

Сычева Татьяна Юрьевна

кандидат педагогических наук, доцент кафедры психологии, педагогики и правоведения, Новосибирский государственный университет экономики и управления; доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия, tatsyiaa1@mail.ru

Буравцова Наталия Владимировна

кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии, педагогики и правоведения, Новосибирский государственный университет экономики и управления; доцент кафедры практической и специальной психологии факультета психологии, Новосибирский государственный педагогический университет, Новосибирск, Россия, burawzov@mail.ru

**СПЕЦИФИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ
ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Аннотация. Статья посвящена изучению особенностей проявления основных компонентов психоэмоционального состояния онкологических больных. Выявлено, что наличие онкогинекологического заболевания способствует повышению тревоги до субклинической и клинической степени у более чем половины больных. Являясь базовым компонентом психоэмоционального состояния, тревога определяет повышение показателей депрессии и стресса пациентов. В группе женщин с онкологическим диагнозом диагностированы нормативные показатели самочувствия, активности и настроения, явно не соответствующие реальному положению. Полученные данные могут свидетельствовать о возможной тенденции к анозогнозическому отношению к болезни, отрицанию признаков снижения уровня настроения по причине онкологического заболевания на фоне проходящего лечения и восстановления. У онкогинекологических больных, по сравнению с контрольной группой, выражены копинг-стратегии «Дистанцирование», «Самоконтроль», «Бегство-избегание», «Планирование решения проблем» и «Положительная переоценка». Все показатели качества жизни онкогинекологических больных ниже, чем в группе сравнения. У онкогинекологических больных по шкалам «Психическое здоровье», «Физический» и «Психический компонент здоровья» выявлены низкие показатели, характеризующие снижение их социального функционирования и жизненной активности.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, тревога, депрессия, стресс, ситуационная тревожность, копинг-стратегии, качество жизни, онкогинекологические больные.

Sycheva Tatyana Yuryevna

Candidate of pedagogical sciences, Associate Professor of the Department of Psychology, Pedagogy and Law, Novosibirsk State University of Economics and Management; Associate Professor, Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia, tatysiaa1@mail.ru

Buravtsova Nataliya Vladimirovna

Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor of the Department of Practical and Special Psychology, Novosibirsk State Pedagogical University; Associate Professor of the Department of Psychology, Pedagogy and Law, Novosibirsk State University of Economics and Management, Novosibirsk, Russia, burawzov@sibmail.ru

SPECIFICITY OF THE PSYCHOLOGICAL AND EMOTIONAL STATE OF ONCOGYNECOLOGICAL PATIENTS

Abstract. The article is devoted to the study of the manifestations of the main components of the psycho-emotional state of cancer patients. The presence of gynecological oncological disease contributes to an increase in anxiety to a subclinical and clinical degree in more than half of patients. Being a basic component of the psychoemotional state, anxiety determines an increase in the indicators of depression and stress of patients. In the group of women with an oncological diagnosis, normative indicators of well-being, activity, and mood were diagnosed, which clearly did not correspond to the real situation. The data obtained may indicate a possible tendency to anosognosic attitude to the disease, the denial of signs of a decrease in mood due to cancer, against the background of treatment and recovery. Gynecological and gynecological patients, in comparison with the control group, expressed the coping strategies “Distance”, “Self-control”, “Flight – Escape”, “Planning for solving problems” and “Positive reassessment”. All indicators of the quality of life of gynecological oncological patients are lower than in the comparison group. Gynecological and gynecological patients on the scales “Mental health”, “Physical” and “Mental component of health” revealed low indicators characterizing a decrease in their social functioning and vital activity.

Keywords: psycho-emotional state, anxiety, depression, stress, situational anxiety, coping strategies, quality of life, gynecological patients.

