Миров Ю.А.[1], Митина О.В.[1] Особенности представлений о причинах болезни у женщин с гинекологическими видами рака

Mirov Y.A.[1], Mitina O.V.[1] Characteristics of perceptions of illness causes in women with gynecological cancers

[1] Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

В статье описываются результаты онлайн-исследования, посвященного сравнению представлений женщин с гинекологическими видами рака и женщин, не имеющих онкологических заболеваний в семейном анамнезе, о причинах болезни. В исследовании приняли участие 203 респондента. Из них в целевой группе было 88 женщин с разными видами гинекологического рака – членов онлайн-сообществ онкобольных, средний возраст – 49,9 ± 8,6 лет. В группе сравнения было 115 женщин – членов различных онлайн-сообществ, не имевших на момент исследования онкологических заболеваний в семейном анамнезе, средний возраст – 45,7 ± 10 лет. Участникам предлагалось заполнить два опросника. В первом из них респондентам целевой группы предлагалось написать в порядке убывания три наиболее значимых фактора, которые, по их мнению, вызвали их заболевание. Во втором опроснике им был представлен список из 22 возможных причин возникновения рака и предлагалось оценить, насколько, по их мнению, тот или иной фактор был причиной их заболевания. Для группы сравнения эти опросники были модифицированы, и респондентам предлагалось оценить, насколько, по их мнению, те или иные причины значимы для возникновения онкологических заболеваний. Список воспринимаемых причин для второго опросника взят из опросника восприятия болезни IPQ-R в адаптации Е.И. Рассказовой и дополнен на основе опыта общения с пациентками, больными гинекологическими видами рака. Установлены значимые различия в профилях субъективной значимости воспринимаемых причин онкологического заболевания у сравниваемых групп респондентов.

Ключевые слова: представления о болезни, причины рака, внутренняя картина болезни, онкология, биопсихосоциальный подход

Введение

За последние полвека онкологические заболевания стали вторыми по распространенности в мире, уступив место только сердечно-сосудистым. По данным Министерства здравоохранения РФ, на конец 2022 года в стране онкологическими заболеваниями страдало 4 млн человек и ежегодно выявляется около 600 тыс. новых случаев[1]. Поскольку поведение человека в связи с болезнью определяется ее восприятием [Тхостов, 2002], изучение воспринимаемых причин онкологических заболеваний – это важная задача современной медицинской психологии.

Онкология представляет собой обширный полиэтиологический и разнородный класс заболеваний, объединяемых рядом специфических процессов на клеточно-молекулярном уровне [DeVita et al., 2012]. Факторами-триггерами, запускающими процессы превращения нормальных клеток в атипичные, выступают геномная нестабильность (мутации) и воспалительные процессы, которые участвуют в развитии и поддержании роста опухолей. В свою очередь, фактором, содействующим онкологическим процессам, можно назвать специфическую опухолевую микросреду.

В той или иной пропорции проявление этих факторов обуславливают научно подтвержденные причины возникновения онкологических заболеваний, такие как а) наследственность, б) химические канцерогены, в) употребление табака и алкоголя, г) малоподвижный образ жизни и отдельные виды пищи, д) ожирение, е) инфекционные заболевания, ж) ультрафиолетовая, нейтронная и ионизирующая радиация [Aigner, Stephens, 2009].

Влияют ли психосоциальные факторы на возникновение и развитие онкологических заболеваний? Несмотря на то что эта тема активно изучается в научном сообществе уже более семидесяти пяти лет, однозначных выводов по этому вопросу до сих пор не сложилось. Сегодня в контексте исследований психосоциальных факторов риска развития рака научное сообщество опирается на руководящие принципы Международного агентства по исследованию рака (IARC) [IARC, 2019]. В соответствии со стандартами IARC при оценке вклада психосоциальных факторов в развитие рака должен учитываться целый ряд методологических вопросов. Прежде всего требуется четкое определение исследуемой популяции, характера заболевания и характера воздействия. Кроме того, должно быть учтено возможное влияние других переменных, которые могут воздействовать на риск заболевания, а также их возможную связь с

[1] Рак (онкологические заболевания) [электронный ресурс]. Медтех-портал Zdrav.expert. URL: https://zdrav.expert/index.php/Статья:Рак_(онкологические_заболевания) (дата обр.: 12.05.2024).

изучаемым фактором. Также должны предоставляться полные исходные данные для обоснования выводов исследования, включая данные сложных статистических анализов. Несмотря на то что опубликованы сотни работ, посвященных исследованию психосоциальных факторов возникновения и развития онкологических заболеваний, этим строгим критериям удовлетворяют лишь немногие из них.

Наиболее тщательно изучаемые психосоциальные факторы риска рака включают в себя значимые жизненные события или стресс, депрессию и черты личности. Во многих исследованиях изучалась связь между значимыми жизненными событиями, стрессом в повседневной жизни или на работе и риском рака, особенно рака молочной железы (РМЖ). Далее рассмотрим результаты некоторых из них. В крупном финском проспективном исследовании изучалась связь между стрессом в повседневной деятельности и РМЖ у женщин [Lillberg et al., 2001]. Ни изменение порога стресса, ни ограничение анализа у женщин с одинаковым уровнем стресса не изменило результаты. Другое исследование, включающее данные из Реестра близнецов Финляндии, показало: хотя развод или смерть супруга значительно увеличивали риск РМЖ [Lillberg et al., 2003], нет подтвержденных данных, что это влияние является специфическим. В исследовании здоровья медсестер в США, включавшем 69 886 женщин, не было обнаружено увеличения риска РМЖ вследствие стресса, связанного с уходом за больными [Kroenke et al., 2004]. В двух других отчетах, основанных на этом труде, и датском когортном исследовании медсестер также не было обнаружено увеличение риска РМЖ у женщин, сообщавших о высоком уровне стресса на работе [Schernhammer et al., 2004; Nielsen et al., 2008]. В когорте женской инициативы здоровья в США и когорте женщин в Великобритании также не было найдено связи между стрессом и увеличением риска РМЖ [Michael et al., 2009; Surtees et al., 2010]. Опубликованы и другие исследования, подтверждающие те же выводы [Nielsen 1983; Olsen et al., 2015].

