



© Коллектив авторов, 2018
УДК [618.1-006.6:612.821]-036.865

**В. А. Чулкова¹⁻³, Е. В. Пестерева^{1, 3, 4*}, Т. Ю. Семиглазова^{1, 2}, Е. Г. Ульрих^{1, 2},
О. А. Пестерева⁵**

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н. Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

³ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

⁴ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

⁵ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова», Москва, Россия

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Резюме

Введение. Психологическая помощь, являясь сутью психологической реабилитации в онкологии, основывается на работе с переживаниями больных, вызванными заболеванием раком. Специфичность переживаний пациентов определяется локализацией опухоли и тем, какое значение придает пациент больной части тела. Гинекологический рак затрагивает важные для женщины сферы, связанные с женственностью, материнством, влияющие на ее сексуальную жизнь и на семейные отношения. **Цель** — психологическое исследование переживаний онкогинекологических больных, специфику которых необходимо учитывать в процессе психологической реабилитации.

Материал и методы. Обследована 41 больная в возрасте от 19 до 45 лет с онкогинекологическими заболеваниями на различных этапах лечения. Данные клинико-психологической беседы дополнялись результатами психодиагностических тестов — ТОБОЛ, Гиссенский опросник соматических жалоб, EQRTCQLQ — C30.

Результаты исследования. Для онкогинекологических пациенток не характерен длительный период отрицания злокачественного характера заболевания. На фоне эргопатического реагирования на заболевание в структуре отношения к болезни у больных на этапе «до операции» доминировал тревожный компонент, у больных «после операции» — дисфорический компонент. Выявлена высокая интенсивность жалоб пациенток по поводу здоровья, в том числе неспецифических, свидетельствующих о психосоматической составляющей страдания больной. Качество жизни больных взаимосвязано с их представлением о видах лечения, их опасности. Показано, что заболевание раком является психологическим кризисом не только для самой онкогинекологической пациентки, но и для других членов ее семьи, особенно ее мужа.

Выводы. Психологическая помощь онкогинекологическим больным в процессе психологической реабилитации должна основываться на учете их глубинных переживаний, которые определяются самоотношением женщин и принятием себя и которые могут больными не осознаваться, но влиять на их отношение к болезни и лечению и, тем самым, определять их качество жизни. Психологическая помощь, направленная на выстраивание новых взаимоотношений, адекватных ситуации заболевания, необходима всей семье больной.

Ключевые слова: онкогинекологические больные, психологическая реабилитация, психологическая помощь, переживание

Чулкова В. А., Пестерева Е. В., Семиглазова Т. Ю., Ульрих Е. Г., Пестерева О. А. Оценка психологического статуса онкогинекологических больных в процессе психологической реабилитации. Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 2018; 25 (1): 62–67. DOI: 10.24884/1607-4181-2018-25-1-62-67.

* **Автор для связи:** Елена Викторовна Пестерева, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н. Н. Петрова» Минздрава России, п. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68, Санкт-Петербург, Россия, 197758. E-mail: vi-lena1@mail.ru.

© Composite authors, 2018
UDC [618.1-006.6:612.821]-036.865

V. A. Chulkova¹⁻³, E. V. Pestereva^{1, 3, 4*}, T. Y. Semiglazova^{1, 2}, E. G. Ulrich^{1, 2}, O. A. Pestereva⁵

¹ Federal State Budgetary Institution «National Medical Research Center of Oncology named after N. N. Petrov» Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, Russia

² Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov», St. Petersburg, Russia

³ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Saint-Petersburg State University», St. Petersburg, Russia

⁴ Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «St. Petersburg State Pediatric Medical University» Ministry of Health of the Russian, St. Petersburg, Russia

⁵ Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «Moscow State University M. V. Lomonosov», Moscow, Russia

ASSESSMENT OF THE PSYCHOLOGICAL STATUS OF PATIENTS WITH GYNECOLOGICAL CANCER IN THE PROCESS OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION

Abstract

Introduction. Psychological care as the essence of psychological rehabilitation in oncology is based on the working with the experiences of patients caused by cancer. The specificity of the patient's experience is determined by the localization of the tumor and the importance attached to the patient's diseased part of the body. Gynecological cancer affects important areas for women related to femininity, motherhood, affecting her sexual life and family relations. **The objective** is the psychological study of the experiences of oncogynecological patients, the specificity of which must be taken into account in the process of psychological rehabilitation.