Актуальность исследования. В настоящее время отмечается тенденция роста онкологическими заболеваниями. В мире каждый год фиксируется 12,7 млн новых случаев рака, из них более 1 млн – это болезни женской половой сферы [27]. Злокачественные новообразования указанной локализации все чаще диагностируются у женщин в возрасте до 45 лет. Самым частым заболеванием этой группы является рак шейки матки [16]. Такое широкое распространение онкогинекологии выступает фактором возрастания интереса к таким прикладным исследованиям в психологии, в рамках которых осуществляется диагностика психоэмоционального состояния, психокоррекция и психореабилитация личности, попавшей в сложную жизненную ситуацию [2]. Согласно данным А. Г. Солоповой, четверть онкологических больных деморализованы и каждый пятый находится в депрессии [10]. В свою очередь пациенты, нуждающиеся в психологической помощи, не всегда получают ее.

По мнению многих авторов, в том числе А. А. Кузнецовой, характерной реакцией женщин, страдающих онкогинекологическими заболеваниями, являются тре-



ажные и депрессивные состояния. При этом А. А. Кузнецова подчеркивает, что длительное депрессивное или тревожное состояние, помимо общего снижения жизненного тонуса, может в дальнейшем стать причиной возврата болезни, т. е. возможно развитие психогенной иммунодепрессии [5]. Считается, что для онкологических больных характерен своего рода психологический кризис с повышенной тревогой, ощущением безнадежности, одиночества и пессимистической оценкой будущего [13].

Онкологические заболевания характеризуются специфическими особенностями, среди которых не только реально переживаемое человеком ощущение угрозы жизни, сопутствующее ситуации постановки диагноза, но и затяжной характер такой угрозы, тяжелые операции, длительное, сложное и токсичное постоперационное лечение, часто приводящее к развитию сопутствующих заболеваний. Все названные особенности представляют собой факторы, оказывающие стрессовое влияние на пациентов, что в результате приводит к возникновению негативных психологических последствий онкопатологии [11].

А. А. Кукшина и Д. А. Верещагина отмечают, что трансформации, наблюдающиеся в психоэмоциональной сфере онкологических больных, вполне объяснимы, так как обусловлены такими особенностями заболевания, как болевой синдром, устойчивая угроза возникновения метастаз и рецидивов. В ситуации резко изменившихся жизненных условий личностная структура онкобольных в значительной степени трансформируется, обретая устойчивые черты, не свойственные этой личности ранее [6]. Результаты современных зарубежных эпидемиологических исследований также показали, что расстройства психики у онкологических пациентов развиваются в 70–80 % случаев [24].

Тревогу в качестве одного из ключевых состояний при психосоматических заболеваниях, в том числе и онкологии, выделяют О. А. Бехер, Е. М. Слонимская и др. [1]. Независимо от того, насколько серьезной или незначительной является операция, она имеет тенденцию повышать определенный уровень тревоги у каждого пациента. Госпитализация для хирургического вмешательства может восприниматься как угроза или стресс и может вызывать беспокойство у пациентов. Тревога возникает в предоперационной фазе, поскольку пациенты ожидают неизвестного события с потенциальной болью и изменениями образа тела, а также повышенной зависимостью от семьи и других изменений в жизни. Хотя некоторые пациенты заранее знают, что их будут лечить с помощью операции, они не могут не чувствовать беспокойство, тревогу и нервозность по поводу предстоящего хирургического лечения. Пациенты с диагнозом гинекологический рак часто отвечают желанием сделать все возможное, чтобы удалить рак. Тревога является одной из наиболее частых и распространенных психосоциальных проблем, особенно при гинекологических раковых заболеваниях [21].

В настоящее время рутинные меры при абдоминальной постановке гинекологических злокачественных новообразований включают гистерэктомию и двустороннюю сальпингоофорэктомию (если не требуется сохранение фертильности), промывание брюшины, биопсию брюшины, биопсию сальника или оментэктомию и лимфозэктомию. Перечисленные процедуры приводят к повышению уровня стресса у пациентов вследствие неизвестности диагноза, а также неизвестность об особенностях проведения процедур тоже повышает тревогу [22].

