

УДК 159.99

**ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ И СТРАТЕГИИ СОВЛАДАЮЩЕГО
ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ
СИСТЕМЫ В КОНТЕКСТЕ АКТУАЛЬНЫХ БАЗИСНЫХ УБЕЖДЕНИЙ**

Юсупов Павел Рафаэльевич

Кандидат психологических наук, доцент

Алтайский государственный университет, Барнаул, Россия

e-mail: yusupovpr@gmail.com

Мардасова Татьяна Александровна

Кандидат психологических наук, доцент

Алтайский государственный университет, Барнаул, Россия

e-mail: tmardasova@mail.ru

Аннотация. В работе исследованы особенности отношения к болезни и стратегии совладающего поведения у женщин с нарушениями репродуктивного здоровья в контексте актуальных базисных убеждений. Показана актуальность интеграции усилий, поиск форм сотрудничества психологов и других специалистов в области здоровья в процессе лечения расстройств репродуктивной системы. В контексте нарушений репродуктивной системы женщина встречается с фрустрацией как видовых, так и индивидуальных потребностей. Кроме физиологических, соматических расстройств она сталкивается с невозможностью реализации материнской (родительской) потребности, нарушениями взаимоотношений с партнерами, негативными изменениями идентичности и т.д. Показана значимость отношения к болезни в процессе реабилитации и совладания с возникшими ограничениями здоровья, негативными изменениями индивидуального существования. Исследована взаимосвязь типов отношения к болезни, базисных убеждений и копинг-стратегий у женщин с расстройствами репродуктивной системы.

Ключевые слова: расстройства репродуктивной системы, когнитивный подход, репрезентации болезни и здоровья, отношение к болезни, копинг- стратегии, базисные убеждения.

**ATTITUDE TO DISEASES AND STRATEGIES OF RELATED
BEHAVIOR IN WOMEN WITH DISORDERS OF A REPRODUCTIVE
SYSTEM IN THE CONTEXT OF ACTUAL BASIC BELIEF**

Yusupov Pavel Rafaelievich

Candidate of Science (Psychology), Senior Lecturer,

Altai State University, Barnaul, Russia

e-mail: yusupovpr@gmail.com

Mardasova Tatyana Aleksandrovna
Candidate of Science (Psychology), Senior Lecturer,
Altai State University, Barnaul, Russia
e-mail: tmardasova@mail.ru

Abstract. In the work, a study of the characteristics of the attitude to the disease and the strategy of coping behavior in women with reproductive health disorders in the context of relevant basic beliefs is implemented. The problem of integration of efforts, the search for forms of cooperation between psychologists and other specialists in the field of health in the treatment of reproductive system disorders remains relevant. In the context of reproductive system disorders, a woman is met with frustration of both specific and individual needs. In addition to physiological, somatic disorders, a woman is faced with the inability to realize maternal (parental) needs, impaired relationships with partners, negative changes in identity, etc. The significance of the attitude to the disease in the process of rehabilitation and coping with the resulting health limitations of negative changes in individual existence is considered. The relationship between the types of attitude to the disease, basic beliefs and coping strategies in women with reproductive system disorders is investigated.

Key words: reproductive system disorders, cognitive approach, representations of illness and health, attitude to the disease, coping strategies, basic beliefs.

На современном этапе возрастает значимость сотрудничества медицины и психологии в рамках лечения и сопровождения целого ряда расстройств. Особенно актуальным оказывается активное участие психологов (клинических психологов) в процессе лечения и психологического сопровождения женщин с расстройствами репродуктивной системы. Сегодня растет запрос на психологическую помощь при нарушениях течения беременности, бесплодии, опухолях органов репродуктивной сферы разного генеза и т.д. [1, 3, 9, 11, 12, 13].

В контексте расстройств репродуктивной системы особенно тесно переплетаются физиологические, соматические и психологические компоненты нарушений. Человек сталкивается с фрустрацией как видовых, так и индивидуальных потребностей. Ограничения, связанные с расстройствами репродуктивной системы у женщин, касаются как возможности деторождения, так и реализации материнской (родительской) потребности, патологизации сексуальной функции, нарушений взаимоотношений с партнерами [7].

