

**Кафедра общей и клинической психологии**

Зав. кафедрой общей  
и клинической психологии  
д.пс.н., профессор  
Исаева Е.Р. \_\_\_\_\_

Председатель ГАК  
д.пс.н., профессор  
Соловьева С.Л. \_\_\_\_\_

Выпускная квалификационная работа

на тему:

***Геротрансцендентность и приверженность лечению у пожилых  
пациентов онкологического профиля***

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнил:  
Студент 6 курса  
Факультета клинической психологии  
Васильева Анна Константиновна  
\_\_\_\_\_ (подпись)

Научный руководитель:  
Демченко Татьяна Владимировна  
ассистент кафедры общей и клинической психологии  
ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова  
\_\_\_\_\_ (подпись)

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
1. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕРОТРАНСЦЕНДЕНТНОСТИ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ .....	8
1.1. Понятие геротрансцендентности в отечественной и зарубежной психологии.....	8
1.2. Психологические особенности пациентов онкологического профиля .....	14
1.3. Психологические особенности пожилых пациентов онкологического профиля .....	21
2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	24
2.1. Описание выборки .....	24
2.2. Описание методов исследования .....	27
2.2.1. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25).....	27
2.2.2. «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) .....	28
2.2.3. «Опросник геротрансцендентных изменений» .....	29
2.2.4. «Семантический дифференциал времени» (СДВ) .....	31
2.2.5. Методы математической статистики.....	34
3. ОПИСАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	35
3.1. Описательная статистика психологических характеристик пациентов с ЗН .....	35
3.2 Сравнительная статистика психологических характеристик пациентов пожилого и старческого возраста с ЗН .....	42
3.3 Корреляционный анализ психологических особенностей пациентов с ЗН .....	49
4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	54
ВЫВОДЫ .....	59
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	60
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....	61
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 .....	68
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 .....	72

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 .....	74
ПРИЛОЖЕНИЕ 4 .....	83

## ВВЕДЕНИЕ

Старение во все времена представляло собой комплексный многоуровневый процесс, который важно рассматривать с точки зрения биопсихосоциальной модели. Изменения, происходящие в рамках старения, затрагивают не только физическую сферу, но и социально-психологическую. При этом нельзя не отметить, что психологические факторы играют важную роль в происходящих биологических и социальных изменениях.

Однако человеческий организм, неизбежно подверженный процессу старения, также становится и более восприимчив к различного рода заболеваниям, которые зачастую переносятся значительно тяжелее физиологически в старости, чем в молодости. Примером подобной патологии являются онкологические заболевания.

Согласно статистике (Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О., 2021) в 2020 г. в Российской Федерации выявлено 556 036 случаев злокачественных новообразований. Между тем, наблюдается тенденция роста среднего возраста онкологических заболеваний. Если в 2010 году он составлял 63,8 года (63,9 у мужчин, 63,6 у женщин), то к 2020 году средний возраст онкологических заболеваний вырос до 64,3 лет (для мужчин – 64,7, для женщин – 63,9 года). Самой высокой частотой встречаемости онкологических заболеваний отмечается в возрастной группе от 70 до 74 лет. Также важно отметить, что онкологические заболевания в 2020 году заняли второе место среди причин смертности россиян (13,6%), опередив коронавирусную инфекцию, вызванную COVID-19 (6,8%). Абсолютное число умерших от онкологий в 2020 году составило 291 461 человека.

В современной психологической литературе имеется большое количество исследований, посвященных психологическим особенностям пациентов онкологического профиля. Многие авторы отмечают важность

психологического сопровождения пациентов с установленным онкологическим диагнозом, что повышает эффективность лечебного процесса. Такие авторы, как Солопова А.Г., Власина А.Ю., Идрисова Л.Э., Москвичёва В.С., Бажанов С.А., Семиглазова Т. Ю., Ткаченко Г. А., Чулкова В. А. отмечают, что с эффективностью реабилитационных программ связаны приверженность лечению, которая в свою очередь имеет устойчивые взаимосвязи с типом отношения к болезни и эмоциональной сферой пациентов онкологического профиля.

Стоит также отметить, что на сегодняшний день в рамках изучения пожилого возраста начинает формироваться такое понятие, как геротрансцендентность (Полтавская М. Б., 2018; Попова Т. А., 2019; Стрижицкая О. Ю., 2017). Данный термин был введен в психологию Л. Торнстамом в 1989 году. В нашей стране вклад в изучение денного феномена внесла О.Ю. Стрижицкая. Однако, она изучает его только в рамках условно здоровых пожилых людей, не затрагивая соматическую клинику. Единичные исследования, посвященные изучению геротрансцендентности в соматической клинике, в частности неврологической, отмечалось наличие взаимосвязи между геротрансцендентность и приверженностью лечению (Демченко Т. В., Исаева Е. Р., 2021). Однако подобных исследований в онкологической клинике на данный момент проведено не было.

Выше перечисленное позволяет нам утверждать, что важно изучать геротрансцендентность не только у условно здоровых людей, но и у пациентов в соматической клинике, в особенности с учётом того что возможна связь с приверженность к лечению, эмоциональной сферой и типом отношения к болезни. Таким образом, тема диплома, посвященная исследованию влияния геротрансцендентности на приверженность лечению пожилых пациентов онкологического профиля, является актуальной.

**Гипотезой** работы является предположение, что приверженность лечению имеет значимые взаимосвязи с геротрансцендентностью и психологическими характеристиками пациентов онкологического профиля пожилого и старческого возраста.

**Цель исследования** – изучить взаимосвязь между приверженностью лечению, геротрансцендентностью и психологическими характеристиками пациентов онкологического профиля.

Для достижения поставленной цели исследования были составлены следующие **задачи**:

1) Выявить особенности типа отношения к болезни у пациентов пожилого и старческого возраста онкологического профиля.

2) Выявить особенности приверженности лечению у пациентов пожилого и старческого возраста онкологического профиля.

3) Выявить особенности геротрансцендентности у пациентов пожилого и старческого возраста онкологического профиля.

4) Выявить особенности субъективного восприятия времени жизни пациентов пожилого и старческого возраста онкологического профиля.

5) Выявить взаимосвязи приверженности лечению с геротрансцендентностью и психологическими характеристиками.

**Объектом исследования** являются пациенты пожилого и старческого возраста с установленным диагнозом «Новообразования» (C00-D48).

**Предметом исследования** является приверженность лечению, геротрансцендентность и другие психологические характеристики у пожилых пациентов с диагнозом «Новообразования» (C00-D48).

В работе были использованы следующие **методики**: «Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25)», «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)», «Опросник

геротрансцендентных изменений» О.Ю. Стрижицкой, «Семантический дифференциал времени» Л.И. Вассермана.

Для анализа полученных эмпирических данных применялись следующие **методы математической статистики**: U-критерий Манна-Уитни для сравнения разницы средних показателей в изучаемых группах респондентов; корреляционный анализ Пирсона для выявления взаимосвязей между исследуемыми характеристиками.

**Теоретическая значимость** заключается в обобщении и систематизации разрозненных данных по проблеме исследования.

**Практическая значимость** полученных результатов заключается в возможности доведения теоретических разработок до уровня практических рекомендаций, направленных на углубление понимания влияния геротрансцендентности на приверженность пожилых людей к лечению, а также на выявление мишеней в реабилитации пожилых пациентов онкологического профиля.

# 1. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕРОТРАНСЦЕНДЕНТНОСТИ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

## 1.1. Понятие геротрансцендентности в отечественной и зарубежной психологии

По мнению О. Ю. Стрижицкой (2018), период старения является одним из наиболее противоречивых, как с точки зрения научного понимания, так и с точки зрения общественного отношения и бытового понимания. В связи с этим с данным периодом связано множество страхов и предубеждений, вынуждающих людей бояться старения и стремиться всячески его избежать или замедлить.

В то же время статистические прогнозы (Шестакова Е. Е., 2022) указывают на то, что в ближайшие десятилетия численность пожилого населения в развитых и развивающихся странах будет только увеличиваться. В начале 2022 года продолжительность жизни в мире составляла 72,7 года, а, по прогнозам, к 2050 году, она составит 76,7 лет. Таким образом, доля пожилых людей (65 и более лет) увеличиться с 9,8% (2022 г.) до 16,5% к 2050 году (United Nations, 2022). Так что нельзя не отметить острое противоречие, которое возникает в обществе: стигматизация старения вступает в конфликт с тем, что всё большая часть населения переходит в категорию пожилых людей.

При подобных прогнозах ни научное сообщество, ни общество в целом не могут себе позволить продолжать поддерживать негативный образ старения. Возникает необходимость пересмотра старения как процесса и, следовательно, изменение отношения к нему в обществе. Конечно, в целом это медленно, но происходит. За последний век восприятие старости значительно изменилось, и связано это в том числе и с развитием психологии. Для лучшего понимания этого, дадим краткую историческую справку касающуюся изменения парадигм старения.



Наиболее полно данные метаморфозы описаны в диссертации О. Ю. Стрижицкой «Психология позитивного старения: условия, факторы и социальные эффекты геротрансцендентности».

В начале 20 века доминировала *дефицитарная парадигма* старения. Согласно ей старение и его негативные последствия это неотъемлемая часть жизни, грубо говоря – норма. Её сменила *компенсаторная парадигма*, признававшая, что негативные последствия старения можно минимизировать за счёт ресурсов и субъективных факторов, присущих человеку и его психике. В наше же время происходит становление новой *дивидендной парадигмы* старения. Она повторяет общую мысль компенсаторной парадигмы, но помимо этого подчеркивает важность приобретения и потенциала развития человека. Развитием данного направления занимаются такие исследователи как Rusk, Seligman, Lyubomirsky, Layous, Martinson, Berridge, Rowe, Kahn, Garcia.

Однако прежде, чем перейти к описанию процесса старения, необходимо понять, где же проходит эта тонкая грань между взрослостью и старостью.

Одним из ключевых моментов в определении этого является понятие «зрелость». По утверждению Дермановой И. Б., Манукян В. Р. (2014), «зрелость» - это не фрагмент возрастной периодизации (как зачастую принято считать), а новый, качественный этап развития взрослой личности. Если исходить из подобной точки зрения, то мы можем прийти к заключению, зрелость является результатом развития человека, но не имеет безусловной привязки к конкретному возрасту и зависит от личного жизненного опыта человека.

Именно жизненный опыт ложится в основу грядущего старения и является одним из ключевых факторов формирования отношения к старости. Через призму этого опыта человек воспримет происходящие с ним изменения как в плане физическом, так и моральном. При этом нельзя

не упомянуть тот факт, что последствия влияния, эффекты, жизненного опыта, как позитивного, так и негативного, могут быть разными (Weiss, 2014).

Продолжая и развивая идеи Сергиенко Е. А. и Мелехина А. И. (2016), можно выдвинуть предположение, что как раз исключительно высокая вариативность психологических характеристик пожилых людей, имеющая в своей основе накопленный жизненный опыт и его субъективное осмысление человеком, может послужить фундаментом для специфических трансформаций, способных помочь сформировать позитивное отношение к старению.

Исходя из этого, возникла острая потребность в описании и характеристике обобщённого механизма, который поспособствует распространению положительного мнения о старении в обществе. Таким механизмом стала геротрансцендентность.

Как можно заметить, термин «геротрансцендентность» имеет общие корни с понятием «трансцендентность», подразумевающим под собой определенный выход за рамки имеющегося и накопленного опыта человека.

Геротрансцендентность можно охарактеризовать как комплекс изменений, связанных с процессом старения, но не вызванных им. Это явление даёт возможность рассматривать старение в качестве неповторимого, единственного в своём роде периода, который имеет собственное содержание и включает в себя три компонента: социальное измерение, личностное измерение и генерализованное мировосприятие.

Сам же термин «геротрансцендентность» был введен Л. Торнстамом в 1989 году. Первооткрыватель описывал это явление как специфические трансформации, связанные с осознанием старения и себя в процессе старения, изменяющее функционирование человека в привычной жизни. Основой для подобных трансформаций, по мнению Л. Торнстама, являлся

выход за пределы опыта взрослого человека, а также формирование отличной от предыдущей системы понимания мира, социума и своего места в нём.

Л. Торнстам сумел обобщить и систематизировать научные данные, имевшиеся на тот момент, и выдвинуть единую структуру данного явления, что являлось достаточно большим шагом вперёд в то время.

Оригинальная концепция геротрансцендентности включает в себя три компонента: социальное, личностное и космическое измерения. Важно отметить, что каждое из указанных измерений отражает специфические изменения в соответствующих областях и позволяет сформировать представление о том, как видел иерархию данных измерений автор термина. На наш взгляд, наиболее исчерпывающее их описание было представлено О. Ю. Стрижицкой в работе «Геротрансцендентность: психологическое содержание и теоретические модели».

**Социальное измерение** геротрансцендентности представляет собой изменения, происходящие в системе социальных отношений в период поздней взрослости и старения. В первую очередь речь идет об изменении качества и количества отношений, их становится меньше, но они углубляются: приобретают более позитивный и менее поверхностный характер. К подобного рода изменениям приводят следующие события, которые переживает человек на пороге старения и в период взросления: пересмотр социального взаимодействия, его переоценка, отбор таких отношений, которые будут способствовать росту психологического и эмоционального благополучия и комфорта. Нельзя не упомянуть и то, что представление человека о системе морали в обществе расширяется и становится сложнее. Плоское, дуалистическое представление о мире как о столкновении и противостоянии плохого и хорошего сменяется осознанием сложности и многогранности морально-этического компаса каждого человека. Развитие социального измерения

геротрансцендентности подразумевает, что человек меньше выдвигает оценочных суждений, а также допускает некоторое несовершенство мира в целом, как бы признавая, что все люди, в том числе и он сам, могут ошибаться в чём-либо.

**Личностное измерение** связано с трансформациями, непосредственно личностных конструктов человека. В первую очередь, это изменения, происходящие в «Я-концепции». Однозначного мнения в вопросе развития личности взрослого в научном сообществе найти нельзя. С одной стороны, есть характеристики, которые формируются уже к периоду ранней взрослости и остаются достаточно стабильными, например, фундаментальные черты. С другой стороны, личность – конструкт исключительной сложности, который включает в себя разнообразные подструктуры и механизмы, многие из которых подвержены изменениям под влиянием течения времени (Доценко Е. Л., 2020). Поэтому в данной работе мы будем придерживаться концепции, что личность продолжает развиваться, как в период взрослости, так и в период старения. Здесь возможно выделить две составляющих: изменения физического «Я» и изменения Эго.

Изменения физического «Я» относятся к принятию физических изменений, происходящих в связи с возрастом, таких как трансформация внешнего вида и внутреннего состояния организма. Развитие личностного измерения геротрансцендентности в этом направлении должно привести к тому, что человек оптимизирует, приспособливает свою деятельность с учётом новых условий (быстрая утомляемость, низкая интенсивность труда). При этом такие изменения предполагают, что человек не старается «повернуть время вспять» (как поступают люди, подверженные страху старости), а понимает, что подобные изменения естественны и закономерны.