И. Г. Терентьев и соавторы отмечают, что почти половина пациенток с установленным онкологическим диагнозом имеют признаки анозогнозии в отношении к онкологической патологии. Причем более адекватное осознание встречается при 4-й стадии рака, а наибольшая анозогнозия – при 1–2-й стадиях [12].

Д. Е. Мильчаков отмечает, что значимым является психоэмоциональное состояние пациента не только в ходе лечения, но и в момент после самого факта постановки онкологического диагноза. Он обращает внимание на то, что подтвержденный диагноз «рак», является значительным стрессовым фактором для пациента [7].

Н. В. Тарабрина отмечает, что большей психологической травматичностью отличаются рак молочной железы и органов малого таза у женщин, поскольку это, помимо страха перед болезнью и возникновения угрозы жизни, влечет необходимость подвергнуться калечащей операции, на фоне чего возникает страх потери женственности. Впоследствии такие психотравмирующие факторы могут приводить к развитию посттравматического стресса (ПТСР). Так, у 65 % женщин после операции по поводу онкологии женских репродуктивных органов отмечалось наличие признаков ПТСР [12].

И. Н. Симаева, И. Г. Ецина указывают, что вместе с ростом заболеваемости онкологическими опухолями (в частности раком молочной железы), увеличивается продолжительность жизни пациентов, которые перенесли радикальное лечение [9]. При этом до сих пор удаление опухоли в большинстве случаев достигается калечащей операцией и применением других методов лечения агрессивных для организма, что в свою очередь приводит к функциональным нарушениям, а также и к эмоциональным расстройствам, препятствующим и тормозящим адаптацию.

А. Г. Коровников и М. Н. Сандыбаев в исследовании психоэмоционального состояния онкологических больных отмечают, что объемные оперативные вмешательства, приводящие к значительным косметическим дефектам, вызывают выраженные эмоциональные реакции. И в дальнейшем отсутствие психологической поддержки со стороны семьи приводит к изоляции, возникновению депрессивных тенденций и суицидальных мыслей, намерений, действий. В подавляющем большинстве случаев пациенты сообщают близким о намерении совершить самоубийство как уход из ситуации, когда других вариантов для себя не видят [4]. В связи с этим необходима профилактика суицидального поведения у пациентов с онкологическими заболеваниями на всех стадиях, которая будет направлена на стабилизацию психического состояния, формирование адекватных эмоциональных методов защиты.

Существенное влияние на психоэмоциональное состояние онкологических пациентов оказывает химиотерапия. Так, А. В. Мысливцева и В. Г. Заика получили данные, подтверждающие наличие депрессивной симптоматики, непрерывного беспокойства, тревоги и страха у 90 % пациентов с онкозаболеваниями. Причем из-за выраженных побочных действий химиотерапии такие состояния ухудшаются. У больных отмечается состояние пониженного жизненного тонуса, отсутствие желания жить (вплоть до возникновения суицидальных тенденций) [8].

По результатам исследования Н. В. Финагентовой, актуальное психическое состояние онкологических пациентов характеризуется тревожным напряжением в сочетании с стойким понижением активности. Это влечет за собой снижение контроля за протеканием заболевания, наличие рецидивов и неопределенность дальнейших прогнозов. При стойком негативном развитии болезни диагностируется преимущественно угнетенное психоэмоциональное состояние, которое проявляется как ощущение безысходности и безнадежности [13].

