

Министерство образования и науки РФ
Федеральное государственное автономное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
Южно-уральский государственный университет
(национальный исследовательский университет)
Институт социально-гуманитарных наук
Факультет психологии
Кафедра «Общая психология, психодиагностика
и психологическое консультирование»

Рецензент, канд.мед.н.,
ассистент кафедры психиатрии
ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ
_____ О.Н.Шарова
«__» _____ 2017 г.

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ
Заведующий кафедрой ОП,
канд.психол.н., доцент
_____ С.В.Морозова
«__» _____ 2017 г.

**ЛИЧНОСТНЫЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
У ЛИЦ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ**

**ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА
К ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ
ЮУРГУ–37.03.01.2017.465.ПЗ ВКР**

Руководитель проекта
д. психол.н., профессор
_____ Н.А.Батурин
_____ 2017 г.

Автор проекта
студент группы СГ-465
_____ О.Д.Анисимова
_____ 2017 г.

Нормоконтролер
_____ Л.А.Донцова
_____ 2017 г.

Челябинск, 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ ЛИЧНОСТНЫХ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ У ЛИЦ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ	
1.1 Анализ исследований личностных особенностей лиц с онкопатологией.....	8
1.2 Анализ исследований социально-психологических особенностей лиц с онкопатологией.....	11
1.3 Анализ подходов к рассмотрению ситуации онкологического заболевания	14
1.4 Ресурсы, способствующие адаптации и саморегуляции у лиц с онкопатологией.....	16
1.4.1 Копинг-стратегии как ресурс адаптации и саморегуляции у лиц с онкопатологией.....	17
1.4.2 Ценностно-смысловые образования личности как ресурсы, способствующие адаптации и саморегуляции у лиц с онкопатологией.....	19
1.4.3 Личностные достоинства как ресурсы, способствующие адаптации и саморегуляции лиц с онкопатологией.....	20
ГЛАВА 2. ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ	
2.1 Цели и задачи исследования	25
2.2 Методы исследования.....	26
2.3 Методы математической обработки данных.....	29
ГЛАВА 3 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТНЫХ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ У ЛИЦ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ	
3.1 Исследование личностных и социально-психологических особенностей у лиц с онкопатологией	
3.1.1 Исследование личностных особенностей у лиц с онкопатологией	30
3.1.2 Изучение социально-психологических особенностей у лиц с онкопатологией.....	33
3.1.3 Особенности применения копинг-стратегий у лиц с онкопатологией.....	35

3.2 Изучение различий по показателям личностных особенностей и копинг-стратегий у лиц с онкопатологией и лиц, не имеющих данного заболевания	36
3.2.1 Изучение различий по показателям личностных особенностей у лиц с онкопатологией и лиц, не имеющих онкопатологии.....	36
3.2.2 Изучение различий по показателям копинг-стратегий у лиц с онкопатологией и лиц, не имеющих данного заболевания	39
3.3 Анализ взаимосвязи личностных особенностей и копинг-стратегий у лиц с онкопатологией и лиц, не имеющих данного заболевания.....	42
3.3.1 Анализ взаимосвязи личностных особенностей и копинг-стратегий у лиц с онкопатологией	42
3.3.2 Анализ взаимосвязи личностных особенностей и копинг-стратегий у лиц, не имеющих онкопатологии	45
3.4 Анализ различий во взаимосвязях между показателями личностных особенностей и копинг-стратегиями у лиц с онкопатологией и лиц, не имеющих онкопатологии.....	47
ВЫВОДЫ	49
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	50
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	52
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	58
ПРИЛОЖЕНИЕ А Методики сбора данных	58
ПРИЛОЖЕНИЕ Б Сырые данные по методикам исследования	68

ВВЕДЕНИЕ

По данным Российского Центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии в составе МНИОИ им. П.А. Герцена в последние десятилетия отмечается рост онкологической заболеваемости. В 2015 году в России выявлено 589 341 впервые обнаруженных злокачественных новообразований, что на 4% больше по сравнению с показателем 2014 года [16].

В настоящий момент описаны различные варианты проявления психологических феноменов у лиц с онкологическими заболеваниями: как психологические, так и патопсихологические проявления, обусловленные наличием данного заболевания [2, 14, 43]; рассмотрены варианты применения механизмов психологической защиты у данного контингента лиц, такие дезорганизующие привычную деятельность феномены, сопровождающие течение онкологических заболеваний как тревога, депрессия, астенические состояния [14, 43].

Социально-демографическая картина онкологических заболеваний в настоящий момент характеризуется рядом сложностей, среди которых выделяются её динамичность и охват всё более молодых групп населения, ведущие к значительному сокращению продолжительности жизни членов общества [16]. Эти данные позволяют говорить о важности проблемы разностороннего и постоянного сопровождения лиц с онкопатологией, что в целом обеспечивается нормативно-правовыми документами.

Так основные положения Приказа Министерства здравоохранения Челябинской области от 27.05.2005 № 213 указывают на обязательное оказание психологической и психотерапевтической помощи данному контингенту лиц и создание полипрофессиональных бригад для этих целей [30]. Кроме того, создаются школы здоровья для разных категорий соматических больных, что требует от работающих в них специалистов детального изучения особенностей данной группы лиц [29].

В настоящее время наблюдается активное развитие направления, возникшего на стыке онкологии и психологии – онкопсихологии, которое в качестве основного объекта для своего внимания определяет личность онкологического больного, в связи с этим изучению подвергается так же окружение лица с онкопатологией: изучаются психологические особенности членов их семей, работающего с ними медицинского персонала [38].

При изучении психологических аспектов онкологических заболеваний, важное место уделяется исследованию адаптации к болезни и саморегуляции в её условиях, рассматриваются особенности личности, способствующие этому, социальная поддержка данного контингента лиц.

Всё это подчеркивает социальную значимость онкологических заболеваний и невозможность ограничения изучения этой проблемы только медицинскими аспектами.

Кроме того, актуальными на данный момент являются вопросы здоровья в целом на мировом уровне. Так многими странами поддерживается программа ВОЗ «Здоровье 2020», содержание которой нацелено на улучшение здоровья и повышение уровня благополучия людей [12]. А для достижения этих целей, в свою очередь, представляется важной работа над проблемой онкологической заболеваемости.

Таким образом, мы можем говорить, не только о медицинских аспектах работы над проблемой онкологии, но и о психологических аспектах: адаптации, реабилитации, а так же о социальных аспектах повышения уровня здоровья, качества жизни и благополучия людей.

Целью настоящего исследования явилось изучение личностных и социально-психологических особенностей у лиц с онкопатологией.

В соответствии с обозначенной целью были выделены следующие задачи:

Определить показатели личностных особенностей, ведущих копинг-стратегий и показатели социально-психологических особенностей у лиц с онкопатологией; выявить различия по указанным параметрам между группой лиц имеющих онкологическую патологию и группой, представители которой не имеют данного

заболевания; выявить значимые взаимосвязи между указанными параметрами у группы лиц имеющих онкологическую патологию, а так же группы, представители которой не имеют данного заболевания; провести анализ различий во взаимосвязях исследуемых параметров между собой у группы лиц, имеющих онкологическую патологию и группы лиц, не имеющих таковой.

В качестве объекта данного исследования были обозначены непосредственно лица с онкопатологией.

Предметом являются личностные и социально-психологические особенности лиц с онкопатологией.

В качестве методов исследования личностных и социально-психологических особенностей использовались следующие тесты: «Стандартизованный многофакторный метод исследования личности» (СМИЛ), «Способы совладающего поведения», «Ценности в действии», опросник для изучения социальной значимости болезни. Математическая обработка данных проводилась путём корреляционного анализа, сравнением средних величин, оценки значимости различий.

В качестве гипотез исследования выдвинуты следующие предположения:

1. Личностные особенности и предпочитаемые копинг-стратегии у лиц с онкопатологией отличаются от аналогичных параметров у лиц, не имеющих онкопатологии.

2. Личностные особенности у лиц с онкопатологией, в случае их выраженности на уровне, который может привести к нарушению привычного функционирования, компенсируются за счет выраженности достоинств личности.

Результаты данной работы могут быть использованы для построения программ психологического сопровождения лиц с онкопатологией и их окружения.

Дипломная работа состоит из введения, трех глав, выводов, заключения, библиографического списка (48 наименований) и двух приложений. В тексте работы содержится 10 таблиц и 3 рисунка. Общий объем работы 68 страниц.

ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ ЛИЧНОСТНЫХ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ У ЛИЦ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ

1.1 Анализ исследований личностных особенностей лиц с онкопатологией

Проблема исследования личностных особенностей лиц с онкопатологией, как уже было сказано выше, является значимой, по причине того, что, данное заболевание оказывает сильное влияние не только на соматическое здоровье человека, но и нарушает его привычную жизнедеятельность с психологической точки зрения, и ограничиться изучением только медицинских аспектов заболевания, исходя из этого, не представляется возможным.

Вследствие того, что понятие «личность» представляет собой одну из базовых категорий психологической науки [20, 27], существует достаточно много подходов к ее изучению. Это определяет и большое количество определений личности. Мы будем отталкиваться от одного из довольно широких определений личности, в соответствии с которым она понимается как характеристики человека, отвечающие за согласованное проявление его чувств, мышления и поведения. Данное определение предложили Л. Первин и О. Джон – американские исследователи в области персонологии [27].

В контексте заявленной в рамках работы темы, и, исходя из предложенного определения личности, её особенности можно определить как наиболее яркие характеристики, отвечающие за проявление её чувств, мышления и поведения.

В результате анализа литературы был сделан вывод, что большинство отечественных психологических исследований, в большинстве своём направлены не на определение личностных особенностей данного контингента лиц, а на описание стратегий совладания с болезнью, адаптации к ней, профилактики рецидивов, тогда личностные особенности чаще изучаются с патопсихологической точки зрения. Этот факт несколько сужает представление имеющихся данных.

Проблема влияния болезни на личность отечественными исследователями рассматривается в контексте теории отношений В.Н. Мясищева. Личность, таким образом, рассматривается как система отношений, подвергнувшаяся влиянию болезни, и, вследствие этого меняющаяся кардинально [8, 18, 28, 40]. Система отношений, являющаяся ядерной структурой личности, определяя восприимчивость к развитию болезни и адаптационный потенциал.

Отношение к болезни, в частности в ситуации онкологического заболевания, является важным объектом исследований. Отношение человека к собственному онкологическому диагнозу оказывает влияние на его эмоциональное состояние, отношения с окружающими, оценку собственных перспектив.

Отношение к болезни в рамках понимания её с позиции теории отношений включает в себя когнитивный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий компоненты.

В когнитивный компонент входят представления и знания человека о феномене онкологических заболеваний, размышления относительно их причем важную роль здесь играет то, каким образом была приобретена информация о заболевании, поскольку очень часто социальные представления о данного рода болезнях сопровождаются предубеждениями [18, 41, 42, 48]. Здесь же возможны и попытки объяснения себе причин возникновения заболевания социальными или психологическими факторами [14, 28, 40, 42].

К эмоциональному компоненту отношения к болезни относятся собственно эмоциональные реакции на установленный диагноз, которые так же оказывают непосредственное влияние на самочувствие человека. Важное значение имеют переживания относительно причин возникновения заболевания [18, 39].

Мотивационно-поведенческий компонент характеризуется тем, как человек строит свою жизнь с учетом онкологического диагноза. Сюда относятся мотивационные факторы и ценности, которые могут более явно проявиться или в принципе возникнуть вследствие болезни [18].

Особенности восприятия болезни определяются возрастом и этапом лечения или возникновения заболевания. Так, люди более старшего возраста,

воспринимают свой диагноз более сдержанно [28, 40, 48]. Что касается восприятия заболевания на той или иной стадии лечения или возникновения его, отмечается, что в ситуации постановки диагноза впервые и на начальных этапах лечения существует проблема эмоционального принятия болезни, в случае рецидива – возникает проблема нахождения в болезни, в случае ремиссии – сложности к возвращению к прежним условиям жизни с учётом опыта перенесенного заболевания [28].

