

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

*Counseling Psychology
and Psychotherapy*

Цыренова Е.Б., Щелкова О.В. —
Теоретические и эмпирические основы психологического
консультирования в онкоортопедической клинике

Хаин А.Е., Евдокимова М.А., Никольская Н.С. —
Взаимосвязи аффективных и когнитивных компонентов
субъективного благополучия с качеством жизни
и совладанием со стрессом в процессе трансплантации
и гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) у детей
и ухаживающих за ними родителей

Нольд Н.В., Мисьявичуте Е.С., Волкова А.Г.,
Рахманова Ж.З., Паина О.В., Зубаровская Л.С. —
Психологическое сопровождение процедуры
донорства гемопоэтических стволовых клеток
у доноров-сиблингов: описание случая

*Tsyrenova E.B., Shchelkova O.Yu. —
Theoretical And Empirical Foundations Of Psychological
Counseling In Oncoortopedic Clinic*

*Khain A.E., Evdokimova M.A., Nikolskaya N.S. —
Relationship of Affective and Cognitive Components
of Subjective Well-being with Quality of Life and Coping with
Stress in the Process of Transplanting Hematopoietic Stem
Cells (HSCT) in Children and Caring Parents*

*Nold N.V., Misjavichute E.S., Volkova A.G., Rakhmanova Zh.Z.,
Paina O.V., Zubarovskaya L.S. —
Psychological Support of Hematopoietic Stem Cell Donation
with Sibling Donors: a Case Report*

1
2025

ПОБЕДИТЕЛЬ НАЦИОНАЛЬНОГО
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНКУРСА
«ЗОЛОТАЯ ПСИХЕЯ» В НОМИНАЦИИ
«ПРОЕКТ ГОДА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКЕ»
ПО ИТОГАМ 2007 и 2014 ГОДОВ

Главный редактор
Холмогорова А.Б.

Главные редакторы
Консультативная психология и психотерапия
2013 — Холмогорова А.Б.
2010—2012 — Васильюк Ф.Е.

Московский психотерапевтический журнал
2009 — Васильюк Ф.Е.
1999—2008 — Снегирева Т.В.
1997—1998 — Фенько А.Б.
1992—1996 — Васильюк Ф.Е., Цапкин В.Н.

Редакционная коллегия
Барабанщиков В.А.
Веракса Н.Е.
Гаранян Н.Г.
Головей Л.А.
Зарецкий В.К.
Лутова Н.Б.
Майденберг Э. (США)
Марцинковская Т.Д.
Польская Н.А.
Сирота Н.А.
Филиппова Е.В.
Шайб П. (Германия)
Шумакова Н.Б.
Ялтонский В.М.

Редакционный совет
Бек Дж.С. (США)
Кадыров И.М.
Карягина Т.Д.
Копьев А.Ф.
Кехеле Х. (Германия)
Лэнгле А. (Австрия)
Перре М.
Петровский В.А.
Соколова Е.Т.
Сосланд А.И.
Тагэ С. (Германия)

Редактор выпуска
Хаин А.Е.

Оригинал-макет
Баскакова М.А.

Адрес редакции
127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон +7(495) 632-92-12
E-mail: mpj@mgppu.ru

«Консультативная психология и психотерапия»
Индексируется: АК Минобрнауки России
ВИНИТИ РАН РИНЦ
Ulrich's web, WoS, Scopus

Учредитель и издатель: ФГБОУ ВО «Московский
государственный психолого-педагогический университет»
Издается с 1992
Периодичность: 4 раза в год.
Свидетельство о регистрации СМИ:
ПИ № ФС77-69996 от 30 августа 2016 г.
Формат 60 × 84/16. Тираж 100 экз.
Все права защищены. Название журнала, рубрики, все тексты
и иллюстрации являются собственностью ФГБОУ ВО МГППУ
и защищены авторским правом. Перепечатка материалов
журнала и использование иллюстраций допускается только
с письменного разрешения редакции.

© ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-
педагогический университет», 2025, № 1

THE WINNER OF THE NATIONAL
CONTEST “GOLDEN PSYCHE”
IN THE “PROJECT OF THE YEAR”
IN PSYCHOLOGICAL
SCIENCE 2007, 2014

Editor-in-Chief
Kholmogorova A.B.

Editors-in-Chief
Counseling Psychology and Psychotherapy
2013 — Kholmogorova A.B.
2010—2012 — Vasilyuk F.E.

Moscow psychotherapeutic journal
2009 — Vasilyuk F.E.
1999—2008 — Snegireva T.V.
1997—1998 — Fenko A.B.
1992—1996 — Vasilyuk F.E., Tsapkin V.N.

Editorial Board
Barabanshikov V.A.
Filippova E.V.
Garanian N.G.
Golovey L.A.
Lutova N.B.
Maidenberg E. (USA)
Martsinkovskaya T.D.
Polskaya N.A.
Scheib P. (Germany)
Shumakova N.B.
Sirota N.A.
Sokolova E.T.
Yaltonsky V.M.
Zaretsky V.K.

The Editorial Council
Beck J.S. (USA)
Kadyrov I.M.
Karyagina T.D.
Kop'ev A.F.
Kächele H. (Germany)
Längley A. (Austria)
Perrez M. (Germany)
Petrovsky V.A.
Sokolova E.T.
Sosland A.I.
Tagay C. (Germany)

Issue Editor
Khain A.E.

DTP
Baskakova M.A.

Editorial office address
Sretenka St., 29, office 305, Moscow, Russia, 127051
Phone: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: mpj@mgppu.ru

«Counseling Psychology and Psychotherapy»
Indexed in: Higher qualification commission of the Ministry
of Education and Science of Russian Federation
Russian Science Citation Index (RSCI), VINITI Database RAS
Ulrich'sPeriodicalsDirectory, WoS, Scopus
Publisher: Moscow State University of Psychology and Education
Published quarterly since 1992
The mass medium registration certificate:
PI № FS77-69996. Registry date 30.08.2016.
Format 60 × 84/16. 100 copies.
All rights reserved. Journal title, rubrics, all text and images
are the property of MSUPE and copyrighted.
Using reprints and illustrations is allowed only with
the written permission of the publisher.

© MSUPE, 2025, № 1

ПОДПИСКА

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

2026 год

ВО ВСЕХ ОТДЕЛЕНИЯХ СВЯЗИ

По объединенному каталогу «Пресса России»
Индекс — 32344

В РЕДАКЦИИ

По адресу: 127051, Москва, Сретенка д. 29, каб. 305
Тел.: (495) 632-92-12, e-mail: mpj@mgppu.ru

Сайт в интернете: <https://psyjournals.ru/journals/cpp>
Website on the Internet: <https://psyjournals.ru/en/journals/cpp>

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

MOSCOW STATE UNIVERSITY OF PSYCHOLOGY AND EDUCATION
THE FACULTY OF COUNSELING AND CLINICAL PSYCHOLOGY

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Counseling Psychology and Psychotherapy

Том 33. № 1 (127) 2025 январь—март

1992—2009

МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Москва
Moscow

ISSN 2075-3470

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций ПИ № ФС77-69996

Главный редактор
А.Б. Холмогорова

Редакционная коллегия
**В.А. Барабанщиков, Н.Е. Веракса, Н.Г. Гаранян, Л.А. Головей,
В.К. Зарецкий, Н.Б. Лутова, Э. Майденберг (США),
Т.Д. Марцинковская, Н.А. Польская, Н.А. Сирота, Е.В. Филиппова,
П. Шайб (Германия), Н.Б. Шумакова, В.М. Ялтонский**

Редактор специального выпуска
А.Е. Хаин

Оригинал-макет
М.А. Баскакова

Адрес редакции:
**127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: mpj@mgppu.ru**

Вопросы подписки и приобретения:
**27051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: mpj@mgppu.ru**

*Редакция не располагает возможностью вести переписку,
не связанную с вопросами подписки и публикаций*

*Перепечатка любых материалов, опубликованных в журнале
«Консультативная психология и психотерапия»,
допускается только с разрешения редакции*

**© ФГБОУ ВО МГППУ. Факультет консультативной
и клинической психологии, 2025**

Формат 60×84/16. Гарнитура NewtonC. Усл. печ. л. 10,75. Тираж 100 экз.

- КОЛОНКА РЕДАКТОРА**
5 *Холмогорова А.Б., Хаин А.Е.*
Предисловие редакторов специального выпуска
- СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК: ПСИХООНКОЛОГИЯ**
ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ
11 *Цыренова Е.Б., Щелкова О.В.*
Теоретические и эмпирические основы психологического консультирования в онкоортопедической клинике
- ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ**
29 *Ермаков П.Н., Кит О.И., Скиртач И.А., Ковш Е.М.*
Применение различных психотерапевтических подходов в практике психологического сопровождения онкопациентов: научный обзор
- ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**
49 *Хаин А.Е., Евдокимова М.А., Никольская Н.С.*
Взаимосвязи аффективных и когнитивных компонентов субъективного благополучия с качеством жизни и совладанием со стрессом в процессе трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) у детей и ухаживающих за ними родителей
- 69 *Захарова М.Л., Иванов П.И., Семенова С.В.*
Предоперационная тревога у пациентов, получающих радиохирургическое лечение на аппарате Гамма-нож
- 87 *Сирота Н.А., Фетисов Б.А., Ходорович О.С., Ледин Е.В.*
Совладающее поведение пациентов, получающих противоопухолевую лекарственную терапию, с разным уровнем неопределенности в болезни
- 106 *АПРОБАЦИЯ И ВАЛИДИЗАЦИЯ МЕТОДИК*
Шишкова А.М., Бочаров В.В., Васильева Н.Г., Цыганкова Е.С., Вукс А.Я.
Кросс-культурная адаптация методики «Сферы профессиональной жизни» (Areas of Worklife Survey, AWS) на русскоязычной выборке медицинских работников онкологического стационара
- 127 **АНАЛИЗ СЛУЧАЯ**
Шуткова Е.С.
Применение теории привязанности в психологическом консультировании родителей детей, проходящих онкологическое лечение, и медицинского персонала в условиях открытой реанимации на примере двух клинических случаев
- 142 *Нольд Н.В., Мисявичуте Е.С., Волкова А.Г., Рахманова Ж.З., Паина О.В., Зубаровская Л.С.*
Психологическое сопровождение процедуры донорства гемопоэтических стволовых клеток у доноров-сиблингов: описание случая
- 154 **СОБЫТИЯ И ДАТЫ**
Архангельская В.В., Зарецкий В.К., Хаин А.Е.
Конференция «Психологическая помощь семьям детей с онкологическими и иными тяжелыми заболеваниями»: анализ опыта работы психологов, актуальные проблемы и междисциплинарные взаимодействия
- ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ**
163 Психоонкология: в поисках эффективных психосоциальных интервенций
- ВНЕ ТЕМЫ ВЫПУСКА**
ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ
170 *Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н.*
Страх смерти и суицидальный цикл: опорные точки и возможности безопасного выхода из замкнутого круга

EDITOR'S NOTES

- 5 *Kholmogorova A.B., Khain A.E.*
From The Editors Of The Special Issue

SPECIAL ISSUE: PSYCHO-ONCOLOGY

THEORY AND METHODOLOGY

- 11 *Tsyrenova E.B., Shchelkova O.Yu.*
Theoretical And Empirical Foundations Of Psychological Counseling
In Oncoortopedic Clinic

THEORETICAL REWIEWS

- 29 *Ermakov P.N., Kit O.I., Skirtach I.A., Kovsh E.M.*
The Use of Various Psychotherapeutic Approaches in the Practice of Psychological
Support for Cancer Patients: a Scientific Review

EMPIRICAL STUDIES

- 49 *Khain A.E., Evdokimova M.A., Nikolskaya N.S.*
Relationship of Affective and Cognitive Components of Subjective Well-being
with Quality of Life and Coping with Stress in the Process of Transplanting
Hematopoietic Stem Cells (HSCT) in Children and Caring Parents
- 69 *Zakharova M.L., Ivanov P.I., Semenova S.V.*
Preoperative Anxiety in Patients before Radiosurgery Treatment by Gamma Knife
- 87 *Fetisov B.A., Sirota N.A., Khodorovich O.S., Ledin E.V.*
Coping Behavior Cancer Patients with Different Levels of Uncertainty in Illness

TESTING AND VALIDATING INSTRUMENTS

- 106 *Shishkova A.M., Bocharov V.V., Vasyleva N.G., Tsygankova E.S., Vuks A.Ja.*
Cross-Cultural Adaptation of the Areas of Worklife Survey (AWS) on the Russian-
Speaking Sample of Oncology Hospital Medical Workers

CASE STUDY

- 127 *Shutkova E.S.*
Application of the Attachment Theory in Psychological Consulting
of Parents Whose Children Undergoing Cancer Treatment and of Medical
Staff in Open Intensive Care Units, Illustrated by Two Clinical Cases
- 142 *Nold N.V., Misyavichute E.S., Volkova A.G., Rakhmanova Zh.Z.,
Paina O.V., Zubarovskaya L.S.*
Psychological Support of Hematopoietic Stem Cell Donation with Sibling
Donors: a Case Report

EVENTS, DATES

- 154 *Arkhangelskaya V.V., Zaretsky V.K., Khain A.E.*
Conference «Psychological support to families of children with cancer and
other serious diseases»: analysis of psychologists' work experience, current issues
and interdisciplinary interactions

RESEARCH DIGEST IN CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

- 163 Psycho-Oncology: in Search of effective Psychosocial Interventions

IN ADDITION TO THE SPECIAL TOPIC OF THE ISSUE

THEORY AND METHODOLOGY

- 170 *Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N.*
Fear of Death and Suicidal Cycle: Checking Points and Possibilities for an exit out
of the Vicious Circle

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

EDITOR'S NOTES

Предисловие редакторов специального выпуска

Согласно данным ВОЗ, онкология является ведущей причиной смерти среди населения земного шара. Так, в 2018 г. в результате того или иного онкологического заболевания ушли из жизни 9,5 миллионов человек. Вместе с тем неуклонно растет число выздоровевших людей, которым современная медицина оказала своевременную помощь, предотвратив дальнейшее развитие болезни. Процесс лечения является чрезвычайно сложным и стрессогенным, нередко сопровождается выраженным болевым синдромом, и даже после полной ремиссии остается риск рецидива болезни. Стойкость ремиссии во многом зависит от соблюдения комплаенса и психоэмоционального состояния больного, что предъявляет высокие требования к психологическим компетенциям специалистов, работающих с онкологическими пациентами. Высокий уровень стресса испытывают не только пациенты, но и их родственники, а также сами специалисты — врачи и младший медицинский персонал. Все сказанное привело к развитию психоонкологии — целого научного направления, которому посвящен данный спецвыпуск. Причем это уже второй спецвыпуск нашего журнала, посвященный данной тематике.

Психоонкология как область знания возникла в 1970-х годах в Америке и изучает психологическую динамику человека, проходящего лечение, а также психологическое воздействие заболевания на человека, его семью, лиц, осуществляющих уход, и медицинский персонал. Исследуется влияние поведения больного человека и различных психосоциальных факторов на заболеваемость и смертность от онкологии. Развитие психоонкологии привело ко все большему пониманию важности организации работы мультидисциплинарной бригады для эффективной помощи пациентам, что, в свою очередь, способствовало созданию соответствующих рекомендаций во многих странах. Рекомендации пропагандируют создание многопрофильной команды для лечения онколо-

гических больных, включающей клинических психологов и психиатров с соответствующей подготовкой.

Отмечают несколько ключевых условий развития психоонкологии: 1) медицинские успехи в лечении злокачественных заболеваний и рост пациентов, завершивших терапию, которые тем не менее продолжают решать вопросы, связанные с долгосрочными побочными эффектами лечения, психологической и физической реабилитацией; 2) социальные и культурные изменения, дестигматизирующие рак и позволяющие пациентам открыто говорить об опыте болезни, а семье и врачам менять подход к информированию и коммуникации в целом; 3) рост запроса, как со стороны общества (родительские, пациентские организации, фонды), так и медицинского персонала, на комплексный подход к лечению и реабилитации, где внимание к психологическому благополучию всех участников лечения является неотъемлемой частью.

В статьях первого тематического выпуска, вышедшего в 2014 г., отражен начальный этап становления психоонкологии в России. Освещены история развития данной области в разных странах, ее место и связи с онкологией, психиатрией и психологией, отражающиеся в том числе в терминологической многоголосице; рассмотрены проблемы взаимосвязей психики и рака, недооценки распространенности психических расстройств и психологических потребностей, поиска новых моделей информирования, коммуникации и психологического сопровождения лечения в целом. В 2014—2024 гг. психоонкология сделала важный шаг для развития научно обоснованных подходов и рекомендаций к организации психологической помощи. Необходимость системного анализа существующих исследований объединила международную группу экспертов, результаты работы которой вышли в спецвыпуске журнала «Кровь и рак» в 2015 г. В статьях спецвыпуска представлены отечественные, в том числе уже многолетние эмпирические исследования индивидуальных, семейных факторов субъективного благополучия, качества жизни и совладания со стрессом на разных этапах лечения онкологических заболеваний, которые также становятся основой для последующих практических рекомендаций. В целом, возможности исследований в отечественных клиниках в прошедшие десять лет постепенно растут, расширяется число учреждений и специалистов, оказывающих различную психологическую помощь пациентам и членам их семей, развиваются профессиональное сообщество, родительские и пациентские организации. Приняты законы о реабилитации и паллиативной помощи, где комплексный подход к оказанию помощи (в том числе включение пси-

холога в мультидисциплинарную команду специалистов) является основополагающим принципом.

Вместе с тем доступность квалифицированной психологической помощи пациентам с онкологическими заболеваниями и членам их семей пока далека от достаточной. Сложные организационные и методические вопросы, связанные с модификацией диагностических инструментов и психотерапевтических подходов в детской онкологии, возможные научные направления развития области стали предметом обсуждения недавней конференции, организованной отделением клинической психологии ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева, обзор на которую дан в статье В.В. Архангельской, В.К. Зарецкого, А.Е. Хаин. Доклады участников конференции касались вопросов как практической реализации комплексного подхода и работы мультидисциплинарной команды, так и методологии исследований и оказания помощи, связанные с учетом особой социальной ситуации развития, субъектной позиции ребенка для выстраивания программ реабилитации и поддержки развития в условиях жизнеугрожающего заболевания. Специалисты различных общественных и государственных организаций отметили, что накопленный за последние годы опыт психологического сопровождения процесса лечения тяжелобольных детей нуждается в анализе, оформлении и трансляции, что соответствует линии развития психонкологии в других странах. Необходимо развитие дополнительных форм обмена опытом между психологами — специалистами различных учреждений, их обучения и поддержки; преемственности в оказании помощи семье на разных этапах лечения и реабилитации пациентов.

Спецвыпуск открывает обзорная статья петербургских коллег Е.Б. Цыреновой и О.Ю. Щелковой, посвященная психологическому консультированию пациентов, у которых онкология привела к поражению скелетного аппарата, т. е. нуждающихся в ортопротезировании. Авторы делают особый акцент на экзистенциальных аспектах болезни. Онкология сталкивает человека, который еще вчера мог иметь различные планы и вел активный образ жизни, с необходимостью резкой перестройки образа жизни. И даже при благоприятном прогнозе болезнь ставит его перед вопросами жизни и смерти, о которых он, вполне возможно, никогда до этого не задумывался. Это предъявляет чрезвычайно высокие требования к подготовке психологов, которым предстоит помочь пациентам пережить серьезный кризис и принять новый этап в своей жизни. Важно, что, давая рекомендации специалистам, авторы опираются на целый цикл эмпирических исследований психологического состояния данного континген-

та пациентов, включая собственные многолетние наблюдения. Научная обоснованность предлагаемого подхода к психологическому консультированию является его несомненным достоинством.

Продолжает тему психологической помощи в психоонкологии большой обзор наших коллег из Ростова-на-Дону, посвященный различным традициям оказания психологической помощи онкологическим пациентам и их сравнительной эффективности. Авторский коллектив обзора включает доктора медицинских наук, доктора биологических наук и двух кандидатов психологических наук, что свидетельствует о растущем интересе к психологическим аспектам заболевания и понимании их важности ведущими специалистами в области онкологии. П.Н. Ермаков, О.И. Кит, И.А. Скиртач, Е.М. Ковш рассматривают в своем обзоре наиболее достоверные и доказательные рандомизированные контролируемые исследования, основанные на изучении больших выборок. Из обзора видно, какое большое количество методов экзистенциально-гуманистической терапии уже прицельно «заточено» под сопровождение онкологических пациентов на разных стадиях заболевания. В обзоре содержится их краткая характеристика, а также делается важный вывод о том, что ведущую роль в эффективности интервенций, направленных на нормализацию психоэмоционального состояния пациентов через преодоление кризиса и обретение новых смыслов, играет не модальность подхода, а качество контакта, опыт терапевта, мотивация пациента и другие переменные.

Как это обычно бывает, больше всего статей содержится в нашей традиционной рубрике «Эмпирические исследования». На этот раз в нее вошли четыре статьи. Авторы первой статьи — А.Е. Хаин, Н.С. Никольская и М.А. Евдокимова — сотрудники НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева. Анализ субъективного благополучия как компонента качества жизни, динамической взаимосвязи его аффективных и когнитивных компонентов в особой, разворачивающейся во времени ситуации совладания со стрессом в процессе трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) у детей, выполнен в рамках парадигмы культурно-исторической психологии, в которой проблема избирательности психического отражения действительности и неразрывной связи аффекта и интеллекта занимает особое место. Получены интересные данные, подтверждающие влияние возрастных и индивидуальных потребностей, задач и характера отношений с социальной действительностью, доступности более высоких когнитивных способов переработки стресса на качество жизни и адаптацию пациентов.

М.Л. Захарова и П.И. Иванов представили результаты исследования предоперационной тревоги у пациентов, получающих радиохирургическое лечение на аппарате Гамма-нож, обосновывающие необходимость психологического сопровождения данного вида лечения. В статье Б.А. Фетисова, Н.А. Сироты и соавторов освещены результаты исследования совладающего поведения, а также показателей тревоги и депрессии у онкологических пациентов с разным уровнем неопределенности в болезни и продолжительностью заболевания. Полученные авторами результаты открывают перспективу дальнейшего изучения взаимосвязей параметров онкологического заболевания и стрессовой ситуации лечения, в том числе неопределенности, с эмоциональным состоянием и возможностями адаптации пациентов со злокачественными новообразованиями.

В последнее время в профессиональном сообществе растет озабоченность по поводу психического здоровья медицинских работников, что связано с их наиболее высоким уровнем профессионального выгорания среди представителей всех других профессий. В качестве группы повышенного риска выделяются сотрудники онкологических стационаров, что остро ставит задачу оценки их психоэмоционального состояния с целью профилактики выгорания и связанных с ним негативных последствий для их психического и физического здоровья. Авторы статьи, посвященной апробации и валидации зарубежной методики оценки факторов профессионального выгорания, А.М. Шишкова, В.В. Бочаров, Н.Г. Васильева, Е.С. Цыганкова, А.Я. Вукс именно так обосновывают выборку для проведения процедур валидации: «Эта категория медицинских работников была выбрана в качестве фокус-группы, поскольку они взаимодействуют с пациентами, имеющими высокий уровень смертности и, вследствие этого, подвержены высокому риску выгорания». Поскольку одна из задач статьи состояла в обсуждении методологических основ самой процедуры валидации психологических методик, в статье, к сожалению, не приводится сам опросник. Однако фиксируется несовпадение ряда шкал с оригинальной версией, что авторы гипотетически объясняют различиями в менталитете и условиях труда у российских и американских работников онкологических стационаров.

В рубрике «Анализ случая» представлены два сообщения, в которых описывается конкретный опыт работы психологов со случаями детской онкологии, когда особое значение имеет работа с социальным окружением ребенка, прежде всего с семьей и медперсоналом. Материалы этих статей позволяют читателям журнала заглянуть в сложнейшую психологическую «кухню» работы онкопсихологов. Автор первого сообщения

Е.С. Шуткова описывает опыт такого комплексного консультирования с опорой на теорию привязанности Дж. Боулби на примере двух случаев онкологического заболевания у ребенка. Коллектив авторов — Н.В. Нольд, Е.С. Мисявичуте, А.Г. Волкова, Ж.З. Рахманова, О.В. Паина, Л.С. Зубаровская — описывают случай психологического сопровождения процесса пересадки гемопоэтических стволовых клеток от здорового сиблинга больному. Из текстов сообщений хорошо видно, какие высокие требования предъявляет такая работа к психологу — его профессионализму, с одной стороны, и личности и человечности — с другой.

Как всегда, заканчивает специальный выпуск наш традиционный дайджест, подготовленный Еленой Можяевой, за что редакция журнала выражает ей неизменную благодарность. В дайджесте освещаются отдельные актуальные направления психоонкологических исследований. Место паллиативной помощи, роль психолога при ее оказании, психосоциальные потребности пациентов и возможные психотерапевтические интервенции с доказанной эффективностью являются одними из наиболее проблемных из них. Областью, ставящей большой спектр вопросов к будущим исследованиям, также является изучение распространенности и характера поздних эффектов химиотерапевтического лечения, связанных с когнитивными нарушениями. Отдельно выделено направление, посвященное исследованиям особых задач оказания помощи подросткам и молодым взрослым, как группе пациентов, психосоциальные потребности которых ранее часто недооценивались.

Вне темы спецвыпуска публикуется статья К.А. Чистопольской и С.Н. Ениколопова, посвященная связи хронического суицидального поведения и страха смерти. На основании обобщения наиболее известных моделей суицидального поведения авторы предлагают схему цикличности суицидальных переживаний и действий, а также формулируют задачи «прерывания» этого порочного круга и профилактики повторных суицидальных попыток.

Надеемся, что предлагаемый вниманию читателей нашего журнала спецвыпуск по психоонкологии будет способствовать дальнейшему развитию этой важной области знаний в нашей стране.

Редактор специального выпуска журнала — А.Е. Хаин
Главный редактор — А.Б. Холмогорова

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК: ПСИХООНКОЛОГИЯ

SPECIAL ISSUE: PSYCHO-ONCOLOGY

ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ

THEORY AND METHODOLOGY

Научная статья | Original paper

Теоретические и эмпирические основы психологического консультирования в онкоортопедической клинике

Е.Б. Цыренова¹ ✉, О.Ю. Щелкова^{2,3}

¹ НМИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина,
Москва, Российская Федерация

² Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Российская Федерация,

³ Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

✉ usmanovakate@ya.ru

Резюме

Введение. В статье рассмотрены вопросы психологического консультирования в онкологической клинике на примере психологической помощи пациентам с опухолевым поражением костей. **Цель:** формулирование основных направлений психологического консультирования в онкоортопедической клинике на основе результатов эмпирических исследований и анализа научной литературы. **Методы:** обзор и анализ научной литературы, посвященной проблеме психологического консультирования пациентов с опухолями костей. Сбор и анализ материалов проводился в открытых информационных ресурсах: SCOPUS, Google Scholar, Springer, PubMed. **Результаты.** Уровень и особенности качества жизни больных с онкоортопедической патологией, помимо клинических факторов, в значительной степени обусловлены психологическими факторами, ведущими из которых являются характеристики личности и удовлетворен-

© Цыренова Е.Б., Щелкова О.Ю., 2025



CC BY-NC

ность жизнью в условиях заболевания. В связи с этим основной «мишенью» клинко-психологические вмешательства в онкоортопедической клинике является качество жизни пациентов, интегрирующее объективные ограничения функциональных возможностей в условиях болезни и их субъективное восприятие, совокупность переживаний и отношений пациента, осмысление собственного существования, ценности здоровья и возможности устанавливать взаимосвязи с внешним миром в соответствии со своими потребностями и индивидуальными возможностями. **Заключение.** Общая цель психологического консультирования в онкоортопедической клинике может рассматриваться как изменение когнитивных, эмоциональных и поведенческих характеристик, влияющих на качество жизни пациента: формирование более точного понимания актуальной ситуации и адекватного самопонимания, коррекция эмоционального состояния и эмоциональных отношений, изменение неадаптивных поведенческих стереотипов.

Ключевые слова: психологическое консультирование, опухоли костей, направления психологической помощи

Для цитирования: Цыренова, Е.Б., Шелкова, О.Ю. (2025). Теоретические и эмпирические основы психологического консультирования в онкоортопедической клинике. *Консультативная психология и психотерапия*, 33(1), 11—28. <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330101>

Theoretical and Empirical Foundations of Psychological Counseling in Oncoortopedic

E.B. Tsyrenova¹ ✉, O.Yu. Shchelkova^{2,3}

¹National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Blokhin, Moscow, Russia

²St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

³V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

✉ usmanovakate@ya.ru

Abstract

Introduction. The article discusses the issues of psychological counseling in oncological clinic using the example of psychological care for patients with bone tumors.

Purpose: to formulate the main directions of psychological counseling in an onco-ortopedic clinic based on the results of empirical research and analysis of scientific literature. **Methods:** review and analysis of scientific literature devoted to the problem of psychological counseling of patients with bone tumors. The materials were

collected and analyzed in open information resources: SCOPUS, Google Scholar, Springer, PubMed. **Results:** The level and features of quality of life in patients with oncoortopedic pathology, in addition to clinical factors, are largely determined by psychological factors, the leading ones are personality characteristics and life satisfaction in conditions of the disease. In this regard, the main “target” of clinical and psychological interventions in oncoortopedic clinic is quality of life in patients, integrating objective limitations of functional capabilities in conditions of illness and their subjective perception, the totality of patient’s experiences and relationships, understanding their own existence, values of health and ability to establish relationships with the outside world in accordance with their needs and individual capabilities. **Conclusion:** the overall goal of psychological counseling in oncoortopedic clinic can be considered as changing in cognitive, emotional and behavioral characteristics affecting patient’s quality of life: formation of understanding of the current situation and adequate self-understanding, correction of emotional state and emotional relationships, changing maladaptive behavioral stereotypes.

Keywords: psychological counseling, bone tumors, psychological care

For citation: Tsyrenova, E.B., Shchelkova, O.Yu. (2025). Theoretical and Empirical Foundations of Psychological Counseling in Oncoortopedic Clinic. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 33(1), 11–28. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330101>

Введение

Проблема психологического консультирования пациентов в онкологии является многоуровневой и затрагивает как общие вопросы экзистенциального характера, так и специфические трудности, характерные для пациентов в зависимости от конкретной нозологии. В данной статье будут рассмотрены вопросы психологического консультирования в онкологической клинике на примере психологической помощи пациентам с опухолевым поражением костей.

В связи с ограниченным пребыванием пациентов в стационаре и, соответственно, лимитированным временем для психологического консультирования, представляется целесообразным выделить четких направлений работы с пациентами, страдающими опухолевым поражением костей, сформулированных на основе данных исследований качества жизни, а также психологических, личностных характеристик и особенностей ценностно-мотивационной сферы больных онкоортопедической патологией, проводимых, в том числе, с целью получения информации о содержании, формах и объеме психологической помощи,

в которой нуждаются пациенты с опухолями костей на всех этапах лечения, и разработка на этой основе направлений психологического сопровождения лечебного процесса на предоперационном, послеоперационном и реабилитационном этапах.

Социальные мифы, существующие в современном обществе, причисляют онкологические заболевания к смертельным, и сам диагноз является серьезным стрессогенным фактором для пациента (Sadock et al., 2009; Seiler et al., 2024).

Кроме того, существует значительное количество исследований, посвященных изучению распространенности психологических трудностей и психических нарушений у онкологических больных (Dubashi et al., 2010; Folkman, 2010; Benedict, Penedo, 2013; Jehan et al., 2024; Zhang et al., 2024; Yoo et al., 2024).

Ряд авторов не только отмечают значительное влияние онкологической патологии на психическое состояние пациента, но и акцентируют внимание на роли психических факторов в возникновении, течении и исходе онкологического заболевания (Leo, 2024; Santos-Sousa et al., 2024; Sandager et al., 2024).

Необходимо также отметить исследования, предметом которых являются способы совладания со стрессом в связи с болезнью у пациентов с онкологическими заболеваниями (Thune-Boyle Ingela, 2013; Ivascu , Dutu, Corneci, Nitipir, 2024).

Психологическое консультирование в онкоортопедической клинике

На основании данных литературы и опыта работы медицинского психолога с пациентами, страдающими онкологическим поражением костей, можно выделить три уровня проблематики психологического консультирования в онкоортопедической клинике.

1. Экзистенциальные вопросы. И. Ялом отмечает, что экзистенциальные данности — та проблема, которая беспокоит любого человека. Это вопросы, которые возникают в процессе психологического консультирования вне зависимости от проблематики в каждом отдельном случае (Yalom, 1980). Однако в онкологической клинике проблемы конечности бытия, одиночества, свободы и смысла жизни поднимаются особенно остро; при этом далеко не каждый пациент будет готов обсуждать эти темы, но каждый психолог, работающий с онкологическими больными, должен быть готов к такой работе.

Следует отметить, что проблема конечности бытия в рамках психологического консультирования соматически здорового человека представляется менее сложной в силу гипотетического характера. Человек не ощущает себя конечным, для него это далекая перспектива, отчетливо воспринимаемая на уровне разума и часто избегаемая на эмоциональном уровне. Иными словами, человек понимает, что он умрет, но этого не чувствует. В онкологической практике складывается иная ситуация. Если не срабатывает защитный механизм избегания и дистанцирования, человек сталкивается с данностью конечности жизни на уровне ощущений и эмоций. В свою очередь, это столкновение поднимает каскад вопросов о смысле жизни. Происходит активное переосмысление человеком своего пути. Роль психолога в этом процессе очень тонкая: важно не мешать человеку встречаться со своими чувствами, не переубеждать его, что он выздоравливает, что, как правило, делают близкие люди. Медицинский психолог в диалоге с пациентом, находящимся в сложных переживаниях, может «побыть с ним рядом» и должен быть готов к встрече с экзистенциальной проблематикой на эмоциональном уровне, а также иметь собственный опыт проживания чувств относительно экзистенциальных данностей, иначе подобная работа будет невозможна.

2. Концепция качества жизни онкоортопедических больных как научная основа психологического консультирования. Центральное место в психологическом исследовании пациентов с онкоортопедической патологией занимает проблема существования личности в условиях болезни, что обуславливает необходимость выявления объективных ограничений в жизненном функционировании и отношения к ним пациента, т. е. комплексное изучение всех аспектов качества жизни, связанного со здоровьем (КЖЗ), а также психологических и социальных факторов, его определяющих. Изучаются также взаимосвязь качества жизни (КЖ) с психологическими характеристиками при разных формах онкоортопедической патологии, при калечащих и органосберегающих хирургических операциях, взаимосвязь качества жизни и выживаемости пациентов с опухолевым поражением костей, динамика основных параметров КЖ и психологических характеристик в процессе функциональной и психосоциальной реабилитации, а также другие вопросы. Коллективом авторов проведено такое комплексное исследование, которое послужило основой для разработки теоретической концепции КЖ при онкоортопедической патологии, ее эмпирической проверки и выделения основных направлений психологического консультирования пациентов с опухолями опорно-двигательного аппарата (Мусаев, Шелкова, Усманова, 2022).

В этом исследовании для изучения общего КЖЗ пациентов с онкоортопедической патологией использовался опросник SF-36; для нозоспецифического исследования КЖ применялся опросник для пациентов с онкологической патологией QLQ C-30 в комплексе со специализированным модулем BM-22 для изучения КЖ при опухолях длинных костей, опросником SOSGQ для изучения КЖ при опухолях позвоночника, а также авторской методикой «Опросник качества жизни больных, перенесших хирургическое лечение на костях таза» (КЖТ). Личностные особенности пациентов изучались с помощью теста-опросника «Большая пятерка» (BIG V). Копинг-стратегии исследовались с помощью методики «Способы совладающего поведения» (ССП). Для изучения ценностно-мотивационной сферы применялась методика «Смысложизненные ориентации» (СЖО). С целью изучения отношения пациентов онкоортопедической клиники к болезни использовалась методика «ТО-БОЛ». Всего с помощью традиционных и авторских методов изучения КЖ и психологических методов исследовано 327 пациентов с онкоортопедической патологией, из них в динамике — 86 человек.

Разработанная на основе полученных результатов психологическая концепция качества жизни онкоортопедических больных, объединяющая основные параметры качества жизни, клинические и психосоциальные факторы в их взаимосвязи и взаимовлиянии, позволила выделить конкретные направления психологического консультирования данной категории пациентов. В содержательном плане концепция постулирует снижение определенных параметров КЖ вне зависимости от конкретной нозологической формы; при этом внутри отдельных нозологических групп присутствуют особенности качества жизни пациентов, связанные с характером определенной патологии.

Так, общим для всех нозологических форм является то, что личностные «профили» пациентов, интегрирующие основные параметры психологической адаптации к болезни, в значительной степени определяют качество жизни, связанное со здоровьем. Такие психологические характеристики, как наличие целей в будущем, переживание эмоциональной насыщенности жизни, удовлетворенность самореализацией, представление о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями, убежденность в том, что человек способен контролировать свою жизнь (интернальный локус контроля), высокий уровень осознанности, так же, как готовность к сотрудничеству и самосовершенствованию, получению нового опыта, соответствуют более высоким показателям

КЖЗ. В то же время преувеличение тяжести болезни, склонность реагировать на болезнь по типу «раздражительной слабости», концентрация на болезненных ощущениях, а также паранойяльное и дисфорическое отношение к болезни соответствуют снижению КЖЗ у пациентов с опухолевым поражением костей.

Также универсальной для всех нозологических форм опухолевого поражения опорно-двигательного аппарата можно считать выявленную взаимосвязь качества жизни пациентов и выживаемости: более высокое качество жизни у пациентов с опухолевым поражением костей соотносится с лучшей выживаемостью, в то время как снижение качества жизни пациентов, связанное с соматизацией негативных эмоциональных переживаний, соответствует более низкому уровню выживаемости.

Таким образом, для всех нозологических форм опухолевого поражения опорно-двигательного аппарата КЖ определяется характером заболевания, ограничивающим возможности человека, болевым синдромом, витальной угрозой, социально-психологической ситуацией и наличием социальной поддержки, а также такими психологическими факторами, как профиль личности, копинг-стратегии и личностные ресурсы.

Клинический опыт показывает, что повышение уровня тревожности, ипохондрическое, меланхолическое и дисфорическое настроение, появление невротических симптомов и негативных эмоциональных состояний — частые явления в ситуации тяжелого, угрожающего жизни заболевания, значительно, а в некоторых случаях принципиально меняющего жизнь пациента в связи с ограничением физических возможностей. В этих условиях важным аспектом психологического консультирования в онкоортопедической клинике является работа с пациентом над видением возможности влиять на свое КЖ в ситуации заболевания и обширного хирургического лечения.

Важно отметить, что операции при опухолях костей выполняются по всем онкологическим канонам, включающим принципы футлярности и абластики. Руководствуясь этими принципами, врачи нередко сталкиваются с необходимостью удалять большие группы мышц, окружающих опухоль, а также сосудисто-нервные структуры, что неминуемо приводит к ухудшению физического функционирования пациента.

Большой объем операции и значительное влияние лечения на физические функции оказывают воздействие на эмоциональное состояние пациента, в связи с чем нередко формируется установка на беспомощность. Такая установка создает у пациента высокие ожидания от врачей и медицинских сестер, родственников и близкого окружения, смещая

локус контроля вовне. Собственные возможности активного участия пациента в лечебном процессе игнорируются.

Следовательно, психологическое консультирование онкоортопедических пациентов может включать проявление установок на собственное участие в лечении, обсуждение возможностей самостоятельного функционирования (прежде всего возможности самообслуживания) и степени вовлеченности пациента в лечебный процесс. Необходимо отметить также, что ситуация онкологического заболевания и хирургического лечения в онкоортопедическом стационаре может стать для пациента эмоционально травмирующим событием.

Эмоциональное переживание, которое не может быть преодолено пациентом из-за своей интенсивности, активирует систему психических защит и формирует диссоциацию. Своевременная диагностика эмоциональной травмы и работа с ней помогают предотвратить капсулирование переживаний и развитие посттравматического стрессового расстройства.

В то же время отечественные исследователи приводят данные о широко распространении и высоком уровне посттравматического стрессового расстройства у онкологических больных. Эти результаты показывают особую важность своевременной психологической помощи пациентам, переживающим диагноз и лечение в онкостационаре как эмоциональную травму, для проработки травмы во время ее возникновения и для предотвращения развития посттравматической симптоматики в дальнейшей жизни после завершения лечения.

Таким образом, работая с неадаптивными типами отношения к болезни в контексте переориентации пациента с позиции объекта лечения на позицию активного участника лечебного процесса, помогая пациенту видеть возможности собственного вклада в процесс своего выздоровления и восстановления, работая над возвращением ощущения контроля и возможности влиять на собственную жизнь, в рамках психологического консультирования можно помочь пациенту сформировать адаптивное отношение к заболеванию, что позволит улучшить эмоциональное состояние пациента и повысить его КЖЗ.

Качество жизни пациентов онкоортопедической клиники — это не только важнейший показатель эффективности лечения и реабилитации пациентов, но и та территория научного знания, где медицина и психология наиболее просто могут найти общий язык, а врачи — сформировать комплексный подход к лечению человека.

Ценность концепции качества жизни в онкоортопедии определяется изменением отношения к человеку, страдающему заболеванием: из

больного, пассивно принимающего свою участь, он становится активным участником процесса собственного выздоровления и восстановления, что очень важно в процессе лечения и реабилитации.

В онкоортопедии от участия пациента во многом зависит исход проводимой терапии, так как функциональный результат хирургической операции определяется не только ее объемом и, соответственно, тяжестью, но и тем, насколько быстро «вертикализируется» пациент, и тем, насколько старательно он выполняет рекомендации лечащего врача и — в дальнейшем — реабилитолога. Готовность пациента, несмотря на боль и трудности реабилитации, проходить весь необходимый процесс лечения во многом зависит от его эмоционального статуса и психологических особенностей.

Концепция качества жизни в онкоортопедической клинике, в свою очередь, предполагает составление индивидуального профиля КЖ пациента в зависимости от диагноза и типа лечения и составление личностного профиля, помогающего определить основные «мишени» психологического консультирования, призванного, помимо своих базовых задач, помочь человеку оптимизировать свои возможности с учетом наложенных болезнью ограничений.

Следует подчеркнуть, что осознание ситуации онкологического заболевания неотделимо от поиска смысла происходящего в контексте индивидуальной истории человека, его жизненного пути. Для преодоления трудной ситуации человеку необходимо понимать, зачем нужно это преодоление.

Говоря о форме психологического консультирования, важно отметить, что наибольшей эффективностью, несомненно, характеризуется комплексная работа в формате как индивидуального консультирования, так и групповой работы. Эффективность проведения психотерапевтических групп в стационаре доказана многолетней зарубежной практикой, также опыт проведения групп непосредственно для пациентов с онкологической патологией оказался положительным и показал действенность метода групповой психотерапии в ситуации угрожающего жизни заболевания.

3. Формирование «мишеней» для психологического консультирования пациентов с конкретной локализацией опухолевого процесса. Данные, полученные при изучении групп пациентов: 1) с опухолевым поражением длинных костей конечностей, 2) перенесших ампутацию нижней конечности, 3) с опухолевым поражением позвоночника, — свидетельствуют о том, что психосоциальные и индивидуально-психологические характе-

ристики больных при различных формах опухолевого поражения опорно-двигательного аппарата отличаются и по-разному взаимосвязаны с основными характеристиками качества жизни больных.

Пациенты с опухолевым поражением длинных костей конечностей. При изучении качества жизни и адаптации к болезни пациентов с опухолевым поражением длинных костей конечностей с использованием кластерного анализа выделены обобщенные «личностные профили»; с помощью факторного анализа выделены обобщенные факторы качества жизни: «Жизненная активность», «Оптимальное качество жизни в условиях болезни», а также фактор «Желудочно-кишечные симптомы», отражающий соматизацию психологических проблем в ситуации болезни; с помощью многофакторного дисперсионного анализа показано влияние «личностных профилей» на выделенные факторы качества жизни. Показано, что оптимально возможное качество жизни в условиях жизнеопасного и объективно ограничивающего возможности жизнедеятельности онкологического заболевания имеют пациенты, составившие кластеры «Личность с высоким уровнем самосознания и ответственности» и «Зрелая, адаптированная личность». Эти кластеры составили пациенты с высоким уровнем осмысленности жизни и интернальным локусом контроля, способные активно участвовать в лечебном процессе и реабилитации, осознавая свою ответственность за их эффективность и в целом за то, как складывается их жизнь в условиях болезни. Одновременно им свойственно стремление к саморазвитию, получению нового опыта, знаний, а также к расширению социальных контактов (кооперативность, сотрудничество). Наиболее низкое качество жизни имеют пациенты, составившие кластеры «Невротическая личность» и «Социально дезадаптированная личность», характеризующиеся негативным эмоциональным фоном, усиливающим субъективное ощущение соматического неблагополучия (желудочно-кишечной дисфункции), и соответствующими типами отношения к болезни — ипохондрическим, меланхолическим, астеническим; кроме того, в эти кластеры вошли лица с эгоцентрическим типом отношения к болезни, склонные к драматизации жалоб и к соматизации психологических проблем и переживаний (Шелкова, Усманова, Горбунов и др., 2018).

Таким образом, основными направлениями работы в рамках психологического консультирования пациентов с опухолевым поражением длинных костей конечностей является коррекция неадаптивных типов отношения к болезни — ипохондрического, меланхолического, астенического, эгоцентрического. Ранее в нашем исследовании, посвященном

изучению качества жизни и психологических факторов восприятия боли при опухолевом поражении костей, было выявлено, что именно пациенты с неадаптивными типами отношения к болезни характеризуются наиболее интенсивными болевыми ощущениями на фоне негативного эмоционального фона (Щелков с соавт., 2018). Коррекция неадаптивных типов отношения болезни также, возможно, повлечет благоприятные изменения в восприятии болевых ощущений пациентами за счет нивелирования фактора раздражительности, усиливающего концентрацию на болевых ощущениях и, соответственно, их субъективно воспринимаемую интенсивность.

Также в рамках исследования получены результаты, свидетельствующие о том, что более высокое качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей соотносится с лучшей выживаемостью, в то время как снижение качества жизни пациентов, связанное с соматизацией негативных эмоциональных переживаний, соответствует более низкому уровню выживаемости.

Изучена взаимосвязь показателей качества жизни и трехлетней выживаемости пациентов с опухолями длинных костей. Установлено, что относительно высокое качество жизни соотносится с лучшей выживаемостью, в то время как снижение качества жизни пациентов, связанное с соматизацией негативных эмоциональных переживаний, соответствует более низкому уровню выживаемости (Усманова, Щелкова, Сушенцов и др., 2019).

Кроме того, в рамках исследования была изучена взаимосвязь показателей качества жизни, личностных особенностей и копинг-стратегий пациентов с опухолями длинных костей. Выявлено, что такие характеристики личности, как высокая осмысленность жизни, высокий уровень личностных ресурсов, склонность к сотрудничеству и реагирование в трудной ситуации с применением стратегии положительной переоценки соответствуют более высокому качеству жизни. При этом низкий уровень личностных ресурсов и низкий уровень взаимодействия с проблемой, низкая осмысленность жизни и высокая социальная зависимость соотносятся со снижением качества жизни (Щелкова, Усманова, Валиев, и др., 2021).

