

# Психодиагностика базисных убеждений о болезни (Результаты апробации русскоязычной версии опросника когнитивных представлений о болезни)

**Н.А. Сирота** Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

**Д.В. Московченко** Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Поступила: 7 июля 2014 / Принята к публикации: 20 августа 2014

## Psychodiagnostics cognitive representations of the disease (Results of testing Russian version of the illness cognition questionnaire)

**Natalia A. Sirota** Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russia.

**Dmitry V. Moskvchenko** Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russia.

Received: July 7, 2014 / Accepted for publication: August 20, 2014

Работа посвящена апробации русскоязычной версии опросника для диагностики когнитивных представлений о болезни. Основой для данной методики послужили модели репрезентаций болезни, широко разрабатываемые в зарубежной клинической психологии. Методика позволяет измерять базисные конструкты, отражающие процесс когнитивной переоценки стрессора в преодолении негативных последствий болезни. Процедура диагностики предполагает выявление позитивных и негативных факторов оценки влияния болезни на психосоциальную адаптацию. Методика включает в себя следующие шкалы: «Принятие», «Воспринимаемые преимущества» и «Беспомощность». Шкалы «Принятие» и «Воспринимаемые преимущества» отражают способность больного адаптироваться к хроническому заболеванию, изменения в его жизненных приоритетах. Шкала «Беспомощность» указывает на снижение психосоциальной адаптации, фокусировку больного на негативных аспектах заболевания, как неконтролируемого, непредсказуемого и неизменного состояния. Методика включает 18 утверждений, оцениваемых по шкале Лайкерта.

Апробация методики была проведена на выборке женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы, общий объем выборки составил 177 больных, средний возраст  $54,7 \pm 6,9$  года.

Процедура разработки русскоязычной версии опросника когнитивных представлений предполагала перевод в соответствии с протоколом ВОЗ, сбор данных для оценки психометрических показателей, оценку распределения пунктов внутренней и внешней валидности. Показано, что русскоязычная версия опросника когнитивных представлений о болезни имеет достаточную внутреннюю согласованность, характеризуется высокой ретестовой надежностью и соответствует англоязычной версии в отношении факторной структуры. Внешняя валидность методики подтверждается значимыми связями когнитивных представлений о болезни с клинико-anamnestическими показателями, локусом контроля болезни, тревогой и депрессией, совладающим поведением.

**Ключевые слова:** когнитивные представления о болезни, репрезентация болезни, имплицитные модели болезни, когнитивная оценка болезни, совладающее поведение, принятие болезни, беспомощность, воспринимаемые преимущества.

The literature on chronic diseases recognizes the role of illness cognition as a mediator between stress and illness. The results of testing of the Russian version of the illness cognition questionnaire. The basis for this questionnaire served as the model representations of the disease is widely developed in the foreign clinical psychology. Diagnostic procedure involves identifying the positive and negative factors to assess the impact of the disease on the psychosocial adaptation. The questionnaire assesses three ways of cognitively evaluating the stressful and aversive character of a chronic illness: helplessness, acceptance, and perceived benefits. Scale «Acceptance» and «Perceived benefits» perceived ability to diminish, live with and master the aversive consequences of one's disease recognising the need to adapt to the chronic illness, additional positive consequences of the illness situation, such as changes in life priorities and personal goals, positive personality changes, and strengthened personal relationships. Scale «Helplessness» reflect evaluation of the illness that emphasises the negative meaning of the illness, focusing on the adverse aspects of the disease as uncontrollable, unpredictable and unchangeable. Total sample consisted of 177 women with cancer of the reproductive system, the average age was  $54,7 \pm 6,9$  years. Questionnaire includes an 18-point Likert scale measured at designed to study the basic concepts of the disease. Russian version of the illness cognition questionnaire has sufficient internal consistency, test-retest reliability is characterized by high and complies the English version in relation to the factor structure. Convergent validity of the questionnaire is supported by significant relations between cognitive representations of the disease and locus of disease control, anxiety, depression, coping behavior.

**Keywords:** cognitive representations of illness, illness cognition, the implicit model of the disease, cognitive appraisal of illness and coping behavior, acceptance of illness, helplessness, perceived benefits.

**М**одели репрезентаций болезни активно разрабатывались на протяжении последних десятилетий в зарубежной клинической психологии, им отводится важная роль медиатора между стрессом и болезнью. Многими исследователями подчеркивается роль репрезентаций в процессе адаптации к болезни и нормализации эмоционального состояния (Beck A.T. et al., 1979; Bower G.H., 1981). Репрезентации болезни и здоровья являются крае-

ученого», который активно ищет информацию, чтобы на ее основе понять и сделать выводы в отношении своего состояния (Leventhal H. et al., 2003). При этом пациент опирается на принятые в культуре представления о болезни и предшествующий опыт социальной коммуникации в отношении заболевания, социальное окружение (медицинский персонал, близкие), личный опыт, который, по мнению Левенталя, является наиболее мощным фактором фор-

дения, касающиеся продолжительности и периодичности болезни), лечение (Weinman J. et al., 1996). Подобная структура репрезентаций болезни является полезной для исследования убеждений пациентов, оказывающих влияние на их поведение в ситуации болезни (Leventhal H. et al., 1984; Turk D.C. et al., 1986). Основным достижением данной модели является установление связи проблемно-ориентированных стратегий совладания с представлениями о контролируемости болезни, в тоже время выявлена связь стратегии избегания с хроническим протеканием болезни, большим количеством симптомов и меньшим пониманием болезни (Moss-Morris R. et al., 2002; Ялтонский В.М. и др., 2011; Рассказова Е.И., 2014).

Эмпирические исследования в западной клинической психологии позволили выделить множество подходов к имплицитным моделям болезни, способствующим лучшему пониманию возможных когнитивных реакций на длительный стресс, вызванный заболеванием (Leventhal H. et al., 1985; Weir R. et al., 1994).