Онкологическое заболевание связано с тяжелыми переживаниями человека: неся в себе угрозу для жизни, оно зачастую воспринимается как фатальное событие, и такому его восприятию способствуют в основном неожиданное появление болезни в жизни человека, неопределенность в вопросе природы заболевания и отсутствие однозначного прогноза. Всё это приводит к личностным изменениям человека, находящегося в новых для себя условиях [40, 41, 42]. Так исследователями отмечаются тенденции к инфантильной позиции, занимаемой этими людьми вследствие заболевания [17, 32], которая проявляется в отсутствии заинтересованности в оценке ситуации с позиции взрослого. Люди с онкопатологией так же с позиции ребенка положительно оценивают негативные ситуации, не склонны к принятию ответственности, у них часто наблюдается повышенная самооценка и внешний локус контроля, важным для них так же представляется стремление представить себя в глазах других в более выгодном свете [17, 32, 33]. Таким образом, исходя из этих данных, можно выдвинуть предположение о некоторой степени эгоцентризма у онкологических больных. Большинству из них свойственен внешний локус контроля и оценка ситуации как неподдающейся их влиянию, эти лица пассивны, покорны, плохо переносят смену обстановки, что можно объяснить тем, что сама ситуация болезни требует от них затраты большого количества личных ресурсов, и, на дополнительное их расходование в связи со сменой обстановки, ресурсов уже не хватает [17, 32 40]. В сфере эмоционального реагирования у данных лиц отмечается тенденция к подавлению отрицательных переживаний, сниженное настроение и раздражительность, стремление избежать погружения в проблемную ситуацию

путем применения механизма психологической защиты по типу регрессии, что способствует их возможности придерживаться привычных способов поведения [17, 40]. Так же для них характерен уход в мир субъективных переживаний. Всё это может свидетельствовать о страхе взаимодействия с проблемой напрямую, потребности в социальной поддержке, особенно со стороны близких людей. Присутствует тревога за исход лечения, обеспокоенность своим будущим, склонность к депрессии, повышенная тревожность, что представляется вполне объяснимым с учетом угрозы для жизни [14, 17, 32, 40, 41, 42, 43].

1.2 Анализ исследований социально-психологических особенностей лиц с онкопатологией

В рамках социальной психологии личность понимается как специфический продукт социальных обстоятельств, важными для изучения в этой связи представляются социальная мотивация поведения и деятельности людей, классовые, профессиональные особенности, закономерности проявления общественной активности [1, 20]. Важным представляется то, в каких формах личность усваивает социальные влияния, и как в дальнейшем она их реализует в ситуациях деятельности и общения, как с отдельно взятыми значимыми для нее людьми, так и в группе [1].

В контексте того, что важным представляется изучение и конкретного жизненного пути личности [1], стоит уделить внимание проблеме онкологических заболеваний на уровне отдельно взятой личности, включенной в социальное взаимодействие, и общества в целом, оказывающего значительное влияние на личность онкологического больного, с точки зрения отношения к нему других людей, информации, предоставляемой от разных социальных институтов об аспектах онкологических заболеваний [42]. Социальные факторы оказывают значимое влияние на показатели выживаемости и качества жизни людей с онкологической патологией [14, 41, 42, 48].

Социальная позиция и принадлежность конкретного человека к тому или иному обществу, представляют собой важный аспект ценностно-смысловых отношений личности. Смена социальной позиции, особенно кардинального характера, в некоторых случаях может повлечь за собой непредсказуемые последствия, нарушая организацию личностных смыслов [3]. Исходя из этого, можно сделать вывод, что при столкновении человека с проблемой онкологического заболевания, ущерб наносится не только его личностным особенностям, проявлениям, но и его привычному функционированию в системе социальных отношений.

В настоящее время мы можем наблюдать высокую социальную значимость онкологических заболеваний, которая влияет на отношение к этой проблеме как людей, которым приходится бороться с болезнью – собственной или близких людей, так и тех, которым не приходилось иметь подобного опыта. Отношение заболевшего человека, или его близких к диагнозу, способы адаптации к болезни, оказывают влияние на общее психическое состояние, на качество жизни и благополучие этих людей [28, 40, 41, 42, 48].

Соответственно, чем более оно адекватное, тем лучше для людей с заболеванием. Вопрос об адекватности восприятия онкологического заболевания встаёт в связи с наличием в обществе зачастую искаженных представлений о заболевании, мифический характер которых придает их оценке больше драматизма, влечет за собой формирование фобических реакций по отношению к болезни (канцерофобии) [42, 48].

Получение же адекватной информации об онкологических заболеваниях, помимо того, что повышает осведомленность общества о реальных аспектах проблемы, позволяет повысить уровень заботы людей о своём здоровье, и, что немаловажно, формирует в свою очередь адекватное отношение к лицам с онкологическими заболеваниями, которое представляется важным в контексте их социальной адаптации в статусе онкологических больных [42, 48].

Не менее важными, когда речь заходит о вопросах адаптации людей к ситуации онкологического заболевания в сфере социального взаимодействия являются отношения этих лиц с членами их семей и работниками медицинских учреждений, которые претерпевают изменения вследствие ситуации болезни [8, 17, 28, 40, 41, 42, 48]. И в тех и других случаях, в зависимости от отношения обеих сторон к сложившейся ситуации, адаптация к болезни может как оказывать положительное воздействие на состояние больного, так и наоборот усугубить его [42]. Как меняется отношение окружающих к человеку с онкологическим диагнозом, так и с его стороны наблюдается изменение оценки себя и пересмотр своего места в социуме. Касательно выстраивания отношений лиц с онкологическими заболеваниями с членами их семей, выделяются такие аспекты, как, например, отношение со стороны семьи по типу гиперопеки, которое, может провоцировать ссоры [48]. Движимые страхом лишиться прежнего круга общения, испортить отношения с близкими людьми, многие люди с установленным онкологическим диагнозом стараются скрыть от других факт болезни и лечения [8, 28, 42, 48]. Для них представляется очень значимой поддержка в первую очередь со стороны близких, большинство же остальных социальных контактов отходит на второй план [8, 28, 48]. Вследствие выше указанных трудностей во взаимоотношениях с окружением, данной группой лиц может отмечаться значимость социальной поддержки для адаптации к заболеванию, но при этом подчеркиваться неудовлетворенность ей, выраженная как в ухудшении качества отношений, так и в обманутых ожиданиях по отношению к близким человека, переживающего ситуацию заболевания [28, 48]. Но в целом лица с онкопатологией оценивают отношения с членами своей семьи в контексте социальной поддержки как более удовлетворительные в сравнении с ситуацией поиска социальной поддержки в сфере оказания медицинских услуг [40]. В отношении же медицинского персонала, от которого помимо их основной работы в качестве врачей требуется специальная подготовка для работы с данным контингентом лиц, например, в случае проблемы корректного сообщения информации о заболевании [28, 41, 42, 48], со стороны лиц с онкопатологией

могут отмечаться так же преувеличенные ожидания и возложение на них полной ответственности за исход лечения [17, 48].

Обращение же лиц с онкопатологией за помощью к специалистам психологам и психотерапевтам так же сопряжено с рядом трудностей, т.к. они исходят из существующих в обществе предубеждений о том, что к специалистам данного профиля обращаются только в случае грубых психических нарушений [2]. В то же время многими из них отмечается необходимость получения психологической помощи [8, 48], которая представляется особенно важной для коррекции смысловых ориентиров [32, 40].

1.3 Анализ подходов к рассмотрению ситуации онкологического заболевания

При исследовании адаптации к заболеванию лиц с различными патологиями, как уже было отмечено, изучается отношение человека к болезни, к себе, своему отношению к болезни [17, 39, 40, 41, 48].

Ситуация онкологического заболевания, согласно исследованиям, воспринимается как кризисная или экстремальная, ставящая перед человеком, непосредственно с ней столкнувшимся, ряд проблем личностного и экзистенциального характера [8, 28, 41]. Установленный диагноз несет за собой постоянное воздействие травматических стрессоров, ухудшающих психоэмоциональное состояние человека, обуславливающих напряжение в его взаимодействие с другими людьми [8]. Ситуацию онкологического заболевания можно рассматривать как трудную жизненную ситуацию для человека, хотя оперирование этим понятием ведет нас к его категориальной неопределенности вследствие широкой распространенности в работах разных исследователей, и, несмотря на то, что сами понятия могут быть сформулированы по-разному, в их содержании можно отметить общие закономерности [46]. Так Ф. Е. Василук использует термин «критическая ситуация», суть которой в отсутствии у субъекта возможности реализовать необходимые для привычной жизнедеятельности стремления, ценности, мотивы [9]. Л.И. Анциферова оперирует понятием

«переломная ситуация», суть которой в том, что она ставит перед человеком необходимость предвосхищения грядущих сложностей, а так же нужду в оперативном реагировании на них с целью создания условий, подходящих для достижения гармонии [46].

Е.В. Битюцкая выделяет факторы когнитивного оценивания трудной жизненной ситуации, среди которых: значимость для субъекта возникшей ситуации, неопределенность, сложности в стремлении дать прогноз ситуации, неподконтрольность и динамичность, стрессогенное воздействие и соотнесение собственных ресурсов с требованиями, которые предъявляет ситуация [6].

Так как основной целью данной работы является всё же не акцент на понятии «ситуация», представляется возможным ограничиться выше приведенными определениями, т.к. уже из них можно выделить общие закономерности, актуальные для рассматриваемой темы, а именно такие как: трудная жизненная ситуация ставит человека в ранее непривычные для него, затруднительные условия жизнедеятельности, стрессовое воздействие ситуации на человека, наблюдается субъективная значимость происходящего. В соответствии с этим представляется возможным рассматривать онкологическую патологию как трудную жизненную ситуацию, т.к. описанные закономерности имеют место, когда человеку приходится столкнуться с этой болезнью.

При постановке диагноза и на первых этапах лечения у лиц с онкопатологией наблюдаются вполне объяснимые трудности в эмоциональном принятии факта наличия угрожающего жизни заболевания [8, 28, 39, 40, 41, 42]. В результате исследований были выделены стратегии сопротивления, к которым склонны люди с ситуации получения информации о наличии заболевания. Таких стратегий определилось 7:

- 1) поиск информации о болезни, с целью уменьшить страх;
- 2) поиск поддержки для уменьшения негативных переживаний, причем поддержки, как со стороны близких, так и в институте религии;

- 3) атрибуция ответственности за возникновение заболевания по отношению к тем или иным факторам, включая собственное поведение;
- 4) отрицание болезни;
- 5) полное принятие и отказ от борьбы с болезнью;
- 6) активное сопротивление с целью улучшения ситуации;
- 7) импульсивное поведение вследствие потери самообладания или для того, чтобы избавиться от негативных переживаний [39].

С учетом выше описанных характеристик трудной жизненной ситуации, реагирование на сообщение о заболевании подобным образом представляется объяснимым, однако применение этих стратегий для изменения ситуации кажется либо неконструктивным, либо недостаточным. В связи с этим, уместным является рассмотрение стратегий совладающего поведения в качестве ресурсов адаптации и саморегуляции в условиях болезни, и некоторых других, но не менее важных ресурсов, этому способствующих.

1.4 Ресурсы, способствующие адаптации и саморегуляции у лиц с онкопатологией

При изучении психологических аспектов онкологических заболеваний можно отдельно отметить направление, исследования в русле которого нацелены на выявление психологических ресурсов адаптации к заболеванию и совладания с ним. В рамках этого направления изучаются адаптационные ресурсы пациентов онкологического профиля [32, 33], детерминанты механизмов совладания с болезнью [15], уделено внимание вопросам саморегуляции и адаптации к заболеванию у детей с онкологией [39], рассматриваются психологические ресурсы в профилактике рецидивов заболевания [40], а также изучаются основы психокоррекционного [2] и психолого-социального [48] сопровождения данной категории лиц, психологические ресурсы как основы адаптации к онкологическому заболеванию в контексте её понимания как кризисной ситуации [8, 39, 41] или трудной жизненной ситуации [6], и, наконец, основы психологической коррекции этого профиля больных с позиций позитивной психологии [44, 45].

1.4.1 Копинг-стратегии как ресурс адаптации и саморегуляции у лиц с онкопатологией

Несмотря на травмирующее воздействие новой информации, после первых эмоциональных переживаний по отношению к установлению диагноза следует задумываться о дальнейших действиях, ориентированных на взаимодействие с ситуацией заболевания [8, 28, 41, 42].