Material and methods. 41 patients aged from 19 to 45 years with oncogynecological diseases at different stages of treatment were examined. The data of the clinical and psychological interviews were supplemented by the results of psychodiagnostic tests -TOBOL, Hissen questionnaire of somatic complaints, EQRTCQLQ-C30.

Results. Long period of denial of the malignant disease is not characteristic for oncogynecological patients. Disturbing component in patients at the stage of «before operation» and dysphoric component in patients at the stage of «after surgery» were dominated on the background of ergopathic reactions to the disease in the structure of attitude to the disease. The high intensity of complaints of female patients about their health, including non-specific, indicating the psychosomatic component of the patient's suffering was revealed. The life quality of patients is interconnected with their idea of the types of treatment, their dangers. It is shown that cancer is a psychological crisis not only for the oncogynecological patient, but also for other members of her family, especially her husband.

Conclusions. Psychological care for oncogynecological patients in the process of psychological rehabilitation should be based on the account of their deep experiences, which are determined by the self-relationship of women and the adoption of themselves and that patients are not aware, but affect their attitude to the disease and treatment and, thereby, determine their life quality. Psychological care aimed to building new relationships, which are adequate to the situation of the disease, is necessary for the whole family of the patient.

Keywords: oncogynecological patients, psychological rehabilitation, psychological care, experience

Chulkova V. A., Pestereva E. V., Semiglazova T. Y., Ulrich E. G., Pestereva O. A. Assessment of the psychological status of patients with gynecological cancer in the process of psychological rehabilitation. The Scientific Notes of IPP-SPSMU. 2018;25(1):62–67. (In Russ.). DOI: 10.24884/1607-4181-2018-25-1-62-67.

* **Corresponding author:** Elena V. Pestereva, Federal State Budgetary Institution «National Medical Research Center of Oncology named after N. N. Petrov» MOH Russia, Pesochnyi, Leningradskaya street, 68, Saint-Petersburg, Russia, 197758. E-mail: vi-lena1@mail.ru.

ВВЕДЕНИЕ

Во всем мире увеличивается заболеваемость населения раком различных локализаций. При этом наблюдается тенденция роста числа онкологических пациентов с первично установленным диагнозом в более молодом возрасте, чем это было раньше. Это явление характерно и для заболеваний женщин, страдающих онкопатологией репродуктивной сферы. По данным Популяционного ракового регистра, в Санкт-Петербурге с 1990 г. по 2016 г. число женщин с установленным диагнозом «Рак молочной железы» (РМЖ) и гинекологическим раком возросло почти в 1,5 раза [1].

Онкологические больные нуждаются не только в своевременном и адекватном лечении заболевания, но и в реабилитации, направленной на восстановление их способности жить в условиях заболевания и после него [2]. Смыслом реабилитации онкологических пациентов является повышение качества жизни больных, которое резко снижается вследствие как самого заболевания, так и трудного, нередко калечащего лечения. Психологическая реабилитация онкологического пациента, с одной стороны, составляет ее часть, а с другой — пронизывает все виды лечебных и реабилитационных мероприятий.

Психологическая реабилитация в онкологии состоит в психологической помощи больному в адаптации его к ситуации заболевания [2]. Направленность психологической помощи обусловлена переживанием онкологическим больным ситуации заболевания: именно переживание опреде-

ляет состояние пациента, его реакции на болезнь и лечение.