Некоторые исследователи указывают на общую структуру репрезентаций болезни при различных хронических заболеваниях (Schiaffino K.M. et al., 1995; Heijmans M. et al., 1998). Так, чувство утраты контроля при болезни некоторыми исследователями определяется как беспомощность, безнадежность, которые при долгосрочной перспективе приводят к дезадаптации больных. Подчеркивается также возможность применения одномерного конструкта для неадаптивной адаптации к стрессу, вызванному болезнью (Greer S. et al., 1990; Parle M. et al., 1996). Впоследствии к негативным когнитивным представлениям о болезни были добавлены позитивные конструкты, описывающие адаптационный потенциал и способствующие более эффективному совладанию с ситуацией заболевания (Kendall P.C. et al., 1989). Однако выделению возможных позитивных адаптивных когнитивных механизмов уделялось гораздо меньше внимания, они рассматривались в основном в рамках позитивной психологии (Gillham et al., 1999). Это связано с неоднозначностью предлагаемых зарубежной клинической психологией общих конструктов для описания позитивных когнитивных механизмов адаптации. Например, предлагаемый в качестве центрального объ-

Репрезентации болезни и здоровья являются краеугольной составляющей подходов к исследованию саморегуляции в болезни. Следуя традициям зарубежных исследователей, принято считать, что интерпретации больного в отношении болезни определяют их психологическое благополучие

угольной составляющей подходов к исследованию саморегуляции в болезни. Следуя традициям зарубежных исследователей, принято считать, что интерпретации больного в отношении болезни определяют их психологическое благополучие (Leventhal H. et al., 1984). Согласно модели саморегуляции в отношении здоровья и болезни Г. Левенталя, пациент выступает в роли «наивного

мирующей модели болезни (Muraven M. et al., 1998). В концепции Левенталя выделяется пять компонентов репрезентации болезни: идентичность болезни (симптомы болезни), причина заболевания (представления о факторах, способствующих манифестации заболевания), последствия заболевания (ожидаемые результаты лечения и исхода болезни), временное течение заболевания (убеж-



**Сирота Наталья Александровна** – доктор медицинских наук, профессор, декан факультета клинической психологии, заведующая кафедрой клинической психологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова. Сфера научных интересов: укрепление здорового образа жизни, профилактика зависимости от психоактивных веществ и ВИЧ/СПИДа, психология совладающего поведения, мотивационное консультирование, мотивационная и когнитивно – поведенческая психотерапия, психология зависимого поведения, междисциплинарные проблемы клинической психологии, внутренняя картина болезни. E-mail: sirotan@mail.ru



**Московченко Денис Владимирович** – аспирант кафедры клинической психологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова. Работает в Центральной клинической больнице №2 им. Н.А.Семашко. Основные профессиональные интересы: совладающее поведение, качество жизни, когнитивно-поведенческая психотерапия в лечении различных аспектов психологической дезадаптации при хронических соматических заболеваниях, смысло-ориентированная психотерапия при онкологических заболеваниях, механизмы психологической саморегуляции и их нарушения. E-mail: xedin-90@mail.ru

снительного адаптационного конструкта воспринимаемый контроль, оказывается полезным и в ситуациях, которые поддаются управлению, и в ситуациях, где контроль является маловероятным, и попытки контролировать ситуацию приводят к снижению психологического благополучия (Helgeson V.S., 1999). Отсутствие однозначного эффекта при выделении различных конструктов, позволяющих прогнозировать психосоциальную адаптацию больных, объясняется сложностью адаптационных процессов в неконтролируемых ситуациях (Smith C.A. et al., 1997).

Другие зарубежные подходы в большей степени ориентируются на процессы когнитивной переоценки стрессора как части процесса саморегуляции в процессе преодоления негативных последствий неконтролируемого стресса (Thompson S.C. et al., 1994; Neckhausen J. et al., 1995).

Оценочные процессы представляют следующий этап в модели здравого смысла Г. Левенталя, отражающей оценку успешности процесса совладающего поведения (Wawm A. et al., 2007).

В связи с позитивно-негативной валентностью, принятой для определения оценочных процессов, А. Эверс и Ф. Краймат предлагают три когнитивных конструкта, описывающих процесс адаптации к длительному стрессу болезни:

- а. когниции, подчеркивающие негативное значение стрессора (аттитюд беспомощности или безнадежности),
- б. когниции, снижающие негативный смысл стрессового события (принятие неизбежности негативного воздействия стрессора, признание необходимости адаптироваться к хронической болезни),
- в. когниции, отражающие позитивное восприятие события (сосредоточение внимания на позитивных последствиях ситуации болезни, таких как изменения в жизненных приоритетах и личных целях, позитивные изменения личности больного и укрепление взаимоотношений с окружающими).

Такая концептуализация положительных и отрицательных репрезентаций болезни позволяет оценить мышление и косвенно поведение больного при длительном стрессе (Kendall P.C., 1992).

Процесс негативной оценки совладания с болезнью предполагает, что больной фокусируется преимущественно на

негативных аспектах заболевания как неконтролируемого, непредсказуемого и неизменного состояния. Он переносит свои установки в отношении болезни на повседневную жизнь. Этот вид познавательной реакции был описан в концепциях беспомощности-безнадежности в качестве отрицательного объяснительного стиля при столкновении со стрессовым событием (Seligman M.E., 1975). Стоит отметить, что значительное количество исследований по-

Положительная переоценка стрессовой ситуации связана с переосмыслением последствий болезни с точки зрения позитивных изменений. Воспринимаемые преимущества болезни часто описываются как реакция в ситуации абсолютно неконтролируемого стрессового жизненного события такого, как психологическая реакция, связанная с преодолением горя и утраты (Tedeschi R.G. et al., 1996). Позитивная функция данных убеждений связана с изменением жизненных приоритетов

Эмпирические исследования в западной клинической психологии позволили выделить множество подходов к имплицитным моделям болезни, способствующим лучшему пониманию возможных когнитивных реакций на длительный стресс, вызванный заболеванием

казали роль конструктов беспомощности-безнадежности как факторов риска снижения психологического и физического благополучия при различных хронических заболеваниях (DeVellis B.M. et al., 1992; Everson S.A. et al., 1996).

