

Совладающее поведение и когнитивная оценка прогрессирования заболевания у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы

СИРОТА Н.А.

д.м.н., профессор, декан факультета клинической психологии, зав. кафедрой клинической психологии

МОСКОВЧЕНКО Д.В.

старший преподаватель кафедры клинической психологии

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России; 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1

Представлены результаты исследования совладающего поведения женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы в зависимости от когнитивной оценки угрозы прогрессирования заболевания. Выделено два варианта когнитивной оценки прогрессирования заболевания: когнитивная оценка контролируемости прогрессирования заболевания и когнитивная оценка угрозы прогрессирования заболевания. Выявлены различия в структуре копинг-поведения в группах больных с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования и когнитивной оценкой контролируемости прогрессирования заболевания. Женщины с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования заболевания характеризуются наличием малоадаптивных стратегий совладания с трудными жизненными ситуациями и болезнью, тогда как пациентки с когнитивной оценкой контролируемости прогрессирования используют проблемно-ориентированные стратегии совладания со стрессом болезни и трудными жизненными ситуациями.

Ключевые слова: когнитивная оценка, совладающее поведение, онкологические заболевания репродуктивной системы.

Введение

Области психологических исследований онкологических заболеваний репродуктивной системы являются своеобразной моделью для изучения адаптационных возможностей, личностных особенностей, качества жизни [3]. В настоящее время немало исследований посвящено психологическим реакциям женщин на имеющееся у них заболевание. В частности, изучаются такие аспекты, как роль тяжелых утрат в патогенезе заболевания [10], стили совладающего поведения [1]. Отмечается важность потери не только здоровья, работы, прежнего статуса, но также и молочной железы как символа женственности и материнства [2]. У женщин с гинекологическими формами рака (рак яичников и рак тела матки) высокий уровень тревоги связывают с прогностической оценкой больных своего заболевания, низким уровнем знаний о заболевании [11].

Когнитивная оценка является процессом, посредством которого человек оценивает потенциально стрессовое событие как имеющее значение и смысл для их собственного благополучия [6, 17]. В ситуации онкологического заболевания психологический дистресс связывается с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования заболевания [23]. По данным

зарубежных исследований, восприятие возможности рецидива заболевания как выраженной угрозы встречается в диапазоне от 9 до 34% [20]. Воспринимаемая угроза прогрессирования или рецидива характеризуется длительностью переживания, сосредоточенностью на телесных ощущениях, склонностью к самоанализу, частому посещению врачей [16]. В исследованиях больных раком показано, что постановка диагноза и дальнейший прогноз заболевания, как правило, оценивается как стрессовое событие, что создает условия для формирования субъективного восприятия последствий, прогноза, предвосхищения ущерба, чаще чем при других соматических заболеваниях [19]. Для больных раком оценка последствий лечения и болезни может играть существенную роль в процессе психологической адаптации к болезни, выборе стратегий совладания со стрессом. В исследованиях женщин с метастатическим раком молочной железы, которые страдали от боли, было выявлено, что оценка болевых ощущений коррелирует с выбором способов совладания [9]. Пациенты воспринимающие боль как угрозу или вред чаще фокусировались на болезненных ощущениях, чаще выбирали пассивные стратегии медицинского поведения, которые выражались в снижении активности, тогда как пациенты, которые воспринимали боль как вызов

чаще стремились поддерживать активность, общение, использовали релаксацию, отвлечение, визуализацию, переоценку.

Цель исследования состоит в изучении совладающего поведения женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной сферы и влиянии на него феномена когнитивной оценки прогрессирования заболевания.

