, имеют более низкий уровень интернального контроля лечения.

Разработана и апробирована в эмпирическом исследовании модель когнитивной оценки прогрессирования болезни, состоящая из трех основных структурно-функциональных компонентов: когнитивного, эмоционального и поведенческого, которая интегрирована в структуру копинг-поведения женщин со злокачественными новообразованиями репродуктивной системы. Выделено два варианта когнитивной оценки возможности прогрессирования болезни: как выраженной угрозы жизни и когнитивная оценка контролируемости прогрессирования.

Выделены два семантических варианта личностного смысла болезни у женщин со злокачественными онкологическими заболеваниями репродуктивной системы: «болезнь – вызов», «болезнь – ущерб». Преобладание когнитивной оценки угрозы прогрессирования болезни выражается в негативном варианте личностного смысла «болезнь – ущерб», тогда как когнитивная оценка контролируемости прогрессирования болезни связана с преобладанием позитивного варианта личностного смысла «болезнь – вызов».

Для больных с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы адаптированы опросник когнитивных представлений о болезни (illness cognition questionnaire) и опросник страха прогрессирования заболевания (fear of progression questionnaire), продемонстрировавшие умеренные показатели валидности, надежности и согласованности.

Теоретическая значимость работы. Проведенное исследование предлагает новые возможности решения проблемы связи когнитивной оценки и копинг-поведения путем введения в клиническую психологию конструкта «когнитивная оценка прогрессирования заболевания».

Показано, что выбор стратегий совладающего поведения, специфика организации копинг-ресурсов у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы определяются когнитивной оценкой прогрессирования болезни. Полученные результаты дополняют представления о клиничко-психологических механизмах реагирования на стресс у больных с онкологическими заболеваниями.

Дополнены представления о влиянии метакогнитивных стратегий контроля тревоги на процессы копинг-поведения. Определена их роль в формировании когнитивной оценки прогрессирования заболевания. Выраженность малоадаптивных метакогнитивных стратегий контроля тревоги приводит к формированию когнитивной оценки угрозы прогрессирования болезни.

Детализированы представления, сформулированные в отечественных подходах к проблеме совладающего поведения, о системном, уровневом характере реагирования на стрессовые трудные жизненные ситуации, включая ситуацию болезни.

Выделены два семантических варианта личностного смысла болезни, которые расширяют существующие представления о жизненном значении для субъекта обстоятельств болезни.

Результаты исследования представляются важными для развития отечественных разработок в области психосоматики и психологии телесности, психологии стресса и совладающего поведения.

Практическая значимость работы. Результаты, полученные в диссертационной работе, могут быть применены в процессе психологического сопровождения женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. Разработанная схема психологического обследования может быть использована психологами, работающими в онкологических учреждениях, для оценки и прогнозирования психологических процессов адаптации к болезни. Полученные в работе данные о специфике когнитивной оценки прогрессирования заболевания, копинг-стратегий и копинг-ресурсов женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы могут использоваться для планирования психокоррекционных и консультативных мероприятий по оптимизации копинг-поведения в отношении трудных жизненных ситуаций и болезни.

Положения, выносимые на защиту:

1. Когнитивная оценка возможности прогрессирования заболевания отражает степень предвосхищаемого ущерба болезни и проявляется в специфических особенностях копинг-стратегий и копинг-ресурсов женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы.

2. Когнитивная оценка возможности прогрессирования заболевания у таких больных включает два основных варианта, представляющие собой полюсы континуума возможных типов реагирования на болезнь: когнитивная оценка прогрессирования заболевания как угрозы для жизни и когнитивная оценка контролируемости прогрессирования заболевания.

3. Когнитивная оценка прогрессирования заболевания соотносится с двумя семантическими вариантами личностного смысла болезни, которые отражают переживание ущерба болезни и прогнозируемого вреда, «капитуляцию» перед заболеванием или указывают на активную внутреннюю позицию, направленную на преодоление заболевания, что ассоциируется с незначительной интенсивностью повреждающего действия болезни на структуру личности больных.

4. Эмоционально-ориентированные стратегии совладающего поведения, низкий уровень развития копинг-ресурсов и наличие малоадаптивных метакогнитивных стратегий характерны для больных, оценивающих ситуацию болезни в качестве неконтролируемой.

5. Проблемно-ориентированные стратегии совладающего поведения, стратегии позитивной переоценки ситуации болезни и трудных жизненных ситуаций, высокий уровень развития личностных копинг-ресурсов, отражающих активную позицию по отношению к болезни, характерны для больных, оценивающих ситуацию болезни в качестве контролируемой.

Апробация результатов исследования.

Отдельные аспекты работы доложены в ходе работы секции «Психология» на XX и XXI Международных научных конференциях студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов» (Москва, МГУ имени

М.В. Ломоносова, апрель 2013, 2014 гг.); XXXV, XXXVI Итоговых конференциях молодых ученых МГМСУ им. А.И. Евдокимова (Москва, МГМСУ им. А.И. Евдокимова, май 2013, 2014 гг.); на Московской научно-практической студенческой конференции «Болезнь и здоровый образ жизни» с международным участием (Москва, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, декабрь 2013 г.); на Международном научном форуме университетской науки «Секция К-06. Конференция «Клиническая психология и биометрические исследования» (Москва, МГМСУ им. А.И. Евдокимова, 2014 гг.); на VI Всероссийском съезде онкопсихологов (Москва, Московский Дом общественных организаций, ноябрь 2014 г.). Диссертационная работа обсуждалась на кафедре клинической психологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова (2015 г.) и на заседании кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии имени МГУ имени М.В. Ломоносова (2015 г.).

Полученные в ходе исследования результаты используются при разработке медико-психологического сопровождения женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы в Негосударственном учреждении здравоохранения "Центральная Клиническая больница №2 имени Н.А. Семашко" ОАО "РЖД". Они также применяются в учебном процессе кафедры клинической психологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Материалы исследования отражены в 9 научных публикациях; из них 4 публикации в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Министерстве образования и науки РФ.