Напротив, признание пациентом хронической болезни и одновременное осознание способности преодолевать ее последствия, способствует снижению авersive влияния стресса. Эти убеждения больных описываются в терминах принятия (Hayes S.C. et al., 1994). Принятие означает признание необходимости адаптироваться к хронической болезни, способность переносить ее непредсказуемый, неуправляемый характер и преодолевать авersive влияние заболевания. Позитивная функция убеждений, связанных с принятием болезни, заключается в переработке информации, связанной со стрессом на когнитивном

и личных целей. Больные отмечают позитивные изменения в собственной личности и межличностных отношениях.

Концепции беспомощности, принятия воспринимаемых преимуществ изучались на больных с хроническими заболеваниями. Были получены результаты, показывающие влияние данных конструктов на психологическое и физическое состояние больных.

Несмотря на актуальность исследования базисных убеждений о болезни, в отечественной клинической психологии к настоящему времени недостаточно представлены психодиагностические методики, позволяющие исследовать конструкты «беспомощность», «принятие», «воспринимаемые преимущества» в ситуации болезни. Изучение базисных когнитивных представлений о болезни может дополнить интеллектуальный уровень внутренней картины болезни

Изучение базисных когнитивных представлений о болезни может дополнить интеллектуальный уровень внутренней картины болезни и существенно расширить представления о процессах оценки и совладания с ситуацией заболевания

уровне, и активизацией проблемно-разрешающего поведения. Исследователями была показана связь позитивных убеждений относительно болезни с более благоприятным психологическим состоянием больных (Li et al., 1998). Исследования больных раком и рассеянным склерозом показали значимость в долгосрочной перспективе принятия болезни как фактора, улучшающего эмоциональное состояние больных (Brooks N.A. et al., 1982; Carver C.S. et al., 1993).

и существенно расширить представления о процессах оценки и совладания с ситуацией заболевания.

Целью данной работы является апробация русскоязычной версии опросника когнитивных представлений о болезни А. Эверса и Ф. Краймата, а также выявление связи когнитивных представлений о болезни со стратегиями совладающего поведения, локусом контроля в болезни и тревожно-депрессивной симптоматикой.

## Материал и методы

В исследовании приняли участие 177 женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. Средний возраст составил  $54,7 \pm 6,9$  года. 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. Из них у 21 пациентки (35%) болезнь была на начальных стадиях заболевания, а у 38 (64%) – на поздних стадиях. Из 59 обследованных женщин с раком тела матки, 42 пациентки (71%) находились на начальных стадиях заболевания, а 17 (28%) – на поздних стадиях. Также в исследовании приняли участие 59 женщин больных раком яичников, среди них у 24 пациенток (40%) заболевание характеризовалось как начальная стадия, а у 35 (59%) – как поздняя стадия.

Социально-демографические характеристики обследованных пациенток с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы:

- Семейное положение: 73% ( $n=130$ ) всех обследованных женщин состояло в браке, 12% ( $n=23$ ) – вдовы, 13% ( $n=24$ ) разведены.
- Уровень образования: среди обследованных пациенток средне-специальное образование имели 53% ( $n=94$ ), средний уровень образования – 11% ( $n=20$ ), высшее образование – 35% пациенток ( $n=63$ ).
- Тип получаемого лечения: больные, обследованные в послеоперационный период, составили 89% ( $n=89$ ) от всей выборки, на этапе химиотерапии было обследовано 49% ( $n=88$ ) больных.
- Прогрессирование/рецидив заболевания: прогрессирование или рецидив отмечался у 27% пациенток ( $n=49$ ), а ремиссия – у 72% ( $n=128$ ).

Все испытуемые отвечали на вопросы опросника когнитивных представлений о болезни.

## Процедура апробации

1 Перевод и подготовка текста методики на русском языке в соответствии с протоколом перевода ВОЗ. Опросник состоит из 18 пунктов, оцениваемых по шкале Лайкерта, направленных на исследование базисных представлений о болезни. Структура

опросника включает вопросы, относящиеся к шкалам: принятие, беспомощность, воспринимаемые преимущества. 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 конфирматорного факторного анализа и корреляционного анализа), ретестовая надежность и структура шкал методики. Психометрические показатели русскоязычной версии сопоставлялись с оригинальными показателями, установленными создателями опросника. Так, внутренняя согласованность по данным исследователей для шкалы «Принятие» составила 0,90, для шкалы «Беспомощность» – 0,88, для шкалы «Воспринимаемые преимущества болезни» – 0,84. Факторный анализ позволил выделить три фактора, соответствующие шкалам «Принятие», «Беспомощность», «Воспринимаемые преимущества». В серии исследований была установлена высокая ретестовая надежность шкал опросника (Evers A.W. et al., 2001).

4 Выявление связи социально-демографических и клинико-anamnestических характеристик с опросником представлений о болезни.

5 Оценка внешней валидности методики:

- Тревога и депрессия. Поскольку опросник когнитивных представлений о болезни является многомерным и отражает как позитивные, так и негативные варианты психологической адаптации к болезни, связь с тревожно-депрессивной симптоматикой, как мерой выраженности психологического дистресса у больных хроническими заболеваниями, представляется нам очевидной. В исследованиях Мак-Кракен – было установлено, что пациенты, которые «принимали» боль, в меньшей степени страдали от депрессии и тревоги (McCracken L.M., 1998).
- Локус контроля в болезни. Связь базисных убеждений о болезни

с локусом контроля неоднородна, многие исследования воспринимаемого контроля показывают достаточно противоречивые результаты, однако наличие такой связи указывает на близость данных конструктов. Представляется, что конструкт «Принятие» может быть связан, как с врачебным, так и с самостоятельным локусом контроля. С одной стороны, рациональное принятие необходимости адаптироваться к хронической болезни активизирует самостоятельное совладание, направленное на решение задач, связанных с психосоциальной адаптацией, с другой – способствует делегированию ответственности за лечебный процесс непосредственно врачам. Конструкт «Беспомощность», предполагающий фокусировку пациента преимущественно на негативных аспектах заболевания, предположительно в большей степени связан с фаталистическим и самообвиняющим локусом контроля болезни.

- Совладающее поведение. Поскольку оценочные процессы представляют следующий этап в модели саморегуляции в отношении здоровья и болезни Г. Левенталя и напрямую связаны с совладающим поведением, мы предполагаем, что когнитивные представления о болезни в соответствии с их психологическим значением связаны с широким спектром стратегий совладающего поведения.

