

Психодиагностика страха прогрессирования заболевания: результаты апробации русскоязычной версии опросника

Сирота Н.А., Московченко Д.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Резюме. В статье представлены результаты апробации русскоязычной краткой версии опросника страха прогрессирования заболевания на женщинах с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. Проблема тревожных расстройств является актуальной для онкологических заболеваний, однако, несмотря на разнообразие психодиагностических инструментов, в отечественной клинической психологии отсутствуют эффективные скрининговые инструменты для диагностики беспокойств пациентов о возможности прогрессирования или повторения заболевания со всеми биопсихосоциальными последствиями. Общий объем выборки составил 177 женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы, средний возраст составил $54,66 \pm 6,86$. Показано, что русскоязычная версия опросника страха прогрессирования заболевания соответствует англоязычной в отношении надежности-согласованности, внутренней структуры пунктов и внешней валидности.

Ключевые слова: страх прогрессирования заболевания, тревожные расстройства, опросник страха прогрессирования заболевания.

Psychodiagnostic fear of disease progression the results of trying and testing the Russian version of the Fear of Progression Questionnaire-Short Form

Sirota N.A., Moskovchenko D.V.

Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov.

Abstract: The problem of anxiety disorders is actual for cancer, however, despite the variety of psychodiagnostic instruments in Russian clinical psychology there are no effective screening tools for diagnosing patients worry about the possibility of progression or recurrence of the disease with all the biopsychosocial consequences. This paper is devoted to development and validation of Russian version Short Form Fear of Progression Questionnaire on women with cancer of the reproductive system. The sample comprises 177 women with cancer of the reproductive system, mean age was $54,66 \pm 6,86$ years. Russian version of the Fear of Progression Questionnaire is found to be fully consistent with English version in terms reliability, internal consistency and external validity.

Key words: fear of progression, anxiety disorder, Fear of Progression Questionnaire

Введение

Тревога является наиболее распространенной психологической реакцией в ситуации диагностирования онкологического заболевания. В ситуации онкологического заболевания тревогу необходимо учитывать, понимая её разнонаправленный характер. Согласно проведенным исследованиям, усиление тревоги в ответ на появление болезни может активизировать проблемно-ориентированное совладающее с болезнью поведение и способствовать приверженности рекомендованному лечению. Данная тревога может считаться адаптивной, так как она выполняет функции повышения эффективности адаптации к болезни [1,2]. Деадаптивная тревога может снижать функционирование и влиять на приверженность лечению, дезорганизует больного, снижает его возможности, как в отношении адекватной оценки ситуации заболевания, так и в отношении формирования эффективных форм поведения в ситуации реагирования на него [7]. По данным некоторых исследований распространённость тревожных расстройств у онкологических пациентов чаще

всего варьируется в пределах 10% — 49% [8,9], что указывает на противоречивость данных, при значительной актуальности исследования данной проблемы.

Несмотря на констатацию высокого уровня тревоги у онкологических больных многими исследователями в области клинической психологии, практически отсутствуют исследования направленные на диагностику беспокойств пациентов в отношении возможности прогрессирования или повторения заболевания.

Концепцию страха прогрессирования заболевания следует отличать от психиатрической концепции тревожных расстройств. В отличие от понимания тревожных расстройств, главной чертой которых является иррациональность опасений, в контексте онкологического заболевания пациенты действительно сталкиваются с витальной угрозой, и их реагирование на болезнь сложно отнести к иррациональным переживаниям. Однако пациенты могут испытывать длительные и преувеличенные опасения, что также оказывает влияние на их психологическое благополучие и качество жизни [6]. В то же время, иррациональное игнорирование возможности прогрессирования онко-

логического заболевания, может привести к прекращению необходимого лечения и отсутствию приверженности ему.

Под страхом прогрессирования заболевания понимается беспокойство пациентов о возможности прогрессирования или повторения заболевания со всеми биопсихосоциальными его последствиями [4]. Страх прогрессирования заболевания является ситуационно-специфическим и полностью осознаваемым переживанием, основывающимся на личном опыте болезни, угрожающей жизни. Страх прогрессирования заболевания является в целом адекватным ответом на реальную угрозу в процессе диагностики и лечения болезни, в зависимости от степени выраженности может варьировать от функционального (мобилизующего) до дисфункционального переживания [3].