Структура и объем работы. Диссертационная работа изложена на 214 страницах машинописного текста; состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, списка используемой литературы (включающего 307 источников, из них 89 – на русском и 218 на иностранных языках). Работа проиллюстрирована 18 рисунками и 32 таблицами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во Введении обосновывается актуальность избранной темы; формулируется гипотеза, теоретико-методологическая основа, предмет, цели и задачи исследования; определяется научная новизна, теоретическое и практическое значение диссертации, приводятся положения, выносимые на защиту.

Глава 1 «Психологические исследования больных раком молочной железы и раком гинекологической сферы» посвящена обзору психологических особенностей больных с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы, исследованиям когнитивной оценки и стратегий совладающего поведения у больных с онкологическими заболеваниями.

В разделе 1.1 «Психологические исследования больных раком молочной железы и раком гинекологической сферы» рассматриваются психологические особенности женщин больных раком молочной железы; приводятся результаты немногочисленных психологических исследований больных с гинекологическим раком. Рассматриваются психосоматические и соматопсихические аспекты и их связь с процессами адаптации к болезни.

В разделе 1.2 «Концепция когнитивной оценки и её исследование у больных с онкологическими заболеваниями» приводятся результаты исследований когнитивной оценки болезни, обосновывается её роль и связь с выбором стратегий совладающего поведения.

В разделе 1.3 «Исследования стратегий совладающего поведения у больных с онкологическими заболеваниями» анализируются исследования, посвященные стратегиям совладающего поведения у больных с онкологическими заболеваниями, их связь с тревожно-депрессивными переживаниями и качеством жизни. Избегание, по мнению исследователей, в большей степени характерно для больных с болевыми синдромами, рецидивом рака, при ухудшении физического состояния в целом (Golden-Kreutzetal., 2005). Рассматриваются основные ресурсы совладающего поведения.

Глава 2 «Субъективные теории болезни и их соотнесение с совладающим поведением у больных с онкологическими заболеваниями» посвящена представлениям о внутренней картине болезни при онкологических заболеваниях, результатам зарубежных исследований влияния субъективных теорий болезни на совладающее с болезнью поведение, социально-когнитивным подходам, изучающим влияние воспринимаемого контроля болезни.

В разделе 2.1 «Представления о внутренней картине болезни при онкологических заболеваниях» рассматриваются психологические исследования, посвященные уровням внутренней картины болезни у больных с онкологическими заболеваниями. Наиболее полно иерархическое строение внутренней картины болезни описано В.В. Николаевой (1987), выделяющей следующие этапы формирования данного психологического феномена: непосредственно-чувственный, эмоциональный, интеллектуальный и мотивационный. Иной вариант формирования внутренней картины болезни предложен Г.А. Ариной и А.Ш. Тхостовым в рамках психологии телесности (Тхостов, Арина, 1990; *Тхостов*, 1991, 1993; Елшанский, 1999). В рамках данной модели интрацепция представляет собой перцептивную деятельность, опосредованную системой культурно выработанных знаковых средств и является своеобразной «высшей психической функцией». Искаженное представление о раке, которое можно наблюдать в современном обществе, значительно снижает шансы больного к адекватному реагированию на заболевание (Демин, 1999). Эмоциональный уровень внутренней картины болезни, включает в себя такие основные типы доминирующего переживания болезни как тревожный. Тревога при раке может быть вызвана различными соматическими осложнениями, однако наиболее распространенной причиной является не проходящая боль (Noyes et al., 1998; Breitbart et al., 2009).

В разделе 2.2 «Исследования влияния субъективных теорий болезни на совладающее с болезнью поведение» описываются зарубежные подходы к созданию субъективных теорий болезни. По мнению Н. Faller, для того, чтобы

справиться с ситуацией хронического заболевания, у пациентов развиваются ожидания, убеждения, атрибутивные стили (Faller, 1993). На основании сформированной субъективной теории болезни пациенты могут принимать решения и прогнозировать возможные исходы (Hampson et al., 1990). А.С. Нелюбина и А.Ш. Тхостов указывают, что субъективные представления о болезни, порожденные её ситуацией, отражают иррациональные представления о ней. Обыденные представления о болезни связаны с особенностями интрацепции и стратегиями поведения в ситуации болезни (Нелюбина, Тхостов, 2009).

Глава 3 «Беспокойство о прогрессировании у пациентов с онкологическими заболеваниями» содержит описание беспокойства о прогрессировании заболевания, исторические и современные подходы к исследованию данного феномена.

В разделе 3.1 «Современные теоретические подходы к феномену беспокойства о прогрессировании заболевания» излагаются основные факторы, влияющие на рост страха прогрессирования заболевания, дается определение данному феномену. Под беспокойством о прогрессировании заболевания понимается восприятие возможности прогрессирования или повторения заболевания со всеми биопсихосоциальными его последствиями (Herschbach, 2010). Беспокойство о прогрессировании заболевания является ситуационно-специфическим переживанием, основывающимся на личном опыте болезни, угрожающей жизни. В настоящее время беспокойство о прогрессировании или рецидиве рассматривается в качестве одного из наиболее часто встречающихся источников психологического дистресса у онкологических больных (Vickberg, 2003). Одно из ранних упоминаний о феномене беспокойства прогрессирования заболевания связано с работами Н. Leventhal и D. Easterling (1989), которые описали понятие «беспокойство о раке». В некоторых исследованиях делается попытка связать беспокойство о прогрессировании заболевания с нарушением когнитивной переработки телесных ощущений (Mishel, 1988). Показано, что страх прогрессирования заболевания связан с социодемографическими,

клиническими и психологическими факторами (Lee-Jones et al., 1997; Crespi et al., 2008; Bowman, 2010; Thewes, 2013; Ares et al., 2014).

В разделе 3.2 «Специфика беспокойства о прогрессировании заболевания у женщин больных раком молочной железы в модели житейского смысла саморегуляции поведения Г. Левенталя» рассматривается возможность применения модели Г. Левенталя к пониманию беспокойства о прогрессировании заболевания у женщин больных раком молочной железы. Беспокойство о прогрессировании в рамках данной модели рассматривается исследователями как индикатор психологического дистресса и усилий, направленных на совладание с ним (Llewellyn et al., 2008). Результаты исследований показывают, что восприятие болезни (воспринимаемая угроза и репрезентации болезни), выбираемые копинг-стратегии связаны с уровнем беспокойства о прогрессировании заболевания (Costanzo et al., 2010).