В качестве других потенциальных психосоциальных факторов, влияющих на риск развития рака, часто рассматриваются депрессия и депрессивное настроение. Вместе с тем это не подтверждается исследованиями, дизайн которых соответствует стандартам IARC. Так, в рамках датского национального когортного исследования изучалось влияние госпитализации из-за депрессии на риск возникновения рака, и результаты показали отсутствие значимого влияния, за исключением случаев видов рака, связанных с табакокурением [Dalton et al., 2002]. В голландском исследовании наблюдалась тенденция к снижению риска рака груди у женщин с симптомами депрессии, однако результаты были неоднозначными [Nyklicek et al., 2003]. Финские исследования не выявили связи между депрессией, тревожностью или копинг-

стратегиями и увеличением риска рака [Aro et al., 2005]. В исследовании Национальной службы здравоохранения Оксфорда общий риск рака у лиц с депрессией или тревогой не увеличивался, за исключением риска рака легких [Kroenke et al., 2005]. Тайваньские исследования также не выявили увеличения риска рака среди пациентов, страдающих депрессией [Liang et al., 2011]. Датское исследование показало, что женщины, ранее лечившиеся от депрессии, были более склонны к выбору нетрадиционных методов лечения рака и, как следствие, среди них наблюдалась повышенная смертность [Suppli et al., 2017]. Метаанализ 76 проспективных исследований подтвердил, что депрессия – значимый предиктор смертности от рака, хотя и с относительно небольшим эффектом, но специфичность его не установлена [Pinquart, Duberstein, 2010]. Таким образом, большинство исследований, анализирующих общий риск рака, не выявили специфического увеличения риска, связанного с депрессией.

Также значительный интерес представляют хорошо спланированные исследования взаимосвязи между чертами личности и риском развития рака. Так, финское исследование, основанное на данных когорты близнецов, не выявило связи между удовлетворенностью жизнью, невротизмом и риском рака груди [Lillberg et al., 2002]. Аналогичные результаты были получены в исследованиях шведских и финских близнецов, включавших около 60 000 человек [Nakaya et al., 2010]. Немецкое проспективное когортное исследование с участием 5 114 женщин и мужчин в возрасте 40–65 лет показало отсутствие значимой связи между чертами личности и риском рака после учета факторов образа жизни, сопутствующих заболеваний и семейной истории рака [Sturmer et al., 2006]. В японском исследовании изучалась связь между концепцией «икигай» (смысл жизни), решительностью, склонностью к гневу и восприятием стресса с риском рака груди у женщин: ни одна из черт не оказывала значимого влияния на риск развития заболевания [Sawada et al., 2016]. В исследовании среди 9 705 женщин в Нидерландах не было обнаружено связи между изучаемыми чертами личности и риском рака груди [Bleiker et al., 2008]. Метаанализ, включающий данные из шести проспективных когорт, показал, что черты личности по модели «Большая пятерка» не связаны с общим риском рака, риском шести конкретных видов рака, а также с выживаемостью при онкологическом диагнозе [Batty et al., 2017]. Таким образом, проведенные исследования не выявили непосредственной связи между чертами личности и риском развития отдельных видов рака, а также не показали их влияния на выживаемость при онкологических заболеваниях. Метаанализ исследований связи других психологических факторов с риском возникновения рака также не подтверждает наличия значимой связи [Garssen, 2004].

Проблема исследования

Исследования показывают: на данный момент однозначных доказательств того, что психосоциальные факторы, включая стресс, депрессию, черты личности и др., играют значительную роль в процессе канцерогенеза, не существует. Вместе с тем эти факторы занимают важное место в субъективных отчетах о причинах заболеваний у онкологических больных. Этому в большой степени способствуют современные информационные ресурсы. Так, при запросе в поисковой системе Google по ключевым словам «психосоматика рака» выдается более десятка сайтов, на которых описываются психологические «причины» рака, причем даже на сайтах государственных медицинских учреждений[2]. Тема «психосоматика рака» активно продвигается в популярной психологической литературе [напр., Хей, 1996] и псевдонаучных подходах типа «германской новой медицины» [Микеда, 2021]. Статистика поисковых запросов в системе «Яндекс» по ключевым словам «психосоматика, рак» на ноябрь 2023 года выдавала более 5 600 запросов в месяц.

Для изучения феномена восприятия рака как психосоматического заболевания проанализируем релевантные теории. В соответствии с отечественным культурно-историческим подходом в психологии представления и знания пациента о своей болезни рассматриваются в рамках интеллектуального уровня внутренней картины болезни (ВКБ). ВКБ, как целостный образ болезни, возникающий у больного, включает в себя четыре уровня: 1) сенсорный; 2) эмоциональный; 3) интеллектуальный и 4) мотивационный. Между ними существует сложное взаимодействие [Николаева, 1987].

В соответствии с семиотической моделью ВКБ А.Ш. Тхостова [Тхостов, 2002] симптомы болезни включают не только физические ощущения, но и внешние факторы, указывающие на само заболевание. Это объясняется через концепцию семиотики, где физические ощущения и их интерпретация (понимание болезни) соединяются в единый знак – симптом. Далее взаимосвязь между ощущениями и их интерпретацией может изменяться, создавая новую семиологическую систему. В ней симптомы становятся ключевыми элементами, и через их взаимодействие с пониманием болезни возникает новый знак – концепция болезни. Субъективное восприятие болезни приобретает смысл, когда оно интерпретируется через личные мотивы и ценности, что делает его существенно мифологическим. Исследования показывают, что ситуация болезни в значительной степени актуализирует иррациональные верования настолько, что

[2] Например, сайт КГБУЗ «Онкологический диспансер». URL: https://clck.ru/3Bpci3 (дата обр.: 23.11.2023).

фактор наличия высшего образования оказывается незначимым [Нелюбина, 2009; Миров, 2023].

Концепцию внутренней картины болезни можно распространить и на лиц, не страдающих данным конкретным заболеванием – за исключением того, что для них будет отсутствовать сенсорный компонент, и тогда коллективная картина болезни будет формироваться исключительно вследствие влияния социокультурных факторов.

В зарубежной психологии с концепцией ВКБ сходна модель житейского смысла Х. Левенталя и его коллег [Leventhal et al., 2003]. Она представляет пациента как наивного ученого, исследующего информацию для понимания своего состояния, и опирается на три источника данных: 1) общедоступную информацию, полученную из внешней социальной среды и культурно обусловленных представлений о болезни, 2) информацию, полученную от значимых фигур в социальном окружении и авторитетных лиц, таких как врачи или родители, и 3) информацию, основанную на предыдущем или текущем личном опыте болезни [Hagger, Orbell, 2003]. Собственный опыт считается ключевым фактором в формировании представлений о болезни. Процесс включает в себя поиск информации на абстрактных и конкретных уровнях, оценку симптомов и формирование представлений о здоровье и болезни [McAndrew et al., 2008]. Эти процессы понимаются как саморегуляция, фокусирующаяся на физических ощущениях, настроении и эмоциях.

Модель Левенталя предполагает, что человек воспринимает заболевание на двух уровнях: представлений о болезни и эмоциональных переживаний, – и эти процессы могут взаимодействовать, усиливая или подавляя друг друга [Cameron, 2010]. Человек постоянно оценивает результативность обоих процессов и сравнивает их.