Способ взаимодействия человека с ситуацией, возникшей перед ним, выбирается с позиции значения ситуации, той среды, в которой он находится, внутренних и внешних ресурсов, которые может задействовать для разрешения этой ситуации. Этот индивидуальный способ взаимодействия, способствующий адаптации к требованиям ситуации, определяется как копинг, а главная его задача заключается в сохранении за счет предпринимаемых действий и поддержании на высоком уровне благополучия и здоровья человека, его удовлетворенности происходящим вокруг [25].

С.К. Нартова-Бочавер приводит данное определение как одно из множества определений понятия «копинг», которое так же как и понятие ситуации широко используется исследователями [25].

Внешние факторы, детерминирующие специфику ситуации и внутренние, детерминирующие специфику субъекта, с ситуацией взаимодействующего, не позволяют приравнивать копинг к обычному приспособлению к ситуации [25].

Согласно исследованиям, чем большим набором копингов оперирует человек в стрессовой ситуации, тем легче ему с ней справиться [25, 31]. При этом учитывается и распространенное разделение копинг-стратегий на конструктивные и неконструктивные, и считается, что, такое их рассмотрение так же зависит от ситуацией, с которой сталкивается человек – одна и та же стратегия в разных ситуациях может носить конструктивный или же неконструктивный характер. В контексте данной работы можно отметить, что и то или иное заболевание определяет предпочтение конкретных стратегий совладания [32].

Согласно исследованиям копинг-стратегий у лиц с онкопатологией, их показатели могут быть существенно ниже, чем у других групп испытуемых, при

явном предпочтении лицами с онкопатологией стратегии дистанцирования, с выраженной интеллектуализацией происходящего и обесцениванием собственных переживаний. Так же можно отметить, что количество используемых ими копинг-стратегий ограничено. У них выражено предпочтение использования механизмов психологической защиты в сравнении с использованием стратегий совладающего поведения. Из-за этого предпочтения и специфики применяемых психологических защит они не могут освободиться от отрицательных эмоциональных переживаний, что могло бы быть достигнуто, если бы вместо механизмов психологической защиты отдавалось предпочтение продуктивным стратегиям совладания. Так же ситуацию с негативными переживаниями, ухудшающими функционирование личности в актуальных условиях жизнедеятельности усугубляет склонность к свехконтролю как личностная особенность [33].

Как уже было отмечено, исследования указывают на инфантильную позицию лиц с онкопатологией [17, 32]. Если же рассматривать информацию о копингах, предпочитаемых детьми, можно отметить, что у них присутствуют дезадаптивные эмоционально-ориентированные копинги, и слабая способность к применению когнитивных стратегий [39], что можно попробовать объяснить возрастом.

В то же время, отмечается, так же и с учетом личностных особенностей лиц с онкопатологией, их склонность к использованию стратегии поиска социальной поддержки [32], которая с учетом ситуации заболевания представляется вполне объяснимой. Но, при оценке социальной поддержки, многие лица с онкопатологией указывают на неудовлетворенность ею [40, 48].

Таким образом, исходя из этих данных, можно сделать вывод, что лица с онкопатологией склонны больше полагаться на других, сами при этом сосредотачиваясь на своих эмоциональных переживаниях.

1.4.2 Ценностно-смысловые образования личности как ресурсы, способствующие адаптации и саморегуляции у лиц с онкопатологией

Важными при исследовании личности онкологических больных так же представляются аспекты ценностно-смысловой сферы личности как тех ориентиров, на которые человек опирается в процессе борьбы с болезнью [28].

Признание наличия значимых ориентиров указывают на понятие ценностного смысла, который определяется как индивидуализированное отражение действительности, которое раскрывает отношение человека к объектам, ради которых он предпринимает те или иные действия.

Система личностных смыслов в свою очередь является важной характеристикой индивидуальности человека [3], а в ситуации онкологического заболевания она может претерпевать значительные изменения, как позитивного (посредством пересмотра и переоценки каких-либо аспектов), так и негативного характера.

Представителями разных направлений психологии и психотерапии отмечается, что появление у человека онкологического заболевания влечет за собой позитивные личностные изменения и обретение новых смыслов: например, представители экзистенциального направления И. Ялом и Э. Дорцен отмечают, что их клиенты с онкологическим диагнозом по-новому смогли взглянуть на себя и свою жизнь, сменить приоритеты и, от нездорового образа жизни и неудовлетворительных взаимоотношений с близкими прийти к возможности выстраивания более глубоких взаимоотношений с ними. [13, 47]. В целом они приходят к тому, что начинают ценить свою жизнь, хотя раньше могли над этим совсем не задумываться. Такая же тенденция отмечается и отечественными исследователями [17, 28, 32]. Отмечается так же, что само наличие смысла жизни и осознание её ценности значительно повышает качество жизни больных [8]. Хотя ценность жизни могут понимать немногие лица с онкопатологией [40], что ставит вопрос о необходимости психологической работы с данным контингентом лиц, направленной на актуализацию новых смысловых ориентиров.

В то же время можно отметить, что ценность здоровья у контингента лиц с онкопатологией, зачастую отсутствует, [17, 32], но увеличивается по мере продолжительности болезни [40], что указывает на трансформацию ценностных ориентиров вследствие влияния болезни.

1.4.3 Личностные достоинства как ресурсы, способствующие адаптации и саморегуляции лиц с онкопатологией

В последние годы исследователями из разных стран подчеркивается, что в настоящее время оценка развития общества как прогрессивного только за счет оперирования экономическими показателями, теряет свою актуальность и, чтобы наверняка говорить о прогрессивном пути развития общества, нужно помимо экономических исследований так же уделять внимание исследованию благополучия людей, живущих в этом обществе [4, 19]. ВОЗ была разработана программа «Здоровье 2020», согласно которой приоритетным является улучшение здоровья людей и повышение их благополучия [12].

В свою очередь, показатель качества жизни лиц с онкопатологией, как показали исследования, представляет собой даже большую ценность при учете прогноза выживаемости, чем известные медицинские данные о специфике онкологических заболеваний, например, таких как стадии заболевания [40]. За счет того, что исследователями понимается важность субъективной оценки значимости лицами с онкопатологией своего собственного благополучия в различных его аспектах, показатель качества жизни был включен в программы оценки эффективности лечения онкологических заболеваний, что говорит о том, что вопрос улучшения состояния данного контингента лиц рассматривается не только на медицинском, но так же на социальном и психологическом уровнях [40].

В настоящее время, исследованию феномена благополучия уделяется внимание многими представителями психологической науки, существует большое количество определений и техник исследования благополучия. Так, существуют термины «психологическое благополучие», «личностное благополучие»,

«субъективное благополучие» [4, 5]. Исследование феномена благополучия помимо разнообразия подходов к его пониманию так же осложнено тем, что, согласно М. Селигману, его не представляется на данный момент возможным подвергнуть непосредственному измерению. Можно оценивать только составляющие благополучия, к которым относятся позитивные эмоции, вовлеченность, осмысленность, достижения и позитивные отношения [36]. Само благополучие им понимается как положительная аффективность, смысл и вовлеченность по отношению к тем или иным видам деятельности, приносящим человеку удовлетворение [5].

От выше указанных феноменов представляется возможным перейти к личностным достоинствам или позитивным личностным ресурсам, способствующим адаптации лиц с онкопатологией к заболеванию и саморегуляции в условиях болезни.

При анализе современных исследований часто можно встретить упоминание о том, что такие факторы как постоянный стресс, тревожность, плохое настроение и вообще в целом пессимистичная оценка своих перспектив или склонность к депрессии могут спровоцировать возникновение онкологических заболеваний [Т.Ю. Жилева, Н.А. Русина, К.Саймонтон, С. Саймонтон, Н.В. Тарабрина, В.А. Чулкова]. Этот подход не поддерживается всеми специалистами в области исследования онкологии, однако заслуживает внимания. В рамках данной работы здесь можно отметить то, что в условиях подачи информации в современном обществе и отношения людей к феномену онкологии, наиболее вероятно, что объяснение диагноза другими людьми будет происходить именно с позиции личностных особенностей человека, с указанием ему на то, что он жил не так как следовало бы, чем склонит их к тому, чтобы задуматься и над своим образом жизни [8]. И тогда такой подход к природе онкологии, скорее служит не благим целям информирования общества, а наоборот приводит к его дезинформированию, повышению распространения канцерофобии среди

населения и ухудшению качества жизни людей с установленным онкологическим диагнозом.

Позитивная психология ориентируется на здоровые, сохранные стороны личности, с учётом чего, акцент на позитивных личностных ресурсах человека в ситуации онкологического заболевания представляется особенно значимым для более эффективной саморегуляции этих людей в условиях болезни. Под саморегуляцией в данном случае можно понимать целенаправленную деятельность человека во взаимодействии с ситуацией, которая требует от него действий, отличных от прежних им предпринимаемых [39]. Сама же регуляция лиц с онкопатологией обусловлена актуальным состоянием организма и среды, а так же возможностями, которые можно использовать в конкретной ситуации [44].

Под личностным достоинством (синонимичным понятием являются определения позитивный личностный ресурс, личностные добродетели), понимаются черты личности, способствующие успешной адаптации человека к окружающему миру и адекватному функционированию в нем, которое обеспечивается посредством выполнения позитивными ресурсами буферной функции, тем самыми препятствуя развитию той или иной патологии [22].

Чтобы черта личности рассматривалась как личностное достоинство, она должна обладать рядом характеристик, а именно:

- 1) устойчивостью во времени и стабильностью в проявлениях;
- 2) позитивностью, т.е. способствовать реализации личностного потенциала человека, его стремлению к позитивной и достойной жизни, а так же профилактике нарушений в жизни человека;
- 3) самооценностью вне зависимости от того, в какой деятельности она проявляется [5].

Учитывая это, представляется значимым рассмотрения вопроса личностных достоинств относительно лиц с онкопатологией, т.к. в условиях ситуации угрожающего жизни заболевания, вопрос позитивного функционирования личности становится особенно актуален.

М. Селигман, основатель позитивной психологии отмечал, что среди тех лиц с онкопатологией, с которыми он работал, люди с оптимистичным настроением относительно выздоровления чаще успешно справлялись с болезнью, чем те, кто склонялся к пессимистичным прогнозам [35]. Так же в ходе исследований позитивных личностных ресурсов лиц с онкопатологией было установлено, что они способствуют стремлению личности к саморазвитию, привнесению креативности в различные сферы собственной жизни, поддерживают веру в собственные силы и возможности влияния на происходящее даже будучи в ситуации угрожающего жизни заболевания [45].

Интересным представляется исследование, проведенное К. Петерсоном, которое описывает Д.А. Леонтьев. Согласно ему, лица, которые в прошлом перенесли серьезное заболевание, по выраженности личностных достоинств имеют показатели выше чем те, кто с тяжелой болезнью никогда не сталкивался [22]. Здесь же можно привести и такие представляющие интерес данные, что удовлетворенность жизнью уже конкретно группы лиц с онкопатологией, согласно отечественному исследованию, выше, чем удовлетворенность жизнью здоровых по этому признаку лиц [17].

Такие данные могут еще раз свидетельствовать о том, что серьезное заболевание, в частности онкологическое, может стать фактором, способствующим личностному росту, конструированию новых жизненных смыслов.

В связи с этим актуальным является вопрос о значении систематической психологической работы с онкологическими больными, с целью осознания ими ценности жизни, повышения или развития их оптимизма, веры в возможность благоприятного исхода в борьбе с заболеванием, других позитивных личностных ресурсов, т.к. согласно исследователям они могут быть развиты абсолютно каждым человеком, и тогда следует уделять внимание укреплению этих ресурсов, усилению и яркому выражению как в личностном плане, так и в социальных проявлениях [5, 11, 23].

С учётом ежегодного роста онкологической заболеваемости [16], вопросы, касающиеся систематической, качественной и доступной специализированной психологической помощи именно такой направленности должны учитываться при разработке программ психологического и социального сопровождения лиц с онкопатологией и членов их семей. И если уделить внимание развитию и укреплению личностных достоинств, то, можно предполагать, что помимо того, что изменится отношение лиц с онкопатологией к себе, к болезни, к окружающим и к жизни в целом, как следствие этого появится предпочтение продуктивных копинг-стратегий относительно ситуации заболевания, активная позиция человека который может влиять на эту ситуацию. Все это таким образом приведет к более успешному функционированию в ситуации болезни, улучшению качества жизни и данного контингента лиц.