В разделе 3.3 «Беспокойство о прогрессировании и метакогнитивные стили у больных с онкологическими заболеваниями» описаны исследования метакогнитивных стратегий контроля тревоги у больных с онкологическими заболеваниями, опирающиеся на метакогнитивную модель тревожных расстройств (Wells A., Clark D.M., 1995). Метакогнитивный подход к беспокойству о прогрессировании заболевания представлен моделью когнитивного синдрома внимания, постулирующей, что дисфункциональное беспокойство о прогрессировании заболевания связано с неадекватным стилем обработки информации (Cisler, Koster, 2010).

В разделе 3.4 «Беспокойство о прогрессировании заболевания и теория неопределенности в болезни» феномен беспокойства о прогрессировании заболевания анализируется с позиции теории неопределенности в болезни. Чрезмерное сосредоточение на оценке будущего в болезни приводит к избеганию «ответственности» в реальной жизни; болезнь и страхи, связанные с ней, становятся основой для существования пациента, что способствует росту угрозы и предвосхищаемого ущерба (Fletcher et al., 2005).

Эмпирическая часть

В главе 1 «Постановка проблемы, методы и характеристики выборки» описываются материалы и методы исследования, характеристика выборки, методы статистической обработки результатов.

В разделе 1.1 «Постановка проблемы эмпирического исследования» формулируется проблема эмпирического исследования. Согласно зарубежным исследованиям беспокойство о прогрессировании заболевания рассматривается как сложный, многомерный конструкт, который включает в себя когнитивный, эмоциональный и поведенческий аспект (Lee-Jones et al.,1997). Когнитивная оценка воспринимаемой угрозы прогрессирования заболевания является интегративным проявлением структурных компонентов беспокойства о прогрессировании заболевания (когнитивного, эмоционального и поведенческого).

Модель когнитивной оценки прогрессирования заболевания иллюстрирует рисунок 1.



Рисунок 1. Модель когнитивной оценки прогрессирования заболевания как угрозы (Lee-Jones et al.,1997).

В главе 2 «Результаты исследования» представлены результаты исследования.

В разделе 2.1 «Апробация стандартизированных методов психометрического исследования когнитивной оценки прогрессирования заболевания» приведены результаты апробации стандартизированных методов психометрического исследования когнитивной оценки прогрессирования заболевания. В связи с недостатком методического арсенала для исследования беспокойства о прогрессировании у онкологических больных, проводилась обширная процедура по составлению анкет и валидизация опросников для исследования когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов когнитивной оценки прогрессирования заболевания. Для исследования когнитивного компонента использовалась специализированная анкета с прямой шкалой, диапазон ответов оценивался на континууме от 0 до 10. Альфа Кронбаха анкеты соответствует средним значениям ($\alpha=0,71$), что указывает на возможность использования данной анкеты в дальнейших исследованиях. По результатам факторного анализа получена однофакторная структура анкеты. Для исследования поведенческого компонента беспокойства о прогрессировании заболевания использована специализированная анкета использующая ответы от 0 до 3. Альфа Кронбаха анкеты соответствует средним значениям ($\alpha=0,70$). Коэффициент расщепленной надежности Гутмана составил 0,75. Результаты апробации русскоязычной версии опросника страха прогрессирования заболевания показали, что внутренняя согласованность методики в целом соответствует высоким значениям ($\alpha = 0,91$).

По результатам однофакторного дисперсионного анализа выявлено, что рост страха прогрессирования заболевания связан с повышением тревоги у женщин со злокачественными онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. Сумма квадратов отклонений с поправкой на степень свободы составила 13,41, при числе степеней свободы 36 ($F=3,52$, $p=0,001$). Анализ, проведенный с помощью статистики ячеек показал, что критическое значение равно 29 баллам, что соответствует субклиническому уровню тревоги

(в приложении 7 приведены статистики ячеек). Мы предположили, что значение ≥ 29 баллов является показателем дисфункционального страха прогрессирования заболевания.

Полученные результаты иллюстрирует рисунок 2.