Поведение формируется не напрямую эмоциями, а через интерпретацию телесных ощущений. Личный опыт, наблюдение за чужим опытом и другая внешняя информация играют важную роль в этом процессе. Модель Левенталя выделяет пять доменов репрезентации болезни, которые обрабатываются на когнитивном и эмоциональном уровнях: 1) идентификацию болезни/симптомов, 2) причину заболевания, 3) временное течение заболевания, 4) последствия заболевания и 5) излечимость. Каждый домен влияет на выбор стратегий совладания и психологическое благополучие человека. В модели также рассматриваются эвристики, которые люди используют при оценке своего заболевания.

Модель Левенталя учитывает контекст переживаний, представлений и поведения, выходя за

рамки моделей поведения и изменения поведения. Она объясняет процессы саморегуляции, а не только поведение, учитывая когнитивные, аффективные и мотивационные процессы в динамике состояния пациента и репрезентации болезни.

В соответствии с рассмотренными моделями представления о раке как заболевании, имеющем психологические причины, в рамках психосоматической мифологии могут приводить пациента не только к бесполезной трате средств на «психотерапию рака», но и к потере времени, столь критичного для быстро прогрессирующих форм течения онкологических заболеваний, а также к возникновению чувства вины за прошлое поведение, которое негативно сказывается на качестве жизни больного [Barbour, 1995; Petrie, Weinman, 2006].

С другой стороны, учет представлений онкобольных о причинах их заболеваний в ходе коммуникации с ними в программах лечения, вторичной и третичной профилактики может оказывать значимое позитивное влияние на их субъективное благополучие и поведение, в частности повышать приверженность к следованию этим программам. Вместе с тем до настоящего момента не проводилось систематических исследований представлений о причинах болезни у онкологических больных, и данная работа представляет собой одну из таких попыток.

Цель исследования – изучение особенностей представлений о причинах болезни у женщин с гинекологическими видами рака. Гипотеза исследования предполагает, что профиль субъективной значимости воспринимаемых причин онкологического заболевания у больных в большей степени отражает их субъективный опыт, в то время как у лиц без онкологического диагноза в семейном анамнезе – влияние социокультурных стереотипов.

Процедура и методика исследования

Выборка

Авторы провели полевое исследование в рамках курирования пациентских онлайн-сообществ, что наложило естественные ограничения на его дизайн и доступность респондентов. В онлайн-исследовании приняли участие 203 респондента. Все из них предоставили своё информированное согласие в письменном (электронном) виде для участия.

В целевой группе было 88 женщин – членов онлайн-сообществ онкобольных, средний возраст – 49,9 ± 8,6 лет. Среди респондентов 44 (50,0%) имели диагноз рак молочной железы (C50), 31 (35,2%) – рак яичников (C56), 7 (8,0%) – рак шейки матки (C53), 5 – рак тела матки (C54)

(5,7 %), 1 – рак вульвы (C51) (1,1%). У 19 (21,6%) была диагностирована 1-я стадия, у 16 (18,2%) – 2-я, у 41 (46,6%) – 3-я, у 12 (13,6 %) – 4-я. Все респонденты на момент исследования проходили ту или иную форму лечения онкологического заболевания. Мы сделали моделирующее допущение о возможности объединения женщин с разными онкогинекологическими нозологиями и стадиями заболевания в одну группу. Это было выполнено на основании культурно-исторического подхода, в соответствии с которым восприятие болезни определяется не столько объективными факторами, сколько социокультурными влияниями.

В группе сравнения было 115 женщин – членов различных онлайн-сообществ, не имевших на момент исследования онкологического диагноза, а также не имевших онкологических заболеваний в семейном анамнезе, средний возраст – 45,7 ± 10 лет.

Методы

Методологическая база исследования – культурно-исторический подход в психологии, а также модель житейского смысла К. Левенталя. Онлайн-исследование проводилось в форме квазиэксперимента с «контролем после». Зависимой была переменная «представления о причинах болезни». Основная базисная переменная – бинарный признак «прохождение той или иной формы лечения онкологического заболевания». Для группы сравнения дополнительно осуществлялся контроль побочной (смешивающей) базисной переменной «наличие онкологического диагноза в семейном анамнезе». Участникам предлагалось заполнить два опросника, реализованных на платформе Google Forms. В первом из них респондентам целевой группы предлагалось написать в порядке убывания три наиболее значимых фактора, которые, по их мнению, вызвали их заболевание. Во втором – респондентам целевой группы был предоставлен список из 22 возможных причин возникновения рака и предлагалось оценить по шкале от 1 до 5, насколько, по их мнению, тот или иной фактор был причиной их заболевания. Для группы сравнения эти опросники были модифицированы, и респондентам предлагалось оценить, насколько, по их мнению, те или иные причины значимы для возникновения онкологических заболеваний. Список воспринимаемых причин для второго опросника был взят из опросника восприятия болезни IPQ-R в адаптации Е.И. Рассказовой [Moss-Morris, 2002; Рассказова, 2016] и дополнен на основе опыта общения с пациентками, больными гинекологическими видами рака.

Для анализа данных использовались методы контекстного анализа, описательной статистики, кросс-табуляционный φ-критерий, а также U-критерий Манна – Уитни для несвязанных выборок. Обработка данных проводилась при помощи программы IBM SPSS Statistics 26.0.

Результаты

В результате контекстного анализа данных первого опросника были выделены 28 категорий представлений о причинах онкологических заболеваний: 1) вирусы, бактерии; 2) возраст; 3) вредные привычки; 4) гормональные; 5) духовные; 6) истощение организма; 7) когнитивные; 8) комплексные; 9) личностные особенности; 10) мутация генов; 11) наследственность; 12) «не знаю»; 13) неправильный образ жизни; 14) обида; 15) питание; 16) пренебрежение здоровьем; 17) проблемы с иммунитетом; 18) психоэмоциональные; 19) случайность; 20) соматическое заболевание; 21) социальные; 22) стресс; 23) судьба; 24) тяжелая утрата; 25) экзистенциальные; 26) экология; 27) ятрогенные; 28) другие. В категорию «вредные привычки» были включены алкоголь и курение; в категорию «духовные» – проявления высших сил и следствие нравственных пороков; в категорию «истощение организма» – нагрузки на работе; в категорию «когнитивные» – разного рода негативные мысли и аттитюды; в категорию «психоэмоциональные» – депрессия, тревога, подавленные эмоции; в категорию «экзистенциальные» – нежелание жить и потеря смысла жизни; в категорию «ятрогенные» – ошибки врачей.

Были построены профили частотного распределения 1-го, 2-го, 3-го выборов причин в двух группах респондентов (см. табл. 1). В таблице 2 представлены коэффициенты корреляций этих профилей.