Полученные результаты говорят о необходимости, в рамках психологического консультирования пациентов с опухолями длинных костей конечностей, формирования активной ответственной позиции пациентов, что, конечно же, недостижимо в короткие сроки пребывания в стационаре, так как характеристики личности и ценностно-смысловые

ориентации являются устойчивыми образованиями. Однако реальной и выполнимой задачей в данном случае представляется работа по формированию эффективных стратегий совладающего поведения, которые за счет снижения общего уровня психического напряжения откроют перед пациентами возможности более глубоких личностных изменений и духовной трансформации. Психологическая работа, проводимая в стационаре, направлена не только на достижение изменений в текущем состоянии пациента, но и на формирование опоры для шагов, возможных в последующем.

Пациенты с опухолевым поражением позвоночника. В рамках исследования изучена взаимосвязь основных показателей качества жизни с психологическими характеристиками пациентов с опухолевым поражением позвоночника. Как и в других группах, лучшие показатели качества жизни соответствовали большей выраженности психологических характеристик, отражающих зрелость личности (интернальность, активность, наличие осмысленных целей, способность к обращению за социальной поддержкой и др.). Снижение показателей зрелости личности и конструктивных стратегий копинга сопровождается усилением соматической симптоматики и ее влияния на качество жизни больных (Щелкова, Валиев, Усманова, 2021).

В зарубежных работах представлены интересные данные о взаимосвязи удовлетворенности пациентов качеством жизни после хирургической операции и предоперационными ожиданиями.

R. Gal с соавт. выявили, что пациенты, перенесшие операцию на позвоночнике, имели чрезмерно оптимистичные ожидания относительно боли и облегчения симптомов, они недооценивали вероятность функциональной недостаточности и переоценивали вероятность (полного) выздоровления и возвращения к работе. Исследования показали, что пациенты недостаточно подготовлены к операции с точки зрения ожиданий в отношении результатов лечения. Точно так же пациенты с распространенным раком, получающие паллиативное лечение, часто имели чрезмерно оптимистичные ожидания относительно продолжительности жизни и излечения (Gal, Oostinga, Wessels et al., 2020).

Авторы заключают, что консультации перед лечением по поводу ожидаемой боли и облегчения симптомов, выздоровления могут улучшить понимание прогноза, а также способствовать развитию корректных ожиданий касательно лечения, что, в свою очередь, может привести к лучшему восприятию результатов лечения и, следовательно, более высокому качеству жизни (Gal, Oostinga, Wessels et al., 2020).

Rehman et al. провели интервью с хирургами и заключили, что, согласно сообщениям хирургов, пациенты были чрезмерно оптимистичны в отношении операции, ожидая полного выздоровления и полного освобождения от болей в спине (Rehman, Syed, Wiercioch, 2019).

Представленные данные соответствуют результатам Lattig et al. Исследователи сообщают, что пациенты, по их наблюдениям, всегда имели более высокие ожидания, чем их вертебральные хирурги относительно боли в спине и активности (деятельность на работе, домашние дела и спорт) (Lattig et al., 2013).

В большинстве исследований сообщается, что пациенты с распространенным раком верят, что их болезнь все еще излечима и что запланированное лечение (лучевая терапия, химиотерапия или иммунотерапия) может вылечить их заболевание. Sze et al. отмечают, что пациенты могут признавать неизлечимую природу своей болезни, но по-прежнему надеяться на излечение или ремиссию (Sze et al., 2006). При этом Chow et al. выявили, что особенности течения болезни (индекс Карновского, локализация первичного рака и метастазов, а также симптомы дистресса) не повлияли на ожидания излечения (Chow et al., 2001).

В связи с тем, что пациенты с чрезмерно оптимистичными ожиданиями менее удовлетворены своим послеоперационным состоянием здоровья, становится ясно, почему они оценивают качество своей жизни ниже. Saban et al. обнаружили, что соответствие результатов лечения ожиданиям было связано с более высоким качеством жизни (Saban et al., 2007).

Таким образом, на основании представленных данных литературы можно утверждать, что психологическое консультирование пациентов с опухолевым поражением позвоночника в предоперационном периоде целесообразно направлять на обсуждение реальной клинической ситуации и формирование корректных ожиданий от хирургического лечения, включая прогноз заболевания, возможный уровень физической и социальной активности, предполагаемые ограничения, ожидаемую интенсивность и распространенность болевых ощущений в послеоперационном периоде и длительность процесса реабилитации.

На основании данных собственного исследования центральной миссией психологического консультирования пациентов с опухолями позвоночника должна стать инфантильная зависимая позиция в лечебном процессе и неконструктивный копинг с возможностью формирования преневротических расстройств с конверсионной симптоматикой (сomatisацией тревоги).

4. Задачи и этапы психологического консультирования. Психологическое консультирование понимается как помощь человеку в разрешении возникающих у него трудных и проблемных ситуаций и имеет своей целью изменение чувств, мыслей и поведения в направлении, обеспечивающем более полноценное функционирование личности. В ситуации болезни речь преимущественно идет о чувствах, мыслях и поведении, непосредственно связанных с заболеванием и препятствующих конструктивному совладанию (психологическому преодолению стресса, связанного с болезнью).

В связи с этим общая цель психологического консультирования в онкоортопедической клинике может рассматриваться как изменение когнитивных, эмоциональных и поведенческих характеристик, влияющих на качество жизни пациента: формирование более точного понимания актуальной ситуации и адекватного самопонимания, коррекция эмоционального состояния и эмоциональных отношений, изменение неадаптивных поведенческих стереотипов.

Заключение

Обобщение результатов многолетнего психологического исследования пациентов различных отделений НМИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина Минздрава России позволило сформировать убеждение в том, что основной мишенью клинко-психологического вмешательства в онкоортопедической клинике является многомерный феномен качества жизни пациентов, психологической составляющей которого является совокупность переживаний и отношений, ориентированных на осмысление собственного существования, ценности здоровья и возможности личности устанавливать взаимосвязи с внешним миром в соответствии со своими потребностями и индивидуальными возможностями, в том числе и в условиях болезни. На основании разработанной концепции качества жизни при онкоортопедической патологии обозначены основные направления психологического консультирования пациентов. Перспективы этой работы связаны с разработкой целенаправленных программ и техник психологического консультирования пациентов с разными формами онкопатологии опорно-двигательного аппарата, проверка их эффективности и интегрирование в общий комплекс лечебно-восстановительной работы с больными.

Список источников / References

1. Мусаев, Э.Р., Шелкова, О.Ю., Усманова, Е.Б., Кулага, А.В., Алиев, М.Д. (2022). *Качество жизни пациентов с опухолями костей*. М.: РАН.
Musaev, E.R., Shhelkova, O.Yu., Usmanova, E.B., Kulaga, A.V., Aliev, M.D. (2022). *Quality of life in patients with bone tumors*. М.: RAS. (In Russ.).
2. Усманова, Е.Б., Шелкова, О.Ю., Сушенцов, Е.А., Софронов, Д.И., Валиев, А.К. (2019). Качество жизни и выживаемость пациентов с опухолевым поражением костей. *Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи*, 11(2), 34–39.
Usmanova, E.B., Shchelkova, O.Yu., Sushentsov, E.A., Sofronov, D.I., Valiev, A.K. (2019). Quality of life and survival rate in patients with bone tumors. *Bone and soft tissue sarcomas, tumors of the skin*, 11(2), 34–39. (In Russ.)/
3. Шелкова, О.Ю., Валиев, А.К., Обухова, О.А., Усманова, Е.Б., Софронов, Д.И. (2021). Взаимосвязь основных параметров качества жизни и психологических характеристик пациентов с опухолевым поражением позвоночника. *Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи*, 13(2), 44–54. <https://doi.org/10.17650/2070-9781-2021-13-2-44-54>
Shhelkova, O.Yu., Valiev, A.K., Obukhova, O.A., Usmanova, E.B., Sofronov, D.I. (2021). Dynamics of quality of life main parameters in patients with spine tumors underwent surgical treatment. *Bone and soft tissue sarcomas, tumors of the skin*, 13(2), 44–54. (In Russ.) <https://doi.org/10.17650/2070-9781-2021-13-2-44-54>
4. Шелкова, О.Ю., Усманова, Е.Б., Валиев, А.К., Обухова, О.А., Софронов, Д.И. (2021). Профиль личности и качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей. *Психология. Психофизиология*, 14(1), 62–75.
Shhelkova, O.Yu., Usmanova, E.B., Valiev, A.K., Obukhova, O.A., Sofronov, D.I. (2021). Personality and quality of life in patients with bone tumors. *Psychology. Psychophysiology*, 14(1), 62–75.
5. Шелкова, О.Ю., Усманова, Е.Б., Горбунов, И.А. (2018). Психологическая адаптация к болезни и качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей. *Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова*, 25(3), 62–72.
Shhelkova, O.Yu., Usmanova, E.B., Gorbunov, I.A. (2018). Psychological adjustment and quality of life in patients with bone tumor. *The scientific notes of Pavlov University*, 25(3), 62–72.
6. Шелкова, О.Ю., Сушенцов, Е.А., Усманова, Е.Б., Валиев, А.К., Горбунов, И.А. (2018). Качество жизни и психологические факторы восприятия боли при опухолевом поражении костей. *Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи*, 10(3), 31–35.
Shchelkova, O.Yu., Sushentsov, E.A., Usmanova, E.B., Valiev, A.K., Gorbunov, I.A. (2018). Quality of life and psychological factors of pain perception in patients with bone tumors. *Bone and soft tissue sarcomas, tumors of the skin*, 10(3), 31–35. (In Russ.)/
7. Ялом, И. (2011). *Стационарная групповая психотерапия*. М.: Эксмо.

- Yalom I. (2011). *Inpatient group psychotherapy*. M.: Eksmo.
8. Benedict, C., Penedo, F.J. (2013). Psychological interventions in cancer. *Psychological aspects of cancer*. Springer science, 221–248.
 9. Chow, E., Andersson, L., Wong, R., Vachon, M., Hruby, G., Franssen, E., Fung, K.W., Harth, T., Pach, B., Pope, J., et al. (2001). Patients with advanced cancer: a survey of the understanding of their illness and expectations from palliative radiotherapy for symptomatic metastases. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*, 13(3), 204–208.
 10. Dubashi, B., Vidhubala, E., Cyriac, S., Sagar, T.G. (2010). Quality of life among young women with breast cancer: Study from a tertiary institute in south India. *Indian Journal of Cancer*, 47, 142–147.
 11. Gal, R., Oostinga, D., Wessels, H. et al. (2020). Pre-treatment expectations of patients with spinal metastases: what do we know and what can we learn from other disciplines? A systematic review of qualitative studies. *BMC Cancer*, 20, 1211–1220.
 12. Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psychological aspects of cancer*. *Springer science*, 8, 119–127. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4866-2_8
 13. Ivascu, R., Dutu, M., Corneci, D., Nitipir, C. (2024). Energy Expenditure, a New Tool for Monitoring Surgical Stress in Colorectal Oncological Patients: A Prospective, Monocentric Study. *Cureus*, 16(3), e56822. <https://doi.org/10.7759/cureus.56822>
 14. Jehan, M., Azam, S., Taimuri, M.A. et al. (2024). Care for breast cancer survivors in Asian countries: A review of sexual dysfunction. *Women's Health (Lond)*, 20:17455057241237687. <https://doi.org/10.1177/17455057241237687>
 15. Lattig, F., Fekete, T.F., O'Riordan, D., Kleinstuck, F.S., Jeszenszky, D., Porchet, F., Mutter, U., Mannion, A.F. (2013). A comparison of patient and surgeon preoperative expectations of spinal surgery. *Spine (Phila Pa 1976)*, 38(12), 1040–1048.
 16. Leo, C.S.Y., Cheng, L.J., Lam, X.R., He, H. (2024). Global prevalence and factors associated with preoperative depression in women undergoing breast surgery: a meta-analysis and meta-regression. *Breast Cancer Res Treat*, 201(1), 117–126. <https://doi.org/10.1007/s10549-023-07216-3>
 17. Rehman, Y., Syed, M., Wiercioch, W. et al. (2019). Discrepancies between patient and surgeon expectations of surgery for sciatica: a challenge for informed decision making? *Spine (Phila Pa 1976)*, 44(10), 740–746.
 18. Saban, K.L., Penckofer, S.M. (2007). Patient expectations of quality of life following lumbar spinal surgery. *J Neurosci Nurs.*, 39(3), 180–189.
 19. Sadock, B.J., Virginia, A., Ruiz, P. (2009). Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th Edition. Lippincott Williams&Wilkins, 488.
 20. Sandager, M.T. et al. (2024). Health-related quality of life, needs, and concerns among cancer survivors referred to rehabilitation in primary healthcare setting. *Acta Oncol.*, 63, 76–82. <https://doi.org/10.2340/1651-226X.2024.19636>
 21. Santos-Sousa, A.L. et al. (2024). Expression of 1- and 2-adrenergic receptors in oral squamous cell carcinoma and their association with psychological and clinical factors. *Arch Oral Biol.*, 162, e105939. <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2024.105939>

22. Seiler, A. et al. (2024). Effects of dignity therapy on psychological distress and wellbeing of palliative care patients and family caregivers — a randomized controlled study. *BMC Palliat Care*, 23(1), 73–80. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01408-4>
23. Sze, J., Marisette, S., Williams, D., Nyhof-Young, J., Crooks, D., Husain, A., Bezjak, A., Wong, R.K. (2006). Decision making in palliative radiation therapy: reframing hope in caregivers and patients with brain metastases. *Support Care Cancer*, 14(10), 1055–1063.
24. Thune-Boyle, C.V. Religiosity and Spirituality in coping with cancer. Psychological aspects of cancer. *Springer science*, 2013, 1, 129–150.
25. Yalom, I.D. (1980). Existential Psychotherapy. New York: Basic Books.
26. Yoo, S.H., Kang, J., Kim, H.J. et al. (2024). Opioid use and subsequent delirium risk in patients with advanced cancer in palliative care: a multicenter registry study. *Sci Rep*, 14(1), 6004. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-56675-1>
27. Zhang Y. et al. (2024). Suicidal ideation in Chinese patients with advanced breast cancer: a multi-center mediation model study. *BMC Psychol*, 12(1), 139–149. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01607-x>

Информация об авторах

Цыренова Екатерина Бахромовна, кандидат психологических наук, медицинский психолог, НМИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина (ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Минздрава России), Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4853-308X>, e-mail: usmanovakate@ya.ru

Шелкова Ольга Юрьевна, доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ); старший научный сотрудник, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (НМИЦ ПН им В. М. Бехтерева), Санкт-Петербург, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9444-4742>, e-mail: Olga.psy.pu@mail.ru

Information about the authors

Ekaterina B. Tsyrenova, Ph.D., Medical Psychologist, National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Blokhin, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4853-308X>, e-mail: usmanovakate@ya.ru

Olga Yu. Shchelkova, Doctor in Psychology, Professor, Chief of the Department of medical psychology and psychophysiology, St. Petersburg State University; Senior Researcher, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9444-4742>, e-mail: Olga.psy.pu@mail.ru

Вклад авторов

Цыренова Е.Б. — проведение эксперимента; аннотирование, написание и оформление рукописи.

Щелкова О.Ю. — идеи исследования; сбор и анализ данных; планирование исследования; контроль за проведением исследования.

Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the Authors

Tsyrenova E. B. — conducting the experiment; annotation, writing and design of the manuscript.

Shchelkova O. Yu.— ideas; data collection and analysis; planning of the research; control over the research.

All authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of Interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Исследование было рассмотрено и одобрено Этическим комитетом Санкт-Петербургского государственного университета. Протокол №02-97 от 30.11.2016.

Ethics Statement

The study was reviewed and approved by the Ethics Committee of St. Petersburg State University. Protocol №02-97 from 30.11.2016.

Поступила в редакцию 14.02.2025

Received 2025.02.14

Поступила после рецензирования 27.02.2025

Revised 2025.02.27

Принята к публикации 10.03.2025

Accepted 2025.03.10

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ

THEORETICAL REVIEWS

Научная статья | Original paper

Применение различных психотерапевтических подходов в практике психологического сопровождения онкопациентов: научный обзор

П.Н. Ермаков

Южный федеральный университет (ФГАОУ ВО ЮФУ),

г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8395-2426>, e-mail: paver@sfedu.ru

О.И. Кит

Национальный медицинский исследовательский центр онкологии

Минздрава России (ФГБУ «НМИЦ онкологии» Минздрава России),

г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3061-6108>,

e-mail: onko-sekretar@mail.ru

И.А. Скиртач

Южный федеральный университет (ФГАОУ ВО ЮФУ),

г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7024-6087>, e-mail: iskirtach@sfedu.ru

Е.М. Ковш

Южный федеральный университет (ФГАОУ ВО ЮФУ),

г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5804-5688>, e-mail: emkovsh@sfedu.ru

Актуальность. По прогнозам ВОЗ, в ближайшие 25 лет ожидается прирост заболеваемости раком на 35 000 000 случаев, данный прогноз угрожает повышением числа ежегодно умирающих на фоне онкопатологии людей. При этом, согласно данным статистики, в мире около 9 000 000 человек ежегод-

но умирают вследствие различных онкопатологий. До сих пор отсутствует общепринятая система оказания психологической помощи онкопациентам, существует выраженная разрозненность исследований, посвященных изучению эффективности психологического сопровождения онкопациентов с применением различных методов и подходов. **Цель:** рассмотреть различные психотерапевтические подходы и проанализировать их специфику в отношении возможностей коррекции психологических мишеней, актуальных для онкопациентов. **Метод:** теоретический анализ результатов исследований, представленных в виде литературных обзоров, рандомизированных контролируемых исследований, метааналитических исследований, посвященных применению различных психотерапевтических подходов к сопровождению онкопациентов. **Результаты.** Согласно проанализированным данным, существуют незначительные различия в эффективности применения различных психотерапевтических (психодинамического, гуманистического, когнитивно-поведенческого) подходов к коррекции разных психологических трудностей в условиях онкопатологии: для оказания наиболее эффективной психологической помощи необходима четкая дифференциация психологических мишеней на этапе диагностики и подбор индивидуальной стратегии психологического сопровождения для каждого конкретного пациента. **Выводы.** Качество и продолжительность жизни онкопациентов определяются не только успешностью и своевременностью медикаментозного лечения, но и эффективностью психологической помощи, направленной на преодоление депрессии, страха будущего, ощущения жизненного тупика, безнадежности, а также на формирование навыков совладания с негативными эмоциями, гармонизацию отношения к болезни, повышение психологической резилентности и адаптации. При этом на эффективность психологического сопровождения и психотерапии оказывают влияние не только модальность подхода, но также особенности клиент-терапевтического альянса, мотивации и социальной среды клиента, опыта терапевта и проч.

Ключевые слова: онкопатология, психологическое сопровождение онкопациентов, психотерапия, эффективность психотерапии, страх рецидива, качество жизни.

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда (РНФ) в рамках научного проекта № 22-18-00543.

Для цитаты: Ермаков П.Н., Кит О.И., Скиртач И.А., Ковш Е.М. Применение различных психотерапевтических подходов в практике психологического сопровождения онкопациентов: научный обзор // Консультативная психология и психотерапия. 2025. Том 33. № 1. С. 29—48. DOI: <https://doi.org/110.17759/cpp.2025330102>

The use of various psychotherapeutic approaches in the practice of psychological support for cancer patients: a scientific review

Pavel N. Ermakov

Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8395-2426>, e-mail: paver@sfedu.ru

Oleg I. Kit

Federal State Budgetary Institute National Medical Research Center
for Oncology Ministry of Health of the Russian Federation,
Rostov-on-Don, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3061-6108>,

e-mail: onko-sekretar@mail.ru

Irina A. Skirtach

Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7024-6087>; e-mail: iskirtach@sfedu.ru

Ekaterina M. Kovsh

Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5804-5688>, e-mail: emkovsh@sfedu.ru

Relevance. According to WHO forecasts, the incidence of cancer is expected to increase by 35,000,000 cases in the next 25 years, this forecast threatens to increase the number of people dying annually due to cancer pathology. At the same time, according to statistics, about 9,000,000 people die annually in the world due to various oncopathologies. There is still no generally accepted system of providing psychological assistance to cancer patients, and there is a marked disparity in research on the effectiveness of psychological support for cancer patients using various methods and approaches. **Goal.** To consider various psychotherapeutic approaches and analyze their specifics regarding the possibilities of correcting psychological targets relevant to cancer patients. **Method.** Theoretical analysis of research results presented in the form of literature reviews, randomized controlled trials, and meta-analytical studies on the use of various psychotherapeutic approaches to the care of cancer patients. **Results.** According to the analyzed data, there are minor differences in the effectiveness of various psychotherapeutic (psychodynamic, humanistic, cognitive-behavioral) approaches to correcting various psychological difficulties in the context of oncopathology: in order to provide the most effective psychological assistance, it is necessary to clearly differentiate psychological targets at the diagnostic stage and select an individual psychological support strategy for each individual patient.

Conclusions. The quality and life expectancy of cancer patients are determined not only by the success and timeliness of drug treatment, but also by the effectiveness of psychological assistance aimed at overcoming depression, fear of the future, feelings of impasse, hopelessness, as well as the formation of coping skills with negative emotions, harmonizing attitudes towards the disease, increasing psychological resilience and adaptation. At the same time, the effectiveness of psychological support and psychotherapy is influenced not only by the modality of the approach, but also by the features of the client-therapeutic alliance, the motivation and social environment of the client, the therapist's experience, etc.

Keywords: oncopathology, psychological support for cancer patients, psychotherapy, effectiveness of psychotherapy, fear of relapse, quality of life.

Financing. The reported study was funded by Russian Science Foundation (RSF), project number 22-18-00543.

For citation: Ermakov P.N., Kit O.I., Skirtach I.A., Kovsh E.M. The use of various psychotherapeutic approaches in the practice of psychological support for cancer patients: a scientific review. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2025. Vol. 33, no. 1, pp. 29—48. <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330102> (In Russ.).

Введение

Проблема роста числа онкозаболеваний не уходит из повестки Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) уже много лет. Еще в 1965 году было создано Международное агентство по изучению рака (МАИР) как подразделение ВОЗ, целью которого стало глобальное обобщение и использование научных данных для составления аналитических реестров по проблеме рака, поиск механизмов канцерогенеза и разработка стратегий борьбы с этим заболеванием. Мировая статистика заболеваемости и смертности от онкозаболеваний имеет выраженную динамику в зависимости от страны и региона, подвергаемых аналитике. Однако на протяжении ряда лет рак легкого, рак молочной железы, рак простаты и колоректальный рак занимают лидирующие позиции по заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) во всем мире, а среди диагнозов, приводящих к смерти, ведущую позицию держит рак легких (независимо от пола), далее следуют онкологические заболевания органов ЖКТ [4]. Анализ публикаций за период с 2019 по 2024 год на Pubmed выявил 315 992 работ, посвященных раку, что на 87 842 публикации больше, чем за предыдущие 5 лет. Растущая угроза заставляет мировое научное сообщество сосредоточиться на вопросах

раннего выявления, предупреждения и лечения заболеваний, а также на методах психологического сопровождения лиц, имеющих ЗНО.

При этом количество работ, посвященных психологическим аспектам онкозаболеваний, на Pubmed составляет всего 8994 публикаций за последние 5 лет. Одной из ключевых проблем, которая поднимается авторами, является отсутствие или недостаточность психологической помощи пациентам с ЗНО, а также разнородность научных данных в отношении выбора наиболее эффективного подхода к психологическому сопровождению онкопациентов [5].

Информационно-просветительская работа, обучение и установление стандартов психологического сопровождения пациентов, страдающих прогрессирующим заболеванием, и членов их семей на сегодняшний день недостаточно хорошо интегрированы в онкологическую и паллиативную помощь [22]. Кроме физических страданий, обусловленных болезнью и токсическим действием химиотерапии, существенный урон качеству жизни онкопациентов наносят сопутствующие психологические трудности [25]. На фоне длительно воздействующего психологического дистресса проявляются психические расстройства (в 29—59,3% случаев) [20; 37], которые осложняют процесс лечения и реабилитации, а в сочетании с низкой обращаемостью за психологической помощью это приводит к существенному снижению психологического благополучия и качества жизни пациентов. Депрессия по ряду исследований имеет общие нейровоспалительные механизмы развития с прогрессированием ЗНО, что сопровождается нарастанием не только негативной аффективной симптоматики, но и когнитивного дефицита у онкопациентов [14; 35]. При этом признаки клинической депрессии наблюдаются у половины онкопациентов, что в 4 раза превышает статистику по распространенности данного диагноза в общей популяции [11] и имеет достоверную связь с летальным прогнозом [32].

Наиболее распространенные психологические трудности у пациентов с ЗНО связаны с переживанием тревоги и страха, причем если тревога наиболее проявлена при дебюте заболевания, то страх зачастую подключается при выраженном болевом синдроме [2]. Расстройства настроения выражаются в дисфории, апатии и ипохондрии, часто сопровождаются общей астенизацией пациентов [9].

Эффективное психотерапевтическое воздействие направлено на мобилизацию внутренних ресурсов человека для борьбы с болезнью. Ключевой задачей при этом становится не только оказание помощи в совладании с негативными эмоциями, но и формирование активной позиции

в лечебном процессе, повышение комплаентности пациентов, которая способна оказать влияние на эффективность медикаментозной терапии, а также на формирование навыков совладания со стрессом и адаптации к изменившимся условиям жизни, принятие угрожающего жизни хронического заболевания [1; 7]. Важными становятся работа над развитием у пациента самоуважения и самоподдержки, работа с глубинными переживаниями, преодоление ощущения жизненного тупика, страха будущего, поиск новых смыслов жизни. Тем самым в качестве значимых мишеней психотерапии выделяют преодоление экзистенциального кризиса у онкопациента, преодоление фиксации на болезненном состоянии, дефицита позитивных когнитивных установок о мире и себе, чувства вины и дезадаптивного стремления к автономии и независимости, приводящих к отказу от социальной поддержки [16].

Цель работы — рассмотреть различные психотерапевтические подходы и проанализировать их специфику в отношении возможностей коррекции психологических мишеней, актуальных для онкопациентов.

Методы исследования. Нами были использованы поисковые системы PubMed и Google Scholar для отбора статей по ключевым словам: психологические особенности больных раком, психологическая реабилитация онкопациентов, качество жизни онкобольных, психотерапия пациентов с ЗНО, oncology, psychological support of cancer patients, psychotherapy, psychotherapeutic intervention; fear of relapse, quality of life cancer patients, psychological characteristics of cancer patients. В обзор были включены работы, в которых приводились литературные обзоры, результаты рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) либо метааналитических исследований, посвященных применению различных психотерапевтических подходов к сопровождению пациентов с ЗНО.

Психотерапевтические подходы к сопровождению пациентов с ЗНО

Международные организации единогласно сходятся во мнении о необходимости оказания психологической помощи лицам с ЗНО, особенно на поздних стадиях рака [18].

В исследовании Wu Y. и соавторов [36], посвященном метаанализу влияния психотерапии на продолжительность и качество жизни, проводится оценка качества и продолжительности жизни онкопациентов, без дифференциации результата терапии в зависимости от психотера-

психического подхода. Отмечается, что анализ подобного рода исследований существенно затрудняется многообразием шкал, применяемых разными исследователями для измерения психологического состояния, а также отсутствием единой системы оценки качества психологической интервенции. Авторы выделяют ряд факторов, затрудняющих возможность реализации психологического сопровождения всех нуждающихся категорий пациентов: высокие финансовые затраты на высококвалифицированную психотерапевтическую помощь, дефицит опыта работы специалистов с людьми, имеющими ЗНО на поздних стадиях. Однако, несмотря на обозначенные сложности, анализ 33 исследований, включавших сравнение качества жизни более двух тысяч пациентов, получивших психотерапевтическую помощь, с пациентами из контрольной группы достоверно показал, что психотерапия может оказать существенное влияние на исследуемый показатель путем уменьшения уровня тревожности, выраженности симптомов депрессии, существенного снижения спутанности сознания, повышения психологического благополучия и даже снижения уровня болевой симптоматики. При этом отмечено отсутствие связи между продолжительностью жизни и применением психотерапевтической помощи. В ряде работ отмечается, что значительное влияние на эффективность психологического сопровождения и психотерапии оказывают не только и не столько модальность подхода, сколько факторы поддержки (в т. ч., особенности клиент-терапевтического альянса, мотивации клиента, опыта терапевта и проч.), факторы научения (инсайт, когнитивное научение, переосмысление и ассимиляция опыта и др.), факторы активных действий (повышение устойчивости, регуляция поведения, тестирование реальности и проч.) [8].

Для оказания психологической помощи онкопациентам прибегают к традиционным психотерапевтическим методам в русле рациональной психотерапии, психоаналитического подхода, интегративной, системной, экзистенциальной и телесно-ориентированной терапии, а также в последние годы широко распространяются новые методы, предполагающие большую структурированность интервенций, нацеленность на работу с конкретными психологическими симптомами-мишенями [17]. Рассмотрим наиболее распространенные и подтвердившие эффективность подходы, техники и направления.

Психодинамический подход. Данное направление психотерапии традиционно сосредоточивается на исследовании глубинных психологических предикторов, оказывающих влияние на развитие ЗНО. Основы развития психосоматических симптомов и возникновения психологиче-

ских проблем данный подход видит в бессознательном пролонгированном переживании эмоций, которые человек не в состоянии сознательно переработать. Эти эмоции могут стать ответом на действие различных стрессогенных факторов, наиболее значимыми при этом считаются события детства. И.В. Савкин с соавторами в своем исследовании особенностей личности онкопациентов отмечает, что развитие ЗНО может быть ассоциировано с дефицитностью компонента Супер-Эго, формируемого из одобрения и поддержки референтных людей, а также слабостью Эго, формируемой гиперопекой со стороны родителей [6].

В метаэтнографическом исследовании, опубликованном в 2024 году, R. Philipp с соавторами представили результаты 31 исследования, выборку которого составили 15112 респондентов с ЗНО, получавших психологическое сопровождение в русле психодинамического подхода. Через призму работы с внутриличностным конфликтом, экзистенциальным кризисом, неосознаваемыми эмоциями и мотивами поведения психодинамический подход позволил пациентам получить значимое снижение показателей тревоги и страха смерти, добиться восстановления веры в собственные силы и обретение способности справиться с проблемами [28]. М. Abed с соавторами на примере женщин, прошедших 12 сеансов терапии, приводит результаты применения интенсивной краткосрочной динамической психотерапии (Intensive Short-Term Psychodynamic Psychotherapy (ISTDP), разработанной Хабибом Даванлу, направленной на работу с дисфункциональными защитными механизмами, проработку негативных эмоций и внутриличностных конфликтов. Исследование демонстрирует устойчивый, даже по прошествии двух месяцев с последнего сеанса, корректирующий эффект в отношении чувства одиночества и депрессивных симптомов [10]. В результате РКИ, проведенного в 2022 году G. Shahar с соавторами, подтверждена эффективность ISTDP в коррекции симптомов тревоги и депрессии, а также снижении самокритики, которая авторами указывается в качестве фактора, повышающего риск развития психопатологии на фоне онкозаболевания [31]. S. Alirezaee, Nia K. Shariat и H. Akbari провели сравнительный анализ эффективности стратегий КПТ и ISTDP в отношении развития самосострадания у пациентов с ЗНО и не выявили достоверных различий в результативности психотерапевтических подходов в сравнении с контрольной группой [12].

Экзистенциальная психотерапия. С позиции экзистенциального подхода потребность в поиске смысла жизни, свобода воли, потребность делать выбор и страх за свое решение, понимание беспристрастности мира

в сочетании с необходимостью взаимодействовать с ним, понимание неизбежности смерти порождают цепь внутренних конфликтов. Экзистенциальный подход предлагает переосмысление ценностей, открытие новых жизненных стратегий, развитие целостной личности, принятие на себя ответственности.

R. Mohammadi с соавторами продемонстрировали эффективность девяти полуторачасовых сеансов экзистенциальной психотерапии в отношении формирования психологических ресурсов, развития эмоционального контроля у онкологических пациентов, проходящих химиотерапию [26].

T. Terao и M. Satoh представили исследование, в котором описали результаты 19 РКИ, проведенных в отношении 9 психотерапевтических направлений в рамках экзистенциальной концепции психотерапии, и продемонстрировали возможности каждого из них в работе с онкопациентами на поздних стадиях рака. Все эти направления в качестве ключевых тем проработки ориентированы на проблемы страха смерти, потери смысла, изоляции и свободы [34].

Групповая терапия, ориентированная на смысл (MCGP), разработана W. Breitbart Терапевтическими мишенями выступают проблемы изоляции, потери смысла жизни, страха утраты жизни из-за рака. Проведенные автором 2 РКИ с участием 353 онкопациентов продемонстрировали высокую эффективность данного подхода в отношении повышения духовного благополучия в сравнении с классической поддерживающей групповой психотерапией (SGP) [15].

Индивидуальная психотерапия, ориентированная на смысл (Individual Meaning-Centered Psychotherapy, IMCP) — подход, суть которого заключается в том, что пациенты концентрируются на темах концепции и источников смысла жизни, смысла до и после диагноза рака, альтернативных источниках смысла, представлениях о будущем. Такая терапия позволяет осознать смысл жизни, обрести надежду, повысить оптимизм, самоэффективность, качество жизни и психологическое благополучие у онкопациента, снизить уровень дистресса. Было выявлено достоверное улучшение психологического благополучия по сравнению с лечебным массажем и стандартным медицинским сопровождением без психотерапии.

Терапия поиском смысла (Meaning-Making Intervention, MMi) — это краткосрочный индивидуальный терапевтический подход, который помогает искать смысл жизни после постановки диагноза рака, ориентирует пациента на самопознание. MMi имеет дело со смыслом (для снижения ощущения бессмысленности), смертью (из-за рака), изоляцией (отно-

шениями с внешним миром) и свободой. Задачи, которые решаются в этом подходе, это анализ влияния и смысла диагноза рака, поиск «наследия», значимых достижений жизни до рака, рассмотрение развития и трансформации целей, работа со смыслами настоящего, прошлого и будущего. Lee и соавторы [24] провели РКИ с участием 82 пациентов и продемонстрировали достоверное повышение уровня самооценки, оптимизма и самоэффективности по сравнению с контрольной группой.

Терапия смыслом жизни (Meaning of Life Intervention) призвана помочь в пересмотре отношений с окружающими и ревизии ценностей. Данный подход направлен на работу с утратой смысла, страхом смерти, проблемами изоляции и свободы. РКИ, проведенное Mok и соавт. [27], продемонстрировало эффективность терапии в сравнении с контрольной группой в отношении снижения уровня экзистенциального стресса.

Управление раком и осмысленная жизнь (Managing Cancer and Living Meaningfully, CALM) — данный вид терапии был разработан специально для того, чтобы помочь пациентам справиться с двойной задачей — жить с запущенным заболеванием, а также подготовиться к прогрессирующей нетрудоспособности, зависимости от других и концу жизни [30]. Подход опирается на экзистенциальную и интерперсональную теории, а также на теорию привязанности. Помощь оказывается в ходе 3—6 сеансов психотерапии в течение 3—6 месяцев. Цель терапии — облегчить дистресс у пациентов и помочь им справиться с разнообразными проблемами, сопровождающими онкодиагноз. В процессе осуществляются превенция и снижение симптомов депрессии, формируется навык адекватного контакта с врачом, обеспечиваются условия для рефлексии происходящего, уделяется внимание изменениям в самоотношении и в отношениях с близкими людьми, духовному благополучию, ощущению смысла и цели, темам смертности и перспектив на будущее.

Терапия надеждой (Hope Intervention). Данное направление фокусируется на надежде, как многомерной и динамичной жизненной силе, характеризующейся ожиданием обретения блага. Психотерапия при этом включает в себя несколько этапов: поиск надежды (процесс переживания), установление связей с другими (процесс взаимоотношений), расширение границ (духовный/трансцендентный процесс) и создание атмосферы надежды (процесс рационального мышления). В исследовании K. Herth [19] группа, получавшая психотерапевтическое сопровождение, продемонстрировала значительно большую надежду, чем контрольные группы, что может быть связано с экзистенциальным или духовным благополучием.

Терапия достоинства (Dignity Therapy) — краткосрочная психотерапия, направленная на повышение у пациентов чувства ценности собственной личности, цели, смысла и самооценки, а также на уменьшение психосоциального и экзистенциального стресса. Процесс терапии — структурированное интервью, целью которого является инициация осознанных размышлений о жизни, ценностях пациента и его пожеланиях. В процессе такой психотерапии происходит подробное изучение биографии, припоминание наиболее запоминающихся моментов и достижений в жизни, создание своеобразного послания родным и близким с целью наставления или примирения. Достоверный заявленный эффект в сравнении с другими группами терапии и контрольной группой не обнаружен [21].

Интервью с обзором жизни (Life-Review Interviews) — это метод психотерапии, который помогает людям осмыслить предыдущий опыт. Он предполагает личные или групповые беседы с психотерапевтом или фасилитатором, во время которых пациенты исследуют свое детство, подростковый возраст и более поздние этапы жизни.

Цель метода — помочь людям найти смысл, разрешить конфликты и эмоционально восстановиться после оказавших значимое влияние событий. Исследования показывают, что обзор жизни может снизить депрессию и тревогу, а также повысить удовлетворенность жизнью. Традиционно этот метод использовался для людей в конце жизни, чтобы помочь им сформулировать свое наследие (жизненный опыт) и примириться с ним, однако новые исследования показывают, что осмысление предыдущего опыта имеет ценность для людей всех возрастов, включая молодых людей и детей, переживших тяжелую утрату.

Поддерживающее психоонкологическое консультирование (SPI) — это интегративный подход, который помогает пациентам с раком справляться с дистрессом, укреплять уже имеющиеся ресурсы и способствует адаптивному совладанию с болезнью. Он содержит компоненты психообразования, психоонкологического консультирования (например, стратегии управления чрезмерно интенсивными эмоциями), а также кризисные интервенции. Кроме того, SPI способствует обучению пациентов и решению ими проблем с использованием когнитивно-поведенческих и психодинамических техник. В рамках SPI пациенты получают от трех до восьми индивидуальных терапевтических сеансов длительностью 50 минут в течение 6 месяцев. SPI играет важную роль в жизни пациентов с раком и членов их семей, помогая снизить дистресс и справиться с симптомами тревоги и депрессии во время лечения.

Приведенные ниже направления могут быть условно отнесены к **когнитивно-поведенческому подходу**, включающему элементы работы с когнитивными ошибками (когнитивно-экзистенциальная психотерапия), экспозицию (десенсибилизация и переработка движением глаз), а также повышение навыков осознанности, относящееся к когнитивно-поведенческой психотерапии третьей волны (Mindfulness).

Когнитивно-экзистенциальная психотерапия (Cognitive and Existential Intervention) — краткосрочная психотерапия, которая в качестве ключевых тем, обсуждаемых с пациентом, ставит следующие: угроза смерти; страх рецидива; жизнь в условиях неопределенности; лечение с помощью химиотерапии, лучевой терапии и гормонов; отношения между врачом и пациентом; представление о теле и о себе; сексуальность; хирургическая реконструкция; отношения с партнером, друзьями и семьей; а также образ жизни и будущие цели. Ранняя фаза терапии сосредоточена на психологическом сопровождении горя и работе с экзистенциальными проблемами, в то время как работе с когнитивными ошибками уделяется основное внимание во время средней фазы. РКИ с применением данного подхода существенных отличий от традиционных методов не продемонстрировали [23].

Десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ) — краткосрочный межмодальный психотерапевтический подход, используемый в лечении расстройств, вызванных посттравматическим синдромом, с подтвержденной высокой эффективностью. С точки зрения данного интегративного психотерапевтического подхода, первостепенной основой клинической патологии считаются хранящиеся в памяти дисфункциональные воспоминания. Переработка этих воспоминаний и их интеграция в более крупные адаптивные сети воспоминаний позволяет трансформировать их и восстановить функционирование системы [29; 33].

В последнее время также растет интерес к терапевтическим эффектам **практик осознанности** и их клиническому применению. Исследования показали положительные результаты в укреплении эмоционального здоровья среди клинических и здоровых групп населения [13]. В контексте клинических исследований осознанность как особый тип медитативной практики была описана как «неразвивающееся, непредвзятое осознание» опыта настоящего момента [3], нереактивное осознание, возникающее в результате намеренного сосредоточения внимания на текущем опыте, и способность, которую можно тренировать с помощью формальной практики медитации.

Заключение

Результаты проведенного анализа литературы показали, что вне зависимости от модальности избранного психотерапевтического подхода для работы с онкопациентами, психологическое сопровождение способствует повышению эффективности оказываемой медицинской помощи на разных этапах жизни пациента в условиях онкодиагноза. Психологическое сопровождение способствует более успешной психологической и психосоциальной адаптации пациентов к лечению и жизни с заболеванием, поиску и использованию внутренних ресурсов. Онкопациенту предлагаются варианты работы со смыслом изменившейся жизни, над принятием возможного исхода заболевания; в ходе психологического сопровождения происходят позитивные изменения самооценки и других психологических характеристик, снижается болевой синдром, вследствие чего переживание ситуации болезни может стать не только переносимым, но и способствующим посттравматическому росту личности.

Перспективы дальнейшей работы состоят в анализе успешности применения различных психотерапевтических подходов к психологическому сопровождению онкопациентов разных возрастных групп (онкопациентов детского, пожилого и старческого возрастов), а также в изучении особенностей психологического сопровождения их родственников.

Литература

1. Васильева А.В., Караваева А.А., Мизинова Е.Б., & Лукошкина Е.П. Мишени психотерапии при коморбидном посттравматическом стрессовом расстройстве у онкологических больных // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2020. Том 10. № 4. С. 402—416.
2. Денисенко А.Н. Особенности клинико-психологического статуса онкологических больных и возможности его коррекции // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2015. Том 17. № 2—3. С. 502—506.
3. Кабат-Зинн Дж. Куда бы ты ни шел — ты уже там. Медитация полноты осознания в повседневной жизни. М.: «Класс», 2001. 208 с.
4. Макимбетов Э.К., Салихар Р.И., Туманбаев А.М., Токтаналиева А.Н., & Керимов А.Д. Эпидемиология рака в мире // Современные проблемы науки и образования. 2020. № 2. С. 167—167. DOI: 10.17513/spno.29718
5. Мустафин Р.Н., Калюжный Е.А. Психологическое благополучие больных злокачественными новообразованиями // Клиническая и специальная психология. 2024. Том 13. № 3. С. 23—52. DOI: 10.17759/cpse.2024130302

6. Савкин И.В., Шишков А.А., & Ница Н.А. Психодинамические паттерны онкологических пациентов // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Психология. 2010. Том. 4. № 1. С. 60—63.
7. Семиглазова Т.Ю., Семиглазов В.В., Филатова Л.В., Криворотко П.В., Коларькова В.В., & Семиглазов В.Ф. Качество жизни — важный критерий эффективности таргетной терапии метастатического поражения скелета при раке молочной железы // Опухоли женской репродуктивной системы. 2013. № 1(2). С. 17—22.
8. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Пуговкина О.Д. Исследования эффективности психотерапии психических расстройств: история и современное состояние проблемы. М.: Неолит, 2022. 240 с.
9. Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю., Вагайцева М.В., Карицкий А.П., Демин Е.В., Федорова В.В., ... & Беляев А.М. Исследование эмоционального напряжения у онкологических больных и психологическая реабилитация // Вопросы онкологии. 2017. Том 63. № 2. С. 316—319.
10. Abed M., Hossein J., Shahrbanoo S., Masoud G.L., & Hajhosseini M. Effectiveness of intensive short-term psychodynamic psychotherapy on reduced death anxiety, depression and feeling of loneliness among women with breast cancer // Journal of advanced Pharmacy education and research. 2020. Vol. 10. № 1—2020. P. 120—127.
11. Aldea M., Craciun L., Tomuleasa C., & Crivii C. The role of depression and neuroimmune axis in the prognosis of cancer patients // J BUON. 2014. Vol. 19. № 1. P. 5—14.
12. Alirezaee S., Shariat N.K., & Akbari H. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral psychotherapy and intensive short-term dynamic psychotherapy on self-compassion in cancer patients // EBNESINA. 2022. Vol. 24. № 4. P. 43—53. DOI: 10.22034/24.4.43
13. Bohlmeijer E., Prenger R., Taal E., Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis // Journal of psychosomatic research. 2010. Vol. 68. № 6. P. 539—544.
14. Bortolato B., Hyphantis T.N., Valpione S., Perini G., Maes M., Morris G., ... & Carvalho A.F. Depression in cancer: the many biobehavioral pathways driving tumor progression // Cancer treatment reviews. 2017. Vol. 52. P. 58—70. DOI:10.1016/j.ctrv.2016.11.004
15. Breitbart W., Rosenfeld B., Gibson C., Pessin H., Poppito S., Nelson C., Tomarken A., Timm A.K., Berg A., Jacobson C., Sorger B., Abbey J., Olden M. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial // Psycho oncology. 2010. Vol. 19. № 1. P. 21—28. DOI: 10.1002/pon.1556
16. Clark D., Baur N., Clelland D., Garralda E., López-Fidalgo J., Connor S., & Centeno C. Mapping levels of palliative care development in 198 countries: the situation in 2017 // Journal of pain and symptom management. 2020. Vol. 59. № 4. P. 794—807. e4. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2019.11.009

17. *Dolbeault S., Terrasson J., Rault A., Malinowski D., Bisch A.M., Soulié O., Brédart A.* Interventions psycho-oncologiques : quelles approches innovantes ? [Psycho-oncological interventions: What type of psychotherapeutic innovations?] // *Bulletin du Cancer*. 2022. Vol. 109. № 5. P. 548—556. DOI: 10.1016/j.bulcan.2022.03.001
18. *Grassi L., Mezzich J.E., Nanni M.G., Riba M.B., Sabato S., & Caruso R.* A person-centred approach in medicine to reduce the psychosocial and existential burden of chronic and life-threatening medical illness // *International Review of Psychiatry*. 2017. Vol. 29. № 5. P. 377—388. DOI: 10.1080/09540261.2017.1294558
19. *Herth K.* Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer // *Journal of advanced nursing*. 2000. Vol. 32. № 6. P. 1431—1441. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01619.x
20. *Hurria A., Li D., Hansen K., Patil S., Gupta R., Nelson C., ... & Kelly E.* Distress in older patients with cancer // *Journal of Clinical Oncology*. 2009. Vol. 27. № 26. P. 4346—4351. DOI: 10.1200/JCO.2008.19.9463
21. *Julião M., Oliveira F., Nunes B., Vaz Carneiro A., Barbosa A.* Efficacy of dignity therapy on depression and anxiety in Portuguese terminally ill patients: a phase II randomized controlled trial // *J Palliat Med*. 2014. Vol. 17. P.688—695. DOI: 10.1089/jpm.2013.0567
22. *Kaasa S., Loge J.H., Aapro M., et al.* Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission // *Lancet Oncol*. 2018. Vol. 19. P. e588—e653.
23. *Kissane D.W., Bloch S., Smith G.C., Miach P., Clarke D.M., Ikin J., et al.* Cognitive existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial // *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2003. Vol. 12. № 6. P. 532—546. DOI: 10.1002/pon.683
24. *Lee V., Robin Cohen S., Edgar L., Laizner A.M., Gagnon A.J.* Meaning-making and psychological adjustment to cancer: development of an intervention and pilot results // *Oncology nursing forum*. Oncology Nursing Society. 2006. Vol. 33. № 2. P. 291.
25. *Lombardi P., Marandino L., De Luca E., Zichi C., Reale M.L., Pignataro D., ... & Di Maio, M.* Quality of life assessment and reporting in colorectal cancer: a systematic review of phase III trials published between 2012 and 2018 // *Critical reviews in oncology/hematology*. 2020. Vol. 146. P. e102877. DOI: 10.1016/j.critrevonc.2020.102877
26. *Mohammadi R., Zebardast A., Rezaei S.* The Effectiveness of Existential Psychotherapy on Psychological Capital and Affective Control in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy // *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2022. Vol. 10. № 5. P. 82—95. DOI:10.22034/IJPN.10.5.7
27. *Mok E., Lau K.P., Lai T., Ching S.* The meaning of life intervention for patients with advanced-stage cancer: development and pilot study // *Oncology Nursing Forum*. 2012. Vol. 39. № 6. P. E480—E488. DOI: 10.1188/12.ONFE480-E488
28. *Philipp R., Walbaum C., & Vehling S.* Psychodynamic psychotherapy in serious physical illness: A systematic literature review of approaches and techniques for the treatment of existential distress and mental disorders // *Death Studies*. 2024. P. 1—22. DOI:10.1080/07481187.2024.2353362

29. Portigliatti Pomeri A., La Salvia A., Carletto S., Oliva F., & Ostacoli L. EMDR in cancer patients: A systematic review // *Frontiers in psychology*. 2021. Vol. 11. P. 590204. DOI:10.3389/fpsyg.2020.590204
30. Rodin G., Lo C., Rydall A., Shnall J., Malfitano C., Chiu A., et al. Managing cancer and living meaningfully (CALM): a randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer // *Journal of Clinical Oncology*. 2018. Vol. 36. № 23. P. 2422—2432. DOI: 10.1200/JCO.2017.77.1097
31. Shahar G., Bauminger R., Zwerenz R., Brähler E., & Beutel M. Centrality of self-criticism in depression and anxiety experienced by breast cancer patients undergoing short-term psychodynamic psychotherapy // *Psychiatry*. 2022. Vol. 85. № 3. P. 215—227. DOI:10.1080/00332747.2021.2004786
32. Smith H.R. Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment // *Oncology letters*. 2015. Vol. 9. № 4. P. 1509—1514. DOI:10.3892/ol.2015.2944
33. Staton A., Wilde S., & Dawson D.L. The effectiveness of EMDR for medically unexplained symptoms: A systematic literature review // *Journal of EMDR Practice and Research*. 2022. Vol. 16. № 4. P. 170—201. DOI: 10.1891/EMDR-2022-0017
34. Terao T., Satoh M. The present state of existential interventions within palliative care // *Frontiers in Psychiatry*. 2022. Vol. 12. P. 811612. DOI:10.3389/fpsy.2021.811612
35. Wohleb E., Franklin T., Iwata M. et al. Integrating neuroimmune systems in the neurobiology of depression // *Nature Reviews Neuroscience*. 2016. Vol. 17. № 8. P. 497—511. DOI: 10.1038/nrn.2016.69
36. Wu Y., Pan J., Lu Y., Chao J., Yu H. Psychotherapy for advanced cancer patients: A meta-analysis of the quality of life and survival assessments // *Palliative & Supportive Care*. 2023. Vol. 21. № 2. P. 301—307. DOI:10.1017/S1478951522000694
37. Zabora J., BrintzenhofeSzoc K., Curbow B., Hooker C., & Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site // *Psycho oncology: journal of the psychological, social and behavioral dimensions of Cancer*. 2001. Vol. 10. № 1. P. 19—28. DOI: 10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::AID-PON501>3.0.CO;2-6

References

1. Vasil'eva A.V., Karavaeva A.A., Mizinova E.B., & Lukoshkina E.P. Misheni psihoterapii pri komorbidnom posttravmaticheskom stressovom rasstrojstve u onkologicheskikh bol'nyh [Targets of psychotherapy in comorbid post-traumatic stress disorder in cancer patients]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psihologiya=Bulletin of St. Petersburg University. Psychology*, 2020, Vol. 10, no. 4, pp. 402—416. (In Russ.).
2. Denisenko A.N. Osobennosti kliniko-psihologicheskogo statusa onkologicheskikh bol'nyh i vozmozhnosti ego korrektsii [Features of the clinical and psychological status of cancer patients and the possibility of its correction]. *Izvestiya Samarskogo nauchnogo centra Rossijskoj akademii nauk=Proceedings of the Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences*, 2015, Vol. 17, no. 2—3, pp. 502—506. (In Russ.).