Ситуация расстройства репродуктивной сферы становится для женщины новой реальностью, что сопровождается изменениями социального, профессионального, личностного статусов [4, 6, 10, 11].

Неоспоримым фактом для специалистов в области здоровья является взаимосвязь между течением болезни, перспективами лечения, с одной стороны, и индивидуальным восприятием заболевания – с другой. Исследование отношения пациента к болезни, его установок на лечение является актуальной задачей клинико-психологического сопровождения.

В психологии предложено множество понятий, используемых для описания феноменологии восприятия заболевания: «внутренняя картина болезни», «переживание болезни», «реакция личности на болезнь», «сознание болезни» и др. (Е.К. Краснушкин, 1950; Р.А. Лурия, 1957; Л.Л. Рохлин, 1972; В.В. Николаева, 1987; А.Ш. Тхостов, Г.А. Арина, 1990).

Важнейшей составляющей внутренней картины болезни является отношение пациента к заболеванию в жизненном контексте. В отношении к болезни раскрываются: мотивационная сфера личности, базисные убеждения относительно окружающего мира и себя, установки на лечение, восприятие своих ресурсов и способностей, способы совладания с болезнью и стрессом.

На протяжении нескольких лет в зарубежной клинической психологии отводится важное место моделям репрезентации болезни как медиатора между заболеванием и стрессом. Многими авторами акцентируется внимание на роли репрезентаций как способе восприятия болезни и формирования отношения к изменившемуся статусу здоровья [14]. Репрезентации болезни и здоровья являются исходным пунктом подходов, изучающих саморегуляцию и способы совладания в контексте заболеваний [8, с. 70]. В концепции саморегуляции Г. Левенталя пациент выступает в роли «наивного ученого», который активно

ищет информацию и формирует целостное отношение к болезни, ее причинам и последствиям, к себе в структуре болезни [8, с. 70].

Г. Левенталь предлагает рассматривать пять компонентов репрезентации болезни: идентичность болезни (симптоматика заболевания), причины заболевания, последствия заболевания (воспринимаемые исходы лечения болезни), временной контекст заболевания (представления о продолжительности болезни) [18]. Концептуализация репрезентаций болезни призвана выполнять главную функцию исследования связей между представлением о болезни, его контролируемости, стратегиями совладания и личностными убеждениями пациента.

С позиций когнитивного подхода личность, субъективный опыт структурируются категориально и иерархически организованными когнитивными схемами, которые отвечают за «убеждения» и «правила», определяют содержание мышления, эмоций и поведения [2]. В рамках этой логики представляется, что репрезентации болезни, как актуальная часть субъективного опыта, опосредуются когнитивными структурами и определяют отношение индивида к течению заболевания, к его последствиям и ограничениям, к изменившемуся статусу здоровья, к своим возможностям и ресурсам в контексте реабилитации и выздоровления.

В нашем исследовании отношения женщин к имеющимся заболеваниям репродуктивной системы мы обратились к понятию базисных убеждений, возникшим на стыке социальной, когнитивной психологии и психотерапии. Базисные убеждения позволяют понять, каким образом индивид конструирует представления об окружающем мире и собственном «Я». Предполагается, что базисные убеждения формируются в раннем детстве в процессе адаптации и взаимодействия с окружающим миром. Являясь имплицитными, глобальными,

устойчивыми представлениями о мире и себе, базисные убеждения опосредуют мышление, эмоциональное состояние и поведение индивида [17].

С точки зрения Р. Янофф-Бульмана, одним из базовых ощущений человека является здоровое чувство безопасности, которое может состоять, например, из таких базовых убеждений, как: доброжелательность/недоброжелательность окружающего мира; вера в то, что в мире больше добра, чем зла; убеждение в ценности собственного «Я» и т.д. [17]. Сложившиеся базисные убеждения определяют субъективный опыт, восприятие событий жизни, в том числе переживание болезни.

В нашем исследовании базисные убеждения рассматриваются значимыми предикторами, определяющими характер восприятия заболевания, оценку изменившейся жизни, отношений с людьми, своих возможностей и ресурсов преодоления болезни, адаптации к последствиям, выбор стратегий совладания у женщин с расстройствами репродуктивной системы.