Объект и методы исследования

В исследовании приняли участие 200 женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы ($n=200$). Средний возраст составил $54,66 \pm 6,86$ года. Было обследовано 70 женщин больных раком молочной железы ($n=70$, шифр по МКБ-10 — C50), из них на начальных стадиях заболевания обследовано 30 больных ($n=30$), на поздних стадиях 40 пациенток ($n=40$); 60 женщин, страдающих раком тела матки ($n=60$, шифр по МКБ-10 — C54), из них на начальных стадиях заболевания обследовано 55 пациентки ($n=55$), на поздних стадиях 5 больных ($n=5$), 70 женщин больных раком яичников ($n=70$, шифр по МКБ-10 — C56) из них на начальных стадиях обследовано 29 больных ($n=29$), на поздних стадиях обследована 41 пациентка ($n=41$).

Больные с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы, обследованные в послеоперационный период, составили 70 пациенток ($n=70$) от всей выборки, на этапе химиотерапии было обследовано 130 больных ($n=130$). Исследование проводилось в течение 2012—2015 гг.

Все обследованные пациентки проходили стационарное и амбулаторное лечение в Центральной клинической больнице №2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» в г. Москва.

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.

Психодиагностическое обследование

Согласно зарубежным исследованиям, воспринимаемый риск прогрессирования заболевания рассма-

тривается как сложный, многомерный конструкт, который включает в себя когнитивный, эмоциональный и поведенческий аспект [18].

Остановимся подробнее на когнитивном и поведенческом аспекте оценки:

1) *Интенсивность беспокойства о прогрессировании.* Данный компонент беспокойства о прогрессировании заболевания определяет насколько часто больные склонны возвращаться к мыслям о прогрессировании заболевания;

2) *Убежденность во врачебном контроле.* Выделяя данный параметр в структуре беспокойства о прогрессировании заболевания мы предположили, что наличие убежденности во врачебном контроле прогрессирования может выступать как протективный фактор, снижающий беспокойство больных о рецидиве заболевания в будущем;

3) *Негативное мышление.* Данный параметр отражает наличие у больных катастрофических, негативных мысленных сценариев, которые активизируются у больных при размышлении о возможности прогрессирования или рецидива болезни;

4) *Убежденность в пользе беспокойства.* Данный параметр отражает то, насколько пациентки считают беспокойство о прогрессировании заболевания полезным, способствующим предупреждению возможного прогрессирования болезни. Современные зарубежные исследования показывают, что пациенты с высоким уровнем беспокойства о прогрессировании заболевания считают беспокойство полезным и значимым, поскольку оно помогает им лучше понимать их заболевание, однако больные также считают, что беспокойство является неконтролируемым, вредным и используют стратегии, направленные на попытки контроля беспокойства, которые в последствии усиливают психологический дистресс [24];

5) *Поведенческий компонент* беспокойства о прогрессировании заболевания включает в себя стратегии направленные на снижение стресса, которые, однако, не способствуют преодолению беспокойства в долгосрочной перспективе, способствуя поддержанию беспокойства.

На основе теоретических положений была разработана диагностическая анкета для оценки когнитивного и поведенческого компонентов субъективной оценки прогрессирования заболевания. Данная анкета позволяет оценить следующие параметры:

- интенсивность тревоги о прогрессировании заболевания;
- частоту негативных мыслей;
- наличие позитивных убеждений о беспокойстве;
- убежденность в эффективности лечения;
- интенсивность охранительного поведения.

Для исследования эмоционального компонента субъективной оценки прогрессирования заболевания была использована методика «Опросник страха прогрессирования заболевания». Данный опросник был разработан командой исследователей отдела психосоциальной онкологии во главе с профессором Р. Herschbach, центра лечения онкологических заболеваний Роман-Герцог. Данная методика показала достаточно хорошие психометрические показатели по данным апробации на больных с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы [4].