Изменения, связанные с Эго, в свою очередь подразумевают ярко выраженный самоанализ, значительный рост самокритичности, которая позволяет человеку здраво увидеть свои как отрицательные, так и положительные стороны, и сформировать сложную и целостную картину самовосприятия. Многие пожилые люди высказываются с неодобрением о социально поощряемых чертах характера: доброта, мягкость, щедрость и так далее. Это связано с тем, что с возрастом человек осознаёт конфликт между социально одобряемыми качествами и тем, насколько эти качества необходимы для функционирования отдельно взятого человека (и насколько их «злоупотребление» может усложнить жизнь).

Говоря о **космическом (философском) измерении**, необходимо заметить, что с позиции психологической интерпретации оно является наиболее сложным. Вследствие того, что оно включает осознание и описание достаточно обобщенных мировоззренческих установок, абстрактных понятий, таких как жизнь, смерть, время, пространство и так далее, многие исследователи посчитали более уместным и подходящим дать иное название измерению - генерализованное мировосприятие. Оно подразумевает новое понимание себя в контексте жизни, причём, не собственной, а в контексте жизни в целом. Это может проявляться в возрастании интереса к генеалогии, поиске связей с предками, а также углублению ощущения себя частью человечества как единого целого.

Таким образом, в силу увеличения в мире численности пожилого населения в обществе возникает запрос на снятие стигмы с процесса старения. Благодаря этому возникло такое явление, как геротрансцендентность, являющее собой специфический комплекс изменений, связанных со старением, но не обусловленных им.

## 1.2. Психологические особенности пациентов онкологического профиля

Изменения в личности человека и его психике могут происходить не только под влиянием возрастных процессов, но и под влиянием внешних, зачастую непредвиденных обстоятельств, таких как различного рода болезни. Традиционно онкология относится к одной из наиболее психотравмирующих из них. Н.А. Русина (2002) пишет: «Рак — это не просто болезнь, это образ жизни и особое смысловое пространство». Это вызвано тем, что раковое заболевание — это всегда неизвестность, а неизвестность пугает человека больше всего. Едва ли возможно дать точный прогноз прогрессирующей болезни, отчего психологическое состояние пациента онкологического профиля стремительно ухудшается. Нельзя забывать и о влиянии родственников, которые нередко испытывают не меньший стресс от известия о диагнозе.

Трудности в диагностировании болезни на первых этапах связаны с неясностью и слабой выраженностью симптомов. Чаще всего это нарушение сна и аппетита, усталость и вялость и т.е. Это симптомы, которые большинство людей так или иначе, но испытывали в своей жизни. В начале люди пытаются объяснить их возникновение случайными причинами или незначительными заболеваниями, которые не требуют особого внимания. Однако далее, если возникает подозрение на онкологическое заболевание, пациенты могут реагировать следующими способами:

1. «Уход в себя», самоанализ, попытка осознать ситуацию. К врачам обращаются только по наставлению родственников.
2. Паническая реакция и обращение к врачам (Березанцев А. Ю., 2018).

Онкология для любого человек является «громом среди ясного неба», и диаметрально противоположные реакции, которые можно наблюдать, закономерны и объяснимы.

После же постановки и утверждения диагноза также возможно увидеть два типа реакций: депрессивную – сниженный фон настроения, страхи и так далее. В свою очередь другой тип – поддержание иллюзии нормальности: пациенты не показывают своих истинных эмоций и переживаний, однако за этой ширмой может скрываться целый ряд тяжелых психических реакций, которые в случае позднего обнаружения могут только усугубить и без того затруднительное положение.

Нельзя не упомянуть о том, что далеко не сразу пациенты принимают диагноз, в связи с чем можно наблюдать такое характерное явление, как частое консультирование у разных врачей, причем, от последующего врача утаивается информация о ранее поставленном диагнозе. Это вызвано желанием услышать, что те, предыдущие врачи, ошиблись.

Для понимания особенностей психологических реакций на заболевание врач общей практики должен также знать индивидуальные и типологические особенности больных, которые описаны Березанцевым А. Ю. (2018):

1. Синтонные пациенты, отличающиеся эмоциональной открытостью, жизнерадостностью, легче адаптируются к травмирующей ситуации. Для них очень важно установить открытые, доверительные отношения с врачом, они легко идут на сотрудничество.

2. Пациенты с циклотимным характером эмоционального реагирования. В психотравмирующей ситуации характеризуются сменой настроения, легко впадают в депрессию. В работе с ними рекомендуется делать акцент на мобилизацию положительных эмоций, организацию досуга и доступных развлечений.

3. Пациенты шизоидного типа, демонстрирующие эмоциональную недостаточность, преобладание интеллектуальных интересов, замкнутость, вплоть до аутизации, в меньшей степени нуждаются в общении. Важно правильно организовать доступные развлечения – чтение, занятие интересующим их творчеством.

4. У пациентов возбудимого типа, плохо контролирующих аффект и вступающих в конфликты с врачом и близкими, важно не провоцировать такие реакции, а в случае их возникновения спокойно реагировать на эмоции.

5. Пациентов с истероидными чертами можно мобилизовать акцентированием их «выдающихся» качеств. Не следует вступать с ними в конфронтацию, опровергая их «исключительность», нужно умело использовать их желание быть в центре внимания.

6. Тревожно-мнительные пациенты, легко впадающие в панику, склонны к истощению и депрессии и нуждаются в особо бережном отношении. Для снятия тревоги здесь также требуется организация доступной деятельности.

Также важно понимать, что у разных пациентов будут проявляться разные типы отношения к болезни. Личко А.Е и Иванов Н.Я. разработали 12 типов (1980) (Вассерман Л.И. с соавт., 1987):

1. Гармоничный. Пациент оценивает своё состояние без преувеличения или преуменьшения симптомов и проявлений болезни. Готов к сотрудничеству с врачом.

2. Эргопатический. Пациент игнорирует болезнь, полностью погружаясь в работу и желая во чтобы то ни стало сохранить свой трудовой статус. Очень избирательно соблюдает рекомендации врача.

3. Анозогнозический. Пациент игнорирует болезнь, вплоть до отрицания её наличия, старается не думать о её последствиях. Нередко отказывается от лечения. В случае эйфорического анозогнозического типа



для пациента характерно повышенное настроение, пренебрежение к болезни и лечению.

4. Тревожный. Пациент постоянно думает о болезни, мнителен касательно её течения, последствий и даже опасности самого лечения. Он ищет новые лекарства, методы лечения, мнения касательно его заболевания. Для него важны результаты анализов и врачебных исследований, на физические ощущения внимание обращается мало.

При обсессивно-фобическом тревожном типе у пациента на первый план выходит тревожная мнительность, касающаяся маловероятных последствий болезни и лечения, взаимоотношений с близкими. Нередко для защиты от тревоги пациент начинает прибегать к различного рода ритуалам, приметам и суевериям.

5. Ипохондрический. Пациент полностью сосредотачивается на ощущениях, рассказывает о них всем подряд, преувеличивает симптомы, побочные эффекты от лечения, ищет несуществующие болезни. Лечиться хочет, но медперсоналу не доверяет.

6. Неврастенический. Для пациента характерна «раздражительная слабость». Он не может терпеть боль, выплёскивает раздражение на первого попавшегося человека. Затем раскаивается в своих поступках.

7. Меланхолический. Пациент удручён, не верит в хороший исход лечения. Для него характерны депрессивные реакции, пессимизм. Бывает суицидальный риск.

8. Апатический. Пациент безразличен к своей судьбе и к исходу болезни. Он пассивен, жизнь для него не интересна. Лечится только в случае принуждения со стороны.

9. Сенситивный. Пациент крайне раним, озабочен тем, что болезнь может выставить его в некрасивом свете, боится жалости от окружающих, сплетен, того что его будут избегать. Характерны колебания настроения.

10. Эгоцентрический. Пациент принимает болезнь и ищет в ней выгоду. Страдания выставляются на показ. Требование исключительной заботы о себе, полное невнимание к близким.

11. Паранойяльный. Пациент строит теории о том, что болезнь возникла из-за каких-то внешних причин, злого умысла. Он подозрителен, постоянно ищет виноватых, обвиняет медперсонал в неэффективности лечения, видит в побочных эффектах злой умысле врачей. Требуется наказать виновных.

12. Дисфорический. У пациента гневливо-мрачное, озлобленное настроение. Он угрюм и недоволен, ненавидит всех здоровых людей. Винит в болезни окружающих. Требуется внимания, подозрителен к назначениям врачей.

Если врач не знает, как работать с пациентом, проявляющим черты вышеописанных типов, лечение может быть осложнено отказом пациента идти на контакт, его замыканием в самом себе, а также даже отказом от лечения. Именно поэтому важно знать и уметь распознавать характерные черты тех или иных типологических особенностей пациентов.

Помимо этого важно понимать в целом уровень приверженности лечению у онкологических больных. В статье Бергфельд А.Ю. «Типы реагирования на болезнь и смысло-жизненные ориентации пациентов онкологического профиля» довольно подробно исследован данный аспект. Бергфельд А.Ю. пишет, что в целом уровень комплаентности онкологических пациентов высокий. «Пациенты настроены на активное взаимодействие с лечащим врачом и установление с ним доверительных отношений, готовы полностью полагаться и зависеть от него. Врач воспринимается как значимое, авторитетное лицо». Но это утверждение не касается пациентов с паранойяльным и дисфорическим типами отношения к болезни. Чем ярче выражены данные типы, тем меньше выражена у пациентов приверженность к лечению.

Несмотря на то, что существуют различные способы реагирования на болезнь, ученые выделяют и общие для всех стадии принятия неизбежного, однако продолжительность протекания и их интенсивность зависит от индивидуальных особенностей личности (Урванцев Л. П., 2012).

Стадии принятия диагноза:

1. Шок. Эмоциональная шоковая реакция внешне выражается в тревоге, страхе, депрессии или желании смерти.

2. Отрицание. Включаются механизмы психологической защиты своего «Я». Больной отрицает заболевание, уверяя себя и близких, что «все пройдет». Своим поведением он призывает окружающих принять его позицию, избавив свое сознание от необходимости принять и оценить болезнь. Он как бы забывает о диагнозе, продолжая жить, как если бы ничего не случилось. Стадия отрицания может протекать достаточно длительно, у некоторых пациентов – до конца заболевания.

3. Злость. Как только человек начинает смотреть в лицо реальности, и понимает, что рак теперь действительно часть его жизни. Реальность частично осознана, наступает новая волна аффекта. Часто наблюдается направленное на других реагирование с обвинениями в адрес медицинского персонала. Это защищает пациента от внутреннего конфликта и самообвинительных реакций. В некоторых случаях возникают паранойяльные идеи магического воздействия окружающих, «околдовывания», «порчи». Не исключен суицид. В этот период возможен категорический отказ больного от дальнейшего лечения и сотрудничества с врачом.

4. Сделка. На этой стадии человек пытается смириться с ситуацией, заключив сделку – с Богом, с высшими силами, с самим собой. Принцип здесь такой: если я буду хорошо себя вести, все станет как раньше. Часто

на этой стадии, человек обращается к различным шарлатанским методам лечения или ищет способ как можно «излечиться».

5. Депрессия. На этой стадии происходит развертывание классической клинической картины реактивной депрессии. Пациент постоянно пребывает в мрачном настроении, стремится к одиночеству. Он уже ничему не сопротивляется, становится апатичным, вялым и безразличным (демонстрирует полное отсутствие интереса к семье и близким, вплоть до безразличия к собственным детям). Характерно наличие иллюзорных переживаний – вещей сновидений и предчувствий, не исключена возможность суицида. Этот период может быть очень длительным.

6. Принятие и переоценка. Принятие – не смирение. Это разные понятия, принять – значит осознать всю важность и сложность болезни и начать адекватное лечение. Переоценка же происходит на многих уровнях и включает в себя изменение смысложизненных ценностей. Примирение с судьбой, ориентация на сиюминутную жизнь. Меняется восприятие больным временных интервалов. Течение времени как бы замедляется, поскольку оно оценивается пациентом как очень значимое. Часто в размышлениях больного доминируют религиозные представления, вера в бессмертие. Нередко в этой стадии люди испытывают особое ощущение свободы. Некоторые говорят о том, что всю жизнь прожили с ощущением страха смерти, а сейчас, когда очевидна ее скорая неизбежность, этот страх исчез.

Таким образом, круг психологических особенностей пациентов онкологического профиля достаточно обширен и разнообразен, отличается множеством факторов, которые могут повлиять на принятие болезни и её протекании у конкретного человека.

### **1.3. Психологические особенности пожилых пациентов онкологического профиля**

Как было упомянуто ранее, пациенты онкологического профиля могут реагировать на диагноз совсем по-разному в зависимости от их индивидуальных особенностей личности. И одним из таких факторов также является и возраст. Мы уже выяснили, что старость является особым уникальным возрастным периодом, многогранным и неоднозначным.

Знание личностных психологических особенностей реагирования пациентов пожилого возраста имеет особое значение в силу того, что наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, снижение функциональности организма значительно ограничивает пути излечения от раковой опухоли, препятствуя или сужая возможность оперативного вмешательства.

У пациентов всех возрастов могут наблюдаться признаки депрессии, как было отмечено выше, однако у пожилых пациентов в соматической клинике, симптомы депрессии выражены смутно, как отмечено в работе Демченко Т. В. и Исаевой Е.Р. (2020), что препятствует своевременному диагностированию и лечению эмоциональных патологий. Основными симптомами депрессии в данном случае бывают общая подавленность, усталость, отсутствие или снижение аппетита. Все эти симптомы зачастую врачи связывают либо непосредственно с онкологическим заболеванием, либо же с сопутствующими заболеваниями.

Шестопалова И.М. и Ткаченко Г.А. (2007) отмечают, что депрессия у пожилых пациентов онкологического профиля может сопровождаться повышенной тревожностью или эмоциональной лабильностью. Ведущие психопатологические синдромы в послеоперационном периоде – астенодепрессивный и тревожно-депрессивный.

В то же время, исходя из концепции геротрансцендентности, пожилые люди склонны испытывать и переживать изменения в

личностном измерении, и, как было замечено выше, пересмотр и переоценка ценностей и отношения к жизни в целом происходит у всех больных онкологией. Подобное наложение является сильнейшим испытанием для истощённой и изнеможенной психики пожилого человека, что зачастую приводит к возникновению мыслей о суициде и попыткам прекращения лечения. Многие пожилые люди продолжают лечение только по настоянию родственников, так как сами они уже утратили веру и интерес продолжать попытки.