Эмпирическая база исследования

Выборку исследования составили 36 женщин репродуктивного возраста (от 18 до 36 лет), с диагностированными диагнозами: «женское бесплодие» (13 человек), «эндометриоз» (12 человек), «лейомиома матки» (11 человек). Исследование проводилось на базе женской консультации при Центральной районной больнице Алтайского края.

Объектом исследования явилось отношение к болезни у женщин с нарушениями репродуктивного здоровья. Предмет исследования был сформулирован как отношение к болезни и стратегии совладающего поведения у женщин с нарушениями репродуктивного здоровья в контексте актуальных базисных убеждений.

Целью исследования явилось выявление особенностей отношения к болезни и стратегии совладающего поведения у женщин с нарушениями репродуктивного здоровья в контексте актуальных базисных убеждений.

Гипотезы исследования

Женщинам с нарушениями репродуктивной системы, имеющими высокие баллы по шкалам базисных убеждений: «Образ Я», «Убеждение о контроле», характерно адаптивное отношение к заболеванию с принятием факта болезни с соответствующими последствиями и ограничениями, с сохранением активной, субъектной позиции в процессе лечения, с поиском социальной поддержки.

Для женщин с диагнозом «бесплодие» в большей мере характерно неадаптивное отношение к болезни как приговору, неспособность принять факт заболевания, убеждение в несправедливости болезни.

Методы и методики

Для выявления особенностей отношения к болезни была выбрана методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (авторы-составители: Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс). При создании методики авторы опирались на клинико-психологическую классификацию типов отношения пациента к болезни (А.Е. Личко, Н.Я. Иванов, 1980). Опросник диагностирует 12 типов отношения к болезни: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогностический, дисфорический, эргопатический и гармоничный.

Для выявления базовых допущений личности использована методика «Шкала базисных убеждений» (адаптация М.А. Падуна, А.В. Котельниковой). Методика позволяет получить ответ на вопрос, каким образом индивид конструирует свои представления об окружающем мире и собственном «Я». Вариант опросника состоит из 37 утверждений, разделенных по пяти шкалам: 1)

Образ «Я», 2) Доброжелательность окружающего мира, 3) Справедливость, 4) Удача, 5) Убеждение о контроле.

В целях изучения способов совладания со стрессом был применен «Опросник совладания со стрессом» (адаптация Е.И. Рассказовой, Т.О. Гордеевой и Е.Н. Осина, 2013). Методика является адаптированной версией иностранного опросника COPE (К. Карвер, М. Шейер и Дж. Вейнтрауб). Опросник включает в себя 60 утверждений, которые составляют 15 шкал, например: «Позитивное переформулирование и личностный рост», «Мысленный уход от проблемы», «Концентрация на эмоциях и их активное выражение», «Использование инструментальной социальной поддержки» и т.д.

Анализ данных реализован с применением математико-статистического критерия сравнения средних (U – Манна-Уитни), кластерного анализа (метод Варда). Данные обрабатывались с помощью статистического пакета SPSS v.22.

Обсуждение основных результатов исследования

На первом этапе обработки данных, в целях классификации испытуемых, был применен кластерный анализ (метод Варда) к данным методики ТОБОЛ. В результате были получены две группы испытуемых с различным отношением к имеющимся нарушениям репродуктивного здоровья. Применение критерия сравнения средних (U – Манна-Уитни) позволило получить два типа отношения к заболеванию (Рис. 1.).