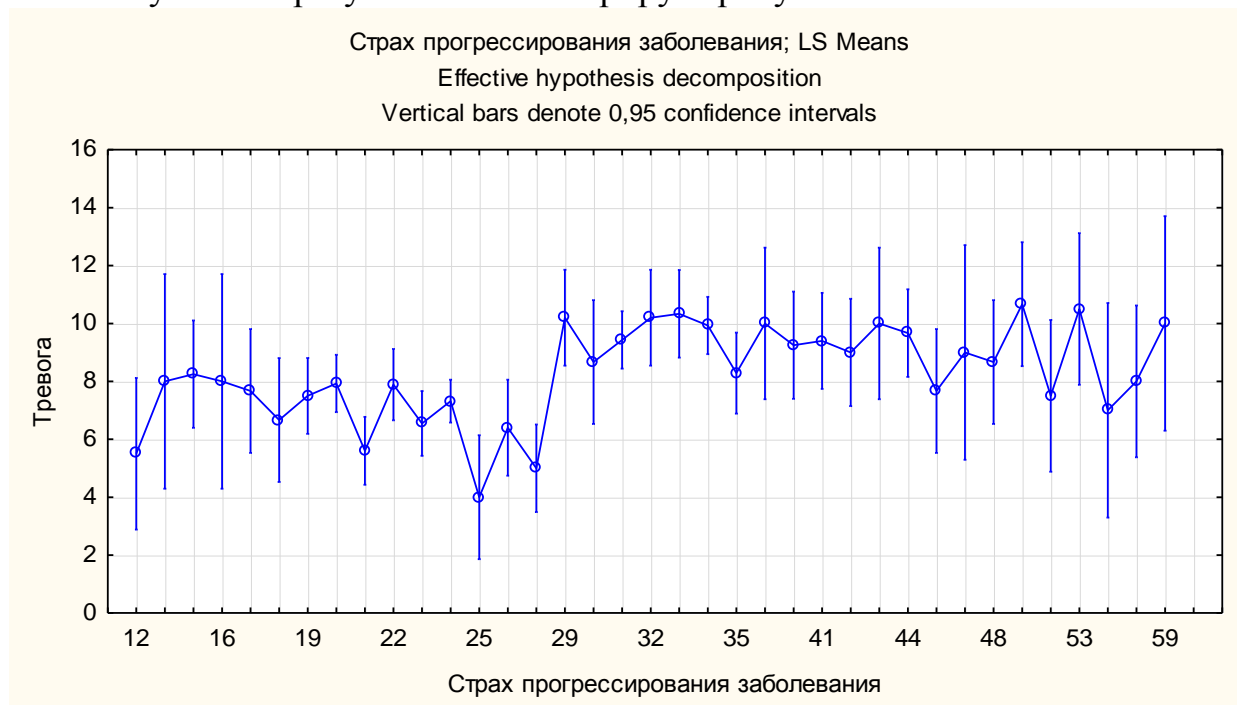


Рисунок 2. Соотношение страха прогрессирования заболевания и тревоги у женщин со злокачественными онкологическими заболеваниями репродуктивной системы.

Раздел 2.2 «Определение вариантов когнитивной оценки прогрессирования болезни у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы» посвящен определению вариантов когнитивной оценки прогрессирования болезни у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы, проведен кластерный анализ составляющих компонентов. Для реализации данной цели проведен кластерный анализ с использованием метода k-средних, по результатам которого выделено два кластера. Первый кластер «когнитивная оценка угрозы прогрессирования болезни». В него вошло 94 пациентки. Второй кластер «когнитивная оценка контролируемости прогрессирования болезни». В данный кластер вошло 106 женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. Профили когнитивной оценки прогрессирования заболевания представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Профили когнитивной оценки прогрессирования заболевания.

Компоненты беспокойства о прогрессировании болезни	Кластер 2 – когнитивная оценка контролируемости прогрессирования болезни	Кластер 1 – когнитивная оценка угрозы прогрессирования болезни
Когнитивный компонент беспокойства о прогрессировании болезни	Высокий уровень убежденности в эффективности лечения	Дисфункциональные убеждения о прогрессировании: 1) Интенсивность. 2) Низкий уровень убежденности в эффективности лечения. 3) Высокий уровень негативного мышления. 4) Выраженная убежденность в пользе беспокойства
Эмоциональный компонент беспокойства о прогрессировании болезни	Специфическая тревога, связанная с ситуацией болезни не выражена	На первый план выступают интенсивные эмоциональные реакции на болезнь и лечение, что приводит к формированию широкого круга беспокойств о собственной автономии и о возможности развития онкологических заболеваний у близких
Поведенческий компонент беспокойства о прогрессировании болезни	Охранительное поведение не выражено	Широкий спектр стратегий охранительного поведения: 1) Стратегии подавления негативных мыслей 2) Позитивное переформулирование 3) Самоосмотр 4) Консультации у врачей

В разделе 2.3 «Анализ клинико-anamнестических характеристик у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы в зависимости от когнитивной оценки прогрессирования заболевания» представлены результаты анализа клинико-anamнестических характеристик пациенток, вошедших в первый и второй кластер. Выявлено, что группа больных с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования заболевания состояла из пациенток, страдающих раком яичников и раком молочной железы. Кроме того, в данный кластер вошли пациентки на поздних стадиях заболевания, что указывает на наличие метастазов и более тяжелое течение заболевания. Кластер «когнитивная оценка контролируемости прогрессирования заболевания»

состоял, в основном, из пациенток, страдающих раком тела матки, пациенток с выявленным на ранних стадиях раком яичников и раком молочной железы.

Раздел 2.4 «Результаты исследования стратегий совладающего поведения у женщин со злокачественными онкологическими заболеваниями репродуктивной системы в зависимости от уровня беспокойства о прогрессировании заболевания» освещает результаты исследования совладающего поведения у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы в зависимости от уровня беспокойства о прогрессировании заболевания. Женщины с ведущей когнитивной оценкой воспринимаемой угрозы прогрессирования заболевания склонны использовать чаще стратегии, ориентированные на избегание трудных жизненных ситуаций. Ведущими копинг-стратегиями в данной группе являются «Мысленный уход от проблем», «Концентрация на эмоциях и их активное выражение», «Поведенческий уход от проблем». При этом, женщины с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования заболевания реже используют копинг-стратегии «Принятие» и «Активное совладание». Пациентки с когнитивной оценкой контролируемости заболевания статистически достоверно чаще используют стратегии «Принятие» и «Активное совладание». Полученные результаты иллюстрирует рисунок 3.