Сверхсильные и мучительные переживания больных раком «заданы» экстремальным и кризисным характером ситуации онкологического заболевания [3] и несут в себе угрозу психической травматизации личности, следствием которой являются различные виды дезадаптации. На переживания больных в ситуации заболевания оказывают влияние их личностные особенности, этап и вид лечения, а также возраст и другие социально-психологические параметры [4].

Специфическими для пациентов переживаниями являются локализация опухоли и то, какое значение придает пациент больной части тела. Так, ведущие онкологические патологии среди женского населения — рак молочной железы и гинекологический рак — затрагивают важные для женщины сферы, связанные с женственностью, красотой, влияющие на сексуальную жизнь и, вследствие этого, на семейные отношения. Вместе с тем переживания у этих групп пациенток различны: если грудь является символом женственности, который представлен во внешнем образе, то гинекологические органы находятся внутри тела, они скрыты, но именно они обозначают символ деторождения. Для многих женщин гинекологические заболевания связаны с переживанием утраты возможности иметь детей, так как до заболевания некоторые из них в силу различных причин (социальных, материальных, профессиональных и др.) не решались родить ребенка, но сам факт возможности забере-

менять у них был. И даже если женщины находятся не в фертильном возрасте, утрата гинекологических органов нередко воспринимается ими как «кастрация». К этому следует добавить, что гинекологические органы относятся к интимной зоне тела женщины и все, что касается этой зоны, вызывает у нее множество различных чувств. Медицинские вмешательства в эту, особо психологически чувствительную, зону тела нарушают интимность и воспринимаются пациентками очень лично.

Проведенное в 2013 г. в НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова (НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова) сравнительное клиничко-психологическое исследование пациенток с раком молочной железы (30 человек) и онкогинекологическим раком (30 человек), проходивших курс радикального лечения (операция, химиолучевая терапия), показало различия в отношении женщин к информированию окружающих о своем заболевании. Если 48 % больных раком молочной железы считали, что их «болезнь не уникальна, заболеть может каждая», и выражали готовность делиться своим опытом проживания ситуации лечения, то онкогинекологические больные такого мнения не придерживались. Онкогинекологические пациентки в 43 % случаях отметили, что им «стыдно сообщать другим о своем диагнозе», что указывает на наличие глубинных переживаний, которые порой не осознаются женщинами, но оказывают влияние на их отношение к болезни и лечению [5].

Следует заметить, что психологические особенности онкогинекологических пациенток значительно реже, в сравнении с больными раком молочной железы, были предметом исследований как у отечественных, так и зарубежных ученых. В этой связи психологическое исследование переживаний, специфичных для пациенток с онкогинекологической патологией, представляется особенно актуальным.

Цель работы — психологическое исследование переживаний онкогинекологических больных, специфику которых необходимо учитывать в процессе психологической реабилитации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова на онкогинекологическом отделении. Была обследована 41 пациентка в возрасте от 19 до 45 лет с диагнозами «Рак шейки матки», «Рак тела матки», «Рак яичников» на различных этапах лечения. При этом из всех обследованных больных у 34,1 % выявлена I стадия, у 34,1 % — II стадия, у 31,8 % — III стадия заболевания. Больные проходили различные виды лечения, но все они были или на этапе «до операции» (1–5 дней до предстоящего хирургического вмешательства) — 15 пациенток, или на этапе «после операции» (до 1 месяца после хирургического вмешательства) —

26 пациенток. Большинство обследованных больных имели высшее и незаконченное высшее образование (60,9 %), работали (82,9 %), состояли в браке (68,3 %) и имели детей (75,6 %).

С помощью клиничко-психологической беседы изучалась содержательная сторона переживаний пациенток. Полученные данные дополнялись результатами психодиагностических тестов и методик, направленных на выявление особенностей реагирования больных на заболевание (ТОБОЛ), изучение характера и интенсивности соматических жалоб, связанных с состоянием здоровья (Гиссенский опросник соматических жалоб), оценку качества жизни (EQRTCQLQ — C30) [6]. Статистическая обработка данных проводилась с использованием IBM SPSS «Statistics 24».