Исследователями была показана связь дисфункционального уровня страха прогрессирования заболевания с эффективностью совладающего с болезнью поведения, качеством жизни и социальным функционированием, что делает актуальным его оценку в клинической практике, а также указывает на важность его роли в формировании представлений о болезни и переживаний больных [5].

Цель: апробация русскоязычной версии краткой версии опросника страха прогрессирования заболевания, а также выявление связи страха прогрессирования заболевания со стратегиями совладания со стрессом, тревогой и депрессией у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 177 женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы (n=177). Средний возраст составил $54,66 \pm 6,86$. Все обследованные пациентки проходили стационарное лечение в Центральной клинической больнице № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» в г. Москва. Было обследовано 59 женщин больных раком молочной железы (n=59) из них на начальных стадиях заболевания обследована 21 пациентка (35%), на поздних стадиях 38 (64%), 59 женщин с раком тела матки (n=59) из них на начальных стадиях заболевания обследовано 42 пациентки (71%), на поздних стадиях 17 больных (28%), 59 женщин больных раком яичников из них на начальных стадиях обследовано 24 пациентки (40%), на поздних стадиях обследовано 35 пациенток (59%). Социально-демографические характеристики обследованных пациенток:

- Семейное положение. 73% (n=130) всех обследованных женщин состояло в браке, 12% (n=23) вдовы, 13% (n=24) разведены.

- Уровень образования. Среди обследованных пациенток с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы средне-специальное образование имели 53% (n=94), средний уровень об-

разования имело 11% (n=20), высшее образование имели 35% пациенток (n=63).

- Тип получаемого лечения. Больные, с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы, обследованные в послеоперационный период, составили 89% (n=89) от всей выборки, на этапе химиотерапии было обследовано 88% (n=88) больных.

- Прогрессирование/рецидив рака. Прогрессирование или рецидив отмечался у 27% пациенток (n=49), ремиссия отмечалась у 72% (n=128).

Все испытуемые отвечали на вопросы краткой версии опросника страха прогрессирования заболевания.

Процедура апробации

1. Перевод в соответствии с протоколом перевода ВОЗ и подготовка текста методики на русском языке. Опросник состоит из 12 пунктов, оцениваемых по шкале Лайкерта, направленных на исследование уровня страха прогрессирования заболевания. Структура краткой версии опросника включает вопросы, относящиеся к субшкалам: эмоциональные реакции, страхи, связанные с профессиональными достижениями, страх утраты автономии, семейные страхи. Текст опросника обсуждался с испытуемыми. Методика была понятна и не вызывала трудностей.

2. Сбор данных для оценки психометрических показателей опросника.

3. Оценка распределения пунктов, надежности и внутренней валидности методики. Данный этап предполагал расчет показателей описательной статистики. Выявлялись внутренняя согласованность и структурная валидность (на основе подтверждающего факторного анализа и корреляционного анализа). Психометрические показатели русскоязычной версии сопоставлялись с оригинальными показателями, установленными создателями опросника. Так, внутренняя согласованность по данным исследователей, варьирует в диапазоне 0,77 — 0,94.

4. Выявление связи социально-демографических и клинико-anamnestических характеристик с краткой версией Опросника страха прогрессирования заболевания.

5. Оценка внешней валидности методики:

Тревога и депрессия. Поскольку понятие страха прогрессирования заболевания было предложено как мера оценки степени выраженности психологического дистресса у больных хроническими заболеваниями, мы предположили, что уровень страха прогрессирования заболевания будет коррелировать с выраженностью тревоги и депрессии.