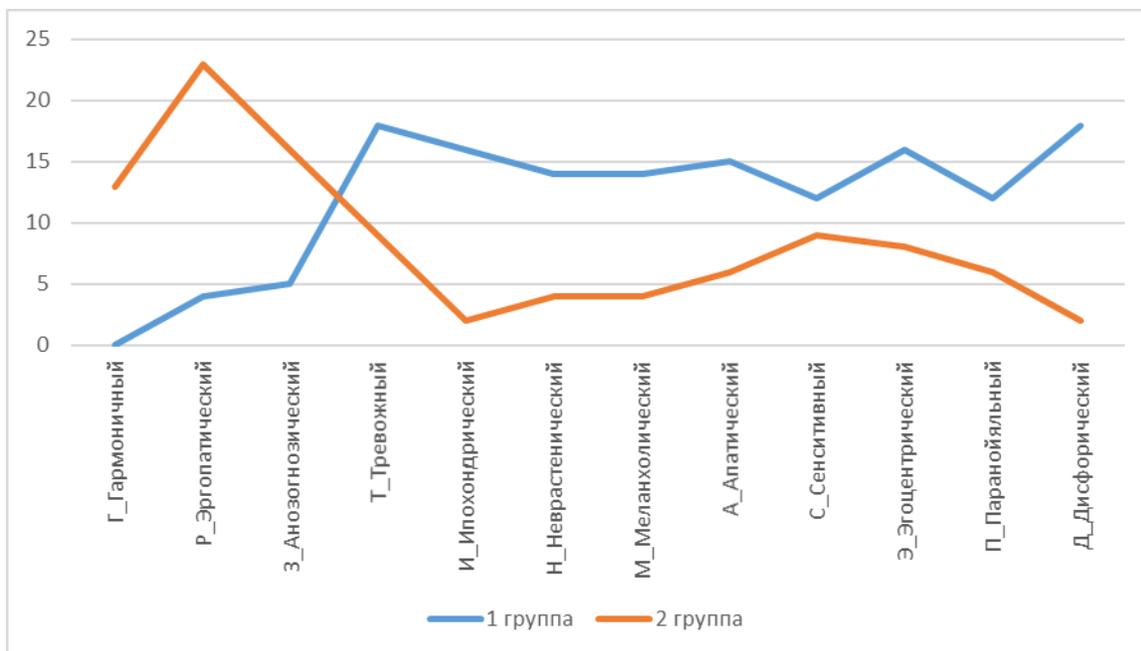


Рис. 1. Различия в отношении к заболеванию у двух групп испытуемых по шкалам методики ТОБОЛ (критерий сравнения средних U – Манна-Уитни).

Обнаружены три значимых различия между двумя группами испытуемых по типам отношения к заболеванию: «Гармонический» – $p=0,06$; «Эргопатический» – $p=0,04$; «Дисфорический» – $p=0,049$. Кроме того, на уровне статистической тенденции можно отметить различие по «Ипохондрическому» типу – $p=0,09$.

Как видно, два значимых различия относятся к первому блоку («Эргопатический» и «Гармоничный»), что позволяет характеризовать испытуемых второй группы как имеющих более реалистичную взвешенную оценку своего состояния, в сравнении с испытуемыми из первой группы. Кроме того, испытуемым из второй группы свойственно стремление активно участвовать в процессе реабилитации и лечения, желание облегчить близким тяготы ухода за собой. Способы интерпретации результатов методики позволяют утверждать, что в случае неблагоприятного прогноза заболевания вторая группа испытуемых остается способной переключить мотивацию на

остающиеся доступными области жизни: внимание на своих делах, забота о близких.

Наивысший балл по «Эргопатическому» типу (у второй группы испытуемых) указывает на готовность переключиться «с болезни на любое полезное дело», стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения полезной деятельности.

Третье значимое различие наблюдается по «Дисфорическому» типу отношения к болезни $p=0,049$. Значимо высокий балл здесь остается за первой группой испытуемых, что позволяет утверждать о характерном для них «гневливо-мрачном», «озлобленном настроении», связанном с переживанием заболевания. Дисфоричное, угрюмо-мрачное настроение может быть связано со вспышками озлобленности, с готовностью находить вину окружающих в своих «мучениях».

Стоит отметить почти одинаковые результаты для двух групп по «сензитивному» типу отношения к заболеванию. И первая, и вторая группы похожи в своей ранимости, уязвимости, озабоченности возможными неблагоприятными впечатлениями об их заболевании, которые могут составить окружающие. И для первой, и для второй группы остается актуальным страх стать обузой для близких в связи с заболеванием и его последствиями.

По другим типам отношения к болезни, хоть и без значимых различий, наблюдаются более высокие баллы у первой группы испытуемых. Особо отметим высокий балл у первой группы по «ипохондрическому» типу ($p=0,09$), что указывает на концентрацию внимания на субъективных, болезненных и иных неприятных ощущениях. Первой группе в большей мере свойственна оценка своего состояния как ущербного, слабого, болезненного и стремление находить причины и виноватых в своем негативном, неудовлетворительном состоянии.

