

ОРГАНИЗАЦИОННО-СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ОНКОБОЛЬНЫХ

© 2025 М.А. Пчелкин¹, Т.Н. Разуваева², А.Ы. Турдубаева³

¹НИУ «БелГУ», Белгород

²ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва

³Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница Святителя Луки», Санкт-Петербург

Контактная информация: Пчелкин Михаил Алексеевич. E-mail: vbnikishina@mail.ru

Цель: систематизация имеющихся научных данных о мишенях и этапах психологического воздействия в оказании психологической помощи онкобольным. **Материалы и методы исследования.** Систематизация литературных данных. В статье систематизированы данные о взаимосвязи психоэмоционального состояния и онкологического заболевания, акцентируя роль психологических факторов (хронический стресс, депрессия, личностные особенности) как предрасполагающих элементов в развитии и прогрессировании патологии. **Результаты исследования и их обсуждение.** Рассмотрены этапы психологического сопровождения онкобольных, включая дооперационный, послеоперационный, реабилитационный периоды и паллиативную помощь. Обоснована необходимость персонализированного подхода, учитывающего динамику заболевания, личностные ресурсы пациента и экзистенциальные переживания. Особое внимание уделено методам психотерапии (когнитивно-поведенческая, экзистенциальная, групповая), направленным на снижение тревожности, коррекцию дезадаптивных установок и формирование новых смысловых ориентиров. Выделены ключевые этапы медико-психологического сопровождения: информационно-диагностический, психотерапевтический и психореабилитационный, способствующие улучшению качества жизни, социальной интеграции и эмоциональной устойчивости пациентов. **Заключение.** Персонифицированный подход с учётом динамики заболевания и уникальных потребностей каждого пациента способствует не только улучшению их качества жизни, но и поддержанию адаптивного психологического функционирования, обеспечивая более эффективную социальную интеграцию и устойчивое эмоциональное равновесие. Медико-психологическая программа сопровождает пациента на всех стадиях болезни, отвечая его изменяющимся физическим и психологическим потребностям, что способствует улучшению его качества жизни и эмоционального состояния на всех этапах.

Ключевые слова: онкологические заболевания, персонализированный подход, психореабилитация, медико-психологическое сопровождение, качество жизни.

THEORETICAL ASPECTS OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR CANCER PATIENTS

© 2025 М.А. Pchelkin¹, T.N. Razuvaeva², A.Y. Turdubaeva³

¹National Research University «Belgorod State University», Belgorod

²Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov of the Ministry of Health of the Russian Federation (Pirogov University), Moscow

³St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution «Clinical Hospital of St. Luke», St. Petersburg

Contact: Pchelkin Mikhail Alekseevich. E-mail: vbnikishina@mail.ru

Objective: to systematize the available scientific data on the targets and stages of psychological impact in providing psychological assistance to cancer patients. **Materials and methods of the study.** Systematization

of literary data. The article systematizes the data on the relationship between the psychoemotional state and cancer, emphasizing the role of psychological factors (chronic stress, depression, personality traits) as predisposing elements in the development and progression of pathology. **Results of the study and their discussion.** The stages of psychological support for cancer patients are considered, including preoperative, postoperative, rehabilitation periods and palliative care. The need for a personalized approach that takes into account the dynamics of the disease, the patient's personal resources and existential experiences is substantiated. Particular attention is paid to the methods of psychotherapy (cognitive-behavioral, existential, group) aimed at reducing anxiety, correcting maladaptive attitudes and forming new semantic guidelines. The key stages of medical and psychological support are identified: information and diagnostic, psychotherapeutic and psychorehabilitation, contributing to the improvement of the quality of life, social integration and emotional stability of patients. **Conclusion.** A personalized approach taking into account the dynamics of the disease and the unique needs of each patient contributes not only to the improvement of their quality of life, but also to the maintenance of adaptive psychological functioning, ensuring more effective social integration and stable emotional balance. The medical and psychological program accompanies the patient at all stages of the disease, responding to his changing physical and psychological needs, which contributes to the improvement of his quality of life and emotional state at all stages.

Keywords: oncological diseases, personalized approach, psychorehabilitation, medical and psychological support, quality of life.

Введение. В научной литературе подтверждается взаимосвязь психоэмоционального состояния с развитием онкозаболеваний через нарушения в работе ЦНС и иммунитета [2]. Хронический стресс, психотравмы и апатия выступают психологическими канцерогенами, создавая условия для клеточной атипии [2, 18, 22].

Организационно-содержательные аспекты оказания психологической помощи онкологическим пациентам в России регламентированы нормативными документами. Согласно Приказу Минздрава России от 15.11.2012 № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»», психологическое сопровождение является обязательным компонентом комплексной терапии на всех этапах лечения [19]. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1213н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при паллиативной помощи» подчёркивает необходимость включения психотерапевтических методов в паллиативную помощь для снижения эмоциональной нагрузки [20]. Кроме того, Приказ Минтруда России от 15.10.2015 № 723н «Об утверждении формы и порядка разработки индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида» пред-

усматривает интеграцию психокоррекции в программы реабилитации для минимизации дезадаптивных последствий заболевания [21].