Таблица 1

Частоты распределения воспринимаемых причин онкологического заболевания для онкобольных и группы сравнения (в %)

Воспринимаемая причина	Онкобольные			Группа сравнения		
	Причина 1	Причина 2	Причина 3	Причина 1	Причина 2	Причина 3
Вирусы, бакт.	1,136	1,136	1,136	0,870	0,870	0,870
Возраст	0,001	1,136	2,273	0,001	0,870	0,870
Вред. привыч.	2,273	0,001	4,545	2,609	**4,348** (0,048)	4,348
Гормональные	**3,409** (0,046)	**9,091** (0,001)	**4,545** (0,021)	0,001	0,001	0,001
Духовные	0,001	0,001	0,001	0,870	3,478	3,478
Истощ. орг.	0,001	**5,682**	**7,955**	0,870	0,001	0,001

		(0,010)	(0,002)			
Когнитивные	1,136	4,545	1,136	**10,435** (0,007)	8,696	**7,826** (0,029)
Комплексные	1,136	1,136	1,136	3,478	4,348	**11,304** (0,005)
Личн. особ.	1,136	2,273	2,273	2,609	3,478	3,478
Мутация генов	11,364	1,136	5,682	5,217	0,870	2,609
Наслед.	4,545	5,682	4,545	**15,652** (0,012)	9,565	7,826
Не знаю	2,273	3,409	**7,955** (0,033)	1,739	1,739	1,739
Образ жизни	2,273	2,273	1,136	2,609	6,087	**8,696** (0,018)
Обида	6,818	4,545	3,409	**17,391** (0,025)	5,217	1,739
Питание	0,001	3,409	5,682	3,478	6,957	1,739
Пренебр. здор.	3,409	**3,409** (0,046)	5,682	0,870	0,001	2,609
Иммунитет	4,545	**5,682** (0,045)	3,409	1,739	0,870	0,870
Психоэмоц.	7,955	5,682	3,409	6,087	10,435	9,565
Случайность	**4,545** (0,021)	1,136	1,136	0,001	0,001	0,001
Сомат. забол.	**3,409** (0,046)	5,682	2,273	0,001	0,870	0,001
Социальные	0,001	2,273	2,273	0,001	0,870	0,870
Стресс	**22,727** (0,001)	13,636	11,364	4,348	13,913	6,087
Судьба	1,136	2,273	2,273	2,609	0,001	4,348
Тяжелая утрата	2,273	**3,409** (0,046)	1,136	0,001	0,001	1,739
Экзистенц.	0,001	0,001	1,136	2,609	**4,348** (0,048)	3,478
Экология	7,955	5,682	2,273	10,435	11,304	**11,304** (0,015)
Ятрогенные	4,545	3,409	**10,227** (0,002)	0,870	0,870	0,870

Другие	0,001	2,273	0,001	2,609	0,001	1,739

Примечания. Жирным указаны значения значимо большие в данной группе для данного выбора. В скобках указана соответствующая значимость по кросс-табуляционному φ-критерию.

Таблица 2

Внутри- и межгрупповые коэффициенты корреляции Спирмена для профилей частотных распределений воспринимаемых причин, представленных в табл. 1

	1 причина	2 причина	3 причина
1 причина	,403*	,547**	,495**
2 причина	,773**	0,263	,549**
3 причина	,777**	,736**	–0,028

Примечания. В верхнем треугольнике – корреляции между профилями разных выборов среди онкобольных. В нижнем – межу профилями разных выборов для группы сравнения. На диагонали – межгрупповые корреляции профилей одинаковых выборов.

* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$

Чтобы проанализировать различия в профилях частот распределения воспринимаемых причин для больных и группы сравнения, рассматривались значимости коэффициентов φ кросс-табуляционного критерия (см. табл. 1). Для онкобольных наиболее характерны факторы «стресс», «гормональные», «истощение организма», «случайность», «проблемы с иммунитетом», «пренебрежение здоровьем», «ятрогенные», «соматическое заболевание» и «тяжелая утрата». Для группы сравнения наиболее характерны факторы «обида», «наследственность», «когнитивные», «экзистенциональные», «вредные привычки», «экология» и «неправильный образ жизни». Наименее выражены в профиле онкобольных факторы «духовные», «вредные привычки» и «экзистенциальные», а для группы сравнения – «случайность», «тяжелая утрата», «гормональные», «пренебрежение здоровьем» и «соматическое заболевание». Выделение онкобольными большего количества воспринимаемых причин также подтверждает более четко сформированную картину воспринимаемых причин заболеваний у онкобольных, чем у группы сравнения.

Для второго опросника данные средних значений воспринимаемого вклада причин в возникновение онкологического заболевания и значимости критерия Манна – Уитни для этих показателей сравниваемых групп приведены в табл. 3.

Таблица 3

Средние значения воспринимаемого вклада причин в возникновение онкологического заболевания по шкале от 1 до 5 и значимости критерия Манна – Уитни для сравнения этих показателей у онкобольных и лиц без онкологического диагноза в семейном анамнезе

Причина	Онкобольные		Группа сравнения		p Манна – Уитни
	Сред.	Ст. откл.	Сред.	Ст откл.	
1. Стресс или тревога	3,93	1,14	3,95	0,93	0,545
2. Подавляемые нег. эмоции	3,57	1,40	4,17	0,76	0,009
3. Обида	3,25	1,44	4,24	0,84	0,001
4. Потеря значимого объекта (человека, работы)	2,69	1,50	3,57	0,98	0,001
5. Депрессия и депрессивное состояние	2,91	1,37	3,85	0,88	0,001
6. Предрасположенность («она в моей семье»)	3,08	1,35	3,99	0,87	0,001
7. Бактерии или вирусы (инфекция)	2,48	1,14	2,97	0,95	0,001
8. Диета или особенности питания	2,31	1,16	3,20	1,01	0,001
9. Проблемы с принятием себя как женщины	2,13	1,21	3,41	1,11	0,001
10. Случайность или невезение	2,82	1,38	2,37	0,99	0,016
11. Плохое качество медицинского обслуживания в прошлом	3,14	1,33	2,90	0,99	0,106
12. Загрязнение окружающей среды	3,34	1,22	3,89	0,88	0,001
13. Мое собственное поведение	3,03	1,28	3,85	0,96	0,001
14. Мои собственные установки, например склонность отрицательно думать о жизни	2,56	1,23	4,13	0,88	0,001

15. Семейные проблемы или тревоги, вызванные моим заболеванием	2,43	1,16	3,72	0,86	0,001
16. Чрезмерная нагрузка на работе	3,20	1,37	3,47	0,98	0,334
17. Мое эмоциональное состояние, например чувства подавленности, одиночества, тревоги, опустошенности	3,14	1,33	4,02	0,82	0,001
18. Возрастные особенности	2,69	1,19	3,15	1,01	0,004
19. Алкоголь	1,75	1,10	3,43	0,94	0,001
20. Курение	1,98	1,36	3,79	0,86	0,001
21. Особ. моей личности	2,38	1,38	3,27	0,87	0,001
22. Измен. в иммунной системе	3,77	0,98	4,08	0,64	0,041

Примечания. Серой заливкой выделены значения p U-критерия Манна – Уитни, превышающие 0,05.