Но при этом нужно учитывать тот факт, что онкологическое заболевание оказывает на личность очень сильное влияние травматического характера, которое сохраняется на продолжительный срок даже в стадии ремиссии болезни [28]. Это ставит вопрос о необходимости психологической работы с такими людьми и после успешного с медицинской точки зрения преодоления заболевания, то есть об их сопровождении на этапе реабилитации. Значение этого аспекта взаимодействия с людьми, имеющими опыт онкологического заболевания так же подчеркивается в исследованиях [2, 32, 34, 40, 43, 48].

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Цели и задачи исследования

Цель работы: изучение личностных и социально-психологических особенностей у лиц с онкопатологией

Для реализации данной цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Определить показатели личностных особенностей, ведущих копинг-стратегий; и социально-психологических особенностей у лиц с онкопатологией.

2. Выявить различия по указанным параметрам между группой лиц имеющих онкологическую патологию и группой, представители которой не имеют данного заболевания.

3. Выявить значимые взаимосвязи между указанными параметрам у группы лиц имеющих онкологическую патологию, а так же группы, представители которой не имеют данного заболевания.

4. Провести анализ различий во взаимосвязях исследуемых параметров между собой у группы лиц, имеющих онкологическую патологию и группы лиц, не имеющих онкологической патологии.

Предмет исследования: личностные и социально— психологические особенности лиц с онкопатологией

Объект исследования: лица, в настоящий момент имеющие онкологическую патологию

Выборку составили две группы испытуемых: 47 человек; в возрасте от 26 до 74 лет, находящиеся на лечении в челябинском областном клиническом онкологическом диспансере с онкологическими заболеваниями различной локализации (рак желудка, рак крови и рак легких). Из них 10 человек не вошли в выборку по причине недостоверности результатов по контрольным шкалам опросника СМИЛ, еще семь – по причине заполнения не всех методик, требующихся для исследования. Средний возраст испытуемых данной группы: 56 лет.

Вторую группу составили 30 человек без онкологической патологии в возрасте от 22 до 70 лет, из них 18 женщин и 12 мужчин. Из них четверо так же имеют недостоверные данные по контрольным шкалам опросника СМИЛ, вследствие чего их данные так же не подвергались дальнейшему анализу. Средний возраст испытуемых данной группы: 38 лет.

Таким образом, первую группу испытуемых составляют 13 женщин и 17 мужчин. Вторую группу составляют 15 женщин и 11 мужчин. Общее количество испытуемых с достоверными результатами: 56 человек.

Гипотезы исследования:

1. Личностные особенности и предпочитаемые копинг-стратегии у лиц с онкопатологией отличаются от аналогичных параметров у лиц, не имеющих онкопатологии.

2. Личностные особенности у лиц с онкопатологией, в случае их выраженности на уровне, который может привести к нарушению привычного функционирования, компенсируются за счет выраженности достоинств личности.

2.2 Методы исследования

Стандартизованный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ)

Стандартизованный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) представляет собой метод изучения личностных свойств и степени адаптированности обследуемого. Он является модифицированной версией Миннесотского многоаспектного личностного опросника (MMPI) , созданного в 1942-1949 г. С. Хатуэйем и Д. Маккинли.

Адаптация и рестандартизация опросника в нашей стране проводилась Л.Н. Собчик в 1968–1984 гг.

Опросник состоит из 566 вопросов, включает в себя 13 шкал: 3 шкалы достоверности и 10 базисных шкал.

Контрольные шкалы:

Шкала лжи (L);

Шкала достоверности (F);

Шкала коррекции (K).

Базисные шкалы:

Шкала 1 – сверхконтроля;

Шкала 2 – пессимистичности;

Шкала 3 – эмоциональной лабильности;

Шкала 4 – импульсивности;

Шкала 5 – мужественности-женственности;

Шкала 6 – ригидности;

Шкала 7 – тревожности;

Шкала 8 – индивидуалистичности;

Шкала 9 – оптимизма;

Шкала 0 – интроверсии [37].

Методика «Способы совладающего поведения»

Опросник «Способы совладающего поведения» («Way of Coping Questionare») разработали Р. Лазарус и С. Фолкман в 1988 г. с целью определения способов преодоления человеком трудностей, с которыми ему приходится сталкиваться в различных сферах деятельности. В данной работе используется вариант адаптации опросника, предложенный Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк и М.С. Замышляевой в 2004 году [21].

Опросник включает в себя 50 утверждений, каждое из которых отражает определенный вариант поведения в трудной ситуации. Каждый из них оценивается испытуемым по 4-балльной шкале (от 0 до 3); в зависимости от того, насколько свойственно ему прибегать к предложенной стратегии [21].

Пункты опросника объединены в восемь шкал, соответствующих основным видами копинг-стратегий, выделенных авторами:

1) конфронтация;

- 2) дистанцирование;
- 3) самоконтроль;
- 4) поиск социальной поддержки;
- 5) принятие ответственности;
- 6) бегство-избегание;
- 7) планирование решения проблемы;
- 8) положительная переоценка.

Методика «Ценности в действии»

Опросник «Ценности в действии» был разработан К. Петерсоном и М. Селигманом в 2001 году с целью диагностики достоинств личности, определяемых как силы характера, объединяющиеся в базовые добродетели, в соответствии с которыми и названы основные шкалы опросника. Позже был предложен сокращенный вариант данной методики, русскоязычная адаптация которого, проведенная С.А. Башкатовым, используется в данной работе [5].

Базовые шкалы опросника автором адаптации были обозначены как показатели характерологической позитивности [5]. Их названия приведены ниже:

- 1) мудрость и знание;
- 2) мужество;
- 3) человечность и любовь;
- 4) общая справедливость;
- 5) умеренность;
- 6) духовность.

Опросник для изучения самооценки социальной значимости болезни

Опросник для изучения самооценки социальной значимости болезни является клинико-психологической методикой, позволяющей оценить влияние болезни на различные сферы социального статуса людей. Методика была разработана А.И. Сердюком в 1994 г. на основе опроса 2000 людей с различными хроническими соматическими заболеваниями.

Опросник включает в себя десять пунктов, каждый из которых испытуемый оценивает в соответствии с тем, насколько значимым для него является представленная в нем сфера. Оценка производится по шкале от 0 до 4. Выбор двух последних вариантов ответа указывает на значимость представленных сфер для испытуемого и, исходя из этого, с ним выстраивается терапевтическая работа [24].

Сферы, субъективную значимость которых определяет опросник:

- 1) ограничение ощущения силы и энергии;
- 2) ухудшение отношения к больному в семье;
- 3) ограничение удовольствий;
- 4) ухудшение отношения к больному на работе;
- 5) ограничение свободного времени;
- 6) ограничение карьеры;
- 7) снижение физической привлекательности;
- 8) формирование чувства ущербности;
- 9) ограничение общения;
- 10) материальный ущерб.

2.3 Методы математической обработки данных

В качестве методов математической обработки данных использовались одновыборочный критерий Колмогорова – Смирнова для оценки нормальности распределения, корреляционный анализ по Спирмену, U–критерий Манна-Уитни для определения значимости различий, первичные описательные статистики (среднее и стандартное отклонение). Расчеты выполнены в программах Microsoft Excel 2007 и IBM SPSS Statistics [26].

ГЛАВА 3 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТНЫХ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ У ЛИЦ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ

3.1 Исследование личностных и социально-психологических особенностей у лиц с онкопатологией

3.1.1 Исследование личностных особенностей у лиц с онкопатологией

Для изучения личностных особенностей данной группы в рамках исследования применялись методики СМИЛ и «Ценности в действии».

Средние величины показателей личностных особенностей у лиц с онкопатологией, полученные посредством использования опросника СМИЛ, представлены ниже: (рис.1).

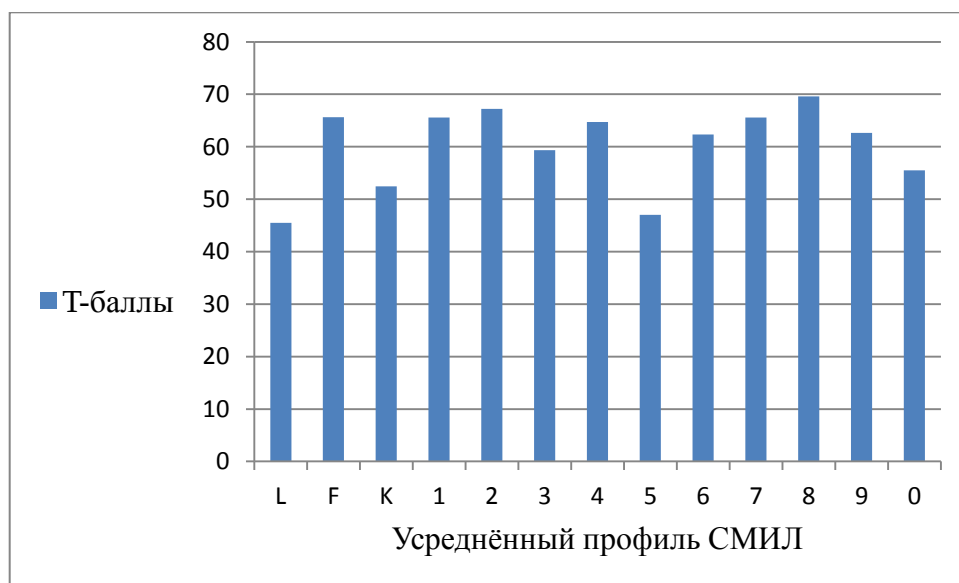


Рис. 1. Средние величины показателей личностных особенностей у лиц с онкопатологией

Условные обозначения: L – ложь, F – невалидность, K – коррекция, 1 – сверхконтроль, 2 – пессимистичность, 3 – эмоциональная лабильность, 4 – импульсивность, 5 – женственность-мужественность, 6 – ригидность, 7 – тревожность, 8 – индивидуалистичность, 9 – оптимистичность, 0 – интроверсия.

Если исходить из нормативных значений, обозначенных автором методики в пределах 30–70 T-баллов, можно увидеть, что все значения усреднённого профиля находятся в его пределах [37]. Однако если отталкиваться от показателя

50 Т–баллов, определяемого как идеальный средне-нормативный показатель, и указанного узкого коридора нормы в пределах 46–55 Т–баллов, можно отметить, что большинство показателей превышают данные ориентиры. При этом мы можем увидеть, что узкий нормативный коридор превышают и показатели по шкалам, определяемым как шкалы невротической триады (сверхконтроля, пессимистичности, эмоциональной лабильности). Причем превышение шкалы сверхконтроля над шкалой эмоциональной лабильности, согласно автору адаптации, говорит нам о тенденции бегства в болезнь со стороны испытуемых [37]. И, несмотря на то, что показатели по этим шкалам находятся в пределах широкого нормативного коридора и значения по ним приблизительно одинаковы, эта информация, с учетом контингента лиц, являющихся выборкой, представляется важной как возможное приложение для психологической работы с этими людьми.

Согласно Л.Н. Собчик, показатели, находящиеся в пределах 56–66 Т–баллов, указывают на характерологические особенности испытуемого, показатели в пределах 67–75 Т–баллов – на акцентуированные черты, которые могут приводить к трудностям в социально-психологической адаптации индивидов [37].

Как уже было отмечено выше, все показатели в усреднённом профиле находятся в пределах широкого нормативного коридора. Однако, два показателя – пессимистичности и индивидуалистичности – попадают в диапазон, соответствующий их определению в качестве акцентуированных черт. Исходя из этого, можно предположить, что лица с онкопатологией довольно чётко осознают сложившуюся ситуацию, возможно уделяют много времени её анализу, переосмыслению каких-либо значимых аспектов своей жизни; при этом в оценке дальнейших перспектив они придерживаются пессимистичной оценки, несмотря на то, что им все же хотелось бы избежать нежелательных последствий.

Так же для изучения личностных особенностей лиц с онкопатологией использовался опросник «Ценности в действии». Согласно авторам методики, личностный профиль составляется из 24 добродетелей, которые, в свою очередь, группируются в 6 сил характера [7], или, по-другому, показатели

характерологической позитивности [5], либо личностных достоинств [11, 22]. В данной работе используется понятие «показатели характерологической позитивности», обозначенное автором адаптации опросника [5].