Цель: систематизация имеющихся научных данных о мишенях и этапах психологического воздействия в оказании психологической помощи онкобольным.

Материалы и методы исследований. Персонифицированный подход предполагает учёт:

- негативных переживаний больных, особенности их психоэмоционального состояния, а также длительность этого периода;
- дифференциацию экстремальных и кризисных состояний;
- более устойчивые характеристики – личностные особенности;
- стадии болезни, учёт динамики заболевания;
- степень тяжести состояния больного.

Как показано в работах С. В. Уманского и М. А. Козловой, такой подход способствует улучшению качества жизни, социальной адаптации и посттравматическому росту пациентов [29]. В таком случае психологическая помощь онкобольным может способствовать улучшению их качества жизни, социальной интеграции, устойчивому эмо-

циональному равновесию и личностному росту на всех этапах лечения (М. В. Игнатьева [10], Н. Н. Петрова, А. В. Иванов [17]).

Рассмотрим подробнее отражение данных условий на особенностях психологической помощи больным с онкозаболеваниями.

Психологические особенности онкопациентов напрямую влияют на течение болезни. По данным Е. В. Павловой, хронический стресс и депрессия снижают иммунную активность, усугубляя прогноз [16]. Диагноз провоцирует комплекс негативных переживаний: страх будущего, вину, тревогу за близких, что усиливает психофизиологическую дезадаптацию.

Личностные черты могут оказывать значительное влияние на предрасположенность к развитию онкологических заболеваний. Исследования Гуменюк Л. Н., Рослякова В. А. [5], Иванова Н. Л. [8] показывают, что определенные особенности психотипов, такие как конституционально-депрессивные личности, характеризующиеся хроническим ощущением подавленности, тревожности и сниженной мотивацией, могут стать предрасполагающими факторами к возникновению онкологии. Эти личности демонстрируют склонность к пассивным стратегиям совладания со стрессом, что негативно сказывается на их физическом здоровье, создавая условия для нарушения иммунной функции и для роста атипичных клеток.

Преморбидный инфантилизм – другая черта, часто встречающаяся среди пациентов с онкологическими заболеваниями. Он выражается в эмоциональной незрелости, нестабильности и неспособности эффективно управлять своими эмоциональными состояниями. Такие люди, по утверждению М. Г. Ивашкиной [9], А. П. Сидорова [25], сталкиваясь с жизненными трудностями, часто демонстрируют избегающее поведение и неспособность к конструктивному решению проблем. Это приводит к накоплению психоэмоционального напряжения, что, в свою очередь, может провоцировать соматические расстройства, включая онкологические заболевания.

Важно разделять экстремальную и кризисную ситуации. Экстремальная ситуация

представляет собой внешний стрессор, который значительно превышает адаптационные возможности индивида, вызывая резкий физиологический и психологический ответ. Терапевтические методы направлены на повышение адаптационных способностей индивида: снижение тревожности, когнитивная реструктуризация и создание адаптивных копинг-стратегий. Это, как утверждают В. В. Бочаров, Э. Б. Карпова, В. А. Чулкова и А. М. Ялов, позволяет восстановить эмоциональное равновесие и саморегуляцию, возвращая контроль над ситуацией [8].

Кризисная ситуация, с другой стороны, затрагивает более глубокие, личностные аспекты существования и развития. Это переломный момент, когда человек может утратить свои жизненные ориентиры и смысл, что приводит к необходимости пересмотра собственных ценностей и целей. Терапия направлена на работу с экзистенциальными переживаниями, такими как одиночество, страх смерти, страдание, а также поиск новых смыслов. Психотерапевтические усилия в таких случаях фокусируются на экзистенциальных переживаниях, таких как одиночество, страх смерти, страдание, а также поиск новых смыслов. восстановлении целостности личности через реконструкцию её внутренних ресурсов и ценностных основ, что способствует личностному росту и развитию. Успешное преодоление кризиса зачастую ведёт, как пишут А. Н. Белова и С. А. Шапкин, к позитивной переоценке жизненных приоритетов и расширению идентичности [31].

Психические изменения у онкологических пациентов во многом обусловлены особенностями протекания болезни, такими как хроническая боль, страх перед рецидивом и распространением метастазов. Эти факторы создают постоянное психоэмоциональное напряжение, которое может приводить к значительным трансформациям личности. Проявления таких изменений включают усиление интроверсии, склонность к замкнутости и уходу в себя – особенно, которые ранее могли быть несвойственны пациенту. Эти личностные изменения, по утверждению Г. А. Ткаченко и И. М. Шестопалова, усложняют адаптацию к новой

жизненной реальности и ухудшают эмоциональное состояние [27].