Графики средней значимости вклада воспринимаемых причин в возникновение онкологического заболевания, изображенные на рис. 1, показывают, что в целом оценки онкобольных ниже, чем в группе сравнения. Значение усредненного среднего для онкобольных 2,84, то есть ниже середины шкалы, а для группы сравнения – 3,61, то есть выше середины шкалы.

Отсутствие значимых различий для факторов «стресс или тревога», «плохое качество медицинского обслуживания в прошлом» и «чрезмерная нагрузка на работе» указывает на то, что они представляют собой неспецифические культурные стереотипы. Другие факторы более специфически ассоциируются с онкологическими заболеваниями под влиянием культурных стереотипов, что объясняет значимое различие по ним для целевой группы и группы сравнения. Для онкобольных значимость этих факторов как воспринимаемых причин онкологического заболевания ниже возможного среднего из-за, с одной стороны, реального опыта болезни, а с другой – привыкания к заболеванию. Для лиц, не имеющих опыта болезни, представления о ее возможных причинах складываются под влиянием стереотипов, сформированных популярными средствами массовой информации. То, что они выше возможного среднего, указывает на доминирующие в обществе страхи и чувство уязвимости перед лицом

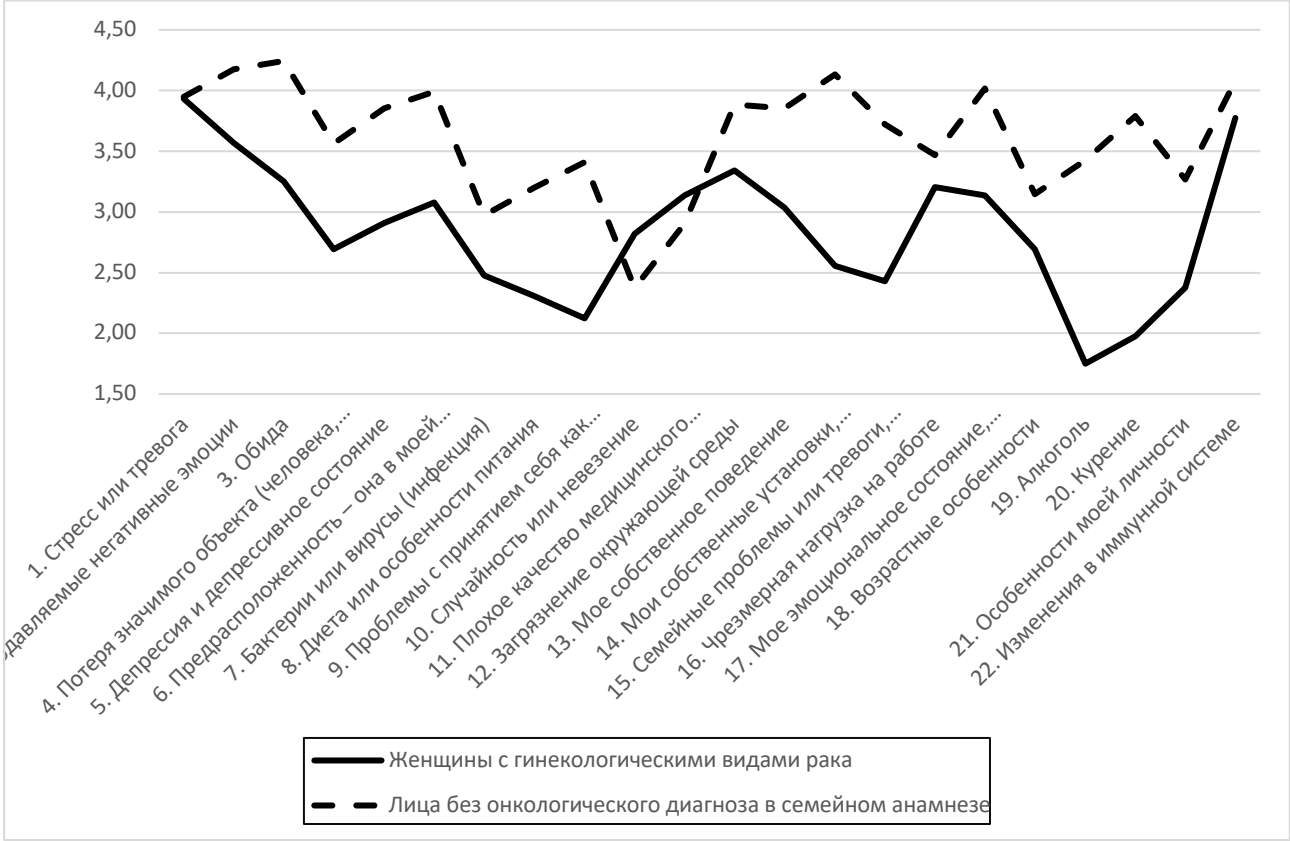

Рис. 1. Графики средней значимости вклада воспринимаемых причин в возникновение онкологического заболевания.

Обсуждение

Для лучшего понимания различий между восприятием причин заболевания онкобольными и здоровыми респондентами важно разделить причины на внутренние и внешние. Первые из них можно дополнительно классифицировать на причины, связанные с организмом (например, гормональные нарушения, соматические заболевания), и причины, связанные с собственным поведением (например, пренебрежение здоровьем, вредные привычки). Внешние причины могут быть связаны с окружающей средой (например, экология, случайные факторы, ятрогенные факторы) и социальными обстоятельствами (например, стресс, тяжелая утрата).

Полученные результаты показывают, что как онкобольные, так и лица без опыта болезни склонны видеть стресс наиболее значимой причиной онкологических заболеваний, поскольку он наиболее заметный и понятный элемент в их повседневной жизни, а также распространенный миф. Таким образом, в случае онкобольных программы, включающие индивидуальные консультации, групповую терапию и релаксационные техники, направленные на снижение уровня стресса, могут приводить к повышению уровня субъективного благополучия по

механизму эффекта плацебо.

Анализ корреляций между профилями частотного распределения для трех выборов из первого опросника указывает на более четко выраженную иерархию воспринимаемых причин заболевания у онкобольных, чем у лиц без онкологических заболеваний в семейном анамнезе, что естественным образом объясняется повышенным интересом к этой теме. Пациентам важно давать объективную информацию, чтобы они могли составлять адекватную картину болезни и более эффективно вести себя в связи с ней как на уровне стратегий совладания, так и на уровне эмоционального регулирования.

Приписывание онкобольными причины заболевания внутренним факторам: пренебрежению здоровьем, соматическим заболеваниям, гормональным нарушениям, истощению организма и проблемам с иммунитетом – может быть связано с поиском конкретных и контролируемых причин. Это общий способ снижения когнитивного диссонанса и повышения ощущения контроля над ситуацией. Приписывание причины заболевания внешним факторам: ятрогенным, случайным факторам и тяжелой утрате – может быть способом атрибуции внешней ответственности, что помогает снизить внутренний конфликт и чувство беспомощности.