3. Kabat-Zinn Dzh. Kuda by ty ni shel — ty uzhe tam [Wherever you go, you're already there]. *Meditaciya polnoty osoznaniya v povsednevnoj zhizni* = Meditation of fullness of awareness in everyday life, M.: «Klass», 2001, 208 p. (In Russ.).
4. Makimbetov E.K., Salihar R.I., Tumanbaev A.M., Toktanalieva A.N., & Kerimov A.D. Epidemiologiya raka v mire [Epidemiology of cancer in the world]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* = Modern problems of science and education, 2020, no. 2, pp. 167—167. (In Russ.). DOI: 10.17513/spno.29718
5. Mustafin R.N., Kalyuzhnyj E.A. Psihologicheskoe blagopoluchie bol'nyh zlokachestvennymi novoobrazovaniyami [Psychological well-being of patients with malignant neoplasms]. *Klinicheskaya i special'naya psihologiya* = Clinical and special psychology, 2024. Vol.13, no.3, pp. 23—52. (In Russ.). DOI: 10.17759/cpse.2024130302
6. Savkin I.V., Shishkov A.A., & Nica N.A. Psihodinamicheskie patterny onkologicheskikh pacientov [Psychodynamic patterns of cancer patients]. *Vestnik Novosibirskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psihologiya* = Bulletin of Novosibirsk State University. Series: Psychology, 2010. Vol. 4, no. 1., pp. 60—63. (In Russ.).
7. Semiglazova T.Yu., Semiglazov V.V., Filatova L.V., Krivorot'ko P.V., Kolar'kova V.V., & Semiglazov V.F. Kachestvo zhizni — vazhnyj kriterij effektivnosti targetnoj terapii metastaticheskogo porazheniya skeleta pri rake molochnoj zhelezy [Quality of life is an important criterion for the effectiveness of targeted therapy of metastatic skeletal lesions in breast cancer]. *Opuholi zhenskoy reproduktivnoj sistemy* = Tumors of the female reproductive system, 2013, no. 1—2, pp. 17—22. (In Russ.).
8. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Pugovkina O.D. Issledovaniya effektivnosti psihoterapii psihicheskikh rasstrojstv: istoriya i sovremennoe sostoyanie problem [Research on the effectiveness of psychotherapy of mental disorders: history and current state of the problem]. M.: «Neolit», 2022. 240 p. (In Russ.).
9. Chulkova V.A., Semiglazova T.Yu., Vagajceva M.V., Karickij A.P., Demin E.V., Fedorova V.V., ... & Belyaev A.M. Issledovanie emocional'nogo napryazheniya u onkologicheskikh bol'nyh i psihologicheskaya reabilitaciya [Study of emotional stress in cancer patients and psychological rehabilitation]. *Voprosy onkologii* = Issues of oncology, 2017, Vol. 63, no. 2, pp. 316—319. (In Russ.).
10. Abed M., Hossein J., Shahrbanoo S., Masoud G.L., & Hajhosseini M. Effectiveness of intensive short-term psychodynamic psychotherapy on reduced death anxiety, depression and feeling of loneliness among women with breast cancer. *Journal of advanced Pharmacy education and research*, 2020. Vol. 10, no. 1, pp. 120—127.
11. Aldea M., Craciun L., Tomuleasa C., & Crivii C. The role of depression and neuroimmune axis in the prognosis of cancer patients. *J BUON*, 2014. Vol. 19, № 1, pp. 5—14.
12. Alirezaee S., Shariat N.K., & Akbari H. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral psychotherapy and intensive short-term dynamic psychotherapy on self-compassion in cancer patients. *EBNESINA*, 2022. Vol. 24, no. 4, pp. 43—53. DOI: 10.22034/24.4.43

13. Bohlmeijer E., Prenger R., Taal E., Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 2010. Vol. 6, no. 6, pp. 539—544.
14. Bortolato B., Hyphantis T.N., Valpione S., Perini G., Maes M., Morris G., ... & Carvalho A.F. Depression in cancer: the many biobehavioral pathways driving tumor progression. *Cancer treatment reviews*, 2017. Vol. 52, pp. 58—70. DOI:10.1016/j.ctrv.2016.11.004
15. Breitbart W., Rosenfeld B., Gibson C., Pessin H., Poppito S., Nelson C., Tomarken A., Timm A.K., Berg A., Jacobson C., Sorger B., Abbey J., Olden M. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psycho oncology*, 2010. Vol. 19, no. 1, pp. 21—28. DOI: 10.1002/pon.1556
16. Clark D., Baur N., Clelland D., Garralda E., Lopez-Fidalgo J., Connor S., & Centeno C. Mapping levels of palliative care development in 198 countries: the situation in 2017. *Journal of pain and symptom management*, 2020. Vol. 59, no. 4, pp. 794—807. e4. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2019.11.009
17. Dolbeault S., Terrasson J., Rault A., Malinowski D., Bisch A.M., Soulié O., Brédart A. Interventions psycho-oncologiques : quelles approches innovantes ? [Psycho-oncological interventions: What type of psychotherapeutic innovations?]. *Bulletin du Cancer*, 2022. Vol. 109, no 5. pp. 548—556. DOI: 10.1016/j.bulcan.2022.03.001
18. Grassi L., Mezzich J.E., Nanni M.G., Riba M.B., Sabato S., & Caruso R. A person-centred approach in medicine to reduce the psychosocial and existential burden of chronic and life-threatening medical illness. *International Review of Psychiatry*, 2017. Vol. 29, no. 5, pp. 377—388. DOI: 10.1080/09540261.2017.1294558
19. Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of advanced nursing*, 2000. Vol. 32, no. 6, pp. 1431—1441. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01619.x
20. Hurria A., Li D., Hansen K., Patil S., Gupta R., Nelson C., ... & Kelly E. Distress in older patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2009. Vol. 27, no. 26, pp. 4346—4351. DOI: 10.1200/JCO.2008.19.9463
21. Julião M., Oliveira F., Nunes B., Vaz Carneiro A., Barbosa A. Efficacy of dignity therapy on depression and anxiety in Portuguese terminally ill patients: a phase II randomized controlled trial. *J Palliat Med.*, 2014. Vol. 17, pp. 688—695. DOI: 10.1089/jpm.2013.0567
22. Kaasa S., Loge J.H., Aapro M., et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol*, 2018. Vol. 19, pp. e588—e653.
23. Kissane D.W., Bloch S., Smith G.C., Miach P., Clarke D.M., Ikin J., et al. Cognitive existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psycho Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2003. Vol. 12, no. 6, pp. 532—546. DOI: 10.1002/pon.683
24. Lee V., Robin Cohen S., Edgar L., Laizner A.M., Gagnon A.J. Meaning-making and psychological adjustment to cancer: development of an intervention and pilot

- results. Oncology nursing forum. *Oncology Nursing Society*, 2006. Vol. 33, no. 2, pp. 291.
25. Lombardi P., Marandino L., De Luca E., Zichi C., Reale M.L., Pignataro D., ... & Di Maio, M. Quality of life assessment and reporting in colorectal cancer: a systematic review of phase III trials published between 2012 and 2018. *Critical reviews in oncology/hematology*. 2020. Vol. 146, pp. 102877. DOI: 10.1016/j.critrevonc.2020.102877
26. Mohammadi R., Zebardast A., Rezaei S. The Effectiveness of Existential Psychotherapy on Psychological Capital and Affective Control in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 2022. Vol. 10, no. 5, pp. 82—95. DOI: 10.22034/IJPN.10.5.7
27. Mok E., Lau K.P., Lai T., Ching S. The meaning of life intervention for patients with advanced-stage cancer: development and pilot study. *Oncology Nursing Forum*, 2012. Vol. 39, no. 6, pp. e480—e488. DOI: 10.1188/12.ONFE480-E488
28. Philipp R., Walbaum C., & Vehling S. Psychodynamic psychotherapy in serious physical illness: A systematic literature review of approaches and techniques for the treatment of existential distress and mental disorders. *Death Studies*, 2024, № 1, pp. 1—22. DOI: 10.1080/07481187.2024.2353362
29. Portigliatti Pomeri A., La Salvia A., Carletto S., Oliva F., & Ostacoli L. EMDR in cancer patients: A systematic review. *Frontiers in psychology*, 2021. Vol. 11, pp. 590204. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.590204
30. Rodin G., Lo C., Rydall A., Shnall J., Malfitano C., Chiu A., et al. Managing cancer and living meaningfully (CALM): a randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 2018. Vol. 36, no. 23, pp. 2422—2432. DOI: 10.1200/JCO.2017.77.1097
31. Shahar G., Bauminger R., Zwerenz R., Brähler E., & Beutel M. Centrality of self-criticism in depression and anxiety experienced by breast cancer patients undergoing short-term psychodynamic psychotherapy. *Psychiatry*, 2022. Vol. 85, no. 3, pp. 215—227. DOI: 10.1080/00332747.2021.2004786
32. Smith H.R. Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment. *Oncology letters*, 2015. Vol. 9, no. 4, pp. 1509—1514. DOI: 10.3892/ol.2015.2944
33. Staton A., Wilde S., & Dawson D.L. The effectiveness of EMDR for medically unexplained symptoms: A systematic literature review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2022. Vol. 16, no. 4, pp. 170—201. DOI: 10.1891/EMDR-2022-0017
34. Terao T., Satoh M. The present state of existential interventions within palliative care. *Frontiers in Psychiatry*, 2022. Vol. 12, pp. 811612. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.811612
35. Wohleb E., Franklin T., Iwata M. et al. Integrating neuroimmune systems in the neurobiology of depression. *Nature Reviews Neuroscience*, 2016. Vol. 17, no. 8, pp. 497—511. DOI: 10.1038/nrn.2016.69
36. Wu Y., Pan J., Lu Y., Chao J., Yu H. Psychotherapy for advanced cancer patients: A meta-analysis of the quality of life and survival assessments. *Palliative & Supportive Care*, 2023. Vol. 21, no. 2, pp. 301—307. DOI: 10.1017/S1478951522000694

37. Zabora J., BrintzenhofeSzoc K., Curbow B., Hooker C., & Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology: journal of the psychological, social and behavioral dimensions of Cancer*. 2001. Vol. 10. № 1, pp. 19—28. DOI: 10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::AID-PON501>3.0.CO;2-6

Информация об авторах

Ермаков Павел Николаевич, доктор биологических наук, профессор, заведующий кафедрой психофизиологии и клинической психологии, Южный федеральный университет (ФГАОУ ВО ЮФУ), г. Ростов-на-Дону, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8395-2426>, e-mail: paver@sfedu.ru

Кит Олег Иванович, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра онкологии (ФГБУ «НМИЦ» Минздрава РФ), г. Ростов-на-Дону, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3061-6108>, e-mail: onko-sekretar@mail.ru

Скиртач Ирина Анатольевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психофизиологии и клинической психологии, Южный федеральный университет (ФГАОУ ВО ЮФУ), г. Ростов-на-Дону, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7024-6087>, e-mail: iskirtach@sfedu.ru

Ковш Екатерина Михайловна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психофизиологии и клинической психологии, Южный федеральный университет (ФГАОУ ВО ЮФУ), г. Ростов-на-Дону, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5804-5688>; e-mail: emkovsh@sfedu.ru

Information about the authors

Pavel N. Ermakov, Doctor of Biological Sciences, Professor, Head of the Department of Psychophysiology and Clinical Psychology, Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8395-2426>, e-mail: paver@sfedu.ru

Oleg I. Kit, Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician of the Russian Academy of Sciences, General Director of the National Medical Research Center of Oncology, Rostov-on-Don, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3061-6108>, e-mail: onko-sekretar@mail.ru

Irina A. Skirtach, PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Psychophysiology and Clinical Psychology, Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7024-6087>, e-mail: iskirtach@sfedu.ru

Ekaterina M. Kovsh, PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Psychophysiology and Clinical Psychology, Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5804-5688>, e-mail: emkovsh@sfedu.ru

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ EMPIRICAL STUDIES

Научная статья | Original paper

Взаимосвязи аффективных и когнитивных компонентов субъективного благополучия с качеством жизни и совладанием со стрессом в процессе трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) у детей и ухаживающих за ними родителей

А.Е. Хаин

Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии, иммунологии имени Дмитрия Рогачева (ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID <https://orcid.org/0000-0003-4217-1564>, e-mail: khain.alina@gmail.com

М.А. Евдокимова

Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии, иммунологии имени Дмитрия Рогачева (ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID <https://orcid.org/0009-0008-7620-3206>
e-mail: evdokimova.m16@gmail.com

Н.С. Никольская

Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии, иммунологии имени Дмитрия Рогачева (ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9640-264X>, e-mail: nsnikolskaya@mail.ru

Актуальность. Изучение субъективного благополучия (СБ) позволяет более полно исследовать вклад индивидуальных факторов в качество жизни (КЖ) и адаптацию, динамическую взаимосвязь его аффективных и когнитивных компонентов в особой ситуации совладания со стрессом в процессе лечения. **Цель** — исследование параметров, динамики и взаимосвязей СБ пациентов и их родителей с КЖ и копингами на 3 этапах ТГСК. **Материалы и методы.** Обследованы 47 пациентов (8—18 лет, $M=12,7$; $SD=2,58$) и их родителей ($M=40$; $SD=6,14$) во время кондиционирования (от —1 недели до день 0), на +3 и +12 неделе ТГСК. **Результаты.** СБ детей постепенно повышается вместе с КЖ, тогда как у родителей они ниже на этапе кондиционирования и +3 месяца от ТГСК. Аффективный компонент СБ более динамичен и чувствителен к условиям стрессовой ситуации, маркирует области, вызывающее наибольшее напряжение процесса совладания. Подростки более сензитивны к психологическим нагрузкам ТГСК, уровень их негативного аффекта выше, чаще используют самообвинение и беспокойство в совладании. Наличие высшего образования родителей связано с их более эффективными копингами, тогда как потеря работы снижает СБ и КЖ. **Выводы.** Особые потребности, задачи и характер отношений с социальной действительностью, доступность более высоких когнитивных способов переработки стресса оказывают влияние на КЖ и адаптацию в процессе лечения у пациентов и их родителей.

Ключевые слова: качество жизни, субъективное благополучие, совладающее поведение, дети и подростки, родители, трансплантация гемопоэтических стволовых клеток.

Благодарности. Авторы благодарят Скворцову Ю.В., Шелихову Л.Н., Балашова Д.Н. за помощь в организации исследования.

Для цитаты: Хаин А.Е., Евдокимова М.А., Никольская Н.С. Взаимосвязи аффективных и когнитивных компонентов субъективного благополучия с качеством жизни и совладанием со стрессом в процессе трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) у детей и ухаживающих за ними родителей // Консультативная психология и психотерапия. 2025. Том 33. № 1. С. 49—68. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330103>

Relationship of affective and cognitive components of subjective well-being with quality of life and coping with stress in the process of transplanting hematopoietic stem cells (HSCT) in children and caring parents

Alina E. Khain

Dmitry Rogachev National Medical Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology of Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4217-1564>, e-mail: khain.alina@gmail.com

Maria A. Evdokimova

Dmitry Rogachev National Medical Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology of Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7620-3206>,
e-mail: evdokimova.m16@gmail.com

Natalia S. Nikolskaya

Dmitry Rogachev National Medical Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology of Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9640-264X>, e-mail: nsnikolskaya@mail.ru

Relevance. The study of subjective well-being (CWB) allows to more fully study the contribution of individual factors in quality of life (QOL) and adaptation, to investigate the dynamic relationship of its affective and cognitive components in a special situation of co-existence with stress during treatment. **Research objectives** were to study parameters, dynamics and interrelations of patients' and their parents' CWB with QOL and copings in 3 stages of HSCT. **Materials and methods.** 47 patients (8—18 years, $M=12.7$; $SD=2.58$) and their parents ($M=40$; $SD=6.14$) were examined during conditioning, at +3 and +12 weeks of HSCT. **Results.** Children' CWB gradually rise together with QOL, while parents' CWB and QOL are below in the conditioning stage and +3 months from HSCT. The affective component of CWB is more dynamic and sensitive to the conditions of a stressful situation, marking the area that causes the greatest tension of coping strategies. Adolescents are more sensitive to the psychological stresses of HSCT, their negative affect level is higher, and they use self-blame and anxiety more often as coping strategies. Higher education of parents is related to their more effective copings, while loss of work reduces CWB and QOL. **Conclusions.** The special needs, tasks and nature of relationships with social reality,

the availability of higher cognitive ways of processing stress influence QOL and adaptation in treatment process in patients and their parents.

Keywords: quality of life, subjective well-being, coping behavior, children and adolescents, parents, hematopoietic stem cell transplantation.

Acknowledgements. The authors are grateful for assistance and support in organizing the study Skvortsova Yu.V., Shelikhova L.N., Balashov D.N.

For citation: Khain A.E., Evdokimova M.A., Nikolskaya N.S. Relationship of affective and cognitive components of subjective well-being with quality of life and coping with stress in the process of transplanting hematopoietic stem cells (HSCT) in children and caring parents. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2025. Vol. 33, no. 1, pp. 49—68. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330103> (In Russ.).

Введение

С точки зрения культурно—исторической психологии болезнь рассматривается как особая кризисная социальная ситуация развития. Применительно к изучению особенностей адаптации к стрессу акцентируется важность контекста развития детей и подростков, учета их особых отношений с социальной действительностью в каждый возрастной период, потребностей и новообразований, ведущей деятельности при анализе субъективной оценки ситуации [1; 2; 3].

Основные исследования характеристик психологической адаптации в детском и подростковом возрасте в ситуации тяжелого заболевания связаны с изучением совладающего поведения [4; 9] и внутренней картины болезни [6]. В свою очередь в медицинских исследованиях, посвященных изучению различных заболеваний, эффективности лечения, долгосрочных последствий и программ реабилитации, основным изучаемым параметром остается качество жизни (КЖ). Несмотря на то, что для пациентов разработаны варианты опросника КЖ для разных возрастных групп, недостаточно внимания уделено изучению влияния индивидуальных и возрастных характеристик на субъективную оценку ребенком различных сфер своей жизни и здоровья, КЖ их родителей. Часто не учитывается также динамический компонент существующих взаимосвязей, вклад в который вносят как медицинские, так и социальные особенности стрессовой ситуации болезни и лечения.

В отличие от классического представления о качестве жизни, *счастье* и его операциональный аналог *субъективное благополучие* (СБ) не могут быть оценены никаким внешним экспертом, также, как не могут его из-

мерить какие-либо объективные блага, в том числе и состояние здоровья [5; 7]. Д.А. Леонтьев предлагает отождествлять СБ с субъективным компонентом качества жизни, подчеркивая особое вовлечение в этот параметр индивидуальных характеристик. Наиболее распространенная модель СБ предложена Э. Диннером и включает в себя когнитивный (удовлетворенность жизнью) и аффективный (баланс и выраженность отрицательных, положительных эмоций) компоненты. Аффективные и когнитивные компоненты СБ взаимосвязаны, однако если показатели аффекта более чувствительны как к изменениям текущих событий, так и к личностным диспозициям, то когнитивный компонент может быть более стабилен при устойчивых внешних условиях [5; 8]. Таким образом, конструкт СБ позволяет не только более полно изучить вклад индивидуальных факторов в качество жизни человека, проходящего лечение, но и исследовать динамическую взаимосвязь его аффективных и когнитивных компонентов в особой, вращающейся во времени ситуации совладания со стрессом.

В рамках отечественной культурно-исторической парадигмы отдельное место занимает проблема избирательности психического отражения действительности и пристрастности познания [1; 2; 3; 13]. Она связана с пониманием неразрывной и динамической связи аффекта и интеллекта, особенностей интеллектуального опосредствования эмоций, происходящего в онтогенезе как процесс развития подконтрольности аффектов и их доступности сознанию, который свойственен высшим психическим функциям. Обстоятельства трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК), риски и тяжелые условия данного вида лечения (изоляция, большое число ограничений, вероятность побочных эффектов, болевого синдрома), а также высокая доля непредсказуемости, особенно остро сталкивают пациента и ухаживающих за ним родителей с необходимостью переносить угрозу и неопределенность, ухудшение физического самочувствия, сохраняя способность к адаптации в обстоятельствах, имеющих аффективную нагрузку и требующих рефлексивной ее переработки [10; 11; 12; 15; 16; 18]. Изучение взаимосвязи субъективной оценки КЖ с когнитивными установками относительно своего благополучия в целом, балансом аффекта и стратегиями совладания в стрессовой ситуации ТГСК особенно актуален как в практическом, так и в теоретическом аспектах.

Цели исследования:

1. Изучение характеристик и динамики СБ, КЖ и стратегий совладания детей, подростков и ухаживающих за ними родителей на трех этапах лечения методом ТГСК.

2. Исследование взаимосвязей аффективных и когнитивных компонентов СБ с КЖ, стратегиями совладания, а также медицинскими и социо-демографическими характеристиками пациентов и ухаживающих за ними родителей.

Гипотезы исследования:

1. КЖ и СБ связаны между собой, но имеют свою специфику на разных этапах лечения.
2. Аффективный компонент СБ является менее стабильным в сравнении с когнитивным и больше взаимосвязан с особенностями текущей стрессовой ситуации.
3. Ассоциированное со здоровьем КЖ и совладание со стрессом в процессе лечения взаимосвязано не только с медицинскими, но социальными и индивидуальными, возрастными характеристиками.

Методы

Выборка. В исследовании приняли участие 47 семей: пациенты в возрасте от 8 до 18 лет ($M=12,7$; $SD=2,58$), получающие лечение онкогематологических заболеваний, апластической анемии (АА) и первичных иммунодефицитов (ПИД) в ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава РФ методом аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК), а также их родители (средний возраст $M=40$; $SD = 6,14$) (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика выборки пациентов и родителей

Показатели	% выборки (n=47 чел.)
Возрастные группы пациентов	
8—12 лет	59,6
13—18 лет	40,4
Пол пациентов	
Мужской	66
Женский	34
Диагноз	
Онкогематологические заболевания	56,1
Апластическая анемия	24,4

Показатели	% выборки (n=47 чел.)
Первичные иммунодефициты	19,5
Вид ТГСК	
Гапло	52,4
От сиблинга	38,1
Неродственная	9,5
Семья	
Полная	87,5
Неполная	12,5
Сопровождающий родитель	
Мать	92,9
Отец	7,1
Уровень образования родителей	
Среднее	6,2
Среднее специальное	46,9
Высшее	46,9

Методики. Методический комплекс для пациентов и родителей включал в себя опросники для изучения (табл. 2): 1. КЖ пациентов по результатам самоотчета и отчета родителей (PedsQL SF—15—1; PedsQL, модуль при пересадке стволовых клеток (ТГСК)), КЖ семьи (PedsQL, модуль влияния на семью); 2. когнитивного и аффективного компонента СБ (Шкала удовлетворенности жизнью Э. Динера (ШУДЖ); Шкала Субъективного счастья С. Любомирски (СС); Шкала позитивных и негативных переживаний Э. Динера (SPANE)); 3. копингов (COPE Ч. Карвера, М. Шейера, Дж. Вейнтрауба; ЮКШ (экспресс) Э. Фрайденберга, Р. Льюиса).

Процедура. Пациенты и ухаживающие за ними родители заполняли наборы методик на трех этапах аллогенной ТГСК: 1. на этапе кондиционирования (от —1 недели до день 0) (Т1); 2. на активном этапе ТГСК (+3 неделя) (Т2); 3. после проведения ТГСК на более отдаленном этапе (+12 неделя) (Т3). Дизайн исследования представлен в табл. 2. Исследование является внутрицентровым, наблюдательным когортным, проспективным, нерандомизированным.

Статистический анализ данных осуществлен с помощью IBM SPSS Statistics Версия 26, для обработки полученных данных использовались непараметрические статистические критерии в результате отсутствия нормального распределения измеряемых параметров выборки.

Таблица 2

**Дизайн исследования: распределение методик для пациентов
и родителей по 3 точкам исследования**

Психометрические инструменты		Т1 (–1 неделя от ТГСК)		Т2 (+3 недели от ТГСК)		Т3 (+12 недель от ТГСК)	
		Пациенты	Родители	Пациенты	Родители	Пациенты	Родители
Качество жизни	PedsQL SF-15	+	+	—	—	—	—
	PedsQL ТГСК	—	—	+	+	+	+
	PedsQL модуль влияния на семью	—	+	—	+	—	+
Субъективное благополучие	SPANE	+	+	+	+	+	+
	ШУДЖ	+	+	—	—	+	+
	СС	+	+	—	—	+	+
Копинги	COPE	—	+	—	+	—	+
	ЮКШ	+	—	+	—	+	—

Результаты и их обсуждение

Уровни и динамика качества жизни и субъективного благополучия пациентов и их родителей в процессе ТГСК

Анализ средних значений по исследуемым психологическим параметрам для всех изучаемых этапов у пациентов и родителей (табл. 3), показал, что уровень качества жизни детей оказался в целом сниженным по сравнению со здоровой популяцией уже на этапе кондиционирования и подготовки к ТГСК. Различные виды депривации, связанные с особой изоляцией при прохождении лечения, отсутствие доступа к привычным, доставляющим позитивные эмоции активностям, приводят к тому, что СБ детей в процессе лечения оказывается в среднем ниже популяционного по уровню позитивного опыта.

Родительская оценка КЖ детей и собственное СБ оказались ниже таковых у пациентов и ниже общепопуляционных показателей. Данные результаты согласуются с данными о высоком уровне дистресса родите-

лей в процессе ТГСК и подтверждают высокие нагрузки и потребности в помощи не только пациентов, но и членов их семей во время стационарного лечения [12].

Таблица 3

**Результаты измерения психологических параметров
на Т1, Т2, Т3 пациентов и родителей, сравнение с нормативными
данными других исследований**

Показатели		Пациенты М			Родители М			Результаты по популяции
		Т1	Т2	Т3	Т1	Т2	Т3	
Качество жизни	PedsQL общий балл	68,07	68,45	74,57↑	62,60	65,56	62,50	83,93 ¹
Аффективный компонент СБ	SPANE негативный опыт	14,65	13,41	11,5↓	15,14	14,4	14,8	14,31 ²
	SPANE позитивный опыт	20,3	19,22	21,8	19,19	17,37	18,7	22,25 ²
	SPANE баланс	5,65	5,81	10,3	4,05	2,97	3,9	7,93 ²
Когнитивный компонент СБ	Удовлетворенность жизнью	20,18	—	20	19,97	21,25	18,7	20,81 ³
	Субъективное счастье	17,6	—	16,8	16,53	17,25	15,9	18,32

Примечание: «↑» — направление статистически значимого различия в группе пациентов между этапами, $p < 0,05$; «—» — параметр не измерялся.

Исследование *динамики качества жизни и субъективного благополучия пациентов* позволило выявить (табл. 3), значимое увеличение КЖ детей к Т3 по сравнению с Т1 и Т2 ($W = 49$, $p < 0,05$), так же как и улучшение СБ за счет его аффективного компонента: снижения негативного аффекта ($\chi^2 = 6,47$, $p < 0,01$), что следовательно увеличивает пропорцию

¹ Данные из статьи [17].

² Данные из статьи [19].

³ Данные из статьи [7].

позитивного опыта в балансе эмоционального реагирования на ситуацию лечения ($\chi^2 = 10,47$, $p < 0,01$) (табл. 3).

Когнитивный компонент СБ пациентов не различается между этапами ТГСК (табл.таблица 3). Полученные результаты подтверждают большую устойчивость когнитивного компонента в сравнении с аффективным в структуре СБ не только у взрослых, но и у детей и подростков.

Таблица 4

Результаты КЖ родителей для Т1, Т2, Т3 (модуль влияния на семью)

PedsQL, модуль влияния на семью	T1 M (SD)	T2 M (SD)	T3 M (SD)
Физическая активность	58,90 (13,69)	63,33 (18,26)	65,74 (14,1)
Эмоциональное состояние	62,27 (15,25)	62,50 (20,37)	59,44 (18,78)
Социальное взаимодействие	63,35 (19,79)	69,17 (22,44)	68,75 (22,75)
Когнитивная деятельность	60,68 (18,73)	67,67 (18,93)	64,44 (20,07)
Общение	56,44 (29,2)	59,17 (23,34)	50,93 (31,03)
Беспокойство	51,82 (13,93)	56,17 (17,84)	56,67 (18,71)
Повседневная деятельность	60,99 (18,25)	71,11 (21,86)	61,11 (21,25)
Семейные отношения	72,25 (21,06)	82,04 (17,05)	68,33 (30,52)
Общий балл	61,18 (9,46)	65,56 (14,89)	62,50 (17,54)

У родителей наблюдается иная динамика параметров КЖ и СБ. СБ родителей остается в целом без значимых изменений на протяжении всех 3 этапов ТГСК по обоим компонентам (табл. 3). В отличие от детей, эмоциональный опыт родителей сохраняет такую же долю негативных переживаний на Т3, как на предыдущих этапах. На уровне тенденции КЖ родителя оказалось несколько выше на Т2 (табл. 4), по сравнению с двумя другими этапами. Это можно объяснить большей мобилизацией как индивидуальных, так и семейных ресурсов, сплоченностью семьи в момент активного этапа лечения ТГСК, а также различием в уровне ограничений и изоляции, отсутствием ухудшения физического состояния в процессе активного лечения у родителей в сравнении с детьми.

К Т3 среди всех параметров КЖ родителей увеличивается только их «Физическая активность» и «Социальное взаимодействие», остальные шкалы либо остаются примерно одинаковыми по сравнению с Т1, либо ухудшаются. В этот период еще не происходит возвращения к привычному образу жизни, личные и семейные ресурсы истощаются, а нагрузка

и ответственность родителя по уходу за ребенком и отслеживанием его состояния возрастает, увеличивается срок расставания с другими членами семьи.

Связь социодемографических и клинических характеристик выборки с психологическими параметрами

Существует тесная взаимосвязь между *возрастом* пациентов и наличием негативного аффекта ($r = 0,765$, $p < 0,01$). Чем старше пациенты, тем больше отрицательных переживаний они испытывают во время ТГСК. На Т2 старшие подростки значимо больше используют неэффективные копинги «Беспокойство» ($U = 21,5$, $p < 0,05$) и «Самообвинение» ($U = 183$, $p < 0,05$), что может быть связано процессом интериоризации ответственности как качества личности, т. е. более глубоким осознанием жизнеугрожающего характера ситуации, а также большей личной ответственностью за свою жизнь. На всех 3 этапах выявлены взаимосвязи между возрастом и социально ориентированными копингами: чем старше дети, тем меньше они обращаются непосредственно к друзьям ($-0,742 \leq r \leq -0,459$, $p < 0,05$), но больше к социальной поддержке ($0,517 \leq r \leq 0,655$, $p < 0,01$), что отражает происходящую в этот период смену ведущей деятельности, уход от интимно-личностной к учебно-профессиональной деятельности. На Т3 возраст пациентов сильно отрицательно взаимосвязан с копингами «Активный отдых» ($r = -0,641$, $p < 0,05$) и «Отвлечение» ($r = -0,833$, $p < 0,01$). Старшим детям сложнее отвлечься от переживаний о результатах ТГСК и вернуться к более активной позиции, переключиться на разнообразную деятельность на этапе амбулаторного лечения.

Пол пациентов оказался связан с качеством их жизни на Т2: девочки имеют достоверно более низкие показатели КЖ по общему баллу, чем мальчики ($U = 159,5$, $p < 0,05$). Предыдущие данные относительно влияния пола на КЖ в процессе лечения были противоречивы, тогда как вклад возрастных характеристик подтверждает другие результаты. Подростки более сензитивны к характеру стрессовой ситуации в процессе ТГСК (отсутствие личного пространства, зависимость от родителей и врачей, изоляция от сверстников, изменения внешности) [12].

Статистически достоверной разницы в КЖ и СБ в зависимости от *вида ТГСК* (донор сиблинг, один из родителей или неродственный) не обнаружено. Имея более длительный опыт госпитализаций, дети с онкогематологическими *заболеваниями* значимо больше страдают от нарушений физической активности как параметра КЖ на Т1 ($N = 8,332$, $p < 0,01$) по

сравнению с пациентами с АА и ПИД, имеют достоверно более низкие показатели удовлетворенностью жизни на Т3 ($H = 4,235$, $p < 0,05$).

Уровень образования родителей значимо влияет на эффективность их стратегий совладания на Т2: родители с высшим образованием достоверно чаще используют стратегию «Позитивное переформулирование и личностный рост» ($H = 4,361$, $p < 0,05$), стратегию «Принятия реальности произошедшего» ($H = 4,010$, $p < 0,05$). Родители, которые имеют *работу*, на Т1 характеризуются более низкими показателями «Баланса позитивных и негативных эмоций» ($U = 61,5$, $p < 0,05$) и «Субъективного ощущения счастья» ($U = 46$, $p < 0,05$), а также более высоким показателем по шкале «Беспокойство» ($U = 68,5$, $p < 0,05$). Потеря ведущей деятельности, при высокой ценности самореализации, необходимости финансового участия в благополучии семьи в период длительной госпитализации ребенка создают дополнительное напряжение для работающих родителей.

Взаимосвязь параметров качества жизни и субъективного благополучия у пациентов и родителей

Качество жизни и субъективное благополучие пациентов тесно коррелируют между собой на всех трех этапах ТГСК. Аффективный компонент СБ в виде негативных переживаний на Т1 преимущественно связан ($p < 0,05$) с нарушением психосоциальных аспектов КЖ ($r = -0,407$), тогда как на Т2 и Т3 высоко коррелирует ($p < 0,01$) с жалобами на физическое самочувствие: усталость, болевые ощущения и тошноту ($-0,755 \leq r \leq -0,688$).

Удовлетворенность жизнью коррелирует с психосоциальным аспектом КЖ только на Т1 ($r = 0,373$, $p < 0,05$), а ощущение субъективного счастья на Т1 — с физическим самочувствием ($r = 0,365$, $p < 0,05$), а на последующих этапах — с беспокойством ($r = 0,709$, $p < 0,05$).

Качество жизни родителей и их субъективное благополучие по аффективному и когнитивному компонентам высоко коррелируют между собой на первых двух этапах ТГСК (Т1: $0,322 \leq r \leq 0,678$, $p < 0,01$; Т2: $0,750 \leq r \leq 0,752$, $p < 0,05$), при этом связи негативного эмоционального опыта СБ по сравнению с позитивным оказались сильнее. На Т3 количество связей между КЖ и СБ значимо снижается. Аффективный компонент СБ в виде негативных переживаний остается тесно взаимосвязанным только с «Эмоциональным состоянием» ($r = -0,898$, $p < 0,01$) и «Беспокойством» ($r = -0,705$, $p < 0,05$). Когнитивный компонент в виде субъективного счастья в свою очередь сохраняется связь только с параметром «Социальное взаимодействие» ($r = 0,698$, $p < 0,05$).

Таким образом, результаты исследования подтверждают гипотезу о том, что КЖ и СБ взаимосвязаны, однако имеют свою специфику, как у пациентов, так и у ухаживающих за ними родителей. Аффективный компонент СБ оказывается более динамичным и чувствительным к условиям стрессовой ситуации, в сравнении с когнитивным. Взаимосвязи аффективного компонента СБ с областями КЖ маркируют те из них, которые испытывают повышенные нагрузки на различных этапах лечения, что дает важную информацию в дополнении к изучению динамики непосредственно параметров КЖ.

Взаимосвязи качества жизни и субъективного благополучия детей и родителей со стратегиями совладания со стрессом

На Т1 только «Настроение» среди прочих шкал *качества жизни детей* оказалось взаимосвязанным с копингами: «Беспокойство», «Несовладание», «Чудо и Разрядка» ($r = -0,490$, $p < 0,01$; $r = -0,374$, $p < 0,05$; $r = -0,493$, $p < 0,01$; $r = -0,360$, $p < 0,05$, соответственно). На Т2 «Беспокойство» наиболее сильно по сравнению с другими шкалами КЖ коррелирует с неэффективными копингами, и с большим их количеством, в частности с «Несовладанием», «Игнорированием», «Уходом в себя» и «Самообвинением» ($r = -0,605$, $r = -0,532$, $r = -0,491$, $r = -0,499$, $p < 0,01$, соответственно). Тогда как жалобы на тошноту, усталость и проблемы с питанием связаны с использованием копингов «Отвлечение» ($0,374 \leq 0,615$, $p < 0,01$) и «Активный отдых» ($r = 0,471$, $p < 0,01$), которые среди остальных лучше способствуют перенесению пациентами ожидаемого ухудшения самочувствия во время активного этапа ТГСК. На Т3 «Беспокойство» и «Проблемы с общением» коррелируют с копингами «Несовладание» и «Уход в себя» ($-0,754 \leq r \leq -0,653$, $p < 0,05$), а показатели по подшкалам «Тошнота» и «Трудности с мышлением» — с социальной поддержкой ($r = -0,745$, $p < 0,05$; $r = -0,846$, $p < 0,01$). Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о связи проблем, снижающих КЖ, с эмоциональным благополучием и использованием неэффективных копинговых стратегий пациентами, тогда как наличие проблем с физическим самочувствием больше связано с адекватными ситуации изоляции на ТГСК и эффективными стратегиями совладания.

Использование копинга «Самообвинение» оказалось связанным с аффективной стороной СБ — наличием негативных переживаний на всех трех этапах ТГСК ($0,497 \leq r \leq 0,861$, $p < 0,01$). «Самообвинение» на всех этапах также высоко коррелирует с другими неэффективными копингами ($0,390 \leq r \leq 0,850$, $p < 0,05-0,01$): с «Беспокойством», «Уходом в себя» и

«Несовладанием». При этом оно отрицательно коррелирует с показателем по шкале «Позитивный фокус» ($r = -0,392$, $p < 0,05$). Копинг «Позитивный фокус» у пациентов имеет противоположные по сравнению с «Самообвинением» статистически значимые взаимосвязи ($p < 0,05$) с показателями по подшкалам «Субъективное счастье» и «Негативные переживания», однако с КЖ не связан. Таким образом, чем выше СБ пациентов, тем более позитивные стратегии они используют для совладания с ситуацией ТГСК, тогда как сниженный эмоциональный фон с превалированием негативных переживаний и отсутствие чувства счастья связаны с одной из наиболее непродуктивных стратегий «Самообвинение».

Низкое КЖ родителей по результатам исследования связано с более пассивными и неэффективными стратегиями совладания со стрессом. На Т1 наибольшее количество отрицательных связей КЖ выявлено с копингами, связанными с отрицанием и неприятием ситуации: «Мысленный уход», «Концентрация на эмоциях» и «Отрицание» ($0,322 \leq r \leq 0,530$, $p < 0,05-0,01$), на Т2 — со сдерживанием или пассивным принятием: «Принятием», «Сдерживанием», «Поведенческим уходом» и «Религией» ($-0,633 \leq r \leq -0,461$, $p < 0,05-0,01$). Вместе с тем когнитивный компонент СБ оказался ожидаемо положительно связан с эффективными копингами касающиеся когнитивного стиля переработки стрессоров: «Позитивное переформулирование» ($0,762 \leq r \leq 0,852$, $p < 0,05-0,01$), «Юмор» ($0,675 \leq r \leq 0,778$, $p < 0,05$), «Мысленный уход от проблемы» (для отвлечения от неприятных мыслей) ($0,700 \leq r \leq 0,762$, $p < 0,05$) на всех этапах ТГСК, и отрицательно — с концентрацией на эмоциях и их активном выражении на этапе Т1 ($-0,354 \leq r \leq -0,317$, $p < 0,05$).

Таким образом, наши результаты подтвердили данные других исследований о связи между стратегиями совладания, связанными с избеганием, с низким КЖ [14], тогда как стратегии, направленные на преодоление стрессовой ситуации, посредством рефрейминга и когнитивных усилий, оказались взаимосвязаны с СБ в представлении о счастье и удовлетворенности жизнью.

Выводы

1. Качество жизни пациентов оказывается сниженным уже на этапе подготовки к ТГСК, что связано с прохождением ими более ранних этапов лечения. Субъективное благополучие детей страдает за счет своего аффективного компонента, а именно недостатка позитивного аффекта.

2. В процессе лечения происходит постепенное повышение как параметров КЖ, так и СБ за счет изменения баланса аффекта, снижения уровня негативных и повышения позитивных переживаний. Когнитивный компонент СБ оказывается более стабильным в процессе лечения, что подтверждает теоретические представления о его устойчивости, сформированные ранее на взрослой выборке.

3. Динамика изменений КЖ и СБ детей и родителей различна. Проведение ребенку ТГСК для родителей становится испытанием на этапе подготовки, а также на этапе трех месяцев от начала данного лечения, когда повышается ответственность и вовлеченность родителя в процесс ухода и наблюдением за ребенком, возрастает усталость и истощение ресурсов, связанных с длительной госпитализацией. Это подтверждает особую актуальность психологической поддержки не только для пациентов, но для всей семьи, а также необходимость внимания к их эмоциональному состоянию не только на этапе поступления и терапии в отделениях ТГСК, но и на более отдаленных этапах лечения и реабилитации.

4. Качество жизни и субъективное благополучие взаимосвязаны, но не тождественны. Исследование СБ в дополнение к традиционно изучаемому КЖ позволяет увидеть основные сферы трудностей, которые вызывают напряжение адаптационных механизмов пациентов и родителей. Когнитивный компонент СБ пациентов и родителей более устойчив к изменениям социальных, семейных, физических и эмоциональных нагрузок в процессе лечения, тогда как выраженность позитивного и негативного опыта дополнительно маркирует те области, которые вызывают наибольшую обеспокоенность и требуют наибольших ресурсов адаптации.

5. Результаты исследования отражают многофакторную структуру качества жизни, его взаимосвязи с социо-демографическими и медицинскими характеристиками, а также индивидуальными стратегиями совладания со стрессом. Пациенты с более низким КЖ и СБ имеют онкогематологические заболевания, более старшего возраста (подростки), девочки, работающие взрослые. Одна и та же стрессовая ситуация ТГСК в соотношении с индивидуальными актуальными задачами и сензитивными областями имеет различное субъективное значение для пациентов разного возраста, а также родителей находящихся в различных социальных ситуациях.