## Методики

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

2 Стратегии совладания со стрессом, вызванным болезнью, оценивались при помощи опросника совладания со стрессом «COPE» Ч. Карвера, М. Шайера и Дж.К. Вайнтрауба («Assessing coping strategies», C.S. Carver, M.F. Scheier, J.K. Weintraub) в адаптации Т.О. Гордеевой, Е.Н. Осина, Е.А. Рассказа

зовой, О.А. Сычева, В.Ю. Шевяховой. В его состав 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.

3) Методика «Опросник локуса контроля болезни (ЛКБ)» позволяет установить позицию пациента по отношению к соматическому заболеванию в пределах континуума от активной (интернальной) до пассивной (экстернальной) (А.Ш. Тхостов, 1998). Данный опросник состоит из 18 утверждений, каждому из которых соответствует 6 вариантов ответов. В соответствии с инструкцией варианты ответов кодируются как: 0 – «полностью не согласен», 1 – «не согласен», 2 – «скорее не согласен», 3 – «скорее согласен», 4 – «согласен», 5 – «полностью согласен». Опросник включает следующие шкалы:

- Шкала «Фаталистический ЛКБ» является отражением мнения о случайности исхода болезни. Ее высокие значения очевидно связаны с наследственными факторами, судьбой и не зависят от самого пациента. При этом больными отрицается необходимость личного участия в лечебном процессе.
- Шкала «Врачебный ЛКБ» соответствует позиции пациента, полностью перекладывающего ответственность за лечебный процесс на врачей, действия которых с течением времени, возможно, приведут к положительному результату. При этом также характерен отказ от самостоятельного участия в процессе лечения.
- Шкала «Самостоятельный ЛКБ» отражает установку пациента, прежде всего, на собственное участие в процессе лечения и самостоятельное совладание с болезнью. При этом, однако, возможно пренебрежительное отношение к помощи со стороны, включая и врачебную.
- Шкала «Самообвиняющий ЛКБ» свидетельствует о стремлении па-

циента обвинять себя в возникновении соматического страдания. При этом возможность улучшения собственного состояния вообще не рассматривается.

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

| Шкалы                       | Асимметрия (SE=0,41) | Экссесс (SE=0,75) | Критерий Шапиро-Уилкса | Эмпирический анализ        |
|-----------------------------|----------------------|-------------------|------------------------|----------------------------|
| Принятие                    | -0,30                | -0,88             | p<0,001                | Правая асимметрия, эксцесс |
| Воспринимаемые преимущества | 0,40                 | -0,61             | p<0,001                | Бимодальное                |
| Беспомощность               | 0,49                 | -0,52             | p<0,001                | Левая асимметрия           |

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

## Результаты

### Дискриптивная статистика

Преобладающим вариантом репрезентации болезни у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы выступает «Принятие» (среднее значение 16,48±4,66 балла), конструкт «Воспринимаемые преимущества» выражен в меньшей степени (среднее значение 13,46±4,53 балла). Наименее выраженным в структуре когнитивных представлений о болезни оказался конструкт «Беспомощность» (среднее значение 11,84±4,52 балла). Полученные нами результаты совпадают с результатами, полученными авторами методики на больных с ревматоидным артритом и рассеянным склерозом.

### Анализ распределения

По мнению Клайн нормальный характер распределения предполагает отсутствие социальной желательности, в то время как наличие асимметрии распределения указывает на обратное (Клайн П., 1994). Анализ распределения баллов, полученных по шкалам, входившим в методику, представлен в таблице № 1. При обработки данных применялся критерий Шапиро-Уилкса, позволяющий определить уровень значимости отклонения. В таблице указаны также значения асимметрии и эксцесса, которые следует считать значимыми, если они превышают значения своих стандартных ошибок (0,41 и 0,75 соответственно) (Наследов А.Д., 2004).

Как видно из таблицы № 1 все шкалы имеют выраженную асимметрию распределения. Мы предположили, что причинами полученных результатов является незащищенность опросника когнитивных представлений о болезни от социально желательных ответов. С другой стороны, вопросы опросника построены таким образом, что отражают крайние вариан-

ты возможных объяснительных стилей, относящихся к болезни. По шкале «Принятие» у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы преобладает правая асимметрия, что указывает на склонность больных отвечать в диапазоне от 3 («в значительной степени») до 4 («да»). По шкале «Беспомощность» у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы преобладает левая асимметрия указывающая на склонность больных отвечать в диапазоне от 1 («нет») до 2 («отчасти»). В шкале «Воспринимаемые преимущества» преобладало бимодальное распределение, указывающее на преобладание двух четко выраженных пиков, что связано, по нашему мнению, с неоднородностью наблюдений по данной шкале.

### Факторная структура методики

Для подтверждения трехфакторной структуры опросника в качестве метода эксплораторного факторного анализа был выбран метод главных компонент с вращением «варимакс нормализованное». Полученные результаты представлены графике 1.

При анализе была получена трехфакторная структура опросника, что соответствует аналогичной структуре, полученной при составлении англоязычной версии.

Для подтверждения применимости трехфакторной модели опросника к полученным данным был применен конфирматорный факторный анализ. Критерий согласия модели (CFI) составил