Предварительный анализ показателей шкал опросника EORTC QLQ-C30 пациенток не выявил статистически достоверных различий отдельных показателей качества жизни в зависимости от локализации опухолевого процесса (рак шейки матки, рак тела матки и рак яичников). Отсутствие различий показателей качества жизни в зависимости от конкретного диагноза позволило в дальнейшем проводить анализ данных у пациенток с онкогинекологическими заболеваниями, не разделяя их на диагностические категории.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

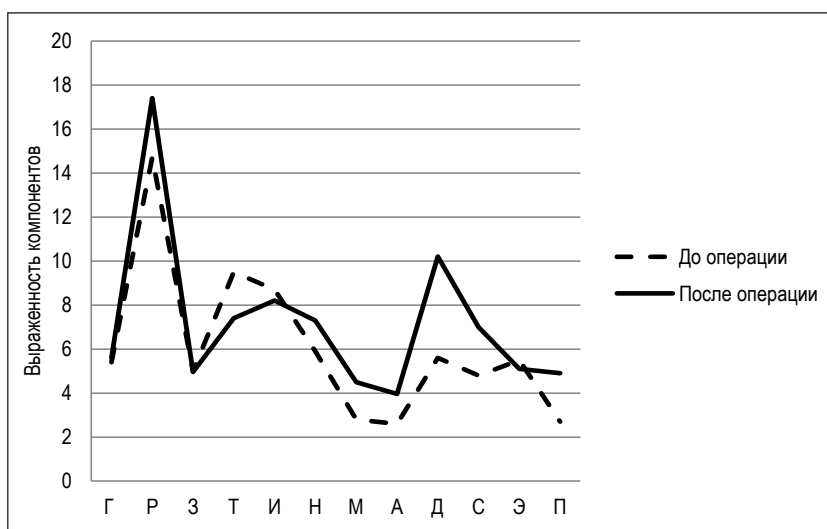
Несмотря на то, что 51,2 % обследуемых пациенток на момент постановки диагноза не имели опыта заболеваний («даже медицинской карточки не имела»), по результатам клиничко-психологической беседы большинство из них признавали злокачественный характер заболевания: 60 % — на этапе «до операции», 73 % — на этапе «после операции». Изучение особенностей реагирования больных на заболевание (ТОБОЛ) подтверждает, что для онкогинекологических пациенток не характерен длительный период отрицания злокачественного характера заболевания: анозогнозическое реагирование не являлось преобладающим. В структуре отношения к болезни у онкогинекологических пациенток доминировал эргопатический (Р) компонент (рисунок), обуславливающий эргопатическое реагирование на заболевание у 39 % больных. Данные больные, несмотря на заболевание, стремились сохранить свой социальный и профессиональный статус, что в некоторой степени может носить защитный характер от травмирующей информации о болезни.

У пациенток на этапе «до операции», наряду с эргопатическим (Р), наибольшую выраженность в структуре отношения к болезни имел тревожный (Т) компонент (рисунок): больные ощущали неопределенность в связи с предстоящей операцией, беспокоились о последствиях.

У пациенток на этапе «после операции» в структуре отношения к болезни выражен дисфорический (Д) компонент (рисунок), который проявлялся в виде раздражительности, мрачного настроения, чувства зависти к здоровым, недовольства тем, что лечение не приносит отчетливого и быстрого результата. При этом женщины, осознающие свою повышенную раздражительность, «рационально» объясняли ее причины «климактерическими проявлениями» в связи с лечением («Во всем виновато лечение»). Вместе с тем описываемые настроение и переживания больных — это проявление душевного страдания в связи с заболеванием. Страдание, отражающееся на психическом уровне, независимо от его физиологической составляющей (например, гормональная перестройка), — всегда душевная боль, которая, не имея конструктивного выхода, создает у пациентки внутреннюю напряженность («Внутри все кипит») и влияет на ее отношение к лечению, к болезни и жизни в целом. В 61 % случаях у пациенток на этапе «после операции» выявлялись неадаптивные типы отношения к болезни с преобладанием неврастенических, тревожных, вплоть до обсессивно-фобических, сенситивных, дисфорических реакций.