Совладающее поведение. Исследования страха прогрессирования заболевания у пациенток с раком молочной железы выявило неоднозначную связь между активным проблемно-ориентированным стилем и депрессивным стилем совладающего поведения. Женщины с депрессивным стилем совладающего поведения могут обладать более

высоким уровнем страха прогрессирования заболевания из-за наличия у них пассивной модели поведения, отсутствия адаптивных стратегий преодоления и чувства беспомощности. Пациентки с активным проблемно-ориентированным стилем в свою очередь более ориентированы на будущее и, в частности напуганы возможностью потери самостоятельности, и теми нарушениями в организме, которые будут сопровождаться прогрессированием заболевания. Как следствие данные больные также демонстрируют высокий уровень страха прогрессирования заболевания [10]. Соответственно, мы предположили наличие связи между уровнем страха прогрессирования заболевания и стратегиями совладающего поведения

Методики

1. Для оценки тревоги и депрессии использовался опросник «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» А.С. Зигмонда, Р.П. Снэйта («Hospital Anxiety & Depression Scale», HADS, A.S.Zigmond, R.P. Snaith, 1983) в адаптации М.Ю. Дробижеева. Шкала предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара.

2. Особенности совладания со стрессом. Стратегии совладания оценивались при помощи опросника совладания со стрессом «COPE» Ч. Карвер, М. Шайер, Дж. К. Вайнтрауб («Assessing coping strategies», Carver, C. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K.) в адаптации Т.О. Гордеева, Е.Н. Осин, Е.А. Рассказова, О.А. Сычев, В.Ю. Шевяхова. В состав методики входят следующие шкалы: позитивное переформулирование, мысленный и поведенческий уход от проблемы, концентрация на эмоциях, использование инструментальной и эмоциональной социальной поддержки, активное совладание, отрицание, обращение к религии, юмор, сдерживание, использование «успокоительных», принятие, подавление конкурирующей деятельности, планирование.

Обработка данных проводилась в программе STATISTICA Enterprise for Windows, Version 10.0, Copyright © Stat Soft Inc, 2011.

Результаты

Отвечая на пункты опросника, испытуемые используют всю шкалу ответов (от 1 до 5 баллов). Среднее значение по краткой версии опросника страха прогрессирования заболевания у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы составило $31,1 \pm 12,0$. Распределение общей суммы баллов было ассиметричным (асимметрия = 0,28, эксцесс = -0,72). По субшкалам опросника также было получено ассиметричное распределение.

Полученные результаты распределения представлены в таблице 1.

Мы предположили, что причинами полученных результатов является незащищенность краткой версии опросника страха прогрессирования заболевания от социально желательных ответов, полученные результаты указывают на то, что большинство пациенток склонно отвечать на вопросы в диапазоне от 2 = редко до иногда = 3. Кроме того ассиметричность распределения может указывать на неоднородность выборки по наличию или отсутствию страха прогрессирования заболевания и соответственно неравнозначность выбора ответов для больных.

Самые высокие баллы были получены по 1 и 6 пункту, наименьший балл получил 12 пункт, отражающий беспокойства больных в области профессиональных достижений.

Для вычисления матрицы факторных нагрузок был использован центроидный метод. При анализе была получена однофакторная структура опросника, в которой наибольшую факторную нагрузку имели пункты 2,3,5, 9,10 относимые к субшкале «Эмоциональные реакции», 4 пункт, относимый к субшкале «Страхи, связанные с профессиональными достижениями», 6 пункт, относимый к субшкале «Семейные страхи».

Значения для каждого вопроса в методике представлены в таблице 2.

Для подтверждения применимости однофакторной модели опросника к полученным данным был применен конфирматорный факторный ана-

Таблица 1. Оценка нормальности распределения краткой версии опросника страха прогрессирования заболевания.

Шкалы	Ассиметрия	Эксцесс	Критерий Шапиро-Уилкса	Эмпирический анализ
Общий уровень страха прогрессирования заболевания	0,28	-0,72	$p < 0,001$	Левая ассиметрия
Эмоциональные реакции	0,26	-0,99	$p < 0,001$	Левая ассиметрия
Семейные страхи	-0,05	-1,23	$p < 0,001$	Левая ассиметрия
Страхи, связанные с профессиональными достижениями	0,49	-0,71	$p < 0,001$	Левая ассиметрия
Страх утраты автономии	0,49	-0,71	$p < 0,001$	Левая ассиметрия