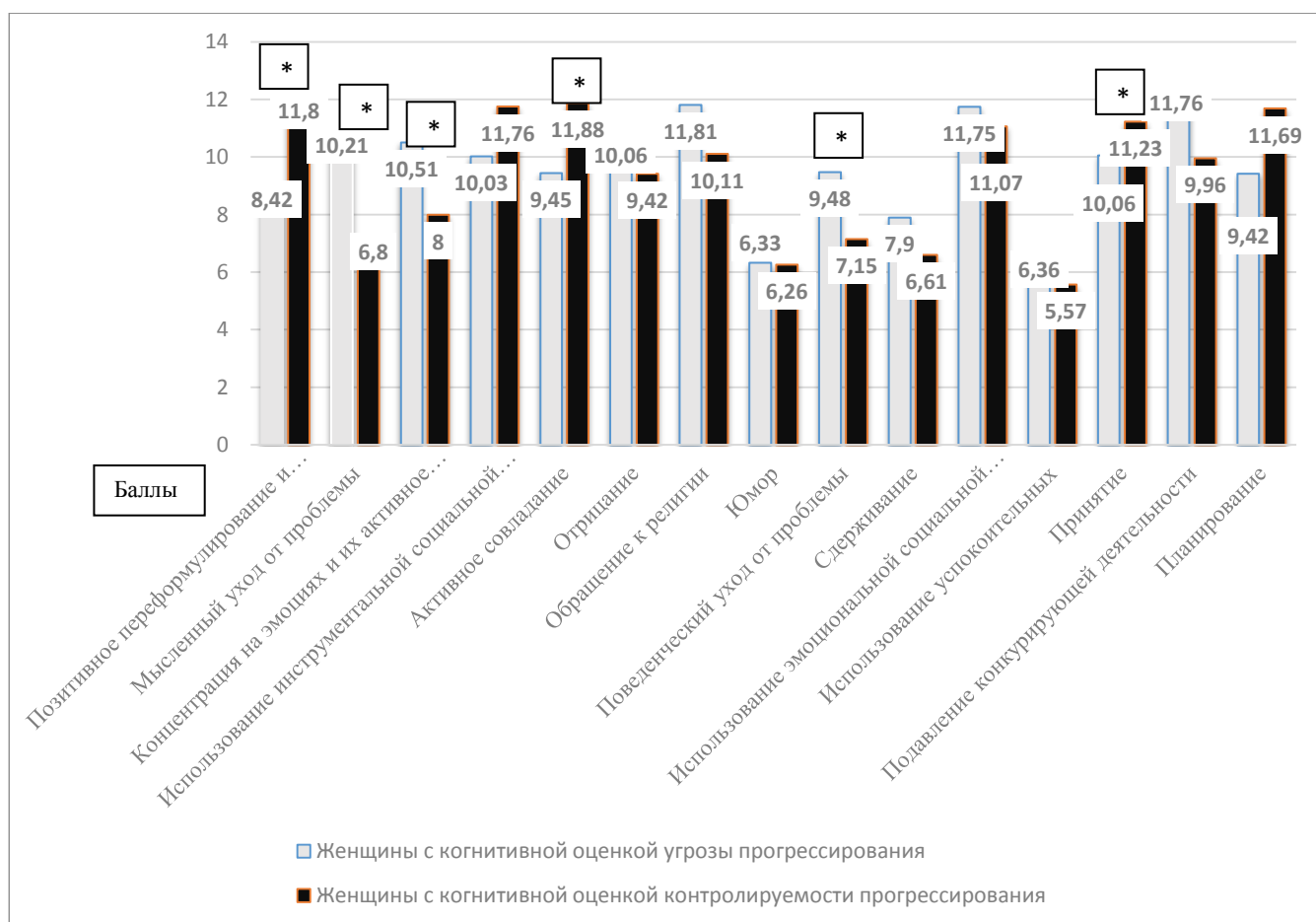


Рисунок 3. Стратегии совладания с трудными жизненными ситуациями у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы.

По результатам обследования женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы с разными вариантами когнитивной оценки вероятности прогрессирования болезни выявлено, что для больных, воспринимающих возможность прогрессирования болезни как угрозы характерна напряженность малоадаптивных метакогнитивных стратегий, отражающих убежденность в пользе контроля тревоги, а также склонность считать беспокойство опасным для пациенток. Полученные результаты иллюстрирует рисунок 4.



Рисунок 4. Метакогнитивные стратегии контроля тревоги у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы.

При исследовании специфических когнитивных стратегий переоценки стрессора болезни выявлено, что пациентки с когнитивной оценкой контролируемости прогрессирования заболевания статистически достоверно чаще прибегают к использованию стратегий «Принятие» и «Восприятие преимуществ в болезни», тогда как пациентки с когнитивной оценкой воспринимаемой угрозы прогрессирования заболевания используют малоадаптивную стратегию «Беспомощность».

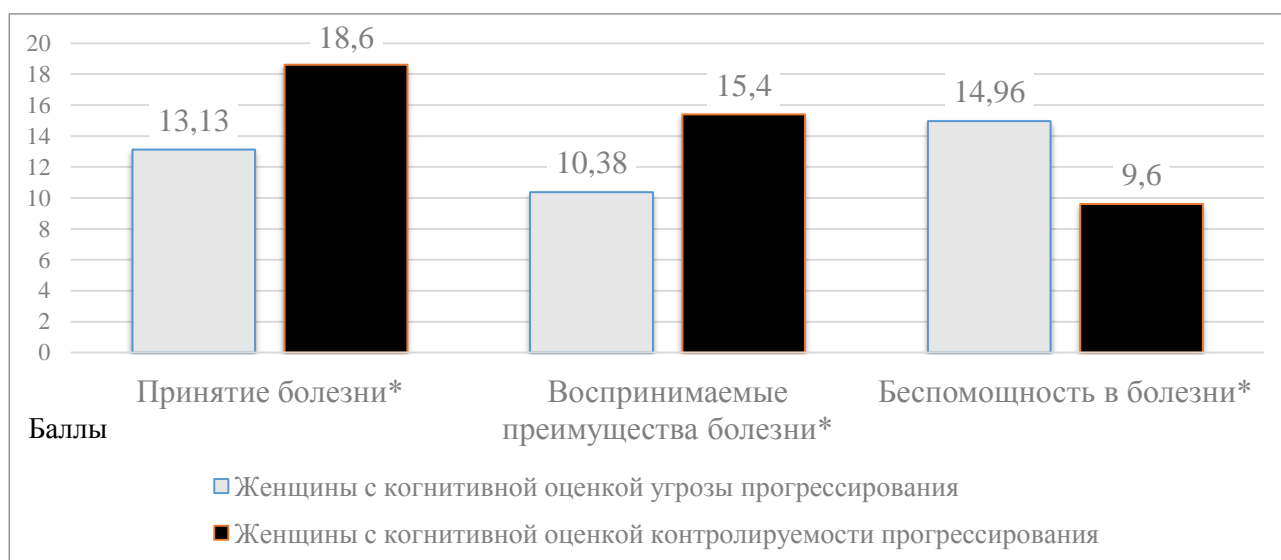


Рисунок 5. Стратегии переоценки стрессора болезни у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы.

В разделе 2.5 «Копинг-ресурсы у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы» отражены результаты исследования копинг-ресурсов у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. Для оценки организации копинг-ресурсов у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы был проведен эксплораторный факторный анализ для двух включенных в исследование копинг-ресурсов: locus контроля болезни, самооффективность в отношении болезни и лечения.

Получено три фактора:

Фактор 1 «Воспринимаемый интернальный контроль лечения».