На основании полученных результатов две группы испытуемых были разделены по уровню адаптивности, где вторая показала более адаптивный, субъективный тип отношения к заболеванию в сравнении с первой группой. Субъектность и адаптивность второй группы основывается на частом выборе следующих пунктов: «дурное самочувствие я стараюсь перебороть», «мое самочувствие вполне удовлетворительно», «я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти», «проснувшись, я сразу заставляю себя встать», «у меня хороший аппетит», «я стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью», «я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения» и т.д. Как видно, для второй группы характерна установка на продолжение жизни, сохранение интересов, заботы о близких, несмотря на заболевание.

Первая группа имеет скорее неадаптивное восприятие факта заболевания и своего состояния. Испытуемые из первой группы чаще выбирают такие пункты, как: «у меня почти всегда что-нибудь болит», «у меня стало совершенно безразличное настроение», «я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем», «я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет», «я считаю, что заболела прежде всего по вине врачей», «мне стало безразлично, что станет со мной в будущем», «я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество», «когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других людей» и т.д. Создается впечатление, что испытуемым из первой группы свойственно восприятие себя как пленников болезни, сторонних наблюдателей за неприятными последствиями заболевания.

Из 17 испытуемых первой группы 8 имеют диагноз «женское бесплодие». Как видно, большая часть женщин с диагнозом «женское бесплодие» (8 из 13) имеют неадаптивное отношение к болезни, связанное с пассивным реагированием на диагноз и процесс лечения. Для них характерно ощущение

несостоятельности и невысокая вера в собственную значимость в противостоянии болезни. Они склонны воспринимать себя скорее жертвами обстоятельств, нежели активными участниками излечения.

Для установления различий между двумя группами испытуемых по используемым копинг-стратегиям применен критерий сравнения средних (U – Манна-Уитни). Оказалось, что испытуемые второй группы (с адаптивным типом отношения к заболеванию), на уровне хорошей статистической тенденции, чаще используют такие копинги, как: «принятие» – $p=0,10$; «использование эмоциональной и социальной поддержки» – $p=0,06$; «позитивное переформулирование и личностный рост» – $p=0,14$.

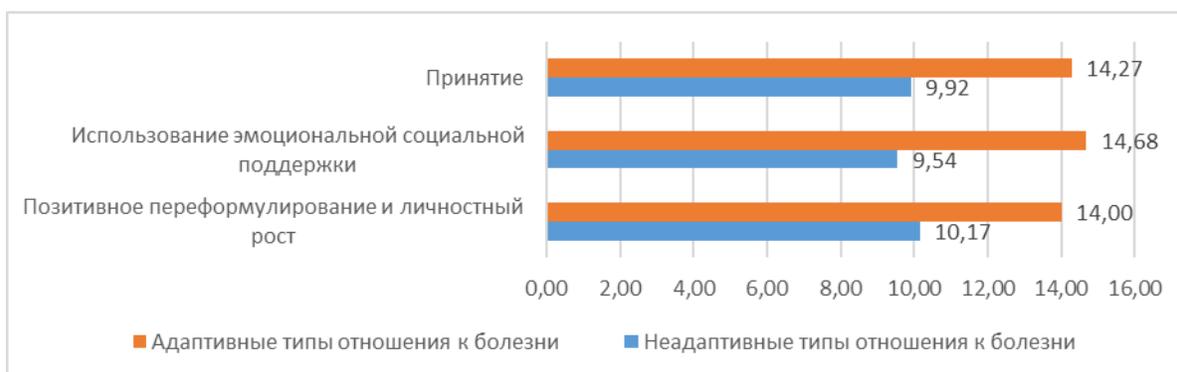


Рис. 2. Достоверные различия средних (на уровне статистической тенденции) между двумя группами испытуемых по используемым копинг-стратегиям (по данным методики «Опросник совладания со стрессом»).

Как видно, женщины из второй (адаптивной) группы, используя данные копинг-стратегии, имеют больше шансов сохранять контроль над заболеванием, своим состоянием, поведением, «принимать» соответствующие ограничения, связанные с болезнью, пользоваться эмоциональной поддержкой близких, врачей, быть способными позитивно переформулировать текущий статус здоровья и ближайшее будущее.