6. Полученные нами данные о связи продуктивных стратегий совладания, представляющих собой когнитивные способы переработки стресса, с уровнем образования и когнитивным компонентом СБ подтверждают

представления о том, что когнитивная «сложность» в отличие от когнитивной «простоты» способствует стрессоустойчивости и совладанию с негативными переживаниями. Невысокий уровень интеллектуальной зрелости в ситуациях когнитивного дефицита или недостаточности когнитивного опосредованности аффектов приводит к блокированию когнитивных процессов под влиянием различных стрессогенных факторов, с которыми приходится сталкиваться в процессе лечения. В таком случае актуализируются различные варианты защитного поведения, успешность которых зависит от зрелости защит и способности к символизации в переработке травматического опыта. Тогда как возможность в ситуации угрозы и неопределенности сохранять активную и рефлексивную позицию, способность к позитивному переформулированию, опору на убеждения о собственных возможностях и поддержку других, являются важными ресурсами для адаптации в процессе ТГСК.

Литература

1. *Выготский Л.С.* Психология развития ребенка / Л.С. Выготский. М.: Смысл: Эксмо, 2005. 1136 с.
2. *Дубровина И.В.* Идеи Л.С. Выготского о содержании детской практической психологии [Электронный ресурс] // Психолого—педагогические исследования. 2013. № 3. URL: <http://psyedu.ru/journal/2013/3/3432.phtml> (дата обращения: 18.11.2013).
3. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М.: Издательство Московского университета, 1986. 287 с.
4. *Куфтяк Е.В.* Факторы становления совладающего поведения в детском и подростковом возрасте // Психологические исследования. 2012. № 2 (22). С. 4. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 27.07.2016).
5. *Леонтьев Д.А.* Качество жизни и благополучие: объективные, субъективные и субъектные аспекты // Психологический журнал. 2020. Том 41. № 6 С. 86—95. DOI: 10.31857/S020595920012592-7
6. *Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование / В.В. Николаева. М.: Изд-во Московского университета, 1987. 168 с.
7. *Осин Е. Н., Леонтьев Д. А.* Краткие русскоязычные шкалы диагностики субъективного благополучия: психометрические характеристики и сравнительный анализ // Мониторинг. 2020. №1 (155). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kratkie-russkoyazychnye-shkaly-dagnostiki-subektivnogo-blagopoluchiya-psihometricheskie-harakteristiki-i-sravnitelnyy-analiz> (дата обращения: 15.07.2024).
8. *Рассказова Е.И., Лебедева А.А.* Скрининговая шкала позитивных и негативных переживаний Э. Диннера: апробация русскоязычной версии //

Психология. Журнал ВШЭ. 2020. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/skriningovaya-shkala-pozitivnyh-i-negativnyh-perezzhivaniy-e-dinera-aprobatsiya-russkoyazychnoy-versii> (дата обращения: 23.08.2024).

9. *Сирота Н.А.* Копинг-поведение в подростковом возрасте: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04 / Наталья Александровна Сирота. СПб., 1994. 32 с.
10. *Хаин А.Е., Холмогорова А.Б., Рябова Т.В.* Уровень и динамика дистресса в семейной системе у пациентов подросткового возраста, проходящих лечение в отделении трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) // Психология повседневного и травматического стресса: угрозы, последствия и совладание / Отв. ред. А.Л. Журавлев, Е.А. Сергиенко, Н.В. Тарабрина, Н.Е. Харламенкова. М.: Институт психологии РАН, 2016. С. 215—241.
11. *Хаин А.Е.* Психологические аспекты трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) у детей // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Том 23. № 1. С. 116—125.
12. *Хаин А.Е.* Индивидуальные и семейные факторы психологической адаптации подростков с онкогематологическими заболеваниями к лечению методом трансплантации гемопоэтических стволовых клеток // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Том 25. № 2. С. 94—114. DOI: 10.17759/cpp.2017250206
13. *Холмогорова А.Б.* Значение культурно-исторической теории развития психики Л.С. Выготского для разработки современных моделей социального познания и методов психотерапии // Культурно-историческая психология. 2016. Том 12. № 3. С. 58—92. DOI: 10.17759/chp.2016120305
14. *Amonoo H.L., Johnson P.C., Nelson A.M., Clay M.A., Daskalakis E., Newcomb R.A., Deary E.C., Mattera E.F., Yang D., Cronin K., Boateng K., Lee S. J., LeBlanc T.W., El-Jawahri A.* Coping in caregivers of patients with hematologic malignancies undergoing hematopoietic stem cell transplantation. *Blood Adv.* 2023. Vol. 7. №7. P. 1108—1116. DOI:10.1182/bloodadvances.2022008281
15. *Clarke S-A, Eiser C., Skinner R.* Health-related quality of life in survivors of BMT for paediatric malignancy: a systematic review of the literature // *Bone Marrow Transplantation.* 2008. № 42. P. 73—82.
16. *Felder-Puig R., di Gallo A., Waldenmair M., Norden P., Winter A., Gadner H., Topf R.* Health-related quality of life of pediatric patients receiving allogeneic stem cell or bone marrow transplantation: results of a longitudinal, multi-center study // *Bone Marrow Transplantation.* 2006. № 38. P. 119—126.
17. *Limperg P.F., Haverman L., van Oers H.A., van Rossum M.A., Maurice-Stam H., Grootenhuis M.A.* Health related quality of life in Dutch young adults: psychometric properties of the PedsQL generic core scales young adult version // *Health Qual Life Outcomes.* 2014. № 12 (9). DOI: 10.1186/1477-7525-12-9
18. *Packman W., Weber S., Wallace J., Bugescu N.* Psychological effects of hematopoietic SCT on pediatric patients, siblings and parents: a review // *Bone Marrow Transplant.* 2010. Vol. 45. P. 1134—1146.

19. Rahm T., Heise E., Schuld M. Measuring the frequency of emotions-validation of the Scale of Positive and Negative Experience (SPANE) in Germany // PLoS One. 2017. № 12(2), e0171288. DOI:10.1371/journal.pone.0171288

References

1. Vygotskij L.S. Psihologiya razvitiya rebenka / L.S. Vygotskij. M.: Smysl: Eksmo, 2005. 1136 p.
2. Dubrovina I.V. Idei L.S. Vygotskogo o sodержanii detskoj prakticheskoy psihologii [Elektronnyj resurs]. *Psihologo-pedagogicheskie issledovaniya*, 2013, № 3. Available at: <http://psyedu.ru/journal/2013/3/3432.shtml>
3. Zejgarnik B.V. Patopsihologiya. M.: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta, 1986. 287 p.
4. Kuftyak E.V. Faktory stanovleniya sovladayushchego povedeniya v detskom i podrostkovom vozraste. *Psihologicheskie issledovaniya*, 2012, № 2 (22). Available at: <http://psystudy.ru> (Accessed 27.07.2016).
5. Leont'ev D.A. Kachestvo zhizni i blagopoluchie: ob"ektivnye, sub"ektivnye i sub"ektivnye aspekty. *Psihologicheskij zhurnal*, 2020, vol. 41, № 6, pp. 86—95. DOI: 10.31857/S020595920012592-7
6. Nikolaeva V.V. Vliyanie hronicheskoy bolezni na psihiku: psihologicheskoe issledovanie / V.V. Nikolaeva. M.: Izd-vo Moskovskogo universiteta, 1987. 168 p.
7. Osin E.N., Leont'ev D.A. Kratkie russkoyazychnye shkaly diagnostiki sub'ektivnogo blagopoluchiya: psihometricheskie harakteristiki i sravnitel'nyj analiz // Monitoring. 2020. №1 (155). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/kratkie-russkoyazychnye-shkaly-diagnostiki-subektivnogo-blagopoluchiya-psihometricheskie-harakteristiki-i-sravnitelnyy-analiz> (Accessed 15.07.2024).
8. Rasskazova E.I., Lebedeva A.A. Skriningovaya shkala pozitivnyh i negativnyh perezhivaniy E. Dinners: aprobaciya russkoyazychnoj versii. *Psihologiya. ZHurnal VSHE*, 2020, № 2. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/skriningovaya-shkala-pozitivnyh-i-negativnyh-perezhivaniy-e-dinera-aprobatsiya-russkoyazychnoy-versii> (Accessed 23.08.2024).
9. Sirota N.A. Koping-povedenie v podrostkovom vozraste: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk: 19.00.04 / Natal'ya Aleksandrovna Sirota. SPb., 1994. 32 p.
10. Khain A.E., Holmogorova A.B., Ryabova T.V. Uroven' i dinamika distressa v semejnoy sisteme u pacientov podrostkovogo vozrasta, prohodiyashchih lechenie v otdelenii transplantacii gemopoeticheskikh stvolovyh kletok (TGSK). Psihologiya povsednevnogo i travmaticheskogo stressa: ugrozy, posledstviya i sovladanie / Otv. red. A.L. ZHuravlev, E.A. Sergienko, N.V. Tarabrina, N.E. Harlamenkova. M.: Institut psihologii RAN, 2016, pp. 215—241.
11. Khain A.E. Psihologicheskie aspekty transplantacii gemopoeticheskikh stvolovyh kletok (TGSK) u detej. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya*, 2015, vol. 23, № 1, pp. 116—125.

12. Khain A.E. Individual'nye i semejnye faktory psihologicheskoy adaptatsii podrostkov s onkogematologicheskimi zabolevaniyami k lecheniyu metodom transplantatsii gemopoeticheskikh stvolovykh kletok. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya*, 2017, vol. 25, № 2, pp. 94—114. DOI: 10.17759/cpp.2017250206
13. Holmogorova A.B. Znachenie kul'turno-istoricheskoy teorii razvitiya psihiki L.S. Vygotskogo dlya razrabotki sovremennykh modelej social'nogo poznaniya i metodov psihoterapii. *Kul'turno-istoricheskaya psihologiya*, 2016, vol. 12, № 3, pp. 58—92. DOI: 10.17759/chp.2016120305
14. Amonoo H.L., Johnson P.C., Nelson A.M., Clay M.A., Daskalakis E., Newcomb R.A., Deary E.C., Mattera E.F., Yang D., Cronin K., Boateng K., Lee S.J., LeBlanc T. W., El-Jawahri A. Coping in caregivers of patients with hematologic malignancies undergoing hematopoietic stem cell transplantation. *Blood Adv*, 2023, vol. 7, № 7, pp. 1108—1116. DOI:10.1182/bloodadvances.2022008281
15. Clarke S-A, Eiser C., Skinner R. Health-related quality of life in survivors of BMT for paediatric malignancy: a systematic review of the literature. *Bone Marrow Transplantation*, 2008, № 42, pp. 73—82.
16. Felder-Puig R., di Gallo A., Waldenmair M., Norden P., Winter A., Gadner H., Topf R. Health-related quality of life of pediatric patients receiving allogeneic stem cell or bone marrow transplantation: results of a longitudinal, multi-center study. *Bone Marrow Transplantation*, 2006, № 38, pp. 119—126.
17. Limperg P.F., Haverman L., van Oers H.A., van Rossum M.A., Maurice-Stam H., Grootenhuis M.A. Health related quality of life in Dutch young adults: psychometric properties of the PedsQL generic core scales young adult version. *Health Qual Life Outcomes*, 2014, № 12 (9). DOI: 10.1186/1477-7525-12-9
18. Packman W., Weber S., Wallace J., Bugescu N. Psychological effects of hematopoietic SCT on pediatric patients, siblings and parents: a review. *Bone Marrow Transplant*, 2010, № 45, pp. 1134—1146.
19. Rahm T., Heise E., Schuldt M. Measuring the frequency of emotions-validation of the Scale of Positive and Negative Experience (SPANE) in Germany. *PLoS One*, 2017, № 12(2), e0171288. DOI:10.1371/journal.pone.0171288

Информация об авторах

Хаин Алина Евгеньевна, кандидат психологических наук, медицинский психолог, заведующая отделением клинической психологии, Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии, иммунологии имени Дмитрия Рогачева (ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева), ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4217-1564>, e-mail: khain.alina@gmail.com

Евдокимова Мария Алексеевна, младший научный сотрудник отделения клинической психологии, Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии, иммунологии имени Дмитрия Рогачева (ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева), ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7620-3206>, e-mail: evdokimova.m16@gmail.com

Хаин А.Е., Евдокимова М.А.,
Никольская Н.С. (2025)
Взаимосвязи аффективных и когнитивных...
Консультативная психология и психотерапия,
2025. 33(1), 49—68.

Khain A.E., Evdokimova M.A.,
Nikolskaya N.S. (2025)
Relationship of affective and cognitive...
Counseling Psychology and Psychotherapy,
2025. 33(1), 49—68.

Никольская Наталья Сергеевна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отделения клинической психологии, Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии, иммунологии имени Дмитрия Рогачева (ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9640-264X>, e-mail: nsnikolskaya@mail.ru

Information about the authors

Alina E. Khain, PhD in Psychology, Head of Clinical Psychology Department, Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4217-1564>, e-mail: khain.alina@gmail.com

Maria A. Evdokimova, Junior Research Fellow, Clinical Psychology Department, Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7620-3206>, e-mail: evdokimova.m16@gmail.com

Natalia S. Nikolskaya, PhD in Psychology, Senior Research Fellow, Clinical Psychology Department, Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9640-264X>, e-mail: nsnikolskaya@mail.ru

Получена 29.10.2024

Принята в печать 08.01.2025

Received 29.10.2024

Accepted 08.01.2025

Научная статья | Original paper

Предоперационная тревога у пациентов, получающих радиохирургическое лечение на аппарате Гамма-нож

М.Л. Захарова

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России);
Лечебно-диагностический центр Международного института биологических систем имени Сергея Березина (ЛДЦ МИБС имени С.М. Березина), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4077-3994>, e-mail: mayazaharova@mail.ru

П.И. Иванов

Лечебно-диагностический центр Международного института биологических систем имени Сергея Березина (ЛДЦ МИБС имени С.М. Березина), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3747-4181>, e-mail: ivanov@ldc.ru

С.В. Семенова

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9871-002X>,
e-mail: svetvas.semenova@yandex.ru

Цель исследования — изучение степени тяжести и особенностей переживания тревоги пациентами, поступившими на радиохирургическое лечение (РХЛ) на аппарате Гамма-нож. **Выборку** составили 335 человек в возрасте от 19 до 73 лет ($M = 50,26$ лет; $SD = 13,45$), из которых 247 женщин (73,7%) и 88 мужчин (26,3%). В группу вошли пациенты с доброкачественными новообразованиями головного мозга (менингиомы, вестибулярные шванномы, аденомы гипофиза; $n = 145$ чел.), метастатическим поражением головного мозга (злокачественные новообразования молочной железы, легкого, органов желудочно-кишечного тракта, почек, а также меланомы; $n = 125$ чел.), сосудистыми заболеваниями (артерио-венозные мальформации, каверно-

мы; $n = 57$ чел.) и функциональными нарушениями (невралгия тройничного нерва, болезнь Паркинсона; $n = 8$ чел.). **Методики.** Исследование проводилось с использованием клиничко-психологического интервью и опросника «Шкала Гамильтона для оценки тревоги» (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS). **Результаты.** 66,3% пациентов имеют высокую степень выраженности тревоги, 31,3% — умеренно выраженную тревогу и только у 2,4% пациентов отсутствовали признаки предоперационной тревоги. Средний балл выраженности тревоги по всей группе составил 24,4 балла ($SD = 9,4$), что соответствует пограничному значению между умеренной и тяжелой степенями тревоги. Тревожные переживания проявлялись у большинства пациентов и на психическом, и на соматическом уровне. Содержание тревожного переживания было не только связано с предстоящей процедурой, но и отражало ситуацию онкологического заболевания. **Выводы.** Полученные результаты подчеркивают необходимость психологического сопровождения пациентов, поступающих на радиохирургическое лечение.

Ключевые слова: тревога, предоперационная тревога, опухоли головного мозга, онкопсихология, радиохирургия, Гамма-нож, психологическое сопровождение.

Благодарности. Авторы благодарят за помощь в проведении исследования главного врача ЛДЦ МИБС имени С.М. Березина Н.А.Березину.

Для цитаты: Захарова М.Л., Иванов П.И., Семенова С.В. Предоперационная тревога у пациентов, получающих радиохирургическое лечение на аппарате Гамма-нож // Консультативная психология и психотерапия. 2025. Том 33. № 1. С. 69—86. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330104>

Preoperative anxiety in patients before radiosurgery treatment by Gamma Knife

Maiia L. Zakharova

St.Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia
Diagnostic and treatment center of International institution for biological systems named after Sergey Berezin, St. Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4077-3994>, e-mail: mayazaharova@mail.ru

Pavel I. Ivanov

Diagnostic and treatment center of International institution for biological systems named after Sergey Berezin, St. Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3747-4181>, e-mail: ivanov@ldc.ru

Svetlana V. Semenova

St.Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9871-002X>,

e-mail: svetvas.semenova@yandex.ru

Introduction. The work is aimed at familiarizing readers with the results of a study of preoperative anxiety in patients admitted for radiosurgical treatment (RST) using the Gamma Knife device. The **aim** is to study the severity and characteristics of anxiety. **Materials and methods.** The sample consisted of 335 patients aged 19 to 73 years ($M = 50.26$ years; $SD = 13.45$), of which 247 women (73.7%) and 88 men (26.3%). The group included patients with benign brain tumors (meningiomas, vestibular schwannomas, pituitary adenomas; $N = 145$), metastatic brain lesions (due to malignant neoplasms of the breast, lung, gastrointestinal tract, kidney, and melanoma; $N = 125$), vascular diseases (arteriovenous malformations, cavernomas; $N = 57$) and functional disorders (trigeminal neuralgia, Parkinson's disease; $N = 8$). The study was conducted using a clinical psychological interview and the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) questionnaire. **Results.** The results revealed that 66.3% of patients had severe anxiety, 31.3% had moderate anxiety, and only 2.4% of patients had no signs of pre-procedural anxiety. The average anxiety score for the entire group was 24.4 points ($SD = 9.4$) and corresponded to the borderline value between moderate and highly expressed anxiety. Anxious experiences manifested themselves in most patients at both the mental and somatic levels. The content of the anxious experience was associated not only with the upcoming procedure, but also reflected the situation of the oncological disease. **Conclusions.** The results obtained make it possible to talk about the need for psychological support for patients admitted for radiosurgical treatment.

Keywords: anxiety, preoperative anxiety, brain tumors, oncopsychology, radiosurgery, Gamma Knife, psychological support.

Acknowledgements. The authors thank N.A. Berezina, chief physician of the Diagnostic and treatment center of International institution for biological systems named after Sergey Berezin for her assistance in organizing the study.

For citation: Zakharova M.L., Ivanov P.I., Semenova S.V. Preoperative anxiety in patients before radiosurgery treatment by Gamma Knife. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2025. Vol. 33, no. 1, pp. 69—86. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330104> (In Russ.).

Введение

Современный уровень развития технологий медицинской визуализации и высокотехнологичных малоинвазивных методов лечения спо-

способствует эффективному лечению онкологических и функциональных заболеваний головного мозга, значительно увеличивая продолжительность жизни пациентов, сохраняя или восстанавливая ее качество [1].

Лучевая терапия представлена разными видами, среди которых все большую известность и доступность получает радиохирургия — однократное облучение патологического очага высокой дозой ионизирующего излучения, которое распределяется точно в соответствии с его размерами и формой с минимальным облучением окружающих тканей и всего тела. «Золотым стандартом» является радиохирургическое лечение (РХЛ) с использованием аппарата Гамма-нож. Показаниями к данному виду лечения являются интракраниальные образования небольшого размера, функциональные нарушения, сосудистые образования головного мозга, некоторые заболевания глаз [1; 3; 4; 16; 22].

Лечение проводится амбулаторно в течение одного дня без использования анестезиологического и реанимационного сопровождения, что снижает риск неврологических и послеоперационных осложнений и делает процедуру более щадящей и комфортной для пациента. Эффективность лечения достаточно высока (75—95%), продолжительность и качество жизни пациентов после РХЛ сопоставимы (а иногда и выше) с аналогичными параметрами после хирургического лечения [1; 3], что делает процедуру все более востребованной. Однако существуют некоторые особенности процедуры, которые требуют особого отношения к пациенту и к его подготовке к процедуре лечения и даже психологического сопровождения лечебного процесса [5].

Всю процедуру РХЛ условно можно разделить на пять этапов. На первом — подготовительном этапе специалисты мультидисциплинарной команды (нейрорадиолог, невролог, терапевт, психолог) проводят оценку общего состояния пациента, его соматического, неврологического, психоэмоционального и когнитивного статуса, отношения и психологической готовности к прохождению лечебного процесса и затем осуществляют психологическую подготовку к дальнейшим этапам лечения. На втором этапе в мягкие ткани головы пациента под местной анестезией производится фиксация специальной стереотаксической рамы (СТР) (представлено на рис. 1 слева), с помощью которой осуществляется точность лечебного воздействия. Третий этап представляет собой проведение в СТР диагностических исследований (МРТ, при необходимости МСКТ и ЦАГ), результаты которых используются на следующем, четвертом, этапе планирования лечения с помощью компьютерной системы планирования облучения. Пятым этапом является непосред-

ственно лечебное воздействие, осуществляемое в аппарате Гамма-нож. В процессе лечения пациент лежит на кушетке на спине, его голова фиксирована с помощью СТР и расположена внутри аппарата (представлено на рис. 1 справа).

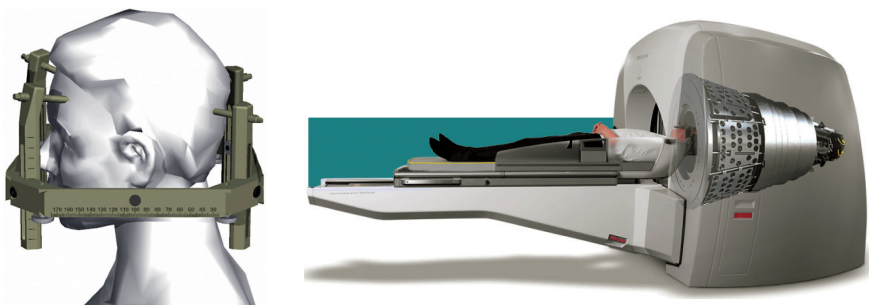


Рис. 1. Стереотаксическая рама, фиксированная на голове пациента (слева). Пациент на лечении в аппарате Гамма-нож (справа)

Перед многими медицинскими манипуляциями и лечебными процедурами, независимо от степени их сложности, психоэмоциональное состояние пациентов меняется: могут усиливаться ситуационная тревога, депрессивная, ипохондрическая, обсессивно-компульсивная симптоматика, появляются страхи, негативные ожидания [6; 7; 9—13].

Предоперационная тревога (ПОТ) — реакция большинства пациентов, поступающих на хирургическое лечение. ПОТ проявляется в переживании напряжения и беспокойства в связи с предстоящей операцией, которая представляет собой непредсказуемый по исходу, малоконтролируемый пациентом и стрессогенный для него фактор [8; 20]. Выделяют несколько степеней выраженности ПОТ. Умеренная предоперационная тревога оценивается как соответствующая потенциально опасным воздействиям реакция, а выраженная (тяжелая) тревога может приводить к дезадаптивному поведению и реагированию пациента, как в предоперационном, так и в постоперационном периоде. Низкая тревога может являться свидетельством недооценки пациентом актуальной ситуации также с риском неадаптивного поведения в эти же периоды.

Современные исследования параметров предоперационной тревоги подтверждают важность их изучения у пациентов разных клинических групп с целью оказания им более адекватной психологической помощи и качественной подготовки их к медицинскому вмешательству

[21]. Ряд авторов вводят предоперационную психологическую помощь в категорию пререабилитации, обосновывая ее роль в процессе лечения значимым влиянием на эффективность всех дальнейших медицинских и психологических вмешательств [14]. Например, исследование предоперационной тревожности у кардиохирургических пациентов выявило влияние выраженности ПОТ на уровень интенсивности послеоперационной боли и степень адекватности употребления анальгетиков в послеоперационный период [7; 17]. Основные тревожные переживания этих пациентов были связаны с недостатком информации о лечебном процессе, незнанием и непониманием происходящего, процессом ожидания операции, ощущением зависимости от медицинского персонала и страхом умереть во время операции [15].

В ряде исследований выявлена взаимосвязь предоперационной тревоги с такими показателями, как послеоперационное восстановление, результативность лечения, удовлетворенность им [18; 19]. Описаны основные факторы, влияющие на предоперационную тревогу у детей [2].

В научной литературе подчеркивается необходимость учета клинических характеристик пациентов при создании программ эффективной предпроцедурной психологической помощи онкологическим больным [6]. Поэтому теоретически и практически значимым является понимание эмоционального состояния пациентов перед сеансом РХЛ.

Цель, материалы и методы исследования

Целью работы стало исследование состояния тревоги у пациентов, поступивших на радиохирургическое лечение на аппарате Гамма-нож. Задачами исследования стали изучение степени тяжести тревоги, особенностей и направленности ее переживания.

Методы исследования. Исследование проводилось с использованием клиничко-психологического интервью и опросника «Шкала Гамильтона для оценки тревоги» (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS). Сравнительный анализ проводился с использованием критерия Манна—Уитни.

Характеристика выборки. На базе отделения нейрорадиологии ЛДЦ МИБС (г. Санкт-Петербург) в период с декабря 2018 г. по март 2019 г. было проведено обследование всех пациентов, поступивших на РХЛ на аппарате Гамма-нож. Критериями исключения из группы стали повторные процедуры РХЛ и наличие интеллектуально-мнестических нарушений.

Выборку составили 335 человек в возрасте от 19 до 73 лет (средний возраст — 50,26 лет): 247 женщин (73,7%) и 88 мужчин (26,3%).

Распределение пациентов по основному заболеванию с указанием основных социодемографических характеристик (пол и возраст) представлено в табл. 1.

Таблица 1

Средний возраст пациентов и их распределение в соответствии с основным заболеванием и полом (n = 335 чел.)

Заболевание	Мужчины, чел. (%) (n = 88)	Женщины, чел. (%) (n = 247)	Всего, чел. (%) (n = 335)	Средний возраст, лет M (SD)
<i>Доброкачественные новообразования</i>	29 (33,0)	116 (47,0)	145 (43,3)	51,59 (11,52)
Менингиома	17 (19,3)	70 (28,3)	87 (26)	53,67 (10,01)
Вестибулярная шваннома	8 (9,1)	39 (15,8)	47 (14)	49,51 (12,1)
Аденома гипофиза	4 (4,6)	7 (2,8)	11 (3,3)	44,82 (13,17)
<i>Множественные метастазы в головной мозг, первичный очаг</i>	35 (39,7)	90 (36,4)	125 (37,3)	55,02 (10,1)
Молочная железа	0 (0)	41 (16,6%)	41 (12,2)	52,02 (9,57)
Легкое	15 (17,0)	15 (6,1)	30 (9)	60,01 (8,34)
Меланома	15 (17,0)	27 (10,9)	42 (12,5)	53,21 (11,9)
ЖКТ	3 (3,4)	5 (2,0)	8 (2,4)	58,13 (14,28)
Почка	2 (2,3)	2 (0,8)	4 (1,2)	57,75 (1,71)
Сосудистые заболевания	22 (25,0)	35 (14,2)	57 (17,0)	35,64 (12,47)
АВМ	14 (15,9)	22 (8,9)	36 (10,7)	33,72 (13,01)
Кавернома	8 (9,1)	13 (5,3)	21 (6,3)	38,77 (11,13)
<i>Функциональные нарушения</i>	2 (2,3)	6 (2,4)	8 (2,4)	63,0 (10,16)
Болезнь Паркинсона	0	2 (0,8)	2 (0,6)	66,0 (4,24)
Невралгия тройничного нерва	2 (2,3)	4 (1,67)	6 (1,8)	62,0 (11,67)
Всего	88 (100)	247 (100)	335 (100)	50,26 (13,45)

Выборка представлена пациентами с доброкачественными интракраниальными новообразованиями (менингиома, вестибулярная шваннома, аденома гипофиза — 43,3% всех обследованных пациентов), мно-

жественными метастазами в головной мозг (МГМ) разной локализации первичной опухоли (молочная железа, легкое, меланома, органы ЖКТ, почка — 37,3%), сосудистыми заболеваниями головного мозга (артериовенозная мальформация (АВМ), кавернома — 17,0%) и функциональными нарушениями (невралгия тройничного нерва, болезнь Паркинсона — 2,4% пациентов).

В зависимости от возраста пациенты были распределены на группы. В группу пациентов от 19 до 40 лет вошли 80 человек (23,9%), в группу 41—50 лет — 74 человека (22,1%), в группу 51—60 лет — 92 человека (27,4%), в группу старше 61 года — 79 человек (23,6%).

Результаты

Изучение степени тяжести и особенностей переживания тревоги проводилось с использованием опросника «Шкала Гамильтона для оценки тревоги» (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS). Общий суммарный балл дает представление о степени тяжести (выраженности) тревоги.

Распределение пациентов по группам в зависимости от степени тяжести предоперационной тревоги представлено на рис. 2.

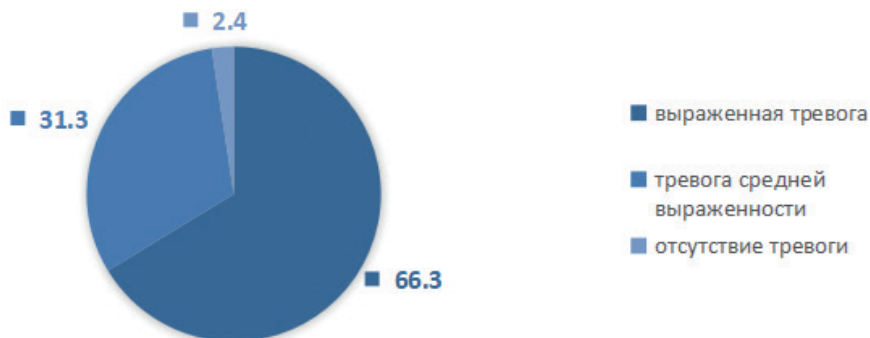


Рис. 2. Распределение пациентов в зависимости от степени тяжести предоперационной тревоги

Как видно на рис.2, почти две трети пациентов (66,3%) имели на момент обследования выраженное (тяжелое) переживание ситуативной предоперационной тревоги, 31,3% — тревогу умеренной (средней) степени выраженности, а 2,4% не имели тревоги перед началом РХЛ.

Средние показатели выраженности тревоги в группах пациентов мужского и женского пола с разными заболеваниями, представлены в табл. 2.

Таблица 2

Показатели выраженности тревоги в группах пациентов мужского и женского пола, поступивших на процедуру РХЛ

Заболевание	Мужчины (n = 88 чел.), М (SD)	Женщины (n = 247 чел.), М (SD)	Вся группа (n = 335 чел.), М (SD)
Менингиома	24,28 (9,03)	25,3 (8,69)	25,6 (9,08)
Вестибулярная шваннома	21,92 (6,52)	23,11 (7,4)	22,51 (7,14)
Аденома гипофиза	32,75 (12,12)*	24,86 (10,25)*	28,1 (12,3)
МГМ Молочная железа	—	24,8 (10,0)	24,8 (10,0)
МГМ Легкое	25,36 (9,98)	25,9 (10,01)	25,53 (9,86)
МГМ Меланома	25,85 (8,44)*	23,15 (10,9%)*	24,59 (8,46)
МГМ ЖКТ	25,0 (4,24)	22,6 (5,6)	24,4 (5,16)
МГМ Почка	22,5 (2,12)	26,0 (4,24)	24,3 (6,26)
АВМ	19,04 (10,36)	19,76 (7,94)	19,7 (8,8)
Кавернома	18,89 (9,4)*	25,53 (10,42)*	23,21 (10,34)
Болезнь Паркинсона	—	26,5 (16,2)	26,5 (16,2)
Невралгия тройничного нерва	26,5 (9,19)*	32,75 (13,25)*	28,0 (11,8)
Всего по выборке	24,56 (9,29)	23,44 (7,75)	24,4 (9,4)

Примечание: М — среднее значение; SD — стандартное отклонение; «*» — значимость различий на уровне $p \leq 0,05$ (U-критерий Манна—Уитни).

Средний балл выраженности тяжести тревоги во всей группе ($n = 335$) составил 24,4 балла, что соответствует пограничному уровню между умеренным и выраженным (тяжелым) переживанием ПОТ.

Более высокие средние баллы были выявлены в группах пациентов с аденомой гипофиза (28,1) и невралгией тройничного нерва (28,0), что, возможно, в первом случае обусловлено особенностями локализации опухоли, а во втором — большей эмоциональностью, связанной с сопутствующим болевым синдромом, а также тем, что на процедуру РХЛ пациенты с данным заболеванием часто поступают, пройдя другие разнообразные варианты лечения, которые не помогли им в купировании болевой симптоматики. Поэтому пациенты второй группы часто рассматривают процедуру РХЛ

как базальтернативный на данный момент вариант лечения и возлагают на него надежды, что значительно увеличивает тревогу, связанную с эффективностью лечения. Схожая в клиническом плане ситуация наблюдается и у пациентов, поступающих на РХЛ по поводу болезни Паркинсона. Здесь высокий балл переживания ПОТ (26,5) может быть обусловлен также длительным анамнезом болезни и неуспешными до этого попытками лечения. Средние баллы опросника HARS в этих группах соответствуют уровню выраженной ситуативной предоперационной тревоги.

Самые низкие показатели среди всех обследованных диагностических групп были в группе больных с АВМ — 19,7 баллов, что соответствует умеренной выраженности ПОТ. Этот факт, вероятно, обусловлен тем, что данная патология не относится к группе опухолей, предположительно является врожденной и клинически часто проявляется у лиц молодого возраста. Статистически достоверные различия по показателям ПОТ были выявлены только между группами больных с аденомой гипофиза и АВМ (U-критерий Манна—Уитни, $p \leq 0,05$) и между группами с невралгией тройничного нерва и АВМ (U-критерий Манна—Уитни, $p \leq 0,05$).

При сравнении средневыворочных показателей тревоги у пациентов мужского (88 чел.) и женского (247 чел.) пола достоверных различий также не выявлено. В группе женщин показатели (24,56) незначительно выше, чем в группе мужчин (23,44). Однако по отдельным нозологиям выявлены гендерные различия: мужчины с аденомами гипофиза и метастазами меланомы демонстрируют более высокую выраженность предоперационной тревоги по сравнению с женщинами этих групп (при $p \leq 0,05$). В то же время женщины с каверномами и невралгиями тройничного нерва имеют более высокие показатели по сравнению с мужчинами данных групп заболеваний (при $p \leq 0,05$).

Результаты сравнительного анализа показателей выраженности тревоги у пациентов из разных возрастных групп представлены на рис. 3.

Самые высокие показатели интенсивности предоперационной тревоги выявлены в группе пациентов старше 61 года (25,9 баллов; $SD = 8,63$) и соответствуют уровню выраженной (тяжелой) тревоги. Вероятно, это обусловлено большим количеством разнообразных медицинских вмешательств в течение жизни и наличием сопутствующих заболеваний. Показатели пациентов других групп соответствуют уровню умеренной тревоги. Достоверные различия были выявлены только между группами пациентов до 40 лет и старше 61 года (при $p \leq 0,05$).

Исследование специфики переживания тревоги проводилось путем анализа параметров психологического и соматического переживания

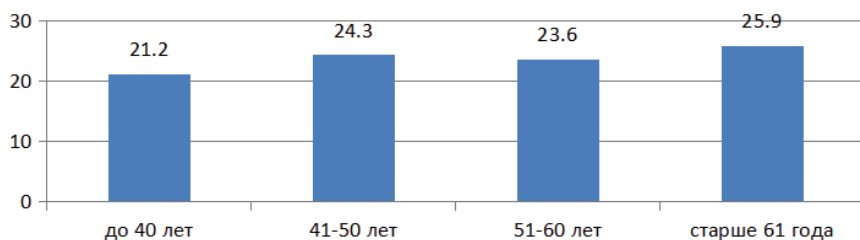


Рис. 3. Показатели выраженности тревоги в группах в зависимости от возраста пациентов (средние баллы)

тревоги, отраженных в пунктах опросника HARS (средние баллы представлены на рис. 4), а также в рамках клинико-психологической беседы.

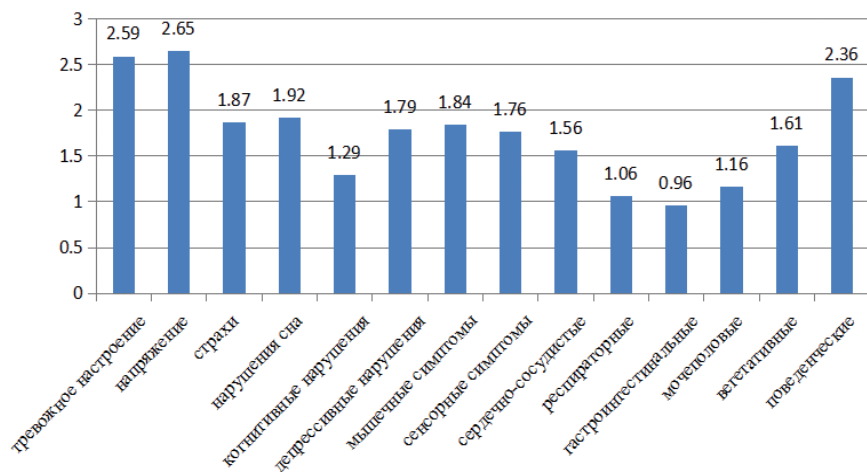


Рис. 4. Показатели выраженности различных параметров переживаний тревоги

Высокая предоперационная тревога проявлялась через разнообразные тревожные мысли и, в целом, тревожное настроение ($M = 2,59$ баллов; $SD = 0,95$). Также пациенты часто отмечали у себя повышенную чувствительность, непривычное напряжение или дрожь в теле или какой-либо его отдельной части ($M = 2,65$ балла; $SD = 0,93$) и беспокойное поведение ($M = 2,36$; $SD = 1,17$). 97,9% пациентов отметили появление трудностей в достижении психического и/или физического расслабления за несколько дней и/или в день операции. Также достаточно выражены перед операцией нару-

шения сна ($M = 1,92$ балла; $SD = 1,15$), на что указали 82,8% обследованных (из них 93,2% отметили тревожный, беспокойный сон и 84,7% — трудности при засыпании в ночь перед процедурой). 66,2% пациентов указали на изменения в деятельности сердечнососудистой системы, чаще в виде внезапно появившегося ощущения сердцебиения или лабильности артериального давления. 58,8% пациентов отметили изменения в пищевом поведении или деятельности желудочно-кишечного тракта, чаще в виде резкого снижения или повышения аппетита, зависимости приема пищи не от чувства голода, а от появления эмоционального напряжения или появления тошноты, дискомфорта в желудке или кишечнике, частых позывов на дефекацию.

Содержание тревожных мыслей чаще всего было связано (далее в скобках указан процент испытуемых, назвавших то или иное содержание тревожных мыслей):

- с эффективностью лечения, редукцией симптоматики, общим прогнозом на будущее, дальнейшими жизненными перспективами на фоне лечения и после лечения (97,3%);

- содержанием процедуры РХЛ, недостатком достоверной информации о ее проведении (непонимание сути лечебного воздействия, непонимание содержания и этапов процедуры, длительности лечения и т. п., наличие противоречивой или недостоверной информации о процедуре, полученной чаще всего из интернет-источников (92,5%));

- состоянием в процессе процедуры лечения в связи с медицинскими манипуляциями (тревога по поводу установки стереотаксической рамки, прохождению МРТ, возможных неприятных/болевого ощущений, как до, так и в процессе облучения, в том числе на фоне имеющегося болевого синдрома и пр. (89,7%));

- проблемами членов семьи и самих пациентов, которые могут усугубить состояние родственников в случае прогрессирования их болезни, инвалидизации или смерти (58,8%);

- сомнениями в правильности диагноза и/или получаемого лечения (20,7%);

- отсутствием необходимой и своевременной медицинской помощи по месту жительства (13,2%).

Заключение

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать следующие **выводы**.

1. Перед процедурой РХЛ большинство пациентов испытывают умеренную или сильно выраженную предоперационную тревогу.

2. Более выражена предоперационная тревога у пациентов старшей возрастной группы (старше 61 года), а менее всего — у пациентов до 40 лет.

3. У пациентов, поступающих на РХЛ, выражены как психический, так и соматический компоненты предоперационной тревоги.

4. Содержание тревожного переживания не только связано с предстоящей процедурой, но и отражает ситуацию онкологического заболевания: базовым основанием тревоги является ситуация неизвестности, неопределенности, неконтролируемости.

Для коррекции уровня ПОТ необходимо снижение уровня неизвестности путем информирования пациентов о процедуре лечения, ее этапах и содержании, способах самопомощи при переживании сильной тревоги. Это делает информирование и психообразование пациентов актуальными и целесообразными составляющими психологического сопровождения процесса РХЛ.

На основе полученных в исследовании результатов можно выделить несколько ключевых задач психологической работы, направленных на контроль факторов, обуславливающих высокий уровень предоперационной тревоги у пациентов, и на повышение уровня их совладания со стрессовой ситуацией:

- информирование пациента (и сопровождающего его родственника) об особенностях лечебного процесса на аппарате Гамма-нож;

- психообразование, обучение навыкам самопомощи и приемам саморегуляции в ситуации выраженной тревоги;

- психологическая поддержка в ситуации болезни и в ситуации лечебного процесса;

- психологическая коррекция психофизиологического и психоэмоционального состояния пациента перед началом и в процессе лечебной процедуры и индивидуальное психологическое сопровождение пациентов на определенных этапах РХЛ или в течение всей процедуры (особенно пациентов детского и подросткового возраста, пациентов с когнитивными нарушениями/изменениями в эмоционально-волевой сфере, с болевым синдромом).