В проводимом исследовании изучались специфические стратегии совладания с болезнью и стратегии совладания с трудными жизненными ситуациями:

1) *Опросник когнитивных представлений о болезни.* Методика предложена А. Evers, F. Kraaimaat для исследования базисных когнитивных стратегий преодоления аверсивного влияния болезни. Данный опросник состоит из 18 утверждений, каждому из которых соответствует 4 варианта ответов. Эта методика, основанная на самоотчете и направленная на оценку когнитивных стратегий регуляции в отношении заболевания. В методике выделяется три шкалы, которые соответствуют базисным стратегиям регуляции и оценки болезни, описанным в научной литературе: «Когнитивные стратегии, снижающие негативный смысл стрессового события», «Когнитивные стратегии, отражающие позитивное переформулирование ситуации болезни», «Когнитивные стратегии, подчеркивающие негативное значение болезни». Данная методика была апробирована на выборке больных с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы [5];

2) *Опросник совладания со стрессом COPE.* Методика предложена С. Carver, M. Scheier, J. Weintraub в 1989 году и адаптирована на русскоязычной выборке Рассказовой Е.И., Гордеевой Т.О., Осиным Е.Н. Опросник состоит из 60 пунктов, объединенных в 15 шкал, и предназначен для измерения как ситуационных реакций (стратегий), так и для лежащих в их основе диспозиционных стилей, в зависимости от того, связаны ли оценки респондентов с их «обычными» способами реагирования или со специфическими трудными жизненными (стрессовыми) ситуациями.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программ Excel, Statistica 10.0.

Применялись следующие методы обработки данных:

1. Дескриптивный анализ: вычисление и описание средних значений (M_e), стандартных отклонений (SD), построение по ним гистограмм распределения;
2. Кластерный анализ: иерархический метод и метод k-средних;
3. Анализ значимости различий: вычисление и описание различий между группами с использованием U-критерия Манна—Уитни.

Результаты и обсуждение

Социально-демографические характеристики обследованных пациенток

Семейное положение. На момент обследования 145 больных состояло в браке ($n=145$), 27 вдовы ($n=27$), 28 разведены ($n=28$).

Уровень образования. Среди обследованных пациенток с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы средне-специальное образование имели 98 пациенток ($n=98$), средний уровень образования имело 42 пациентки ($n=42$), высшее образование имели 60 пациенток ($n=60$).

Занятость. В связи с болезнью на пенсии по инвалидности состояло 80 пациенток ($n=80$), продолжали работать 70 ($n=70$), на больничном находилось 50 больных ($n=50$).

С целью выделения вариантов когнитивной оценки прогрессирования заболевания структурные компоненты были подвергнуты кластерному анализу (метод k-средних). Были получены статистически достоверные данные, позволяющие разделить всех пациенток с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы на две группы:

1) *Женщины с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования заболевания ($n=94$).* В данный кластер вошли пациентки, страдающие раком молочной железы ($n=54$), раком яичников ($n=34$), раком тела матки ($n=6$). Стоит отметить, что в данный кластер вошли пациентки преимущественно на поздних стадиях заболевания. Среди пациенток, страдающих раком молочной железы с I и II стадиями в данный кластер вошло 17 пациенток, III и IV стадией 37 пациенток; Среди обследованных, страдающих раком яичников с III и IV стадиями в данный кластер вошло 25 пациенток и 9 пациенток с I и II стадиями; Женщины, страдающие раком тела матки в данном кластере практически не представлены. Пациентки, вошедшие в данный кластер проходили преимущественно химиотерапевтическое лечение ($n=84$), обследованные в послеоперационный период больные практически не представлены в данном кластере ($n=10$). Таким образом, объективной клинической почвой для формирования когнитивной оценки угрозы прогрессирования заболевания являются поздние стадии онкологического заболевания у женщин страдающих раком яичников и раком молочной железы. Известно, что поздние стадии при раке яичников сопровождаются более тяжелым течением заболевания, что проявляется в метастазах за пределы области таза и расширением болезненных симптомов и опций лечения. Формирование когнитивной оценки угрозы прогрессирования заболевания связано с неблагоприятным прогнозом данного заболевания.