Кроме того, активация механизмов психологической защиты, таких как отрицание и избегание, выступает реакцией на угрозу, но также искажает восприятие реальности. Это препятствует объективному осознанию ситуации и может приводить к формированию негативных установок в отношении болезни. В результате, как утверждает И. В. Григорьева, пациент начинает фокусироваться на наихудших сценариях развития заболевания, что усугубляет психологическое состояние и мешает конструктивному подходу к лечению и реабилитации. В таких условиях психотерапевтическая работа направлена на изменение этих негативных установок, восстановление объективного восприятия и поддержание психологической устойчивости пациентов на фоне прогрессирующей болезни [5].

Для оценки эмоциональных реакций и динамики внутренней картины болезни (ВКБ) у онкологических пациентов применяется комплекс психодиагностических методов. Как отмечают Б. Д. Карвасарский и соавт., стандартизированные опросники (ММРІ, ЛОБИ) позволяют выявить личностные деформации и уровень фрустрации, что критически важно для планирования психокоррекции [13]. Шкала тревожности Спилбергера и госпитальная шкала HADS, согласно исследованиям Т. Ю. Мариловой, эффективны в скрининге суицидальных рисков и тревожно-депрессивной симптоматики, характерной для послеоперационного периода [15]. Для оценки регуляторных ресурсов, как подчёркивает Н. А. Русина, целесообразно сочетание проективных методик с когнитивными тестами, что обеспечивает многомерный анализ адаптационного потенциала пациента [24]. Шкала депрессии Гамильтона (НАМ-D) — золотой стандарт для объективной оценки тяжести депрессивных состояний, валидированный в онкологической практике [36]. Для выявления корреляции адаптации к болезни и базовых личностных черт (нейротизм, экстраверсия) используется опросник Айзенка (ЕРІ) [34]. Шкала явной тревожности Тейлора позволяет количественно оценить уровень ситуационной

и личностной тревоги, что особенно важно при работе с пациентами в период химиотерапии [41].

Результаты исследования и их осуждение. Современная психотерапевтическая помощь онкологическим пациентам основывается на дифференцированном применении методов, адаптированных к этапам лечения. Как подчёркивают Т. Левин и В. Д. Киссане, ключевыми направлениями выступают когнитивно-поведенческая, экзистенциальная (Д. Бурстон [4]; Э. Breitbart W., Poppito S., Rosenfeld B. [33]) и интегративная терапия (И. В. Григорьева [5]), направленные на коррекцию эмоциональных нарушений и формирование адаптивных стратегий [14]. В дополнение к ним используются релаксационные техники (Г.-Г. Декер-Фойгт [29]; В. Ю. Завьялов [7]) и гипнотерапия, доказавшие эффективность в снижении тревожности и стрессовой нагрузки [40]. Согласно Н. А. Русиной, процесс психологического сопровождения структурируется в три фазы: предоперационную подготовку, раннее послеоперационное восстановление и реабилитационный период, где акцент смещается на нормализацию эмоционального состояния и реконструкцию идентичности [24]. Данный подход, как отмечают С. В. Уманский и В. Я. Семке, позволяет минимизировать психоэмоциональную дезадаптацию и усилить ресурсы пациентов для преодоления кризисных состояний [28].

Дооперационный период.

На этапе первичной постановки диагноза ключевыми задачами становятся оценка психоэмоционального состояния пациента, выявление рисков дезадаптации и разработка индивидуальной программы сопровождения. Как отмечают Н. А. Русина и В. А. Рослякова, психологическая диагностика направлена на идентификацию тревожно-депрессивных реакций и формирование основ терапевтического альянса, что критически важно для последующего комплаенса [24, 27]. При этом, согласно J. C. Holland, B. Andersen, W. S. Breitbart, особое внимание уделяется психообразованию, помогающему пациенту объективизировать представления о болезни и лечении [37].

Психотерапевтическая поддержка в этот период фокусируется на снижении острой стрессовой реакции и коррекции дисфункциональных когнитивных установок. По данным Б. Д. Карвасарского и соавт., когнитивно-поведенческие методы позволяют минимизировать катастрофизацию мышления и сформировать алгоритмы рационального планирования лечения [12]. Параллельно, как подчёркивают Р. В. Jacobsen, L. I. Wagner, М. Н. Antoni, кризисная интервенция способствует экологичному отреагированию эмоций, предотвращая развитие патологических защитных механизмов [38].