Зарубежные исследования показывают, что эмоциональные реакции недавно диагностированных онкогинекологических больных являются серьезными. Распространены сообщения о клинически значимых симптомах депрессии и тревоги, по крайней мере 20 % пациентов настолько расстроены, что заслуживают психи-



атрического диагноза, такого как серьезное депрессивное расстройство. В то время как заболеваемость большой депрессией среди населения в целом составляет 5–6 %. Эти эмоциональные реакции могут быть связаны с опустошением диагноза рака, но другие исследования показывают, что люди значительно обеспокоены задолго до того, как узнали диагноз [3; 17]. Исследования выживших после рака яичников в течение первых нескольких лет после постановки диагноза часто описывают повышенный дистресс, депрессию, беспокойство и сексуальные проблемы в этой группе населения [19]. Обычно сексуальные расстройства после онкогинекологических заболеваний и последствий лечения часто рассматриваются как отдельная область, они могут играть важную роль в сексуальной идентичности женщины и ее личных отношениях и, таким образом, представляют собой неотъемлемый компонент психологической адаптации и качества жизни [18].

В последнее время в различных исследованиях было получено много данных о самой высокой распространенности у онкологических больных, так называемых неадаптивных или реактивных состояний – как специфический ответ на серьезное заболевание. В связи с этим **целью** нашего исследования стало выявление психоземotionalных особенностей онкогинекологических пациенток в сравнении с женщинами, не имеющими такой патологии.

Выборку исследования составили пациентки 1-го онкологического отделения Городской клинической больницы № 1 (ГБУЗ ГКБ № 1) г. Новосибирска. В основную группу вошли 25 женщин в возрасте от 29 до 60 лет с раком эндометрии, яичников, шейки матки и онкологическими заболеваниями наружных женских половых органов. Часть пациенток находились на начальных стадиях диагностики заболевания, другие ожидали хирургического вмешательства или находились на реабилитации после хирургического вмешательства. В группу сравнения вошли пациентки гинекологического отделения – 25 женщин в возрасте от 29 до 63 лет, не имеющие онкологической патологии.

Методы и результаты исследования. В исследовании были использованы следующие диагностические методики:

- 1) госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (A.S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983);
- 2) методика оценки тревожности Ч. Д. Спилбергера и Ю. Л. Ханина;
- 3) методика «Самочувствие, активность, настроение (САН)» (В. А. Доскин, Н. А. Лаврентьева, В. Б. Шарай, М. П. Мирошников, 1973);
- 4) методика экспресс-диагностики состояния стресса (ДСС);
- 5) опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса;
- 6) опросник качества жизни SF-36.

По результатам исследования были получены следующие данные. При изучении выраженности тревоги и депрессии с помощью госпитальной шкалы было установлено, что субклиническая тревога и депрессия проявляются у пациенток онкогинекологического отделения в большей мере, чем в группе сравнения. Клинически выраженная тревога встречается только у испытуемых экспериментальной группы (табл. 1).

**Степень выраженности тревоги у пациенток онкогинекологического отделения
и группы сравнения**

Выраженность тревоги	Экспериментальная группа	Группа сравнения	Уровень значимости
Норма	48 %	72 %	$p \leq 0,01$
Субклинически выраженная	30 %	27 %	$p \geq 0,05$
Клинически выраженная	22 %	0 %	$p \leq 0,01$

По данным табл. 1 можно сделать вывод, что больше половины женщин (52 %), перенесших операцию по поводу онкогинекологического заболевания, испытывают субклиническую и клиническую тревогу, вызванную самим диагнозом, нахождением в стационаре, дальнейшим лечением и неизвестностью перед будущим, т. е. характерной тенденцией для онкологической симптоматики.

Депрессивные проявления также встречаются чаще у пациенток онкогинекологического отделения в сравнении с контрольной группой. Так, 30 % женщин с онкологическим диагнозом имеют признаки депрессии, в свою очередь лишь у 10 % испытуемых из контрольной группы выявлены признаки наличия депрессии (табл. 2).

Таблица 2

**Выраженность депрессии у пациенток онкогинекологического отделения
и группы сравнения**

Выраженность депрессии	Экспериментальная группа	Группа сравнения	Уровень значимости
Норма	70 %	90 %	$p \leq 0,05$
Субклинически выраженная	26 %	10 %	$p \leq 0,05$
Клинически выраженная	4 %	0 %	$p \geq 0,05$

Клинически и субклинически выраженная депрессия у пациенток онкогинекологического отделения может проявляться от неизвестности перед будущим, болезненных ощущений после операции, потери чувства женственности и страха за свою жизнь.