Данный фактор включает в себя шкалу «Самостоятельный locus контроля болезни» и шкалу самооффективности в отношении болезни и лечения. Полученный фактор отражает установку больного на активное участие в процессе лечения, самостоятельное совладание с болезнью, что сочетается с высоким уровнем самооффективности в отношении болезни.

Фактор 2 «Причины болезни». Данный фактор включает в себя шкалы «Самообвиняющий locus контроля болезни» и «Фаталистический locus контроля болезни». Полученный фактор отражает стремление к выявлению причин возникновения соматического заболевания. Фактор объединяет континуум причин заболевания: (а) поиск причин возникновения страдания в собственном поведении, крайним выражением такого атрибутивного стиля является самообвинение; (б) поиск причин возникновения заболевания во вне, отражающая убежденность в «случайности» исхода болезни, возникновение которой связывается с наследственными факторами, судьбой.

Фактор 3 «Экстернальность выздоровления». Данный фактор отражает стремление к «переадресации» ответственности за выздоровление врачу. Полученные факторы были сопоставлены в выделенных кластерных группах. Результаты сравнительного анализа представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Особенности копинг-ресурсов у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы с различными вариантами когнитивной оценки прогрессирования заболевания.

Параметры оценки	Женщины с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования (n=94)	Женщины с когнитивной оценкой контролируемости прогрессирования (n=106)	U-критерий Манна — Уитни
Фактор 1: Воспринимаемый интернальный контроль лечения	48,44±7,89	52,10±9,17	p=0,001
Фактор 2: Причины болезни	25,45±5,05	21,05±3,21	----
Фактор 3: «Экстернальность выздоровлени»	12,93±2,39	14,68±1,84	----

В разделе 2.5.2 Структура личностных значений болезни у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы приводится структура личностных значений болезни у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. Для анализа ведущих вариантов личностного смысла болезни у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы был проведен иерархический кластерный анализ с использованием метода полных связей. Полученные результаты представлены на рисунке 6.

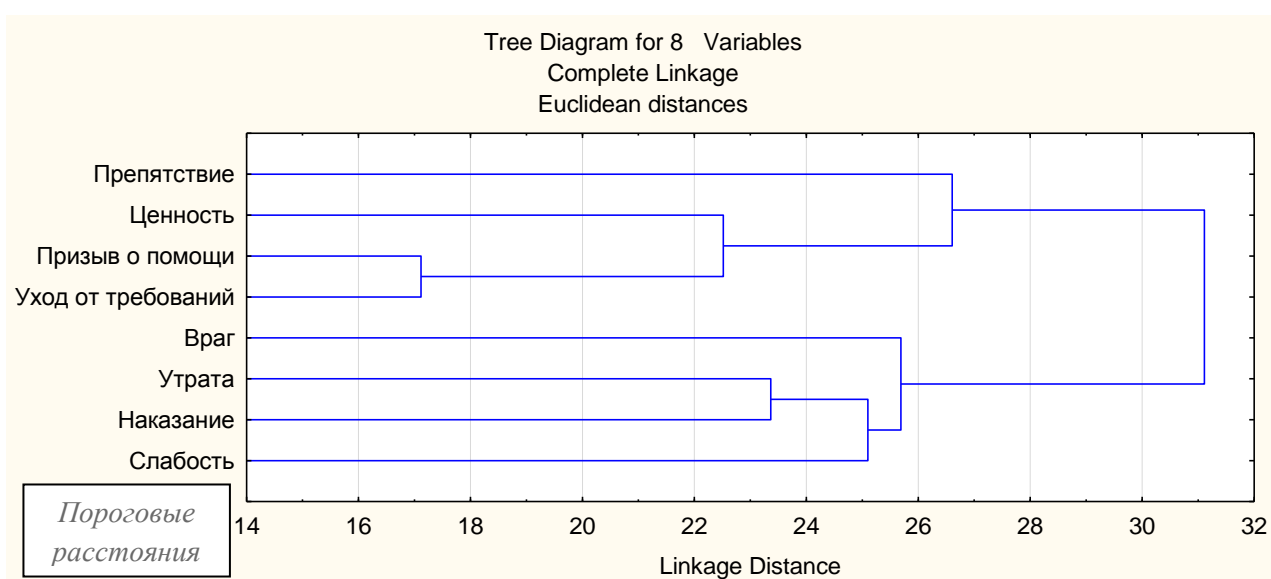


Рисунок 6. Иерархическая структура личностных значений болезни у женщин со злокачественными онкологическими заболеваниями репродуктивной системы.

Первый кластер включает в себя следующие личностные значения болезни: «Препятствие», «Ценность», «Призыв о помощи» и «Уход от требований». В свою очередь, данный кластер «распадается» на три отдельных таксона: «Препятствие», «Ценность», «Интерпретации болезни как стратегии». В целом, выделенная иерархия значений болезни, включенных в данный кластер, отражает активную внутреннюю позицию по отношению к онкологическому заболеванию. Совокупность личностных значений болезни, включенных в данный кластер, позволяет говорить о семантическом варианте личностного смысла болезни «Вызов».

Второй кластер включает в себя следующую иерархию значений болезни: «Враг», «Утрата», «Наказание» и «Слабость». Данный кластер «распадается» на три отдельных таксона: «Угроза», «Слабость», «Интерпретации болезни связанные с чувством вины». Другими словами, данные интерпретации болезни отражают внутреннюю позицию обреченности со страхом за собственную жизнь, чувство беспомощности и безнадежности. Ведущим мотивом для пациенток становится выживание, сосредоточенность на утратах связанных со здоровьем и жизнью. Совокупность негативных значений болезни, которые входят в данный кластер позволяет говорить о семантическом оформлении личностного смысла болезни «Ущерб».

Полученные кластеры сопоставлены в группах женщин с когнитивной оценкой контролируемости прогрессирования заболевания и в группе с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования заболевания. Полученные результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Преобладающие семантические варианты личностного смысла болезни у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы.