2) Женщины с когнитивной оценкой контролируемости прогрессирования заболевания (n=106). Пациентки, вошедшие в данный кластер характеризовались более благоприятным прогнозом заболевания. Среди обследованных больных раком молочной железы в данный кластер вошло 13 пациенток с I и II стадиями и 3 пациентки с III и IV стадиями; Среди больных раком яичников в данный кластер вошли пациентки преимущественно с I и II стадиями (n=20) и в меньшей степени с III и IV стадиями (n=16); Пациентки, страдающие раком тела матки, вошедшие в данный кластер имели I и II стадии заболевания (n=54). Стоит отметить, что данный кластер характеризовался, преимущественно, пациентками, которые обследовались в послеоперационный период (n=60). Таким образом, реальной клинической «почвой» для формирования когнитивной оценки контролируемости прогрессирования заболевания является преобладание локализованных форм рака, преимущественно гинекологической сферы.

По результатам кластерного анализа было выявлено, что структура когнитивной оценки угрозы прогрессирования заболевания характеризовалась высоким уровнем интенсивности мыслей о прогрессировании заболевания, низкой убежденностью в эффективности лечения, выраженным негативным мышлением и убежденностью в пользе беспокойства о прогрессировании. Эмоциональный компонент когнитивной оценки угрозы прогрессирования заболевания представлен выраженными эмоциональными реакциями на процесс

лечения. Наличие интенсивных эмоциональных реакций у больных, включенных в первый кластер отражает напряженность пациенток при назначении консультаций у врачей или медицинских осмотров, страх боли, вегетативные проявления тревоги и тревогу о том, что лечение может привести к необратимым нарушениям, повреждениям тела. Наряду с этим, структура переживаний у пациенток включенных в первый кластер характеризуется преобладанием страха утраты автономии, что проявляется в обеспокоенности возможностью утратить самостоятельность, невозможности реализации привычной деятельности.

При анализе пациенток, включенных во второй кластер было выявлено, что для данных больных характерным является низкий уровень обеспокоенности возможностью прогрессирования онкологического заболевания, высокая убежденность во врачебном контроле прогрессирования заболевания. Кроме того, для данных больных характерным является низкий уровень убежденности в пользе беспокойства и негативного мышления.

Пациентки, включенные во второй кластер характеризовались низким уровнем эмоционального реагирования на болезнь и лечение, низким уровнем выраженности охранительного поведения. Полученные результаты представлены в табл. 1.

Как уже было отмечено выше, в данном исследовании акцент сделан на способы совладания с трудными жизненными ситуациями и специфическим стрессором — ситуацией болезни.

Таблица 1

Варианты 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
Убежденность в пользе беспокойства о прогрессировании	6,92±2,27	3,63±1,33	p=0,05
Интенсивность беспокойства о прогрессировании заболевания	6,71±1,29	1,68±0,44	p=0,05
Негативное мышление связанное с прогрессированием	6,13±2,05	2,31±1,24	p=0,05
Убежденность в эффективности лечения	4,72±2,25	7,38±1,34	p=0,03
Эмоциональные реакции	15,05 ±8,10	6,75 ±3,37	p=0,001
Страх утраты автономии	15,48 ±4,16	7,57 ±2,21	p=0,001
Страхи связанные с функционированием семьей	7,24 ±1,74	6,79±1,27	p=0,63
Уровень выраженности охранительного поведения	15,11±4,48	3,88±2,25	p=0,01

Женщины с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования заболевания чаще прибегают к неконструктивным способам совладания со стрессом в форме избегания, что согласуется с исследованиями других авторов [13]. Пациентки с когнитивной оценкой прогрессирования заболевания как выраженной угрозы достоверно реже прибегают к таким видам эффективного совладания со стрессором как «Активное совладание» и «Принятие», при этом они чаще используют дезадаптивные копинг-стратегии «Мысленный уход от проблемы», «Поведенческий уход от проблемы». Полученные результаты отражающие сужение репертуара навыков преодоления трудных жизненных ситуаций у больных с когнитивной оценкой прогрессирования болезни, указывают на инвалидизирующее влияние хронического заболевания на жизнь [8]. Склонность к когнитивному избеганию стрессовых ситуаций у женщин с