Приписывание респондентами без онкологического диагноза причин онкологических заболеваний обиде, психоэмоциональным проблемам, наследственности, экологии, негативным мыслям, неправильному образу жизни, вредным привычкам и экзистенциальным проблемам отражает глубоко укоренившиеся в обществе убеждения и стереотипы о том, что может вызвать болезнь. Кроме того, рассматриваемые причины (кроме экологии) связаны с личной ответственностью, а это, в свою очередь, свидетельствует о социальной стигматизации онкологических больных.

Следует отметить, что, в то время как онкобольные называют одной из главных причин своего заболевания пренебрежение здоровьем, среди лиц без опыта болезни эта воспринимаемая причина не является значимой. Поскольку при современном уровне диагностики и лечения онкологических заболеваний на ранних стадиях большинство видов рака практически полностью излечимы, эту информацию можно использовать как дополнительный аргумент в кампаниях, пропагандирующих важность прохождения регулярных обследований.

Результаты анализа данных второго опросника показывают, что такие воспринимаемые причины, как «случайность» и «плохое медицинское обслуживание в прошлом», имеют

максимальную значимость для онкобольных и минимальную – для лиц без опыта онкологического заболевания. Наоборот, такие воспринимаемые причины, как «подавленные эмоции», «обида», «депрессия», «собственные установки», «эмоциональное состояние», «алкоголь» и «курение», имеют максимальную воспринимаемую значимость для лиц без опыта онкологического заболевания и минимальную – для онкобольных. Это подтверждает результаты анализа данных первого опросника, в соответствии с которыми онкобольные приписывают причины своего заболевания внешним факторам, что помогает снизить чувство личной ответственности, в то время как для лиц без опыта онкологических заболеваний наблюдается внутренняя атрибуция причин, что указывает на социальную стигматизацию онкобольных.

В целом можно видеть, что субъективное восприятие причин болезни можно назвать существенно мифологическим – оно различается с объективными данными. Развенчивание мифов – как при общении с пациентами, так и в профилактических информационных кампаниях – будет способствовать снижению социальной стигматизации онкологических больных и облегчению процесса принятия диагноза, помогая пациентам чувствовать себя менее виноватыми и более контролирующими свою ситуацию.

Заключение

Настоящее исследование вносит значимый вклад в понимание воспринимаемых причин онкологических заболеваний среди женщин с гинекологическими формами рака и лиц без онкологического диагноза в семейном анамнезе. Результаты подчеркивают сложность и многоаспектность восприятия причин заболевания, которые отражаются в различиях между этими двумя группами. Таким образом, подтверждается гипотеза исследования, состоящая в предположении о том, что профиль субъективной значимости воспринимаемых причин онкологического заболевания у больных в большей степени отражает их субъективный опыт, в то время как у лиц без онкологического диагноза в семейном анамнезе – влияние социокультурных стереотипов.

Основные результаты исследования показали, что онкобольные во многом склонны приписывать причины своего заболевания внешним и внутренним неподконтрольным факторам, таким как «стресс», «случайность», «гормональные нарушения» и «истощение организма» . Этот подход помогает снижать чувство личной ответственности и внутреннего конфликта. Основным подконтрольным фактором пациенты называют пренебрежение здоровьем, включающее в себя непрохождение регулярных обследований. В то же время лица без онкологического диагноза демонстрируют тенденцию к внутренней атрибуции причин, считая факторы,

поддающиеся контролю и связанные с личным поведением и образом жизни, более значимыми. Это может отражать общественные страхи и чувство уязвимости перед лицом онкологических заболеваний, а также социальную стигматизацию онкобольных.

Результаты исследования указывают на важность разработки и осуществления дополнительных образовательных программ на этапах первичной, вторичной и третичной профилактики. При их разработке следует подчеркивать научно обоснованные факторы, к которым относятся генетическая предрасположенность, влияние окружающей среды и поведенческие факторы (вредные привычки, пренебрежение здоровьем). Также следует вести целенаправленную «контрпропаганду», развенчивая мифы о влиянии когнитивных и эмоциональных состояний или экзистенциональных проблем на возникновение онкологических заболеваний. Это может способствовать более реалистичному пониманию факторов риска онкологических заболеваний и снижать при этом стигматизацию и тревожность.

Исследование подчеркивает значимость комплексного подхода к пониманию онкологических заболеваний, включая не только медицинские, но и психосоциальные аспекты. Результаты представляют ценную информацию для дальнейшего изучения этой сложной проблемы и разработки более эффективных стратегий поддержки онкобольных и профилактики онкологических заболеваний.

Ограничения и перспективы исследования

Настоящее исследование проводилось в полевом онлайн-формате, что накладывает естественные ограничения на его достоверность, размер выборки и возможность контроля дополнительных базисных побочных переменных. Видится перспективным проведение систематических исследований на данную тему в офлайн-формате на больших выборках.

Литература

Микеда А. БИОпсихосоматика: восстановление на основе Германской новой медицины. М.: АСТ, 2021.

Миров Ю.А. Особенности обыденных представлений о болезни у лиц, изучающих ведическую астрологию. Известия Иркутского государственного университета. Сер.: Психология, No. 46, 39–54. doi:10.26516/2304-1226.2023.46.39

Миров Ю.А., Митина О.В. Особенности представлений о причинах болезни у женщин… Нелюбина А. С. Роль обыденных представлений в формировании внутренней картины болезни: дис. … канд. психол. наук. МГУ им. М.В. Ломоносова, М., 2009.

Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Издательство МГУ, 1987.

Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002.

Рассказова Е.И. Русскоязычная апробация опросника восприятия болезни Р. Мосс-Моррис и др.: апробация на выборке больных с непсихотическими депрессиями. Вестник Московского университета. Сер. 14, Психология, 2016, No. 1, 123–142.

Хей Л.Л. Исцели себя сам: Психологические причины болезней и метафизические пути их преодоления. М.: Природа и человек, 1996.

Aigner K.R., Stephens F.O. Basics of Oncology. Berlin: Springer-Verlag, 2009.

Aro A.R., Lönnqvist J., Wahlbeck K., Dalgard O.S., Allilaire J.F., Ayuso-Mateos J.L., Vollebergh W.A. Psychological risk factors of incidence of breast cancer: A prospective cohort study in Finland. Psychological Medicine, 2005, 35(10), 1515–1521.

Barbour A. Caring for patients: A critique of the medical model. Stanford: Stanford University Press, 1995.

Batty G.D., Russ T.C., Stamatakis E., Kivimäki M. Psychological distress in relation to site specific cancer mortality: pooling of unpublished data from 16 prospective cohort studies. BMJ, 2017, 356. doi:10.1136/bmj.j108

Breitbart W., Poppito S.R. (Eds.). Psycho-oncology. Oxford: Oxford University Press, 2021.