В результате клинической беседы выявлено, что в 70,7 % случаев больные считали, что возникновение заболевания связано с историей их жизни, они отмечали связь между заболеванием и своим образом жизни. Наряду со стрессами, утратами, семейными конфликтами, пациентки указывали на наличие аборт, прервавших их беременность, в результате чего испытывали сильное чувство вины («Знаю, сама виновата в появлении своих страданий»). Порой чувство вины являлось для женщины фактором, ведущим к пренебрежению регулярными осмотрами у врача.

Анализ жалоб пациенток по поводу состояния здоровья (Гиссенский опросник) показал, что нерешенные внутренние проблемы, в том числе неразрешенное чувство вины в связи с аборт, могут оказывать влияние на отношение пациентки к болезни и к лечению: в частности, могут усиливать негативное отношение к лечению. Так, для онкогинекологических пациенток была характерна высокая интенсивность предъявляемых жалоб ($12,2 \pm 8,7$): преобладали астенические ($4,3 \pm 3,2$), ревматические ($3,6 \pm 2,9$) и неспецифические ($10,12 \pm 8,8$) жалобы. При этом некоторые жалобы



Профиль средних оценок компонентов отношения к болезни пациенток с онкогинекологической патологией на различных этапах лечения:

Г — гармоничный; Р — эргопатический; З — аносогностический; Т — тревожный; И — ипохондрический; Н — неврастенический; М — меланхолический; А — апатический; Д — дисфорический; С — сенситивный; Э — эгоцентрический; П — паранойяльный

The profile of average assessments of the components of the attitude towards the disease of patients with oncogynecologic pathology at various stages of treatment: Г — harmonious; Р — ergopathic; З — anosognotic; Т — anxious; И — hypochondriacal; Н — neurasthenic; М — melancholic; А — apathetic; Д — dysphoric; С — sensitive; Э — egocentric; П — paranoid

отражали специфичность онкогинекологического заболевания и его лечения (боли в нижней части живота, приливы, позывы к мочеиспусканию), другие же (дрожание, боли в горле, тяжесть в плечах, расстройство сна, повышенная чувствительность к холоду или к теплу, онемение конечностей, склонность к плачу) свидетельствовали о психосоматической составляющей страдания пациенток. Таким образом, больная могла жаловаться на раздражительность, нарушение сна, апатию, боль и онемение в различных частях тела и связывать это с терапией, но в их основе могли быть и нерешенные психологические проблемы. В этой связи при оказании психологической помощи психологу важно дать возможность пациентке обратиться к глубинным чувствам (обида, вина, стыд). Психологическая реабилитация данной категории пациенток должна быть направлена на то, чтобы каждая из них могла принять себя не только в качестве «хорошей», «правильной» женщины, поведение которой является социально одобряемым, в определенном смысле, «удобным» для других и, вследствие этого, не всегда соответствующим испытываемым ею чувствам, но понимать и принимать себя реальную, разную, ту, которой она является в действительности, в том числе и ту, которая делала аборт. Эта психотерапевтическая работа является трудным процессом, наполненным сильными переживаниями, она требует от пациентки готовности к изменениям. Безусловно, если больная не

готова к психотерапии, то психолог не может и не должен навязывать ей эту работу.