Результаты статистического анализа данных по 6 шкалам представлены в таблице 1:

Таблица 1

Средние величины показателей характерологической позитивности у лиц с онкопатологией

Показатели характерологической позитивности	Средняя величина показателя	Стандартное отклонение (Sd)
Мудрость и знание	41,73 (70%)*	5,12
Мужество	21,06 (70%)	2,71
Гуманизм и любовь	14,13 (71%)	2,38
Справедливость	19,9 (64%)	3,41
Умеренность	21,36 (71%)	2,88
Духовность	49,5 (70%)	5,47

Примечания: * – процент от максимально возможного балла по каждой шкале.

В целом мы видим, что каждый представленный показатель выражен у данного контингента лиц выше среднего и в целом на одинаковом уровне, за исключением показателя «Справедливость». Исходя из этих данных, можно предположить, что даже фактор болезни, угрожающей жизни не делает чуждыми для этих людей личностные достоинства: они стойко воспринимают возникшую перед ними сложную ситуацию, способны хорошо относиться к другим людям, не акцентируясь при этом только на себе и своей болезни, не теряют надежды на выздоровление.

По результатам выше описанного анализа личностных особенностей лиц с онкопатологией в целом можно сказать следующее: мы можем предполагать, что наиболее выраженные на личностном профиле особенности, например, пессимистичность, обусловлены наличием у этих людей угрожающего их жизни заболевания. Но в то же время, как было отмечено выше, у них выражены такие показатели как, например, мужество и духовность, позволяющие им не терять присутствия духа перед лицом сложившихся обстоятельств.

3.1.2 Изучение социально-психологических особенностей у лиц с онкопатологией.

Для изучения социально-психологических особенностей лиц с онкопатологией применялся опросник А.И. Сердюка, позволяющий оценить социальную значимость болезни [24].

На графике отражены значения, обозначающие количество респондентов, обозначивших представленную в вопросах какую-либо социальную сферу как значимую (см. рис.2).

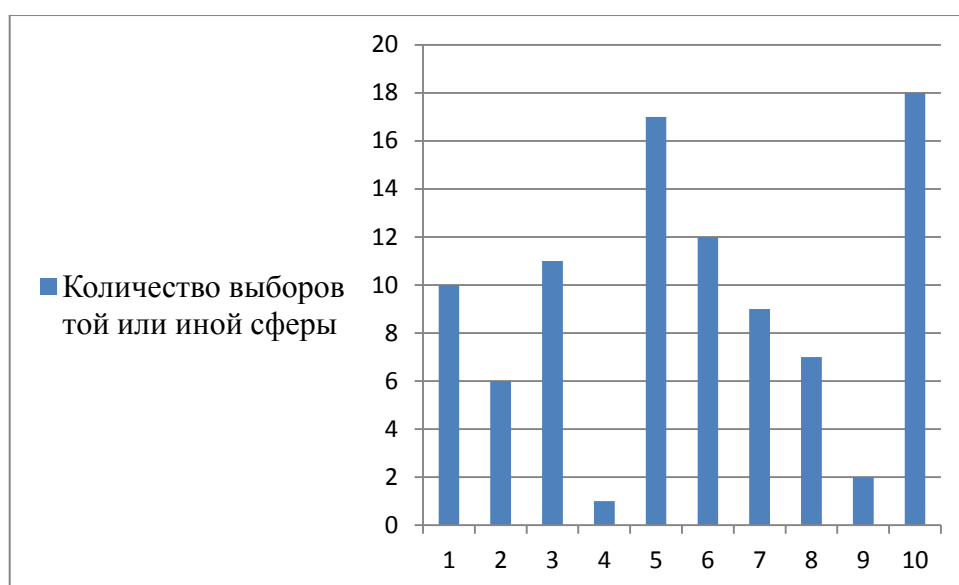


Рис. 2. Количество респондентов, определивших как значимую для себя ту или иную сферу социального статуса

Условные обозначения: 1– ограничение ощущения силы и энергии, 2– ухудшение отношения к респонденту в семье, 3 – ограничение удовольствий, 4 – ухудшение отношения к респонденту на работе, 5 – ограничение свободного времени, 6 – ограничение карьеры, 7 – снижение физической привлекательности, 8 – формирование чувства ущербности, 9 – ограничение общения, 10 – материальный ущерб.

Из приведенных данных можно сделать вывод о том, что наибольшее значение в контексте имеющейся онкологической патологии для респондентов имеют ограничение свободного времени и материальный ущерб, что указывает на необходимость создания на государственном уровне более благоприятных социальных условий для данного контингента лиц.

Так же мы видим, что чуть менее, но так же значимыми, респонденты определили для себя ограничение карьеры и ограничение ощущения силы и энергии. Исходя из этого, можно предположить, что вследствие того, что болезнь отнимает у них много как материальных, так и энергетических и временных ресурсов, они не могут в полной мере себя реализовать как члены социума в целом и в трудовой деятельности.

Но при этом можно заметить, что относительно малое количество респондентов в качестве значимых отметили для себя такие показатели социальной значимости как ухудшение отношения к ним в семье, на работе и ограничение общения в целом. Можно предположить, что важный, особенно с учётом актуальной для них ситуации болезни фактор межличностных отношений с другими людьми присутствует в их жизни в достаточной мере. Однако, несмотря на малое количество респондентов, определивших эти факторы как значимые, сам факт их выраженности по выборке нельзя оставлять просто на уровне фактического результата анализа статистических данных. С учётом того, что межличностное общение – сфера жизни, значимая для каждого человека, и так же с учётом ситуации, в которой находится данный контингент лиц, общение, особенно с членами семьи, становится особенно важным, возможно выполняющим поддерживающую функцию. Поэтому имеет значение, чтобы социальное окружение респондентов понимало всю значимость своего присутствия в жизни респондентов; положительного, сердечного отношения к ним в сложившихся обстоятельствах. В связи с этим может вставать вопрос о возможных мероприятиях социальной работы с окружением лиц с онкопатологией – начиная от членов их семей и заканчивая персоналом медицинских учреждений.

3.1.3 Особенности применения копинг-стратегий у лиц с онкопатологией

В целях оценки совладания с болезнью исследуемого контингента лиц, им была предложена методика «Способы совладающего поведения», позволяющая определить наиболее предпочтительный способ совладания. Результаты в виде усредненного профиля представлены ниже: (см. рис. 3).

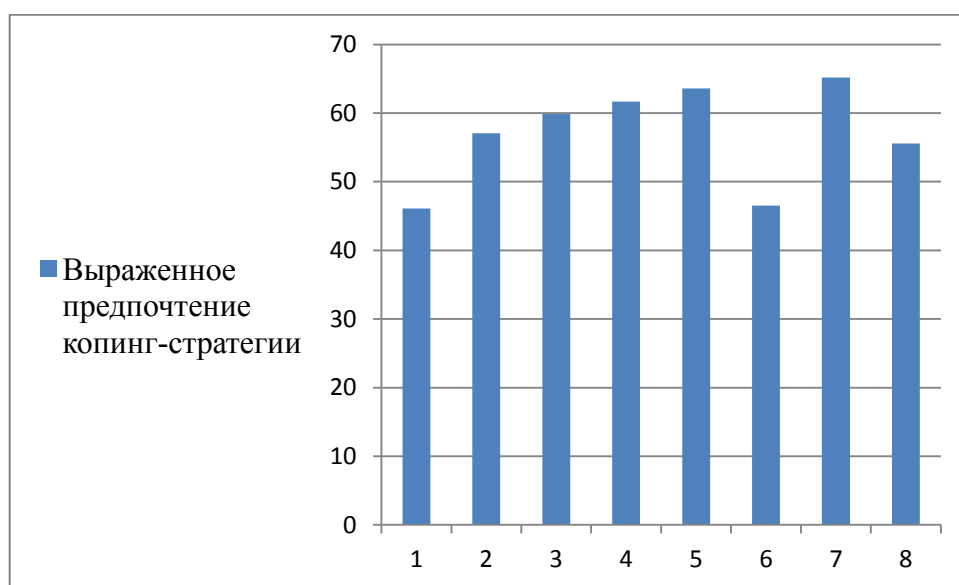


Рис. 3. Средние величины показателей, отражающих предпочтение той или иной копинг-стратегии лицами с онкопатологией

Условные обозначения: 1 – конфронтация, 2 – дистанцирование, 3 – самоконтроль, 4 – поиск социальной поддержки, 5 – принятие ответственности, 6 – бегство–избегание, 7 – планирование решения проблемы, 8 – положительная переоценка.

Из графика мы видим, что наиболее предпочтительными для данной группы лиц являются стратегии поиска социальной поддержки, принятия ответственности и планирования решения проблемы.

Можно отметить, что респонденты отдали предпочтение тем стратегиям поведения, которые исследователями оцениваются как адаптивные [10]. И, находясь в трудной ситуации, в качестве которой здесь можно рассматривать онкопатологию, они не бегут от неё, наоборот склоняясь к планированию её решения. По выраженности на фоне других так же стратегий принятия ответственности и поиска социальной поддержки можно предположить, что респонденты понимают, что в сложившейся ситуации им не стоит перекладывать

некоторую степень ответственности на других – возможно они сами стараются сделать всё по мере своих сил и возможностей в данной ситуации, чтобы её не усугублять – но, в то же время их необходима поддержка со стороны их окружения, какая-то новая актуальная информация о ситуации, что будет помогать им с ней справляться. Но следует отметить, что предпочтение стратегии принятия ответственности здесь может говорить о тенденции к самокритике, возможно самообвинению в связи с возникшей ситуацией [10].

Представляет интерес так же показатель по стратегии положительной переоценки, по которому можно предположить, что онкопатология могла стать для этих людей явлением, способствующим пересмотру каких-либо аспектов своей жизни, личностным изменениям.

В целом, исходя из полученных данных, мы можем предположить, что лица с онкопатологией осознают, что при решении данной проблемы им нужно занимать активную позицию (хотя под принятием ответственности, с другой стороны, здесь возможен и фактор самообвинения), потому что от их действий или отношения к происходящему вокруг так же может многое зависеть. Но в то же время им необходима поддержка их окружения, что вполне объяснимо с учётом ситуации, в которой они находятся.

3.2 Изучение различий по показателям личностных особенностей и копинг-стратегий у лиц с онкопатологией и лиц, не имеющих данного заболевания

3.2.1 Изучение различий по показателям личностных особенностей у лиц с онкопатологией и лиц, не имеющих онкопатологии

Для более полной картины исследования был проведен анализ различий по показателям личностных особенностей и копинг-стратегий между группой лиц с онкологической патологией и группой лиц, не имеющей таковой. Для определения значимости различий применялся U-критерий Манна-Уитни. Расчеты были произведены в программе IBM SPSS Statistics, показателем, указывающим на наличие или отсутствие различий по заданным параметрам,

являлась асимптотическая значимость [26]. Результаты анализа различий в двух группах и анализ этих данных представлены ниже в таблицах 2, 3.

Изучение различий по показателям личностных особенностей, определяемых при использовании методики СМИЛ у лиц с онкопатологией и лиц, не имеющих данного заболевания

Таблица 2

Различия по показателям личностных особенностей, определяемых при использовании методики СМИЛ у лиц с онкопатологией и лиц, не имеющих данного заболевания

Личностные особенности	Лица с онкопатологией	Лица без онкопатологии	Асимптотическая значимость
L	45,51	43,36	0,143
F	65,64	59,42	0,16
K	52,46	52,11	0,856
1	65,58	54,82	0,01
2	67,20	59,40	0,21
3	59,31	52,53	0,22
4	64,74	65,48	0,902
5	47,01	46,41	0,869
6	62,35	57,06	0,70
7	65,56	55,48	0,01
8	69,60	61,23	0,25
9	62,01	63,07	0,616
0	55,5	53,76	0,554

Условные обозначения: L – ложь, F – невалидность, K – коррекция, 1 – сверхконтроль, 2 – пессимистичность, 3 – эмоциональная лабильность, 4 – импульсивность, 5 – женственность-мужественность, 6 – ригидность, 7 – тревожность, 8 – индивидуалистичность, 9 – оптимистичность, 0 – интроверсия.

Примечания: $p < 0,05$; жирным шрифтом выделены значимые различия.

Из таблицы мы видим, что практически по всем показателям личностных особенностей у группы лиц с онкопатологией значения выше, чем у группы лиц её не имеющих. Исключение составляют показатели по шкалам импульсивности и оптимизма, и, хотя разница в показателях небольшая, ее можно попробовать объяснить именно фактом отсутствия болезни среди контингента второй группы.