Cameron L.D. Temporal self-regulation theory: Towards a more comprehensive understanding of health behaviour. Health Psychology Review, 2010, 4(2), 70–74.

Dalton S.O., Mellemkjaer L., Olsen J.H., Mortensen P.B., Johansen C. Depression and cancer risk: a register-based study of patients hospitalized with affective disorders, Denmark, 1969–1993. American Journal of Epidemiology, 2002, 155(12), 1088–1095.

DeVita V.T., Lawrence T.S., Rosenberg S.A. Cancer: Principles & practice of oncology: Primer of the molecular biology of cancer. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

Garssen B. Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. Clinical Psychology Review, 2004, 24(3), 315–338.

Hagger M.S., Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. Psychology and Health, 2003, 18(2), 141–184.

IARC— International Agency for Research on Cancer. https://monographs.iarc.who.int/iarc-monographs-preamble-preamble-to-the-iarc-monographs/. Accessed July 10, 2024.

Kroenke C.H., Bennett G.G., Fuchs C., Giovannucci E., Kawachi I., Schernhammer E., Holmes M.D. Caregiving stress, endogenous sex steroid hormone levels, and breast cancer incidence. American Journal of Epidemiology, 2004, 159(11), 1019–1027.

Leventhal H., Brissette I., Leventhal E.A. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: L.D. Cameron, H. Leventhal (Eds.), The self-regulation of health and illness behavior. London: Routledge, 2003. pp. 42–65.

Liang J.A., Sun L.M., Muo C.H., Sung F.C., Chang S.N. The analysis of depression and subsequent cancer risk in Taiwan. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 2011, 20(3), 473–475.

Lillberg K., Verkasalo P.K., Kaprio J., Teppo L., Helenius H., Koskenvuo M. Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women: A cohort study. American Journal of Epidemiology, 2003, 157(5), 415–423.

McAndrew L.M., Musumeci-Szabó T.J., Mora P.A., Vileikyte L., Burns E., Halm E.A., Leventhal H. Using the common sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: From description to process. British Journal of Health Psychology, 2008, 13(2), 195–204.

Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K., Horne R., Cameron L., Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). Psychology and Health, 2002, 17(1), 1–16.

Nakaya N., Bidstrup P.E., Saito-Nakaya K., Frederiksen K., Koskenvuo M., Pukkala E., Uchitomi Y. Personality traits and cancer risk and survival based on Finnish and Swedish registry data. American Journal of Epidemiology, 2010, 172(4), 377–385.

Nielsen H. 1943-79 mortality among members of the Danish resistance movement deported to German concentration camps. Ugeskrift for Laeger, 1983, 145(5), 345–350.

Nyklíček I., Vingerhoets A.J., Van Heck G.L. Depression and the lower risk for breast cancer development in middle-aged women: a prospective study. Psychological Medicine, 2003, 33(6), 1111–1117.

Olsen M.H., Boice J.D., Jensen O.M., Fraumeni J.F., Jensen H.S. Cancer incidence and mortality among members of the Danish resistance movement deported to German concentration camps: 65-Year follow-up. International Journal of Cancer, 2015, 136(10), 2476–2480.

Petrie K.J., Weinman J. A. Why illness perceptions matter. Clinical Medicine, 2006, 6(6), 536.

Pinquart M., Duberstein P.R. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. Psychological Medicine, 2010, 40(11), 1797–1810.

Sawada T., Nishi M., Nishimura T., Gotay C.C., Sato, T. The influence of personality and perceived stress on the development of breast cancer: 20-year follow-up of 29,098 Japanese women. Scientific Reports, 2016, 6(1), 32559.

Schernhammer E.S., Kroenke C.H., Laden F., Hankinson S.E. Job stress and breast cancer risk: the nurses' health study. American Journal of Epidemiology, 2004, 160(11), 1079–1086.

Stürmer T., Hasselbach P., Amelang M. Personality, lifestyle, and risk of cardiovascular disease and cancer: follow-up of population-based cohort. BMJ, 2006, 332(7554), 1359.

Suppli N.P., Johansen C., Christensen J., Kessing L.V., Kroman N., Dalton S.O. Survival after early-stage breast cancer of women previously treated for depression: a nationwide Danish cohort study. Journal of Clinical Oncology, 2017, 35(3), 334–342.

Surtees P.G., Wainwright N.W., Luben R.N., Wareham N.J., Bingham S.A., Khaw K.T. No evidence that social stress is associated with breast cancer incidence. Breast Cancer Research and Treatment, 2010, No. 120, 169–174.

Поступила в редакцию: 3 апреля 2024 г. Дата публикации: 24 июля 2024 г.

Сведения об авторах

Миров Юрий Алексеевич. Аспирант факультета психологии, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Большая Никитская ул., 4, 125009 Москва, Россия,
E-mail: yasomati1970@gmail.com

Митина Ольга Валентиновна. Кандидат психологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник факультета психологии, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Большая Никитская ул., 4, 125009 Москва, Россия.
E-mail: omitina@inbox.ru

Ссылка для цитирования

Миров Ю.А., Митина О.В. Особенности представлений о причинах болезни у женщин с гинекологическими видами рака. Психологические исследования. 2024. Т. 17, № 94. С. 4. URL: https://psystudy.ru

Адрес статьи: https://doi.org/10.54359/ps.v17i94.1581

Mirov Y.A.[1], Mitina O.V.[1] Characteristics of perceptions of illness causes in women with gynecological cancers

[1] Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

The article presents the results of an online study comparing illness representations in women with gynecological cancers and women without a family history of oncological diseases. The study involved 203 respondents: 88 women with various types of gynecological cancer from online patient communities (mean age 49.9 ± 8.6 years) and 115 women from different online communities without a family history of cancer (mean age 45.7 ± 10 years). Participants completed two questionnaires. In the first, respondents in the target group ranked three factors they believed were the most significant causes of their illness. The second questionnaire provided

a list of 22 possible causes of cancer, asking respondents to rate the significance of each factor. This questionnaire was adapted for the comparison group to evaluate the perceived importance of various causes of oncological diseases. The list of perceived causes was based on the IPQ-R illness perception questionnaire adapted by E.I. Rasskazova and supplemented by experiences with patients with gynecological cancers. Statistical analysis, including contextual analysis, descriptive statistics, cross-tabulation, and the Mann-Whitney U test, revealed significant differences in the profiles of perceived causes of cancer between the compared groups of respondents.

Key words: illness perception, causes of cancer, internal representation of illness, oncology, biopsychosocial approach

References

Aigner K.R., Stephens F.O. Basics of Oncology. Berlin: Springer-Verlag, 2009.

Aro A.R., Lönnqvist J., Wahlbeck K., Dalgard O.S., Allilaire J.F., Ayuso-Mateos J.L., Vollebergh W.A. Psychological risk factors of incidence of breast cancer: A prospective cohort study in Finland. Psychological Medicine, 2005, 35(10), 1515–1521.