Литература

1. Голанов А.В., Антипина Н.А., Костюченко В.В., Трунин Ю.Ю., Краснянский С.А., Козлов А.В., Усачев Д.Ю. Изменение парадигмы лечения нейрохирургических пациентов в эпоху стереотаксического облучения. К 15-летию нейрорадиохирургии в России [Электронный ресурс] // Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. 2021. № 5. С. 48—56. DOI: 10.17116/neiro20218505148

2. Дубинина Е.А., Алехин А.Н. Психологические реакции детей на ситуацию хирургического лечения: обзор исследований [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2023. Том 12. № 4. С. 5—26. DOI: 10.17759/cpse.2023120401
3. Иванов П.И., Зубаткина И.С., Бутовская Д.А., Кожокарь Т.И. Радиохирургическое лечение резистентного к медикаментозной терапии тремора при болезни Паркинсона // Нейрохирургия. 2021. Том 23. № 1. С. 16—25. DOI: 10.17650/1683-3295-2021-23-1-16-25
4. Ильялов С.Р., Голанов А.В., Банов С.М. Стереотаксическая радиохирurgia вестибулярных шванном: эволюция философии лечения [Электронный ресурс] // Нейрохирургия. 2024. Том 26. № 1. С. 110—122. DOI: 10.17650/1683-3295-2024-26-1-110-122
5. Захарова М.Л., Иванов П.И., Аникин С.А. О психологическом сопровождении пациентов детского возраста, получающих лечение на аппарате Гамма-нож [Электронный ресурс] // Российский нейрохирургический журнал им. профессора А.Л. Поленова. 2022. Том 14. № 1. С. 198—199. URL: <https://polenovjournal.elpub.ru/jour/issue/viewIssue/18/13> (дата обращения: 05.12.2024).
6. Захарова М.Л., Кириллова Л.Ю. Специфика психоэмоционального состояния пациентов со злокачественными новообразованиями желудочно—кишечного тракта перед процедурой противоопухолевой лекарственной терапии [Электронный ресурс] // Вопросы онкологии. 2023. Том 69. № 3S. С. 173—174. URL: <https://voprosyonkologii.ru/index.php/journal/issue/view/62/31> (дата обращения: 02.01.2025).
7. Трухан Л.В., Авраменко К.А. Предоперационная тревога как детерминанта выраженной послеоперационной боли // Научный форум: медицина, биология и химия: сборник статей по материалам XV международной научно—практической конференции. № 7(15). М.: «МЦНО», 2018. С. 31—35. URL: http://nauchforum.ru/files/2018_09_24_MED/7%2815%29.PDF (дата обращения: 02.01.2025).
8. Чернов А.В., Гарданова Ж.Р. Предоперационная тревога и психические защитные механизмы у больных раком простаты [Электронный ресурс] // Молодой ученый. 2016. № 10(114). С. 1381—1383. URL: <https://moluch.ru/archive/114/30244/> (дата обращения: 05.02.2025).
9. Aust H., Eberhart L., Sturm T., Schuster M., Nestoriuc Y., Brehm F., Rüs ch D. A cross-sectional study on preoperative anxiety in adults // Journal of Psychosomatic Research. 2018. Vol. 111. P. 133—139. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2018.05.012
10. Demirci H., van der Storm S.L., Huizing N.J., Fr ser M., Stufkens S.A.S., Krips R., Kerkhoffs G.M.M.J., Barsom E.Z., Schijven M.P. Watching a movie or listening to music is effective in managing perioperative anxiety and pain: a randomised controlled trial // Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy. 2023. Vol. 31. № 12. P. 6069—6079. DOI: 10.1007/s00167-023-07629-z
11. Eberhart L., Aust H., Schuster M., Sturm T., Gehling M., Euteneuer F., Rüs ch D. Preoperative anxiety in adults — a cross—sectional study on specific fears and risk

- factors // *BMC Psychiatry*. 2020. Vol. 20. № 1. P. 140. DOI: 10.1186/s12888-020-02552-w
12. Guo P. Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: a review of randomised controlled trials // *Journal of Clinical Nursing*. 2015. Vol. 24. № 1—2. P. 34—46. DOI: 10.1111/jocn.12618
 13. Jarmoszewicz K., Nowicka-Sauer K., Zemla A., Beta S. Factors Associated with High Preoperative Anxiety: Results from Cluster Analysis // *World Journal of Surgery*. 2020. Vol. 44. № 7. P. 2162—2169. DOI: 10.1007/s00268-020-05453-x
 14. Jeske P., Wojtera B., Banasiewicz T. Prehabilitation — Current Role in Surgery // *Polish Journal of Surgery*. 2022. Vol. 94. № 3. P. 64—72. DOI: 10.5604/01.3001.0015.7340
 15. Hernández-Palazón J., Fuentes-García D., Falcón-Araña L., Roca-Calvo M.J., Burguillos-López S., Doménech-Asens, P., Jara-Rubio R. Assessment of Preoperative Anxiety in Cardiac Surgery Patients Lacking a History of Anxiety: Contributing Factors and Postoperative Morbidity // *Journal of cardiothoracic and vascular anesthesia*. 2018. Vol. 32. № 1. P. 236—244. DOI: 10.1053/j.jvca.2017.04.044
 16. Higuchi Y., Matsuda S., Serizawa T. Gamma knife radiosurgery in movement disorders: Indications and limitations // *Movement Disorders*. 2017. Vol. 32. № 1. P. 28—35. DOI: 10.1002/mds.26625
 17. Kashif M., Hamid M., Raza A. Influence of Preoperative Anxiety Level on Postoperative Pain After Cardiac Surgery // *Cureus*. 2022. Vol. 14. № 2. e22170. DOI: 10.7759/cureus.22170
 18. Kassahun W.T., Mehdorn M., Wagner T.C. et al. The effect of preoperative patient-reported anxiety on morbidity and mortality outcomes in patients undergoing major general surgery // *Scientific Reports*. 2022. Vol. 12. Article № 6312. DOI: 10.1038/s41598-022-10302-z
 19. Kok X.L.F., Newton J.T., Jones E.M., Cunningham S.J. Social support and pre-operative anxiety in patients undergoing elective surgical procedures: A systematic review and meta-analysis // *Journal of Health Psychology*. 2023. Vol. 28. № 4. P. 309—327. DOI: 10.1177/13591053221116969
 20. Mulugeta H., Ayana M., Sintayehu M., Dessie G., Zewdu T. Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia // *BMC anesthesiology*. 2018. Vol. 18. № 1. P. 155. DOI: 10.1186/s12871-018-0619-0
 21. Nowicka-Sauer K., Zemla A., Banaszkiewicz D., Trzeciak B., Jarmoszewicz K. Measures of preoperative anxiety: Part two // *Anesthesiology Intensive Therapy*. 2024. Vol. 56. № 1. P. 9—16. DOI: 10.5114/ait.2024.136508
 22. Peña-Pino I., Chen C.C. Stereotactic Radiosurgery as Treatment for Brain Metastases: An Update // *Asian Journal of Neurosurgery*. 2023. Vol. 18. № 2. P. 246—257. DOI: 10.1055/s-0043-1769754

References

1. Golanov A.V., Antipina N.A., Kostjuchenko V.V., Trunin Yu.Yu., Krasnyansky S.A., Kozlov A.V., Usachev D.Yu. Changes in treatment paradigm for neurosurgical patients in the era of stereotactic irradiation. By the 15th anniversary of the

- Neuroradiosurgery in Russia. *Voprosy neirokhirurgii imeni N.N. Burdenko* = *Burdenko's Journal of Neurosurgery*, 2021. Vol. 85, no. 5, pp. 48—56. DOI: 10.17116/neiro20218505148. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Dubinina E.A., Alekhin A.N. Psychological Reactions of Children to a Situation of Surgical Treatment: A Review of Studies. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* = *Clinical Psychology and Special Education*, 2023. Vol. 12, no. 4, pp. 5—26. (In Russ., abstr. in Engl.).
 3. Ivanov P.I., Zubatkina I.S., Butovskaya D.A., Kozhokar T.I. Radiosurgical treatment of medically refractory Parkinson's tremor. *Neyrokhirurgiya* = *Russian journal of neurosurgery*, 2021. Vol. 23, no. 1, pp. 16—25. DOI: 10.17650/1683-3295-2021-23-1-16-25. (In Russ., abstr. In Engl.).
 4. Ilyalov S.R., Golanov A.V., Banov S.M. Stereotactic radiosurgery for vestibular schwannomas: evolution of the philosophy of treatment. *Neyrokhirurgiya* = *Russian journal of neurosurgery*, 2024. Vol. 26, no. 1, pp. 110—122. DOI: 10.17650/1683-3295-2024-26-1-110-122. (In Russ., abstr. In Engl.).
 5. Zakharova M.L., Ivanov P.I., Anikin S.A. O psikhologicheskom soprovozhdenii patsiyentov detskogo vozrasta, poluchayushchikh lecheniye na apparate Gamma-nozh [Elektronnyi resurs]. *Rossiyskiy neyrokhirurgicheskiy zhurnal im. professora A.L. Polenova* = *Russian neurosurgical journal named after professor A.L. Polenov*, 2022. Vol. 14, no. S, pp. 198—199. Available at: <https://polenovjournal.elpub.ru/jour/issue/viewIssue/18/13> (Accessed 05.12.2024). (In Russ.).
 6. Zakharova M.L., Kirillova L.YU. Spetsifika psikhooemotsional'nogo sostoyaniya patsiyentov so zlokachestvennymi novoobrazovaniyami zheludочно-kishechnogo trakta pered protseduroy protivopukhlovey lekarstvennoy terapii [Elektronnyi resurs]. *Voprosy onkologii* = *Problems in oncology*, 2023. Vol. 69, no. 3S, pp. 173—174. Available at: <https://voprosyonkologii.ru/index.php/journal/issue/view/62/31> (Accessed 02.01.2025). (In Russ.).
 7. Trukhan L.V., Avramenko K.A. Predoperatsionnaya trevoga kak determinanta vyrazhennoy posleoperatsionnoy boli. *Nauchnyy forum: meditsina, biologiya i khimiya: sbornik statey po materialam XV mezhdunarodnoy nauchno—prakticheskoy konferentsii* = *Scientific forum: medicine, biology and chemistry: collection of articles based on the materials of the XV international scientific and practical conference*, 2018. Vol. 7(15), pp. 31—35. Available at: http://nauchforum.ru/files/2018_09_24_MED/7%2815%29.PDF (Accessed 02.01.2025). (In Russ., abstr. In Engl.).
 8. Chernov A.V., Gardanova ZH.R. Predoperatsionnaya trevoga i psikhicheskiye zashchitnyye mekhanizmy u bol'nykh rakom prostaty [Elektronnyi resurs]. *Molodoy uchenyy* = *Young scientist*, 2016. Vol. 10 (114), pp. 1381—1383. Available at: <https://moluch.ru/archive/114/30244/> (Accessed 05.02.2025). (In Russ.).
 9. Aust H., Eberhart L., Sturm T., Schuster M., Nestoriuc Y., Brehm F., Rüsch D. A cross-sectional study on preoperative anxiety in adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 2018. Vol. 111, pp. 133—139. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2018.05.012
 10. Demirci H., van der Storm S.L., Huizing N.J., Fr ser M., Stufkens S.A.S., Krips R., Kerkhoffs G.M.M.J., Barsom E.Z., Schijven M.P. Watching a movie or listening

- to music is effective in managing perioperative anxiety and pain: a randomised controlled trial. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 2023. Vol. 31, no. 12, pp. 6069—6079. DOI: 10.1007/s00167-023-07629-z
11. Eberhart L., Aust H., Schuster M., Sturm T., Gehling M., Euteneuer F., Rüsch D. Preoperative anxiety in adults — a cross-sectional study on specific fears and risk factors. *BMC Psychiatry*, 2020. Vol. 20, no. 1, pp. 140. DOI: 10.1186/s12888-020-02552-w
 12. Guo P. Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: a review of randomised controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*, 2015. Vol. 24, no. 1—2, pp. 34—46. DOI: 10.1111/jocn.12618
 13. Jarmoszewicz K., Nowicka-Sauer K., Zemła A., Beta S. Factors Associated with High Preoperative Anxiety: Results from Cluster Analysis. *World Journal of Surgery*, 2020. Vol. 44, no. 7, pp. 2162—2169. DOI: 10.1007/s00268-020-05453-x
 14. Jeske P., Wojtera B., Banasiewicz T. Prehabilitation — Current Role in Surgery. *Polish Journal of Surgery*, 2022. Vol. 94, no. 3, pp. 64—72. DOI: 10.5604/01.3001.0015.7340
 15. Hernández-Palazón J., Fuentes-García D., Falcón-Araña L., Roca-Calvo M.J., Burguillos-López S., Doménech-Asensi P., Jara-Rubio R. Assessment of Preoperative Anxiety in Cardiac Surgery Patients Lacking a History of Anxiety: Contributing Factors and Postoperative Morbidity. *Journal of cardiothoracic and vascular anesthesia*, 2018. Vol. 32, no. 1, pp. 236—244. DOI: 10.1053/j.jvca.2017.04.044
 16. Higuchi Y., Matsuda S., Serizawa T. Gamma knife radiosurgery in movement disorders: Indications and limitations. *Movement Disorders*, 2017. Vol. 32, no. 1, pp. 28—35. DOI: 10.1002/mds.26625
 17. Kashif M., Hamid M., Raza A. Influence of Preoperative Anxiety Level on Postoperative Pain After Cardiac Surgery. *Cureus*, 2022. Vol. 14, no. 2, e22170. DOI: 10.7759/cureus.22170
 18. Kassahun W.T., Mehdorn M., Wagner T.C. et al. The effect of preoperative patient-reported anxiety on morbidity and mortality outcomes in patients undergoing major general surgery. *Scientific Reports*, 2022. Vol. 12, article no. 6312. DOI: 10.1038/s41598-022-10302-z
 19. Kok X.L.F., Newton J.T., Jones E.M., Cunningham S.J. Social support and preoperative anxiety in patients undergoing elective surgical procedures: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 2023. Vol. 28, no. 4, pp. 309—327. DOI: 10.1177/13591053221116969
 20. Mulugeta H., Ayana M., Sintayehu M., Dessie G., Zewdu T. Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. *BMC anesthesiology*, 2018. Vol. 18, no. 1, p. 155. DOI: 10.1186/s12871-018-0619-0
 21. Nowicka-Sauer K., Zemła A., Banaszkiewicz D., Trzeciak B., Jarmoszewicz K. Measures of preoperative anxiety: Part two. *Anesthesiology Intensive Therapy*, 2024. Vol. 56, no. 1, pp. 9—16. DOI: 10.5114/ait.2024.136508
 22. Peña-Pino I., Chen C.C. Stereotactic Radiosurgery as Treatment for Brain Metastases: An Update. *Asian Journal of Neurosurgery*, 2023. Vol. 18, no. 2, pp. 246—257. DOI: 10.1055/s-0043-1769754

Захарова М.Л., Иванов П.И.,
Семенова С.В. (2025)
Предоперационная тревога у пациентов...
Консультативная психология и психотерапия,
2025. 33(1), 69—86.

Zakharova M.L., Ivanov P.I.,
Semenova S.V. (2025)
Preoperative anxiety in patients...
Counseling Psychology and Psychotherapy,
2025. 33(1), 69—86.

Информация об авторах

Захарова Майя Леонидовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России); клинический психолог Клиники радиохирургии, стереотаксической радиотерапии и общей онкологии, Лечебно-диагностический центр Медицинского института имени Сергея Березина (ЛДЦ МИБС имени С.М. Березина), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4077-3994>, e-mail: mayazaharova@mail.ru

Иванов Павел Игоревич, кандидат медицинских наук, заведующий отделением нейрорадиологии, Лечебно-диагностический центр Медицинского института имени Сергея Березина (ЛДЦ МИБС имени С.М. Березина), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3747-4181>, e-mail: ivanov@ldc.ru

Семенова Светлана Васильевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и прикладной психологии с курсом медико-биологических дисциплин и педагогики, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: 0009-0009-9871-002X, e-mail: svetvas.semenova@yandex.ru

Information about the authors

Maiia L. Zakharova, PhD in Psychology, Leading Research Associate, Associate Professor of the Department of Clinical Psychology, Saint Petersburg State Pediatric Medical University; clinical psychologist, Diagnostic and treatment center of International institution for biological systems named after Sergey Berezin, St. Petersburg, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0777-1111>, e-mail: ivanov@yandex.ru

Pavel I. Ivanov, PhD in Medicine, Head of the Department of Neuroradiology, Diagnostic and treatment center of International institution for biological systems named after Sergey Berezin, St. Petersburg, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3747-4181>, e-mail: ivanov@ldc.ru

Svetlana V. Semenova, PhD in Psychology, Leading Research Associate, Associate Professor, Department of General and Applied psychology with courses in medical and biological disciplines and pedagogy, Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0777-1122>, e-mail: petrov@yandex.ru

Получена 14.02.2025

Принята в печать 01.08.2025

Received 14.02.2025

Accepted 01.08.2025

Научная статья | Original paper

Совладающее поведение онкологических пациентов с разным уровнем неопределенности в болезни

Б.А. Фетисов

Российский университет медицины
(ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9099-5724>, e-mail: lortic@mail.ru

Н.А. Сирота

Российский университет медицины
(ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>, e-mail: sirotan@mail.ru

О.С. Ходорович

Российский научный центр рентгенодиагностики
(ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6014-4597>,
e-mail: khodorovich-o@mail.ru

Е.В. Ледин

Клиническая больница МЕДСИ в Боткинском проезде
(КБ № 2 АО «ГК МЕДСИ»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1834-0981>, e-mail: ledin@inbox.ru

Актуальность. Достижения современной медицины позволяют продлевать жизнь пациентов с онкологическими заболеваниями. Поступление большого объема новой, не всегда понятной и противоречивой информации, связанной с заболеванием, затрудняет оценку пациентами своего состояния и прогнозирование развития событий, что ведет к росту неопределенности в болезни. Недостаточное внимание в научной литературе уделяется особенностям совладающего поведения, которые используют пациенты с

разным уровнем неопределенности в болезни, и оценке их эффективности. **Цель.** Исследовать совладающее поведение, показатели тревоги и депрессии онкологических пациентов с разным уровнем неопределенности в болезни и стажем лечения. **Материалы и методы.** В исследование были включены 213 онкологических пациентов, получающих противоопухолевую лекарственную терапию, в возрасте от 18 до 77 лет. Среди них — 115 пациентов с выраженной неопределенностью в болезни и коротким периодом лечения («ВН») и 98 пациентов с умеренной неопределенностью в болезни и продолжительным лечением («УН»). Использовались социодемографическая и клиническая анкеты, Шкала неопределенности в болезни (MIUS-A), опросник COPE, Шкала базисных убеждений, Методика оценки самоэффективности в отношении лечения, Многомерная шкала восприятия социальной поддержки (MSPSS), Шкала депрессии Бека, Шкала тревоги Бека. **Результаты и выводы.** В репертуарах копинг-стратегий между пациентами из групп «ВН» и «УН» имеются различия. Пациенты группы «ВН» чаще применяют стратегии совладающего поведения, направленные на регуляцию эмоций или избегание, а группы «УН» — активные копинг-стратегии и стратегии, ориентированные на изменение отношения к стрессовым событиям. В группах «УН» и «ВН» имеются схожие убеждения в отношении доброжелательности окружающего мира и себя. Однако пациенты из группы «ВН», по сравнению с «УН», считают себя менее удачливыми и полагают, что положительные и отрицательные события в жизни распределяются несправедливо. Кроме того, они в меньшей степени уверены в своих способностях преодолевать события, связанные с болезнью. Социальную поддержку онкологические пациенты в наибольшей степени чувствуют со стороны семьи и значимых для них людей. Уровень тревоги и депрессии выше среди пациентов из группы «ВН».

Ключевые слова: неопределенность в болезни, совладающее поведение, копинг-стратегии, копинг-ресурсы, злокачественное новообразование.

Для цитаты: Фетисов Б.А., Сирота Н.А., Ходорович О.С., Ледин Е.В. Совладающее поведение онкологических пациентов с разным уровнем неопределенности в болезни // Консультативная психология и психотерапия. 2025. Том 33. № 1. С. 87—105. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330105>

Coping Behavior cancer patients with different levels of uncertainty in illness

Bronislav A. Fetisov

Russian University of Medicine(FSBEI HE “ROSUNIMED”),
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9099-5724>, e-mail: lortic@mail.ru

Natalya A. Sirota

Russian University of Medicine(FSBEI HE “ROSUNIMED”),
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>, e-mail: sirotan@mail.ru

Khodorovich O. Sergeevna

Russian Scientific Center of Roentgenoradiology (RSCRR),
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6014-4597>,
e-mail: khodorovich-o@mail.ru

Evgeniy V. Ledin

Meds Group of Companies, Moscow, Russia

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1834-0981>, e-mail: ledin@inbox.ru

Background. The achievements of modern medicine can prolong the life of cancer patients. At the same time, the accumulation of a large amount of new unclear or inconsistency information about disease makes it difficult for patients to assess their condition and predict the development of events, which leads to increased uncertainty in illness. Insufficient attention is paid to coping behavior patients conditions of illness with different levels of uncertainty in illness, and the assessment of their effectiveness.

Objective. The research is studying coping behavior and levels of anxiety and depression of cancer patients with different levels of uncertainty in illness and treatment duration.

Methods. The research included 213 cancer patients aged from 18 to 77 years receiving anticancer drug therapy. There are 115 people with a high level of uncertainty in illness and a shorter period of treatment (“HU”) and 98 people with a moderate level of uncertainty in illness and a longer treatment duration (“MU”). In research we used socio-demographic and clinical questionnaires, Mishel’s uncertainty in illness scale (MIUS-A), the COPE inventory, the world assumptions scale, Treatment-related self-efficacy scale, multidimensional scale of perception of social support (MSPSS), Beck depression inventory, Beck anxiety inventory. **Results.** Patients of “HU” and “MU” groups have different in coping strategies repertoire. “HU” group in compared “MU”-group more often use avoidance coping strategies and that are aimed at regulating emotion. “MU” group more often than “HU” use active coping strategies and strategies that

change attitudes to distress. “MU” and “HU” groups have similar basic assumptions about the benevolence of the world and themselves. However, “HU” group in comparison with “MU” — believe they are unlucky and consider that positive and negative life events are not distributed justly. Moreover, they are less confident in their ability to overcome the events related to illness. Both groups of cancer patients feel the greatest social support from their families, and their significant ones. The levels of anxiety and depression were higher in the “HU” group than “MU”.

Keywords: uncertainty in illness, coping behavior, coping strategies, coping resources, cancer.

For citation: Fetisov B.A., Sirota N.A., Khodorovich O.S., Ledin E.V. Coping Behavior cancer patients with different levels of uncertainty in illness. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2025. Vol. 33, no. 1, pp. 87—105. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330105> 10.17759/cpp.2025330105 (In Russ.).

Введение

Развитие противоопухолевой лекарственной терапии, расширение схем лечения и повышение доступности препаратов для разных видов злокачественных новообразований (далее — ЗНО) помогло диверсифицировать и снизить побочные эффекты, вызванные проводимым лечением [23]. Однако при получении комплексного лечения онкологические пациенты продолжают сталкиваться с различными проблемами, среди которых — отсутствие необходимой информации, касающейся заболевания и процесса лечения, трудности в ее понимании и интерпретации, неясный прогноз, страх прогрессирования, сложность в межличностных коммуникациях с социальным окружением и трудности с финансами, вызванные оплатой различных медицинских услуг и больничными.

Неопределенность в болезни — распространенное явление, сопровождающее онкологических пациентов на всех этапах заболевания — от возникновения первых симптомов, прохождения диагностических процедур, верификации диагноза, проведения лечебных мероприятий до паллиативной помощи [13]. Неопределенность в болезни можно описать как неспособность определить значение событий, которые связаны с заболеванием [20]. Неоднозначность, противоречивость, сложность и непредсказуемость информации, с которой сталкивается пациент во время болезни, являются основными факторами неопределенности в болезни, которая снижает способность правильно воспринимать и структурировать события, связанные с заболеванием, что негативно отражается на психической адаптации

пациентов. Неопределенность в болезни положительно связана с дистрессом [14], страхом прогрессирования заболевания [25], деморализацией [15] и отрицательно — с восприятием социальной поддержки [27]. Кроме того, она негативно отражается на физическом, эмоциональном и психическом благополучии онкологических пациентов [14].

После оценки пациентами неопределенности в болезни как угрозы (например, ожидая результаты анализов, онкологические пациенты могут беспокоиться из-за возможной отрицательной динамики в лечении) или возможности (в паллиативной ситуации сложная, непонятная информация по поводу методов и эффективности лечения может восприниматься как надежда на благополучный исход) активируются стратегии и ресурсы совладающего поведения. Критерием внешней оценки эффективности копинга может быть уровень психического дистресса у пациентов [1], а критерием внутренней оценки — уверенность пациентов в их способности успешно справляться со стрессовыми ситуациями, вызванными заболеванием [7]. Когда пациентам не удается совладать с неопределенностью в болезни, это сказывается на их психическом благополучии, качестве жизни и несет в себе неблагоприятные последствия для сферы здравоохранения, что может приводить к увеличению количества жалоб на систему организации медицинской помощи. Таким образом, необходимо учитывать особенности совладающего поведения онкологических пациентов с разным уровнем неопределенности в болезни.

Основной **целью** исследования является изучение особенностей совладающего поведения, проявлений тревожных и депрессивных реакций у онкологических пациентов с разным уровнем неопределенности в болезни и стажем лечения, получающих противоопухолевую лекарственную терапию. **Гипотезы исследования:** а) репертуар копинг-стратегий и объем копинг-ресурсов у онкологических пациентов с разным уровнем неопределенности в болезни и стажем лечения различаются; б) показатели тревоги и депрессии выше у онкологических пациентов с выраженной неопределенностью и менее продолжительным периодом лечения.

Материалы и методы

Исследование проводилось путем однократного заполнения пациентами социально-демографической и клинической анкет, а также комплекса психометрических методик на базе: клиники комплексных методов диагностики и лечения заболеваний молочной железы ФГБУ «РНЦРР»

Минздрава России, отделения противоопухолевой лекарственной терапии Клинической больницы № 2 АО «ГК МЕДСИ в Боткинском проезде», а также Общественного социально значимого движения «Рак излечим». Все пациенты были ознакомлены с информацией о цели, содержании и конфиденциальности исследования и предоставили свое информированное согласие на участие. Исследование было одобрено Межвузовским комитетом по этике, выписка из протокола № 12-22 от 15.12.2022 г.

Помимо социально-демографической и клинической анкет в методический комплекс вошли следующие *методики*.

1. «Шкала неопределенности в болезни» М. Мишель (MIUS-A), форма для взрослых [19].

2. Опросник «COPE» Ч. Карвер, М. Шейер, ДЖ. Вейнтрауб (адаптация Е.Н. Рассказовой, Т.О. Гордеевой, Е.Н. Осина) для анализа репертуара копинг-стратегий [3].

3. «Шкала базисных убеждений» Р. Янофф-Бульман (адаптация М.А. Падун, В.А. Котельникова) для оценки представлений об окружающем мире и собственном Я [2].

4. Методика «Самоеффективность в отношении лечения» А.Ш. Тхостова, Е.И. Рассказовой для оценки уверенности личности в своих способностях преодолевать события, связанные с болезнью [4].

5. «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» Г. Зимет (адаптация Н.А. Сирота, В.М. Ялтонским) для оценки социальных ресурсов совладающего поведения [5].

6. «Шкала депрессии Бека» (адаптация Н.В. Тарабриной) [6].

7. «Шкала тревоги Бека» (А.Т. Бек, Р.А. Стир) [8].

Статистическая обработка проводилась с использованием программы Jamovi, версия 2.6.13. Первичный анализ и обработка данных осуществлялись методами описательной статистики. Для выделения групп пациентов с разным уровнем неопределенности использовался кластерный анализ методом к-средних, для анализа различий между группами пациентов — t-критерий Уэлча, χ^2 Пирсона.

Характеристика выборки. В исследование были включены 213 пациентов с онкологическими заболеваниями, которые получали один или несколько видов противоопухолевого лекарственного лечения (химиотерапия, гормонотерапия, таргетная терапия, иммунотерапия), в возрасте от 18 до 77 лет. У пациентов был диагностирован один из видов рака: злокачественные новообразования гортани, кишечника, желудка, легких, печени, поджелудочной железы, молочной или предстательной железы, почек, тела или шейки матки, яичников, щитовидной железы, леймиосар-

кома голени, лимфома Ходжкина, медиастинальная В-крупноклеточная лимфома, меланома кожи, саркома Юинга, фолликулярная лимфома.

На основании средних оценок факторов опросника «Шкала неопределенности в болезни» М. Мишель и по факту продолжительности лечения (промежутка времени, прошедшего с момента установления диагноза) методом к-средних были выделены две группы онкологических пациентов. В первую группу (далее — «ВН») вошли 115 пациентов с более коротким средним стажем лечения ($M(SD) = 25,59(29,19)$ месяцев) и высоким средним показателем неопределенности в болезни ($M(SD) = 99,18(9,25)$). Во вторую группу (далее — «УН») вошли 98 пациентов с более длительным стажем лечения ($M(SD) = 41,52(57,97)$ месяцев) и умеренным средним значением неопределенности в болезни ($M(SD) = 75,92(9,31)$). Группы не различались по демографическим и клиническим характеристикам (табл. 1).

Таблица 1

Социально-демографические и клинические характеристики онкологических пациентов

Характеристики	Группа «ВН», n = 115		Группа «УН», n = 98		Статистика критерия	p-критерий
Возраст	M	SD	M	SD	$t = 0,317$	0,751
	49,84	11,24	50,32	10,86		
Пол	n	%	n	%	$\chi^2 = 0,401$	0,526
женщины	104	90,43	91	92,86		
мужчины	11	9,57	7	7,14		
Образование					$\chi^2 = 4,774$	0,918
высшее	82	71,3	81	82,65		
средне-специальное	29	25,22	13	13,27		
среднее	4	3,48	4	4,08		
Стадия онкологического процесса					$\chi^2 = 6,166$	0,103
I	10	8,7	14	14,29		
II	36	31,3	35	35,71		
III	26	22,6	27	27,56		
IV	43	37,4	22	22,44		

Характеристики	Группа «ВН», n= 115		Группа «УН», n= 98		Статистика критерия	р-критерий
Клиническая картина					$\chi^2 = 1,231$	0,267
первично установленный диагноз	94	81,73	74	75,51		
рецидив	21	18,27	24	24,49		
Тип ранее проводимого лечения					$\chi^2 = 4,316$	0,229
операция	72	62,6	70	71,42		
лучевая терапия	39	33,91	36	36,73	$\chi^2 = 3,342$	0,341

Примечание: М — среднее значение; SD — стандартное отклонение; n — количество человек; % — доля от общей группы пациентов по рассматриваемому признаку; t — t-критерий Уэлча; χ^2 — χ^2 Пирсона; p — значимость различий.

Результаты

По результатам исследования выявлено, что онкологические пациенты чаще всего используют адаптивные копинг-стратегии, описанные Ч. Карвером и соавт. [10], среди которых на первое место выходят активное совладание и планирование (табл. 2). Кроме того, пациенты обеих групп стараются принимать текущую реальность и события, которые вызывают дистресс. Реже всего онкологические пациенты прибегают к использованию «успокоительных» для улучшения своего эмоционального состояния.

По сравнению с испытуемыми из группы «УН» пациенты группы «ВН» чаще концентрируются на неприятных эмоциях и активно их выражают ($p = 0,012$); предпочитают не верить в реальность произошедших с ними событий или их отрицать ($p = 0,011$); избегают решения вопросов, вызывающих дистресс ($p = 0,004$); реже предпринимают активные меры или разрабатывают конкретные планы по преодолению событий, связанных с заболеванием и процессом лечения ($p = 0,026$ и $p = 0,03$, соответственно); в меньшей степени склонны принимать произошедшие события ($p = 0,036$), рассматривать их в позитивном ключе ($p < 0,001$) или шутить по их поводу ($p = 0,043$).

Имплицитные представления пациентов в отношении окружающего мира, собственного Я, а также способов взаимодействия между миром и Я различаются (табл. 3).

Таблица 2

Копинг-стратегии онкологических пациентов

Копинг-стратегии	Группа «ВН», n = 115		Группа «УН», n = 98		p-критерий (t-критерий Уэлча)
	М	SD	М	SD	
Позитивное переформулирование и личностный рост	10,86	3,25	12,93	2,9	0,001***
Мысленный уход от проблемы	9,72	2,91	9,79	2,7	0,748
Концентрация на эмоциях и их активное выражение	10,72	3,07	9,64	3,2	0,012*
Поиск инструментальной социальной поддержки	11,68	3,07	11,6	2,98	0,772
Активное совладание	14,03	1,83	14,48	1,86	0,026*
Отрицание	8,34	3,11	7,23	2,63	0,011*
Обращение к религии	10,94	4,55	10,4	4,47	0,469
Юмор	8,53	3,65	9,6	3,76	0,043*
Поведенческий уход от проблемы	7,56	2,73	6,56	2,62	0,004**
Сдерживание	10,07	2,45	10,2	2,52	0,952
Поиск эмоциональной социальной поддержки	11,2	3,41	11,22	3,55	0,865
Использование «успокоительных» средств	6,64	3,73	5,95	2,74	0,307
Принятие	13,9	2,42	14,28	2,69	0,036*
Подавление конкурирующей деятельности	10,82	3,11	11,07	3,58	0,522
Планирование	13,55	2,7	14,42	1,87	0,03*

Примечание: М — среднее значение; SD — стандартное отклонение; «*» — различия значимы на уровне $p < 0,05$; «**» — различия значимы на уровне $p < 0,01$; «***» — различия значимы на уровне $p < 0,001$.

Средние оценки пациентов группы «ВН» ниже по всем показателям «Шкалы базисных убеждений» ($p < 0,001$). Пациенты группы «УН» выше оценивают безопасность (доброжелательность) окружающего мира и свои возможности контролировать происходящие в нем события, в большей мере убеждены в том, что в мире действуют законы справедливости и им сопутствует удача.

Онкологические пациенты обеих групп набрали высокие баллы по шкале «Образ Я», т. е. считают себя достаточно хорошими людьми.

Таблица 3

Базисные убеждения онкологических пациентов

Базисные убеждения	Группа «ВН», n = 115		Группа «УН», n = 98		p-критерий (t-критерий Уэлча)
	M	SD	M	SD	
Доброжелательность окружающего мира	33,05	6,15	35,83	4,61	0,001*
Справедливость	20,17	3,68	22,68	4,56	0,001*
Убеждения о контроле	28,91	5,36	31,98	5,67	0,001*
Образ Я	31,96	5,98	36,27	6,31	0,001*
Удача	24,2	3,71	27,55	4,74	0,001*

Примечание: M — среднее значение; SD — стандартное отклонение; «*» — различия значимы на уровне $p < 0,001$.

По результатам анализа показателей самоэффективности в отношении лечения (данные здесь приводятся без таблицы) было обнаружено, что у пациентов группы «ВН» показатели ниже, чем у пациентов группы «УН» (M(SD): 44,76(8,36) и 36,57 (10,72) соответственно, $p < 0,001$). То есть пациенты группы «ВН» менее уверены в своих способностях справляться с различными аспектами онкологического заболевания и преодолевать трудности, возникающие по ходу лечения.

В табл. 4 приводятся результаты сравнительного анализа восприятия социальной поддержки пациентами обеих групп (методика «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» была дополнена серией вопросов, касающихся поддержки со стороны врачей). Хотя статистически значимых различий между группами не было выявлено, более низкие значения общего показателя восприятия социальной поддержки отмечаются у пациентов группы «ВН» (M(SD) = 10,79(4,11)). Наибольшую социальную поддержку онкологические пациенты обеих групп ощущают со стороны значимых других и семьи, а наименьшую со стороны врачей.

По сравнению с группой «УН» онкологические пациенты группы «ВН» имеют более высокие уровни тревоги и депрессии ($p < 0,001$) (табл. 5).

Таблица 4
Восприятие социальной поддержки онкологическими пациентами

Источники социальной под- держки	Группа «ВН», n = 115		Группа «УН», n = 98		p-критерий (t-критерий Уэлча)
	М	SD	М	SD	
Семья	3,1	1,29	3,29	1,16	0,288
Друзья	2,44	1,71	2,81	1,51	0,139
Значимые другие	3,25	1,07	3,19	1,12	0,578
Врач	1,99	1,61	2,31	1,58	0,149
Общий показатель	10,79	4,11	11,59	3,85	0,141

Примечание: М — среднее значение; SD — стандартное отклонение; p — значи-
мость различий.

Таблица 5
Показатели тревоги и депрессии среди онкологических пациентов

Параметры	Группа «ВН», n = 115		Группа «УН», n = 98		p-критерий (t-критерий Уэлча)
	М	SD	М	SD	
Тревога	19,11	11,06	10,7	6,5	0,001*
Депрессия	18,39	11,4	10,42	7,85	0,001*

Примечание: М — среднее значение, SD — стандартное отклонение; «*» — раз-
личия значимы на уровне $p < 0,001$.

Обсуждение результатов и выводы

Неопределенность в болезни признается источником выраженного стресса [14; 24]. Согласно результатам исследования и ежедневного мониторинга, дистресс в среднесуточном интервале имеет прямую связь с показателями неопределенности в болезни у пациентов с онкологическими заболеваниями [8]. При этом в условиях длительного и потенциально угрожающего жизни заболевания пациенты могут постепенно адаптироваться к ситуации болезни путем перестройки своего мировоззрения и развития вероятностного стиля мышления.

По результатам анализа видно, что онкологические пациенты, выделенные в группы по уровню неопределенности в болезни и стажу лечения, демонстрируют различия в отношении стратегий и ресурсов совладающего поведения. Пациенты обеих групп используют активные копинг-strate-

гии: обдумывают, какие шаги будут предпринимать в сложившихся обстоятельствах; строят планы и совершают активные действия для преодоления стрессовой ситуации. При этом данные копинг-стратегии чаще применяют пациенты группы «УН». Использование этих стратегий оказывает положительное влияние на общее благополучие [18] и качество жизни [22] онкологических пациентов. Пациенты группы «УН» чаще испытуемых группы «ВН» используют стратегии, направленные на изменение отношения к стрессовым событиям, принятие и юмор. Позитивное отношение к жизненным событиям помогает пациентам преодолевать трудности, связанные онкологией и неопределенностью, в которой будущее непредсказуемо [20]. Апеллирование в группе «УН» к конструктивным стратегиям совладающего поведения выступает буфером против тревоги и депрессии. В группе «ВН» онкологические пациенты чаще используют стратегии, направленные на отрицание или уклонение от событий, связанных с дистрессом, а также фокусируются на негативных эмоциях и выражении чувств. По данным предыдущих исследований, частота применения описанных стратегий имеет положительную связь с выраженностью страха перед рецидивом болезни [12] и негативную — с образом тела и уровнем социальной поддержки [9; 28]. Среди основополагающих факторов использования избегающих копинг-стратегий выделяют выраженную тревогу, беспомощность или безнадежность [14]. Кратковременно помогая в решении проблем, они вызывают новые трудности, связанные с накоплением и усилением дистресса и ухудшением эмоционального благополучия. В долгосрочной перспективе для управления неопределенностью в болезни эти стратегии мало эффективны, поскольку не предоставляют человеку методов решения проблем [21]. Однако существует иная позиция, заключающаяся в том, что отрицание стрессовых событий является естественным и даже необходимым процессом, который облегчает адаптацию людей к психотравмирующим событиям, в числе которых онкологическое заболевание [16]. В паллиативной ситуации использование таких стратегий эмоциональной регуляции, как отрицание и избегание, может быть обоснованным. Выявленные в обеих группах особенности копинг-стратегий согласуются с результатами динамической оценки совладающего поведения онкологических пациентов на протяжении 5 лет с момента постановки диагноза [26].

Ощущение уязвимости является наиболее выраженной реакцией при столкновении онкологических пациентов с травмирующим событием, которое спустя годы оказывает влияние на их представления о себе и окружающем мире. Выраженная неопределенность в болезни в большей мере отражается на тревожных и депрессивных реакциях пациентов из

группы «ВН». При этом в обеих группах окружающий мир воспринимается как безопасный и достойный доверия. Онкологические пациенты считают себя хорошими людьми и верят в то, что могут контролировать происходящие в жизни события с помощью своего поведения. При этом, по сравнению с группой «ВН», пациенты из группы «УН» чувствуют большую уверенность в отношении контроля окружающих событий. Похожую картину мы наблюдаем при анализе самооффективности в отношении лечения. Онкологические пациенты группы «УН» в большей мере уверены в своих способностях справляться с событиями, которые связаны с онкологическим заболеванием и процессом лечения, и активно преодолевать их. Согласно данным метаанализа [11], пациенты со ЗНО, имеющие более высокие показатели самооффективности, меньше тревожатся и успешнее адаптируются к стрессовым событиям.

Анализ имплицитных представлений пациентов обнаружил, что в отличие от группы «УН», онкологические больные группы «ВН» не верят в справедливость распределения положительных и отрицательных событий в жизни и считают, что они случайным образом выпадают на долю человека. В основе убеждения о справедливости — не поведение, а моральный облик (добродетель) человека, который воспринимается как первичная основа понимания и интерпретации того, почему с индивидом происходят определенные события [17]. Кроме того, пациенты группы «УН» не верят в свою удачливость и считают, что в жизни им не везет. Следовательно, можно сделать заключение о том, что стаж лечения и уровень неопределенности сказываются на убеждениях онкологических пациентов в отношении закономерности и управляемости происходящих событий.

Наибольшую социальную поддержку онкологические пациенты ощущают со стороны значимых для них людей и членов семьи. В отличие от результатов исследований, в которых утверждается, что социальная поддержка выступает буфером между неопределенностью и качеством жизни, мы не обнаружили значимых различий в восприятии социальной поддержки между группами онкологических пациентов [27].

По итогам анализа проявлений совладающего поведения, тревожных и депрессивных реакций у онкологических пациентов с выраженной и умеренной неопределенностью в болезни и разным стажем лечения можно сделать следующие **выводы**.

1. Выявлены различия в репертуарах копинг-стратегий между группами онкологических пациентов с разным уровнем неопределенности в болезни и стажем лечения: онкологические пациенты с умеренной неопределенностью в болезни чаще планируют и предпринимают активные

действия для совладания с дистрессом, стараются переосмыслить стрессовые события и найти в них положительные моменты, в то время как онкологические пациенты с выраженной неопределенностью в болезни чаще избегают стрессовых событий или фокусируются на негативных эмоциях.

2. Показано, что независимо от уровня неопределенности в болезни онкологические пациенты считают окружающий мир безопасным и уверены, что могут контролировать происходящие в жизни события. Себя они оценивают положительно. При этом онкологические пациенты с выраженной неопределенностью в болезни, по сравнению с пациентами с умеренной неопределенностью, в большей мере убеждены, что в жизни им не везет и события, которые с ними происходят, они не заслужили.

3. Уверенность в своих способностях справляться с событиями, которые связаны с онкологическим заболеванием, и преодолевать их в большей мере выражают пациенты группы с умеренным уровнем неопределенности в болезни.

4. Наибольшую социальную поддержку онкологические пациенты ощущают от семьи и значимых для них людей.

5. Уровень тревоги и депрессии выше в группе пациентов с выраженной неопределенностью в болезни.

К перспективам настоящего исследования относится изучение связи клинических параметров онкологического заболевания с неопределенностью в болезни, а также влияния последней на совладающее поведение и эмоциональное состояние пациентов со злокачественными новообразованиями при разных методах и этапах лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бевз И.А. Внутренняя позиция пациента по отношению к болезни и выбор стратегии медицинского поведения (на модели ишемической болезни сердца): автореф. дис. ...канд. психол. наук. М.: МГУ., 1998. 26 с.
2. Падун М.А., Котельникова А.В. Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф—Бульман // Психологический журнал. 2008. Том 29. № 4. С. 98—106.
3. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О., Осин Е.Н. Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики и возможности применения методики «Соре» // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2013. Том 10. № 1. С. 82—118.
4. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Апробация методик диагностики локуса контроля причин болезни и лечения и самоэффективности в отношении лечения // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2016. Том 9. № 1. С. 71—83. DOI: 10.14529/psy160108

5. *Сирота Н.А.* Копинг-поведение в подростковом возрасте: дис. ...д-ра мед. наук. СПб., 1994. 283 с.
6. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.
7. *Ялтонский В.М., Сирота Н.А.* Психология совладающего поведения: развитие, достижения, проблемы, перспективы // Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / Под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко. М.: Институт психологии РАН, 2008. С. 21—55.
8. *Beck A.T., Steer R.A.* Beck Anxiety Inventory manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1993. 23 p.
9. *Boinon D. et al.* Changes in psychological adjustment over the course of treatment for breast cancer: the predictive role of social sharing and social support // *Psychooncology*. 2014. Vol. 23. № 3. P. 291—298. DOI:10.1002/pon.3420
10. *Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K.* Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach // *Journal of personality and social psychology*. 1989. Vol. 56. № 2. P. 267—283. DOI:10.1037//0022-3514.56.2.267
11. *Chirico A. et al.* A meta-analytic review of the relationship of cancer coping self-efficacy with distress and quality of life [Электронный ресурс] // *Oncotarget*. 2017. Vol. 8. № 22. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5482699/pdf/oncotarget-08-36800.pdf> (дата обращения: 14.05.2024).
12. *De Vries J. et al.* How breast cancer survivors cope with fear of recurrence: a focus group study // *Supportive Care in Cancer*. 2014. Vol. 22. P. 705—712.
13. *Etkind S.N. et al.* Uncertainty in serious illness: A national interdisciplinary consensus exercise to identify clinical research priorities [Электронный ресурс] // *PLoS One*. 2024. Vol. 19. № 2. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0289522> (дата обращения: 14.05.2024).
14. *Guan T. et al.* Illness uncertainty, coping, and quality of life among patients with prostate cancer // *Psychooncology*. 2020. Vol 29. № 6. P. 1019—1025. DOI:10.1002/pon.5372
15. *Hao R. et al.* Contribution of coping style to the association between illness uncertainty and demoralisation in patients with breast cancer: a cross-sectional mediation analysis [Электронный ресурс] // *BMJ Open*. 2023. Vol. 13. № 3. URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/13/3/e065796> (дата обращения 06.06.2024).
16. *Janoff-Bulman R., Timko C.* Coping with Traumatic Life Events // *Coping with negative life events* / Eds. C.R. Snyder, C.E. Ford. N.Y.: Springer New York, 1987. P. 135—159.
17. *Janoff-Bulman R.* Assumptive worlds and the stress of traumatic events: applications of the schema construct // *Social Cognition*. 1989. Vol. 7. № 2. P. 113—136. DOI:10.1521/soco.1989.7.2.113
18. *Lampic C. et al.* Coping, psychosocial well-being and anxiety in cancer patients at follow-up visits // *Acta Oncologica*. 1994. Vol. 33. № 8. P. 887—894. DOI:10.3109/02841869409098451
19. *Mishel M.H.* The measurement of uncertainty in illness // *Nursing Research*. 1981. Vol. 30. № 5. P. 258—263.

20. *Mishel M.H.* Uncertainty in illness // *Journal of Nursing scholarship*. 1988. Vol. 20. № 4. P. 225—232. DOI:10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x
21. *Mishel M.H. et al.* Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects: nurse-delivered psychoeducational intervention over the telephone // *Cancer*. 2002. Vol. 94. № 6. P. 1854—1866. DOI:10.1002/cncr.10390
22. *Mohammadipour M., Pidad F.* Coping Strategies, Locus of Control, and Quality of Life in Patients with Early-Stage Breast Cancer // *The Journal of Psychology*. 2021. Vol. 155. № 4. P. 375—386. DOI:10.1080/00223980.2020.1816873
23. *Nishibe-Toyosato S. et al.* Factors Affecting the Comprehension of Outpatients Receiving Cancer Chemotherapy // *Biological and Pharmaceutical Bullrtin*. 2023. Vol. 46. № 3. P. 505—510. DOI:10.1248/bpb.b22-00374
24. *Obispo B. et al.* Coping strategies as mediators of uncertainty and psychological distress in patients with advanced cancer // *Psycho-oncology*. 2023. Vol. 32. № 11. P. 1694—1701. DOI: 10.21203/rs.3.rs-2419820/v1
25. *Parker P.A. et al.* Relationship between illness uncertainty, anxiety, fear of progression and quality of life in men with favourable-risk prostate cancer undergoing active surveillance // *BJU International*. 2016. Vol. 117. № 3. P. 469—477. DOI: 10.1111/bju.13099
26. *Schou-Bredal I., Ekeberg O., Karesen R.* Variability and stability of coping styles among breast cancer survivors: A prospective study // *Psychooncology*. 2021. Vol. 30. № 3. P. 369—377. DOI: 10.1002/pon.5587
27. *Wu S. et al.* The Relationship Between Illness Uncertainty and Social Support Among Cancer Patients: A Meta-analysis [Электронный ресурс] // *Cancer Nursing*. 2024. March 6. URL: https://journals.lww.com/cancernursingonline/fulltext/9900/the_relationship_between_illness_uncertainty_and.223.aspx (дата обращения 06.06.2024).
28. *Yamani A.B, Targari B., Roudi R.O.* Body image and its relationship with coping strategies: The views of Iranian breast cancer women following surgery // *European Journal of Cancer Care*. 2020. Vol. 29. № 1. e13191. DOI: 10.1111/ecc.13191

REFERENCES

1. Bezv I.A. Vnutrennjaja pozicija pacienta po odnosniju k bolezni i vybor strategii medicinskogo povedenija (na modeli ishemicheskoy bolezni serdca). A bstract of diss. kand. psikh. nauk. [The patient's internal position in relation to the illness and the choice of a strategy for medical behavior (based on a model of coronary heart disease). Ph. D. (Psychology)]. Moscow, 1998. 26 p. (In Russ.).
2. Padun M.A., Kotel'nikova A.V. Modifikacija metodiki issledovanija bazisnyh ubezhdenij lichnosti R. Janoff-Bul'man [Modification of R. Janoff-Bulman's procedure for personality basic beliefs study]. *Psihologicheskij zhurnal = Psychological Journal*, 2008. Vol. 29, no. 4, pp. 98—106. (In Russ.).
3. Rasskazova E.I. Koping-strategii v strukture deiatel'nosti i samoregulatsii: psikhometricheskie kharakteristiki i vozmozhnosti primeneniia metodiki Cope /

- E.I. Rasskazova, T.O. Gordeeva, E.N. Osin [Coping strategies in the structure of activity and self-regulation: psychometric characteristics and possibilities of using the Cope test]. *Psikhologiya. Zhurnal Vysshei shkoly ekonomiki = Psychology. Journal of the Higher School of Economics*, 2013. Vol. 10, no. 1, pp. 82—118. (In Russ.).
4. Rasskazova E.I., Thostov A.Sh. Aprobacia metodik diagnostiki lokusa kontrolja prichin bolezni i lechenija i sameffektivnosti v otnoshenii lechenija [Approbation diagnostic technique of locus control of causes disease and treatment and self-efficacy in relation to treatment]. *Vestnik JuUrGU. Serija «Psihologija» = Bulletin of the South Ural State University. Series «Psychology»*, 2016. Vol. 9, no.1, pp. 71—83. DOI:10.14529/psy160108. (In Russ.).
 5. Sirota N.A. Koping - povedenie v podrozkovom vozraste. Diss. dokt. med. nauk. [Coping behavior in adolescence. Diss. Dr. Sci. (Medical) diss.]. Saint-Petersburg., 1994. 283 p. (In Russ.).
 6. Tarabrina N.V. Praktikum po psihologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on psychology of post-traumatic stress]. SPb.: *Piter*. 2001. 272 p. (In Russ.).
 7. Jaltonskij V.M., Sirota N.A. Psihologija sovladajushhego povedenija: razvitie, dostizhenija, problemy, perspektivy [Psychology of coping behavior: development, achievements, problems, prospects]. *Sovladajushhee povedenie: Sovremennoe sostojanie i perspektivy = Coping behavior: Current state and prospects*. Pod. red. A.L. Zhuravleva, T.L. Krjukovoj, E.A. Sergienko. Moacow: *Izd-vo «Institut psihologii RAN» = Institute of Psychology of Russian Academy of Sciences Publ.*, 2008. Pp. 21—55. (In Russ.).
 8. Beck A.T., Steer R.A. Beck Anxiety Inventory manual. San Antonio, TX: *Psychological Corporation*, 1993. 23 p.
 9. Boinon D. et al. Changes in psychological adjustment over the course of treatment for breast cancer: the predictive role of social sharing and social support. *Psychooncology*, 2014. Vol. 23, no. 3, pp. 291—298. DOI:10.1002/pon.3420
 10. Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K. Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of personality and social psychology*, 1989. Vol. 56, no. 2, pp. 267—283. DOI:10.1037//0022-3514.56.2.267
 11. Chirico A. et al. A meta-analytic review of the relationship of cancer coping self-efficacy with distress and quality of life. *Oncotarget*, 2017. Vol. 8, no. 22. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5482699/pdf/oncotarget-08-36800.pdf> (Accessed 14.05.2024).
 12. De Vries J. et al. How breast cancer survivors cope with fear of recurrence: a focus group study. *Supportive Care in Cancer*, 2014. Vol. 22, pp. 705—712.
 13. Etkind S.N. et al. Uncertainty in serious illness: A national interdisciplinary consensus exercise to identify clinical research priorities. *PLoS One*, 2024. Vol. 19, no. 2. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0289522> (Accessed 14.05.2024).
 14. Guan T. et al. Illness uncertainty, coping, and quality of life among patients with prostate cancer. *Psychooncology*, 2020. Vol 29, no. 6, pp. 1019—1025. DOI:10.1002/pon.5372

15. Hao R. et al. Contribution of coping style to the association between illness uncertainty and demoralization in patients with breast cancer: a cross-sectional mediation analysis. *BMJ Open*, 2023. Vol. 13. № 3. Available at: <https://bmjopen.bmj.com/content/13/3/e0065796> (Accessed 06.06.2024).
16. Janoff-Bulman R., Timko C. Coping with negative life events. Eds. C.R. Snyder, C.E. Ford. N.Y.: *Springer New York*, 1987. Pp. 135—159.
17. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: applications of the schema construct. *Social Cognition*, 1989. Vol. 7, no. 2, pp. 113—136. DOI:10.1521/soco.1989.7.2.113
18. Lampic C. et al. Coping, psychosocial well-being and anxiety in cancer patients at follow-up visits // *Acta Oncologica*, 1994. Vol. 33, no. 8, pp. 887—894. DOI:10.3109/02841869409098451
19. Mishel M.H. The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 1981. Vol. 30, no. 5, pp. 258—263.
20. Mishel M.H. Uncertainty in illness. *Journal of Nursing scholarship*, 1988. Vol. 20, no. 4, pp. 225—232. DOI:10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x
21. Mishel M.H. et al. Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects: nurse-delivered psychoeducational intervention over the telephone. *Cancer*, 2002. Vol. 94, no. 6, pp. 1854—1866. DOI:10.1002/cncr.10390
22. Mohammadipour M., Pidad F. Coping Strategies, Locus of Control, and Quality of Life in Patients with Early-Stage Breast Cancer. *The Journal of Psychology*, 2021. Vol. 155, no. 4, pp. 375—386. DOI:10.1080/00223980.2020.1816873
23. Nishibe-Toyosato S. et al. Factors Affecting the Comprehension of Outpatients Receiving Cancer Chemotherapy. *Biological and Pharmaceutical Bullrtin*, 2023. Vol. 46, no. 3, pp. 505—510. DOI:10.1248/bpb.b22-00374
24. Obispo B. et al. Coping strategies as mediators of uncertainty and psychological distress in patients with advanced cancer. *Psycho-oncology*, 2023. Vol. 32., no. 11, pp. 1694—1701. DOI:10.21203/rs.3.rs-2419820/v1
25. Parker P.A. et al. Relationship between illness uncertainty, anxiety, fear of progression and quality of life in men with favourable-risk prostate cancer undergoing active surveillance. *BJU International*, 2016. Vol. 117, no. 3, pp. 469—477. DOI: 10.1111/bju.13099
26. Schou-Bredal I., Ekeberg O., Karesen R. Variability and stability of coping styles among breast cancer survivors: A prospective study. *Psychooncology*, 2021. Vol. 30, no. 3, pp. 369—377. DOI:10.1002/pon.5587
27. Wu S. et al. The Relationship Between Illness Uncertainty and Social Support Among Cancer Patients: A Meta-analysis. *Cancer Nursing*, 2024. March 6. Available at: https://journals.lww.com/cancernursingonline/fulltext/9900/the_relationship_between_illness_uncertainty_and.223.aspx (Accessed 06.06.2024).
28. Yamani A.B, Tirgari B., Roudi R.O. Body image and its relationship with coping strategies: The views of Iranian breast cancer women following surgery. *European Journal of Cancer Care*, 2020. Vol. 29, no. 1. e13191. DOI: 10.1111/ecc.13191

Фетисов Б.А., Сирота Н.А., Ходорович О.С.,
Ледин Е.В. (2025)
Совладающее поведение онкологических...
Консультативная психология и психотерапия,
2025. 33(1), 87—105.