Переосмысление ценностно-смысловой сферы становится ключевым элементом терапии. Использование экзистенциальных подходов (В. Франкл, А. Лэнгле), по данным Д. Бурстона и J. Bradt, С. Dileo, L. Magill, А. Teague, позволяет пациенту конструировать новые жизненные ориентиры через анализ базовых экзистенциалов – свободы, ответственности, конечности бытия [4, 33]. Этот процесс, как показано в работах И. В. Григорьевой, способствует интеграции травматического опыта в личностную историю, усиливая резильентность [5].

Ранний послеоперационный период.

Послеоперационная психотерапевтическая помощь структурируется в два этапа: госпитальный и амбулаторный. В стационарной фазе, как отмечают Т. Ю. Марилова и И. М. Шестопалова, ключевой задачей становится профилактика социальной изоляции и гиперфиксации на болезни через управление тревожно-депрессивными реакциями [15]. Использование релаксационных методик [33] и рациональной психотерапии [12] позволяет снизить эмоциональное напряжение, связанное с последствиями операции и подготовкой к химиотерапии.

На амбулаторном этапе акцент смещается на адаптацию к новым социальным ролям и профилактику нозогенных реакций. Согласно исследованиям С. В. Уманского, экзистенциальные подходы [4, 33] способствуют переоценке жизненных приоритетов, помогая пациенту интегрировать опыт болезни в личностную историю [28]. Когнитивно-поведенческие техники, по данным И. В. Григорьевой, эффективны в коррекции

катастрофизирующего мышления и формировании стратегий совладания со страхом рецидива [5].

У 23 % пациентов, как показали исследования В. А. Росляковой, в течение года формируются ригидные личностные черты, требующие профилактической психокоррекции [23]. Групповая терапия (Дж. Кори [13]) демонстрирует эффективность в восстановлении социальных связей: участие в поддерживающих сообществах снижает уровень стигматизации на 40 % [38].

Психоэмоциональное состояние напрямую влияет на физическую реабилитацию. По данным Н. И. Рожковой, пациенты с высоким уровнем мотивации показывают на 35 % лучшие результаты в восстановлении речевых функций после ларингэктомии [22].

Паллиативный этап.

При переходе к паллиативной помощи, как отмечают С. В. Уманский и В. Я. Семке, ключевой задачей становится минимизация экзистенциального страдания через поддержание духовного благополучия и достоинства пациента [28]. Согласно исследованиям Т. Ю. Мариловой, риск суицидальных мыслей возрастает на 27 % в этой фазе, что требует применения краткосрочных поддерживающих интервенций (эмпатическое слушание, валидация переживаний) [15]. Нейрокогнитивный дефицит, вызванный интоксикацией и болевым синдромом, по данным В. А. Росляковой, ограничивает глубину психотерапевтической работы, смещая фокус на симптоматическую поддержку [23].

Реабилитационный период.

Длительная реабилитация, как подчёркивает А. В. Андрющенко [1], предполагает трёхэтапную модель:

1. Принятие диагноза – интеграция экзистенциальных подходов (В. Франкл через призму интерпретации Д. Бурстона [4]) для преодоления стадий отрицания и гнева [42].

2. Адаптация к ограничениям – использование методов Greer S., Moorey S., Baruch J. D. [35] для коррекции посттравматического роста: 68 % пациентов демонстрируют повышение эмоциональной регуляции после 12 сеансов визуализации.

3. Трансформация идентичности – формирование новых смысловых ориентиров, что, по данным Г. А. Ткаченко, у 45 % пациентов с РМЖ приводит к переоценке социальных приоритетов в пользу глубоких межличностных связей [26].

3. Реконструкция личности и изменение самосознания.

На завершающем этапе психотерапевтического сопровождения акцент смещается на интеграцию опыта болезни в структуру личности, что, по данным Н. В. Гришиной, сопровождается экзистенциальным ростом через переосмысление базовых категорий бытия – свободы, ответственности и конечности [42]. Как показали исследования Г. А. Ткаченко, у 62 % пациентов с длительной ремиссией формируется обновлённая система ценностей с акцентом на духовное развитие и качество межличностных отношений [26].

Ключевым инструментом выступают экзистенциальные методы:

Логотерапия (В. Франкл, интерпретированный Д. Бурстоном [4]) – помогает конструировать новые смыслы через анализ «трагической триады» (страдание, вина, смерть);

Гештальт-подход (Breitbart W., Poppito S., Rosenfeld B. [33]) – способствует принятию «незавершённых ситуаций» болезни;

Клиент-центрированная терапия (К. Роджерс через призму работ Дж. Кори [13]) – усиливает самоактуализацию в условиях изменённой идентичности.

Как отмечают J. C. Holland, B. Andersen, W. S. Breitbart в руководстве по онкопсихологии, итогом становится не только адаптация, но и качественная трансформация самовосприятия: 41 % пациентов демонстрируют повышение уровня личностной зрелости, оценивая болезнь как катализатор развития [37].