когнитивной оценкой угрозы прогрессирования заболевания может объясняться тем, что больные сознательно пытаются подавлять нежелательные мысли и пугающие мысленные образы. Поведенческое избегание стрессовых жизненных ситуаций проявляется в снижении усилий, направленных на взаимодействие со стрессором и может объясняться сужением мотивационной сферы больных — ведущим мотивом является сохранение здоровья, жизни, все остальные мотивы рассматриваются как подчиненные ему, что приводит к сужению интересов больных и формированию и самоограничительного поведения [7, 22]. Наряду с копинг-поведением ориентированным на избегание для больных с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования характерно использование эмоционально-ориентированных стратегий совладающего поведения. Пациентки статистически достоверно чаще обращаются к копинг-стратегии

Таблица 2

Способы совладания с проблемой

Параметры оценки	Женщины с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования (n=94)	Женщины с когнитивной оценкой контролируемости прогрессирования (n=106)	U-критерий Манна — Уитни
Позитивное переформулирование и личностный рост	8,42±2,78	11,80±1,98	p=0,10
Мысленный уход от проблемы	10,21±1,98	6,80±2,59	p=0,05
Концентрация на эмоциях и их активное выражение	10,51±2,48	8,00±1,68	p=0,01
Использование инструментальной социальной поддержки	10,03±2,80	11,76±1,90	p=0,34
Активное совладание	9,45±2,99	11,88±1,79	p=0,05
Отрицание	10,06±2,44	9,42±2,10	p=0,39
Обращение к религии	11,81±1,82	10,11±1,86	p=0,55
Юмор	6,33±1,40	6,26±1,40	p=0,56
Поведенческий уход от проблемы	9,48±3,25	7,15±1,71	p=0,04
Сдерживание	7,90±1,89	6,61±2,56	p=0,47
Использование эмоциональной социальной поддержки	11,75±1,45	11,07±1,49	p=0,56
Использование успокоительных	6,36±2,02	5,57±1,27	p=0,50
Принятие	10,06±1,81	11,23±2,45	p=0,03
Подавление конкурирующей деятельности	11,76±3,53	9,96±1,48	p=0,08
Планирование	9,42±2,78	11,69±1,82	p=0,47

«Концентрация на эмоциях и их активное выражение», которая предполагает фокусировку на неприятных эмоциях, неприятностях и выражении чувств. Наличие у больных данной стратегии указывает на преобладание повторяющихся форм негативного мышления — руминаций. В группе больных с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования заболевания отмечается более низкий показатель по копинг-стратегии «Принятие». Более редкое использование данной стратегии указывает, что больные недостаточно уверены в способности преодолевать стрессовые ситуации, принимать их реальность. Полученные результаты представлены в табл. 2.

Исследование специфических стратегий совладания с ситуацией болезни выявило, что ведущей стратегией переоценки стрессора болезни у женщин с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования заболевания является «Беспомощность в болезни», которая отражает сосредоточенность больных на негативных аспектах заболевания. Сосредоточенность на собственной беспомощности и дискомфорте от болезни способствует росту депрессивных переживаний и негативной оценке собственной перспективы в будущем [14]. Процесс негативной оценки совладания с болезнью предполагает, что больной фокусируется преимущественно на негативных аспектах заболевания как неконтролируемого, непредсказуемого, и неизменного состояния. Этот вид познавательной реакции был описан в концепциях беспомощности-безднадежности в качестве отрицательного объяснительного стиля, при столкновении со стрессовым событием [21].

При исследовании стратегий переоценки стрессора в группе больных с низким уровнем беспокойства о прогрессировании заболевания преобладающим являются стратегии «Принятие» и «Восприятие преимуществ болезни», данные стратегии отражают позитивную интерпретативную валентность.