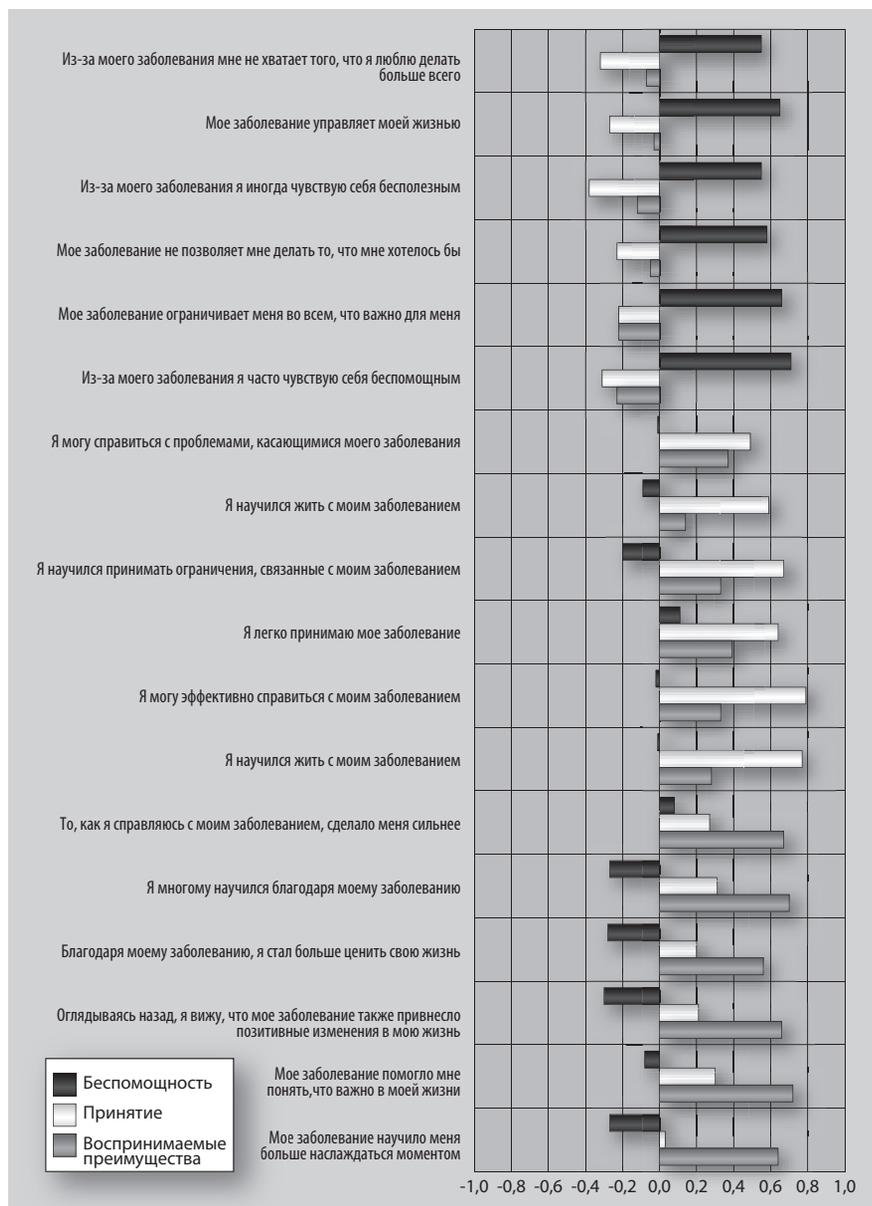


График 1. Результаты факторного анализа методом главных компонент с вращением «варимакс нормализованное»

0,91, что является достаточным показателем согласованности модели. Квадратичная усредненная ошибка аппроксимации RMSEA составила 0,05. Критерий  $\chi^2$  составил 166 при числе степеней свободы 54, квадратичная усредненная ошибка аппроксимации составила 0,08, что также свидетельствует о точности модели в отношении данных.

Таким образом, концептуальная модель когнитивных представлений о болезни согласуется с полученными нами данными.

#### Надежность-согласованность

Внутренняя согласованность методики достигает достаточного уровня. Для

шкалы «Беспомощность»  $\alpha = 0,76$ , по шкале «Принятие»  $\alpha = 0,75$ , наименьшее значение имеет шкала «Воспринимаемые преимущества болезни», по которой  $\alpha = 0,72$ . Полученные нами показатели внутренней согласованности ниже, чем в англоязычной версии опросника. На наш взгляд, невысокие показатели согласованности (относительно англоязычной версии) могут объясняться, во-первых, спецификой обследованных больных, т.к. методика разрабатывалась для оценки длительного стресса болезни и процессов, связанных с оценкой уже активизированных стратегий и ресурсов совладающего поведения. Пациенты, не имеющие длительного опыта

болезни, могли давать разнородные ответы. Еще одним объяснением полученных в русскоязычной версии опросника результатов является высокая гомогенность вопросов, включенных в шкалы.

#### Тест-ретестовая надежность (n=55)

Тест-ретестовые корреляции показателей по шкалам когнитивных представлений о болезни высоки и при повторном тестировании показали высокую ретестовую надежность (все корреляции выше 0,67). Тест-ретестовая надежность для шкалы «Принятие» составила 0,75 (уровень значимости корреляций  $p < 0,001$ ), для шкалы «Беспомощность» 0,74 (уровень значимости корреляций  $p < 0,001$ ), для шкалы «Воспринимаемые преимущества» 0,67 (уровень значимости корреляций  $p < 0,001$ ).

#### Корреляции шкал опросника

Исследование интеркорреляционных связей показало, что конструкты «Принятие» и «Воспринимаемые преимущества» положительно коррелируют между собой ( $r = +0,53$ ,  $p < 0,001$ ). Шкала «Принятие» и шкала «Воспринимаемые преимущества» отрицательно коррелирует со шкалой «Беспомощность» ( $r = -0,48$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = -0,40$ ,  $p < 0,001$ ).

#### Социально-демографические, клинично-анамнестические характеристики и когнитивные представления о болезни

Возраст испытуемых статистически достоверно отрицательно связан со шкалой «Принятие» ( $r = -0,23$ ,  $p < 0,01$ ), шкала «Беспомощность» статистически достоверно отрицательно связана с трудовым статусом испытуемых ( $r = -0,21$ ,  $p < 0,03$ ). Не было выявлено статистически значимых корреляционных связей когнитивных представлений о болезни с семейным статусом и образованием.

При исследовании клинично-анамнестических характеристик были выявлены статистически достоверные корреляционные связи. Шкала «Принятие» статистически достоверно отрицательно связана с типом получаемого лечения ( $r = -0,20$ ,  $p < 0,04$ ). Шкала «Воспринимаемые преимущества» статистически достоверно отрицательно связана с рецидивом заболевания и статистически достоверно положительно связана с типом получае-

мого лечения ( $r = -0,20, p < 0,04$ ;  $r = +0,28, p < 0,001$ ). Шкала «Беспомощность» статистически достоверно связана с типом получаемого лечения и стадией заболевания ( $r = +0,32, p < 0,001$ ;  $r = +0,22, p < 0,02$ ).