Субшкалы	Вопросы опросника	Me±SD	Факторная нагрузка
Эмоциональные реакции	1) Я тревожусь, если думаю, о том, что мое заболевание может прогрессировать	2,96±1,51	0,66
Эмоциональные реакции	2) Я нервничаю, когда мне назначают посещение врачей или медицинские осмотры	2,73±1,35	0,82
Эмоциональные реакции	3) Я боюсь боли	2,86±1,40	0,74
Страхи, связанные с профессиональными достижениями	4) Я испытываю обеспокоенность по поводу достижения моих профессиональных целей из-за моей болезни	2,24±1,38	0,71
Эмоциональные реакции	5) Когда я испытываю беспокойство, у меня учащается сердцебиение, появляется боль в животе	2,76±1,46	0,70
Семейные страхи	6) Меня беспокоит, что мои дети могут заболеть такой же болезнью как у меня	2,87±1,48	0,78
Страх утраты автономии	7) Меня беспокоит возможность утратить самостоятельность	2,78 ± 1,45	0,60
Страх утраты автономии	8) Я боюсь, что из-за болезни не смогу продолжать заниматься привычными для меня делами	2,35±1,32	0,63
Эмоциональные реакции	9) Я боюсь серьезных лечебных процедур в ходе моей болезни	2,47±1,48	0,73
Эмоциональные реакции	10) Я боюсь, что лечение может повредить мое тело	2,45±1,43	0,74
Семейные страхи	11) Меня беспокоит, что будет с моей семьей, если со мной что-нибудь случится	2,88±1,47	0,66
Страхи, связанные с профессиональными достижениями	12) Мысль о том, что я больше не смогу работать из-за болезни меня беспокоит	1,74±1,02	0,47

лиз. Основные показатели применимости однофакторной модели опросника:

— Критерий согласия модели составил 0,91, что является достаточным показателем согласованности модели.

— Квадратичная усредненная ошибка аппроксимации составила 0,05, что также свидетельствует о точности модели в отношении данных (допустимыми считаются значения 0,06–0,08).

— Критерий χ^2 составил 112,65 при числе степеней свободы 35, а их частное составило 0,64.

Альфа Кронбаха методики в целом соответствует высоким значениям ($\alpha = 0,91$). Анализ субшкалы «эмоциональные реакции» (пункты 1,2,3,5,9,10) показал высокий результат по критерию Альфа Кронбаха (среднее значение 16,24±6,80 балла, $\alpha = 0,87$). Субшкала «Семейные страхи» (пункты 6, 11) достигает среднего уровня альфа Кронбаха (среднее значение 5,75±2,56 балла, $\alpha = 0,67$). По Субшкале «Утрата автономии» (пункты 7,8) критерий Альфа Кронбаха достигает средних значений (среднее значение 5,13±2,38 балла, $\alpha = 0,63$). Результат по субшкале «Страхи, связанные с профессиональными достижениями» (пункты 4,12) достигает наименьшего уровня Альфа Кронбаха (среднее значение 3,99±2,04 балла, $\alpha = 0,58$). Полученные результаты в целом подтверждают высокую внутреннюю согласованность краткой версии опросника страха прогрессирующего забо-

левания и соответствуют результатам зарубежных исследований (0,77 — 0,94).

Исследование интеркорреляционных связей показало связь между пунктами опросника, результаты колебались в диапазоне от $R = +0,166$ (пункты 7 и 12), $p = 0,001$ до $R = +0,676$ (пункты 2 и 3), $p < 0,001$ (по критерию линейной корреляции r-Пирсона).

Социально-демографические характеристики и страх прогрессирующего заболевания у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы

Возраст испытуемых не был связан с уровнем страха прогрессирующего заболевания ($R = +0,063$, $p < 0,39$). При этом анализ субшкалы «Страхи, связанные с профессиональными достижениями» показал статистически достоверную отрицательную корреляционную связь с показателем «Возраст» ($R = -0,16$, $p < 0,03$). Не было выявлено статистически значимых корреляционных связей между страхом прогрессирующего заболевания и семейным положением. Образование обследованных больных также оказалось не связанным с уровнем страха прогрессирующего заболевания.