Мы так же видим, что значимые различия наблюдаются по шкалам достоверности, сверхконтроля, пессимистичности, эмоциональной лабильности,

тревожности и индивидуалистичности. При этом, в обеих группах все значения не превышают нормативных значений, определенных в диапазоне 30–70 баллов [37].

Можно предположить, что ситуация болезни, в которой оказались респонденты помимо того, что нарушает их привычный жизненный уклад и являет за собой другие непростые обстоятельства, является угрозой для их жизни в целом, причем нельзя упускать тот факт, что с медицинской точки зрения давать прогноз относительно сложившейся ситуации достаточно сложно. Этими обстоятельствами представляется возможным объяснить более высокие показатели пессимистичности, индивидуалистичности и тревожности у лиц с онкопатологией в сравнении с аналогичными показателями у лиц без неё. Различия по показателям достоверности, сверхконтроля и эмоциональной лабильности представляется возможным объяснить в контексте непривычной для них ситуации тестирования, еще и осложненной условиями нахождения в медицинском учреждении. В этом контексте можно предположить, что само тестирование могло ими восприниматься несколько настороженно и было связано с эмоциональным напряжением.

При изучении различий по показателям личностных достоинств были получены следующие результаты:

Таблица 3

Различия по показателям характерологической позитивности у лиц с онкопатологией и лиц, не имеющих данного заболевания

Показатель характерологической позитивности	Лица с онкопатологией	Лица без онкопатологии	Асимптотическая значимость
Мудрость и знание	41,73	42,16	0,204
Мужество	21,06	19,8	0,177
Гуманизм и любовь	14,13	12,2	0,008
Справедливость	19,9	18,5	0,194
Умеренность	21,36	19,1	0,006
Духовность	49,5	45,33	0,012

Примечания: $p < 0,05$; жирным шрифтом выделены значимые различия

Мы можем увидеть, что значимые различия наблюдаются по трем показателям из шести, причем по всем показателям, кроме «Мудрость и знание» значения у группы лиц с онкопатологией выше, чем у группы лиц без неё.

Можно выдвинуть предположение, что и сам факт наличия различий между показателями личностных достоинств, и того, что у лиц с онкопатологией значения по ним выше, обусловлены болезнью, возможно повлёкшей за собой личностные изменения, которые привели к такому результату.

По итогам проведенного анализа, в целом, мы можем отметить некоторое количество различий по показателям личностных особенностей между лицами, имеющими онкопатологию и лицами, не имеющими таковой.

Стоит сказать, что у лиц с онкопатологией не было отмечено каких-либо отклонений от широкого коридора нормативных значений, которые могли бы иметь место в контексте того, что онкологическое заболевание является фактором, оказывающим очень сильное влияние на личность. Хотя полученные результаты свидетельствуют о том, что данные лица нуждаются в психологическом сопровождении. Но при этом было отмечено, что некоторые показатели личностных достоинств у этой группы испытуемых даже несколько превосходят аналогичные показатели у группы лиц без онкопатологии. Это может указывать на то, что онкологическое заболевание целесообразно рассматривать как фактор, оказывающий не только деструктивное воздействие на личность, а так же определяющий личностный рост.

3.2.2 Изучение различий по показателям копинг-стратегий у лиц с онкопатологией и лиц, не имеющих данного заболевания

Так же в рамках исследования нами были определены и проанализированы значимые различия по показателям копинг-стратегий у лиц с онкопатологией, и лиц, не имеющих таковой. Результаты статистического анализа данных представлены в таблице 4:

Таблица 4

Изучение различий по показателям копинг-стратегий у лиц с онкопатологией и лиц, не имеющих онкопатологии

Копинг–стратегии	Лица с онкопатологией	Лица без онкопатологии	Асимптотическая значимость
Конфронтация	46,11	52,77	0,230
Дистанцирование	57,03	48,93	0,087
Самоконтроль	59,84	41,94	0,000
Поиск социальной поддержки	61,66	57,90	0,364
Принятие ответственности	63,61	64,10	0,747
Бегство–избегание	46,52	30,60	0,000
Планирование решения проблемы	65,18	39,95	0,000
Положительная переоценка	55,55	32,78	0,000

Примечания: $p < 0,05$; цветом выделены значимые различия

Следует отметить, что в соответствии с тестовыми нормами, предложенными авторами адаптации опросника, которая использовалась в данной работе, выраженность использования всех копинг-стратегий респондентами с онкологической патологией – в пределах средних значений.

Показатели по копинг-стратегиям у лиц без онкопатологии так же находятся в пределах средних значений, за исключением стратегий планирования решения проблемы, положительной переоценки и бегства-избегания, значения которых принимаются как низкие. (Тестовые нормы по опроснику и сырые данные испытуемых, до перевода их в проценты для удобства представления данных, приведены в приложении Б.)

Из таблицы мы видим, что значимые различия по показателям предпочтений тех или иных копинг- стратегий у двух групп испытуемых наблюдаются в 4 случаях: применения стратегии самоконтроля, бегства-избегания, планирования решения проблемы и положительной переоценки.

Можно так же отметить, что для группы лиц без онкопатологии стратегия конфронтации более предпочтительна, чем для тех, у кого онкопатология есть. С учётом низкого показателя у лиц без онкопатологии по стратегии планирования решения проблемы в сравнении с более высоким показателем по ней у группы с онкопатологией, можно предположить, что люди без болезни реже придерживаются какого-то плана при столкновении с трудностями; наоборот стремятся напрямую встретиться с проблемой (о чём свидетельствует низкий показатель по стратегии «Бегство-избегание»), не сдерживая при этом негативных переживаний по отношению к проблеме (низкий показатель самоконтроля). Тогда как лица с онкопатологией наоборот более склонны к контролю над своими переживаниями, чаще прибегают к стратегии «Бегство-избегание», но одновременно у них больше выражено предпочтение стратегии «Планирование решения проблемы», что опять же можно объяснить в контексте актуальной для них ситуации болезни, бегство от которой всё же представляется достаточно затруднительным. Тем самым острее встаёт необходимость планирования решения проблемы с целью выздоровления. Стоит отметить, что показатель по стратегии положительной переоценки у лиц с онкопатологией почти в 2 раза выше аналогичного показателя у группы лиц, не имеющих данной болезни. Можно предположить, что такое соотношение так же вызвано именно ситуацией болезни, ставшей стимулом для изменений и личностного роста.

В целом, по итогам анализа данного раздела, мы можем отметить, что в группе лиц с онкопатологией нет предпочтения какой-либо копинг стратегии на высоком уровне, однако выбор и степень выраженности тех или иных стратегий поведения отличаются от группы лиц без онкопатологии, причём первая группа лиц, по-видимому, склонна подходить к проблемам более рационально и с вынесением чего-то важного для себя в результате рассмотрения этих проблем.

3.3 Анализ взаимосвязи личностных особенностей и копинг-стратегий у лиц с онкопатологией и лиц, не имеющих данного заболевания

3.3.1 Анализ взаимосвязи личностных особенностей и копинг-стратегий у лиц с онкопатологией

В качестве одной из задач исследования был обозначен анализ взаимосвязи показателей личностных особенностей у исследуемых лиц. Результаты статистического анализа взаимосвязи приведены в таблицах 5, 6, 7:

Таблица 5

Взаимосвязь показателей личностных особенностей и показателей характерологической позитивности у лиц с онкопатологией

Личностные особенности	Показатели характерологической позитивности					
	Мудрость и знание	Мужество	Гуманизм и любовь	Общая справедливость	Умеренность	Духовность
L	-	0,391*	-	-	-	-
F	-0,411*	-	-	-	-0,378*	-0,381*
K	0,445*	-	-	-	-	-
1	-0,363*	-	-	-	-	-0,428*
2	-0,384*	-	-	-	-	-0,517**
3	-	-	-	-0,376*	-	-
4	-	-	-	-0,472**	-0,453*	-
6	-	-	-	-0,413*	-	-
7	-0,496**	-0,459*	-	-	-	-

Условные обозначения: L – ложь, F – достоверность, K – коррекция, 1 – сверхконтроль, 2 – пессимистичность, 3 – эмоциональная лабильность, 4 – импульсивность, 6 – ригидность, 7 – тревожность.

В целом по таблице 5 можно увидеть ряд значимых отрицательных корреляций между показателями личностных особенностей и показателями характерологической позитивности. Можно отметить, что взаимосвязь показателей характерологической позитивности наблюдается с рядом тех особенностей, которые, согласно исследованиям, часто сопровождают течение онкологического заболевания: тревожность, пессимистичность [28, 32, 33, 40]. В этой связи представляет интерес двусторонний характер взаимосвязи между большинством показателей, который может свидетельствовать как о том, что личностные особенности, превосходят по степени своей выраженности

показатели характерологической позитивности, так и об обратном их соотношении, которое может свидетельствовать о более успешной адаптации данных лиц. Исходя из этого, актуальным является вопрос о психологическом сопровождении этих людей в течение всего периода болезни с целью повышения их адаптированности и качества жизни в условиях заболевания.

В то же время мы видим значимый положительный коэффициент корреляции показателей «Мужество» и «L». Можно предположить, что утаивание некоторой информации о себе, придавало испытуемым большую уверенность во владении ситуацией.

Таблица 6

Взаимосвязь показателей личностных особенностей и копинг-стратегий у лиц с онкопатологией

Личностные особенности	Копинг-стратегии				
	Конфронтация	Дистанцирование	Поиск социальной поддержки	Принятие ответственности	Бегство-избегание
F	0,366*	-	-	-	0,418*
7	-	-0,453*	0,365*	0,468**	0,401*
8	-	-0,372*	-	-	-
9	0,462*	-	-	-	0,411*

Условные обозначения: F – достоверность, 7 – тревожность, 8 – индивидуалистичность, 9 – оптимистичность.

При рассмотрении значимых взаимосвязей между личностными особенностями и копинг-стратегиями (см. таблицу 6), интересными представляются значимые взаимосвязи между копинг-стратегией «Бегство-избегание» и показателями «Достоверность», «Тревожность» и «Оптимистичность». Можно предположить, что волнение респондентов относительно ситуации болезни, и, возможно, тестирования, а так же то, что их тревожат эти ситуации, склоняет к использованию данной стратегии. И так же применение стратегии и возможность вследствие этого реже напрямую взаимодействовать с ситуацией, если такой случай предоставляется, по-видимому, вселяет в них оптимистичность.

Стратегия дистанцирования, по-видимому, так же помогает бороться с тревожностью, тогда как поиск социальной поддержки, и, очевидно, необходимость так или иначе возвращаться к проблеме, опять возвращают тревожность.

Таблица 7

Взаимосвязь личностных достоинств и копинг-стратегий у лиц с онкопатологией

Показатели характерологической позитивности		
Копинг-стратегии	Мудрость и знание	Общая справедливость
Принятие ответственности	-	-0,404*
Бегство-избегание	-0,600**	-

При рассмотрении взаимосвязей между показателями личностных достоинств и копинг-стратегиями (см. таблицу 7), видим, что количество значимых корреляций между показателями совсем небольшое. По характеру взаимосвязи между показателями можно предположить, что лица с онкопатологией возможно склонны обвинять себя в сложившейся ситуации, а так же всеми силами стараются избегать проблемы в случае, когда не уверены в том, что обладают достаточными ресурсами для ее решения.

В целом мы видим, что показатели характерологической позитивности вносят положительный акцент в сложившуюся в условиях болезни картину действительности, а применяемые конкретные выше обозначенные копинг-стратегии, надо полагать, тоже могут способствовать более обнадеживающему взаимодействию лиц с онкопатологией с аспектами, которые касаются болезни, и с социальным окружением. Но с учетом отрицательного характера взаимосвязи показателей характерологической позитивности с другими параметрами, при работе с данным контингентом лиц стоит сосредоточить внимание на важности преобладания именно этих показателей с целью повышения адаптации к болезни данного круга лиц.

3.3.2 Анализ взаимосвязи личностных особенностей и копинг-стратегий у лиц, не имеющих онкопатологии

Помимо определения показателей значимой взаимосвязи между определяемыми параметрами у лиц с онкопатологией, был проведен такой же анализ и у группы лиц, такой патологии не имеющих

Результаты статистического анализа взаимосвязи приведены в таблицах 8, 9, 10.