## Внешняя валидность методики

### Когнитивные представления о болезни и тревожно-депрессивные переживания

Когнитивные представления о болезни оказались связаны с тревожно-депрессивной симптоматикой. Шкала «Принятие» имеет статистически достоверную отрицательную корреляционную связь с уровнем тревоги и депрессии ( $r = -0,33, p < 0,001$ ;  $r = -0,47, p < 0,001$ ). В свою очередь шкала «Беспомощность» статистически достоверно положительно связана с тревогой и депрессией ( $r = +0,25, p < 0,001$ ;  $r = +0,49, p < 0,001$ ). Шкала «Воспринимаемые преимущества» статистически достоверно отрицательно связана с тревогой и депрессией ( $r = -0,49, p < 0,001$ ;  $r = -0,47, p < 0,001$ ).

Связь тревоги и депрессии со шкалой «Беспомощность» объясняется преимущественно пессимистическими ожиданиями в отношении болезни, процесс негативной оценки совладания с болезнью предполагает, что больной не находит способов противостоять тяжести болезни. В свою очередь позитивная переоценка ситуации болезни, ее принятие способствуют редукции тревожно-депрессивной симптоматики.

### Когнитивные представления о болезни и локус контроля болезни

Когнитивные представления о болезни оказались частично связаны с различными вариантами локуса контроля болезни. Шкала «Принятие» оказалась не связана статистически достоверной корреляционной связью ни с одним из вариантов локуса контроля болезни, что в определенной степени объясняется психологической нейтральностью данной шкалы в отношении атрибутивного стиля в болезни, поскольку связана преимущественно не с активизацией ресурсов, а с выбором стратегий совладающего поведения. Напротив, шкала «Воспринимаемые преимущества» статистически достоверно положительно связана с самостоятельным ЛКБ и вра-

чебным ЛКБ ( $r = +0,18, p < 0,01$ ;  $r = +0,34, p < 0,001$ ), статистически достоверные отрицательные корреляционные связи были выявлены с фаталистическим ЛКБ и самообвиняющим ЛКБ ( $r = -0,20, p < 0,001$ ;  $r = -0,18, p < 0,01$ ). Шкала «Беспомощность» статистически достоверно положительно связана с фаталистическим ЛКБ ( $r = +0,17, p < 0,02$ ) и статистически достоверно отрицательно связана с самостоятельным ЛКБ ( $r = -0,25, p < 0,001$ ).

### Когнитивные представления о болезни и совладающее поведение

Исследование когнитивных представлений о болезни и совладающего поведения выявило взаимосвязь данных феноменов. Шкала «Принятие» статистически достоверно положительно связана со стратегиями «Позитивное переформулирование и личностный рост» ( $r = +0,45, p < 0,001$ ), «Использование инструментальной социальной поддержки» ( $r = +0,41, p < 0,001$ ), «Подавление конкурирующей деятельности», «Планирование» ( $r = +0,41, p < 0,001$ ), «Подавление конкурирующей деятельности» ( $r = +0,41, p < 0,001$ ), «Планирование» ( $r = +0,21, p < 0,001$ ). Кроме того, выявлены статистически достоверные отрицательные корреляционные связи со стратегиями «Концентрация на эмоциях и их активное выражение» ( $r = +0,49, p < 0,001$ ), «Поведенческий уход от проблемы» ( $r = -0,44, p < 0,001$ ).

По результатам исследования шкала «Беспомощность» статистически достоверно положительно связана со стратегиями «Концентрация на эмоциях и их активное выражение» ( $r = +0,24, p < 0,001$ ), «Поведенческий уход от проблемы» ( $r = +0,42, p < 0,001$ ).

Шкала «Воспринимаемые преимущества» статистически достоверно положительно связана со стратегией «Мысленный уход от проблем» ( $r = +0,44, p < 0,001$ ).

Выявленные корреляционные связи указывают на то, что когнитивные представления о болезни играют существенную роль в выборе стратегий совладающего поведения. Больные с преобладанием беспомощности, вероятно, будут в большей степени фокусироваться на неприятных эмоциях, возможных неприятностях и последствиях болезни, а также использовании стратегий, ори-

ентированных на поведенческое избегание усилий, направленных на преодоление болезни. В то же время, принятие болезни связано с использованием широкого спектра проблемно-ориентированных и эмоционально-ориентированных стратегий совладающего поведения.

Связь шкалы «Воспринимаемые преимущества» со стратегией «Мысленный уход от проблем» указывает на то, что позитивное переформулирование ситуации болезни связано, в первую очередь, с отвлечением от неприятных мыслей, связанных с проблемой, через изменение жизненных приоритетов и личных целей.

### Обсуждение результатов исследования

Общей характеристикой хронических заболеваний является, по сути, их угрожающий характер. Больные часто сталкиваются с ограничениями функционирования в повседневной жизни. Опыт болезни, длительное столкновение со стрессами активизируют у больных процессы оценки эффективности их совладания в ситуации болезни, отражающие индивидуальные способы реагирования. Методика когнитивных представлений о болезни является психодиагностическим инструментом для измерения общих интерпретационных стилей в ситуации болезни, таких как «Принятие», «Воспринимаемые преимущества», «Беспомощность». Важность изучения данных конструктов объясняется в зарубежных исследованиях широтой их влияния на психологическое благополучие больных. Опросник когнитивных представлений о болезни имел достаточную внутреннюю согласованность по всем трем шкалам. Кроме того, выявленные интеркорреляционные связи между шкалами свидетельствуют о внутренней конструктивной валидности методики. Внешняя валидность методики подтверждается корреляционным анализом с тревогой и депрессией, совладающим поведением и локусом контроля болезни. Проведение факторного анализа подтверждает предложенную в англоязычной версии методики трехфакторную структуру. Выявленные корреляционные связи между когнитивными представлениями о болезни и клинико-anamnestическими характеристиками указывают на чувствитель-

ность методики к данным параметрам, это позволяет выделять и дифференцировать «мишени» психотерапевтических интервенций, что способствует индивидуализации процесса психологического сопровождения больных с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы.