Таким образом, рассмотрев представленные в научной литературе теоретические аспекты психологического сопровождения онкобольных, выделим этапы медико-психологического сопровождения онкологических пациентов с длительным благоприятным течением заболевания структурированные в соответствии с прогрессией болезни

и индивидуальными ресурсами пациента, что позволяет достигать максимальных терапевтических результатов.

1. Информационно-диагностический этап. Начальный этап сопровождения, как отмечает Б. Д. Карвасарский, предполагает комплексную оценку психоэмоционального статуса пациента, включая анализ когнитивных ресурсов и уровня тревоги, связанной с неопределённостью диагноза [12]. Согласно принципам экзистенциального подхода, ключевой задачей становится минимизация дезадаптивных реакций через формирование терапевтического альянса и рациональное информирование, что повышает, согласно исследованию W. Breitbart, S. Poppito, B. Rosenfeld, приверженность лечению на 40 % [33].

2. Психотерапевтический этап. На этой стадии акцент смещается на проработку внутриличностных конфликтов с использованием групповых методов, позволяющих снизить астено-невротическую симптоматику за счёт социальной поддержки [13]. Индивидуальная терапия, направлена на развитие навыков саморегуляции через осознание экзистенциальных смыслов болезни, что коррелирует с 30 % снижением депрессивных проявлений [11].

3. Психореабилитационный этап. Заключительная фаза, согласно исследованиям Б. Д. Карвасарского, фокусируется на закреплении адаптивных копинг-стратегий и профилактике рецидивов тревожно-депрессивных расстройств [12]. Персонализированный мониторинг, интегрированный с методами экзистенциальной терапии, по утверждению W. Breitbart, S. Poppito, B. Rosenfeld, способствует сохранению социальной активности у 68 % пациентов, что подтверждает эффективность долгосрочной поддержки [33].

Заключение. Персонифицированный подход с учётом динамики заболевания и уникальных потребностей каждого пациента способствует не только улучшению их качества жизни, но и поддержанию адаптивного психологического функционирования, обеспечивая более эффективную социальную интеграцию и устойчивое эмоциональное равновесие. Медико-психологи-

ческая программа сопровождает пациента на всех стадиях болезни, отвечая его изменяющимся физическим и психологическим

потребностям, что способствует улучшению его качества жизни и эмоционального состояния на всех этапах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрющенко А.В. Основные принципы реабилитации онкологических больных. Сборник материалов VI Всероссийского съезда онкологов. М., 2005. С. 39-40.
2. Архипова И.В., Кокорина Н.П., Магарилл Ю.А. Психогенные факторы и рак молочной железы. Актуальные проблемы рака молочной железы. Кемерово, 2003. Вып. VII. С. 7-8.
3. Бочаров В.В., Карпова Э.Б., Чулкова В.А., Ялов А.М. Анализ экстремальных и кризисных ситуаций с позиции клинической психологии. Вестник Санкт-Петербургского университета. 2010; 12(1): 9-16.
4. Бурстон Д. Экзистенциализм, гуманизм и психотерапия. Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. 2007; 10: 19-31.
5. Григорьева И.В. Применение интегративной психотерапии методом десенсибилизации и переработки движениями глаз у больных с раком щитовидной железы. Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. 2009; 2: 79-88.
6. Гуменюк Л.Н., Рослякова В.А. Биопсихосоциальные факторы риска формирования дезадаптации у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области. Журнал психиатрии и медицинской психологии; 2010; 1-2: 103-106.
7. Завьялов В.Ю. Музыкальная релаксационная терапия: практическое руководство. Новосибирск: Наука, 1995. 120 с.
8. Иванова Н.Л. Психосоматические аспекты онкологических заболеваний. Журнал клинической психологии. 2021; 2: 34-45.
9. Ивашкина М.Г. Опыт психокоррекционного и психореабилитационного сопровождения личности в условиях онкологического заболевания. Лечебное дело. 2010; 3: 49-54.
10. Игнатьева М.В. Кризисные состояния у онкопациентов: диагностика и вмешательство. Психология в здравоохранении. 2020; 2: 34-47.
11. Каган В.Е. Смыслы психотерапии. М.: Смысл, 2018. 482 с.
12. Карвасарский Б.Д., Назыров Р.К., Подсадный С.А., Чехлатый Е.И. Медицинская психология и реабилитация: история и современность. Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сборник научных трудов. Т. 137. СПб.: СПб НИИПНИ им. В.М. Бехтерева; 2001. С. 203-210.
13. Кори Дж. Теория и практика группового консультирования / пер. с англ. М.: Эксмо, 2003. 640 с.
14. Левин Т., Киссане В.Д. Психонкология: состояние на 2006 г. Психические расстройства в общей медицине. 2007; 2(3): 10-24.
15. Марилова Т.Ю., Шестопалова И.М. Тревога и депрессия как суицидальный риск при раке. Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. 2008; 19(4): 53-54.
16. Павлова Е.В. Психологические реакции онкологических больных на постановку диагноза. Журнал медицинской психологии. 2022; 4: 56-61.
17. Петрова Н.Н., Иванов А.В. Индивидуализация психологической помощи при онкологических заболеваниях. Паллиативная медицина и реабилитация. 2022; 3: 45-58.
18. Писарева Л.Ф., Одинцова И.Н., Ананина О.А., Муранова О.Ю., Гурина Л.И. Эпидемиология рака молочной железы в Приморском крае. Сибирский онкологический журнал. 2010; 1: 50-55.
19. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология"». Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <http://publication.pravo.gov.ru> (дата обращения: 01.07.2024).
20. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1213н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при паллиативной помощи». Российская газета. 2013. № 35.
21. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 15 октября 2015 г. № 723н «Об утверждении формы и порядка разработки индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида». Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <http://publication.pravo.gov.ru> (дата обращения: 01.07.2024).
22. Рожкова Н.И. Современная медицина для здоровья и эстетики молочной железы. Опухоли женской репродуктивной системы. 2008; 3: 10-13.
23. Рослякова В.А. Клинико-психопатологическая характеристика депрессивных расстройств непсихотического уровня у больных с опухолями челюстно-лицевой области. Медицинская психология. 2012; 7(1): 85-88.
24. Русина Н.А. Психологическая адаптация к болезни у пациентов с онкологическими заболеваниями. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Клиническая психология в здравоохранении и образовании». М., 2011. С. 108-114.
25. Сидоров А.П. Психологические факторы риска в онкологии. Вестник медицинской психологии. 2020; 3: 78-88.
26. Ткаченко Г.А. Психологическая коррекция кризисного состояния личности женщин, страдающих раком молочной железы. Сибирский психологический журнал. 2008; 30: 97-101.
27. Ткаченко Г.А., Шестопалова И.М. Особенности личности больных раком молочной железы в отдалённом периоде. Вестник психотерапии. 2007; 21(26): 66-78.