В целом приверженность к лечению снижается с возрастом (Бергфельд А.Ю., 2017). То есть чем старше пациент, тем ниже у него комплаентность и тем менее он готов идти на контакт с медперсоналом.

Ранее в нашей работе упоминалось, что определённые типы реагирования на болезнь склонны к более низкой приверженности к лечению. Но также важно упомянуть, что, несмотря на снижение комплаентности с возрастом, уровень проявления дезадаптивных типов отношения к болезни снижающих приверженность к лечению наоборот снижается (Бергфельд А.Ю., 2017). Пожилых пациентов с такими типами реагирования как: паранойяльный, эгоцентрический, дисфорический, неврастенический и тревожный, значительно меньше чем молодых. Это также важно учитывать при работе с данной категорией пациентов.

Учеными отмечается (Лутошлива Е. С., 2018), что у пожилых людей (от 60 до 80 лет) уровень тревоги зачастую выше в дооперационный период, однако в послеоперационный период могут наблюдаться такие психопатологические синдромы, как астенодепрессивный и тревожно-депрессивный. Многие исследователи подмечают, что повышение уровня депрессии и снижения активности укладывается в типичные черты пожилого возраста, что ещё раз подчеркивает сложность раннего диагностирования депрессии у пожилых пациентов.

Итак, чаще всего у лиц пожилого возраста, страдающих онкологическими заболеваниями, могут наблюдаться скрытые признаки депрессии, которые ошибочно можно принять за общее снижение активности и интенсивности работы организма, что затрудняет своевременное лечение и сопровождение больного.

Таким образом, в результате теоретического обобщения научно-исследовательских трудов возможно сделать следующие выводы:

- 1) старость – уникальный период в жизни человека, особенности которого до конца не раскрыты в современной науке;
- 2) геротрансцендентность необходима современному обществу для снятия стигматизации с процесса старения;
- 3) особенности протекания и принятия диагноза зависят от множества факторов, включая индивидуальные психологические характеристики личности и возраст;
- 4) у пожилых пациентов онкологического профиля часто наблюдаются признаки депрессии и низкая приверженность лечению, несмотря на более гармоничные и адаптивные типы отношения к болезни.

## 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Описание выборки

Наше исследование проводилось в период с июня 2022 года по ноябрь 2022 года. В нём принимала участие группа обследуемых больных с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования» (ЗН) (C00-C97). Они проходили обследование и получали комплексное лечение и реабилитацию в стационаре ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения России.

Каждый пациент, принимавший участие в исследовании, подписывал информированное согласие для его прохождения. В период стационарного этапа реабилитации после хирургического вмешательства нами с пациентом проводилась беседа и заполнялись опросники, подробно описанные ниже. Опрос в среднем проходил в 2 этапа, общее время проведения обследования составило от 90 до 110 минут.

В исследовании приняло участие 40 пациентов с ЗН в реабилитационном периоде. Каждый пациент перенёс операционное лечение. Возраст испытуемых составил от 60 до 83 лет. Средний возраст респондентов –  $71,66 \pm 9,9$  лет. Группа состояла из 20 мужчин с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования мочевого пузыря» (C67) и 20 женщин с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования молочной железы» (C50). Средний возраст мужчин составил  $70 \pm 10,3$  лет, средний возраст женщин –  $69,75 \pm 9,7$  лет.

Всех пациентов мы разделили на 2 подгруппы согласно возрастной классификации ВОЗ (см. табл. 1).



Таблица 1

Выборка пациентов со «Злокачественными новообразованиями» (в единицах)

		1 подгруппа (61-75 лет)	2 подгруппа (76-90 лет)	Всего
N (чел.)		20	20	40
Ср. возраст		66,7±3,5 лет	79,2±2,7 лет	71,66 ± 9,9 лет
Мужчины	N (чел.)	9	11	20 человек
	Ср. возраст	64,2±1,5 лет	77,6±1,5 лет	70±10,3 лет
Женщины	N (чел.)	11	9	20
	Ср. возраст	66,3±4,4 лет	79,5±2,8 лет	69,75±9,7 лет

В подгруппу 1 вошли пациенты пожилого возраста, согласно возрастной классификации ВОЗ (от 61 до 75 лет). Всего в подгруппу вошло 20 пациентов. 11 женщин с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования молочной железы» (С50) и 9 мужчин с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования мочевого пузыря» (С67). Средний возраст в подгруппе составил 66,7±3,5 лет. Средний возраст женщин – 66,3±4,4 лет, средний возраст мужчин – 64,2±1,5 лет.

В подгруппу 2 вошли пациенты старческого возраста, согласно возрастной классификации ВОЗ (от 76 до 90 лет). Всего в подгруппу вошло 20 пациентов 9 женщин с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования молочной железы» (С50) и 11 мужчин с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования мочевого пузыря» (С67). Средний возраст в подгруппе составил 79,2±2,7 лет. Средний возраст женщин – 79,5±2,8 лет, средний возраст мужчин – 77,6±1,5 лет.

Также пациентов в подгруппах мы разделили по длительности их заболевания: менее 1 года, от 1 до 3 лет и более 3 лет (см. рис. 1).

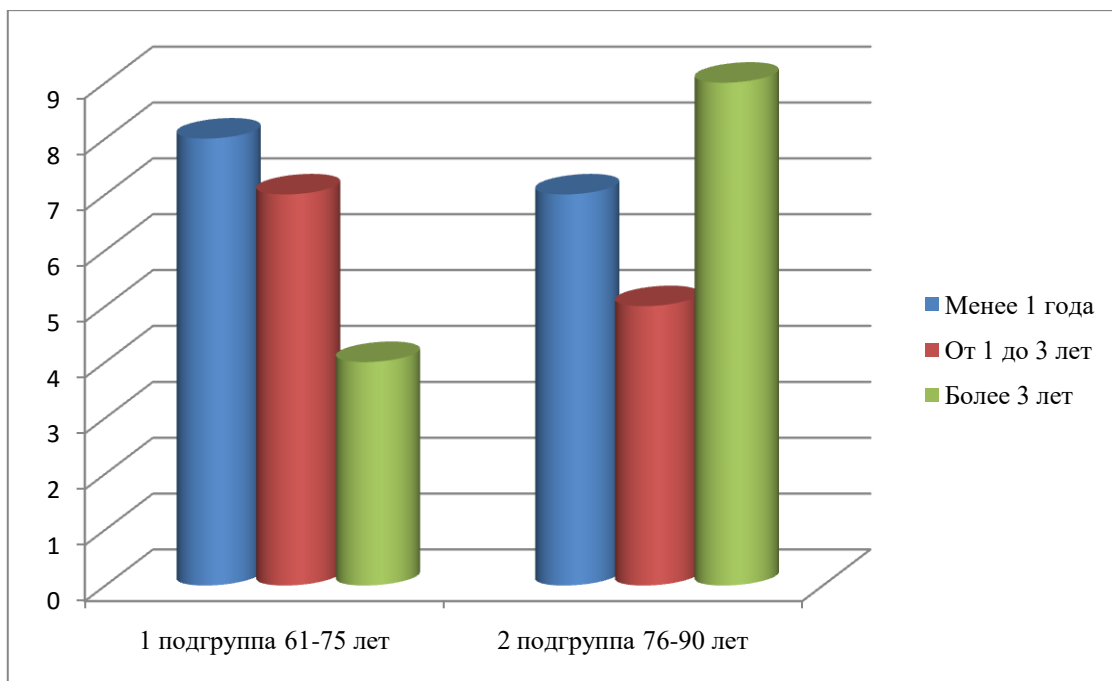


Рис. 1. Пациенты в первой и второй подгруппах по длительности заболевания (в единицах)

В первой подгруппе 8 пациентов с длительностью заболевания менее 1 года, 7 – от 1 до 3 лет, 4 – более 3 лет. Во второй подгруппе 7 пациентов с длительностью заболевания менее 1 года, 5 – от 1 до 3 лет, 9 – более 3 лет.

Общее количество пациентов по длительности заболевания составило: 15 пациентов с длительностью заболевания менее 1 года, 12 пациентов с длительностью заболевания от 1 до 3 лет, 13 пациентов с длительностью заболевания более 3 лет.

## 2.2. Описание методов исследования

### 2.2.1. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25)

Опросник был разработан двумя авторами: Николаевым Николаем Анатольевичем и Скирденко Юлией Петровной в 2008 г. Изначально он использовался для оценки приверженности к лечению у больных артериальной гипертонией, но позже был доработан и теперь используется для оценки приверженности к лечению у пациентов с различными диагнозами. Анализ опросника продемонстрировал высокий уровень его чувствительности и надёжности. Чувствительность равна 93%, надёжность – 94%, специфичность – 78% (Замятина Е.А., 2013; Николаев Н.А., 2015).

Обработка результатов теста проводится в 2 этапа. На 1 этапе вычисляются такие технические показатели как:

- «важность лекарственной терапии»,
- «важность медицинского сопровождения»,
- «важность модификации образа жизни»
- «готовность к лекарственной терапии»,
- «готовность к медицинскому сопровождению»,
- «готовность к модификации образа жизни».

Каждый из этих показателей рассчитывается путём складывания баллов за ответы на соответствующие вопросы. Минимальное значение показателя – 5 баллов, а максимально – 30 баллов.

На втором этапе рассчитываются такие показатели как:

- «приверженность лекарственной терапии»,
- «приверженность медицинскому сопровождению»,
- «приверженность модификации образа жизни»,
- интегральный показатель: «приверженность лечению».

Эти показатели рассчитываются с помощью специальных формул и представляют собой проценты от максимально возможного уровня их проявления для тестируемого.

### **2.2.2. «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ)**

ТОБОЛ был разработан в 1987 году в НИИ им. Бехтерева группой авторов: Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова. При его создании они пользовались типологией отношения к болезни предложенной в 1980 году А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым. В первой главе диплома мы уже упоминали эти типы.

Для валидации данной методики проводилась экспертная оценка. Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе участвовали 32 специалиста: психотерапевты, невропатологи, психиатры и терапевты-интернисты. Они заполняли предложенный вариант теста подобно больным с тем или иным типом реагирования на болезнь. На этом этапе были отсеяны утверждения, редко выбираемые экспертами для того или иного типа реагирования, как диагностически малоценные.

На втором этапе другая группа экспертов - 28 человек - оценивали диагностическую ценность тех или иных утверждений для того или иного типа реагирования на болезнь. Полученные балльные данные были подвергнуты статистической коррекции с целью нивелирования склонности специалиста давать заниженные или завышенные балльные оценки.

При проведении данной методики баллы подсчитываются путём складывания диагностические коэффициентов, соответствующих 12 шкалам типов отношения к болезни. При этом вариант ответа «Ни одно утверждение мне не походит» не имеет диагностического веса ни для одной из шкал. После подсчёта сумм баллов по каждой шкале, их изображают графически, где по горизонтали отмечены буквенные символы 12-ти шкал, а по вертикали – числовые значения шкальных оценок.

Если испытуемый выбирает хотя бы одно утверждение помеченное «звёздочкой», то шкальная величина соответствующего этому знаку типа отношения к болезни приравнивается к нулю.

Методика позволяет определить 12 типов отношения к болезни, которые разделены на 3 блока:

1. Типы без социальной дезадаптации:

- Гармоничный.
- Эргопатический.
- Анозогностический.

2. Типы с нарушением социальной адаптации с интрапсихической направленностью личностного реагирования на болезнь:

- Тревожный.
- Ипохондрический.
- Неврастенический.
- Меланхолический.
- Апатический.

3. Типы с нарушением социальной адаптации с интерпсихической направленностью личностного реагирования на болезнь:

- Сенситивный.
- Эгоцентрический.
- Паранойяльный.
- Дисфорический.

### **2.2.3. «Опросник геротрансцендентных изменений»**

Опросник был разработан Стрижицкой О.Ю. Процесс его создания и проверки был подробно расписан в её диссертации «Психология позитивного старения: условия, факторы и социальные эффекты геротрансцендентности». Он разрабатывался в два этапа, и по результату его апробации Стрижицкая О.Ю. пришла к выводу, что «исходя из

полученных данных, можно говорить о том, что все три шкалы достаточно точно соответствуют данным, хотя наиболее уязвимой в структурном плане является шкала «личностное измерение» (Стрижицкая О.Ю., 2018).

Методика даёт возможность оценить геротрансцендентные изменения по таким шкалам как:

- Личностное измерение (ЛИ). Изменения в понимании себя, включает целостное принятие себя, в том числе физических изменений, и предполагает создание более дифференцированной и сложной системы Я-концепции.
- Социальное измерение (СИ). Связано с принятием других людей, их несовершенства, а также понимание собственных потребностей, реализуемых в общении и рефлексии эмоций, возникающих в процессе взаимодействия.
- Генерализованное мировосприятие (ГМ). Изменение отношения к времени жизни, формирование новой перспективы будущего, чувство связи с другими поколениями, а также принятие жизни и смерти как естественных составляющих бытия.

При проведении методики испытуемому предлагается 34 утверждения. Каждой описанной выше шкале соответствуют свои утверждения. На утверждения испытуемый может ответить «Совершенно не согласен», «Скорее не согласен», «Скорее согласен», «Совершенно согласен».

При обработке результатов ответы испытуемого переводятся в баллы. «Совершенно не согласен» - 1 балл, «Скорее не согласен» - 2 балла, «Скорее согласен» - 3 балла, «Совершенно согласен» - 4 балла. Затем, для определения уровня выраженности каждой шкалы, баллы за ответы соответствующие шкале суммируются. Помимо этого высчитывается общий показатель геротрансцендентности. Он представляет собой сумму баллов за все ответы.

Полученные баллы сравнивают с нормативными показателями (см. табл. 2). Если балл равен или выше нормативного показателя это свидетельствует о хорошем уровне развития шкалы, если ниже – то вероятно у испытуемого есть проблемы в данной сфере.

Таблица 2

Нормативные показатели методики «Опросник геротрансцендентных изменений» О.Ю. Стрижицкой (в баллах)

Шкалы	Нормативные показатели
Личностное измерение	36
Социальное измерение	32
Генерализованное мировосприятие	28
Общий показатель геротрансцендентности	101

#### 2.2.4. «Семантический дифференциал времени» (СДВ)

Эта методика была разработана Л. И. Вассерманом, Е. А. Трифионовой и К. Р. Червинской (2005). Она предназначена для изучения когнитивных и эмоциональных компонентов в субъективном восприятии личностью своего психологического времени. Она содержит 25 пар прилагательных, на основе которых испытуемый может описать своё субъективное переживание прошлого (П), настоящего (Н) и будущего (Б). Прилагательные в каждой паре являются антонимами друг для друга и представлены в виде полярных шкал. С помощью этих шкал были выделены 5 факторов:

- **Активность времени (АВ).** Демонстрирует степень напряженности, активности и изменчивости времени. Отрицательное значение этого фактора может свидетельствовать о том, что для испытуемого время ощущается пассивным, застывшим. У испытуемого могут присутствовать такие особенности, как психическая заторможенность, апатичность, низкая мотивация.