Применение критерия сравнения средних (U – Манна-Уитни) к данным методики «Шкала базисных убеждений» позволило получить достоверные

различия для двух групп испытуемых по двум шкалам методики: «Образ Я» – $p=0,02$ и «Удача» – $p=0,014$.



Рис. 3. Достоверные различия средних для двух групп испытуемых (с адаптивным и неадаптивным типом отношения к болезни) по двум шкалам методики исследования базовых убеждений.

Как видно, первая гипотеза в основном подтвердилась. Как и предполагалось, оказалось, что второй (адаптивной) группе женщин в большей мере присуще убеждение в значимости собственного «Я», что, возможно, повышает шансы сохранять контроль над проявлениями и последствиями заболевания, поддерживать уверенность в возможности активно участвовать в лечении и оставлять за собой право продолжения активной жизни, несмотря на болезнь.

Для получения различий по используемым копинг-стратегиям и базисным убеждениям между тремя группами по соответствующим диагнозам: 1) «эндометриоз», 2) «лейомиома матки», 3) «женское бесплодие» был применен критерий Краскала – Уоллиса. На уровне хорошей статистической тенденции ($p=0,126$) получено различие по копингу «подавление конкурирующей деятельности»: с наивысшим среднеранговым значением для группы «эндометриоз» – 16,07, со средним – для группы «лейомиома матки» – 11,67 и с низшим – для группы «женское бесплодие» – 9,35.

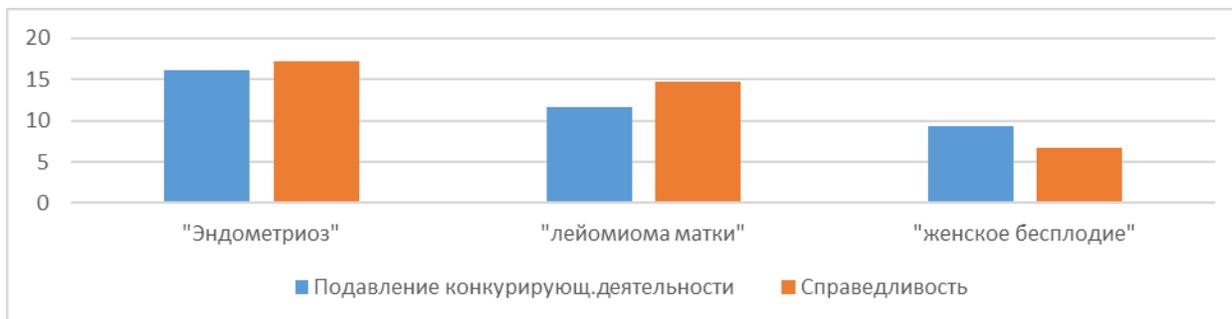


Рис. 4. Среднеранговые различия по копинг-стратегии «Подавление конкурирующей деятельности» (методика «Опросник совладания со стрессом») и по шкале «Справедливость» (методика «Шкала базисных убеждений») для трех групп испытуемых (по трем исходным диагнозам).

Как видно, женщины с диагнозом «бесплодие» имеют самый низкий балл использования копинга «Подавление конкурирующей деятельности», что может указывать на отказ принятия факта болезни и соответствующих последствий и ограничений, на неготовность концентрировать внимание на поставленном диагнозе, на участии в реабилитации и лечении.

Вместе с тем получено достоверное различие ($p=0,03$) по шкале «Справедливость» (методика «Шкала базисных убеждений») между тремя группами с тремя исходными диагнозами. Картина окружающего мира оказалась самой «несправедливой» для женщин с диагнозом «бесплодие». Опираясь на ряд исследований, можно сказать, что диагноз «бесплодие» воспринимается как приговор, резко меняющий отношение к миру и к себе и закрывающий возможность реализации одной из главных потребностей – стать матерью [4, 6, 10, 11].

Выводы

По результатам анализа данных установлено, что отношение к заболеванию тесно связано с наличием исходных базисных установок, допущений, конструирующих представления индивида об окружающем мире и собственном Я, а также с используемыми копинг-стратегиями.