Fetisov B.A., Sirota N.A., Khodorovich O.S.,
Ledin E.V. (2025)
Coping Behavior cancer patients with different...
Counseling Psychology and Psychotherapy,
2025. 33(1), 87—105.

Информация об авторах

Фетисов Бронислав Александрович, аспирант кафедры клинической психологии, Российский университет медицины (ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9099-5724>, e-mail: lortic@mail.ru

Сирота Наталья Александровна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой клинической психологии, Российский университет медицины (ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>, e-mail: sirotan@mail.ru

Ходорович Ольга Сергеевна, доктор медицинских наук, врач-хирург, заведующая клиникой, Российский научный центр рентгенорадиологии (ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6014-4597>, e-mail: khodorovich-o@mail.ru

Ледин Евгений Витальевич, кандидат медицинских наук, врач-химиотерапевт, руководитель центра химиотерапии, заведующий отделением противоопухолевой лекарственной терапии, Клиническая больница МЕДСИ в Боткинском проезде (КБ № 2 АО «ГК МЕДСИ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1834-0981>, e-mail: ledin@inbox.ru

Information about the authors

Bronislav A. Fetisov, graduate student Departments of Clinical Psychology, Russian University of Medicine (FSBEI HE “ROSUNIMED”), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9099-5724>, e-mail: lortic@mail.ru

Natalya A. Sirota, Doctor in Medical Sciences, Professor, Chair of the Department of Clinical Psychology, Russian University of Medicine (FSBEI HE “ROSUNIMED”), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2736-9986>, e-mail: sirotan@mail.ru

Khodorovich O. Sergeevna, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Oncology and Reconstructive Plastic Surgery of the Breast, Russian Scientific Center of Roentgenoradiology (RSCRR), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6014-4597>, e-mail: khodorovich-o@mail.ru

Evgeniy V. Ledin, PhD in medical Sciences, Head of the Department of antitumor drug therapy, Medsi Group of Companies, Moscow, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1834-0981>, e-mail: ledin@inbox.ru

Получена 14.08.2024

Принята в печать 30.10.2024

Received 14.08.2024

Accepted 30.10.2024

АПРОБАЦИЯ И ВАЛИДИЗАЦИЯ МЕТОДИК TESTING AND VALIDATING INSTRUMENTS

Научная статья | Original paper

Кросс-культурная адаптация методики «Сферы профессиональной жизни» (Areas of Worklife Survey, AWS) на русскоязычной выборке медицинских работников онкологического стационара

А.М. Шишкова

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9707-138X>, e-mail: shishaspb@mail.ru

В.В. Бочаров

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»);
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (ФГБОУ ВО СПбГПМУ);
Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ СПбГУ);
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0874-4576>,
e-mail: bochvikvik@gmail.com

Н.Г. Васильева

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-8930-7065>, e-mail: vas006@yandex.ru

Е.С. Цыганкова

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»);

Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) имени Н.П. Напалкова (ГБУЗ «СПб КНпЦСВМП(о) имени Н.П. Напалкова»);

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова (ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5821-3127>, e-mail lisa94_94@mail.ru

А.А. Вукс

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6700-0609>, e-mail: ayavuks@bekhterev.ru

Статья посвящена проблеме кросс-культурной адаптации психодиагностических методик. Рассматриваются современные подходы и техники, рекомендуемые для достижения качественного результата адаптации, а также те трудности, с которыми могут столкнуться исследователи в процессе процедуры ее проведения. **Целью** настоящей работы являлось рассмотрение этапов процесса кросс-культурной адаптации на примере методики «Сферы эмоциональной жизни» («Areas of Worklife Survey», AWS), а также проверка факторной структуры русскоязычной версии методики. **Материалы и методы.** Аprobация осуществлялась на выборке сотрудников онкологических стационаров ($n = 142$ чел.), средний возраст респондентов составил 38,88 ($SD = 12,71$) лет. **Результаты.** Анализ надежности (согласованности и устойчивости) шкал, полученных в результате факторного анализа, говорит о принципиальной применимости конструкта ранних предикторов выгорания в трудовой деятельности в отечественной социокультурной среде. В то же время выявлено лишь частичное совпадение факторной структуры оригинального конструкта с факторной структурой, полученной при валидации методики на русскоязычной популяции. Наибольшее совпадение отмечается по факторам «Профессиональное сообщество», «Рабочая нагрузка», «Ценности». **Заключение.** Обсуждается вопрос о необходимости создания оригинальной методики, лишь концептуально связанной с конструктом ранних предикторов выгорания. Выявление транскультурных различий восприятия рабочей среды выступает в качестве самостоятельного вектора дальнейших исследований.

Шишкова А.М., Бочаров В.В., Васильева Н.Г.,
Цыганкова Е.С., Вукс А.А (2025)
Кросс-культурная адаптация методики...
Консультативная психология и психотерапия,
2025. 33(1), 106—126.

Shishkova A.M., Bocharov V.V., Vasyleva N.G.,
Tsygankova E.S., Vuks A.Ja. (2025)
Cross-Cultural Adaptation of the Areas...
Counseling Psychology and Psychotherapy,
2025. 33(1), 106—126.

Ключевые слова: кросс-культурная адаптация, этапы кросс-культурной адаптации, ранние предикторы выгорания в трудовой деятельности, факторная структура.

Для цитаты: Шишкова А.М., Бочаров В.В., Васильева Н.Г., Цыганкова Е.С., Вукс А.А. Кросс-культурная адаптация методики «Сферы профессиональной жизни» (Areas of Worklife Survey, AWS) на русскоязычной выборке медицинских работников онкологического стационара // Консультативная психология и психотерапия. 2025. Том 33. № 1. С. 106—126. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330106>

Cross-Cultural Adaptation of the Areas of Worklife Survey (AWS) on the Russian-Speaking Sample of Oncology Hospital Medical Workers

Alexandra M. Shishkova

V.M. Bekhterev National Research Medical Center
for Psychiatry and Neurology,
Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint-Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9707-138X>, e-mail: shishaspb@mail.ru

Victor V. Bocharov

V.M. Bekhterev National Research Medical Center
for Psychiatry and Neurology;
Saint-Petersburg State Pediatric Medical University;
Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0874-4576>, e-mail: bochvikvik@gmail.com

Nadezhda G. Vasyleva

V.M. Bekhterev National Research Medical Center
for Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-8930-7065>, e-mail: vas006@yandex.ru

Elizaveta S. Tsygankova

V.M. Bekhterev National Research Medical Center
for Psychiatry and Neurology;
Napalkov State Budgetary Healthcare Institution “Saint-Petersburg clinical scientific and practical center for specialised types of medical care (oncological)”;
North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov,
Saint-Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5821-3127>, e-mail: lisa94_94@mail.ru

Alexandr Ja. Vuks

V.M. Bekhterev National Research Medical Center

for Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6700-0609>, e-mail: ayavuks@bekhterev.ru

The article is devoted to the problem of cross-cultural adaptation of psychodiagnostic methods. Current approaches and techniques recommended to achieve qualitative result of adaptation are considered, as well as the difficulties that researchers may face in the process of its implementation. **The aim** of this work was to consider the stages of the cross-cultural adaptation process using the Areas of Worklife Survey (AWS) as an example, as well as to verify the factor structure of the Russian version of the questionnaire. **Materials.** Approbation was carried out on a sample of employees of cancer hospitals ($n=142$), the average age of respondents was 38,88 ($SD=12,71$) years. **Results.** The analysis of reliability (consistency and stability) of scales obtained as a result of factor analysis indicates the fundamental applicability of the construct of early predictors of job burnout in the domestic sociocultural environment. At the same time, only a partial coincidence of the factor structure of the original construct with the factor structure obtained during the validation on Russian-speaking population was revealed. The greatest coincidence is noted for the factors “Community”, “Workload”, “Values”. **Conclusions.** The need to create an original measure, only conceptually related to the construct of early burnout predictors, is being discussed. Identification of transcultural differences in the perception of the working environment acts as an independent vector of further research.

Keywords: cross-cultural adaptation, stages of cross-cultural adaptation, early predictors of job burnout, factor structure.

For citation: Shishkova A.M., Bocharov V.V., Vasyleva N.G., Tsygankova E.S., Vuks A.Ja. Cross-Cultural Adaptation of the Areas of Worklife Survey (AWS) on the Russian-Speaking Sample of Oncology Hospital Medical Workers. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2025. Vol. 33, no. 1, pp. 106—126. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330106> (In Russ.).

Введение

Адаптация зарубежных методик широко распространена в отечественной психологии. Создание оригинального инструмента, отвечающего критериям валидности и надежности, обычно требует от исследователей значительного времени и ресурсов, в то время как процесс кросс-культурной адаптации, как правило, представляется исследователям менее затратным. Адаптированная к разным языкам психодиаг-

ностическая методика позволяет исследовать интересные аспекты в разных культурах, выявлять межкультуральные различия и консолидировать информацию об изучаемых явлениях.

Очевидно, что на качество адаптируемого инструментария, соответствие диагностируемых свойств и переменных оригиналу существенное влияние оказывает грамотность проведения процедуры адаптации. Она должна осуществляться с учетом требований, предъявляемых к адаптации зарубежных тестов, и соотноситься с международными профессионально-этическими стандартами.

В отечественной литературе проблема адаптации зарубежных методик стала активно разрабатываться в 70—80-е годы прошлого столетия. Например, Ю.Л. Ханин [5] предлагал следующие этапы адаптации: подготовка предварительного перевода опросника на язык пользователя; редактирование полученного предварительного варианта и экспертная оценка его эквивалентности с обязательным привлечением лингвистов и профессиональных психологов, владеющих языком оригинала и имеющих опыт практической работы с опросниками; обратный перевод на язык оригинала предварительного варианта; предъявление предварительного варианта перевода на язык пользователя и обратного перевода автору оригинальной методики для экспертной оценки их эквивалентности; оценка исправленного варианта и вторичная экспериментальная проверка его эквивалентности оригиналу; проверка устойчивости итоговых показателей теста и выявление его валидности; сбор предварительных норм на соответствующей выборке.

В настоящее время в зарубежной литературе существует значительное число руководств и рекомендаций по проведению кросс-культуральной адаптации психодиагностических методик [8]. Эти руководства содержат различные подходы и техники, рекомендуемые для достижения качественного результата адаптации, что позволяет говорить об отсутствии единых выверенных правил проведения этого процесса.

Литературный обзор существующих руководств и применяемых исследователями методов кросс-культуральной адаптации, проведенный J. Epstein и его коллегами [10], выявил отсутствие консенсуса относительно руководящих принципов при проведении адаптации. Авторы отмечают, что предлагаемые подходы существенно различаются в плане рекомендуемых правил и методов перевода, формирования фокус-групп, достижения концептуальной эквивалентности оригинального конструкта и адаптированного инструмента. В частности, нет устоявшегося мнения исследователей относительно необходимости этапа об-

ратного перевода, требований к переводчикам, формирования фокус-группы для так называемого «когнитивного интервью», направленного на уточнение формулировок опросника.

В доступной нам современной отечественной литературе мы не обнаружили аналитических обзоров, посвященных проблемам кросс-культуральной адаптации. За последнее десятилетие были написаны лишь единичные статьи, затрагивающие проблемы, существующие в сфере адаптации зарубежных психодиагностических методик [2; 4]. Следует отметить, что отечественные авторы, занимающиеся адаптацией зарубежных методик, за редким исключением [3] сосредотачиваются на представлении результатов, совершенно опуская детали самого процесса.

В то же время в ходе кросс-культуральной адаптации исследователи могут столкнуться со значительными трудностями, начиная от лингвистических проблем на этапе перевода (например, два языка могут не иметь эквивалентных слов и идиоматических выражений), заканчивая несоответствием теоретического конструкта адаптируемого инструмента культурной реальности, определяющей способ мышления исследуемой популяции. Идеи, идеологии, ценности, религиозные убеждения существенным образом определяют ту или иную культурную среду и формируют способ переработки информации, который обеспечивает оптимальное функционирование субъекта и популяции применительно к условиям данной среды. Отличия в ментальностях различных цивилизаций часто могут выявляться лишь на этапе валидации методики.

Отсутствие четких, обоснованных доказательств преимуществ того или иного метода кросс-культуральной адаптации, а также существующая потребность в поиске возможных путей преодоления трудностей, возникающих в ходе реализации этого процесса, определяют важность детального рассмотрения примеров адаптации методик, отражающих многоаспектность и дискуссионность этого процесса.

Именно такой разбор будет представлен нами в настоящей статье на примере адаптации методики «Сферы эмоциональной жизни» («Areas of Worklife Survey», AWS), разработанной M.P. Leiter и C. Maslach. Интерес к этой методике связан с актуальностью исследования факторов, способствующих и препятствующих эмоциональному выгоранию (предикторов и протекторов), и их соотношения у медицинских работников. Адаптация данного инструмента, направленного на выявление ранних предикторов выгорания, позволит в последующем создать эффективную систему профилактики психоэмоциональных расстройств у данной категории лиц [6].

Метод и методики

Выборка. Апробация осуществлялась на выборке сотрудников онкологических стационаров ($n = 142$ чел.). Эта категория медицинских работников была выбрана в качестве фокус-группы, поскольку они взаимодействуют с пациентами, имеющими высокий уровень смертности и, вследствие этого, подвержены высокому риску выгорания [1; 9]. Среди обследованных 23,9% составили врачи, 59,2% — средний и 16,0% — младший медицинский персонал. Средний возраст респондентов составил 38,88 лет ($SD = 12,71$ лет). Респонденты заполняли онлайн-формы, участие в опросе было анонимным и добровольным, ссылка на исследование распространялась среди участников профессионального сообщества (опрос методом «снежного кома»). Проведение исследования было одобрено локальным этическим комитетом (протокол № ЭК—2021 от 10.09.2020).

Основные социально-демографические характеристики обследуемых, а также параметры субъективной оценки ими условий труда представлены в табл. 1.

Таблица 1

Социально-демографические характеристики выборки и параметры субъективной оценки работниками условий труда ($N = 142$)

Характеристика	$M (SD)$, лет	Частота ответов	
		N, чел.	%
		Мужской пол — 17	12,0
		Женский пол — 125	88,0
Возраст	38,88 (12,71)		
Семейное положение			
Замужем/женат		75	52,8
Не замужем/холост		20	14,1
Незарегистрированные отношения		23	16,2
В разводе		21	14,8
Вдова/вдовец		3	2,1
Количество детей			
0		88	62,0
1		31	21,8
2		20	14,1
3		3	2,1

Характеристика	<i>M (SD), лет</i>	Частота ответов	
		Н, чел.	%
		Мужской пол — 17	12,0
		Женский пол — 125	88,0
Должность			
Врач		34	23,9
Средний медицинский персонал		84	59,2
Младший медицинский персонал		24	16,9
Образование			
Высшее		53	37,3
Среднеспециальное		75	52,8
Неоконченное высшее		7	4,9
Среднее общее (11 классов)		7	4,0
Стаж работы в Онкоцентре	4,47 (3,38)		
Насколько часто Вам приходится выполнять дополнительную работу			
Никогда		12	8,5
Редко		63	44,4
Часто		49	34,5
Постоянно		18	12,7
Насколько часто Вам приходится выполнять работу с тяжелыми пациентами			
Никогда		13	9,2
Редко		53	37,3
Часто		58	40,8
Постоянно		18	12,7
Оцените, насколько работа с тяжелыми пациентами трудна для вас, по шкале, где 0 — совсем не трудно, а 5 — очень трудно			
0		17	12,0
1		22	15,5
2		28	19,7
3		45	31,7
4		19	13,4
5		11	7,7
Насколько часто Вам приходится задерживаться на работе			
Никогда		23	16,2

Характеристика	M (SD), лет	Частота ответов	
		N, чел.	%
		Мужской пол — 17	12,0
		Женский пол — 125	88,0
Редко		86	60,6
Часто		27	19,0
Постоянно		6	4,2
Часто ли происходят конфликтные ситуации с коллегами в отделении			
Никогда		48	33,8
Редко		88	62,0
Часто		5	3,5
Постоянно		1	0,7
Удовлетворены ли Вы своей заработной платой		107	75,4
Да		35	24,6
Нет			
Устраивает ли Вас график работы			
Да		129	90,8
Нет		13	9,2
Сколько часов составляет Ваша рабочая неделя	43,40 (10,99)		
Приходится ли Вам подрабатывать вне клиники? Если да, то как часто			
Никогда		105	73,9
Редко		23	16,2
Часто		5	3,5
Постоянно		9	6,3
Приходится ли Вам ухаживать за членом семьи, не способным полностью обслуживать себя в силу болезни или инвалидности			
Да		11	7,7
Нет		131	92,3

Примечание: M — среднее; SD — стандартное отклонение.

Несмотря на то, что значительная часть сотрудников помимо своих основных обязанностей часто выполняют дополнительную работу (47,2%) и задерживаются на работе (23,2%), подавляющее большинство

респондентов (90,8%) удовлетворены таким графиком работы. Среди опрошенных также отмечается высокая удовлетворенность медицинских работников своей заработной платой (75,4%). Вне клиники подрабатывают 26% работников. Постоянно или часто работают с тяжелыми пациентами 53,5% обследованных медицинских работников. При этом 51,8% работников субъективно оценивают работу с тяжелыми пациентами как несущую значительную нагрузку (3 и более баллов по шкале от 0 до 5). Отношения с коллегами большинством респондентов описываются как благополучные. Так, конфликтные ситуации с коллегами происходят редко у 62%, никогда — у 33,8% опрошенных.

Характеристика оригинальной методики «Areas of Worklife Survey» (AWS). AWS была создана на основе серии обследований персонала, проведенных Центром организационных исследований и разработок (Centre for Organizational Research and Development) [13; 14], и является практическим инструментом для измерения восприятия персоналом рабочей среды. Оценка восприятия организационных аспектов рабочей жизни, осуществляемая при помощи 6 шкал опросника, позволяет выявить предикторы выгорания или вовлеченности сотрудников в процессе выполнения ими своих рабочих обязанностей. Шкала продемонстрировала устойчивую факторную структуру на разных выборках, уровень Кронбаха шкал варьируется от 0,74 до 0,87, что свидетельствует о достаточной согласованности содержания [14]. Различные версии методики были успешно адаптированы на испанский и немецкий языки [7; 11; 15], полученные данные подтвердили хорошую внутреннюю согласованность шкал и конструктивную валидность AWS.

Для проведения кросс-культурной адаптации нами была выбрана последняя полная версия методики AWS, состоящая из 28 утверждений, образующих 6 шкал [13].

Шкала «Рабочая нагрузка» («Workload») — отражает ощущение выполнимости/невыполнимости объема работ, которые необходимо сделать в установленный срок. Пример утверждений: «I do not have time to do the work that must be done / У меня не хватает времени на работу, которую необходимо сделать».

Шкала «Контроль» («Control») — измеряет восприятие возможности/невозможности делать выбор и принимать решения, решать проблемы и способствовать выполнению обязанностей. Пример утверждений: «I have control over how I do my work / Я контролирую выполнение своей работы».

Шкала «Вознаграждение» («Reward») — отражает субъективное ощущение признания/непризнания организацией личного вклада сотрудни-

ка в выполняемую работу. Пример утверждений: «I receive recognition from others for my work / Я знаю, что окружающие считают мою работу важной».

Шкала «Профессиональное сообщество» («Community») — изменяет характер социальной среды организации. Пример утверждений: «Members of my work group communicate openly / Мы с коллегами открыто общаемся друг с другом».

Шкала «Справедливость» («Fairness») — отражает степень, в которой организация имеет последовательные и справедливые правила для всех. Пример утверждений: «Resources are allocated fairly here / Все ресурсы справедливо распределены между членами команды».

Шкала «Ценности» («Values») — показывает совпадение/несовпадение ценностей организации и ее членов. Пример утверждений: «My values and the Organization's values are alike / То, что я делаю на работе, согласуется с моими внутренними принципами».

Респонденты указывают степень своего согласия с утверждения по 5-балльной шкале Ликерта в диапазоне от 1 (категорически не согласен) до 5 (решительно согласен). Методика включает прямые и обратные вопросы, что учитывается при подсчете. Вопросы для каждой из шести подшкал AWS суммируются и приводятся к шкальной оценке, определяя степень рабочей конгруэнтности. Оценка более 3 баллов говорит о согласованности между выполняемой работой и предпочтениями респондента, менее 3 баллов указывает на отчетливо воспринимаемое несоответствие между выполняемой работой и предпочтениями респондента, что, в свою очередь, может быть предиктором выгорания.

Этапы адаптации опросника. В ходе переговоров с доктором M.P. Leiter, профессором организационной психологии в Университете Deakin (Мельбурн, Австралия), выяснилось, что правообладателем опросника, дающим разрешение на его адаптацию для иностранных специалистов, является компания «Mind Garden Inc», у которой нами в 2020 году были приобретены 142 лицензии для исследовательских целей и публикации результатов в научных статьях. В соответствии с условиями полученной лицензии мы ограничены в возможности представления всех утверждений опросника. Разрешение дано на публикацию лишь 6 утверждений, представленных выше в качестве примеров.

Кросс-культурная адаптация в соответствии с современными представлениями о необходимых этапах этого процесса [7; 10] включала 6 этапов.

1. Анализ особенностей конструкта «соответствия человека работе / личности и работы» (model of Person-job fit) [12; 16] его теоретической и методологической совместимости с базовыми категориями отече-

ственной медицинской психологии, а также применимости теста AWS к отечественной популяции. Анализ проводился группой экспертов по клинической психологии, специализирующихся в области межличностных отношений в малых и больших группах, а также на изучении причин «выгорания» в сфере трудовых отношений. На основании проведенного анализа был сделан вывод о возможности применения рассматриваемой модели в качестве подходящей основы для понимания механизмов психологической адаптации человека в контексте рабочих отношений и потенциальной применимости теста AWS для выявления ранних предикторов выгорания в процессе профессиональной деятельности.

2. Перевод инструмента на русский язык осуществлялся тремя независимыми русскоязычными переводчиками с хорошим пониманием языка оригинала (один из них — с психологическим образованием, другой — с медицинским, третий — «наивный» переводчик, билингв, не имеющий специализированного образования).

3. Согласование экспертами концептуальной эквивалентности переводов проводилось экспертной группой. После рассмотрения был получен сводный вариант переводов — предварительная русскоязычная версия методики «Сфера профессиональной жизни» (СПЖ).

4. Процедура оценки понимания вопросов СПЖ респондентами. Пробная версия была применена на фокус-группе, включавшей 15 респондентов из целевой популяции. Респондентам предлагалось высказывать замечания и свое мнение о возможных изменениях, которые, по их мнению, позволят им лучше понять вопросы, описывать возникающие трудности. После коррекции формулировок было проведено когнитивное интервью, продемонстрировавшее хорошее понимание вопросов СПЖ респондентами.

5. Процедура обратного перевода осуществлялась двумя англоязычными переводчиками, не знакомыми с оригинальной версией AWS.

6. Заключительное совещание экспертного совета, посвященное формированию окончательной версии СПЖ с учетом теоретической, семантической и идиоматической эквивалентности.

Статистическая обработка. Обработка данных осуществлялась при помощи статистического пакета SPSS v. 23. Структура русскоязычной версии опросника СПЖ выявлялась при помощи факторного анализа методом главных компонент с последующим varimax-вращением с нормализацией Кайзера. Для оценки качества факторной модели использовались мера адекватности выборки Кайзера—Майера—Олкина (КМО) и критерий сферичности Бартлетта. Количество факторов определялось

на основе графика собственных значений, как число компонентов с собственным значением выше 1.

Результаты

Проверка факторной структуры. Эксплораторный факторный анализ.
В результате факторного анализа было выделено семь факторов, суммарно объясняющих 63,02% общей дисперсии. Для полученной факторной модели КМО = 0,83, критерий сферичности Бартлетта: $\chi^2 = 1881,89$; $df = 378$; $p < 0,000$. В табл. 2 представлено распределение факторных нагрузок. При интерпретации анализировались нагрузки, превышающие 0,2.
Седьмой фактор был исключен нами из дальнейшего анализа. Мы не рассматривали его как отдельную шкалу в связи с заведомо низкой надежностью, определяемой наличием в ней лишь одного пункта.
Таким образом, как структуру оригинального опросника, так и структуру русскоязычной версии определяют 6 факторов. Несмотря на количественное совпадение, анализ показал, что русскоязычный вариант имеет сходство лишь по 3 из 6 факторов оригинальной версии опросника.

Таблица 2

Результаты факторного анализа

Утверждения	Факторы						
	1	2	3	4	5	6	7
Утверждения шкалы «Рабочая нагрузка»							
1					,785		
2		-,286		-,220	,686	-,169	-,229
3		-,223	-,159		,755		
4			,408		-,506	,187	
5							,796
Утверждения шкалы «Контроль»							
6	,158		,298		-,240	,683	
7		,362	,194	,246	-,217	,359	,223
8				,186		,631	,182
9		,619		,329		,179	,182
Утверждения шкалы «Вознаграждение»							
10	,156			,809			

Утверждения	Факторы						
	1	2	3	4	5	6	7
11	,215	,285	,184	,745		,204	-,163
12	-,218	-,623	-,187	-,177	,256	-,228	
13		-,658		-,189		-,269	
Утверждения шкалы «Профессиональное сообщество»							
14	,722		,178			,239	
15	,814			,188			
16	,851			,229			
17	,805	,217					
18	-,552	-,444					
Утверждения шкалы «Справедливость»							
19	,223	,312	,489	,260	-,219		
20	,209	,272	,271	,454	-,238		,423
21	,182	,412	,200	,398	-,210		,395
22		,237	,472	,417			,361
23		-,605	-,411		,277	,294	
24		-,572	-,428	-,168	,213	,252	
Утверждения шкалы «Ценности»							
25		,200	,712			,169	
26			,739	,200		,232	
27	,338		,432	,324			,278
28	,165		,546	,525	-,234		

Полное совпадение порядка факторных нагрузок наблюдалось лишь по шкале «Профессиональное сообщество». Эти данные отражают применимость анализируемого теоретического конструкта для оценки восприятия работниками социальной среды организации (в частности — ощущения положительной эмоциональной связи с коллегами по работе) вне зависимости от того культурного контекста, в котором осуществляется такая оценка.

Значительное совпадение порядка факторных нагрузок выявляется также по шкалам «Рабочая нагрузка» и «Ценности». Шкала «Рабочая нагрузка» включает четыре из пяти вопросов оригинальной версии. Это говорит о допустимости применения данной шкалы при оценке у работника ощущения перегруженности трудовыми обязанностями. Пятый вопрос, имеющий в оригинальной версии наименьшую факторную нагрузку,

при проведении факторного анализа русскоязычной версии выпал в отдельный фактор. Отсутствие корреляции с другими утверждениями данной шкалы не позволяет включить этот пункт в ее состав.

Шкала «Ценности» в оригинальной версии опросника включает четыре утверждения, направленных на оценку степени совпадения/несовпадения установок/ценностей сотрудника и организации. В результате проведенного факторного анализа в данный фактор вошли еще два утверждения, относящиеся в оригинальной версии к шкале «Справедливость». В частности, утверждение «Все ресурсы справедливо распределены между членами команды», а также утверждение, отражающее справедливое отношение руководства к сотрудникам, определяющееся их профессиональными качествами, а не фаворитизмом (из-за ограничения патентообладателя на публикацию утверждений, мы не можем привести здесь точной формулировки). Полученные данные говорят о том, что ощущение совпадения ценностей сотрудника и организации в отечественном социокультурном контексте связано не только с общностью декларируемых организацией ценностей и внутренних принципов работника, но и с ощущением справедливости отношения и распределения ресурсов в организации.

Оставшиеся 3 фактора (определяющие в оригинальной версии шкалы «Контроль», «Вознаграждение» и «Справедливость») в русскоязычном варианте продемонстрировали отличное от оригинальной версии распределение факторных нагрузок и их направленности. Полученные различия показывают, что выделенные в русскоязычной версии факторы не могут быть идентифицированы в тех же категориях, что и оригинальные. В соответствии со смысловым содержанием утверждений, вошедших в выделенные в результате проведенного анализа факторы, они были названы нами «Карьерный рост», «Ощущение собственной ценности как сотрудника» и «Профессиональная самостоятельность».

Дальнейшая оценка психометрических свойств методики была направлена на анализ надежности (согласованности и устойчивости), полученных в результате факторного анализа шкал опросника. Для этого применялся коэффициент внутренней согласованности α Кронбаха. Показатели α Кронбаха по шкалам «Профессиональное сообщество», «Рабочая нагрузка», «Ценности» и «Ощущение собственной ценности как сотрудника» были 0,82, 0,7, 0,84 и 0,78 соответственно. Вместе с тем шкалы «Карьерный рост» (α Кронбаха 0,19) и «Профессиональная самостоятельность» (α Кронбаха 0,47) продемонстрировали низкие значения коэффициента. По шкале «Профессиональная самостоятельность» такое значение α Кронбаха может быть связано с малым количеством пунктов

(в данную шкалу вошло лишь 2 утверждения). Низкий коэффициент по шкале «Карьерный рост», включающей 6 утверждений, говорит о недостаточной согласованности содержания, то есть о ненадежности шкалы.

Интерпретация полученных данных на настоящем этапе исследования представляется преждевременной, поскольку выявленное несоответствие факторной структуры опросника и отсутствие удовлетворительных показателей — Кронбаха по ряду шкал может быть обусловлено как транскультурными различиями, так и специфичностью выборки или особым периодом времени, в который осуществлялась валидизация методики (сбор материала осуществлялся на пике пандемии Covid-19). В этой связи мы предполагаем осуществить исследование на расширенном контингенте, включающем не только медицинских работников из различных сфер, но и представителей других профессий.

Заключение

В настоящей статье была проиллюстрирована многоаспектность и многоступенчатость процесса кросс-культурной адаптации. Результаты показали лишь частичное совпадение факторной структуры оригинального конструкта, описывающего предикторы эмоционального выгорания в трудовой деятельности, с факторной структурой, полученной при валидизации методики на русскоязычной популяции. Полученный опыт говорит о том, что перенос сложного конструкта из одной культурной традиции в другую, предполагающий непосредственное использование оригинальных шкал AWS, представляется спорным. Детерминанты, определяющие ментальность европейца и американца, могут быть отличными от тех социокультурных факторов, которые опосредуют восприятие реальности, в частности, рабочей среды в России.

В настоящий момент завершен важный этап исследования, позволяющий говорить о принципиальной применимости конструкта ранних предикторов выгорания в трудовой деятельности в отечественной социокультурной среде. В то же время дальнейшего изучения требует вопрос о том, необходимо ли создание оригинальной методики, концептуально связанной с конструктом, предложенным М.Р. Leiter и С. Maslach, или использование оригинальной методики AWS на русскоязычной популяции является адекватным. Последнее возможно в том случае, если выявленные различия отражают специфику контингента или периода проведения исследования, а не отличия ментальностей.

Изучение транскультурных различий восприятия рабочей среды выступает в качестве самостоятельного вектора дальнейших исследований в связи с высокой миграцией населения во всем мире.

Литература

1. Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С., Пименов И.Д., Хомяков К.В. Эмоциональное выгорание у врачей и медицинские ошибки. Есть ли связь? // Социальные аспекты здоровья населения. 2016. № 1. DOI:10.21045/2071-5021-2016-47-1-5
2. Орел В.Е., Сенин И.Г. Опыт адаптации зарубежного опросника: организационный и содержательный аспект // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. 2008. № 33(133). С. 71—77.
3. Полуэктова О.В., Ефремова М.В. Адаптация инструментария социально-психологического исследования на выборке людей, пребывающих в бедности // Социальная психология и общество. 2018. Том 9. № 2. С. 179—203. DOI:10.17759/sps.2018090212
4. Свириденко И.Н., Свириденко Э.О. Проблемы перевода и использования зарубежных тестов в оценке персонала // Государственное управление. 2014. № 45. С. 58—73.
5. Ханин Ю.Л. Стандартный алгоритм адаптации зарубежных опросных методов // Психологические проблемы предсоревновательной подготовки квалифицированных спортсменов: сб. науч. трудов ЛНИИФК / Под ред. Ю.Я. Киселева. Л.: ЛНИИФК, 1977. С. 129—135.
6. Холмогорова А.Б., Рахманина А.А., Суроегина А.Ю., Микита О.Ю., Петриков С.С., Рой А.П. Психическое здоровье и профессиональное выгорание врачей-ординаторов во время пандемии COVID-19: ситуационные и психологические факторы // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 2. С. 9—47. DOI:10.17759/cpp.2021290202
7. Brom S.S. et al. Areas of worklife as predictors of occupational health. A validation study in two German samples // Burn. Res. 2015. Vol. 2. P. 60—70. DOI:10.1016/j.burn.2015.05.001
8. Cruchinho P. et al. Handovers4SafeCare. Translation, Cross-Cultural Adaptation, and Validation of Measurement Instruments: A Practical Guideline for Novice Researchers // J Multidiscip Healthc. 2024. Vol. 17. P. 2701—2728. DOI:10.2147/JMDH.S419714
9. Elshaer N.S.M. et al. Job stress and burnout syndrome among critical care healthcare workers // Alexandria J. Med. 2018. Vol. 54. P. 273—277. DOI:10.1016/j.ajme.2017.06.004
10. Epstein J., Santo R.M., Guillemín F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus // J. Clin. Epidemiol. 2015. Vol. 68(4). P. 435—441. DOI:10.1016/j.jclinepi.2014.11.021
11. Gascón et al. A factor confirmation and convergent validity of the “areas of worklife scale” (AWS) to Spanish translation // Health and Quality of Life Outcomes. 2013. Vol. 11. P. 63. DOI:10.1186/1477-7525-11-63

12. Huang W., Yuan C., Li M. Person-Job Fit and Innovation Behavior: Roles of Job Involvement and Career Commitment // *Front. Psychol.* 2019. Vol. 10. Article number: 1134. DOI:10.3389/fpsyg.2019.01134
13. Leiter M.P., Maslach C. *Areas of Worklife Survey Manual* (5th ed). California: Mind Garden, Inc, 2011. 33 p.
14. Maslach C., Leiter M.P. Early Predictors of Job Burnout and Engagement // *Journal of Applied Psychology.* 2008. Vol. 93(3). P. 498—512. DOI:10.1037/0021-9010.93.3.498
15. Masluk B. et al. «Areas of Worklife scale» (AWS) short version (Spanish): a confirmatory factor analysis based on a secondary school teacher sample // *J. Occup. Med. Toxicol.* 2018. Vol. 13. № 20. DOI:10.1186/s12995-018-0202-0
16. Wong C.M., Tetrick L.E. Job crafting: older workers' mechanism for maintaining person-job Fit // *Front. Psychol.* 2017. Vol. 8. Article number:1548. DOI:10.3389/fpsyg.2017.01548

References

1. Kobaykova O.S. [i dr]. E'mocional'noe vy'goranie u vrachej i medicinskie oshibki. Est' li svyaz'? [Burnout in doctors and medical errors. Is there a connection?]. *Social'ny'e aspekty' zdorov'ya naseleniya = Social aspects of population health*, 2016. № 1. DOI:10.21045/2071-5021-2016-47-1-5. (In Russ., abstr. in Engl).
2. Orël V.E., Senin I.G. Opy't adaptacii zarubezhnogo oprosnika: organizacionny'j i soderzhatel'ny'j aspekt [Experience in adapting a foreign questionnaire: organizational and content aspect]. *Vestnik YuUrGU. Seriya: Psixologiya = Bulletin of the South Ural State University. Series "Psychology*, 2008, vol. 33, № 133, pp. 71—77. (In Russ., abstr. in Engl).
3. Polue'ktova O.V., Efremova M.V. Adaptaciya instrumentariya social'no—psixologicheskogo issledovaniya na vy'borke lyudej, preby'vayushhix v bednosti [Adaptation of the toolkit of socio-psychological research on a sample of people in poverty]. *Social'naya psixologiya i obshchestvo = Social psychology and society*, 2018, vol. 9, № 2, pp. 179—203. DOI:10.17759/sps.2018090212. (In Russ., abstr. in Engl).
4. Sviridenko I.N., Sviridenko E.O. Problemy' perevoda i ispol'zovaniya zarubezhny'x testov v ocenke personala [Problems of translation and use of foreign tests in personnel assessment]. *Gosudarstvennoe upravlenie. Elektronny'j vestnik = Public administration. Electronic bulletin*, 2014, № 45, pp. 58—73. (In Russ., abstr. in Engl).
5. Xanin Yu.L. Standartny'j algoritm adaptacii zarubezhny'x oprosnny'x metodov [Standard algorithm for adapting foreign survey methods]. *Psixologicheskie problemy' pedsorevnovatel'noj podgotovki kvalificirovanny'x sportsmenov: sb. nauchny'x trudov LNIIFK / pod red. Yu.Ya. Kiseleva. L.: LNIIFK*, 1977, pp. 129—135. (In Russ., abstr. in Engl).
6. Holmogorova A.B. [i dr]. Psihicheskoe zdorov'e i professional'noe vygoranie vrachej-ordinatorov vo vremya pandemii COVID-19: situacionnye i psihologicheskie faktory [Mental Health and Professional Burnout among Residents During the COVID-19 Pandemic: Situational and Psychological Factors]. *Konsul'tativnaya psixologiya*

- i psihoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021, vol. 29, № 2, pp. 9—47. DOI:10.17759/cpp.2021290202. (In Russ., abstr. in Engl).
7. Brom S.S., Buruck G., Horváth I., Richter P., Leiter M.P. Areas of worklife as predictors of occupational health. A validation study in two German samples. *Burn. Res.* 2015, vol. 2, pp. 60—70. DOI:10.1016/j.burn.2015.05.001
 8. Cruchinho P., López-Franco M.D., Capelas M.L., Almeida S., Bennett P.M., Miranda da Silva M., Teixeira G., Nunes E., Lucas P., Gaspar F. Handovers4SafeCare. Translation, Cross-Cultural Adaptation, and Validation of Measurement Instruments: A Practical Guideline for Novice Researchers. *J Multidiscip Health*, 2024, vol. 17, pp. 2701—2728. DOI:10.2147/JMDH.S419714
 9. Elshaer N.S.M., Moustafa M.S.A., Aiad M.W., Ramadan M.I.E. Job stress and burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Alexandria J Med*, 2018, vol. 54, pp. 273—277. DOI:10.1016/j.ajme.2017.06.004
 10. Epstein J., Santo R.M., Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J. Clin. Epidemiol*, 2015, vol. 68(4), pp. 435—441. DOI:10.1016/j.jclinepi.2014.11.021
 11. Gascón et al. A factor confirmation and convergent validity of the “areas of worklife scale” (AWS) to Spanish translation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2013, vol. 11, p. 63. DOI:10.1186/1477-7525-11-63
 12. Huang W., Yuan C., Li M. Person-Job Fit and Innovation Behavior: Roles of Job Involvement and Career Commitment. *Front. Psychol*, 2019, vol. 10, p. 1134. DOI:10.3389/fpsyg.2019.01134
 13. Leiter M.P., Maslach C. Areas of Worklife Survey Manual (5th ed). California: Mind Garden, 2011, 33 p.
 14. Maslach C., Leiter M.P. Early Predictors of Job Burnout and Engagement. *Journal of Applied Psychology*, 2008, vol. 93(3), pp. 498—512. DOI:10.1037/0021-9010.93.3.498
 15. Masluk B., Gasc n Santos S., Albesa Cartagena A., et al. “Areas of Worklife scale” (AWS) short version (Spanish): a confirmatory factor analysis based on a secondary school teacher sample. *J. Occup. Med. Toxicol*, 2018, vol. 13, p. 20. DOI:10.1186/s12995-018-0202-0
 16. Wong C.M., Tetrick L.E. Job crafting: older workers’ mechanism for maintaining person-job Fit. *Front. Psychol*, 2017, vol. 8, p. 1548. DOI:10.3389/fpsyg.2017.01548

Информация об авторах

Шишкова Александра Михайловна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9707-138X>, e-mail: shishaspb@mail.ru

Шишкова А.М., Бочаров В.В., Васильева Н.Г.,
Цыганкова Е.С., Вукс А.А. (2025)
Кросс-культурная адаптация методики...
Консультативная психология и психотерапия,
2025. 33(1), 106—126.

Shishkova A.M., Bocharov V.V., Vasyleva N.G.,
Tsygankova E.S., Vuks A.Ja. (2025)
Cross-Cultural Adaptation of the Areas...
Counseling Psychology and Psychotherapy,
2025. 33(1), 106—126.

Бочаров Виктор Викторович, кандидат психологических наук, доцент, руководитель лаборатории клинической психологии и психодиагностики, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»); заведующий кафедрой клинической психологии факультета клинической психологии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (ФГБОУ ВО СПбГПМУ); доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0874-4576>, e-mail: bochvikvik@gmail.com

Васильева Надежда Геннадьевна, кандидат психологических наук, заведующая отделением клинической психологии, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-8930-7065>, e-mail: vas006@yandex.ru

Цыганкова Елизавета Сергеевна, младший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»); медицинский психолог отделения медицинской реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями, Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) имени Н.П. Напалкова (ГБУЗ «СПб КНпЦСВМП(о) имени Н.П. Напалкова»); ассистент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова (ФГБОУ ВО «СЗГМУ И.И. Мечникова»), ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5821-3127>, e-mail: lisa94_94@mail.ru

Вукс Александр Янович, главный специалист, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6700-0609>, e-mail: ayavuks@bekhterev.ru

Information about the authors

Alexandra M. Shishkova, PhD in Psychology, Senior Research Associate, The Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9707-138X>, e-mail: shishaspb@mail.ru

Victor V. Bocharov, PhD in Psychology, Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology; Head of the Department of Clinical Psychology, Saint-Petersburg State Pediatric Medical University; Associate Professor, Department of Psychology of Crisis and Extreme Situations, Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0874-4576>, e-mail: bochvikvik@gmail.com

Шишкова А.М., Бочаров В.В., Васильева Н.Г.,
Цыганкова Е.С., Вукс А.Я (2025)
Кросс-культурная адаптация методики...
Консультативная психология и психотерапия,
2025. 33(1), 106—126.

Shishkova A.M., Bocharov V.V., Vasyleva N.G.,
Tsygankova E.S., Vuks A.Ja. (2025)
Cross-Cultural Adaptation of the Areas...
Counseling Psychology and Psychotherapy,
2025. 33(1), 106—126.