Признание пациентом хронической болезни и одновременно восприятие способности преодолеть последствия своей болезни, способствует снижению аверсивного влияния стресса. Эти убеждения больных описываются в терминах принятия [15]. Принятие означает признание необходимости адаптироваться к хронической болезни, способность переносить непредсказуемый, неуправляемый характер заболевания и преодолевать её аверсивное влияние. Позитивная функция убеждений, связанных с принятием болезни заключается в переработки информации связанной со стрессом на когнитивном уровне. Исследования на больных раком показали в долгосрочной перспективе значимость принятия болезни как фактора, улучшающего эмоциональное состояние больных [12].

Положительная переоценка стрессовой ситуации связана с переосмыслением последствий болезни с точки зрения положительных изменений. Воспринимаемые преимущества болезни часто описывается как реакция в ситуации абсолютно неконтролируемого и стрессового жизненного события, как психологическая реакция, связанная с преодолением горя и утраты [23]. Позитивная функция данных убеждений связана с изменением жизненных приоритетов и личных целей, больные отмечают позитивные изменения в собственной личности и межличностных отношениях. Полученные результаты представлены в табл. 3.

Таким образом, пациентки с когнитивной оценкой контролируемости прогрессирования заболевания склонны обращаться к более эффективным стратегиям когнитивной регуляции в ситуации болезни. Несмотря на наличие онкологического заболевания у пациенток с когнитивной оценкой контролируемости прогрессирования заболевания отмечается высокий уровень развития адаптационного потенциала.

Таблица 3

Специфические стратегии совладания с ситуацией болезни

Параметры оценки	Женщины с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования (n=94)	Женщины с когнитивной оценкой контролируемости прогрессирования (n=106)	U-критерий Манна — Уитни
Принятие болезни	13,13±4,70	18,60±3,06	p=0,05
Воспринимаемые преимущества болезни	10,38±2,97	15,40±4,23	p=0,05
Беспомощность в болезни	14,96±4,48	9,60±2,79	p=0,05

Выводы

1. Структура совладания со стрессом болезни у женщин, страдающих онкологическими заболеваниями репродуктивной системы, с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования заболевания характеризуется преобладанием малоадаптивной когнитивной стратегией переоценки стрессора болезни «Беспомощность в болезни», тогда как у пациенток, страдающих онкологическими заболеваниями репродуктивной системы 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»);

2. Репертуар стратегий совладающего поведения у женщин, страдающих онкологическими заболеваниями репродуктивной системы с когнитивной оценкой угрозы прогрессирования заболевания характеризуется преобладанием когнитивных и поведенческих способов избегания, частым использованием эмоционально-ориентированных стратегий, предполагающих фокусировку на негативных эмоциях, неприятностях и выражении чувств, что обусловлено сфокусированностью больных на регуляции негативных эмоциональных переживаний, но не на совладании с трудными жизненными ситуациями. Репертуар стратегий совладающего поведения у женщин, страдающих онкологическими заболеваниями репродуктивной системы с когнитивной оценкой контролируемости прогрессирования заболевания характеризуется преобладанием стратегий, ориентированных на активное преодоление трудных жизненных ситуаций.