Адаптивным отношением к нарушениям репродуктивной системы отличаются женщины, которым в большей мере свойственны убеждения в значимости собственного «Я», в возможности сохранять контроль над болезнью и жизнью, в способности влиять на процесс лечения, в возможности находить эмоциональную поддержку у других людей. Кроме того, для женщин с адаптивным отношением к заболеванию характерно умение переосмысливать ситуацию в позитивном ключе и испытывать надежду на удачное стечение обстоятельств в крайнем случае.

Женщины с диагнозом «бесплодие» отличаются неадаптивным отношением к болезни как приговору, отказом принять факт заболевания, убеждением в несправедливости ситуации, в которой они оказались, ощущением персональной несостоятельности, переживанием фрустрации важной материнской потребности.

Результаты исследования могут оказаться полезными в психологическом сопровождении лечения и реабилитации женщин с расстройствами репродуктивной сферы: в исследовании отношения к болезни, в оценке собственной значимости и ресурсов в лечении и реадaptации, в выявлении уровня контроля над контекстом жизненных изменений, обусловленных расстройством.

Список литературы:

1. Адамян Л.В., Филиппова Г.Г., Калининская М.В. Переживание бесплодия и копинг-стратегии женщин фертильного возраста // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2012. № 3 (27). С. 101–105.
2. Бек А., Фримен, А. Когнитивная психотерапия расстройств личности / под ред. А. Бека, А. Фримена. СПб. : Питер, 2002. 544 с.
3. Биктина Н.Н., Галкина Т.А., Карпец А.В., Кекк А.Н. Психологические особенности личности и отношение к болезни у пациентов со

злокачественными опухолями // Паллиативная медицина и реабилитация. 2016. № 3. С. 39–43.

4. Василенко Т.Д., Денисова О.В. Особенности эмоционально-смысловой сферы беременных женщин, имеющих опыт незавершенной беременности // Медицинская психология в России. 2010. № 1. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 23.08.2019).

5. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. М. : МЕДпресс, 2001. С. 231–238.

6. Орлова М.М. Специфичность адаптационных стратегий женщин, больных онкологическими заболеваниями репродуктивной системы // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. 2017. № 2. С. 55–65.

7. Рябова М.Г. Индивидуально-психологические особенности женщин с различными типами нарушений репродуктивной функции // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. 2013. № 9 (125). С. 190–198.

8. Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психодиагностика базисных убеждений о болезни (результаты апробации русскоязычной версии опросника когнитивных представлений о болезни) // Национальный психологический журнал. 2014. № 2 (14). С. 70–79.

9. Терешин А.Т. Системный подход к диагностике и коррекции нарушений репродуктивной и сексуальной функций при эндокринных формах бесплодия у женщин : автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 1997.

10. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990.

11. Щукина Е.Г., Булыгина Л.С. Особенности типов отношения к болезни у женщин со злокачественными образованиями органов репродуктивной системы // Экология человека. 2006. № 9. С. 57–60.

12. Филиппова Г.Г. Психология репродуктивной сферы человека: методология, теория, практика // Медицинская психология в России. 2011. № 6. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 10.08.2019).

13. Филиппова Г.Г. Репродуктивная психология: современный этап развития перинатальной психологии в России // От истоков к современности: 130 лет организации психологического общества при Московском университете : сборник материалов юбилейной конференции в 5 томах. Ответственный редактор: Богоявленская Д.Б. 2015. С. 84–86.

14. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. Cognitive therapy of depression. New York : Guilford Press. 1979. 425 p.
15. Bower G.H. Mood and memory // Journal of American Psychologist. 1981. V. 36. P. 129–148.
16. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness // Cameron L.D., Leventhal H. (Eds.). The selfregulation of health and illness behavior. Routledge : New York. 2003. P. 42–65.
17. Janoff-Bulman, R. Shema-change perspectives on posttraumatic growth // Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice. Mahwah, New Jersey, London : Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2006. P. 81–99.
18. Weinman J., Petrie K.J., Moss-Morris R., Home R. The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness // Psychology and Health. 1996. V. 11. P. 431–445.