Результаты клинической беседы показали, что 61 % пациенток отмечали сильный страх перед лечебными процедурами: они опасались возможной беспомощности, боли, инвалидности, утраты женской привлекательности (страх «кастрации»). Ожидание негативных последствий, связанных с лечением, создавало дополнительное психоэмоциональное напряжение пациентки, которое проявляется и на соматическом уровне. При этом на этапе «после операции» пациентки чаще указывали на наличие страха перед лечением, чем «до операции» ($p < 0,05$). Наиболее тяжелым и опасным видом лечения (по представлению больных) являлась химиотерапия. Для 24,4 % пациенток было характерно видеть во всех видах лечения, прежде всего, угрозу.

На фоне интенсивных переживаний у онкологических пациентов нередко наблюдается изменение познавательных процессов (трудности в концентрации внимания, уменьшение объема внимания, ухудшение памяти), что обуславливает снижение усвоения и искажение информации, связанной с заболеванием и лечением [7]. Данные когнитивные дисфункции являются одним из параметров в оценке качества жизни больного (EQRTCQLQ – С30). Наиболее низкое качество жизни вследствие нарушения познавательных функций наблюдалось у онкогинекологических пациенток, которым был свойственен тотальный страх перед всеми видами лечения («Все страшно и опасно»): уровень качества их жизни достоверно ниже в сравнении с теми, кто выражал готовность «настроиться на любой вид лечения» ($p < 0,02$). Таким образом, качество жизни больных взаимосвязано с их представлением о видах лечения, их опасности. С одной стороны, онкогинекологические пациентки нуждаются в адекватном информировании о заболевании и его лечении, а с другой — им необходимо предоставить возможность выражать сильные чувства и страхи, вызванные заболеванием и лечением, благодаря чему психоэмоциональное напряжение снизится.

Среди пациенток, состоящих в браке, 75 % женщин отрицали изменения в супружеских взаимоотношениях из-за заболевания: представление больных о том, что отношения в семье не изменились в связи с заболеванием, снижает тревогу и является защитой их психологической безопасности. При этом отмечалось, что мужья этих больных вели себя по сложившемуся до болезни стереотипу поведения («Все, как всегда»): можно предположить, что мужья, в свою очередь, также склонны защищаться от психотравмирующего факта заболевания жены. В сравнении с ними пациентки, которые отмечали, что их отношения в семье в связи с заболеванием «стали лучше и крепче», имели бо-

лее высокое качество жизни (EQRTCQLQ – С30): выше показатели по шкале «Роловое функционирование» ($p < 0,01$) и ниже по шкале «Финансовые трудности» ($p < 0,03$). Таким образом, «защитное» поведение супружеской пары от психотравмирующего факта заболевания лишает ее возможности строить взаимоотношения на реальной основе, что снижает качество жизни супругов. В этой связи профессиональная психологическая помощь онкогинекологическим пациенткам должна включать работу с семейными парами.

Статистически достоверных взаимосвязей между показателями качества жизни и наличием у женщин детей не выявлено, но на уровне тенденции отмечено, что у пациенток, имеющих детей, были более высокие показатели по функциональным шкалам «Социальное функционирование», «Роловое функционирование» («Забота о детях "вырвет" из любого состояния»). Однако у них также были более высокие показатели по шкалам «Утомляемость», «Нарушение сна», «Финансовые затруднения». Иначе говоря, наличие семьи и детей создает для пациенток смысл жизни, поддерживает их в ситуации заболевания, но и, одновременно с этим, является основой для беспокойства. Указанное обстоятельство лишь подчеркивает, что при данном заболевании профессиональная психологическая помощь необходима всей семье.

ВЫВОДЫ

Таким образом, психологическая помощь больным с онкогинекологической патологией в процессе их психологической реабилитации должна основываться на учете их глубинных переживаний, которые определяются самоотношением женщин и принятием себя и которые могут больными не осознаваться, но влиять на их отношение к болезни и лечению и тем самым определять их качество жизни. Заболевание раком является психологическим кризисом не только для самой онкогинекологической пациентки, но и для других членов ее семьи, особенно ее мужа. В этой связи психологическое консультирование необходимо всей семье для того, чтобы строить новые взаимоотношения, адекватные ситуации заболевания.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов.