При исследовании клинико-anamnestических характеристик были выявлены статистически значимые положительные корреляционные связи

между общим уровнем страха прогрессирования заболевания и типом получаемого лечения ($R = +0,224$, $p < 0,001$), между наличием прогрессирования заболевания в анамнезе и общим уровнем страха прогрессирования заболевания ($R = +0,180$, $p < 0,01$). Субшкала «Страхи, связанные с профессиональными достижениями» оказалась положительно связана с типом получаемого лечения ($R = +0,161$, $p = 0,03$), субшкала «Семейные страхи» имела положительную статистически достоверную корреляционную связь с типом получаемого лечения ($R = +0,257$, $p < 0,001$), со стадией заболевания ($R = +0,152$, $p < 0,04$), субшкала «Эмоциональные реакции» имела положительную статистически достоверную корреляционную связь с типом получаемого лечения ($R = +0,180$, $p < 0,01$).

Внешняя валидность методики

Страх прогрессирования заболевания и тревожно-депрессивные переживания у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы.

Уровень страх прогрессирования заболевания оказался не связан с тревогой, однако анализ субшкал показал статистически достоверную корреляционную связь, что указывает на определенную близость данных конструктов. Статистически достоверная корреляционная связь выявлена между субшкалой «Эмоциональные реакции» и тревогой ($R = +0,253$, $p < 0,001$), субшкалой «Семейные страхи» и тревогой ($R = +0,263$, $p < 0,001$), субшкалой «Страх утраты автономии» и тревогой ($R = +0,198$, $p < 0,001$), субшкалой «Страхи, связанные с профессиональными достижениями» и тревогой ($R = +0,204$, $p < 0,001$).

Общий уровень страха прогрессирования заболевания оказался положительно связан с депрессией ($R = +0,312$, $p < 0,001$). В целом данная связь может объясняться двумя факторами. Во-первых, высокий уровень страха прогрессирования заболевания, согласно результатам исследований Р. Herschbach, в большей степени связан с чувством беспомощности и утратой контроля, нежели с тревожной симптоматикой. Во-вторых, пациенты поглощенные мыслями о возможности прогрессирования заболевания, скорее всего, используют пассивные модели совладающего поведения, что также способствует развитию депрессивной симптоматики.

Страх прогрессирования заболевания и совладающее поведение у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы

Исследование общего уровня страха прогрессирования заболевания и совладающего поведения показало взаимосвязь данных феноменов. Общий уровень страха прогрессирования заболевания имеет статистически достоверную положительную корреляционную связь со стратегией «Концентрация на эмоциях и их активное

выражение» ($R = +0,175$, $p < 0,01$), «Поведенческий уход от проблем» ($R = +0,335$, $p < 0,001$). Статистически достоверная отрицательная корреляционная связь была выявлена между общим уровнем страха прогрессирования заболевания и стратегиями «Использование эмоциональной социальной поддержки» ($R = -0,157$, $p < 0,03$), «Принятие» ($R = -0,287$, $p < 0,001$), «Активное совладание» ($R = -0,389$, $p < 0,001$), «Позитивное переформулирование и личностный рост» ($R = -0,417$, $p < 0,001$). Субшкала «Эмоциональные реакции» статистически достоверно положительно связана со стратегией «Использование успокоительных» ($R = +0,148$, $p < 0,04$), статистически достоверно отрицательно связана со стратегией «Планирование» ($R = -0,152$, $p < 0,04$). Субшкала «Страх утраты автономии» статистически достоверно отрицательно связана со стратегией «Подавление конкурирующей деятельности» ($R = -0,314$, $p < 0,001$).

Выявленные корреляционные связи указывают на то, что страх прогрессирования заболевания оказывает существенное влияние на процесс совладающего поведения. Выраженность страха прогрессирования заболевания фокусирует больных на неприятных эмоциях, возможных неприятностях и последствиях болезни, способствует выбору пассивных моделей совладания направленных на избегание проблем, выражающихся в поведенческом отключении, отказе от достижения цели, использование алкоголя, лекарственных средств как способов улучшения самочувствия.