Таблица 8

Взаимосвязь показателей личностных особенностей и копинг-стратегий у лиц, не имеющих онкопатологии

Личностные особенности	Копинг стратегии				
	Конфронтация	Поиск социальной поддержки	Принятие ответственности	Планирование решения проблемы	Положительная переоценка
К	-0,427*	-0,418*	-	-	-
2	-	0,415*	0,442*	0,411*	-
7	-	-	0,389*	0,579**	0,423*
8	-	-	0,496**	-	-
0	-	0,411*	0,443*	0,607**	0,541**

Условные обозначения: К – коррекция, 2 – пессимистичность, 7 – тревожность, 8 – индивидуалистичность, 0 – интроверсия.

В целом из таблицы 8 мы видим, что у группы лиц без онкопатологии наблюдаются значимые взаимосвязи между копинг-стратегиями поиска социальной поддержки, планирования решения проблемы, принятия ответственности, положительной переоценки и личностными особенностями, причём такими как пессимистичность, тревожность, индивидуалистичность и интроверсия. Можно предположить, что при столкновении с трудностями эти лица стараются, узнав о проблеме как можно больше, трезво оценить её и возможные варианты её решения; возможно в связи с возникшей ситуацией пересмотреть некоторые свои взгляды. И при этом важным для них является наличие поддержки со стороны, во избежание ими ситуации, когда остаёшься с проблемой лицом к лицу и, возможно, начинаешь больше драматизировать относительно её масштабов. Отрицательная взаимосвязь показателя коррекции со

стратегиями конфронтации и поиском социальной поддержки так же может указывать на то, что представители данной группы чувствуют себя свободнее и нацелены на противостояние проблеме в ситуации, когда их кто-то поддерживает.

Таблица 9

Взаимосвязь показателей характерологической позитивности и копинг-стратегий у лиц, не имеющих онкопатологии

Показатели характерологической позитивности			
Копинг-стратегии	Мудрость и знание	Мужество	Умеренность
Конфронтация	-	-	-
Дистанцирование	-0,459*	-	-
Поиск социальной поддержки	-	-	-0,560**
Принятие ответственности	-	-	-0,420*
Бегство-избегание	-	0,435*	
Планирование решения проблемы	-	-	-0,502**
Положительная переоценка	-	-	-0,403*

По таблице 9 мы видим, что практически все взаимосвязи являются отрицательными. При этом 4 из них с показателем характерологической позитивности «Умеренность», который означает сдержанность в межличностном взаимодействии. Можно предположить, что в ситуации межличностного взаимодействия, лица без онкопатологии склонны избегать ответственности и планирования решения проблемы, возможно перекладывая это на плечи других людей, не стремясь при этом постараться взглянуть на проблему с другой стороны. При этом в ситуации избегания либо дистанцирования от проблемы проблемы они чувствуют себя увереннее и спокойнее.

**Взаимосвязь показателей личностных особенностей и показателей
характерологической позитивности у лиц, не имеющих онкопатологии**

Показатели характерологической позитивности					
Личностные особенности	Мудрость и знание	Гуманизм и любовь	Общая справедливость	Умеренность	Духовность
F	-0,405*	-	-	-0,602**	-0,550**
1	-	-	0,478*	-	-
6	-	-0,422*	-	-	-
9	0,503**	-	-	-	-
0	-0,485*	-	-	-	-

Условные обозначения: F – достоверность, 1 – сверхконтроль, 6 – ригидность, 9 – оптимистичность, 0 – интроверсия.

Мы видим в таблице 10 несколько значимых отрицательных корреляций между показателем достоверности и показателями характерологической позитивности, что может говорить о том, что в ситуации, когда данные лица стремятся, например, несколько приукрасить себя, они выглядят всё же не так, как им хотелось бы – менее компетентными, целеустремленными. Интересным представляется то, что для них, как можно предположить, наиболее справедливыми кажутся ситуации, которые подвластны их контролю.

В целом можно отметить, что для данной группы лиц выражена тенденция перекладывания ответственности на других, при этом с учётом того, что они всё же должны владеть ситуацией.

3.4 Анализ различий во взаимосвязях между показателями личностных особенностей и копинг-стратегиями у лиц с онкопатологией и лиц, не имеющих онкопатологии

В общем виде можно говорить о том, что в характере взаимосвязей между установленными параметрами у группы лиц с онкопатологией и группы лиц, не имеющей этого заболевания, существуют различия.

Так, например, было определено, что у лиц с онкопатологией выражены отрицательные взаимосвязи между показателями личностных особенностей и показателями характерологической позитивности, т.е. можно предполагать, что в

случае благоприятного их соотношения, адаптированность данных лиц к ситуации болезни и борьбы с ней проходит менее травматично для личности каждого из них, но так как возможен и обратный вариант соотношения этих показателей, следует уделить этому особое внимание при работе с данными людьми, т.к. этот вопрос представляется важным для их адаптации к условиям болезни. Люди же без онкопатологии, по результатам анализа взаимосвязей по этим показателям, склонны скорее к намеренному приукрашиванию себя в глазах других.

Так же разница присутствует и при анализе взаимосвязей в группах между показателями личностных особенностей и копинг-стратегиями. Можно предположить, что вследствие болезни лица с онкопатологией применяют копинг-стратегии, способствующие тому, чтобы несколько снизить проявление тех особенностей личности, которые могут негативно отразиться на их психическом состоянии, при этом у них так или иначе больше выражено принятие ответственности на себя, тогда как лица без онкопатологии, как можно предположить, несколько более зависимы от социального окружения, хотя, казалось бы, что с учётом болезни, это было бы более ожидаемым по отношению к представителям первой группы.

ВЫВОДЫ

1. В ходе исследования было установлено, что у лиц с онкопатологией наиболее выраженными личностными особенностями являются сверхконтроль, пессимистичность, эмоциональная лабильность, тревожность и индивидуалистичность.
2. Наиболее предпочтительными для лиц с онкопатологией являются копинг-стратегии «Поиск социальной поддержки», «Принятие ответственности» и «Планирование решения проблемы».
3. Наиболее значимыми в социальном плане для лиц с онкопатологией являются факторы ограничения свободного времени и материального ущерба, что ставит вопрос о создании более благоприятных соответствующих условий для данного контингента лиц. В свою очередь факторы «Ограничение общения» и «Ухудшение отношения к больному на работе» в качестве значимых указывались респондентами реже остальных, в связи с чем можно предположить, что их диагноз не является поводом для изменения качества межличностных отношений.
4. У лиц с онкопатологией выражены личностные достоинства, что позволяет рассматривать их в качестве ресурсов, способствующих адаптации к болезни, саморегуляции и повышению качества и ценности жизни у данной группы лиц.
5. Наблюдаются значимые различия по показателям личностных особенностей и копинг-стратегий у лиц с онкопатологией и лиц, не имеющих данного заболевания.
6. Было установлено, что показатели характерологической позитивности или личностных достоинств у лиц с онкопатологией имеют большое количество отрицательных взаимосвязей с личностными особенностями, обычно сопровождающими течение онкологического заболевания и копинг-стратегиями. Исходя из этого, определяется необходимость психологического сопровождения людей с онкологией, с целью развития позитивных личностных ресурсов и дальнейшего их предпочтения лицами с онкопатологией относительно тех личностных особенностей, которые способствуют их дезадаптации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема онкологической заболеваемости является социально-значимой, что ставит вопрос об её многостороннем изучении, не ограничивающимся только медицинскими аспектами: важное значение так же имеют такие факторы как личностные особенности лиц с онкологическими патологиями, их способы адаптации к условиям болезни, отношение общества к феномену заболевания в целом, и к лицам с онкологической патологией.

Целью данной работы стало изучение личностных и социально-психологических особенностей лиц с онкопатологией. Были проанализированы имеющиеся исследования в этом направлении: рассмотрены личностные и социально-психологические особенности, которые, согласно исследованиям, обычно сопровождают течение заболевания, и те, что можно рассматривать как ресурсы, способствующие адаптации и саморегуляции лиц с онкопатологией. В контексте этого особое внимание уделено личностным достоинствам.

Результаты эмпирической части работы отражают личностные и социально-психологические особенности лиц с онкопатологией, выделены различия по показателям личностных особенностей у данной группы лиц с группой лиц без онкопатологии, что позволило провести исследование в наиболее полном объеме.

В целом по результатам работы мы можем говорить о подтверждении выдвинутых нами гипотез: о наличии различий в личностных особенностях и в предпочтительных копинг-стратегиях между группой лиц с онкопатологией и группой лиц, не имеющих данного заболевания, а так же о возможности рассмотрения личностных достоинств как факторов, компенсирующих выраженность иных личностных особенностей, и, тем самым ведущих к более успешной адаптации и саморегуляции лиц с онкопатологией.

Результаты работы имеют практическую значимость и дают основу для дальнейших исследований. Так, обозначившиеся отрицательные взаимосвязи между показателями личностных достоинств и личностных особенностей свидетельствуют о необходимости психологической работы с людьми,

имеющими онкологическую патологию, с целью развития позитивных личностных ресурсов, и, таким образом, обеспечения личностного роста, повышения качества жизни и благополучия данной группы лиц.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Андреева, Г.М. Социальная психология: Учебник для высших учебных заведений / Г.М. Андреева. – М.: Аспект Пресс, 2001. – 384 с.
2. Архипова, И.В. Клинические и реабилитационные аспекты психических расстройств у женщин с диагнозом «рак молочной железы» на этапе хирургического лечения: автореф. дис. ... канд. психол. наук / И.В. Архипова. – Томск, 2008. – 22 с.
3. Асмолов, А.Г. Психология личности / А.Г. Асмолов. – М.: Академия «Смысл», 2007. – 528 с.
4. Батурин, Н.А. Теоретическая модель личностного благополучия / Н.А. Батурин, С.А. Башкатов, Н.В. Гафарова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология», 2013. – Т.6. – 4. – С. 4–14.
5. Башкатов, С.А. Разноуровневые факторы личностного благополучия: дис. кандидата психологических наук / С.А. Башкатов. – Челябинск, 2013. – 181 с.
6. Битюцкая, Е.В. Трудная жизненная ситуация: критерии когнитивного оценивания / Е.В. Битюцкая // Психологическая наука и образование. – 2007. – № 4. – С. 87–93.
7. Буровихина, И.А. Силы характера как ресурсы личности подростка: опыт применения опросника «Профиль личных достоинств» / И.А. Буровихина, Д.А. Леонтьев, Е.Н. Осин // Психологическая диагностика. – 2007. – №1. – С.107– 127.
8. Вагайцева, М.В. Психологические исследования в онкологии / М.В. Вагайцева, В.А. Чулкова, Э.Б. Карпова, С.А. Леоненкова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия «Психология». – 2015. – Т.8. – №3. – С. 28–35.

9. Василюк, Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) / Ф.Е. Василюк. – М.: Из-во Московского университета, 1984. – 200 с.
10. Вассерман, Л.И. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями : пособие для врачей и медицинских психологов / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Е.Р. Исаева. – СПб. : Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. – 37 с.
11. Водяха, С. А Факторизация опросника личностных достоинств / С.А. Водяха // Педагогическое образование в России. – 2014. – №12. – С. 147–152.
12. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2015. Целевые ориентиры и более широкая перспектива – новые рубежи в работе с фактическими данными. – URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/293739/European-health-report-2015-full-book-ru.pdf (дата обращения: 02.05.2017).
13. Дорцен Э. ван Практическое экзистенциальное консультирование и психотерапия / Э. ван Дорцен – Ростов-на-Дону: Ассоциация экзистенциального консультирования, 2007. – 216 с.
14. Жилыева, Т.В. Психопатологическая и социально-психологическая характеристика онкологических больных на этапах диагностики и лечения в стационаре: автореф. ...дис. канд. мед. наук. – Москва, 2008. – 22 с.
15. Запесоцкая И.В. Социально-психологические детерминанты копинг-поведения онкологических больных (на примере больных раком молочной железы) // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2016. – N 1 (11) [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 25.04.2017)
16. Злокачественные образования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.:

- МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФБГУ «НМИРЦ» Минздрава России, – 2017. – илл. – 250 с.
17. Ивашкина, М. Г. Психологические особенности личности онкологических больных: автореф. дис. канд. психол. наук. М., 1998. – 25 с.
 18. Иовлев, Б.В. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология / Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова. – СПб.: Сенсор, 1999. – 76 с.
 19. Кислицына, О.А. Измерение качества жизни/благополучия: международный опыт / О.А. Кислицына. – М.: Институт экономики РАН, 2016. – 62 с.
 20. Клиническая психология: Учебник для вузов. / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 4-е изд. – СПб.: Питер, 2004. – 553 с.
 21. Крюкова, Т.Л., Куфтяк, Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтяк // Журнал практического психолога. – 2007. – № 3. – С. 93–112.
 22. Леонтьев, Д.А. Подход через позитивные черты личности: от психического благополучия к добродетелям и силам характера // Личностный потенциал: структура и диагностика / Под ред. Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2011. – С. 76–91.
 23. Леонтьев, Д.А. Позитивная психология – повестка дня нового столетия / Д.А. Леонтьев // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2012. – Т.9. – №4. – С. 36–58.
 24. Михайлов, Б.В., Сердюк, А. И., Федосеев, В.А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / Под общ. ред. Б. В. Михайлова. – Харьков: Прапор, 2002. – 128 с.
 25. Нартова-Бочавер, С.К. "Coping-behavior" в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. – 1997. – Т.18. – № 5. – С. 20–30.
 26. Наследов, Д.А. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие / А.Д. Наследов. – СПб.: Речь, 2004. – 392 с.