Таким образом, русскоязычная версия опросника когнитивных представлений о болезни соответствует англоязычной версии в отношении внутренней согласованности, внутренней структуры пун-

Русскоязычная версия опросника когнитивных представлений о болезни соответствует англоязычной версии в отношении внутренней согласованности, внутренней структуры пунктов и характеризуется высокой ретестовой надежностью. Методика может применяться для психодиагностики процессов оценки эффективности совладания в ситуации болезни в моделях психологической саморегуляции

ктов и характеризуется высокой ретестовой надежностью.

Методика может применяться для психодиагностики процессов оценки эффективности совладания в ситуации болезни в моделях психологической са-

морегуляции и в качестве дополнительного инструмента в медицинской психодиагностике для скрининга факторов риска снижения психосоциальной адаптации женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы.

## Литература:

- Клайн П. Справочное руководство по конструированию тестов / П. Клайн. – Киев : ПАН ЛТД, 1994. – 283 с.
- Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования / А.Д. Наследов. – Санкт-Петербург : Речь, 2004. – 392 с.
- Рассказова Е.И. Понятие саморегуляции в психологии здоровья: новый подход или область применения / Е.И. Рассказова // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2014. – Т. 7. – № 1. – С. 43-56.
- Ялтонский В.М. Субъективное восприятие болезни как угрозы у больных раком предстательной железы / В.М. Ялтонский, Л.С. Богданова // Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – 2011. – С. 101-105.
- Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. Cognitive therapy of depression. – New York : Guilford Press. – 1979. – 425 p.
- Bower G.H. Mood and memory // Journal of American Psychologist. – 1981– V. 36. – P. 129-148.
- Brooks N.A., Matson R.R. Social-psychological adjustment to multiple sclerosis. A longitudinal study // Social Science and Medicine. – 1982. – V. 16. – P. 2129-2135.
- Bawn A., Newman S., Weinman J., West R., McManus C. Cambridge handbook of psychology, health and medicine. – UK : Cambridge University Press. – 2007. – P.660.
- Carver C.S., Pozo C., Harris S.D., Noriega V., Scheier M.F., Robinson D.S., Ketcham A.S., Moffat F.L., Clark K.C. How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer // Journal of Personality and Social Psychology. – 1993. – V. 65. – P. 375-390.
12. Everson S.A., Goldberg D.E., Kaplan G.A., Cohen R.D., Pukkala E., Tuomilehto J., Salonen J.T. Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer // Psychosomatic Medicine. – 1996. – V. 58. – P.113-121.
- Evers A.W., Kraaimaat F.W, van Lankveld W., Jongen P.J., Jacobs J.W., Bijlsma J.W. Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases // Journal of Consulting & Clinical Psychology. – 2001. – V. 69. – № 6. – P. 1026-1036.
- Gillham J.E., Seligman M.E.P. Footsteps on the road to a positive psychology // Behaviour Research and Therapy. –1999. – V. 37. – P.163-173.
- Greer S., Morris T., Pettingale K.W., Haybittle J.L. Psychological response to breast cancer and 15 year outcome // Lancet. – 1990. – V. 335. – P.49-50.
- Hayes S.C., Jacobson N.S., Follette V.M., Dougher M.J. (Eds.) Acceptance and change: Content and context in psychotherapy. – Reno, NV : Context Press, 1994.
- Helgeson V.S. Applicability of cognitive adaptation theory to predicting adjustment in heart disease after coronary angioplasty // Health Psychology. – 1999 – V. 18. – P. 561-569.
- Heckhausen J., Schulz R. A life-span theory of control // Psychological Review. – 1995– V. 102. – P. 284-304.
- Heijmans M., Ridder de D. Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature // Journal of Behavioral Medicine. – 1998. – V. 21. – P. 485-503.
- Kendall P.C., Howard B., Hays R. Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking // Cognitive Therapy and Research. – 1998. – V. 13. – P. 583-598.
- Kendall P.C. Healthy thinking // Behavior Therapy. – 1992. – V. 23. – P. 1-11.
- Leventhal H., Nerenz D., Steele D.J. Illness representation and coping with health threats. In: Baum A., Taylor S.E., Singer J.E. (Eds.) Handbook of psychology and health: social psychological aspects of health. – Hillsdale, New Jersey: Earlbaum. – 1984. – V. 4. – P. 219-252.
- Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness // Cameron L.D., Leventhal H. (Eds.). The self-regulation of health and illness behavior. – Routledge : New York. – 2003. – P. 42-65.
- Li L., Moore D. Acceptance of disability and its correlates // Journal of Social Psychology. –1998. – V. 138. – P. 13-25.
- Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K.J., Horne R., Cameron L.D., Buick D. The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) // Psychology and Health. – 2002. – V. 17. – P. 1-16.
- Muraven M., Tice D. M., Baumeister R. F. Self-control as limited resource: regulatory depletion patterns // Journal of Personality and Social Psychology. – 1998. – V. 74. – № 4. – P. 774-789.
- McCracken L.M. Learning to live with the pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain // Pain – 1998. – V. 74. – P. 21-27.
- Parle M., Jones B., Maguire P. Maladaptive coping and affective disorders among cancer patients // Psychological Medicine. – 1996. – V. 26. – P. 735-744.

- Seligman M. E. Helplessness: On depression, development, and death. – San Francisco : Freeman. –1975. – 250 p.
- Schiaffino K.M., Cea C.D. Assessing chronic illness representations: The Implicit Models of Illness Questionnaire // *Journal of Behavioral Medicine*. – 1995. – V. 18. – P. 531-548.
- Sirota N.A., Fetisov B.A. Coping behavior of women with breast cancer with visible postsurgery deformity // *Psychology in Russia: State of the Art*. – 2013. – 6(1). – 77-85.
- Smith C.A., Wallston K.A., Dwyer K.A., Dowdy S.W. Beyond good and bad coping: A multidimensional examination of coping with pain in persons with rheumatoid arthritis // *Annals of Behavioral Medicine*. – 1997. – V. 19. – P. 11-21.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma // *Journal of Traumatic Stress*. – 1996. – V. 9. – P. 455-471.
- Türk D.C., Rudy T.E., Salovey P. Implicit models of illness // *Journal of Behav Med*. – 1986. –V. 9. – P. 453-474.
- Thompson S.C., Nanni C., Levine A. Primary versus secondary and central versus consequence-related control in HIV-positive men // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1994. – V. 67. – P. 540-547.
- Vellis de B.M., Blalock S.J. Illness attributions and hopelessness depression: The role of hopelessness expectancy // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1992. – V.101. – P. 257-264.
- Weinman J., Petrie K.J., Moss-Morris R., Horne R. The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness // *Psychology and Health*. – 1996. – V. 11. – P. 431-445.
- Weir R., Browne G., Roberts J., Tunks E., Gafni A. The Meaning of Illness Questionnaire: Further evidence for its reliability and validity // *Pain* –1994. – V. 58. – P. 377-386.