Barbour A. Caring for patients: A critique of the medical model. Stanford: Stanford University Press, 1995.

Batty G.D., Russ T.C., Stamatakis E., Kivimäki M. Psychological distress in relation to site specific cancer mortality: pooling of unpublished data from 16 prospective cohort studies. BMJ, 2017, 356. doi:10.1136/bmj.j108

Breitbart W., Poppito S.R. (Eds.). Psycho-oncology. Oxford: Oxford University Press, 2021.

Cameron L.D. Temporal self-regulation theory: Towards a more comprehensive understanding of health behaviour. Health Psychology Review, 2010, 4(2), 70–74.

Dalton S.O., Mellemkjaer L., Olsen J.H., Mortensen P.B., Johansen C. Depression and cancer risk: a register-based study of patients hospitalized with affective disorders, Denmark, 1969–1993. American Journal of Epidemiology, 2002, 155(12), 1088–1095.

DeVita V.T., Lawrence T.S., Rosenberg S.A. Cancer: Principles & practice of oncology: Primer of

the molecular biology of cancer. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

Garssen B. Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. Clinical Psychology Review, 2004, 24(3), 315–338.

Hagger M.S., Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. Psychology and Health, 2003, 18(2), 141–184.

Hej L.L. *Isceli sebya sam: Psihologicheskie prichiny boleznej i metafizicheskie puti ih preodoleniya*. Moscow: Priroda i chelovek, 1996. (in Russian)

IARC— International Agency for Research on Cancer. https://monographs.iarc.who.int/iarc-monographs-preamble-preamble-to-the-iarc-monographs/. Accessed July 10, 2024.

Kroenke C.H., Bennett G.G., Fuchs C., Giovannucci E., Kawachi I., Schernhammer E., Holmes M.D. Caregiving stress, endogenous sex steroid hormone levels, and breast cancer incidence. American Journal of Epidemiology, 2004, 159(11), 1019–1027.

Leventhal H., Brissette I., Leventhal E.A. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: L.D. Cameron, H. Leventhal (Eds.), The self-regulation of health and illness behavior. London: Routledge, 2003. pp. 42–65.

Liang J.A., Sun L.M., Muo C.H., Sung F.C., Chang S.N. The analysis of depression and subsequent cancer risk in Taiwan. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 2011, 20(3), 473–475.

Lillberg K., Verkasalo P.K., Kaprio J., Teppo L., Helenius H., Koskenvuo M. Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women: A cohort study. American Journal of Epidemiology, 2003, 157(5), 415–423.

McAndrew L.M., Musumeci-Szabó T.J., Mora P.A., Vileikyte L., Burns E., Halm E.A., Leventhal H. Using the common sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: From description to process. British Journal of Health Psychology, 2008, 13(2), 195–204.

Mikeda A. *BIOpsihosomatika: vosstanovlenie na osnove Germanskoj novoj medi-ciny*. Moscow:

AST, 2021. (in Russian)

Mirov Y. Ordinary Ideas about Illness of People Studying Vedic Astrology. The Bulletin of Irkutsk State University, Series Psychology, 2023, No. 46, 39–54. doi:10.26516/2304-1226.2023.46.39 (in Russian)

Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K., Horne R., Cameron L., Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). Psychology and Health, 2002, 17(1), 1–16.

Nakaya N., Bidstrup P.E., Saito-Nakaya K., Frederiksen K., Koskenvuo M., Pukkala E., Uchitomi Y. Personality traits and cancer risk and survival based on Finnish and Swedish registry data. American Journal of Epidemiology, 2010, 172(4), 377–385.

Nielsen H. 1943-79 mortality among members of the Danish resistance movement deported to German concentration camps. Ugeskrift for Laeger, 1983, 145(5), 345–350.

Nikolaeva V.V. *Vliyanie hronicheskoj bolezni na psihiku*. Moscow: Izdatel'stvo MGU, 1987. (in Russian)

Nelyubina A.S. *PhD dissertation (Psychology).* MGU im. M.V. Lomonosova, Moscow, 2009. (in Russian)

Nyklíček I., Vingerhoets A.J., Van Heck G.L. Depression and the lower risk for breast cancer development in middle-aged women: a prospective study. Psychological Medicine, 2003, 33(6), 1111–1117.

Olsen M.H., Boice J.D., Jensen O.M., Fraumeni J.F., Jensen H.S. Cancer incidence and mortality among members of the Danish resistance movement deported to German concentration camps: 65-Year follow-up. International Journal of Cancer, 2015, 136(10), 2476–2480.

Petrie K.J., Weinman J. A. Why illness perceptions matter. Clinical Medicine, 2006, 6(6), 536.

Pinquart M., Duberstein P.R. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. Psychological Medicine, 2010, 40(11), 1797–1810.

Sawada T., Nishi M., Nishimura T., Gotay C.C., Sato, T. The influence of personality and perceived stress on the development of breast cancer: 20-year follow-up of 29,098 Japanese women. Scientific Reports, 2016, 6(1), 32559.

Schernhammer E.S., Kroenke C.H., Laden F., Hankinson S.E. Job stress and breast cancer risk: the nurses' health study. American Journal of Epidemiology, 2004, 160(11), 1079–1086.

Stürmer T., Hasselbach P., Amelang M. Personality, lifestyle, and risk of cardiovascular disease and cancer: follow-up of population-based cohort. BMJ, 2006, 332(7554), 1359.

Suppli N.P., Johansen C., Christensen J., Kessing L.V., Kroman N., Dalton S.O. Survival after early-stage breast cancer of women previously treated for depression: a nationwide Danish cohort study. Journal of Clinical Oncology, 2017, 35(3), 334–342.

Surtees P.G., Wainwright N.W., Luben R.N., Wareham N.J., Bingham S.A., Khaw K.T. No evidence that social stress is associated with breast cancer incidence. Breast Cancer Research and Treatment, 2010, No. 120, 169–174.

Thostov, A.Sh. Psihologiya telesnosti. Moscow: Smysl, 2002. (in Russian)

Rasskazova E.I. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Ser. 14, Psihologiya*, 2016, No. 1, 123–142. (in Russian)

Information about the authors

Yuri Alekseevich Mirov. Graduate student at the Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Bolshaya Nikitskaya ul., 4, 125009 Moscow, Russia.
E-mail: yasomati1970@gmail.com

Olga Valentinovna Mitina. Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Leading Research Fellow at the Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Bolshaya Nikitskaya ul., 4, 125009 Moscow, Russia.
E-mail: omitina@inbox.ru

For citation: Mirov, Y. A., Mitina O.V. Characteristics of perceptions of illness causes in women with gynecological cancers. Psikhologicheskie Issledovaniya, 2024, Vol. 17, No. 94, p. 4. https://psys-tudy.ru