Параметры оценки	Женщины с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования (n=94)	Женщины с когнитивной оценкой контролируемости прогрессирования (n=106)	U-критерий Манна — Уитни
Личностный смысл болезни «Вызов»	4,10±2,44	5,64±2,60	----
Личностный смысл болезни «Ущерб»	8,19±3,28	4,86±2,46	p=0,04

В разделе 2.7 «Исследование корреляций между совладающим поведением и когнитивной оценкой прогрессирования заболевания у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы» выявлено, что предикторами мыслей о прогрессировании заболевания являются малоадаптивные метакогнитивные стратегии. Напряженность метакогнитивных стратегий приводит к ригидной фокусировке внимания на оценке угрозы болезни. В высказываниях больных с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования заболевания наиболее часто звучат следующие высказывания: «Если я волнуюсь о раке, то я буду готова к тому, что заболевание может вернуться»; «Мое чрезмерное волнение приведет к тому, что заболевание действительно вернется»; «Я не могу контролировать мысли о возвращении болезни, они постоянно у меня в голове». Наряду с этим, у пациенток преобладают негативные интерпретации болезни, отражающие убежденность в том, что болезнь является катастрофой, способной нарушить целостность личности. Эмоциональный компонент (страх прогрессирования заболевания) когнитивной оценки угрозы прогрессирования заболевания под действием химиотерапевтического лечения. Кроме того, на уровень страха прогрессирования заболевания оказывают влияние когнитивная стратегия переоценки стрессора болезни «Беспомощность в болезни» и негативные убеждения об опасности и неуправляемости беспокойства. Поведенческий компонент когнитивной оценки угрозы прогрессирования заболевания

формируется под влиянием позитивных убеждений о беспокойстве. Постоянная фокусировка на мыслях и мониторинг угрозы приводит к формированию специфической тревоги, что формирует напряжение. Редукция эмоционального напряжения происходит через активизацию стратегий охранительного поведения, которые в краткосрочной перспективе снижают напряженность, однако, в то же время, усиливают когнитивный компонент беспокойства о прогрессировании. Специфика установленных связей отражена на рисунке 7.



Рисунок 7. Модель совладающего поведения у женщин с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования заболевания (Д.В. Московченко, Н.А. Сирота).

В главе 3 «Обсуждение результатов» дается детальное описание полученных в ходе исследования результатов. Модель когнитивной оценки угрозы прогрессирования заболевания у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы включает в себя нарушение

метакогнитивной регуляции, что выражается в формировании когнитивного синдрома внимания и негативных интерпретациях болезни. Наличие малоадаптивных метакогнитивных убеждений в отношении тревоги и негативных интерпретаций болезни, а также расширение опций лечения приводит к формированию когнитивной оценки угрозы прогрессирования заболевания. Она сопровождается тревожно-депрессивной симптоматикой, низким уровнем воспринимаемого интернального контроля болезни, сосредоточенностью на причинах её возникновения. Снижение адаптационных возможностей у больных приводит к выбору стратегий ориентированных на избегание трудных жизненных ситуаций и эмоциональное совладание, переживание собственной беспомощности.

Малоадаптивная структура совладания с болезнью у женщин с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования заболевания выражается в преобладании личностного смысла болезни «Ущерб», который отражает интегративное, устойчивое отношение пациенток, страдающих онкологическими заболеваниями репродуктивной системы к болезни, связанное с переживанием утраты здоровья и жизни, ожиданием скорой смерти. В свою очередь, личностный смысл «Ущерб» опосредует когнитивную оценку угрозы прогрессирования заболевания и тревожно-депрессивные переживания.

Модель копинг-поведения женщин с когнитивной оценкой контролируемости прогрессирования заболевания характеризуется низким уровнем развития малоадаптивных метакогнитивных стратегий и преобладанием убежденности в эффективности лечения. Выявлено, что пациентки с когнитивной оценкой контролируемости заболевания статистически достоверно чаще используют проблемно-ориентированные стратегии копинг-поведения, имеют выраженный интернальный воспринимаемый контроль лечения и позитивные интерпретации в отношении болезни. Структура совладающего поведения у них выражается в преобладающем личностном смысле болезни «Вызов». Преобладание данного

семантического варианта личностного смысла болезни способствует снижению тревожно-депрессивной симптоматики, поддержанию субъективной оценки контролируемости ситуации болезни.

ВЫВОДЫ:

1. Психологическим механизмом реализации процессов совладания со стрессом болезни и трудными жизненными ситуациями является формирование под влиянием клинических и психологических факторов промежуточного звена между стрессовой ситуацией болезни и процессами совладающего поведения в виде когнитивной оценки прогрессирования заболевания.

2.1. Когнитивная оценка прогрессирования заболевания включает два основных варианта: субъективной контролируемости и угрозы, представляющие собой психологические полюсы континуума возможных отношений к болезни.

2.2. Когнитивная оценка контролируемости прогрессирования болезни характеризуется слабовыраженными эмоциональным реагированием на процесс лечения и на возможность утраты самостоятельности, позитивными убеждениями больных в эффективности проводимого лечения (убежденность в предотвращении негативного исхода благодаря лечению), отсутствием стратегий охранительного поведения.

2.3. Когнитивная оценка угрозы прогрессирования болезни характеризуется наличием интенсивных размышлений о возможности прогрессирования заболевания, большей эмоциональной вовлеченностью больных в процесс лечения, страхом боли, повышенной тревогой при назначении консультаций врачей или медицинских процедур, общей обеспокоенностью лечением в связи с возможным повреждающим действием болезни на организм, а также страхом утраты самостоятельности. На поведенческом уровне когнитивная оценка угрозы прогрессирования заболевания проявляется в стратегиях охранительного поведения,

направленных на контроль мыслей о прогрессировании и сосредоточенности на внутренних телесных ощущениях.

3.1. Структура совладания со стрессом болезни у женщин, страдающих онкологическими заболеваниями репродуктивной системы, характеризуется преобладанием малоадаптивной когнитивной стратегией переоценки стрессора болезни «Беспомощность в болезни», тогда как у пациенток с когнитивной оценкой контролируемости заболевания преобладают адаптивные когнитивные стратегии, снижающие негативный смысл стрессового события и отражающие тенденцию к позитивной оценке последствий ситуации болезни (когнитивные стратегии «Принятие болезни» и «Восприятие преимуществ в болезни»).