Conflicts of interest

Authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мерабишвили В. М. Злокачественные образования в Северо-Западном федеральном округе России: экспресс-информация: третий вып. (заболеваемость, смертность, контингенты, выживаемость) / под ред. проф. А. М. Беляева. – СПб.: Книга по требованию, 2017. – 282 с.

2. Реабилитация онкологического больного как основа повышения качества его жизни / А. П. Карицкий, В. А. Чулкова, Е. В. Пестерева, Т. Ю. Семиглазова // *Вопр. онкол.* – 2015. – № 2. – С. 180–184.

3. Чулкова В. А., Пестерева Е. В. Заболевание с витальной угрозой: и экстремальная ситуация, и психологический кризис // *Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психическая травматизация и ее последствия: учебник. Гл. 5 / под ред. д-ра психол. наук Н. С. Хрустальной.* – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2014. – С. 223–271.

4. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов: руководство / А. М. Беляев [и др.]; ред. А. М. Беляев, В. А. Чулкова, Т. Ю. Семиглазова, М. В. Рогачев. – 2017. – 352 с.

5. Седова К. О., Чулкова В. А. Сравнительный анализ совладающего поведения у больных раком молочной железы и больных гинекологическим раком // *Психология XXI века: Материалы Международ. научн.-практ. конф. СПбГУ.* – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2013. – С. 61–63.

6. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: коллект. монография / науч. ред. Л. И. Вассерман, О. Ю. Щелкова. – СПб.: Скифия-принт, 2014. – 408 с.

7. Чулкова В. А. Информирование онкологического больного: учеб. пособие для врачей-онкол. – 2-е изд, доп. – СПб.: Ладога, 2013. – 68 с.

REFERENCES

1. Merabishvili V.M. Malignant formations in the North-West Federal District of Russia. Express information. The third issue (morbidity, mortality, contingents, survival). // Ed.

prof. A.M. Belyaeva. St. Petersburg: «The book on demand.» 2017. 282 p.

2. Karitsky AP, Chulkova VA, Pestereva EV, Semiglazova T.Yu. Rehabilitation of an oncological patient as a basis for improving the quality of his life. // *Questions of oncology.* 2015. № 2. P. 180-184.

3. Chulkova VA, Pestereva EV Disease with the vital threat: both the extreme situation and the psychological crisis // *The textbook «Psychology of crisis and extreme situations: mental traumatization and its consequences» ed. etc. psychol. n. N.S. Khrustalyov - Chapter 5. - St. Petersburg: Publishing house of St. Petersburg State University.* 2014. P.223-271.

4. Oncopsychology for oncologists and medical psychologists. Manual // A.M. Belyaev and the team of authors / ed. A.M. Belyaev, V.A. Chulkova, T.Yu. Semiglazova, M.V. Rogachev. 2017. 352s.

5. Sedova KO, Chulkova VA Comparative analysis of coping behavior in patients with breast cancer and patients with gynecological cancer // *Mater. International. scientific-practical. Conf. St. Petersburg State University «Psychology of the XXI century.»* St. Petersburg: Publishing house of St. Petersburg State University. 2013. P.61-63.

6. Psychological diagnosis of disorders of the emotional sphere and personality: collective. monograph // *Scientific. Ed. L.I. Wasserman, O.Yu. Shchelkov.* St. Petersburg.: Scythia-print, 2014. 408 p.

7. Chulkova V.A. Informing an oncological patient // *A manual for oncologists. Second edition, supplemented.* SPb.: Publishing house «Ladoga». 2013. 68 p.

Дата поступления статьи 02.12.2017 г.

Дата публикации статьи 02.04.2018 г.