- Эмоциональная окраска времени (ЭВ). Демонстрирует то, насколько испытуемый удовлетворён своим временем. Отрицательные значения этого фактора могут свидетельствовать о пессимизме испытуемого по отношению ко времени и к своей жизни. Эмоциональная окраска особенно показательна для будущего, поскольку ЭВ отражает надежды испытуемого. Отрицательные показатели ЭВ могут свидетельствовать о депрессивном состоянии испытуемого.
- Величина времени (ВВ). Косвенно демонстрирует общий мотивационный потенциал и эмоциональное состояние пациента. Положительное значение этого фактора можно расценивать как то, что испытуемый воспринимает время чем-то длительным, объемным и глубоким. Отрицательное значение фактора свидетельствует о том, что испытуемый воспринимает время как маленькое, мгновенное и узкое.
- Структура времени (СВ). Свидетельствует о развитии понятности, ритмичности, обратимости, непрерывности и неделимости познавательной структурой времени у испытуемого. Высокие положительные значения СВ демонстрируют, что у испытуемого хорошо продуманны планы в отношении будущего, точные представления касательно предстоящих событий и деятельности. Отрицательное значение СВ может говорить о непонятности, неритмичности и прерывистости времени для испытуемого.
- Ощущаемость времени (ОВ). Демонстрирует степень реальности, близости, общности и открытости психологического времени для испытуемого. Ряд психопатологических синдромов могут вызывать у испытуемого значительные изменения в восприятии времени и ощущаемости себя во времени. При отрицательном значении ОВ



испытуемый может воспринимать время далеким, замкнутым или даже неоощуаемым.

При проведении методики испытуемому предоставляется три одинаковых бланка (для прошлого, настоящего и будущего). Он должен отметить на каждой шкале прилагательное, которое соответствует его ощущению времени в каждом из временных периодов. Также он должен указать выраженность названного свойства времени отметив цифру от  $-3$  до  $+3$ .

Полученные баллы по факторам могут варьироваться от  $-15$  до  $+15$ . Интерпретация происходит в зависимости от того отрицательное вышло число или положительное. Для упрощения обработки полученных нами данных, мы перекодировали баллы, с помощью которых пациенты оценивали своё время (см. табл. 3).

Таблица 3

Результаты смещения точки отсчета (в баллах)

Изначальная точка отсчета	Смещенная точка отсчета
$-3$	0
$-2$	1
$-1$	2
0	3
1	4
2	5
3	6
От $-15$ до 0	От 0 до 15
От 1 до 15	От 16 до 30

### **2.2.5. Методы математической статистики**

Анализ полученных эмпирических данных происходил в программе SPSS Statistics 23.0. Нами применялись следующие методы математической статистики:

- 1) U-критерий Манна-Уитни для сравнения различий между средними показателями в изучаемых группах респондентов.
- 2) Коэффициент корреляции Пирсона для выявления корреляции между исследуемыми выборками.

### 3. ОПИСАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

#### 3.1. Описательная статистика психологических характеристик

##### пациентов с ЗН

Целью нашего исследования было изучить, взаимосвязь геротрансцендентности и приверженности лечению у пожилых пациентов онкологического профиля. Для достижения поставленной цели нами были проанализированы эмпирические данные, полученные в результате проведения опроса пациентов с ЗН пожилого и старческого возраста.

Данные по методике «Опросник геротрансцендентных изменений» представлены в таблице 4.

Таблица 4

Средние показатели геротрансцендентности у пациентов с ЗН (методика «Опросник геротрансцендентных изменений») (в баллах)

Показатели геротрансцендентности	Пациенты с ЗН n=40	Нормативные показатели
	M±SD	
Личностное измерение	31,9± 9,3	36
Социальное измерение	33,4± 8,9	32
Генерализованное мировосприятие	29,8± 7,3	28
Геротрансцендентность	95,2± 16,9	101

Согласно данным отражённым в таблице 4 можно сделать вывод, что в среднем у пациентов со злокачественными новообразованиями (С67, С50) пожилого и старческого возраста снижен уровень личностного измерения (31,96) и уровень развития геротрансцендентности в целом (95,16), при нормативных показателях социального и генерализованного измерения. Это может говорить о том, что у пациентов с ЗН имеются проблемы в принятии своих физических изменений, вызванных

хирургическим вмешательством. Снижение по личностному измерению приводит к снижению геротрансцендентности в целом.

Типы отношения к болезни у пациентов пожилого и старческого возраста со злокачественными новообразованиями исследовались с помощью методики «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)». Полученные результаты исследования отражены в таблице 5.

Таблица 5

Средние показатели типов отношения к болезни у пациентов с ЗН  
(методика «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)») (в баллах)

Тип отношения к болезни	Пациенты с ЗН n=40
	M±SD
Гармоничный (Г)	31,7±11,6
Эргопатический (Эр)	29,24±10,3
Анозогнозический (Ан)	23,9±7,1
Тревожный (Т)	9±3,9
Ипохондрический (И)	9,2±5,2
Неврастенический (Н)	7,8±6
Меланхолический (М)	3,2±1,2
Апатический (Ап)	3,9±1,8
Сенситивный (С)	17,7±8,9
Эгоцентрический (Эг)	8,5±2,2
Паранойяльный (П)	3,8±1,9
Дисфорический (Д)	2,2±1,4

По результатам методики «Тип отношения к болезни» (см. табл. 5) было выявлено, что у пациентов со злокачественными новообразованиями (С67, С50) в пожилом и старческом возрасте наиболее выражены такие типы отношения к болезни как: гармоничный (31,71), эргопатический (29,24), анозогнозический (23,95) и сенситивный (17,71).

Для большей наглядности, мы представили полученные данные в виде диаграммы (см. рис. 2).

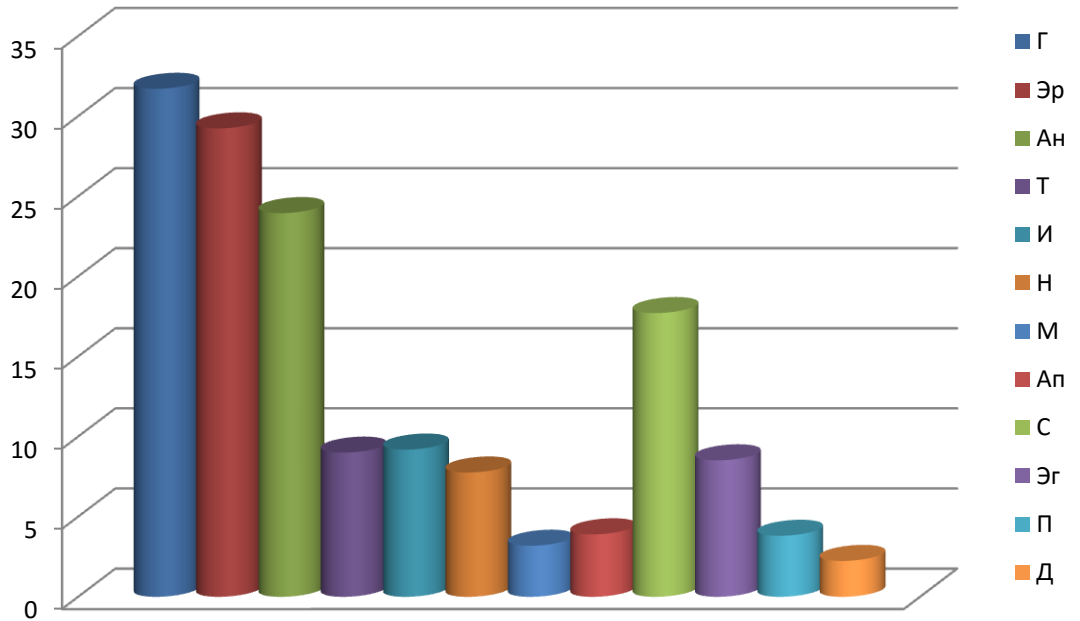


Рис. 2 Профиль личности пациентов с ЗН пожилого и старческого возраста

На рисунке 2 мы видим, что типы отношения к болезни, сопровождающиеся социальной дезадаптацией, у пациентов пожилого и старческого возраста с ЗН выражены значительно слабее. Наиболее выраженные типы отношения к болезни (гармонический, эргопатический и анозогнозический) относятся к первому блоку типов отношения к болезни и не сопровождаются социальной дезадаптацией. Данные результаты могут сочетаться с результатами по методике ОГИ, а именно с высокими показателями по шкале социального измерения (см. табл. 4).

Результаты по методике «Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25)» отражены в таблице 6.

Таблица 6

Средние показатели уровня приверженности лечению у пациентов с ЗН (методика «Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25)) (в %)

Пациенты с ЗН n=40	Приверженность лечению	Нормативные показатели
M±SD	37,5±16,6	>50

Согласно представленным в таблице 6 данным, у пациентов со злокачественными новообразованиями (С67, С50) в пожилом и старческом возрасте низкий уровень приверженности лечению (37,49%). Низкую приверженность лечению онкологических пациентов мы можем объяснить тем, что пациенты могут ожидать полного выздоровления после хирургического вмешательства. Подобное убеждение может приводить к снижению мотивации на дальнейшее эффективное взаимодействие с медицинским персоналом.

Результаты диагностик субъективного восприятия времени своей жизни пациентов с ЗН пожилого и старческого возраста представлены в таблице 7.

Таблица 7

Средние показатели субъективного восприятия времени своей жизни у пациентов с ЗН (методика «Семантический дифференциал времени») (в баллах)

Факторы времени	Среднее значение n=40	Нормативные показатели
	M±SD	
АП	17,6±5,8	0 – 15 – негативное восприятие времени 16 – 30 – позитивное восприятие времени
ЭП	22,1±5,2	
ВП	21,5±5	
СП	20,2±5,4	
ОП	18,6±5,2	
Среднее прошлого	19,9±3,8	
АН	18,1±4,4	
ЭН	17,3±6,3	
ВН	19±5,5	
СН	18,1±6,1	
ОН	17,8±5,2	
Среднее настоящего	18,1±3,4	
АБ	16,8±4	
ЭБ	21,3±7,4	
ВБ	22,6±5,3	
СБ	19,6±6,1	
ОБ	18,9±5,3	
Среднее будущего	19,9±4,2	

Полученные в таблице 7 баллы по всем факторам всех временных промежутков (прошлому, настоящему, будущему) выше 15, что говорит о позитивном восприятии времени пациентами пожилого и старческого возраста онкологического профиля.

Т.о. для пациентов с ЗН пожилого и старческого возраста характерны такие особенности субъективного восприятия времени своей жизни как: энергетическая наполненность психической жизни,

удовлетворенность жизненной ситуацией, преобладание положительных эмоций и чувств, ощущение внутренней свободы, прогнозируемости и подконтрольности событий, высокая интеллектуальная и эмоциональная вовлеченность в события в прошлом настоящем и будущем.

Для большей наглядности различий между восприятием времени прошлого, настоящего и будущего, мы представили результаты методики «Семантический дифференциал времени» в виде гистограммы (см. рис. 3).

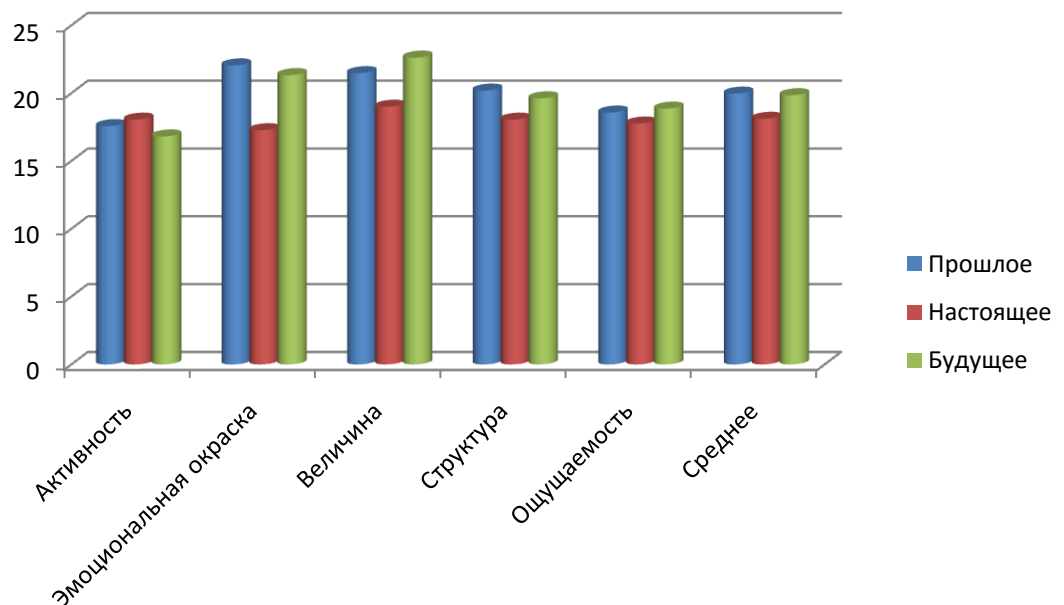


Рис. 3 Средние показатели субъективного восприятия времени своей жизни у пациентов с ЗН (методика «Семантический дифференциал времени») (в баллах)

По рисунку 3 мы видим, что настоящее у пациентов с ЗН пожилого и старческого возраста более энергетически наполнено и эмоционально напряжено, чем прошлое и будущее. Данный феномен можно объяснить тем, что пациенты возлагают большие надежды на излечение от своего заболевания и надеются на возвращение к предыдущему уровню жизни в будущем.

Остальные факторы настоящего времени у пациентов ниже, чем факторы прошлого и будущего. Если обратить внимание на средние



данные прошлого настоящего и будущего, можно заметить, что прошлое и будущее воспринимаются одинаково. В то время как настоящее по сравнению с ними ощущается менее насыщенным положительными эмоциями и чувствами, менее свободным, хуже прогнозируемым. Пациенты с ЗН менее удовлетворены жизненной ситуацией в настоящем и меньше интеллектуально и эмоционально вовлечены в него. Это может объясняться тем, что пациенты тяжело переживают наличие у себя серьёзного диагноза, а также неприятными последствиями хирургического лечения.

### 3.2 Сравнительная статистика психологических характеристик пациентов пожилого и старческого возраста с ЗН

Для достижения поставленной цели исследования мы сравниваем полученные эмпирические данные у пациентов пожилого и старческого возраста с ЗН с помощью U-критерия Манна-Уитни. В Таблице 8 представлен сравнительный анализ, проведённый по методике «Опросник геротрансцендентных изменений».