#### References:

- Bawn, A., Newman, S., Weinman, J., West, R., McManus, C (2007). *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. UK: Cambridge University Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bower, G.H. (1981). Mood and memory, *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Brooks, N.A., Matson, R.R. (1982). Social-psychological adjustment to multiple sclerosis. A longitudinal study, *Social Science and Medicine*, 16, 2129-2135.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L., Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer, *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- DeVellis, B.M., Blalock, S.J. (1992). Illness attributions and hopelessness depression: The role of hopelessness expectancy, *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 257-264.
- Everson, S.A., Goldberg, D.E., Kaplan, G.A., Cohen, R.D., Pukkala, E., Tuomilehto, J., Salonen, J.T.(1996). Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer, *Psychosomatic Medicine*, 58,113-121.
- Evers, A.W., Kraaimaat, F.W, van Lankveld, W., Jongen, P.J., Jacobs, J.W., Bijlsma, J.W. (2001). Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69(6), 1026-1036.
- Gillham, J.E., Seligman, M.E.P. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology, *Behaviour Research and Therapy*, 37, 163-173.
- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K.W., Haybittle, J.L.(1990). Psychological response to breast cancer and 15 year outcome, *Lancet*, 335, 49-50.
- Hayes, S.C., Jacobson, N.S., Follette, V.M., Dougher, M.J. (1994). *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. NV: Context Press.
- Helgeson, V.S. (1999). Applicability of cognitive adaptation theory to predicting adjustment in heart disease after coronary angioplasty, *Health Psychology*, 18, 561-569.
- Heckhausen, J., Schulz, R. (1995). A life-span theory of control, *Psychological Review*, 102, 284-304.
- Heijmans, M., de Ridder, D.(1998). Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature, *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 485-503.
- Klayn, P. (1994) *Spravochnoye rukovodstvo po konstruirovaniyu testov [Handbook on designing tests]*. Kiyev, 283.
- Kendall, P.C., Howard, B., Hays, R. (1998). Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking, *Cognitive Therapy and Research*, 13,583-598.
- Kendall P.C.(1992). Healthy thinking, *Behavior Therapy*, 23, 1-11.
- Leventhal, H., Nerenz D., Steele, D.J. (1984). Illness representation and coping with health threats. In: Baum, A., Taylor, S.E., Singer, J.E. (Eds.) *Handbook of psychology and health: social psychological aspects of health*, Hillsdale, New Jersey: Earlbaum, 4, 219-252.
- Leventhal, H., Brissette, I., Leventhal, E. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness, In: L.D. Cameron, H. Leventhal (Eds.). *The self-regulation of health and illness behavior*, Routledge: New York, 42-65.
- Li, L., Moore, D.(1998). Acceptance of disability and its correlates, *Journal of Social Psychology*, 138, 13-25.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D., Buick, D. (2002). The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), *Psychology and Health*, 17, 1-16.
- Muraven, M., Tice, D. M., Baumeister, R. F. (1998). Self-control as limited resource: regulatory depletion patterns, *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 774-789.
- McCracken, L.M. (1998). Learning to live with the pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain, *Pain*, 74, 21-27.
- Nasledov, A.D. (2004) *Matematicheskiye metody psikhologicheskogo issledovaniya [Mathematical methods of psychological research]*. SPb, 392.
- Parle, M., Jones, B., Maguire, P. (1996). Maladaptive coping and affective disorders among cancer patients, *Psychological Medicine*, 26, 735-744.
- Rasskazova, E.I. (2014) *Ponyatiye samoregulatsii v psikhologii zdorov'ya : novyy podkhod ili oblast' primeneniya [The notion of self-regulation in health*

- psychology: a new approach or scope]. *Theoretical and experimental psychology*. 2014. 7(1). 43-56.
- Seligman, M. E. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Schiaffino, K. M. Cea, C. D.(1995). Assessing chronic illness representations: The Implicit Models of Illness Questionnaire // *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 531-548.
- Sirota, N.A., & Fetisov, B.A. (2013) Coping behavior of women with breast cancer with visible postsurgery deformity. *Psychology in Russia: State of the Art*. 6(1), 77-85
- Smith, C.A., Wallston, K.A., Dwyer, K.A., Dowdy, S.W. (1997). Beyond good and bad coping: A multidimensional examination of coping with pain in persons with rheumatoid arthritis, *Annals of Behavioral Medicine*, 19, 11-21.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1996). The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma, *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- Türk, D.C., Rudy, T.E., Salovey, P.(1986). Implicit models of illness, *Journal of Behav Med*, 9, 453-474.
- Thompson, S.C., Nanni, C., Levine, A. (1994). Primary versus secondary and central versus consequence-related control in HIV-positive men, *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 540-547.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R., Home, R.(1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness, *Psychology and Health*, 11, 431-445.
- Weir, R., Browne, G., Roberts, J., Tunks, E., Gafni, A. (1994). The Meaning of Illness Questionnaire: Further evidence for its reliability and validity, *Pain*, 58, 377-386.
- Yaltonskiy, V.M., Bogdanova, L.S. (2011) Sub»yektivnoye vospriyatiye bolezni kak ugrozy u bol'nykh rakom predstatel'noy zhelezy [Subjective perception of the disease as a threat to patients with prostate cancer]. *Collected materials Russian scientific and practical conference with international participation*. 101-105.