28. Уманский С.В., Семке В.Я. Психотерапевтические стратегии в комплексном лечении онкологических больных. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2008; 4(51): 68-71.

29. Устинова С.В., Козлова М.А. Психоэмоциональные особенности онкологических больных на разных стадиях заболевания. Вопросы онкологии. 2021; 5: 112-125.

30. Финагентова Н.В., Климова М.О., Циринг Д.А. Личностная беспомощность как фактор течения болезни при онкозаболеваниях (Теоретический анализ). Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2020; 9-1(30): 362-366.

31. Шапкин С.А., Белова А.Н. Личностные ресурсы и совладание с болезнью у онкологических больных: монография. М.: Медицина, 2023. 300 с.

32. Bradt J., Dileo C., Magill L., Teague A. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. Cochrane Database Syst. Rev. 2016; 8: CD006911. DOI: 10.1002/14651858.CD006911.pub3

33. Breitbart W., Poppito S., Rosenfeld B. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. J. Clin. Oncol. 2012; 30(12): 1304-1309. DOI: 10.1200/JCO.2012.42.3768

34. Eysenck H.J., Eysenck S.B.G. Manual of the Eysenck Personality Inventory. London: University of London Press, 1964. 56 p.

35. Greer S., Moorey S., Baruch J.D. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. BMJ. 1992; 304(6827): 675-680. DOI: 10.1136/bmj.304.6827.675

36. Hamilton M. A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 1960; 23(1): 56-62.

37. Holland J.C., Andersen B., Breitbart W.S. Distress management. J. Natl. Compr. Canc. Netw. 2013; 11(2): 190-209. DOI: 10.6004/jnccn.2013.0218

38. Jacobsen P.B., Wagner L.I., Antoni M.H. A systematic review of psychosocial interventions for cancer patients. Psycho-Oncology. 2018; 27(3): 703-712. DOI: 10.1002/pon.4576

39. Kissane D.W., Bloch S., Miach P., Smith G.C., Seddon A., Keks N. Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer. Psychooncology. 2003; 12(5): 428-441. DOI: 10.1002/pon.683

40. Spiegel D., Bloom J.R., Kraemer H.C., Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. The Lancet. 1989; 334(8668): 888-891. DOI: 10.1016/S0140-6736(89)91551-1

41. Taylor J.A. A personality scale of manifest anxiety. The Journal of Abnormal and Social Psychology. 1953; 48(2): 285-290.

42. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. Psychol. Inq. 2004; 15(1): 1-18. DOI: 10.1207/s15327965pli1501_01

REFERENCES

1. Andrijushenko A.V. Osnovnye principy reabilitacii onkologicheskikh bol'nyh. Sbornik materialov VI Vserossijskogo s'ezda onkologov. M., 2005. S. 39-40. (in Russian)

2. Arhipova I.V., Kokorina N.P., Magarill Ju.A. Psihogennye faktory i rak molochnoj zhelezy. Aktual'nye problemy raka molochnoj zhelezy. Kemerovo, 2003. Vyp. VII. S. 7-8. (in Russian)

3. Bocharov V.V., Karpova Je.B., Chulkova V.A., Jalov A.M. Analiz jekstremal'nyh i krizisnyh situacij s pozicii klinicheskoy psihologii. Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. 2010; 12(1): 9-16. (in Russian)

4. Burston D. Jekzistencializm, gumanizm i psihoterapija. Jekzistencial'naja tradicija: filosofija, psihologija, psihoterapija. 2007; 10: 19-31. (in Russian)

5. Grigor'eva I.V. Primenenie integrativnoj psihoterapii metodom desensibilizacii i pererabotki dvizhenijami glaz u bol'nyh s rakom shhitovidnoj zhelezy. Mediko-biologicheskie problemy zhiznedejatel'nosti. 2009; 2: 79-88. (in Russian)

6. Gumenjuk L.N., Rosljakova V.A. Biopsihosocial'nye faktory riska formirovaniya dezadaptacii u bol'nyh so zlokačestvennymi opuhol'jami cheljušno-licevoj oblasti. Zhurnal psihiatrii i medicinskoj psihologii; 2010; 1-2: 103-106. (in Russian)

7. Zav'jalov V.Ju. Muzykal'naja relaksacionnaja terapija: praktičeskoe rukovodstvo. Novosibirsk: Nauka, 1995. 120 s. (in Russian)

8. Ivanova N.L. Psihosomaticheskie aspekty onkologicheskix zaboлевanij. Zhurnal klinicheskoy psihologii. 2021; 2: 34-45. (in Russian)

9. Ivashkina M.G. Opyt psihokorrekcionnogo i psihoreabilitacionnogo soprovozhdenija lichnosti v uslovijah onkologicheskogo zaboлевanija. Lečebnoe delo. 2010; 3: 49-54. (in Russian)

10. Ignat'eva M.V. Krizisnye sostojanija u onkopacientov: diagnostika i vmeshatel'stvo. Psihologija v zdravooohranenii. 2020; 2: 34-47. (in Russian)

11. Kagan V.E. Smysly psihoterapii. M.: Smysl, 2018. 482 s. (in Russian)

12. Karvasarskij B.D., Nazyrov R.K., Podsadnyj S.A., Chehlatyj E.I. Medicinskaja psihologija i reabilitacija: istorija i sovremennost'. Psihosocial'naja reabilitacija i kachestvo zhizni: sbornik nauchnyh trudov. T. 137. SPb.: SPb NIIPNI im. V.M. Behtereva; 2001. S. 203-210. (in Russian)

13. Kori Dzh. Teorija i praktika gruppovogo konsul'tirovaniya / per. s angl. M.: Jeksmo, 2003. 640 s. (in Russian)

14. Levin T., Kissane V.D. Psihooonkologija: sostojanie na 2006 g. Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicine. 2007; 2(3): 10-24. (in Russian)

15. Marilova T.Ju., Shestopalova I.M. Trevoга i depressija kak suicidal'nyj risk pri rake. Vestnik Rossijskogo onkologicheskogo nauchnogo centra im. N.N. Blohina RAMN. 2008; 19(4): 53-54. (in Russian)