Таблица 8

Сравнительный анализ показателей геротрансцендентности у пациентов с ЗН (методика «Опросник геротрансцендентных изменений») (U критерий Манна–Уитни)

Показатель	1 подгруппа (60-75 лет) n=20	2 подгруппа (76-90 лет) n=20	U критерий Манна- Уитни	Уровень статисти- ческой значи- мости, <i>p</i>	Нормат- ивные показате- ли
	M±SD	M±SD			
Личностное измерение	30,5±10,8	30±6,6	114,5	0,628	36
Социальное измерение	35,4 ±9,5	28,2±8,2	71	0,033	32
Генерализованное мировосприятие	32,2±7,1	25,5±7,5	61	0,011	28
Геротрансцендентность	98,1±14,2	83,7±17,2	67,5	0,022	101

Геротрансцендентность исследовалась методикой «Опросник геротрансцендентных изменений (ОГИ)» О.Ю. Стрижицкой. Результаты по данной методике представлены в таблице 8.

Согласно этим данным, у пожилых пациентов с ЗН снижен уровень личностного измерения и геротрансцендентности в целом. Снижение личностного компонента геротрансцендентности может быть связано с тем, что пациенты, принимавшие участие в нашем исследовании, были

после хирургического вмешательства, и у них еще не произошла адаптация к имеющимся физическим изменениям. Снижение общего показателя геротрансцендентности может быть связано именно с личностным компонентом.

У пациентов 76-90 лет наблюдается снижения по всем показателям геротрансцендентности. Т.о., пациенты данной возрастной группы не имеют достаточного уровня социальной поддержки и не принимают тех физических изменений, с которыми им пришлось столкнуться после хирургического вмешательства.

Значимые различия между первой и второй групп присутствуют по таким показателям как: социальное измерение ( $p=0,033$ ), генерализованное мировосприятие ( $p=0,011$ ) и геротрансцендентность в целом ( $p=0,022$ ). На основании этих данных можно предположить, что для пациентов 76-90 лет характерна несформированность или разрушение компонентов геротрансцендентности, что может объясняться спецификой лечения заболевания и социальной деривацией пациентов старческого возраста.

При сравнении типов отношения к болезни в первой и второй подгруппах, значимых различий мы не выявили. Следовательно, особенности отношения к болезни в пожилом и старческом возрасте у пациентов со злокачественными новообразованиями (С67, С50) не отличаются. Значительных изменений в этом отношении при переходе от одной возрастной группы к другой не происходит.

Таблица 9

Сравнительный анализ уровня приверженности лечению у пациентов с ЗН (методика «российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25)) (U критерий Манна–Уитни)

	1 подгруппа (60-75 лет) n=20 (%)	2 подгруппа (76-90 лет) n=20 (%)	U критери й Манна- Уитни	Уровень статистическ ой значимости, <i>p</i>	Норматив ные показател и
	M±SD	M±SD			
Приверженно сть лечению	41,4±18,8	31,5±18,4	65	0,018	>50

При сравнении уровня приверженности лечению у пациентов с ЗН в пожилом и старческом возрасте (см. табл. 9), можно увидеть, что уровень приверженности лечению в пожилом возрасте выше, чем в старческом. Следовательно, с возрастом уровень приверженности лечению у пациентов с ЗН заметно снижается. Если в пожилом возрасте пациенты проявляют уровень приверженности равный 41,41%, то к старческому возрасту, он снижается почти на 10% от максимального уровня (31,53%). При этом в обеих подгруппах уровень приверженности лечению низкий.

Субъективное восприятие времени своей жизни исследовалось методикой «Семантический дифференциал времени» Л.И. Вассермана. Результаты по этой методике отражены в таблице 10.

Таблица 10

Сравнительный анализ субъективного восприятия времени своей жизни у пациентов с ЗН (методика «Семантический дифференциал времени») (U критерий Манна–Уитни)

Факторы времени	1	2	U критерий Манна-Уитни	Уровень статистической значимости, <i>p</i>	Нормативные показатели
	подгруппа (60-75 лет) n=20	подгруппа (76-90 лет) n=20			
	M±SD	M±SD			
АП	19,4±3,9	15,1±4,4	27,5	0,051	0 – 15 – негативное восприятие времени 16 – 30 – позитивное восприятие времени
ЭП	25,6±2,8	17,7±2,4	8,5	0,000	
ВП	24,3±3,9	18,4±4,1	19,5	0,01	
СП	20±5,5	19,4±3,3	46	0,057	
ОП	21,3±4,9	15±3,9	29	0,072	
Среднее П	22,1±2,8	17,1±1,5	13,5	0,002	
АН	16,4±3,6	19,3±4,1	47,5	0,605	
ЭН	19,9±5,9	14,9±6,6	21,5	0,016	
ВН	21±3,4	14,3±5,5	26,5	0,043	
СН	17,6±7,3	15,4±5,5	49,5	0,705	
ОН	18,7±7,5	16±4,5	42	0,387	
Среднее Н	18,9±2,7	15,9±3,9	35,5	0,173	
АБ	14,7±3,7	16±3,6	44,5	0,468	
ЭБ	22±8,7	16,6±5,9	26	0,043	
ВБ	24,4±3,9	19±2,7	15	0,004	
СБ	20,9±5,4	15,4±4,3	23,5	0,024	
ОБ	21,1±3,7	14,6±3,3	26,5	0,043	
Среднее Б	20,6±2,6	16,3±2,9	19	0,010	

Согласно данным, отраженным в таблице 10, у пациентов пожилого и старческого возраста имеются статистически значимые отличия в субъективном восприятии времени своей жизни по факторам эмоциональности и величины прошлого, эмоциональности и величины

настоящего и по всем факторам восприятия своего будущего времени, кроме активности. Стоит также отметить, что у пациентов пожилого возраста показатели по данным факторам выше, чем у пациентов старческого возраста.

По восприятию *активности времени* своей жизни значимых различий у пациентов разных возрастов выявлено не было. Пациенты отмечают выраженную энергетическую наполненность своей психической жизни, но без излишнего эмоционального напряжения.

В восприятии *эмоциональной окраски* времени у пациентов с ЗН пожилого и старческого возраста имеются значимые различия. У пожилых пациентов этот фактор выше, чем у пациентов старческого возраста ( $p < 0,05$ ), что свидетельствует о большем преобладании положительных эмоций в прошлом, настоящем и об ожидании чего-то хорошего в будущем.

Фактор *величины времени* также имеет значимые различия по подгруппам в каждом временном периоде ( $p < 0,05$ ), и также у пожилых пациентов данный показатель выше, что свидетельствует о насыщенности положительных эмоциональных переживаний, о мотивационном потенциале в прошлом и настоящем и об ожидании этого от будущего. Пациенты старческого возраста видят больше трудностей и препятствий для удовлетворения актуальных потребностей, в особенности в настоящем.

В восприятии *структуры времени* в прошлом и настоящем между подгрупп нет значимых различий. Пациенты ощущают, что могли и могут контролировать свою жизнь, для них жизнь понятна и логична. В структуре будущего имеются значимые различия ( $p = 0,024$ ). Будущее для пожилых пациентов более прогнозируемо и структурируемо, чем для пациентов старческого возраста.

Фактор *ощущаемости времени* в прошлом и настоящем одинаково высок в обеих подгруппах, значимых различий выявлено не было.

Ощущаемость будущего у пациентов старческого возраста снижена, в сравнении с пожилыми пациентами ( $p=0,043$ ).

Для большей наглядности различий, мы представили результаты методики «семантический дифференциал времени» в виде гистограммы (см. рис. 4).

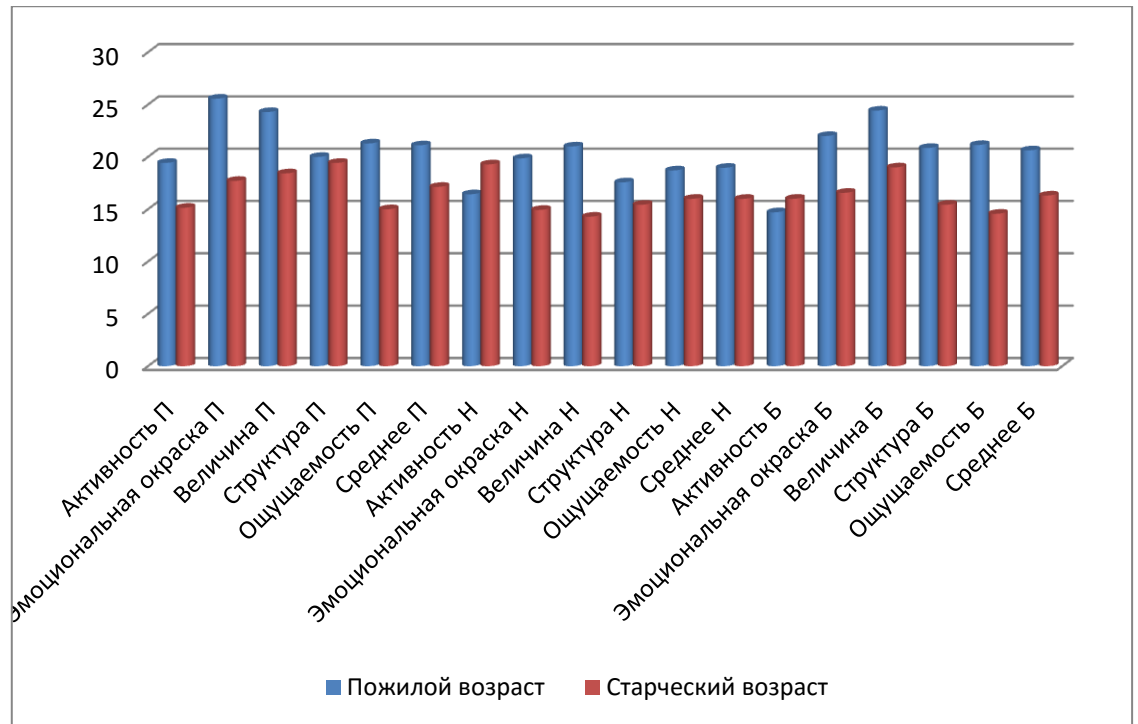


Рис. 4 Сравнительный анализ субъективного восприятия времени своей жизни у пациентов с ЗН (методика «Семантический дифференциал времени»)

Если взглянуть на рисунок 4, можно увидеть, что некоторые факторы времени у пациентов старческого возраста с ЗН ниже или практически равны 15 баллам, в то время как у пациентов пожилого возраста с ЗН лишь активность будущего незначительно ниже 15 баллов (14,7).

Т.о., пациенты 61-75 лет воспринимают свое будущее более достижимым, наполненным позитивными эмоциями и событиями, предсказуемым, понятным и имеющим смысл, чем пациенты 76-90 лет. Данные результаты могут объясняться тем, что большая часть пациентов

старческого возраста на момент исследования были с рецидивом онкологического заболевания, в то время как пациенты пожилого возраста впервые столкнули с ним. Пациенты пожилого возраста могут верить в то, что после хирургического вмешательства они будут полностью здоровы и им больше не придется сталкиваться с подобным заболеванием. Пациенты же старческого возраста, столкнувшись с рецидивом, понимают, что и в будущем они могут вновь столкнуться с этим заболеванием, что может приводить к более негативному восприятию своего будущего.



### 3.3 Корреляционный анализ психологических особенностей пациентов с ЗН

Целью нашего исследования было изучить, взаимосвязь геротрансцендентности и приверженности лечению с психологическими характеристиками пациентов пожилого и старческого возраста с ЗН. Для достижения этой цели нам был проведен анализ полученных эмпирических данных с помощью критерия корреляции Пирсона. По результатам корреляционного анализа мы выявили ряд значимых взаимосвязей (см. рис. 5, 6, 7, 8).

Рассмотрим значимые корреляционные связи между методиками «Опросник геротрансцендентных изменений» и «Семантический дифференциал времен», представленные на рисунках 5 и 6.



Рис. 5 Корреляционная матрица. Двусторонняя корреляция между семантическим дифференциалом времени и геротрансцендентными изменениями

Условные обозначения:

— Двусторонняя положительная корреляция  $p=0,05$

— Двусторонняя положительная корреляция  $p=0,01$

Нами была обнаружена двусторонняя положительная корреляция между социальным измерением (СИ) и эмоциональностью прошлого, ощущаемостью будущего и величиной будущего ( $p=0,05$ ). Особенно сильная двусторонняя положительная корреляция обнаружена между СИ и величиной прошлого ( $p=0,01$ ) (см. рис. 5).

Также существует двусторонняя положительная корреляция генерализованного мировосприятия (ГМ) и геротрансцендентности в целом с величиной прошлого, ощущаемостью будущего и величиной будущего ( $p=0,05$ ) (см. рис. 6).

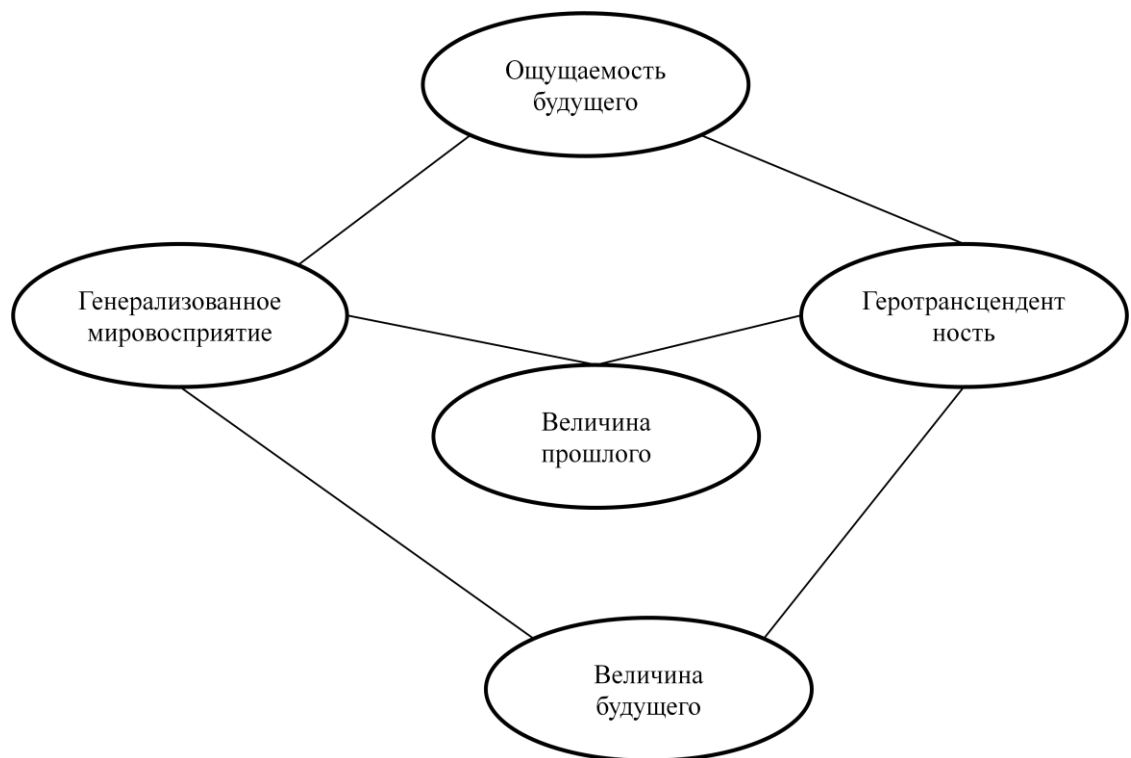


Рис. 6 Корреляционная матрица. Двусторонняя корреляция между семантическим дифференциалом времени и геротрансцендентными изменениями

Условные обозначения:

— Двусторонняя положительная корреляция  $p=0,05$

Всё вышеперечисленное говорит о том, что чем выше показатели геротрансцендентности у пациентов с ЗН в пожилом и старческом

возрасте, тем выше показатели восприятие прошлого и будущего. Чем больше пациент удовлетворён своим прошлым, чем более насыщенным и ярким оно было, тем лучше он принимает себя в настоящем, и свои физические изменения. Следовательно, и будущее для такого пациента выглядит более многообещающим и реальным. Также есть взаимосвязь между величиной прошлого и генерализованным мировосприятием. То есть чем более длительным объёмным и глубоким оно было для пациента, тем выше уровень генерализованного мировосприятия в настоящем.