Результаты диагностики «Самочувствия, активности, настроения (САН)» не выявили значимых различий (по *U*-критерию Манна – Уитни) у испытуемых экспериментальной и контрольной групп (табл. 3).

Таблица 3

**Средние значения показателей (со стандартным отклонением) самочувствия, активности,
настроения у болеющих женщин и условно здоровых**

Показатели	Экспериментальная группа	Группа сравнения	Уровень значимости
Самочувствие	4,9 ± 1,1	5,2 ± 1,1	$p \geq 0,05$
Активность	4,4 ± 1,1	4,9 ± 0,8	$p \geq 0,05$
Настроение	5,6 ± 0,9	5,4 ± 1,0	$p \geq 0,05$

Полученные данные могут свидетельствовать о возможной тенденции к анозогностическому отношению к болезни, оптимистическому настроению, отрицанию



признаков снижения уровня настроения по причине онкологического заболевания, при этом самочувствие и активность объективно снижены после операции и на фоне проходящего лечения и восстановления. Оценка настроения в группе женщин с онкологическим заболеванием несколько выше, чем у женщин группы сравнения, что может указывать на оптимистичный настрой при общем слабом самочувствии.

В результате исследования состояния стресса получены показатели состояния стресса в основной группе ($8,08 \pm 0,76$), что выше нормы, и указывают на высокий уровень стресса, в то время как в группе сравнения эти показатели находятся на среднем уровне ($4,74 \pm 2,18$). При этом различия в показателях стресса являются значимыми (при $p \leq 0,001$). Полагаем, что это непосредственно связано с наличием заболевания. Психологический стресс может в целом неблагоприятно сказаться на течении заболевания, например, из-за стресса в связи с осознанием диагноза в организме может снижаться иммунный ответ, а также может наступить снижение устойчивости к опухолевому росту. Однако это происходит больше не из-за самой стрессовой ситуации, а из-за реакции человека на нее [10]. Стресс может не только повлиять на возникновение заболевания, но и на его течение, поэтому важно проводить работу, направленную на снижение стресса с самого начала постановки диагноза.

При исследовании тревожности выявлены показатели по шкале «ситуативная тревожность» высокие в основной группе ($49,44 \pm 9,81$) и умеренные в группе сравнения ($33,8 \pm 9,61$). По шкале «личностная тревожность» умеренные средние значения в основной и контрольной группах ($42,92 \pm 10,01$ и $34,68 \pm 9,45$) соответственно. Были обнаружены значимые различия (по U -критерию Манна – Уитни) в уровне ситуативной (при $p \leq 0,01$) и личностной тревожности (при $p \leq 0,05$) в группе онкогинекологических пациенток и группе сравнения.

Тревога является одной из наиболее частых и распространенных психосоциальных проблем, особенно при онкогинекологических заболеваниях [23]. Полученные нами данные доказывают важность ее изучения.

В результате исследования копинг-стратегий у испытуемых обеих групп были получены следующие данные (рис. 1).