References:

1. Adamyan L.V., Filippova G.G., Kalinskaya M.V. Perezhivanie besplodiya i koping-strategii zhenshchin fertil'nogo vozrasta // Medicinskij vestnik Severnogo Kavkaza. 2012. № 3 (27). P. 101–105.
2. Bek A., Frimen A. Kognitivnaya psihoterapiya rasstrojstv lichnosti / pod red. A. Beka, A. Frimena. SPb. : Piter, 2002. 544 p.
3. Biktina N.N., Galkina T.A., Karpec A.V., Kekk A.N. Psihologicheskie osobennosti lichnosti i otnoshenie k bolezni u pacientov so zlokachestvennymi opuholyami // Palliativnaya medicina i rehabilitaciya. 2016. № 3. P. 39–43.
4. Vasilenko T.D., Denisova O.V. Osobennosti emocional'no-smyslovoj sfery beremennyh zhenshchin, imeyushchih opyt nezavershennoj beremennosti // Medicinskaya psihologiya v Rossii. 2010. № 1. URL: <http://medpsy.ru> (data obrashcheniya: 23.08.2019).
5. Mendelevich, V. D. Klinicheskaya i medicinskaya psihologiya: prakticheskoe rukovodstvo. M. : MEDpress, 2001. P. 231–238.
6. Orlova M.M. Specifichnost' adaptacionnyh strategij zhenshchin, bol'nyh onkologicheskimi zabolevanijami reproduktivnoj sistemy // Vestnik Leningrad-skogo gosudarstvennogo universiteta im. A.S. Pushkina. 2017. № 2. P. 55–65.
7. Ryabova M.G. Individual'no-psihologicheskie osobennosti zhenshchin s raz-lichnymi tipami narushenij reproduktivnoj funkcii / Vestnik Tambovskogo universiteta. Seriya: Gumanitarnye nauki. 2013. № 9 (125). P. 190–198.
8. Sirota N.A., Moskovchenko D.V. Psihodiagnostika bazisnyh ubezhdenij o bolezni (rezul'taty aprobacii russkoyazychnoj versii oprosnika kognitivnyh

predstavlenij o bolezni) // Nacional'nyj psihologicheskij zhurnal. 2014. № 2 (14). P. 70–79.

9. Tereshin A.T. Sistemnyj podhod k diagnostike i korrekcii narushenij reproductivnoj i seksual'noj funkcij pri endokrinnyh formah besplodiya u zhenshchin : avtoref. dis. d-ra med. nauk. M., 1997.

10. Thostov A.SH., Arina G.A. Teoreticheskie problemy issledovaniya vnutrennej kartiny bolezni. Psihologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni pri nervno-psihicheskoj i somatichesknoj patologii. L., 1990.

11. SHCHukina E.G., Bulygina L.S. Osobennosti tipov otnosheniya k bolezni u zhenshchin so zlokachestvennymi obrazovaniyami organov reproductivnoj sistemy // Ekologiya cheloveka. 2006. № 9. P. 57–60.

12. Filippova G.G. Psihologiya reproductivnoj sfery cheloveka: metodologiya, teoriya, praktika // Medicinskaya psihologiya v Rossii. 2011. № 6. URL: <http://medpsy.ru> (data obrashcheniya: 10.08.2019).

13. Filippova G.G. Reproductivnaya psihologiya: sovremennyj etap razvitiya perinatal'noj psihologii v Rossii // Ot istokov k sovremennosti: 130 let organizacii psihologicheskogo obshchestva pri Moskovskom universitete : sbornik materialov yubilejnoj konferencii v 5 tomah. Otvetstvennyj redaktor: Bogoyavlenskaya D.B. 2015. P. 84–86.

14. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. Cognitive therapy of depression. New York : Guilford Press. 1979. 425 p.

15. Bower G.H. Mood and memory // Journal of American Psychologist. 1981. V. 36. P. 129–148.

16. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness // Cameron L.D., Leventhal H. (Eds.). The selfregulation of health and illness behavior. Routledge : New York. 2003. P. 42–65.

17. Janoff-Bulman R. Shema-change perspectives on posttraumatic growth // Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice. Mahwah, New Jersey, London : Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2006. P. 81–99.

18. Weinman J., Petrie K.J., Moss-Morris R., Home, R. The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness // Psychology and Health. 1996. V. 11. P. 431–445.