Nadezhda G. Vasyleva, PhD in Psychology, Head of the Department of Clinical Psychology, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-8930-7065>, e-mail: vas006@yandex.ru

Elizaveta S. Tsygankova, Junior Research Associate, The Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics, V.M. Bekhterev; medical psychologist of the department of medical rehabilitation of patients with somatic diseases, National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Napalkov State Budgetary Healthcare Institution «Saint-Petersburg clinical scientific and practical center for specialised types of medical care (oncological)»; Assistant at the Department of Psychotherapy, Medical Psychology and Sexology, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5821-3127>, e-mail: lisa94_94@mail.ru

Alexandr Ja. Vuks, Head Specialist, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6700-0609>, e-mail: ayavuks@bekhterev.ru

Получена 11.09.2024

Received 11.09.2024

Принята в печать 09.01.2025

Accepted 09.01.2025

АНАЛИЗ СЛУЧАЯ

CASE STUDY

Научная статья | Original paper

Применение теории привязанности в психологическом консультировании родителей детей, проходящих онкологическое лечение, и медицинского персонала в условиях открытой реанимации на примере двух клинических случаев

Е.С. Шуткова

Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева (ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3517-6412>,
e-mail: eshutkova@gmail.com

В России, как и во всём мире, существует и продолжает совершенствоваться система психологической помощи онкологическим больным в педиатрии, которая включает в себя помощь не только пациенту, но и его родителям, сопровождающим ребенка на протяжении всего лечения. В РФ на законодательном уровне принято решение о внедрении практики открытых реанимаций, где родители находятся вместе с детьми. Наряду со снижением стресса для ребенка, это, в свою очередь, создает определенную психологическую нагрузку как на родителей, так и на медицинский персонал, находящийся в постоянном взаимодействии с родителями, переживающими колоссальный эмоциональный стресс, связанный с угрозой потери ребенка. На примере двух клинических случаев родителей, сопровождающих детей в реанимации, в статье отмечаются некоторые общие особенности психоэмоционального состояния и коммуникации с медицинским персоналом, которые можно описать и проанализировать с точки зрения теории привязанности Дж. Боулби. Использование теории привязанности в психологическом консульти-

ровании всех участников лечебного процесса (пациент-родитель-врач) позволяет оказывать более эффективную психологическую помощь каждой из сторон. В данной статье рассматривается вопрос оказания психологической помощи родителю и медицинскому персоналу.

Ключевые слова: теория привязанности, психологическое консультирование, онкология, педиатрия, психоонкология, открытая реанимация.

Для цитаты: Шуткова Е.С. Применение теории привязанности в психологическом консультировании родителей детей, проходящих онкологическое лечение, и медицинского персонала в условиях открытой реанимации на примере двух клинических случаев // Консультативная психология и психотерапия. 2025. Том 33. № 1. С. 127—141. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330107>

Application of the Attachment Theory in Psychological Consulting of Parents Whose Children Undergoing Cancer Treatment and of Medical Staff in Open Intensive Care Units, Illustrated by Two Clinical Cases

Ekaterina S. Shutkova

Dmitry Rogachev National Medical Research Center Of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3517-6412>,
e-mail: eshutkova@gmail.com

In Russia, as in the rest of the world, there is a system of providing psychological support to pediatric patients that keeps improving and includes supporting not only the child patient but also their parents accompanying the child throughout the treatment. A legislative decision has also been made in the country to establish open intensive care units where parents can stay with their children. Despite reducing stress in children, this practice generates certain psychological pressure for parents as well as for medical staff working in open intensive care units; these medical workers constantly interact with parents who are under immense emotional stress due to the threat of losing the child. Drawing from two clinical cases of parents accompanying their children in intensive care, the article defines some common features of their psychological and emotional condition as well as communication with medical workers that can be described and analyzed based on J. Bowlby's attachment theory. Applying the attachment theory in psychological consultation of all those involved in the treatment process (patient — parent — medical worker) allows for more effec-

tive psychological support to each. This article focuses on psychological support for parents and medical workers.

Keywords: attachment theory, psychological counseling, oncology, pediatrics, psycho-oncology, open intensive care.

For citation: *Shutkova E.S.* Application of the Attachment Theory in Psychological Consulting of Parents Whose Children Undergoing Cancer Treatment and of Medical Staff in Open Intensive Care Units, Illustrated by Two Clinical Cases. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2025. Vol. 33, no. 1, pp. 127—141. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330107> (In Russ.).

Введение

Существует много литературы на тему переживания пациентами с онкологическими заболеваниями витальной угрозы и психологических последствий этого переживания. Одним из первых и фундаментально значимых авторов, исследовавших переживания онкологических пациентов, была Элизабет Кюблер-Росс, известный американский психолог и психиатр, которая предложила классификацию стадий процесса горевания у умирающих больных. Однако, если пациент с онкологическим заболеванием — не взрослый человек, а ребенок, то в процессе лечения активное участие принимают его родители. Они испытывают интенсивный страх потери ребенка на протяжении всего лечения, а зачастую и после его завершения. Таким образом, система психологической помощи в педиатрии включает в себя заботу об эмоциональном состоянии не только пациента, но и его родителей. Это особенно актуально для родителя, сопровождающего ребенка во время лечения. Родители, находящиеся в стационаре вместе с ребенком на протяжении всего лечения, являются активными участниками лечебного процесса: они осуществляют уход за ребенком, помогают ему проходить медицинские процедуры и принимать препараты, осуществляют коммуникацию с медицинским персоналом по ходу лечения и подписывают согласие на лечение. В связи с этим, в данной статье нам хотелось бы подробнее остановиться на некоторых феноменах, возникающих в психике родителей в ситуации угрозы потери ребенка. Понимание этих феноменов позволяет оказывать психологическую помощь более эффективно. Для идентификации и понимания этих феноменов, на наш взгляд, наиболее полезной оказывается теория привязанности, основоположником которой считается Джон Боулби.

Он предложил экспериментально и научно обоснованную модель отношений привязанности между матерью и ребенком.

Вслед за Д.В. Винникоттом, английским педиатром и детским психоаналитиком, которому принадлежит высказывание «Нет такого объекта, как младенец...собираясь описать малыша, вы обнаружите, что описываете его и кого-то еще. Он не может существовать один, а является неотъемлемой частью отношений. Придется учитывать и мать» [6, с. 50], хочется сказать: нет такого объекта как родитель, это всегда пара «родитель-ребенок». То есть, в контексте рассмотрения этой пары, речь идет не только об интрапсихических процессах одного или другого, но также и о переживании ими связи друг с другом. В ситуации болезни ребенка эта связь оказывается под угрозой. Боулби, наравне с другими авторами, также внес большой вклад в понимание психологического состояния человека, переживающего угрозу потери близкого. По мнению Боулби, поведение привязанности является формой инстинктивного поведения, которое развивается у людей, как и у других млекопитающих, в период младенчества и имеет в качестве своего стремления или цели близость к материнской фигуре [13; 14]. Феномен импринтинга, например, у птиц и животных также демонстрирует инстинктивное поведение привязанности. Его цель — в частности, обеспечение безопасности потомства. Комплементарное инстинктивное поведение наблюдается у родителя и называется инстинктом заботы о потомстве. Этот инстинкт есть у людей, животных и даже рыб.

Утрата объекта привязанности одна из самых эмоционально заряженных ситуаций. Реакции на утрату объекта привязанности сначала были исследованы Боулби в ситуации разлуки маленьких детей с их родителями (когда детей помещали в дом ребенка или ясли). Дети демонстрировали одни и те же эмоциональные реакции: протест, отчаяние, отчуждение. В дальнейших исследованиях, проводившихся с участием взрослых, переживающих смерть близкого, было отмечено, что стадии траура сходны с теми этапами, которые проходит ребенок, переживающий разлуку с родителем, т. е. реакция на потерю значимого лица имеет универсальный характер во всех ситуациях, связанных с разлукой, независимо от возраста (т. е. характерна как для детей, так и для взрослых).

Боулби выделил следующие характеристики поведения привязанности:

- проявляется только к объекту привязанности и отсутствует по отношению к посторонним лицам;
- направлено на сохранение отношений с объектом привязанности (у животных определенное инстинктивное поведение);

— в ситуации разлуки — поиск объекта привязанности, попытка восстановить отношения;

— агрессия в сторону того, кто пытается разлучить с объектом привязанности;

— агрессия в сторону объекта привязанности после восстановления отношений с ним (после периода разлуки).

Все эти характеристики будут присущи эмоциональным и поведенческим реакциям родителей в случае угрозы потери ребенка.

Также Боулби описал с точки зрения теории привязанности стадии горевания, которые проходит человек в случае, когда потеря свершилась. И в случае разлуки, и в случае смерти мы можем наблюдать активизацию поведения привязанности, направленного на сохранение отношений с объектом привязанности. Эта модель также применима и к ситуации еще не случившейся, но ожидаемой потери. Вот эти стадии:

1. Оцепенение.
2. Острая тревога (плач, гнев) и поиск утраченной фигуры.
3. Дезорганизация и отчаяние.
4. Реорганизация.

В процессе лечения возможна ситуация, когда родитель особенно остро переживает страх потери объекта привязанности. Это происходит, когда ребенок оказывается в реанимации из-за ухудшения соматического состояния. Это может быть временное ухудшение или ухудшение, которое может привести к смерти пациента. Поскольку здесь речь идет о пока не случившейся потере, то мы немного переформулируем вторую стадию горевания и назовем ее «Острая тревога и активация поведения привязанности». Это, в основном, та стадия переживания, с которой мы имеем дело в процессе консультирования родителей в реанимации. Первая и третья стадии — «оцепенение» и «дезорганизация и отчаяние» — также могут наблюдаться в психологическом состоянии родителей на этом этапе.

Таким образом, угроза смерти ребенка активизирует поведение, направленное на сохранение отношений привязанности. Такое поведение родителей выражается по-разному и зависит от того, в чём тот или иной родитель видит способ повлиять на устранение этой угрозы. Это может быть более активное обращение к религии (молитвы, посещение храмов с чудотворными иконами или мощами и пр.), поиск других клиник, в которых используются «более эффективные» методы лечения, или попытки уговорить врачей на проведение какого-то вида лечения, который родитель считает более эффективным; возможно также обращение

к магическим силам (народные целители, колдуны и пр.). Как правило, на этом этапе у родителя могут возникнуть проблемы в коммуникации с медицинским персоналом, поскольку идеи родителя могут идти вразрез с представлениями докторов об эффективности того или иного метода лечения. Возможно даже открытое проявление некомплаентного поведения со стороны родителя, что может создать угрозу для лечения. Например, узнав о том, что некий препарат, который применяется в ветеринарии, по слухам, показал эффективность в борьбе с раковой опухолью, родитель может решить давать его ребенку в тайне от врачей. Запросы на психологическую консультацию родителя в этот период приходят зачастую именно от медицинского персонала, который может испытывать давление со стороны родителя или беспокоиться за его эмоциональное состояние. Заявки докторов на консультацию психолога нередко выражают обеспокоенность тем, что родителю была сообщена информация о признании ребенка паллиативным, либо об опасном ухудшении соматического состояния ребенка, а он как будто эту информацию не воспринял, отрицает. Или что родитель информацию воспринял, но демонстрирует настолько сильные эмоциональные переживания, что ему необходима психологическая поддержка. Или что родитель конфликтует с медперсоналом и мешает работать докторам, не справляясь со своей тревогой. Но то, что со стороны медицинского персонала выглядит как отрицание родителем, например, паллиативного статуса ребенка, со стороны родителя является как раз нормальным проявлением инстинктивного поведения — поведения привязанности. То есть родитель — в зависимости от своего восприятия и понимания — направляет все силы на сохранение связи с объектом привязанности, т. е. на то, что могло бы сохранить ребенку жизнь. И такое поведение как раз происходит не от отрицания угрозы потери, а, наоборот, от понимания этой угрозы. Возникает расщепление на сознающую и отрицающую возможность потери ребенка части личности. Это расщепление проявляется в поведении и мыслях родителя, где присутствуют одновременно два плана: один связан с признанием факта потери (например, планирование и обдумывание своего поведения в случае смерти ребенка), другой — с отрицанием факта потери.

В России существует и продолжает совершенствоваться система психологической помощи онкологическим больным в педиатрии. С внедрением стационаров с открытой реанимацией, где родителю разрешено находиться вместе с ребенком, всё более актуальным становится вопрос оказания психологической поддержки не только пациенту, но и родителю, а также медицинскому персоналу, находящемуся в постоянном

контакте с родителями, испытывающими колоссальный психоэмоциональный стресс на фоне страха смерти ребенка.

Далее мы рассмотрим два клинических случая, которые проиллюстрируют феномены поведения привязанности у родителей, находящихся с ребенком в условиях открытой реанимации и испытывающих выраженный страх потери ребенка. В первом случае речь идет о ребенке, которому присвоили паллиативный статус. То есть, шансов вылечиться у ребенка нет, речь идет об ожидании потери, которая должна случиться уже в ближайшее время. Во втором случае нет такой однозначности. Ребенок попал в реанимацию с серьезным ухудшением соматического состояния, и ситуация может разворачиваться как в положительную, так и отрицательную сторону.

Случай 1

Мальчик 5 лет, назовем его Максим, проходил лечение от острого миелобластного лейкоза в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева. После процедуры ТГСК (трансплантация костного мозга) у ребенка начались множественные осложнения инфекционного и другого характера, в связи с чем он попал в реанимацию с диагнозом ПОН (полиорганная недостаточность). В связи с инфекционным поражением легких он находился на ИВЛ (искусственная вентиляция легких) в состоянии медикаментозного сна. Врачи давали негативный прогноз по поводу его состояния. С ним в реанимации были попеременно мама и бабушка.

Запрос на консультацию психолога поступил от врача-реаниматолога. В заявке было обозначено, что у врача есть ощущение, что мама пациента не понимает, что вылечить ребенка скорее всего не получится, и ей нужно готовиться к его потере, о чём ей было неоднократно сказано. Однако, со слов врача, мама периодически подходила к врачу с просьбой рассмотреть еще один вид лечения.

На первой консультации с психологом мать ребенка, назовем ее Елена, говорит, что прекрасно понимает всю опасность ситуации, ей периодически приходят в голову мысли о смерти ребенка, которые она пытается от себя отгонять. Это даже не мысли, а как-будто картинки, которые вдруг всплывают в ее голове. На этих картинках она то стоит на кладбище во время похорон, то рассматривает, кто пришел на похороны. Также она жалуется на кошмарные сновидения, которые преследуют ее всё время пребывания сына в реанимации. Она испытывает

проблемы со сном и едой, много плачет, понимая, что ребенок может в любой момент умереть. Одновременно с этим высказывает надежды, что «всё у ребенка будет хорошо», думает, что надо поискать какое-то лекарство, которое могло бы помочь ее сыну. Говорит, что читает много разных медицинских статей и вычитала в одной из них, что при подобных осложнениях помогает одно лекарство. Она уже несколько раз подходила к врачу, говорила о необходимости использовать это лекарство и удивлялась тому, что он почему-то не торопится. Она предполагает, что доктор уже не надеется вылечить ее сына и поэтому «относится спустя рукава». Когда она так думает, то чувствует сильную злость на доктора. Также она злится, когда видит, что медсестры неаккуратно переворачивают ребенка во время гигиенических процедур или других манипуляций, могут не укрыть его одеялом. Ей кажется, что они уже смирились с тем, что он умрет, поэтому можно не стараться и не заботиться о нем. Сын — ее единственный объект привязанности, самый главный человек в ее жизни. Отец ребенка не живет с ними и не заинтересован в общении с сыном. Она говорит, что кроме ребенка у нее никого нет. Елена год назад потеряла своего отца, он внезапно умер от инсульта. Она чувствует свою вину в смерти отца, думает, что надо было лучше о нём заботиться, не давать ему перенапрягаться на работе. Со своей матерью у Елены холодные, напряженные отношения. Она не может поделиться с матерью своим страхом потерять сына, потому что мать сразу начинает плакать и говорить, что не выдержит такого горя.

На второй консультации Елена всё же решает рассказать одно из тех кошмарных сновидений, которые повторяются в разных вариантах в последнее время. Ей сложно рассказывать, потому что во сне речь идет о смерти сына, и она боится произносить это вслух, поскольку может таким образом накликать беду. Вот ее сон: «Я на кладбище. Вокруг много вырытых открытых могил и людей. Я держу ребенка в простыне, свешиваю его в могилу, но не опускаю туда — достаю обратно. Так я повторяю несколько раз. В другие могилы ложатся люди, родственники стоят вокруг и плачут. Потом эти люди встают из могил, а на их место ложатся следующие. Всё повторяется снова. Похоже на репетицию.»

Если мы будем рассматривать сон как отражение внутриспсихической реальности, то мы увидим, что в нём присутствуют одновременно признание и отрицание смерти и ее необратимости. Это попытка обрести контроль над неуправляемой ситуацией. Одна часть личности соглашается принять факт неминуемой смерти: «Я держу ребенка над могилой, но пока не готова его отпустить». Другая часть личности отрицает смерть,

делает ее обратимой: «Люди могут лечь в могилы, потом встать, остаться живыми». Такое же одновременное присутствие двух противоречивых планов Елена демонстрирует и в своем поведении. С одной стороны, она много плачет, не ест, у нее нарушен сон, что свидетельствует о понимании и переживании ею реальности, в которой она теряет ребенка. С другой стороны, она озабочена мыслью найти лекарство, которое поможет ее ребенку выздороветь, выражает уверенность в том, что всё будет хорошо. Всё это — иллюстрация поведения, направленного на сохранение отношений привязанности: поиск лекарства, поддержание в себе надежды на «чудо». При этом, все те, кто содействуют, с точки зрения Елены, приближению потери — доктор, который не хочет назначать лекарство, медсестры, небрежно обращающиеся, с ее точки зрения, с ребенком — вызывают у нее злость. Так же воспринимаются и настойчивые напоминания врача о реальном состоянии ребенка — как-будто врач не хочет его выздоровления и уже смирился с потерей своего пациента. В свою очередь, врач считает необходимым напоминать Елене, что ребенка вылечить невозможно, поскольку опасается, что она будет испытывать необоснованные надежды, а потом столкнется с еще большей болью. После того, как психолог обсудил эти психические феномены поведения привязанности с доктором, последний стал лучше понимать то, что ему казалось отрицанием реальности со стороны Елены, и стал более толерантно относиться к ее настойчивым просьбам рассмотреть различные лекарства. Это никак не повлияло на тактику лечения пациента, но позволило доктору меньше тревожиться и раздражаться, общаясь с Еленой.

В представленном случае врач выступает «голосом реальности», давая объективную информацию о состоянии здоровья ребенка, тогда как психолог имеет дело со всеми теми чувствами, которые вызывает у Елены эта реальность: боль, отчаяние, бессилие, протест, злость, надежда вопреки всему. Сон сделал доступным для обсуждения с психологом наличие у нее всех этих противоречивых чувств. Из жуткого и пугающего сновидение превратилось в зеркало, отражающее все ее внутренние переживания, осознать которые Елене помогал психолог. Это привело к тому, что кошмарных сновидений стало меньше, а потом они и вовсе прекратились.

Отсутствие у мамы ребенка других близких эмоциональных связей осложняет для нее выражение всех этих чувств, она остается с ними один на один, что может неблагоприятно сказываться на прохождении процесса горевания.

Случай 2

Девочка 13 лет, лечится в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева от острого лимфобластного лейкоза. После рецидива заболевания прошла процедуру ТГСК. Второй раз за время лечения находится в реанимации. В данный момент имеет инфекционные осложнения в легких, подключена к аппарату ИВЛ, находится в состоянии медикаментозного сна. Когда ребенок находился в реанимации первый раз, угроза для жизни отсутствовала (ребенок находился в реанимации планово после хирургической операции). В этот раз состояние девочки оценивается как жизнеугрожающее, врачи дают прогнозы с осторожностью, говорят, что организм ребенка уже истощен длительным и тяжелым лечением, поэтому сложно сказать, хватит ли у девочки сил справиться с осложнениями.

Психологическое сопровождение девочки и ее мамы началось за несколько месяцев до описываемого этапа лечения. К моменту перевода пациентки в реанимацию, у психолога уже сложился прочный, доверительный контакт как с мамой, так и с пациенткой.

Мама девочки, Татьяна, производит впечатление тихой, скромной, даже покорной женщины. Они с дочерью находятся в стационаре уже больше года, и за всё это время у Татьяны никогда не было конфликтов с медперсоналом, она проявляла доверие к докторам, соблюдала все необходимые требования по уходу за ребенком и лечению. В этот раз, находясь в реанимации, Татьяна осознаёт, что ребенок в тяжелом соматическом состоянии и может умереть. Она испытывает сильную тревогу, проявляет недоверие к докторам, пытается контролировать назначение медикаментов, испытывает злость на докторов, которые, как ей кажется, предпринимают недостаточно усилий для стабилизации состояния ребенка. Большую роль в этом недоверии играет то, что в отделении реанимации отменили тактику лечения, которая была проверена в другом отделении и дала положительные результаты, а новая тактика ставит, с точки зрения Татьяны, жизнь дочери под угрозу. Татьяна сама удивляется своим эмоциональным реакциям, отмечая, что в прошлый раз, вроде бы, доктора были те же, но она не злилась на них и доверяла. Психолог также отмечает для себя, что раньше не наблюдал у Татьяны настолько выраженных гневных реакций на докторов.

Врачи, в свою очередь, жалуются психологу на конфликтную маму, которая, как им кажется, обесценивает их усилия, контролирует их и не доверяет. Всё это приводило к тому, что врачи часто занимали в коммуникации с Татьяной оборонительную позицию, допуская как ответ-

ные обвинения, так и желание доказать, что ее сомнения в их профессионализме беспочвенны.

Таким образом, интенсивный страх потери объекта привязанности и восприятие врачей как источника угрозы привели к нарушению коммуникации между мамой пациентки и медицинским персоналом. Воздействие страха потери на восприятие Татьяны напоминало сюжет сказки «Снежная королева», когда Каю в глаз попал осколок льдинки, который заставил его видеть всё в искаженном виде. Так и этот страх за жизнь ребенка часто заставлял Татьяну видеть действия врачей как недостаточные, ошибочные или непродуманные. Это, в свою очередь, вызывало злость на них (вспомним здесь характеристики поведения привязанности, когда агрессию вызывают все, кто предпринимает действия к тому, чтобы разлучить с объектом привязанности). В данном случае психологу было необходимо выступить медиатором и своего рода «переводчиком» между мамой и врачами. Информирование врачей об инстинктивном поведении привязанности, которое активизировалось у мамы, дало им возможность не воспринимать на свой счет ее агрессивные реакции и выражение недоверия.

Разговор психолога с Татьяной о ее потребности «подсказать» докторам, как лечить ее ребенка, трансформировал эту ее потребность в желание быть уверенной, что доктора делают всё возможное для стабилизации состояния ребенка, а также что у них есть представление о том, как именно это сделать, поскольку временами маме казалось, что доктора сами растеряны и не очень понимают как справиться с тяжелыми инфекционными осложнениями у ребенка. Это, в свою очередь, помогло маме задать докторам все волнующие ее вопросы относительно дальнейшей тактики лечения. А врачам, в свою очередь, перейти от защитного поведения в коммуникации с Татьяной к готовности подробно рассказать о тактике лечения, воспринимая ее вопросы не как преследование и недоверие, а скорее как выражение интенсивного страха потери. Постепенно коммуникация Татьяны с врачами стала более конструктивной.

Несмотря на снижение напряжения в контакте с медицинским персоналом, у Татьяны возник новый виток усиления тревоги. Теперь она была обеспокоена тем, что несправедливо обидела докторов своими подозрениями и желанием контролировать, и что у них теперь сложится мнение о ней как о неблагодарной. Возник страх, что доктора откажутся лечить ребенка и найдут предлог, чтобы выписать его из Центра. Теперь уже она, а не врачи, стала в своих собственных глазах источником угрозы потерять ребенка, и ее злость в виде чувства вины была направлена на саму себя.

Психодинамическая реконструкция истории детско-родительских отношений самой Татьяны, в которых она часто чувствовала себя бесправной, не имеющей возможности выразить родителям свои потребности, должной прилагать много усилий, чтобы не доставлять им никакого беспокойства, помогла увидеть их взаимосвязь с текущим чувством вины. Сейчас, когда тревога за жизнь ребенка была настолько сильной, что не давала Татьяне возможности оставлять свои чувства при себе, а вынуждала окружающих обращать на них внимание и учитывать их, Татьяна испугалась, что станет обузой для тех, кто являлся родительскими фигурами в настоящем — для врачей. Психологическая проработка детских отношений Татьяны с родителями позволила ей вспомнить ситуацию, когда она отважилась выразить им свое недовольство и ждала сурового наказания, но его не последовало — родители отнеслись спокойно и даже с юмором к ее вспышке гнева. Это позволило ей предположить, что она недооценивает способность окружающих выдерживать ее агрессивные чувства, а также учитывать ее потребности, что также способствовало снижению уровня тревоги Татьяны.

Выводы

На примере двух клинических случаев рассмотрена проблема конфликта между инстинктивными реакциями родителей и рациональной позицией медицинского персонала. Были выявлены общие особенности психоэмоционального состояния родителей, доминирующие эмоции тревоги, агрессии и депрессивного аффекта, а также наиболее характерная поведенческая черта — сохранение надежды на выживание ребенка независимо от медицинского прогноза. Реакция медицинского персонала, выражающаяся в усиленных попытках донести до родителей объективную информацию о состоянии ребенка, приводит к усилению гнева у родителей и дистанцированию родителей от медицинской команды. Интеграция теории привязанности в коммуникативные стратегии позволяет интерпретировать отрицание как инстинктивное проявление механизма привязанности, направленного на сохранение связи с объектом, и не требует «корректировки» через информирование. Смещение фокуса с «борьбы с отрицанием» на поддержку эмоциональных потребностей родителей оказывается важным аспектом решения поставленной проблемы. Исследование показывает, что ключевым фактором в коммуникации с родителями тяжелобольных детей является понимание

их поведения через призму привязанности. Использование теории привязанности Дж. Боулби в психологическом сопровождении родителей помогает идентифицировать феномены, возникающие в психоэмоциональном, поведенческом и коммуникативном планах. Это позволяет оптимизировать коммуникацию родителей с медицинским персоналом, снизить конфликтность, уменьшить гнев и создать доверительную среду, что критически важно как для семьи, так и для эффективности медицинского вмешательства.

Литература

1. *Боулби Дж.* Привязанность. М.: Гардарики, 2003. 477 с.
2. *Боулби Дж.* Создание и разрушение эмоциональных связей / Пер. с англ. 2-е изд. М.: Академический Проект, 2004. 232 с.
3. *Бриш. К.Х.* Терапия нарушений привязанности. От теории к практике / Пер с нем. М: Когито-Центр, 2012. 316 с.
4. *Бурменская Г.В.* Проблемы онто- и филогенеза привязанности к матери в теории Джона Боулби [Электронный ресурс] // Журнал практической психологии и психоанализа. 2003. №1. URL: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2762> (дата обращения: 01.12.2024)
5. *Винникот Д.В.* Маленькие дети и их матери. М.: Класс, 1998. 80 с.
6. *Винникот Д.В.* Ребенок, семья и внешний мир. СПб.: Питер, 2019. 272 с.
7. *Волкан В., Зингл Э.* Жизнь после утраты. Психология горевания. М.: Когито-Центр, 2007. 160 с.
8. *Кюблер-Росс Э.* О Смерти и умирании. М.: София, 2001. 316 с.
9. *Линдемманн Э.* Клиника острого горя // Психология мотивации и эмоций / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер и М.В. Фаликман. М.: Московский психолого-социальный институт, 2006. С. 591—599.
10. *Старовойтов В.В.* Проблема эмоциональной привязанности: психоаналитический взгляд. [Электронный ресурс] //Журнал практической психологии и психоанализа. 2002. №2. URL: <https://psyjournal.ru/articles/problema-emocionalnoy-privyazannosti-psihoanaliticheskiy-vzglyad> (дата обращения: 01.12.2024)
11. *Эйнсворт М.* Привязанности за порогом младенчества /Детство идеальное и настоящее / Под ред. Е. Р. Слободской. Новосибирск, 1994. 136 с.
12. *Эйнсворт М., Боулби Дж.* Психология привязанности. Тексты. Ижевск: НИПЦ «ERGO», 2005. 362 с.
13. *Bowlby J.* Attachment. Volume One of the Attachment and Loss Trilogy. Pimlico, 1997. 426 p.
14. *Bowlby J.* Self-Reliance & Some Conditions That Promote It. In R. Gosling (Ed.), Support, Innovation & Autonomy. London: Tavistock Publications, 1973. P. 23—48.
15. *Worden J.* William Grief counseling and grief therapy. Third edition. N.Y., 2003. 232 p.

References

1. Boulbi Dzh. Privjazannost' [Attachment]. Moscow: Gardariki, 2003. 477 p. (In Russ.).
2. Boulbi Dzh. Sozdanie i razrushenie jemocional'nyh svjazej [The Making & Breaking of Affectional Bonds]. 2-e izd. Moscow: Akademicheskij Proekt, 2004. 232 p. (In Russ.).
3. Brish K.H. Terapija narushenij privjazannosti. Ot teorii k praktike [Attachment Disorders Therapy. From Theory to Practice]. Moscow: Kogito-Centr, 2012. 316 p. (In Russ.).
4. Burmenskaja G.V. Problemy onto- i filogeneza privjazannosti k materi v teorii Dzhona Boulbi. [Elektronnyi resurs] [Problems of Onto- and Phylogenesis of Attachment to Mother in the Theory of John Bowlby]. *Zhurnal prakticheskoy psihologii i psihoanaliza* = *Journal of practical psychology and psychoanalysis*, 2003, no. 1. Available at: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2762> (accessed 01.12.2024). (In Russ.).
5. Vinnikott D.V. Malen'kie deti i ih materi [Babies and Their Mothers]. Moscow: Klass, 1999. 80 p.
6. Vinnikott D.V. Rebenok, sem'ja i vneshnij mir [The Child, the Family and the Outside World]. Saint-Petersburg: Piter, 2019. 272 p.
7. Volkan V., Zintl Je. Zhizn' posle utraty. Psihologija gorevanija [Life After Loss: The Lessons of Grief]. Moscow: Kogito-Centr, 2007. 160 p.
8. Kjubler-Ross Je. O Smerti i umiranii [On Death and Dying]. Sofija, 2001. 316 p.
9. Lindemann Je. Klinika ostrogo gorja [Symptomatology and Management of Acute Grief]. In Gippenrejtser Ju. B., Falikman M.V. (eds.) Psihologija motivacii i jemocij [Psychology of Motivation and Emotions]. Moscow: \Moskovskij psihologo-social'nyj institut, 2006, pp. 591—599.
10. Starovojtov V.V. Problema jemocional'noj privjazannosti: psihoanaliticheskij vzglyad. [Elektronnyi resurs]. *Zhurnal prakticheskoy psihologii i psihoanaliza* = *Journal of practical psychology and psychoanalysis*, 2002, no. 2. Available at: <https://psyjournal.ru/articles/problema-emocionalnoy-privjazannosti-psihoanaliticheskij-vzglyad> (accessed 01.12.2024). (In Russ.).
11. Jejnsvort M. Privjazannosti za porogom mladenchestva [Attachments beyond infancy]. In Slobodskaya E.R. (ed.) Detstvo ideal'noe i nastojashhee [childhood ideal and real]. Novosibirsk: 1994. 136 p.
12. Jejnsvort M., Boulbi Dzh. Psihologija privjazannosti. Teksty [Psychology of Attachment. Articles]. Izhevsk: NIPC «ERGO», 2005. 362 p.
13. Bowlby J. Attachment. Vol. 1 of the Attachment and Loss Trilogy, Pimlico, 1997, 426 p.
14. Bowlby, J. Self-Reliance & Some Conditions That Promote It. In R. Gosling (Ed.), Support, Innovation & Autonomy. London: Tavistock Publications, 1973. pp. 23—48
15. Worden J. William Grief counseling and grief therapy. Third edition. N.Y., 2003. 232 p.

Шуткова Е.С. (2025)
Применение теории привязанности
в психологическом консультировании родителей...
Консультативная психология и психотерапия,
2025. 33(1), 127—141.

Shutkova E.S. (2025)
Application of the Attachment Theory
in Psychological Consulting of Parents Whose...
Counseling Psychology and Psychotherapy,
2025. 33(1), 127—141.

Информация об авторах

Шуткова Екатерина Сергеевна, медицинский психолог, младший научный сотрудник отдела клинической психологии, Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева (ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3517-6412>, e-mail: eshutkova@gmail.com

Information about the authors

Ekaterina S. Shutkova, Clinical Psychologist, Junior Research Fellow of Clinical Psychology Department Dmitry Rogachev National Medical Research Center Of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3517-6412>, e-mail: eshutkova@gmail.com

Получена 18.01.2025

Received 18.01.2025

Принята в печать 17.02.2025

Accepted 17.02.2025

Научная статья | Original paper

Психологическое сопровождение процедуры донорства гемопоэтических стволовых клеток у доноров-сиблингов: описание случая

Н.В. Нольд

Научно-исследовательский институт детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова Минздрава России (НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7592-886X>,
e-mail: natalia.nold@gmail.com

Е.С. Мисявичуте

Научно-исследовательский институт детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова Минздрава России (НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8198-2052>, e-mail: zhein@list.ru

А.Г. Волкова

Научно-исследовательский институт детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова Минздрава России (НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3183-3462>, e-mail: alisa-md@inbox.ru

Нольд Н.В., Мисявичуте Е.С., Волкова А.Г.,
Рахманова Ж.З., Паина О.В.,
Зубаровская Л.С. (2025)
Консультативная психология и психотерапия,
2025. 33(1), 142—153.

Nold N.V., Misyavichute E.S., Volkova A.G.,
Rakhmanova Zh.Z., Paina O.V.,
Zubarovskaya L.S. (2025)
Counseling Psychology and Psychotherapy,
2025. 33(1), 142—153.

Ж.З. Рахманова

Научно-исследовательский институт детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова Минздрава России (НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3386-0942>,
e-mail: rakhmanovazhemal@gmail.com

О.В. Паина

Научно-исследовательский институт детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова Минздрава России (НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7263-4326>, e-mail: paina@mail.ru

Л.С. Зубаровская

Научно-исследовательский институт детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова Минздрава России (НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2594-7703>,
e-mail: zubarovskaya_ls@mail.ru

В статье анализируется опыт психологического сопровождения доноров-сиблингов при процедуре трансплантации гемопоэтических стволовых клеток на примере рассмотрения клинического случая сопровождения донора-брата девочки 6 лет с диагнозом острый миелобластный лейкоз. Описывается опыт взаимодействия команды специалистов клиники, работы медицинского психолога с семьей и потенциальным донором. В результате психологического сопровождения было достигнуто снижение уровня дистресса у донора стволовых клеток костного мозга, повышение уровня удовлетворенности принятым решением и включенность членов всей семьи в процесс лечения. При взаимодействии с семьей необходимо учитывать индивидуальные потребности донора-сиблинга при выборе формы и объема психологического сопровождения процедуры донорства.

Нольд Н.В., Мисявичуте Е.С., Волкова А.Г.,
Рахманова Ж.З., Паина О.В.,
Зубаровская Л.С. (2025)
Консультативная психология и психотерапия,
2025. 33(1), 142—153.

Nold N.V., Misyavichute E.S., Volkova A.G.,
Rakhmanova Zh.Z., Paina O.V.,
Zubarovskaya L.S. (2025)
Counseling Psychology and Psychotherapy,
2025. 33(1), 142—153.

Ключевые слова: донор-сиблинг, трансплантация гемопоэтических стволовых клеток, психологическое сопровождение.

Для цитаты: Нольд Н.В., Мисявичуте Е.С., Волкова А.Г., Рахманова Ж.З., Паина О.В., Зубаровская Л.С. Психологическое сопровождение процедуры донорства гемопоэтических стволовых клеток у доноров-сиблингов: описание случая // Консультативная психология и психотерапия. 2025. Том 33. № 1. С. 142—153. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330108>

Psychological Support of Hematopoietic Stem Cell Donation with Sibling Donors: a Case Report

Natalia V. Nold

R.M. Gorbacheva Research Institute for Pediatric Oncology,
Hematology and Transplantation, the I.P Pavlov First Saint Petersburg State
Medical University, Saint Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7592-886X>, e-mail: natalia.nold@gmail.com

Evgeniya S. Misyavichute

R.M. Gorbacheva Research Institute for Pediatric Oncology,
Hematology and Transplantation, the I.P Pavlov First Saint Petersburg State
Medical University, Saint Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8198-2052>, e-mail: zhein@list.ru

Alisa G. Volkova

R.M. Gorbacheva Research Institute for Pediatric Oncology,
Hematology and Transplantation, the I.P Pavlov First Saint Petersburg State
Medical University, Saint Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3183-3462>, e-mail: alisa-md@inbox.ru

Zhemal Z. Rakhmanova

R.M. Gorbacheva Research Institute for Pediatric Oncology,
Hematology and Transplantation, the I.P Pavlov First Saint Petersburg State
Medical University, Saint Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3386-0942>,
e-mail: rakhmanovazhemal@gmail.com

Olesya V. Paina

R.M. Gorbacheva Research Institute for Pediatric Oncology,
Hematology and Transplantation, the I.P Pavlov First Saint Petersburg State
Medical University, Saint Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7263-4326>, e-mail: paina@mail.ru

Ludmila S. Zubarovskaya

R.M. Gorbacheva Research Institute for Pediatric Oncology,
Hematology and Transplantation, the I.P Pavlov First Saint Petersburg State
Medical University, Saint Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2594-7703>,
e-mail: zubarovskaya_ls@mail.ru

The article concerns our experience of psychological assistance for the sibling donors in the course of hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) procedure. We discuss psychological support in a case of a 6-year old girl with acute myeloid leukemia and her donor, a 20-year old brother. We describe our experience of communications between clinical team, medical psychologist, patient's family, and the potential donor. The psychological assistance resulted into lower distress level observed in the donor of hematopoietic stem cells, as well as higher satisfaction with making the decision and involvement of the whole family into the treatment process. During communications with family members, individual needs of the sibling donor should be considered, with respect to the form and extent of psychological support in the course of donorship.

Keywords: hematopoietic stem cell transplantation, sibling donor, psychological support.

For citation: Nold N. V., Misyavichute E.S., Volkova A. G., Rakhmanova Zh.Z., Paina O.V., Zubarovskaya L.S. Psychological Support of Hematopoietic Stem Cell Donation with Sibling Donors: a Case Report. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2025. Vol. 33, no. 1, pp. 142—153. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330108> (In Russ.).

Введение

Понимание потенциальных эмоциональных и психологических рисков процедуры донорства гемопоэтических стволовых клеток для детей-сблингов является актуальной областью исследований. Результаты опубликованных исследований говорят о том, что доноры-сблинги испытывают широкий спектр эмоциональных реакций, как положительных, так и отрицательных [3; 4; 5; 6; 8; 9]. Это связано с различными экзистенциальными переживаниями, ожиданиями со стороны родителей и других родственников, взаимодействием с медицинским персоналом клиники, сложностью процедуры забора стволовых клеток, а также особенностями семейных взаимоотношений до начала процесса трансплантации.

Мотивация доноров-сиблингов как правило основана на альтруистических мотивах — желании спасти жизнь брату или сестре, но также может сопровождаться ожиданиями взаимной преданности и неперемennого выздоровления [1]. Доноры-сиблинги проходят через сложный процесс, поскольку они изначально не собирались становиться донорами, они случайно оказываются перед выбором, который они зачастую не воспринимают как выбор: их просят стать донорами, на них рассчитывают.

Об экзистенциальных переживаниях, таких как: «рад быть подходящим», «добавление смысла в мою жизнь», «изменение восприятия жизни» говорят многие доноры. Такие переживания отражаются на самооценке, ощущении близости и важности своего положения в семье. Но при этом доноры редко говорят с родителями и родными о своих опасениях по поводу долгосрочных последствий донорства, о чувствах страха и одиночества [3].

Встречаясь с возможностью стать донором для своего брата или сестры сиблинги сталкиваются с целым комплексом психологических трудностей, таких как: психологический стресс, включая страх и беспокойство, связанное процедурой забора крови для типирования; давление со стороны семьи, связанное с необходимостью сдавать кровь; опасения, что что-то может пойти не так во время трансплантации; чувство вины, когда выздоровление брата или сестры не наступает; эмоциональная и физическая разлука с родителями в процессе лечения [6].

Многие доноры сообщают о необходимости большей информационной и эмоциональной поддержке в период до трансплантации и непосредственно в период восстановления после трансплантации [1].

Одной из целей реабилитационной команды в Научно-исследовательском институте детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачевой (далее — НИИ ДОГиТ им. Р.М.Горбачевой) является разработка комплексной модели сопровождения доноров-сиблингов при донорстве гемопоэтических стволовых клеток. В данной статье представлено описание случая как часть такой работы по созданию протокола сопровождения доноров-сиблингов.

Материалы и методы

В настоящее время лечением и сопровождением пациентов в НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой занимается мультидисциплинарная команда специалистов, состоящая из медицинского персонала: врачей (дет-

ских гематологов, детских онкологов, врачей-трансфузиологов, врачей-анестезиологов), медицинских сестер и реабилитологов (медицинских психологов, инструкторов ЛФК, воспитателей). Также в команду включается пациент и его окружение.

В процессе обхода по вопросу ТКМ (трансплантации костного мозга) обсуждается потенциальный подходящий для пациента донор. После того как члены семьи типированы и известно, что подходящим для пациента является его сиблинг, медицинский психолог составляет план знакомства с семьей и потенциальным донором. Сразу при поступлении в стационар психолог предоставляет семье возможность психологического сопровождения донора-сиблинга, запрашивает разрешение на знакомство с ним и договаривается о встрече. Задачей психолога является наладить контакт с семьей, объяснить, в чем будет состоять сопровождение, оказать необходимую психологическую помощь и организовать взаимодействие членов реабилитационной команды. Встреча с донором-сиблингом происходит до процедуры забора гемопоэтических стволовых клеток.

Описание случая. Пациент — реципиент гемопоэтических стволовых клеток: девочка, 6 лет. Основной диагноз — острый миелобластный лейкоз, группа высокого риска, первая клинико-гематологическая ремиссия. Во время госпитализации находилась в отделении в сопровождении мамы. На контакт с психологом и девочка, и мама шли охотно. По результатам типирования донором костного мозга был выбран старший брат в возрасте 20 лет, который самостоятельно приехал для прохождения процедуры в клинику из родного города. В процессе знакомства и беседы с мамой пациентки психолог предложил сопровождение процедуры донорства. Мама девочки была очень заинтересована в психологическом сопровождении как дочери, так и сына, но сообщила, что врачи уже предложили брату-донору помощь психолога, и тот отказался. Психолог проявил инициативу и предложил договориться с братом-донором о проведении одной встречи, по результатам которой должно быть принято решение о необходимости дальнейшего психологического сопровождения.

Мама согласилась и помогла договориться о первой встрече. Встреча и знакомство психолога с братом-донором состоялись после беседы юности с врачами-трансфузиологами и врачами-анестезиологами.

Беседа с донором-сиблингом проводилась при помощи специально разработанного авторского полуструктурированного интервью. Оценка уровня дистресса у донора проводилась с использованием «Термометра дистресса» по шкале от 0 до 10 баллов до интервью и после [7]. Оценка удовлетворенности принятым решением проводилась после процедуры

донорства по «Шкале удовлетворенности принятым решением о донорстве и психологическим сопровождением в процессе принятия решения», созданной на основе The Satisfaction with Decision Scale (SWD) [2].

Психологу удалось в значительной мере установить контакт с братом-донором. Уровень дистресса юноши в процессе интервью снизился с 8 до 5 баллов. В заключение интервью на вопрос психолога, в какой помощи нуждается юноша, сформировался запрос в сопровождении его на миелоэкспузию, которая была назначена на следующий день. Это было обусловлено потребностью в снижении тревоги и страха перед процедурой. Таким образом, на следующий день психолог сопровождал брата-донора до операционной, оказывал необходимую психологическую поддержку до операции, а также сопровождал в процессе восстановления после наркоза и наблюдения на дневном стационаре после операции. По результатам такой работы получен высокий балл удовлетворенности принятым решением и психологическим сопровождением в процессе донорства (34 балла из максимальных 35).

Обсуждение результатов

Таким образом, психологическое сопровождение процедуры донорства гемопоэтических стволовых клеток у сиблингов является необходимой частью работы психолога в отделении ТКМ. Форма и интенсивность такого сопровождения в значительной степени зависит от потребностей самого донора. Но зачастую представление у доноров-сиблингов о работе психолога ограничено и меняется в процессе знакомства и беседы с ними, поэтому предложение со стороны врача о психологической помощи не эффективно без непосредственного знакомства и встречи с психологом отделения.

В процессе беседы с донором-сиблингом работа психолога направлена на установление контакта, выявление индивидуальных страхов и опасений донора, обсуждение объема и формы психологической помощи. Потребности доноров-сиблингов могут различаться, но предварительное знакомство с психологом помогает им чувствовать себя спокойнее, снижает тревогу перед предстоящей процедурой, облегчает работу и взаимодействие с медицинским персоналом клиники, а также помогает родителям чувствовать необходимую в таких случаях психологическую поддержку.

Психологическое сопровождение доноров-сиблингов, как показывает описанный выше случай из практики, способствует снижению

тревожности и стресса при процедуре забора гемопоэтических стволовых клеток и уменьшает вероятность возникновения у доноров отрицательных эмоциональных реакций в будущем, что позволяет повысить качество взаимодействия с донорами и оказать им и их окружению необходимую психосоциальную поддержку. Дальнейшие исследования в этом направлении необходимы для разработки обоснованного протокола сопровождения доноров-сиблингов и оценки его практической значимости.

Выводы

1. Встречаясь с возможностью стать донором, многие братья и сестры демонстрируют высокий уровень дистресса, связанный с беспокойством и тревогой перед предстоящей процедурой.
2. Для улучшения психологического состояния доноров-сиблингов в процессе забора гемопоэтических стволовых клеток важно взаимодействие между членами мультидисциплинарной команды клиники и организация психологического сопровождения.
3. Форма и интенсивность психологического сопровождения зависит от потребностей донора-сиблинга.
4. Психологическое сопровождение доноров-сиблингов способствует снижению уровня дистресса и повышает уровень удовлетворенности принятым решением.
5. Необходимо дальнейшее изучение и совершенствование системы психологического сопровождения доноров-сиблингов.