27. Первин Л. Психология личности: Теория и исследования / Л.Первин, О. Джон; Пер с англ. – М.: Аспект Пресс, 2000. – 607 с.
28. Пестерева, Е.В. Особенности психологической адаптации к болезни пациентов со злокачественными лимфомами на различных этапах заболевания: автореф. дис. канд. психол. наук. СПб., 2011. – 28 с.
29. Положение о Школе здоровья для пациентов [Электронный ресурс] // Нормативный документ. – URL: <http://vocmp.oblzdrav.ru/wp-content/uploads/Положение-о-Школе-здоровья-для-пациентов.pdf> (дата обращения: 07.05.2017).
30. Приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 27.05.2005 N 213 «О внедрении образовательных программ для пациентов в лечебно-профилактических учреждениях Челябинской области [Электронный ресурс] // Нормативный документ. – Режим доступа: <http://old.lawru.info/base85/part5/d85ru5019.htm>. – дата обращения – 29.04.2017
31. Рассказова, Е.И. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы [Электронный ресурс] / Е.И. Рассказова, Т.О. Гордеева // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2011. № 3 (17). – URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2011n3-17/493-rasskazova-gordeeva17.html>. – Дата обращения: 25.04.2017.
32. Русина, Н.А. Психологический статус и адаптационные ресурсы онкологических больных // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2012. – № 3. – С. 115–121.
33. Русина, Н.А. Эмоциональный стресс хирургических и онкологических пациентов / Н.А. Русина, А.Т. Барабошин, А.Б. Ларичев (Электронный ресурс) // Медицинская психология в России №5(22), 2013. – URL: http://www.mprj.ru/archiv_global/2013_5_22/nomer/nomer08.php (дата обращения: 22.04.2017)

34. Саймонтон, К. Психотерапия рака / К. Саймонтон, С. Саймонтон; пер. с англ. – СПб: Питер, 2001. – 288 с. – (Серия «Современная медицина»).
35. Селигман, М. Как научиться оптимизму: Измените взгляд на мир и свою жизнь / М. Селигман; пер. с англ. – 2-е изд. – М.: Альпина Паблишер, 2015. – 338 с.
36. Селигман, М. Путь к процветанию. Новое понимание счастья и благополучия / М. Селигман; пер. с англ. Е. Межевич, С. Филина. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. – 440 с.
37. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ. – СПб.: Речь, 2003. – 219 с.
38. Тарабрина, Н.В. Онкопсихология / Н.В. Тарабрина, О.А. Ворона, М.С. Курчакова [и др.]. – Москва: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. – 175 с.
39. Урядницкая, Н.А. Психологическая саморегуляция у детей с онкологической патологией: автореф. дис. ...канд. психол. наук / Н.А. Урядницкая. – Москва, 1998. – 28 с.
40. Финагентова, Н.В. Психологические ресурсы в профилактике рецидивов при онкологических заболеваниях : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Н.В. Финагентова. – Санкт-Петербург, 2010. – 26 с.
41. Чулкова, В.А. Психологические проблемы в онкологии / В.А. Чулкова, В.М. Моисеенко // Практическая онкология. – 2009. – Том 10. – №3. – С. 151–157.
42. Чулкова, В.А. Социально-психологические аспекты онкологических заболеваний в современном обществе / В.А. Чулкова, Е.В. Пестерева // Социальная психология и общество. – 2015. – Том 6. – № 1. – С. 117–126.
43. Шарова О.Н. Особенности психических расстройств у женщин после радикального лечения рака молочной железы и формирование при них механизмов психологической защиты: автореф. ...дис. канд. мед. наук. – Челябинск, 2000. – 23 с.

44. Эвнина, К.Ю. Позитивные феномены и ценностно-смысловая сфера личности онкологического больного / К.Ю. Эвнина // Научное обозрение. Психологические науки. – 2014. – № 1. – С. 52-52; URL: <http://psychology.science-review.ru/ru/article/view?id=74> (дата обращения: 30.04.2017).
45. Эвнина, К.Ю. Психологическая регуляция онкологических больных: взгляд позитивной психологии / К.Ю. Эвнина // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6.; URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=15955> (дата обращения: 30.04.2017)
46. Эвнина, К.Ю. Психологические аспекты трудной жизненной ситуации / К.Ю. Эвнина // Дружининские чтения: сб. материалов XII Всерос. науч.-практ. конф. – Сочи: Сочинский гос. ун-т, 2013. – С. 205–209.
47. Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом; пер. с англ. Т.С. Драбкина. – М.:РИМИС, 2008. – 608 с.
48. Яровая, Е.Г. К проблеме психолого-социального сопровождения онкологических больных / Е.Г. Яровая // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – №1. – С. 178–196.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Методики сбора данных

Текст опросника «Ценности в действии»

Инструкция: Выберите наиболее подходящий вариант ответа.

Задание 1.

А. Я всегда любознателен.

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. Мне все быстро надоедает.

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 2.

А. Я с удовольствием узнаю что-то новое.

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. Я не посещаю ни музеи, ни другие культурные учреждения.

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 3.

А. В случае необходимости я способен мыслить критически.

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4

Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. Я склонен к скоропалительным выводам.

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 4.

А. Мне нравится все делать по-новому.

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. Большинство моих друзей гораздо более творческие личности, чем я сам.

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 5.

А. Я могу приспособиться к любой ситуации.

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. Я плохо улавливаю чувства других людей.

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 6.

А. Я всегда способен взглянуть на происходящее в целом, с учетом перспективы.

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. Ко мне редко обращаются за советом.

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 7.

А. Я всегда выполняю свой долг, несмотря на любые трудности и опасности.

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. Я часто падаю духом перед лицом серьезных трудностей или опасностей.

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 8.

А. Я всегда довожу начатое дело до конца.

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. Занимаясь каким-либо делом, я часто отвлекаюсь от основной цели.

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2

Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 9.

А. Я всегда исполняю обещания.

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. Мне еще никто не говорил, что я реалист.

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 10.

А. Я недавно помог соседу, причем добровольно.

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. Я очень редко принимаю близко к сердцу судьбы других людей.

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 11.

А. Среди моих друзей есть те, кто заботится обо мне не меньше, чем о себе.

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. *Я не часто позволяю себя любить.*

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 12.

А. *Лучше всего я работаю в команде.*

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. *Я еще подумаю, прежде чем решиться пожертвовать собственными интересами в пользу моего коллектива.*

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 13.

А. *Я одинаково отношусь ко всем людям независимо от их положения.*

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. *Если я кого-то недолюбливаю, мне трудно отнестись к нему объективно.*

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 14.

А. *Я способен организовать работу коллектива, не изводя сотрудников.*

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3

Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. Я плохо умею организовать работу коллектива.

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 15.

А. Я контролирую свои эмоции.

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. Я с трудом выдерживаю диету.

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 16.

А. Я избегаю занятий, угрожающих здоровью.

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. Я часто ошибаюсь, выбирая друзей и знакомых.

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 17.

А. Я меняю тему, когда люди начинают говорить мне комплименты.

Точно соответствует истине	5
----------------------------	---

В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. Я часто рассказываю о своих успехах.

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 18.

А. Недавно я испытал восторг, созерцая произведение искусства (слушая музыку, наслаждаясь спектаклем, спортивным зрелищем, изучая достижения науки).

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. За последний год я не создал ничего прекрасного.

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 19.

А. Я всегда благодарю людей, даже за мелочи.

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. Я редко задумываюсь над тем, кому и за что должен быть благодарен.

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 20.

А. Я всегда и во всем пытаюсь отыскать положительную сторону.

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. Я редко думаю о том, что хотел бы сделать в будущем.

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 21.

А. Моя жизнь подчинена великой цели.

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. Я не знаю в чем мое призвание.

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 22.

А. Я живу под девизом: «Кто прошлое помянет – тому глаз вон».

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. Я всегда свожу счеты с обидчиками.

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4

Совершенно не про меня	5
------------------------	---

Задание 23.*А. Я всегда по возможности перемежаю работу шуткой и веселостью.*

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. Я редко говорю смешные вещи.

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Задание 24.*А. Я всецело отдаюсь всему, что делаю.*

Точно соответствует истине	5
В общем, это про меня	4
Нейтрально	3
Не про меня	2
Совершенно не про меня	1

Б. Я нередко бываю подавлен и ко всему безучастен.

Точно соответствует истине	1
В общем, это про меня	2
Нейтрально	3
Не про меня	4
Совершенно не про меня	5

Текст опросника «Социальная значимость болезни»

Инструкция: Вам предлагается 10 утверждений. Пожалуйста, оцените их в соответствии с тем, что Вам ближе по предложенным вариантам ответов.

Варианты ответов на каждое утверждение:

1. Наверняка нет.
2. Скорее нет.
3. Затрудняюсь ответить.
4. Пожалуй, да.
5. Безусловно, да.

Утверждения:

1. Из-за болезни я не могу работать с прежней работоспособностью, стал(а) слабым(ой), немочным(ой), сам(а) себе неприятен(а)
2. Болезнь осложняет взаимоотношения в моей семье, чувствую, что надоел(а) родным
3. Из-за болезни приходится себя во многом ограничивать, боюсь употреблять спиртное, ограничиваю себя в еде, избегаю ходить в гости, отказываю себе в развлечениях
4. Из-за болезни ухудшились отношения на работе, чувствую, что сотрудники стали хуже относиться ко мне, не сочувствуют и даже придираются
5. Считаю, что у меня меньше свободного времени, чем у здоровых людей, из-за болезни много времени уходит на лечение, больницы
6. Из-за болезни не могу работать там, где хочу. Моя болезнь мешает мне занять лучшее положение в обществе, сделать карьеру
7. После того, как заболел(а), замечаю изменения в своей внешности, стал(а) некрасивым(ой), неприятным(ой) для окружающих
8. Моя болезнь сделала меня несчастным(ой), заставляет чувствовать себя не таким(ой), как все
9. Моя болезнь мешает мне общаться с окружающими, чувствую, что отдаляюсь от людей
10. Болезнь наносит мне значительный материальный ущерб, вынуждает тратить средства на лечение, не даёт возможности больше зарабатывать

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Сырые данные по методикам исследования Сырые данные по методике «Способы совладающего поведения»

Таблица Б.1

Копинг-стратегии	Лица с онкопатологией	Лица без онкопатологии
Конфронтация	8,3	9,5
Дистанцирование	10,2	8,8
Самоконтроль	12,5	8,8
Поиск социальной поддержки	11,1	10,4
Принятие ответственности	7,6	7,6
Бегство-избегание	11,1	7,3
Планирование решения проблемы	11,7	7,1
Положительная переоценка	11,6	6,8

Тестовые нормы опросника «Способы совладающего поведения»* [21]

Таблица Б.2

Копинг-стратегии	Низкие значения	Средние значения	Высокие значения
Конфронтация	1–6	7–11	12–17
Дистанцирование	1–6	7–11	12–17
Самоконтроль	4–11	12–16	17–21
Поиск социальной поддержки	0–7	8–13	14–18
Принятие ответственности	0–5	6–9	10–12
Бегство-избегание	3–7	8–13	14–23
Планирование решения проблемы	2–10	11–15	16–18
Положительная переоценка	3–9	10–15	16–21

Примечание: *данные предоставлены для выборки старше 20 лет.