Список литературы

1. Асеев А.В. Синдром истощения адаптационных возможностей при раке молочной железы и злокачественной меланоме кожи // Маммология. — 1996. — №2. — С. 39—44.
2. Демин Е.В. Рак молочной железы как социальная проблема и вопросы общения с онкологическими больными // Вопр. онкологии. — 1998. — Т. 44. — №2. — С. 240—245.
3. Марилова Т.Ю. Некоторые психологические проблемы рака молочной железы: (обзор) // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. — 1986. — Т.86. — №3. — С. 445—452.
4. Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психодиагностика базисных убеждений о болезни (Результаты апробации русскоязычной версии опросника когнитивных представлений о болезни). // Национальный психологический журнал. — 2014. — №2 (14). — С. 72—81.
5. Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психодиагностика страха прогрессирования заболевания: результаты апробации русскоязычной версии опросника // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2014. — №4. — С. 86—91.
6. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков // Обзор. психиат. и мед. психол. — 1994. — №1. — С. 63—74.
7. Соколова Е.Т., Николаева В.Н. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус. — 1995. — 26с.
8. Тхостов А.Ш., Молодетских А.Н., Папырин К. Личностные реакции мужчин и женщин на онкологические заболевания // журнал Невропатологии и психиатрии им. Корсакова. — 1981. — №2. — С. 1680—1684.
9. Arathuzik, D. M. (1991). The appraisal of pain and coping in cancer patients. *Western Journal of Nursing*. — Vol. 13. — P. 714—731.
10. Butow PN, Bell ML, Smith AB, et al. Conquer fear: protocol of a randomised controlled trial of a psychological intervention to reduce fear of cancer recurrence. *BMC Cancer*. — 2013. — Vol. 13 (1) — P. 201—210.
11. Cain E.N., Kohorn E.L., Quinlan D.M., Latimer K., Schwartz P.E. Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer*. — 1986. — №57. — P. 183—199.
12. Carver C.S. How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer // *J. Pers. Soc. Psychol.* — 1993. — Vol. 65. — №2. — P. 375—390.
13. Deimling G.T., Wagner L.J., Bowman K.F., et al. Coping among older-adult, long-term cancer survivors.// *Psycho Oncology*. — 2006. — Vol. 15 (2). — P. 143—159.
14. DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care*. — 2002. — №40 (9) — P. 794—811.
15. Hayes S, Strohahl K, Wilson K. Acceptance and Commitment Therapy; An experiential approach to behaviour change. New York: Guildford Press. — 2003. — P. 111—127.
16. Koch L, Jansen L, Brenner H, Arndt V. Fear of recurrence and disease progression in long-term (Q5 years) cancer survivors—a systematic review of quantitative studies. *Psychooncology*. — 2013. — Vol. 22. — P. 111—123.
17. Lazarus R., Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer. — 1984. — 456 p.
18. Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R., Hatcher, M. Fear of cancer recurrence: A literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-Oncology*. — 1997. — №6. — P. 95—105.
19. Lev, E.L., Owen, S.V. A measure of self-care self-efficacy. *Research in Nursing and Health*. — 1996. — Vol. 19. — P. 495—506.
20. Mehnert A., Berg P., Henrich G., Herschbach P. Fear of cancer progression and cancer related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psychooncology*. — 2009. — Vol. 18. — №12. — P. 1273—1280.
21. Seligman, M.E. Learned helplessness. *Annual Review of Medicine*. — 1972. — Vol. 23. — P. 407—412.
22. Taylor S.E., Lichtman R.R., Wood J.V. Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer // *J Pers Soc Psychol.* — 1994. — 46. — P. 489—502.
23. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma // *Journal of Traumatic Stress*. — 1996. — Vol. 9. — P. 455—471.
24. Vickberg S.M. The Concerns About Recurrence Scale (CARS): a systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence // *Ann Behav Med*. — 2003. — Vol. 25 (1). — P. 16—21.

Coping and cognitive appraisal disease progression in women with cancer of the reproductive system

SIROTA N.A., MOSKOVCHENKO D.V.

Moscow State University of Medicine and Dentistry;
127473, Moscow, Delegatskaya str. 20/1

The article presents the results of a study of women coping with cancer of the reproductive system, depending on the cognitive assessment of the threat of disease progression. Highlighted two options cognitive assessment of disease progression: cognitive assessment of accountability of disease progression and cognitive assessment of the threat of disease progression. The differences in the structure of coping behavior in groups of patients with cognitive threat assessment and the progression of cognitive assessment of accountability of disease progression. Women with cognitive threat assessment of disease progression are characterized by maladaptive coping strategies with difficult life situations and disease, whereas patients with cognitive assessment controllability progression using problem-oriented coping strategies illness and difficult situations.

Key words: cognitive appraisal, coping behavior, cancer of the reproductive system.