Далее мы рассмотрим корреляцию между приверженностью лечению и геротрансцендентными изменениями (см. рис. 7).

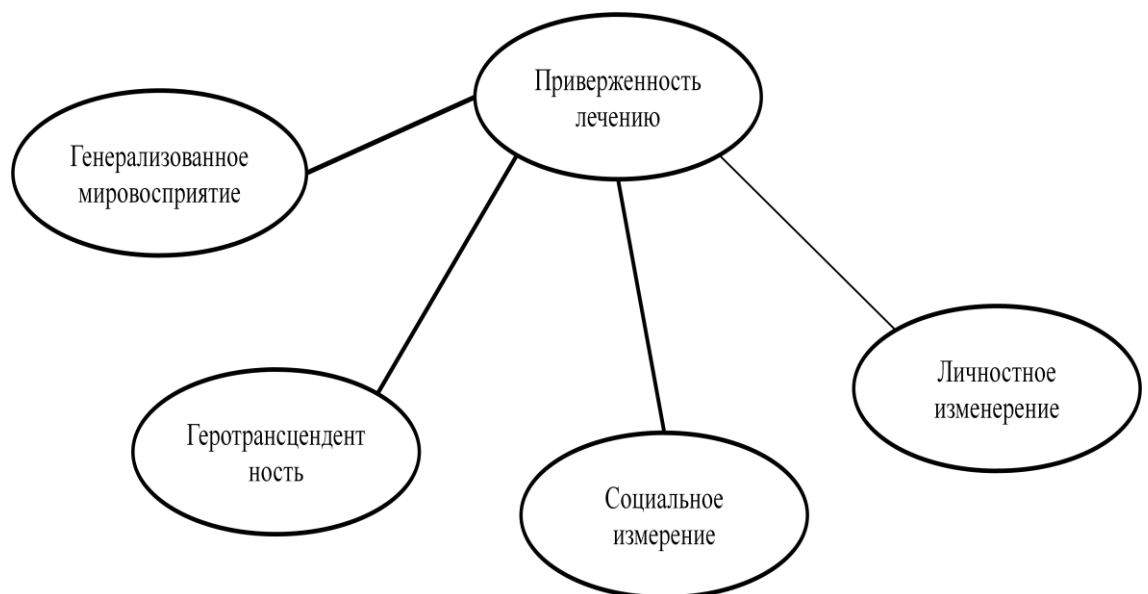


Рис. 7 Корреляционная матрица. Двусторонняя корреляция между геротрансцендентными изменениями и приверженностью лечению

Условные обозначения:

— Двусторонняя положительная корреляция  $r=0,05$

— Двусторонняя положительная корреляция  $r=0,01$

По результатам корреляционного анализа (см. рис. 7) мы можем сделать вывод, что приверженность лечению напрямую связана с геротрансцендентными изменениями, поскольку приверженность лечению коррелирует со всеми показателями геротрансцендентности. То есть, чем

лучше пациент понимает и принимает себя, в том числе свои физические изменения, чем более развита у него Я-концепция, чем лучше он понимает свои потребности, принимает других и их несовершенства, чем больше отдает предпочтение качеству общения, а не его количеству, и чем более сформированы у него перспективы будущего, тем выше у данного пациента будет приверженность лечению и наоборот.

Помимо этого мы провели корреляционный анализ между приверженностью лечению и семантическим дифференциалом времени (см. рис. 8).

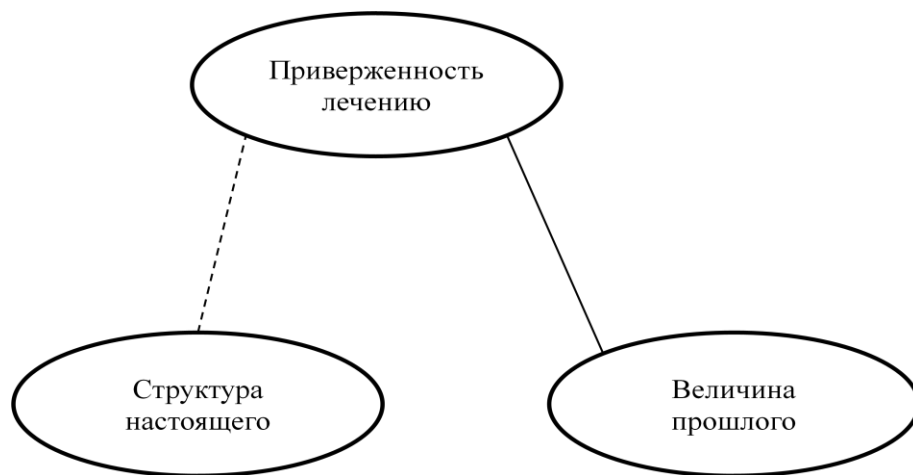


Рис. 8 Корреляционная матрица. Двусторонняя корреляция между приверженностью лечению и семантическим дифференциалом времени  
Условные обозначения:

— Двусторонняя положительная корреляция  $p=0,05$

--- Двусторонняя отрицательная корреляция  $p=0,05$

Согласно данным отражённым на рисунке 8, присутствует двусторонняя отрицательная корреляция между приверженностью лечению и структурой настоящего ( $p=0,05$ ). То есть чем стабильнее и безопаснее ощущается настоящее, тем ниже приверженность лечению и наоборот. Данный результат возможен если пациенты после лечения могут верить в то, что больше не столкнутся с данным заболеванием и им не придется адаптировать свою жизнь к новым условиям. Вера в полное и

необратимое исцеление может формироваться из-за того, что пациенты меньше привержены дальнейшему лечению и реабилитации.

Также была обнаружена двусторонняя положительная корреляция между приверженностью лечению и величиной прошлого. Чем больше было положительных переживаний в прошлом, чем более свободно пациент мог удовлетворять свои актуальные потребности, чем более значимым было для них прошлое, тем выше у него приверженность к лечению в настоящем и наоборот. Мы предполагаем, что это связано с тем, что пациенты, чье прошлое было наполнено смыслом и значимостью, стремятся уйти из болезни как можно быстрее и эффективнее, чтобы вернуть прежний уровень жизни.

#### 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ результатов исследования пациентов с ЗН пожилого и старческого возраста позволил оценить их приверженность лечению и психологические особенности

При исследовании геротрансцендентности выяснилось, что в среднем у пациентов со злокачественными новообразованиями (С67, С50) снижен уровень личностного измерения и уровня развития геротрансцендентности в целом, при нормативных показателях социального и генерализованного измерения. Снижение личностного компонента может быть связано с тем, что пациенты, принимавшие участие в нашем исследовании, были после хирургического вмешательства, и у них еще не произошла адаптация к имеющимся физическим изменениям. Снижение общего показателя геротрансцендентности может быть связано именно с личностным компонентом. У пациентов пожилого возраста наблюдается аналогичная «картина»

У пациентов 76-90 лет наблюдается снижения по всем показателям геротрансцендентности. Т.о., пациенты данной возрастной группы не имеют достаточного уровня социальной поддержки и не принимают тех физических изменений, с которыми им пришлось столкнуться после хирургического вмешательства.

При сравнении данных можно предположить, что для пациентов 76-90 лет характерно несформированность или разрушение компонентов геротрансцендентности, что может объясняться спецификой лечения заболевания и социальной депривацией пациентов старческого возраста.

У пациентов со злокачественными новообразованиями (С67, С50) в пожилом и старческом возрасте наиболее выражены такие типы отношения к болезни как: гармоничный, эргопатический, анозогностический и сенситивный. Три из них (гармонический,

эргопатический и анозогнозический) относятся к первому блоку типов отношения к болезни и не сопровождаются социальной дезадаптацией. При сравнении типов отношения к болезни в первой и второй подгруппах, значимых различий мы не выявили. Следовательно, значительных изменений в этом отношении при переходе от одной возрастной группы к другой не происходит.

Полученные нами данные соотносятся с данными, опубликованными в исследовании А.Ю. Бергфельд (2007г.).

В целом у пациентов со ЗН в пожилом и старческом возрасте низкий уровень приверженности лечению. Это может объясниться тем, что пациенты могут ожидать полного выздоровления после хирургического вмешательства. Подобное убеждение, в свою очередь, может приводить к снижению мотивации на дальнейшее эффективное взаимодействие с медицинским персоналом. При этом приверженности лечению в пожилом возрасте выше, чем в старческом. Следовательно, с возрастом уровень приверженности лечению у пациентов с ЗН заметно снижается.

В процессе изучения субъективного восприятия времени своей жизни у пациентов с ЗН пожилого и старческого возраста стало ясно, что говорят пациенты в целом позитивно его воспринимают. Для них характерны такие особенности субъективного восприятия времени своей жизни как: энергетическая наполненность психической жизни, удовлетворенность жизненной ситуацией, преобладание положительных эмоций и чувств, ощущение внутренней свободы, прогнозируемости и подконтрольности событий, высокая интеллектуальная и эмоциональная вовлеченность в события в прошлом настоящем и будущем.

При этом настоящее у пациентов с ЗН пожилого и старческого возраста более энергетически наполнено и эмоционально напряжено, чем прошлое и будущее. Данный феномен можно объяснить тем, что пациенты

возлагают большие надежды на излечение от своего заболевания и надеются на возвращение к предыдущему уровню жизни в будущем.

Остальные факторы настоящего времени у пациентов ниже, чем факторы прошлого и будущего. Прошлое и будущее воспринимаются одинаково, в то время как настоящее по сравнению с ними ощущается менее насыщенным положительными эмоциями и чувствами, менее свободным, хуже прогнозируемым. Пациенты с ЗН менее удовлетворены жизненной ситуацией в настоящем и меньше интеллектуально и эмоционально вовлечены в него. Это может объясняться тем, что пациенты тяжело переживают наличие у себя серьёзного диагноза, а также неприятными последствиями хирургического лечения.

При сравнении групп пациентов было обнаружено, что и пациенты пожилого возраста и пациенты старческого возраста отмечают выраженную энергетическую наполненность своей психической жизни, но без излишнего эмоционального напряжения. Тем не менее, у пожилых пациентов больше преобладают положительные эмоции и у них выше мотивационный потенциал во всех временных промежутках. Пациенты старческого возраста видят больше трудностей и препятствий для удовлетворения актуальных потребностей, в особенности в настоящем.

Пациенты 61-75 лет воспринимают свое будущее более достижимым, наполненным позитивными эмоциями и событиями, предсказуемым, понятным и имеющим смысл, чем пациенты 76-90 лет. Данные результаты могут объясняться тем, что большая часть пациентов старческого возраста на момент исследования были с рецидивом онкологического заболевания, в то время как пациенты пожилого возраста впервые столкнулись с ним. Пациенты пожилого возраста могут верить в то, что после хирургического вмешательства они будут полностью здоровы и им больше не придется сталкиваться с подобным заболеванием. Пациенты же старческого возраста, столкнувшись с рецидивом, понимают, что и в



будущем они могут вновь столкнуться с этим заболеванием, что может приводить к более негативному восприятию своего будущего.

При изучении взаимосвязей геротрансцендентности и приверженности лечению с психологическими характеристиками пациентов пожилого и старческого возраста с ЗН, было обнаружено, что чем выше показатели геротрансцендентности у пациентов с ЗН в пожилом и старческом возрасте, тем выше показатели восприятие прошлого и будущего.

При проведении корреляционного анализа гипотеза нашего исследования была подтверждена. Мы сделали вывод, что приверженность лечению напрямую связана с геротрансцендентными изменениями. То есть, чем лучше пациент понимает и принимает себя, в том числе свои физические изменения, чем более развита у него Я-концепция, чем лучше он понимает свои потребности, принимает других и их несовершенства, чем больше отдает предпочтение качеству общения, а не его количеству, и чем более сформированы у него перспективы будущего, тем выше у данного пациента будет приверженность лечению и наоборот.

Так же было обнаружено, что чем стабильнее и безопаснее ощущается настоящее, тем ниже приверженность лечению и наоборот. Данный результат возможен если пациенты после лечения могут верить в то, что больше не столкнуться с данным заболеванием и им не придется адаптировать свою жизнь к новым условиям. Вера в полное и необратимое исцеление может формироваться из-за того, что пациенты меньше привержены дальнейшему лечению и реабилитации.

Чем больше было положительных переживаний в прошлом, чем более свободно пациент мог удовлетворять свои актуальные потребности, чем более значимым было для них прошлое, тем выше у него приверженность к лечению в настоящем и наоборот. Мы предполагаем, что это связано с тем, что пациенты, чье прошлое было наполнено

смыслом и значимостью, стремятся уйти из болезни как можно быстрее и эффективнее, чтобы вернуть прежний уровень жизни.

## ВЫВОДЫ

- 1) Для пациентов пожилого и старческого возраста с ЗН характерны такие типы отношения к болезни как: гармоничный, эргопатический, анозогнозический и сенситивный типы.
- 2) Для пациентов пожилого и старческого возраста с ЗН характерна низкая приверженность лечению. У пациентов старческого возраста статистически наиболее низкая приверженность, что говорит о том, что с возрастом у пациентов с ЗН уровень приверженности лечению снижается.
- 3) У пациентов старческого возраста с ЗН статистически более низкие показатели по геротрансцендентности и ее компонентам, чем у пациентов пожилого возраста с ЗН. Т.о, геротрансцендентность изменяется в условиях тяжелого соматического заболевания с высокой витальной угрозой.
- 4) Пациенты 61-75 лет воспринимают свое прошлое и будущее более достижимым, наполненным позитивными эмоциями и событиями, предсказуемым, понятным и имеющим смысл, чем пациенты 76-90 лет.
- 5) У пациентов пожилого и старческого возраста с ЗН геротрансцендентность и субъективное восприятие времени жизни коррелируют с приверженностью лечению. Следовательно, эти психологические характеристики должны стать одними из мишеней работы психолога в психологической реабилитации пациентов онкологического профиля.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В процессе написания дипломной работы поставленная цель была достигнута, задачи были выполнены, сформулированная гипотеза о взаимосвязи между приверженностью лечению и геротрансцендентностью была подтверждена

Ценность полученных данных заключается в возможности доведения теоретических разработок до уровня практических рекомендаций, направленных на углубление понимания влияния геротрансцендентности на приверженность пожилых людей к лечению, а также на выявление мишеней в реабилитации пожилых пациентов онкологического профиля.