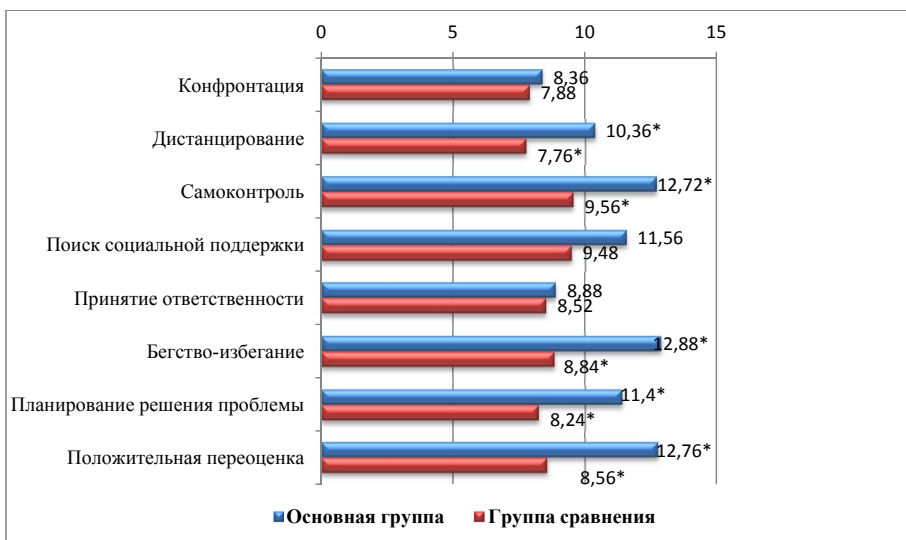


Рис. 1. Копинг-стратегии испытуемых основной группы и группы сравнения

Примечание: * – значимость различий показателя при $p \leq 0,01$

У онкогинекологических больных средние показатели по некоторым копинг-стратегиям выше нормативных: «Самоконтроль», «Бегство-избегание», «Положительная переоценка». Полагаем, что для больных онкологической диагностикой может быть психотравмирующим, в результате чего они прибегают к подобным стратегиям разрешения проблемной ситуации. Высокие показатели по шкале «Бегство-избегание» могут отрицательно сказаться на процессе лечения из-за недостаточной включенности больного в реальную ситуацию. По шкале самоконтроля высокие показатели, что также может сказаться на психологическом состоянии пациента из-за трудностей выражения переживаний, попыток сильного контроля и, как следствие, повышения показателей тревоги и стресса.

У испытуемых основной группы, по сравнению с контрольной группой, значимо выше выражены копинг-стратегии «Дистанцирование», «Самоконтроль», «Бегство-избегание», «Планирование решения проблем» и «Положительная переоценка».

В одном из последних исследований показано, что женщины, которые испытывают психологический стресс и при этом не получают эмоциональной поддержки, значительно более склонны к развитию онкогинекологической патологии, чем те, которые также испытывают стрессы в своей жизни, но имеют хорошую эмоциональную поддержку [25].

Результаты исследования качества жизни респонденток представлены на рис. 2.



Рис. 2. Показатели оценки качества жизни испытуемыми основной и контрольной группы

Примечание: * – значимость различий показателя при $p \leq 0,01$;

** – значимость различий показателя при $p \leq 0,05$

При статистическом анализе данных достоверные различия между группами были обнаружены по всем шкалам методики – все показатели качества жизни снижены у испытуемых основной группы по сравнению с контрольной. При этом у онкогинекологических больных по шкалам «Психическое здоровье», «Физический» и «Психический компонент здоровья» низкие показатели. Полагаем, что у больных онкогинекологическими заболеваниями снижено социальное функционирование, жизненная активность, и эти трудности могут быть обусловлены особенностями заболевания и их лечения.

О необходимости психолого-психиатрической поддержки онкопациентам пишут многие зарубежные исследователи. Данные рандомизированных исследований показывают, что психологически эффективные вмешательства могут привести к выживанию и улучшению качества жизни у пациентов с раком [26; 28].

Исследования показывают тенденцию к уменьшению стресса у онкогинекологических пациентов между хирургическим вмешательством и шестимесячным наблюдением в связи с проведенной психологической работой, как утверждают сами пациенты [14; 20]. Так, например, лечение дистресса с помощью психологических вмешательств улучшает психологическое состояние у пациентов с раком молочной железы [21]. Психологическая помощь должна быть направлена на укрепление навыков самоконтроля пациентов для решения актуальных и будущих проблем. Пациенты должны учиться уделять первоочередное внимание наиболее важным для них проблемам, которые в принципе могут быть решены; анализировать проблему и создавать альтернативные решения; выбирать методы решения и использовать их; оценить результаты и подготовиться к будущему. Это помогает пациентам с онкологией справиться с проблемами, с которыми они сталкиваются в процессе лечения [15].