Обсуждение результатов исследования

В данном исследовании представлена апробация русскоязычной версии краткой версии опросника страха прогрессирования заболевания. Данный опросник был разработан командой исследователей отдела психосоциальной онкологии во главе с профессором *Herschbach P.*, центра лечения онкологических заболеваний Роман-Герцог. В зарубежных исследованиях показано, что страх прогрессирования заболевания является одним из основных источников стресса, среди больных с хроническими заболеваниями. Краткая версия опросника страха прогрессирования заболевания по результатам нашего исследования имела высокую внутреннюю согласованность. Также выявленные показатели интеркорреляционных связей между пунктами данной методики свидетельствует о её внутренней конструктивной валидности. Выявленные корреляционные связи между аналогичными параметрами оценки методик, направленных на изучение стратегий совладающего поведения тревожно-депрессивных переживаний, свидетельствует о внешней валидности данной методики. Тем не менее, следует отметить, что большинство субшкал опросника имеет средний и низкий уровень внутренней согласованности (кроме субшкалы «Эмоциональные реакции»), что в свою очередь требует дальнейшего продолжения исследований. Проведение факторного анализа указывает на однофакторную природу краткой версии опрос-

ника страха прогрессирования заболевания. Выявленные корреляционные связи между страхом прогрессирования заболевания и клинико-anamnestическими характеристиками указывают на чувствительность методики к данным параметрам, что позволяет выделять и дифференцировать «мишени» психотерапевтических интервенций, способствуя индивидуализации процесса психологического сопровождения больных с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы.

Таким образом, русскоязычная версия опросника страха прогрессирования заболевания со-

ответствует англоязычной версии в отношении внутренней согласованности, внутренней структуры пунктов, внешней валидности. В целом методика может применяться для диагностики страха прогрессирования заболевания и выявления «мишеней» для психотерапевтических интервенций. Важнейшим направлением дальнейшей работы является исследование особенностей страха прогрессирования заболевания на более широкой выборке больных с онкологическими заболеваниями и другими хроническими заболеваниями.

Литература

1. Кузнецова А. А. Эмоционально-аффективные расстройства в структуре отношения к болезни у женщин с онкологической патологией в зависимости от формы лечения. Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. — 2008. — №1. — С. 14-16.
2. Ялтонский В.М. Теоретический подход к исследованию внутренней картины болезни, совладающего поведения и приверженности лечению. Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе. Сборник материалов II научно-практической конференции, Кострома. — 2010. — С. 126.
3. Berg P., Book K., Dinkel A. Progredienzangst-beichronischen Erkrankungen [Fear of progression in chronic diseases]. *Psychother Psychosom Med Psychol.* — V.61. — P.32-37
4. Dankert A., Duran G., Engst-Hastreiter U. Progredienzangst bei Patienten mit Tumorerkrankungen, Diabetes mellitus und entzündlich-rheumatischen Erkrankungen [Fear of progression in patients with cancer, diabetes mellitus and chronic arthritis]. *Rehabilitation.* — V.42. — P. 155-163.
5. Mathews A, Ridgeway V, Warren R, Britton P. Predicting worry following a diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology.* — 2002. — V.11, №5. — P. 415-418.
6. Mehnert A., Berg P., Henrich G., Herschbach P. Fear of cancer progression and cancer related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psychooncology.* — 2009. — V.18, №12. — P. 1273-80.
7. Rasic D.T., Belik S-L., Bolton J.M., Chochinov H.M., Sareen J. Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample. *Psychooncology.* — 2008. — V.17— P. 660-7.
8. Roy-Byrne P.P., Davidson K.W., Kessler R.C., et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry.* — 2008. — V.3 0— P. 208-25.
9. Stark D., Kiely M., Smith A., Velikova G., House A., Selby P. Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relations to Quality of Life. *J. Clin. Oncol.* — 2002. — V. 20. — P. 3137-3148.
10. 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. — V.25, №1. — P.16-24.

Сведения об авторах

Сирота Наталья Александровна — доктор медицинских наук, профессор, декан факультета клинической психологии, заведующая кафедрой клинической психологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова. E-mail: sirotan@mail.ru

Московченко Денис Владимирович — аспирант кафедры клинической психологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова. E-mail: xedin-90@mail.ru