Новизна нашего исследования заключается в том, что впервые была установлена и доказана взаимосвязь между геротрансцендентностью и приверженностью лечению.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баллюзек М.Ф. Организация программ реабилитации онкологических пациентов на основе междисциплинарного подхода / Баллюзек М.Ф., Ионова А.К., Машкова М.В., Степанов Б.П., Чагунава О.Л. // Research'n Practical Medicine Journal. – 2018. – №4. – С. 91-97. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-programm-reabilitatsii-onkologicheskikh-patsientov-na-osnove-mezhdistsiplinarnogo-podhoda> (дата обращения: 20.10.2022).
2. Бергфельд А.Ю. Типы реагирования на болезнь и смысло-жизненные ориентации пациентов онкологического профиля // Вестник ПГГПУ. Серия № 1. Психологические и педагогические науки. – 2017. – №1. – С. 82-89. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/typy-reagirovaniya-na-bolezn-i-smyslozhiznennye-orientatsii-patsientov-onkologicheskogo-profila> (дата обращения: 22.10.2022).
3. Березанцев А.Ю. Психосоматическое здоровье пациентов с онкологической патологией / А.Ю. Березанцев, С.В. Стражев // Медицинский альманах. – 2018. – Т. 56, № 5. – С. 192-197.
4. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика отношения к болезни / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс // СПб. – 2005. – С. 32.
5. Вассерман Л.И. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: методические рекомендации / Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. // Л.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – 1987. – С. 33.
6. Демченко Т.В., Исаева Е.Р. Геронтологические аспекты соматических заболеваний: современные исследования // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2020. – Т. 8, № 4. – С. 379-388.

7. Демченко Т.В., Исаева Е.Р. Эмоциональная и ценностно-смысловая сферы, самовосприятие и отношение к своему будущему в условиях тяжелого соматического заболевания (на примере пациентов с ОНМК) // Ученые записки университета Лесгафта. – 2021. – №5. С. 195. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/emotsionalnaya-i-tsennostno-smyslovaya-sfery-samovospriyatie-i-otnoshenie-k-svoemu-buduschemu-v-usloviyah-tyazhelogo-somaticheskogo> (дата обращения: 13.10.2022).
8. Дерманова И. Б., Манукян В. Р. Личностная зрелость: к определению психологического содержания // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 12. – 2010. – № 4. – С. 68-73.
9. Доценко Е. Л. Социально-психологическая зрелость. Формирование понятия // Вестник Омского университета. Психология. – 2020. – № 3. – С. 4-12.
10. Замятина Е.А. Особенности ведения больных пожилого возраста с остеоартрозом. Автореферат дис. ... канд. мед. наук. // Оренбург. – 2013. – С. 30.
11. Кадыров Р.В. Опросник «Уровень комплаентности»: моногр. / Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А. // Владивосток: Мор. гос. ун-т. – 2014. – С.74.
12. Каприн А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2020 году (заболеваемость и смертность) / Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О. // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. – 2021. – илл. – С. 252.
13. Каспаров Б.С. Опыт применения международной классификации функционирования в оценке эффективности реабилитации пациентов со злокачественными опухолями молочной железы / Каспаров Б.С., Семиглазова Т.Ю., Кондратьева К.О., Тынкасова М.А., Клюге В.А., Крутов А.А., Курочкина И.С., Мельникова Е.В. // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская

- реабилитация. – 2019. – №3. – С. 70-83. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-primeneniya-mezhdunarodnoy-klassifikatsii-funktsionirovaniya-v-otsenke-effektivnosti-reabilitatsii-patsientov-so> (дата обращения: 11.10.2022).
14. Вассерман Л.И. Семантический дифференциал времени как метод психологической диагностики личности при депрессивных расстройствах. / Л.И. Вассерман, О.Н. Кузнецов, В.А. Ташлыков, М. Тейверлаур, К.Р. Червинская, О.Ю. Щелкова. // Пособие для психологов и врачей. СПбНИПНИ им. Бехтерева. – 2005. – С. 27.
15. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Медико-психологическое обследование соматических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1980. – № 8. – С. 1195–1198.
16. Лутошлива Е.С. Особенности депрессивного состояния онкобольных на разных стадиях заболевания / Е.С. Лутошлива, Е.С. Воробьева, Г.Э. Турганова // Baikal Research Journal. – 2018. – Т. 4, № 9. – С. 1-13.
17. Малкина-Пых И.Г. Кризисы пожилого возраста. // М.: Эксмо – 2005. – С. 368.
18. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: пациентоориентированная антигипертензивная терапия (научная монография). // Москва. – 2015. – С. 178.
19. Николаев Н.А. Количественная оценка приверженности к лечению в клинической медицине: протокол, процедура, интерпретация. / Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Жеребилов В.В. // Качественная клиническая практика – 2016. – №1. – С. 50-59. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kolichestvennaya-otsenka-priverzhennosti-k-lecheniyu-v-klinicheskoy-meditsine-protokol-protsedura-interpretatsiya> (дата обращения: 13.11.2022).

20. Николаев Н.А. Руководство по клиническим исследованиям внутренних болезней (научная монография). // Москва : Изд. дом Акад. Естествознания. – 2015. – С. 73.
21. Полтавская М.Б. Социальная активность граждан "третьего возраста": гендерный аспект (на примере г. Волгограда) // Logos et Praxis. – 2018. – №2. – С. 48-64. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnaya-aktivnost-grazhdan-tretiego-vozrasta-gendernyyu-aspekt-na-primere-g-volgograda> (дата обращения: 13.10.2022).
22. Попова Т.А. Смыслжизненные ориентации и локус контроля личности как ресурсы благополучного старения // Вестник ПГГПУ. Серия № 1. Психологические и педагогические науки. – 2019. – №1. – С. 49-58. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/smyslozhiznennye-orientatsii-i-lokus-kontrolya-lichnosti-kak-resursy-blagopoluchnogo-stareniya> (дата обращения: 22.10.2022).
23. Русина Н.А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях // Мир психологии. – 2002. – № 4. – С. 152–160.
24. Семиглазова Т.Ю. Психологические аспекты лечения онкологических больных / Семиглазова Т.Ю., Ткаченко Г.А., Чулкова В.А. // Злокачественные опухоли. – 2016. – № Спецвыпуск 1. – С. 54-58 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-aspekty-lecheniya-onkologicheskikh-bolnyh> (дата обращения: 20.10.2022).
25. Сергиенко Е.А., Мелехин А.И. Модель психического: гетерохронность изменений в пожилом возрасте // Человек. Сообщество. Управление. – 2016. – Т. 17, № 1. – С. 26.
26. Солопова А.Г. Реабилитация онкогинекологических больных: актуальные проблемы и возможные решения / Солопова А.Г., Власина А.Ю., Идрисова Л.Э., Москвичёва В.С., Бажанов С.А. //



- Вестник восстановительной медицины. – 2019. – №5 – С. 93. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/reabilitatsiya-onkoginekologicheskikh-bolnyh-aktualnye-problemy-i-vozmozhnye-resheniya> (дата обращения: 03.10.2022).
27. Стрижицкая О.Ю. 20-й Всемирный геронтологический и гериатрический конгресс (23-27 июня 2013 г., Сеул) // Вестник СПбГУ. Серия 16: Психология. Педагогика. – 2014. – №1. – С. 57-61. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/20-y-vsemirnyu-gerontologicheskii-i-geriatricheskii-kongress-23-27-iyunya-2013-g-seul> (дата обращения: 11.10.2022).
28. Стрижицкая О.Ю. Геротрансцендентность: психологическое содержание и теоретические модели // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. – 2017. – Т. 3, № 7. – С. 268-280.
29. Стрижицкая О.Ю. К вопросу об эмпирическом исследовании геротрансцендентности // Мир науки. Педагогика и психология. – 2017. – №6. – С. 90. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-ob-empiricheskom-issledovanii-gerotranstsendentnosti> (дата обращения: 03.10.2022).
30. Стрижицкая О.Ю. Психология позитивного старения: условия, факторы и социальные эффекты геротрансцендентности: специальность 19.00.13 – психология развития, акмеология: диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук // Санкт-Петербург. – 2018. – С. 261.
31. Стрижицкая О.Ю. Эмоции и старение: современные парадигмы и актуальные направления // Современная зарубежная психология. – 2017. – Т. 6. № 3. – С. 71-76.
32. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Ленинград : Психологическая

- диагностика отношения к болезни при нервнопсихической и соматической патологии: сборник научных трудов. – 1990. – С. 32-38.
33. Урванцев Л.П. Психология соматического больного // Ярославль : Институт психологии РАН. – 2012. – С. 150 URL: <http://www.medpsy.ru/meds/meds162.php> (дата обращения: 17.09.2022)
34. Шестакова Е.Е. Старение населения и изменение в социальной политике развитых стран // Вопросы теоретической экономики. – 2022. – № 2. – С. 60-76.
35. Шестопалова И.М., Ткаченко Г.А. Личностные реакции онкологических больных пожилого и старческого возраста // Клиническая геронтология. – 2007. – №10. – С. 26-28. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/lichnostnye-reaktsii-onkologicheskikh-bolnyh-pozhilogo-i-starcheskogo-vozrasta> (дата обращения: 21.10.2022).
36. Garcia R.F. Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. / Garcia R.F., Casinello M.Z., Bravo M.L., Martínez M.M., Nicolás J.D., Pilar Montero L., del Moral R.S. // Psicothema. – 2010. – Vol.22, No 4. – P. 641-647.
37. Lyubomirsky S., Layous K. How do simple positive activities increase well-being? // Current Directions in Psychological Science. – 2013. – Vol.22. – P. 57–62.
38. Martinson M., Berridge C. Successful Aging and Its Discontents: A Systematic Review of the Social Gerontology Literature // Gerontologist. – 2015. – Vol.55, No 1. – P. 58-69.
39. Rowe J.W., Kahn R.L. Successful Aging 2.0: Conceptual Expansions for the 21st Century // Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences. – 2015. – Vol. 70, No 4. – P. 593-596.

40. Rusk R.D., Waters L. A psycho-social system approach to well-being: Empirically deriving the Five Domains of Positive Functioning // Journal Of Positive Psychology. – 2015. – Vol.10, No 2. – P. 1-152.
41. Seligman M.E.P. Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being // New York : Simon & Schuster. – 2011. – P. 368.
42. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects 2022. Summary of Results. [Электронный ресурс] URL:  
[https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022\\_summary\\_of\\_results.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf) (дата обращения: 03.10.2022)
43. Weiss T. Personal Transformation: Posttraumatic Growth and Gerotranscendence [Электронный ресурс] // Journal of Humanistic Psychology. URL:  
[https://www.researchgate.net/publication/275422020\\_Personal\\_Transformation\\_Posttraumatic\\_Growth\\_and\\_Gerotranscendence](https://www.researchgate.net/publication/275422020_Personal_Transformation_Posttraumatic_Growth_and_Gerotranscendence). (дата обращения: 21.09.2022)
44. Yesavage JA. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. / Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO // J Psychiatr Res. – 1982-1983 – P. 37-49.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### Опросник ОГИ О.Ю. Стрижицкой

*Инструкция.* Прочтите каждое утверждение списка и, если Вы с ним согласны, поставьте крестик напротив него в графе «Совершенно согласен». Если Вы не согласны с утверждением, поставьте напротив него крестик в графе «Совершенно не согласен». Если Вы не уверены, поставьте «Х» напротив в графе «Скорее согласен» или «Скорее не согласен» в зависимости от Вашего мнения.

ПРОВЕРЬТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ОТВЕТИЛИ ЛИ ВЫ НА ВСЕ ВОПРОСЫ СПИСКА.

Таблица 11

	Утверждение	Не согласен	Скорее не согласен	Скорее согласен	Совершенно согласен
1	Сейчас я больше задумываюсь о времени своей жизни и времени в целом.				
2	Мне кажется, очень важным иметь большое количество социальных контактов.				
3	Думаю, каждый человек должен заботиться о своем здоровье, но в разумных пределах.				
4	С возрастом я все больше понимаю, что качество общения важнее его количества.				
5	С возрастом я стал критичнее				

	относиться к себе.				
6	С возрастом мне стало казаться, что некоторые черты моего характера мне мешают в жизни.				
7	Мне кажется, что жизнь нельзя разделить на черное и белое, в ее палитре гораздо больше красок.				
8	Я уже давно понял, что человек даже представить себе не может всего, что может с ним произойти.				
9	Невозможно быть абсолютно здоровым.				
10	Я стараюсь выполнять все предписания врачей, но не свожу всю свою жизнь к выполнению этих предписаний.				
11	Человек не может состоять из одних положительных качеств				
12	Жизнь полна сюрпризов				
13	Раньше я был гораздо более категоричным в своих суждениях.				
14	Думаю, жизнь человека не заканчивается со смертью.				
15	Меня тяготит общение с людьми, которые приносят в мою жизнь дискомфорт и напряжение.				
16	С возрастом я все меньше опасаюсь смерти.				
17	Каждое событие в моей жизни имело				

	свой смысл, и я бы не хотел его менять.				
18	Я стал понимать, что даже сам себе не всегда готов признаться в причинах некоторых своих поступков.				
19	С возрастом я стал иначе ощущать время чем 20-30 лет назад.				
20	Мне интересно, что еще мне приготовила жизнь.				
21	Я с удовольствием хожу по магазинам, театрам, музеям				
22	Думая о своей жизни, мне кажется, что мои поступки получат продолжение и моя жизнь продолжится вне временных рамок.				
23	Я считаю, что важно уметь «отпускать» людей, отношения с которыми себя исчерпали.				
24	Бывает, я веду себя не так, как считаю правильным.				
25	Возможно, можно было в какие-то моменты моей жизни принять другие решения, но тогда я бы не стал тем, кто я есть				
26	Теперь я могу себе позволить общаться только с теми, с кем мне нравится.				
27	Я боюсь не успеть за оставшееся у меня время сделать все, что бы мне				

	хотелось.				
28	Если задуматься, то, наверное, не существует «идеальных» решений.				
29	Мне нравится участвовать в исследованиях, позволяющих узнать что-то новое о себе				
30	Вспоминая прошлое, я думаю, что, возможно, принимал единственно возможные в тот момент решения.				
31	Нужно пользоваться тем, что у тебя есть – ведь с собой это все не заберешь				
32	С возрастом меня стала больше интересовать история моей семьи.				
33	Оглядываясь на свою жизнь, я могу сказать, что не зря прожил жизнь				
34	Я ценю такое общение, которое приносит мне или положительные эмоции, или интересную информацию или позволяет мне создавать что-то новое вместе с другими людьми.				