Выводы. Наличие онкогинекологического заболевания способствует повышению тревоги до субклинической и клинической степени у более чем половины больных. Являясь базовым компонентом психоэмоционального состояния, тревога определяет повышение показателей депрессии и стресса пациентов. В группе женщин с онкологическим диагнозом диагностированы нормативные показатели самочувствия, активности и настроения, явно не соответствующие реальному положению. Полученные данные могут свидетельствовать о возможной тенденции к анозогнозическому отношению к болезни, отрицанию признаков снижения уровня настроения по причине онкологического заболевания на фоне проходящего лечения и восстановления.

У онкогинекологических больных значимо выше выражены копинг-стратегии «Дистанцирование», «Самоконтроль», «Бегство-избегание», «Планирование решения проблем» и «Положительная переоценка» по сравнению с контрольной группой.

Все показатели качества жизни онкогинекологических больных ниже, чем в группе сравнения. У онкогинекологических больных по шкалам «Психическое здоровье», «Физический» и «Психический компонент здоровья» выявлены низкие показатели, характеризующие снижение их социального функционирования и жизненной активности.

Результаты исследования могут стать основой для разработки реабилитационных и психокоррекционных программ для онкогинекологических больных.

Список литературы

1. Бехер О. А., Слонимская Е. М., Куприянова И. Е. Уровень тревоги у женщин, страдающих раком молочной железы // Сибирский онкологический журнал. 2008. № 2. С. 26–27.
2. Вагайцева М. В., Чулкова В. А., Карпова Э. Б., Леоненкова С. А. Психологические исследования в онкологии // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. 2015. № 3. С. 28–35.
3. Залуцкий И. В., Махнач Л. М. Проблема копинг-поведения в работах отечественных и зарубежных исследователей // Онкологический журнал. 2013. № 3. С. 81–87.
4. Коровников А. Г., Сандыбаев М. Н. Факторы риска и основы профилактики суицидального поведения онкологических пациентов // Российский онкологический журнал. 2015. № 4. С. 28–29.