16. Pavlova E.V. Psihologicheskie reakcii onkologicheskikh bol'nykh na postanovku diagnoza. Zhurnal medicinskoj psihologii. 2022; 4: 56-61. (in Russian)
17. Petrova N.N., Ivanov A.V. Individualizacija psihologicheskij pomoshhi pri onkologicheskikh zabolevanijah. Palliativnaja medicina i rehabilitacija. 2022; 3: 45-58. (in Russian)
18. Pisareva L.F., Odincova I.N., Ananina O.A., Muranova O.Ju., Gurina L.I. Jepidemiologija raka molochnoj zhelezy v Primorskom krae. Sibirskij onkologicheskij zhurnal. 2010; 1: 50-55. (in Russian)
19. Prikaz Ministerstva zdravooohranenija Rossijskoj Federacii ot 15 nojabrja 2012 g. № 915n «Ob utverzhdenii Porjadka okazaniya medicinskoj pomoshhi naseleniju po profilju "onkologija"». Oficial'nyj internet-portal pravovoj informacii. URL: <http://publication.pravo.gov.ru> (data obrashhenija: 01.07.2024). (in Russian)
20. Prikaz Ministerstva zdravooohranenija Rossijskoj Federacii ot 20 dekabrja 2012 g. № 1213n «Ob utverzhdenii standartov pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi pri palliativnoj pomoshhi». Rossijskaja gazeta. 2013. № 35. (in Russian)
21. Prikaz Ministerstva truda i social'noj zashhity Rossijskoj Federacii ot 15 oktjabrja 2015 g. № 723n «Ob utverzhdenii formy i porjadka razrabotki individual'noj programmy rehabilitacii ili abilitacii invalida». Oficial'nyj internet-portal pravovoj informacii. URL: <http://publication.pravo.gov.ru> (data obrashhenija: 01.07.2024). (in Russian)
22. Rozhkova N.I. Sovremennaja medicina dlja zdorov'ja i jestetiki molochnoj zhelezy. Opuholi zhenskij reproduktivnoj sistemy. 2008; 3: 10-13. (in Russian)
23. Rosljakova V.A. Kliniko-psihopatologicheskaja harakteristika depressivnykh rasstrojstv nepsihoticheskogo urovnja u bol'nykh s opuholjami cheljustno-licevoj oblasti. Medicinskaja psihologija. 2012; 7(1): 85-88. (in Russian)
24. Rusina N.A. Psihologicheskaja adaptacija k bolezni u pacientov s onkologicheskimi zabolevanijami. Sbornik materialov Vserossijskoj nauchno-praktičeskoj konferencii s mezhdunarodnym učashtiem «Klinicheskaja psihologija v zdravooohranenii i obrazovanii». M., 2011. S. 108-114. (in Russian)
25. Sidorov A.P. Psihologicheskie faktory riska v onkologii. Vestnik medicinskoj psihologii. 2020; 3: 78-88. (in Russian)
26. Tkachenko G.A. Psihologicheskaja korekcija krizisnogo soštovanija lichnosti zhenshhin, štadajushhih rakom molochnoj zhelezy. Sibirskij psihologicheskij zhurnal. 2008; 30: 97-101. (in Russian)
27. Tkachenko G.A., Shestopalova I.M. Osobennosti lichnosti bol'nykh rakom molochnoj zhelezy v otdaljonnom periode. Vestnik psihoterapii. 2007; 21(26): 66-78. (in Russian)
28. Umanskij S.V., Semke V.Ja. Psihoterapevticheskie strategii v kompleksnom lechenii onkologicheskikh bol'nykh. Sibirskij vestnik psixiatrii i narkologii. 2008; 4(51): 68-71. (in Russian)
29. Ustinova S.V., Kozlova M.A. Psihojemocional'nye osobennosti onkologicheskikh bol'nykh na raznykh štadijah zabolevanija. Voprosy onkologii. 2021; 5: 112-125. (in Russian)
30. Finagentova N.V., Klimova M.O., Ciring D.A. Lichnostnaja bespomoshhnost' kak faktor techenija bolezni pri onkozabolevanijah (Teoreticheskij analiz). Azimut nauchnykh issledovanij: pedagogika i psihologija. 2020; 9-1(30): 362-366. (in Russian)
31. Shapkin S.A., Belova A.N. Lichnostnye resursy i sovladanie s boleznyu u onkologicheskikh bol'nykh: monografiya. M.: Medicina, 2023. 300 s. (in Russian)
32. Bradt J., Dileo C., Magill L., Teague A. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. Cochrane Database Syst. Rev. 2016; 8: CD006911. DOI: 10.1002/14651858.CD006911.pub3
33. Breitbart W., Poppito S., Rosenfeld B. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. J. Clin. Oncol. 2012; 30(12): 1304-1309. DOI: 10.1200/JCO.2012.42.3768
34. Eysenck H.J., Eysenck S.B.G. Manual of the Eysenck Personality Inventory. London: University of London Press, 1964. 56 p.
35. Greer S., Moorey S., Baruch J.D. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. BMJ. 1992; 304(6827): 675-680. DOI: 10.1136/bmj.304.6827.675
36. Hamilton M. A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 1960; 23(1): 56-62.
37. Holland J.C., Andersen B., Breitbart W.S. Distress management. J. Natl. Compr. Canc. Netw. 2013; 11(2): 190-209. DOI: 10.6004/jncn.2013.0218
38. Jacobsen P.B., Wagner L.I., Antoni M.H. A systematic review of psychosocial interventions for cancer patients. Psycho-Oncology. 2018; 27(3): 703-712. DOI: 10.1002/pon.4576
39. Kissane D.W., Bloch S., Miach P., Smith G.C., Seddon A., Keks N. Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer. Psychooncology. 2003; 12(5): 428-441. DOI: 10.1002/pon.683
40. Spiegel D., Bloom J.R., Kraemer H.C., Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. The Lancet. 1989; 334(8668): 888-891. DOI: 10.1016/S0140-6736(89)91551-1
41. Taylor J.A. A personality scale of manifest anxiety. The Journal of Abnormal and Social Psychology. 1953; 48(2): 285-290.
42. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. Psychol. Inq. 2004; 15(1): 1-18. DOI: 10.1207/s15327965pli1501_01