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

### Семантический дифференциал времени Л.В. Вассермана

*Инструкция:* Этот опросник предназначен для того, чтобы лучше понять особенности Вашего эмоционального состояния и мировосприятия.

Далее Вам будут предложены 25 пар противоположных по смыслу прилагательных, например, «белое – черное». Проанализировав каждую пару, определите, какое из двух прилагательных точнее описывает Ваше **НАСТОЯЩЕЕ/ПРОШЛОЕ/БУДУЩЕЕ**, то, как Вы его интуитивно воспринимаете. Учитывайте, пожалуйста, то, что предлагаемые прилагательные, безусловно, не являются объективными характеристиками времени или окружающего мира. Постарайтесь выбирать то или иное прилагательное в каждой из пар, опираясь не на логику и здравый смысл, а на интуицию и воображение.

Выбрав одно из прилагательных, отметьте на 3-балльной шкале, насколько точно оно характеризует Ваше **НАСТОЯЩЕЕ/ПРОШЛОЕ/БУДУЩЕЕ**. Чем ближе показатель к «3», тем точнее, с Вашей точки зрения, прилагательное описывает Ваше **НАСТОЯЩЕЕ/ПРОШЛОЕ/БУДУЩЕЕ**.

Старайтесь долго не задумываться над вопросами, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Таблица 12

Длительное	3	2	1	1	2	3	Мгновенное
Активное	3	2	1	1	2	3	Пассивное
Напряженное	3	2	1	1	2	3	Расслабленное
Радостное	3	2	1	1	2	3	Печальное
Стремительное	3	2	1	1	2	3	Застывшее
Плотное	3	2	1	1	2	3	Пустое
Яркое	3	2	1	1	2	3	Тусклое
Понятное	3	2	1	1	2	3	Непонятное



Большое	3	2	1	1	2	3	Маленькое
Неделимое	3	2	1	1	2	3	Делимое
Тревожное	3	2	1	1	2	3	Спокойное
Цветное	3	2	1	1	2	3	Серое
Объемное	3	2	1	1	2	3	Плоское
Широкое	3	2	1	1	2	3	Узкое
Далекое	3	2	1	1	2	3	Близкое
Непрерывное	3	2	1	1	2	3	Прерывное
Реальное	3	2	1	1	2	3	Кажущееся
Частное	3	2	1	1	2	3	Общее
Постоянное	3	2	1	1	2	3	Изменчивое
Глубокое	3	2	1	1	2	3	Мелкое
Ощущаемое	3	2	1	1	2	3	Неощущаемое
Светлое	3	2	1	1	2	3	Темное
Замкнутое	3	2	1	1	2	3	Открытое
Обратимое	3	2	1	1	2	3	Необратимое
Ритмичное	3	2	1	1	2	3	Неритмичное

### ПРИЛОЖЕНИЕ 3

#### Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)

*Инструкция:* В таблице представлено 12 тем, а к каждой теме некоторое количество утверждений. Обведите кружком те номера утверждений в каждой теме, которые наиболее для вас подходят. На каждую тему разрешается делать от одного до двух выборов.

Таблица 13

1. Самочувствие	
С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие	1
Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил	2
Дурное самочувствие я стараюсь перебороть	3
Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим	4
У меня почти всегда что-нибудь болит	5
Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений	6
Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей	7
Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания	8
Мое самочувствие вполне удовлетворительно	9
С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски	10
Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие	11
Ни одно из определений мне не подходит	12
2. Настроение	
Как правило, настроение у меня очень хорошее	1
Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным	2
У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем	3
Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти	4

Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение	5
Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия	6
У меня стало совершенно безразличное настроение	7
У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим	8
У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев	9
Малейшие неприятности сильно огорчают меня	10
Из-за болезни у меня все время тревожное настроение	11
Ни одно из определений мне не подходит	12
3. Сон и пробуждение ото сна	
Проснувшись, я сразу заставляю себя встать	1
Утро для меня – самое тяжелое время суток	2
Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть	3
Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем	4
Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко	5
С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером	6
У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения	7
Утром я встаю бодрым и энергичным	8
Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать	9
По ночам у меня бывают приступы страха	10
С утра я чувствую полное безразличие ко всему	11
По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни	12
Во сне мне видятся всякие болезни	13
Ни одно из определений мне не подходит	14
4. Аппетит и отношение к еде	
Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях	1
У меня хороший аппетит	2

У меня плохой аппетит	3
Я люблю сытно поесть	4
Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде	5
Мне легко можно испортить аппетит	6
Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность	7
Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье	8
Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал	9
Еда не доставляет мне никакого удовольствия	10
Ни одно из определений мне не подходит	11
<b>5. Отношение к болезни</b>	
Моя болезнь меня пугает	1
Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет	2
Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью	3
Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня	4
Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью	5
Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет	6
Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей	7
Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают	8
Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше	9
Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи	10
Я здоров, и болезни меня не беспокоят	11

Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания	12
Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым	13
Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда	14
Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни	15
Ни одно из определений мне не подходит	16
<b>6. Отношение к лечению</b>	
Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать	1
Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением	2
Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы избавиться от болезни	3
Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным	4
Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь	5
Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию	6
Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных	7
Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей	8
Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить	9
Считаю, что меня лечат неправильно	10
Я ни в каком лечении не нуждаюсь	11
Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое	12

Я избегаю говорить о лечении с другими людьми	13
Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения	14
Ни одно из определений мне не подходит	15
7. Отношение к врачам и медперсоналу	
Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному	1
Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность	2
Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей	3
Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат	4
Мне все равно, кто и как меня лечит	5
Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения	6
Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь	7
Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения	8
С большим уважением я отношусь к медицинской профессии	9
Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности	10
Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом	11
Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь	12
Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время	13
Ни одно из определений мне не подходит	14
8. Отношение к родным и близким	
Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня	1
Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения	2

Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного	3
Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды	4
Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям	5
Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие	6
Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими	7
Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных	8
Из-за болезни я стал в тягость близким	9
Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь	10
Я считаю, что заболел из-за моих родных	11
Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни	12
Ни одно из определений мне не подходит	13
9. Отношение к работе (учебе)	
Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)	1
Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)	2
Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной	3
Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)	4
Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)	5
Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью	6
На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей	7

болезнью и даже придираются ко мне	
Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)	8
Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни	9
Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)	10
Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)	11
На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни	12
Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь	13
Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу	14
Ни одно из определений мне не подходит	15
<b>10. Отношение к окружающим</b>	
Мне теперь все равно, кто меня окружает, и кто около меня	1
Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое	2
Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение	3
Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни	4
Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется	5
Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть	6
Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни	7
Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий	8
Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих	9
С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни	10
Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу	11
Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже	12



раздражать меня	
Моя болезнь не мешает мне иметь друзей	13
Ни одно из определений мне не подходит	14
11. Отношение к одиночеству	
Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше	1
Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество	2
В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу	3
В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях	4
Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать	5
Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям	6
Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни	7
Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве	8
Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения	9
Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью	10
Ни одно из определений мне не подходит	11
12. Отношение к будущему	
Болезнь делает мое будущее печальным и унылым	1
Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее	2
Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях	3

Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем	4
Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем	5
Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)	6
Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем	7
Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее	8
Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел	9
Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других людей	10
Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее	11
Ни одно из определений мне не подходит	12

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4

### Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению (КОП-25)

*Инструкция:* Анкета опросника заполняется последовательно – с 1-го по 25-й вопрос. Для каждого вопроса респондент выбирает наиболее подходящий ответ из предложенного закрытого перечня, включающего 6 возможных вариантов. На каждый вопрос анкеты может быть выбран только один ответ.

Таблица 14

Вопросы	Варианты ответов	
1. Врач выявил у вас хроническую болезнь. Важно ли вам знать, какими признаками она проявляется?	1	Совершенно не важно
	2	Почти не важно
	3	Скорее не важно, чем важно
	4	Скорее важно, чем не важно
	5	Достаточно важно
	6	Очень важно
2. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	1	Очень сложно
	2	Достаточно сложно
	3	Скорее сложно, чем несложно
	4	Скорее несложно, чем сложно
	5	Почти несложно
	6	Совершенно несложно
3. Врач назначил вам лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в	1	Очень сложно
	2	Достаточно сложно

течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	3	Скорее сложно, чем несложно
	4	Скорее несложно, чем сложно
	5	Почти несложно
	6	Совершенно несложно
4. Врач назначил вам несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	1	Очень сложно
	2	Достаточно сложно
	3	Скорее сложно, чем несложно
	4	Скорее несложно, чем сложно
	5	Почти несложно
	6	Совершенно несложно
5. Врач предложил вам каждый день в течение многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Насколько сложно для вас выполнять эту рекомендацию?	1	Очень сложно
	2	Достаточно сложно
	3	Скорее сложно, чем несложно
	4	Скорее несложно, чем сложно
	5	Почти несложно
	6	Совершенно несложно
7. Если у вас есть сексуальная жизнь, насколько важно для вас сохранять её на привычном уровне?	1	Совершенно не важно/её нет
	2	Почти не важно
	3	Скорее не важно, чем важно
	4	Скорее важно, чем не важно

	5	Достаточно важно
	6	Очень важно
8. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычный образ жизни. Насколько сложно для вас такое изменение?	1	Очень сложно
	2	Достаточно сложно
	3	Скорее сложно, чем несложно
	4	Скорее несложно, чем сложно
	5	Почти несложно
	6	Совершенно несложно
9. Хроническая болезнь вынуждает изменить привычную диету. Насколько сложно для вас такое изменение?	1	Очень сложно
	2	Достаточно сложно
	3	Скорее сложно, чем несложно
	4	Скорее несложно, чем сложно
	5	Почти несложно
	6	Совершенно несложно
10. Хроническая болезнь может привести к инвалидности. Насколько важно для вас получить или подтвердить группу инвалидности?	1	Совершенно не важно
	2	Почти не важно
	3	Скорее не важно, чем важно
	4	Скорее важно, чем не важно
	5	Достаточно важно
	6	Очень важно
11. Хроническая болезнь может изменить работу внутренних органов и анализы.	1	Совершенно не важно
	2	Почти не важно

Насколько важно для вас знать результаты анализов?	3	Скорее не важно, чем важно
	4	Скорее важно, чем не важно
	5	Достаточно важно
	6	Очень важно
12. Все люди верят или не верят в Бога. Насколько важно для вас верить в Бога?	1	Совершенно не важно
	2	Почти не важно
	3	Скорее не важно, чем важно
	4	Скорее важно, чем не важно
	5	Достаточно важно
	6	Очень важно
13. Хроническая болезнь приводит к необходимости регулярно посещать врача. Насколько сложно для вас такое врачебное наблюдение?	1	Очень сложно
	2	Достаточно сложно
	3	Скорее сложно, чем несложно
	4	Скорее несложно, чем сложно
	5	Почти несложно
	6	Совершенно несложно
14. Приём лекарств может вызывать неприятные ощущения. Насколько сложно для вас будет переносить такие ощущения?	1	Очень сложно
	2	Достаточно сложно
	3	Скорее сложно, чем несложно
	4	Скорее несложно, чем сложно

	5	Почти несложно
	6	Совершенно несложно
15. Хроническая болезнь может ограничить привычную жизнь, активный отдых и развлечения. Насколько сложно для вас пойти на такие ограничения?	1	Очень сложно
	2	Достаточно сложно
	3	Скорее сложно, чем несложно
	4	Скорее несложно, чем сложно
	5	Почти несложно
	6	Совершенно несложно
16. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	1	Ни за что не буду
	2	Вероятнее всего не буду
	3	Скорее не буду, чем буду
	4	Скорее буду, чем не буду
	5	Вероятнее всего буду
	6	Обязательно буду
17. Врач назначил лекарство, которое нужно принимать несколько раз в день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	1	Ни за что не буду
	2	Вероятнее всего не буду
	3	Скорее не буду, чем буду
	4	Скорее буду, чем не буду
	5	Вероятнее всего буду
	6	Обязательно буду
18. Врач назначил несколько лекарств, которые нужно принимать каждый день в течение многих лет. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	1	Ни за что не буду
	2	Вероятнее всего не буду
	3	Скорее не буду, чем буду
	4	Скорее буду, чем не буду
	5	Вероятнее всего буду
	6	Обязательно буду
19. Врач предложил каждый день в течение	1	Ни за что не буду

многих лет отмечать имеющиеся проявления болезни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	2	Вероятнее всего не буду
	3	Скорее не буду, чем буду
	4	Скорее буду, чем не буду
	5	Вероятнее всего буду
	6	Обязательно буду
20. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут вызывать неприятные ощущения, в том числе и те, что вы у себя уже наблюдаете. Будете ли вы принимать такие лекарства?	1	Ни за что не буду
	2	Вероятнее всего не буду
	3	Скорее не буду, чем буду
	4	Скорее буду, чем не буду
	5	Вероятнее всего буду
	6	Обязательно буду
21. Врач сообщил, что назначенные лекарства могут ухудшать сексуальную жизнь. Будете ли вы после этого принимать такие лекарства?	1	Ни за что не буду
	2	Вероятнее всего не буду
	3	Скорее не буду, чем буду
	4	Скорее буду, чем не буду
	5	Вероятнее всего буду
	6	Обязательно буду
22. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычный образ жизни. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	1	Ни за что не буду
	2	Вероятнее всего не буду
	3	Скорее не буду, чем буду
	4	Скорее буду, чем не буду
	5	Вероятнее всего буду
	6	Обязательно буду
23. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно изменить привычную диету. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	1	Ни за что не буду
	2	Вероятнее всего не буду
	3	Скорее не буду, чем буду
	4	Скорее буду, чем не буду
	5	Вероятнее всего буду



	6	Обязательно буду
24. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно приходить на приём. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	1	Ни за что не буду
	2	Вероятнее всего не буду
	3	Скорее не буду, чем буду
	4	Скорее буду, чем не буду
	5	Вероятнее всего буду
	6	Обязательно буду
25. Врач сообщил, что в связи с болезнью нужно регулярно сдавать анализы. Будете ли вы точно выполнять эту рекомендацию?	1	Ни за что не буду
	2	Вероятнее всего не буду
	3	Скорее не буду, чем буду
	4	Скорее буду, чем не буду
	5	Вероятнее всего буду
	6	Обязательно буду