5. Кузнецова А. А. Психодиагностика эмоционально-аффективных расстройств у женщин с онкологической патологией // Известия РГПУ им. А. И. Герцена. 2008. № 49. С. 315–319.
6. Кукишина А. А., Верещагина Д. А. Особенности психоэмоциональных состояний и психотерапевтические подходы в реабилитации онкологических больных // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2013. № 5. С. 28–34.
7. Мильчаков Д. Е. Диагноз и психоэмоциональное состояние у онкологических больных // Вятский медицинский вестник. 2012. № 1. С. 35–39.
8. Мысливцева А. В., Заика В. Г. Влияние химиотерапии на эмоциональное состояние больных с онкологической патологией // Журнал фундаментальной медицины и биологии. 2014. № 3. С. 37–40.
9. Симаева И. Н., Ецина И. Г. Особенности психологической поддержки женщин, перенесших операцию по поводу рака молочной железы, в условиях малого города // Вестник Балтийского университета им. И. Канта. 2010. № 5. С. 34–38.
10. Солопова А. Г., Идрисова Л. Э., Макацария А. Д., Чуканова Е. М. Психосоматика и психотерапия как ключ к эффективной реабилитации онкогинекологических больных // Акушерство, гинекология и репродукция. 2017. № 1. С. 65–73.
11. Сычева Т. Ю. Динамика переживания стресса в ходе психологической коррекции больных раком молочной железы // Антология российской психотерапии и психологии: материалы научно-практических конгрессов Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги и Национальной саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов». М., 2019. С. 168–169.
12. Тарабарина Н. В. Посттравматическое стрессовое расстройство // Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психическая травматизация и ее последствия. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2014. С. 86–126.
13. Финагентова Н. В. Психологические ресурсы в профилактике рецидивов при онкологических заболеваниях: дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2010. 294 с.
14. Arnaboldi P., Santoro L., Mazzocco K., Oliveri S., Maggioni A., Pravettoni G. The paradox of pelvic exenteration: the interaction of clinical and psychological variables // Int J Gynecol Cancer. 2015. 25(8). P. 1534–1540.
15. Bower P., Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review // Br J Psychiatry. 2005. Vol. 186, iss. 1. P. 11–17.
16. Ferlay J., Shin H. R., Bray F. Globocan 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base № 10. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
17. Fowler J. M., Carpenter K. M., Gupta P., Golden-Kreutz D. M., Andersen B. L. The gynecologic oncology consult: symptom presentation and concurrent symptoms of depression and anxiety // Obstet Gynecol. 2004. 103(6). P. 1211–1217.
18. Levin A. O., Carpenter K. M., Fowler J. M., Brothers B. M., Andersen B. L., Maxwell G. L. Sexual morbidity associated with poorer psychological adjustment among gynecological cancer survivors // Int J Gynecol Cancer. 2010. 20(3). P. 461–470.
19. Lutgendorf S. K., Shinn E., Carter J., Leighton S., Baggerly K., Guindani M., Fellman B., Matzo M., Slavich G. M., Goodman M. T., Tew W., Lester J., Moore K. M., Karlan B. Y., Levine D. A., Sood A. K. Quality of life among long-term survivors of advanced stage ovarian cancer: A cross-sectional approach // Gynecol Oncol. 2017. 146(1). P. 101–108.
20. Manne S., Rini C., Rubin S., Rosenblum N., Bergman C., Edelson M., Hernandez E., Carlson J., Rocereto T. Long-term trajectories of psychological adaptation among women diagnosed with gynecological cancers // Psychosom Med. 2008. 70(6). P. 677–687.
21. Maunsell E., Brisson J., Deschenes L., Frasure-Smith N. Randomized trial of a psychologic distress screening program after breast cancer: effects on quality of life // J. Clin Oncol. 2000. 14. P. 2747–2755.
22. Montavon C., Mirza U., Fedier A., Schoetzau A., Zanetti Dällenbach R., Heinzelmann-Schwarz V. Diaphragmatic smears are not of additional benefit in the detection of peritoneal spread in gynecological cancers // Exp Ther Med. 2018. 15(5). P. 4199–4204.



23. *Pinar G., Kurt A., Gungor T.* The efficacy of preoperative instruction in reducing anxiety following gynecological surgery: a case control study // *World J Surg Oncol.* 2011. Vol. 9, no. 38. DOI: <https://doi.org/10.1186/1477-7819-9-38>.
24. *Pirl W. F.* Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients // *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* 2014. N 32. P. 32–39.
25. *Price M. A., Tennant C. C., Butow P. N., Smith R. C., Kennedy S. J., Kossoff M. B., Dunn S. M.* The role of psychosocial factors in the development of breast carcinoma: part II. Life event stressors, social support, defense style, and emotional control and their interactions // *Cancer.* 2001. N 91. P. 686–697.
26. *Renzi C., Perinel G., Arnaboldi P., Gandini S., Vadilonga V., Rotmensz N., Tagini A., Didier F., Pravettoni G.* Memories of paternal relations are associated with coping and defense mechanisms in breast cancer patients: an observational study // *BMC Psychol.* 2017. Vol. 5, no. 37. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-017-0206-z>.
27. *Siegel R., Naishadham D., Jemal A.* Cancer Statistics, 2012 // *Ca: Cancer J Clin.* 2014. Vol. 62. P. 10–29.
28. *Spiegel D.* Mind matters in cancer survival // *Psychooncology.* 2012. 21(6). P. 588–593.

Дата поступления 30.01.2020