3.2. Репертуар стратегий совладающего поведения у женщин, страдающих онкологическими заболеваниями репродуктивной системы, с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования заболевания характеризуется преобладанием эмоционально-ориентированных стратегий, что обусловлено сосредоточенностью больных на регуляции негативных эмоциональных переживаний. Репертуар стратегий совладающего поведения у больных с когнитивной оценкой контролируемости прогрессирования заболевания характеризуется преобладанием стратегий, ориентированных на активное преодоление трудных жизненных ситуаций.

4.1. Ресурсы совладающего с болезнью поведения женщин, страдающих злокачественными онкологическими заболеваниями репродуктивной системы с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования заболевания, характеризуются наличием негативных интерпретаций болезни, которые отражают фаталистические ожидания, связанные с исходом заболевания, снижением воспринимаемого интернального контроля лечения, сосредоточенностью на причинах возникновения заболевания и семантическим оформлением личностного смысла болезни по типу «Ущерб».

4.2. Ресурсы совладающего с болезнью поведения пациенток с когнитивной оценкой контролируемости прогрессирования злокачественного новообразования характеризуются сочетанием позитивных интерпретаций

болезни, интернальным уровнем контроля лечения и семантическим оформлением личностного смысла болезни «Вызов».

5.1. Семантическое оформление личностного смысла болезни «Ущерб» сопровождается повышением тревожно-депрессивных реакций и поддерживает интенсивность субъективной оценки угрозы прогрессирования болезни, что ассоциируется с разрушающим действием болезни на структуру личности больных.

5.2. Семантическое оформление личностного смысла болезни «Вызов» сопровождается снижением тревожно-депрессивных реакций и способствует поддержанию субъективной оценки контролируемости прогрессирования болезни, что ассоциируется с формированием активной внутренней позиции, направленной на преодоление болезни.

6. Психологическими предпосылками формирования когнитивной оценки угрозы прогрессирования заболевания являются мало адаптивные стратегии контроля тревоги, отражающие когнитивный синдром внимания (сочетание позитивных и негативных убеждений о пользе и вреде беспокойства) и негативные интерпретации болезни (личностное значение болезни «Враг» и «Утрата»), отражающие смысл болезни «Ущерб».

7. Разработанная модель исследования и адаптированный набор методик являются эффективными для изучения структуры совладающего поведения женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы и могут быть использованы для оценки и прогнозирования психологических процессов адаптации к болезни, планирования психокоррекционных и консультативных мероприятий по оптимизации копинг-поведения в отношении трудных жизненных ситуаций и болезни.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

(общий объем – 5, 63 п.л.; авторский вклад – 3,25 п.л.)

Публикации в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК Министерстве образования и науки РФ для публикации основных результатов диссертационных исследований:

1. Московченко, Д.В. Психологические факторы приверженности лечению пациенток, страдающих раком молочной железы / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, Д.В. Московченко // Ремедиум. – 2013. – № 11. – С.16-20. (0,47 п.л. / 0,15 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,169

2. Московченко, Д.В. Психодиагностика страха прогрессирования заболевания: результаты апробации русскоязычной версии опросника страха прогрессирования заболевания / Н.А. Сирота, Д.В. Московченко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2014. – №4. – С. 86-91. (0,7 п.л. / 0,35 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,249

3. Московченко, Д.В. Психодиагностика когнитивных представлений о болезни: результаты апробации русскоязычной версии опросника когнитивных представлений о болезни / Н.А. Сирота, Д.В. Московченко // Национальный психологический журнал. – 2014. – №2(14). – С. 73-83. (1,16 п.л. / 0,58 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,449

4. Московченко, Д.В. Совладающее поведение и когнитивная оценка прогрессирования заболевания у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы / Н.А. Сирота, Д.В. Московченко // Психическое здоровье. – 2015. – №11 (114). – С. 19-24. (0,74 п.л. / 0,37 п.л.) ИФ РИНЦ – 0,132

5. Московченко, Д.В. Страх прогрессирования заболевания и совладающее поведение у пациенток, страдающих раком яичников [Электронный ресурс] / Н.А. Сирота, Д.В. Московченко // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электронный научный журнал. – 2014. N 3 (5). – URL: <http://medpsy.ru/climp> (1,28 п.л. / 0,64 п.л.)

6. Московченко, Д.В. Когнитивная оценка болезни у пациенток с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы [Электронный ресурс] / Д.В. Московченко // Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ – 2013» / 1. Отв. ред. А.И. Андреев, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов, М.В. Чистякова.- М.: МАКС Пресс, 2013. - 1 электрон. опт. диск (DVD-ROM); 12 см. - Систем. требования: ПК с процессором 486+; Windows 95; дисковод DVD-ROM; Adobe Acrobat Reader. - 3 с. (0,35 п.л.)

7. Московченко, Д.В. Когнитивная оценка болезни и совладающее поведение женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы / Н.А. Сирота, Д.В. Московченко // Материалы III Международной научно-практической конференции «Психология стресса и совладающего поведения», 2 ТОМ / Под ред. Т. Л. Крюковой, Е. В. Куфтяк, М.В. Сапоровской, С.А. Хазовой, Кострома 26-28 сентября 2013. – с. 255 – 257. (0,23 п.л. /0,11 п.л.)

8. Московченко, Д.В. Когнитивные и эмоциональные предикторы самоэффективности совладания с ситуацией онкологического заболевания [Электронный ресурс] / Д.В. Московченко // Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ – 2014» / Отв. ред. А.И. Андреев, Е.А. Антипов, М.В. Чистякова. — М.: МАКС Пресс, 2014. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM); 12 см. - Систем. требования: ПК с процессором 486+; Windows 95; дисковод DVD-ROM; Adobe Acrobat Reader. – 3 с. (0,35 п.л.)

9. Московченко, Д.В. Стратегии и ресурсы преодоления страха прогрессирования заболевания у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы [Электронный ресурс] / Д.В. Московченко // Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ – 2015» / Отв. ред. А.И. Андреев, Е.А. Антипов, М.В. Чистякова. — М.: МАКС Пресс, 2015. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM); 12 см. - Систем. требования: ПК с процессором 486+; Windows 95; дисковод DVD-ROM; Adobe Acrobat Reader. – 3 с. (0,35 п.л.)