Литература

1. *D'Auria J.P., Fitzgerald T.M., Presler C.M., & Kasow K.A.* Through the eyes of young sibling donors: the hematopoietic stem cell donation experience // *Journal of pediatric nursing*. 2015. № 30 (3). С. 447—453. DOI:10.1016/j.pedn.2014.12.012
2. *Holmes-Rovner M., Kroll J., Schmitt N., Rovner D.R., Breer M.L., Rothert M.L., Padonu G., Talarczyk G.* Patient satisfaction with health care decisions: the satisfaction with decision scale // *Medical decision making: an international journal of the Society for Medical Decision Making*. 1996. № 16 (1). С. 58—64. DOI:10.1177/0272989X9601600114
3. *Hutt D., Nehari M., Munitz-Shenkar D., Alkalay Y., Toren A., & Bielorai B.* Hematopoietic stem cell donation: psychological perspectives of pediatric sibling donors and their parents // *Bone marrow transplantation*. 2015. № 50 (10). С. 1337—1342. DOI:10.1038/bmt.2015.152

4. Kisch A., Bolmsjö I., Lenhoff S., Bengtsson M. Having a sibling as donor: patients' experiences immediately before allogeneic hematopoietic stem cell transplantation // *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*. 2014. № 18 (4). С. 436—442. DOI:10.1016/j.ejon.2014.03.004
5. Kisch A., Bolmsjö I., Lenhoff S., Bengtsson M. Being a haematopoietic stem cell donor for a sick sibling: Adult donors' experiences prior to donation // *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*. 2015. № 19 (5). С. 529—535. DOI:10.1016/j.ejon.2015.02.014
6. Klippenstein A.D.W., Piotrowski C.C., Winkler J., West C.H. Growth in the face of overwhelming pressure: A narrative review of sibling donor experiences in pediatric hematopoietic stem cell transplant // *Journal of child health care: for professionals working with children in the hospital and community*. 2023. № 27 (1). С. 60—77. DOI:10.1177/13674935211043680
7. NCCN Guidelines for Patients Distress During Cancer Care (Дистресс во время лечения онкологических заболеваний, руководство для пациентов) [Электронный ресурс], 2020. URL: <https://advita.ru/files/distress.pdf> (дата обращения 20.01.2025).
8. Pentz R.D., Alderfer M.A., Pelletier W., Stegenga K., Haight A.E., Hendershot K.A., Dixon M., Fairclough D., Hinds P. Unmet needs of siblings of pediatric stem cell transplant recipients // *Pediatrics*. 2014. № 133 (5). С. 1156—1162. DOI:10.1542/peds.2013-3067
9. Wiener L.S., Steffen-Smith E., Fry T., Wayne A.S. Hematopoietic stem cell donation in children: a review of the sibling donor experience // *Journal of psychosocial oncology*. 2017. № 25 (1). С. 45—66. DOI:10.1300/J077v25n01_03

References

1. D'Auria J.P., Fitzgerald T.M., Presler C.M., Kasow K.A. Through the eyes of young sibling donors: the hematopoietic stem cell donation experience. *Journal of pediatric nursing*, 2015, № 30(3), pp. 447—453. DOI:10.1016/j.pedn.2014.12.012
2. Holmes-Rovner M., Kroll J., Schmitt N., Rovner D.R., Breer M.L., Rothert M.L., Padonu G., Talarczyk G. Patient satisfaction with health care decisions: the satisfaction with decision scale. *Medical decision making: an international journal of the Society for Medical Decision Making*, 1996, № 16(1), pp. 58—64. DOI:10.1177/0272989X9601600114
3. Hutt D., Nehari M., Munitz-Shenkar D., Alkalay Y., Toren A., Bielorai B. Hematopoietic stem cell donation: psychological perspectives of pediatric sibling donors and their parents. *Bone marrow transplantation*, 2015, № 50(10), pp. 1337—1342. DOI:10.1038/bmt.2015.152
4. Kisch A., Bolmsjö I., Lenhoff S., & Bengtsson M. Having a sibling as donor: patients' experiences immediately before allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 2014, № 18 (4), pp. 436—442. DOI:10.1016/j.ejon.2014.03.004

5. Kisch A., Bolmsjö I., Lenhoff S., Bengtsson M. Being a haematopoietic stem cell donor for a sick sibling: Adult donors' experiences prior to donation. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 2015. № 19 (5), pp. 529—535. DOI:10.1016/j.ejon.2015.02.014
6. Klippenstein A.D.W., Piotrowski C.C., Winkler J., West C.H. Growth in the face of overwhelming pressure: A narrative review of sibling donor experiences in pediatric hematopoietic stem cell transplant. *Journal of child health care: for professionals working with children in the hospital and community*, 2023, № 27 (1), pp. 60—77. DOI:10.1177/13674935211043680
7. NCCN Guidelines for Patients Distress During Cancer Care (Distress During Cancer Care) [Elektronnyi resurs], 2020. URL: <https://advita.ru/files/distress.pdf> (Accessed 20.01.2025).
8. Pentz R.D., Alderfer M.A., Pelletier W., Stegenga K., Haight A.E., Hendershot K.A., Dixon M., Fairclough D., & Hinds P. Unmet needs of siblings of pediatric stem cell transplant recipients. *Pediatrics*, 2014, № 133 (5), pp. 1156—1162. DOI:10.1542/peds.2013-3067
9. Wiener L.S., Steffen-Smith E., Fry T., Wayne A.S. Hematopoietic stem cell donation in children: a review of the sibling donor experience. *Journal of psychosocial oncology*, 2007, № 25 (1), pp. 45—66. DOI:10.1300/J077v25n01_03

Информация об авторах

Нольд Наталья Викторовна, медицинский психолог отделения медицинской реабилитации, Научно-исследовательский институт детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова Минздрава России (НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7592-886X>, e-mail: natalia.nold@gmail.com

Мисявичуте Евгения Сергеевна, медицинский психолог отделения медицинский реабилитации, Научно-исследовательский институт детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова Минздрава России (НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8198-2052>, e-mail: zhein@list.ru

Волкова Алиса Георгиевна, кандидат медицинских наук, врач-гематолог, заведующая отделением медицинской реабилитации, Научно-исследовательский институт детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова Минздрава России (НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова»), г. Санкт-Петербург,

Нольд Н.В., Мисявичуте Е.С., Волкова А.Г.,
Рахманова Ж.З., Паина О.В.,
Зубаровская Л.С. (2025)
Консультативная психология и психотерапия,
2025. 33(1), 142—153.

Nold N.V., Misyavichute E.S., Volkova A.G.,
Rakhmanova Zh.Z., Paina O.V.,
Zubarovskaya L.S. (2025)
Counseling Psychology and Psychotherapy,
2025. 33(1), 142—153.

Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3183-3462>, e-mail: alisa-md@inbox.ru

Рахманова Жемал Зарифовна, кандидат медицинских наук, врач-гематолог отделения трансплантации костного мозга для детей № 1, Научно-исследовательский институт детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова Минздрава России (НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3386-0942>, e-mail: rakhmanovazhemal@gmail.com

Паина Олеся Владимировна, кандидат медицинских наук, врач-гематолог, заведующая отделением трансплантации костного мозга для детей № 1, Научно-исследовательский институт детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова Минздрава России (НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7263-4326>, e-mail: paina@mail.ru

Зубаровская Людмила Степановна, доктор медицинских наук, профессор кафедры гематологии, трансфузиологии и трансплантологии, руководитель отдела детской онкологии, гематологии и трансплантологии, Научно-исследовательский институт детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова Минздрава России (НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2594-7703>, e-mail: zubarovskaya_ls@mail.ru

Information about the authors

Natalia V. Nold, Psychologist of Rehabilitative Medical Department, R.M. Gorbacheva Research Institute for Pediatric Oncology, Hematology and Transplantation, the I.P Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7592-886X>, e-mail: natalia.nold@gmail.com

Evgeniya S. Misyavichute, Psychologist of Rehabilitative Medical Department, R.M. Gorbacheva Research Institute for Pediatric Oncology, Hematology and Transplantation, the I.P Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8198-2052>, e-mail: zhein@list.ru

Alisa G. Volkova, Candidate of Sciences in Medicine, a hematologist, Head of the Department of Medical Rehabilitation, R.M. Gorbacheva Research Institute for Pediatric Oncology, Hematology and Transplantation, the I.P Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3183-3462>, e-mail: alisa-md@inbox.ru

Нольд Н.В., Мисявичуте Е.С., Волкова А.Г.,
Рахманова Ж.З., Пайна О.В.,
Зубаровская Л.С. (2025)
Консультативная психология и психотерапия,
2025. 33(1), 142—153.

Nold N.V., Misyavichute E.S., Volkova A.G.,
Rakhmanova Zh.Z., Paina O.V.,
Zubarovskaya L.S. (2025)
Counseling Psychology and Psychotherapy,
2025. 33(1), 142—153.

Zhemal Z. Rakhmanova, Candidate of Sciences in Medicine, a hematologist at the Department of Bone Marrow Transplantation for Children № 1, R.M. Gorbacheva Research Institute for Pediatric Oncology, Hematology and Transplantation, the I.P Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3386-0942>, e-mail: rakhmanovazhemal@gmail.com

Olesya V. Paina, Candidate of Sciences in Medicine, a hematologist, Head of Department of Bone Marrow Transplantation for Children № 1, R.M. Gorbacheva Research Institute for Pediatric Oncology, Hematology and Transplantation, the I.P Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7263-4326>, e-mail: paina@mail.ru

Ludmila S. Zubarovskaya, PhD in Medicine, Professor, Head of Department of Oncology, Hematology and Transplantation for Children, R.M. Gorbacheva Research Institute for Pediatric Oncology, Hematology and Transplantation, the I.P Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2594-7703>, e-mail: zubarovskaya_ls@mail.ru

Получена 14.02.2025

Received 14.02.2025

Принята в печать 19.04.2025

Accepted 19.04.2025

СОБЫТИЯ И ДАТЫ

EVENTS, DATES

Научная статья | Original paper

Конференция «Психологическая помощь семьям детей с онкологическими и иными тяжелыми заболеваниями»: анализ опыта работы психологов, актуальные проблемы и междисциплинарные взаимодействия

В.В. Архангельская

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
e-mail: v-arch2006@yandex.ru

В.К. Зарецкий

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8831-6127>, e-mail: zar-victor@yandex.ru

А.Е. Хаин

Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева (ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4217-1564>, e-mail: alina.khain@dgoi.ru

В статье представлен отчет о конференции, организованной ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева. Приводятся краткий обзор докладов и рефлексивное обобщение проблематики и основных итогов мероприятия.

Ключевые слова: онкологические заболевания, тяжелые соматические заболевания, психологическая помощь детям, психологический дистресс.

© Архангельская В.В., Зарецкий В.К., Хаин А.Е., 2025



CC BY-NC

Для цитаты: Архангельская В.В., Зарецкий В.К., Хаин А.Е. Конференция «Психологическая помощь семьям детей с онкологическими и иными тяжелыми заболеваниями»: анализ опыта работы психологов, актуальные проблемы и междисциплинарные взаимодействия // Консультативная психология и психотерапия. 2025. Том 32. № 1. С. 154—162. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.20253309>

Conference “Psychological support to families of children with cancer and other serious diseases”: analysis of psychologists’ work experience, current issues and interdisciplinary interactions

V.V. Arkhangelskaya

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
e-mail: v-arch2006@yandex.ru

V.K. Zaretsky

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8831-6127>, e-mail: zar-victor@yandex.ru

A.E. Khain

Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology,
Oncology and Immunology, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4217-1564>, e-mail: alina.khain@dgoi.ru

The article presents a report on the conference organized by Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology. A brief overview of the reports is presented and a reflective summary of the issues and the main outcomes of the event is made.

Keywords: oncological diseases, severe somatic diseases, psychological support for children, psychological distress.

For citation: Arkhangelskaya V.V., Zaretsky V.K., Khain A.E. Conference “Psychological support to families of children with cancer and other serious diseases”: analysis of psychologists’ work experience, current issues and interdisciplinary interactions. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* = *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2025. Vol. 33, № 1, pp. 154—162. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.20253309> (In Russ.).

В Москве 14 февраля 2025 года состоялась конференция «Психологическая помощь семьям детей с онкологическими и иными тяжелыми

заболеваниями», организованная ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава РФ и Фондом «Наука — детям» при поддержке программы «СберСпасибо». Конференция стала частью проекта «Медицинский стресс и эмоциональный дистресс в процессе и после завершения лечения онкологических заболеваний у детей: мониторинг, профилактика и помощь». Запись и материалы конференции планируются к выкладке на сайте: <https://fnkc.online> в разделе «После лечения».

В работе конференции приняли участие врачи, психологи, руководители общественных организаций, которые занимаются вопросами помощи тяжелобольным детям и их семьям. Смешанный очно-заочный формат конференции позволил расширить круг докладчиков и участников конференции. Обменяться опытом работы и взглядами на роль психологических аспектов помощи детям и их семьям собрались 150 специалистов из 28 регионов Российской Федерации, а также из Германии и Дании.

В приветственном слове научный руководитель Центра им. Дмитрия Рогачева, главный внештатный специалист детский онколог-гематолог Минздрава РФ, доктор медицинских наук, профессор Г.А. Новичкова подчеркнула важность сотрудничества психологов и врачей в лечении онкологических заболеваний у детей. Открывая конференцию, организованную отделением клинической психологии Центра, Галина Анатольевна отметила двадцатилетний опыт работы сотрудников отделения в области развития системы психологической помощи семьям с детьми с онкологическими и иными тяжелыми заболеваниями. Наряду с научной и клинической деятельностью, медицинские психологи отделения уделяют большое внимание разработке обучающих программ и материалов для семей и специалистов. В этом году каждый участник конференции получил пакет с методическими руководствами: учебно-методическое пособие «Эмоциональный дистресс в детской онкологии. Дистресс-термометр для детей с онкологическими онкогематологическими, гематологическими заболеваниями и их родителей»; материалы для развития навыков самоподдержки и эмоциональной регуляции в стрессовой ситуации лечения для детей разного возраста «Графический альбом эмоций для подростков» и «Мои эмоции. Альбом для развития саморегуляции. Для детей и их родителей».

Работа первой секции конференции под названием «Организация психологической помощи в процессе лечения и реабилитации в медицинском учреждении: возможности и ограничения» открылась выступлением декана факультета консультативной и клинической психологии МГППУ, доктора психологических наук А.Б. Холмогоровой на тему «Создание

условий для нормального психического развития детей с тяжелыми соматическими заболеваниями: принципы культурно-исторической психологии». В докладе обосновывалась связь «образование—развитие—психическое здоровье» и возможность научно-практической работы с этим сложным предметом в опоре на методологический ресурс культурно-исторической психологии (КИП). По мнению докладчика, КИП может быть именно той теорией развития, которая способна объединить разных специалистов, работающих с тяжелобольными детьми, и создать условия для сотрудничества специалистов, как между собой, так с родителями и детьми. В ходе выступления были сформулированы научные принципы работы с детьми с ОВЗ, заложенные Л.С. Выготским в КИП, а также обсуждалось дальнейшее развитие этих принципов в рефлексивно-деятельностном подходе В.К. Зарецкого и в отечественной школе клинической психологии, основанной Б.В. Зейгарник. Особое внимание слушателей было обращено на важность всесторонней поддержки субъектной позиции ребенка в условиях лечения тяжелого заболевания, когда собственная инициатива ребенка ограничена многочисленными предписаниями и гиперопекающим стилем родительского поведения.

В следующем докладе «Диагностика, профилактика и помощь в снижении дистресса в процессе лечения онкологических заболеваний у детей» заведующая отделением клинической психологии НМИЦ им. Дмитрия Рогачева, медицинский психолог, кандидат психологических наук А.Е. Хаин рассказала о специфике и факторах риска медицинского стресса во время стационарного лечения жизнеугрожающих заболеваний у детей, а также об индивидуальных и семейных ресурсах для совладания с ними. Было дано определение эмоционального/психологического дистресса, его места в психологии стресса и психоонкологии, а также подчеркивалась важность регулярного скрининга дистресса у пациентов и ухаживающих за ними родителей как одного из ключевых стандартов оказания психологической помощи в онкологии. В ходе доклада было представлено учебно-методическое пособие, подготовленное психологами Центра, с рекомендациями по проведению скрининга и анализу его результатов. В качестве одного из важных элементов для профилактики и снижения дистресса во время лечения обозначена роль информирования и подготовки детей к различным медицинским манипуляциям и видам терапии, поэтому в дополнение к печатному пособию специалистами отделения клинической психологии были разработаны специализированные фотоэкскурсии, материалы которых также были представлены в ходе выступления. В завершение доклада была поднята

тема поддержки развития эмоциональной регуляции в особых условиях заболевания, представлены графические альбомы, которые могут быть использованы специалистами, осуществляющими консультирование, а также родителями и подростками самостоятельно.

Доклад К.Н. Дементьевой — медицинского психолога отделения медицинской реабилитации детей Российской детской клинической больницы — на тему «Опыт организации психологической помощи в составе мультидисциплинарной команды специалистов отделения реабилитации» был посвящен высокой востребованности психолога, обусловленной его ролью в качестве связующего звена в треугольнике взаимоотношений «врач родитель ребенок». Были показаны специфика задач и роль психолога в мультидисциплинарной команде, отмечен рост доверия к психологу, понимания его вклада в процессы лечения и реабилитации. В качестве особой мишени для повышения успешности реабилитационного процесса были обозначены стиль родительского воспитания, а также важность работы психолога с родителем и детско-родительскими отношениями в целом.

К. Онопоко, директор программных направлений БФ Константина Хабенского, рассказала о различных программах Фонда, реализуемых с 2008 г. и направленных на специфические проблемы адаптации детей и молодых взрослых с опухолью мозга к лечению, возвращению к обычной жизни и обучению в школе (в том числе поднималась проблема буллинга). Были озвучены основные принципы работы: 1) ребенок (молодой взрослый) с опухолью мозга — ключевая фигура в реабилитации; 2) учет все сфер жизни (семья, друзья, интересы и увлечения, школа и вопросы образования); 3) фокус на активной жизни, а не на болезни. Подчеркивалось, что программы Фонда направлены на комплексную работу с семьями детей (молодых взрослых) — как в очной, так и в дистанционной форме.

В докладе соучредителя и исполнительного директора БФ помощи детям с тяжелыми заболеваниями и их семьям «Кораблик» Д.А. Акимова была поднята проблема несовпадения взаимных ожиданий участников процесса лечения в детской больнице. Как показывает опыт работы БФ «Кораблик», в успешном решении этой проблемы основную роль играет психологическая и социальная поддержка участников процесса лечения. Их удовлетворенность процессом зависит от объема оказываемой им поддержки, качества медицинской и психологической помощи, степени участия в принятии решений, степени «ухода от объектности в субъектность», готовности всех сторон к диалогу.

Доклады на второй секции — «Задачи и методы психологического консультирования в детской онкологии» — были посвящены разбору аспектов работы психолога с детьми и семьями больных детей на примере клинических случаев. В.М. Кантеева, заведующая отделом медицинской психологии ГБУЗ Пермского края «Краевая детская клиническая больница», рассказала о психологической работе при обнаружении синдрома Сваера у ребенка с герминогенно-клеточной опухолью, тактике информирования родителей и их поддержки как важного шага для последующей адаптации, принятия и развития новой идентичности у ребенка и семьи в целом.

Представленный в докладе О.Е. Фриш, медицинского психолога ГАУЗ «Челябинская областная клиническая больница», случай был посвящен психологической помощи при переживании подростком с онкологическим заболеванием медицинского стресса в середине лечения. Случай показывает, что период видимой адаптации ребенка к болезни может скрывать очень тяжелые переживания, которые не озвучиваются пациентом, но при этом обладают высокой кризисностью. Докладчик представила метод сопровождения подростка в стационаре с помощью ведения им дневника пути «Следы на песке» в течение 30 дней, что позволило пациенту расширить репертуар стратегий совладания и извлечь важный опыт преодоления трудной ситуации (запись в дневнике: «Эти 30 дней я никогда не забуду!»).

В докладе «Потенциал адресной сказкотерапии в немедикаментозном купировании болевого синдрома» А.А. Поповой, педагога-психолога отделения медицинской реабилитации Института детской гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой, был представлен анализ клинического случая, раскрывающий возможности и особенности применения данного метода, позволившие помочь ребенку справиться с тревогой при изменении медикаментозной схемы обезболивания и значительно снизить потребность в препаратах.

М.А. Гусева, кандидат социологических наук, медицинский психолог отделения клинической психологии, социально-педагогической диагностики и коррекции ЛРНЦ «Русское поле» (ФГБНУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева»), в докладе «Формирование терапевтических отношений в начале терапии детей с тяжелым психотравмирующим опытом» подняла тему создания и поддержания доверительных отношений с ребенком как основы для эффективной работы в ситуации наличия травматического опыта; отдельно освещался вопрос этических вызовов и сложных моральных дилемм, с которыми приходится сталкиваться специалисту во время такой работы.

Е.О. Шандрук, клинический психолог, сотрудник БФ «Время Детства» и службы «Ясное Утро», рассказала о тренинге навыков ДБТ, обладающем большим потенциалом в области помощи родителям тяжелобольных детей и помогающим им специалистам в регуляции эмоциональных состояний, возникающих в процессе лечения и реабилитации.

Завершил работу секции доклад Клипининой Н.В. «Давай прогуляем химию! Анализ нескольких случаев некомплаентного поведения подростков с онкологическими заболеваниями». В докладе был поставлен вопрос о важности понимания факторов некомплаентного поведения подростков, отмечено, что даже незначительные отклонения от назначений могут существенно затруднить оценку эффективности/неэффективности лечения. На примере представленных случаев отказа от лечения проанализированы причины такого поведения, приведены примеры взаимодействия врачей, психологов, окружения пациента, направленные на помощь пациентам в принятии решений о прохождении лечения.

Конференция продолжилась Круглым столом «Организация психологической помощи детям с хроническими и/или жизнеугрожающими заболеваниями: двигаемся вперед, анализируя опыт». Ведущими круглого стола Н.В. Клипининой, А.Б. Холмогоровой, А.Е. Хаин — были поставлены три основных вопроса для обсуждения: 1) каковы достижения в области организации психологической помощи детям с различными тяжелыми заболеваниями и состояниями; 2) с какими задачами и трудностями в развитии системы психологической помощи сталкиваются в настоящий момент специалисты; 3) как можно развивать сотрудничество различных организаций и специалистов?

На круглом столе выступили специалисты, представляющие различные общественные и государственные организации: Е.Л. Бокерия, Е.В. Фуфаева, В.И. Бычкова, Д.А. Акимов, О.В. Васюкова, В.В. Архангельская, М.С. Нестерова, Т.В. Свиридова, В.К. Зарецкий и др. Круглый стол был открыт выступлением детского кардиолога и неонатолога, президента АНО «Три сердца» Е.Л. Бокерии. Екатерина Леонидовна подчеркнула, что психологическая работа с детьми, страдающими кардиологическими заболеваниями, а также их родителями, играет не меньшую роль для реабилитации и ресоциализации этих детей, чем собственно медицинская помощь. Данную позицию поддержала руководитель Центра лечения и профилактики метаболических заболеваний и ожирения Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии, кандидат медицинских наук О.В. Васюкова, рассказав о позитивном опыте работы с клиническими психологами Центра и подчеркнув

важность укрепления этого сотрудничества для оказания эффективной помощи детям и их семьям.

Е.В. Фуфаева, М.С. Нестерова и другие участники круглого стола отмечали большой путь, который был проделан в развитии психологической помощи семьям с детьми с различными тяжелыми заболеваниями на базе отделений реабилитации и психологии в медицинских учреждениях. Вместе с тем были подняты проблемные вопросы, касающиеся: нехватки психологов в штатах больниц и медицинских учреждений, осуществляющих лечение и реабилитацию детей; низкой доступности психологической помощи в регионах; недостаточной определенности функционала психолога; противоречий в целях работы психолога в рамках медицинской системы, системы образования и социальной работы и реабилитации. Ставилась проблема преемственности работы психологов с одним и тем же пациентом в разных учреждениях; также подчеркивалась необходимость в развитии комплексного системного подхода, так как в процессе лечения маленького пациента в помощи могут нуждаться и родители, и врачи, и другие специалисты, включенные в этот процесс.

Резюмируя итоги конференции, участники отмечали возможность расширения опыта оказания помощи семьям с детьми с онкологическими заболеваниями на организацию психологической помощи в педиатрии в целом, необходимость разработки новых форматов обмена лучшими практиками между специалистами.

Информация об авторах

Виктория Викторовна Архангельская, кандидат психологических наук, доцент кафедры индивидуальной и групповой психотерапии факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, e-mail: arhangelskayavv@mgppu.ru

Виктор Кириллович Зарецкий, кандидат психологических наук, профессор кафедры индивидуальной и групповой психотерапии факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8831-6127>, e-mail: zaretskiyvk@mgppu.ru

Хаин Алина Евгеньевна, кандидат психологических наук, медицинский психолог, заведующая отделением клинической психологии, Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева (ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева), г. Москва, Российская Федерация ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4217-1564>, e-mail: alina.khain@dgoi.ru

Information about the authors

V.V. Arkhangelskaya, PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Individual and Group Psychotherapy, Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, e-mail: arhangelskayavv@mgppu.ru

V.K. Zaretsky, PhD in Psychology, Professor of the Department of Individual and Group Psychotherapy, Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8831-6127>, e-mail: zaretskiyvk@mgppu.ru

A.E. Khain, PhD in Psychology, Head of Clinical Psychology Department, Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4217-1564>, e-mail: alina.khain@dgoi.ru

Получена 14.02.2025

Received 14.02.2025

Принята в печать 19.03.2025

Accepted 19.03.2025

ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

RESEARCH DIGEST IN CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

Научная статья | Original paper

Психоонкология: в поисках эффективных психосоциальных интервенций

Настоящий дайджест содержит описание современных вызовов, стоящих перед психоонкологией, а также данные исследований эффективности психологических и психосоциальных интервенций, направленных на помощь онкологическим пациентам, их родственникам и работникам соответствующих служб здравоохранения.

Для цитаты: Психоонкология: в поисках эффективных психосоциальных интервенций // Консультативная психология и психотерапия. 2025. Том 32. № 1. С. 163—169. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330110>

Psycho-Oncology: in Search of effective Psychosocial Interventions

This digest offers an outline of current challenges in psycho-oncology as well as results of research on the effects of psychological and psychosocial interventions for different categories of cancer patients, their family members and relevant health care personnel.

For citation: Psycho-Oncology: in Search of effective Psychosocial Interventions. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* = *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2025. Vol. 33, № 1, pp. 163—169. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330110> (In Russ.).



CC BY-NC

Психоонкология — область знания и практики, зародившаяся в 1975 г. на стыке онкологии, психологии и социологии. Как наука, психоонкология изучает психологические и социальные факторы, играющие роль в возникновении, течении, успешности лечения и предотвращении онкологического заболевания. Как область клинической практики, психоонкология является частью стандартной онкологической помощи.

Среди психологических проблем, ассоциированных с диагнозом онкологического заболевания и процессом его лечения, обычно упоминают эмоциональный дистресс, симптомы тревоги и депрессии у пациентов и их родственников. Для пациентов, закончивших курс лечения, актуальной является психосоциальная работа по преодолению неблагоприятных когнитивных эффектов химиотерапии и совладанию с боязнью рецидива. Терминальные пациенты сталкиваются с проблемами страха смерти, принятия своего ухода из жизни и неспособности выстраивать планы для себя и своих близких. Для лиц, перенесших рак в детско-подростковом или молодом возрасте, характерны такие психологические трудности, как боязнь возвращения болезни, социальная изоляция, опасения за здоровье своего потомства и страх передачи генетической предрасположенности к раку.

Отдельное внимание уделяется таким медицинским и психосоциальным факторам, как тип онкологии, возраст пациента (и соответствующие ему жизненные задачи), культурные различия и особенности организации медицинской помощи. Важное значение в успешности лечения онкологических больных придается развитию их жизнестойкости, а также работе с родственниками пациентов и персоналом онкологических служб.

В западных странах наработан опыт мониторинга состояния терминальных онкологических пациентов и поддержки их семей: организованы визиты домашнего врача, силами специальных служб оказывается помощь по уходу за больным (например, мытье пациентов, организация «отпуска» для обеспечивающего уход на дому члена семьи, адаптации жилья под использование технических средств для лиц с трудностями в передвижении), после смерти пациента работа продолжается с их родственниками (визиты домашнего врача с целью выслушать человека в горе и при необходимости назначить лекарственные препараты или направить к специалисту в области психического здоровья).

Работники онкологических служб также нуждаются в психологической помощи, так как часто становятся участниками конфликта с родственниками: последние нередко считают, что врачи делают недостаточ-

но, чтобы спасти близкого им человека и испытывают в связи с этим чувство злости на персонал.

В настоящем дайджесте представлены материалы обзоров и некоторых отдельных исследований психологических и психосоциальных интервенций, направленных на помощь онкологическим пациентам, их родственникам и медицинским специалистам.

Психосоциальные интервенции при паллиативной помощи

Паллиативной помощи отводится уникальное место по сравнению с другими ветвями медицины. Она занимается не лечением первичной болезни, а смягчением страданий человека. Паллиативная помощь оказывается пациентам с любой прогрессирующей болезнью, лицам, живущим с хроническим заболеванием, онкологическим пациентам. Паллиативная помощь также включает поддержку близких, осуществляющих уход за пациентами.

Среди пациентов с паллиативным статусом широко распространено эмоциональное и экзистенциальное страдание, и в этот период особенно ценны навыки поддержки пациентов, которыми обладают психологи. Однако психологи мало вовлечены в паллиативную помощь, и специальная подготовка кадров для работы в этой области — явление редкое.

Статья канадской исследовательницы из Университета Калгари предназначена для психологов, имеющих навыки в области психосоциальной помощи и работающих с пациентами на поздних стадиях тяжелых заболеваний. В статье представлены краткая история паллиативной помощи, помогающая понять ее философию, а также обзор основных подходов к помощи данному контингенту лиц с перечислением интервенций с доказанной эффективностью. Достаточно полное изложение теории и практики данного вида помощи, интеграция существующих психологических моделей обеспечивают концептуализацию этого направления психосоциальной интервенции. В статье также приводится описание случаев с целью помочь читателю адаптировать собственную практику к новому опыту.

В обзоре выделены следующие разделы: История паллиативной помощи; Паллиативные психосоциальные интервенции; Роль психологов (концептуализация случая, оценка, доказательная терапевтическая ориентация и интервенции); Когнитивно-бихевиоральная терапия; Терапия принятия и ответственности; Диалектическая поведенческая те-

рапия; Интервенции на основе техники осознанности (майндфулнес); Дополнительная информация (интервенции для персонала, поддержка коллег в трудных или спорных взаимодействиях с пациентами и/или членами их семей, потенциальные вызовы; дополнительные ресурсы для обучения).

Автор отмечает, что в работе с паллиативными пациентами особую трудность представляет тема смерти. Это обусловлено в том числе тем, что многие культурные группы отрицают смерть и склонны ориентироваться на позитивное мышление или обвинять умирающих в том, что они прекратили сопротивляться болезни. Отрицание смерти — это важная область работы для психолога. Невозможность обсуждать реалистичные страхи может быть препятствием на пути как выздоровления, так и процесса окончания жизни. Психологи могут объяснить, что пациентам и их семьям требуется пространство для выражения своих переживаний, чтобы задать вопросы, получить на них честные ответы и затем на основе точной информации выстроить свои планы.

Паллиативная психосоциальная онкология выработала много доказательных интервенций для пациентов с развернутой или терминальной фазой болезни. Среди последних разработок — терапия достоинства (Dignity Therapy), управление раком и жизнь со смыслом (Managing Cancer and Living Meaningfully). Такие интервенции могут быть полезны людям с экзистенциальными психосоциально-духовными страданиями, которые могут выражаться в чувстве беспомощности, чувстве бремени для других, в потере достоинства, страхе смерти и в депрессии. Данные интервенции являются хорошим ресурсом для выстраивания модели поэтапной помощи.

Оригинал: *Feldstain A.* Psychosocial intervention in palliative care: What do psychologists need to know // *Journal of Health Psychology.* 2024. № 29(7). P. 707—720. DOI:10.1177/13591053231222848

Когнитивное поражение в связи с химиотерапией

В 2020 г. в мире было диагностировано 19,2 млн новых случаев рака. Организация скрининга, раннее выявление, успехи в лечении и последующий контроль способствуют повышению уровня выживаемости онкологических пациентов. Так, в Западной Европе 5-летняя выживаемость в случае рака груди составляет 80—90%, рака простаты — 70—90%. Для многих вариантов детско-подростковой онкологии показатель выживаемости сейчас составляет 80%, и он продолжает расти. Вместе с тем многие взрос-

лые пациенты после лечения сообщают о негативных последствиях в виде усталости (50%—90%), нейропатии (50%), симптомов желудочных расстройств (50%), а также связанных с раком когнитивных поражений. Эта статистика говорит о необходимости долгосрочной поддержки пациентов, прошедших курс лечения, и специальных интервенций, направленных на преодоление соматических и когнитивных нарушений. Когнитивное поражение у онкологических пациентов нередко обозначают терминами «хемо-мозг» (химический мозг) или «хемо-туман». Оно затрагивает общие когнитивные процессы, например память, внимание, речь, исполнительные функции и часто представлено жалобами на плохую рабочую память, трудности с припоминанием, слабую концентрацию, проблемы с вниманием и снижением скорости переработки информации. Когнитивные проблемы испытывают от 12 до 75% онкологических пациентов, прошедших курс химиотерапии. У некоторых больных когнитивный дефицит сохраняется на протяжении 20 лет после окончания лечения.

Когнитивные поражения при лечении рака связывают с веществами, используемыми в химиотерапии, — это таксаны, антрациклины, анти-метаболиты и др. Они являются нейротоксинами. И хотя ранее считалось, что мозг надежно защищен гематоэнцефалическим барьером, впоследствии выяснилось, что некоторые из применяемых в химиотерапии веществ проникают в мозговую ткань или способствуют нейротоксичности через свои метаболиты. Нейровизуализационные исследования выявили у онкологических пациентов с когнитивным поражением после химиотерапии структурные изменения в объеме серого вещества мозга, нарушение мозгового кровотока и нарушение активности дофамина. Субъективные переживания у таких людей нередко ассоциированы со стрессом, одиночеством и низким качеством сна.

Ирландские ученые выполнили обзор литературы с целью изучения эффективности интервенций, направленных на восстановление когнитивных функций у онкологических пациентов после прохождения химической терапии.

В обзор вошли исследования взрослых с метастатическим раком, которые в ходе лечения получали химиотерапию и к которым были применены методы, направленные на восстановление когнитивных функций. Критериями исключения были: наличие в исследовании пациентов с 1) метастатическим раком, 2) ранее существовавшим когнитивным дефицитом, 3) не достигших 18 лет. В ряде баз данных был проведен поиск релевантных публикаций за период с января 2011 г по сентябрь 2022 г; в конечном итоге в обзор вошли 31 исследование.

Упомянутые в статьях интервенции были разделены на следующие категории: интерактивные/комплементарные, когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ), физические упражнения, психообразовательные/психосоциальные мероприятия, тренинг мозга и фармакологические вмешательства. В обзоре сообщается об улучшениях после применения интервенций, однако при этом отмечается, что в большинстве исследований измеряются лишь некоторые когнитивные функции, и лишь в очень небольшом количестве работ измерялись все области когнитивного функционирования, что затрудняет формулирование более определенных выводов об эффективности интервенций. Имеющиеся данные, хотя и не являются окончательными, указывают на большую перспективность некоторых интервенций (КБТ и тренинг мозга) по сравнению с другими вмешательствами.

Оригинал: *Oldacres L., Hegarty J., O'Regan P. et al. Interventions promoting cognitive function in patients experiencing cancer related cognitive impairment: A systematic review // Psycho-Oncology. 2023. № 32(2). P. 214—228. DOI: 10.1002/pon.6073*

Над чем работают исследователи

В Мичиганском университете (США) существует программа клинических исследований в области подростково-молодежной онкологии. Ей руководит Анао Чанг (Anao Zhang). В публикациях последних лет по психоонкологии заметен вклад этой научной группы.

Так, одно из недавно опубликованных исследований этой группы посвящено изучению эффекта КБТ у онкологических пациентов. Ранее КБТ показала свою эффективность в онкологии при лечении дистресса и болей, а также при бессоннице, ПТСР, усталости, страхе, тревоге и депрессии. Также известно, что КБТ положительно влияет на психическое здоровье и качество жизни в общей популяции, однако количество исследований эффекта КБТ у лиц, прошедших лечение от рака, остается ограниченным, особенно касательно исходов, относящихся к качеству жизни. Немного известно и о факторах, влияющих на эффективность этой терапии в онкологии.

Целью выполненного метаанализа было исследовать влияние КБТ на исход психического здоровья и качество жизни онкологических пациентов. Всего было собрано 154 клинических испытаний с общим количеством участников 1627 человек. В окончательный анализ вошли 132 клинических испытания. Результаты показывают, что КБТ в уме-

ренной степени улучшает психическое здоровье и качество жизни онкологических пациентов. При этом на эффект КБТ могут влиять возраст пациентов и формат КБТ. Авторы обзора приходят к выводу о том, что когнитивно-бихевиоральная терапия статистически значимо улучшает психосоциальные параметры психического здоровья и качества жизни у онкологических пациентов и этот эффект выраженнее у пациентов более молодого возраста. При рассмотрении показаний для применения КБТ как психотерапевтической интервенции у онкологических пациентов следует принимать во внимание возраст и формат проведения КБТ.

Оригинал: *Dils A.T., O'Keefe K., Dakka N. et al.* The efficacy of cognitive behavioral therapy for mental health and quality of life among individuals diagnosed with cancer: a systematic review and meta-analysis // *Cancer Medicine*. 2024. 13(16). e70063. DOI: 10.1002/cam4.70063

Научным трендом стало изучение интервенций с использованием современных информационных технологий, так как последние являются неотъемлемой частью поддержки онкологических пациентов, особенно детей, подростков и молодых взрослых. Ученные Мичиганского университета выполнили исследование с целью систематической оценки и метаанализа опубликованных работ по теме применения компьютерных технологий в практике помощи онкологическим пациентам. В окончательный анализ вошли 28 клинических испытаний. Анализ по подгруппам показал статистическую значимость интервенций, нацеленных на поддержку психосоциального и эмоционального здоровья, тогда как эффект психообразования был статистически не достоверным. Авторы делают вывод о в целом эффективности интервенций с использованием информационных технологий при работе с пролеченными от онкологии детьми, подростками и молодыми взрослыми. Благоприятное воздействие зафиксировано главным образом у детей и в меньшей степени — у подростков и молодых взрослых. Вместе с тем авторы отмечают, что при всей привлекательности современных интервенций на основе информационных технологий необходим индивидуальный подход к пациентам разных возрастных групп и с разными психосоциальными проблемами.

Оригинал: *Zhang A., Zebrack B., Acquati Ch. et al.* Technology-assisted psychosocial interventions for childhood, adolescent, and young adult cancer survivors: a systematic review and meta-analysis // *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*. 2022. 11(1). P. 6—16. DOI: 10.1089/jayao.2021.0012

Составитель-переводчик: Елена Можаяева

ВНЕ ТЕМЫ ВЫПУСКА

IN ADDITION TO THE SPECIAL TOPIC OF THE ISSUE

ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ THEORY AND METHODOLOGY

Научная статья | Original paper

Страх смерти и суицидальный цикл: опорные точки и возможности безопасного выхода из замкнутого круга

К.А. Чистопольская^{1,2} ✉, Ениколопов³

¹ Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (МНИИП — филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ), г. Москва, Российская Федерация

² Городская клиническая больница им. А.К. Ерамишанцева (ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева» ДЗМ, г. Москва, Российская Федерация

³ Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), г. Москва, Российская Федерация

✉ ksenia.chistopolskaya@yandex.ru

Резюме

Контекст и актуальность. В суицидологии не существует пока единого взгляда на проблему самоубийства, хотя уже появляются интегративные модели суицидального поведения, призванные объяснить суицидальную направленность личности для специалистов помогающих профессий. **Цель.** Статья направлена на предложение проблемы повторяющегося суицидального поведения. **Гипотеза.** Предлагается модель, объясняющая повторяющееся суицидальное поведение. **Методы и материалы.** Анализируются современные теории (теория управления страхом смерти, межличностная психологическая теория суицида Т. Джойнера, трехша-

говая модель суицида Д. Клонски, интегративная мотивационно-волевая теория суицидального поведения Р. О'Коннора, нарративная модель суицидального кризиса И. Галынкера), а также исследования депрессивных суицидальных пациентов, в том числе в ракурсе их взаимодействий с клиницистами. **Результаты.** Производится концептуализация и обобщение этих работ в емкой схеме цикличности суицидальных переживаний и действий. **Выводы.** Предложенная модель закрепления суицидального поведения через усиление страха смерти и разрушение культурного буфера тревоги позволяет по-новому взглянуть на проблему повторяющегося суицидального поведения и наметить мишени психотерапевтической и консультативной работы с суицидальными пациентами, чтобы разомкнуть негативный цикл — отчасти аналогично работе с фобофобиями в логотерапии.

Ключевые слова: суицидальное поведение, теория управления страхом смерти, разрушение культурного буфера тревоги, стигматизация, самостигматизация, депрессия

Финансирование. Работа выполнена в рамках Госзадания 124020800061-8 «Разработка клинико-патогенетической модели и диагностического модуля расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с хронической патологией».

Для цитирования: Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. (2025). Страх смерти и суицидальный цикл: опорные точки и возможности безопасного выхода из замкнутого круга. *Консультативная психология и психотерапия*, 33(1), 170—183. <https://doi.org/10.17759/spp.2025330111>

Fear of death and suicidal cycle: Checking points and possibilities for an exit out of the vicious circle

K.A. Chistopolskaya^{1,2} ✉, S.N. Enikolopov³

¹ Moscow Research Institute of Psychiatry — a branch of V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Russian Federation Ministry of Health, Moscow, Russian Federation

² A.K. Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital, Moscow, Russian Federation

³ Mental Health Research Center, Moscow, Russian Federation

✉ ksenia.chistopolskaya@yandex.ru

Abstract

Context and relevance. There is no unified perspective on the problem of suicide in suicidology so far, though there are some proposals of integrative models, which

try to capture the phenomenology and explain suicidal behavior for helping professionals. **Objective.** The paper deals with the problem of repeated suicidal behavior. **Hypothesis.** A model is suggested to explain the repeated suicidal behavior. **Methods and materials.** The contemporary theories are analyzed (terror management theory, interpersonal psychological theory of suicide by T. Joiner, 3-step theory of suicide by D. Klonsky, integrated motivational-volitional model of suicidal behavior by R. O'Connor, narrative crisis model of suicide by I. Galynker), as well as the extensive research on suicidal behavior, including depressive suicidal patients' experience of interactions with their clinicians. **Results.** Conceptualization of these studies is conducted in a concise scheme of a cycle of repeated suicidal thoughts and actions. **Conclusions.** The suggested model for repeated suicidal behavior through intensifying the fear of death and disruption of cultural anxiety buffer allows to view the problem anew and to map out the targets for psychotherapy and counseling of suicidal patients, in order to break the vicious cycle — partly in a similar fashion as logotherapy works with phobophobia.

Keywords: suicidal behavior, terror management theory, disruption of cultural anxiety buffer, stigmatization, self-stigmatization, depression

Funding. The work was performed according to the Governmental Task № 124020800061-8: To develop a clinical pathogenetic model and a diagnostic module of anxiety and depression spectrum disorders in patients with chronic pathology.

For citation: Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N. (2025). Fear of death and suicidal cycle: Checking points and possibilities for an exit out of the vicious circle. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 33(1), 170—183. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330111>

Введение

Суицидальное поведение представляет собой серьезную проблему здравоохранения (Саксена, Круг, 2014) и требует научных исследований, осмысления и концептуализации. В суицидологии не существует пока единого взгляда на эту проблему, но уже появляются интегративные теории (Galynker, 2023; Klonsky et al., 2016; O'Connor, Kirtley, 2018), включающие в себя новые данные и прежние разработки.

Об амбивалентности суицидальных пациентов, их противоречивом отношении к жизни и смерти пишут многие авторы (Амбрумова, Калашникова, 1998; Соколова, 1989; Шнейдман, 2001). Суицидальные мысли часто бывают эго-дистонными и даже маскируются под панические атаки (Galynker, 2023). При этом И. Галынкер пишет о бесстрашии к смерти и

нравственной приемлемости суицида как о predisпозиции, изначально факторе уязвимости (Galynker, 2023), Т. Джойнер — о постепенном научении бесстрашию к смерти и относит его к волевому фактору (Joiner, 2005), и есть исследования, которые показывают, что страх смерти в принципе не является константой в течение жизни, что подтверждается как исследованием методом срезов (Чистопольская и др., 2017), так и экспериментальными работами в русле теории управления страхом смерти (Чистопольская, Ениколопов, 2014; Arrowood, Cox, 2020).

Теория управления страхом смерти (terror management theory), возникшая в 1986 году в сфере экспериментальной социальной психологии, утверждает, что люди склонны вытеснять мысли о смерти, чтобы достичь психологического равновесия в повседневной жизни (Arrowood, Cox, 2020; Greenberg et al., 1986). При ярком напоминании о смерти у человека активируются сначала проксимальные защиты (рационализация: «Если это и произойдет со мной, то нескоро», или вытеснение: «Это не произойдет со мной никогда»), а затем вступает в дело культурный буфер тревоги, который, по результатам современных исследований, состоит из самооценки, картины мира, системы привязанности, а также конструкта длительности Я и творчества (Чистопольская, Ениколопов, 2014). Эти психологические конструкты действуют на укрепление картины мира человека и его самооценки, что проявляется в более ярком переживании собственной правоты в важных для него вопросах, а также в тяготении к близким отношениям привязанности, к желанию инвестировать в более долгосрочные цели, к желанию творчески создавать культурно значимые объекты. Экстремальные жизненные ситуации вынуждают человека сталкиваться со своим страхом и потенциально могут способствовать посттравматическому росту (Tedeschi, Calhoun, 2004), но, если его культурный буфер тревоги оказывается слаб, эти события могут привести к разрушению буфера (Pyszczynski, Kesebir, 2011), что вызовет чувства поражения и западни (O'Connor, Kirtley, 2018) и, как следствие, суицидальное поведение, когда человек пытается обрести контроль над своей жизнью (Чистопольская и др., 2022).

Кроме того, в психиатрии известен феномен фобифобии — страх страха, который хорошо описал В. Франкл (Франкл, 2016). Изначальный симптом вызывает страх его проявления, страх усиливает, закрепляет симптом, приводит к новым симптомам. Чтобы разорвать этот порочный круг, важно прервать цикл на любом звене, будь то устранение изначально симптома или его ослабление через укрепление культурного буфера тревоги.

Модель повторяющегося суицидального поведения

По аналогии с этой моделью, нами предлагается цикл закрепления суицидального поведения, безопасный выход из которого также возможен на любом этапе (Рис. 1). Предположительно, цикл начинается с первичного сильного напоминания о смерти. В рамках теории управления страхом смерти в результате исследований были подтверждены гипотезы о том, что: (а) напоминание о смерти увеличивает потребность в культурном буфере тревоги; (б) ослабление культурного буфера тревоги облегчает проникновение мыслей о смерти в сознание (Чистопольская, Ениколопов, 2014). Таким образом, для человека в роли «первичного сильного напоминания о смерти» может выступить как событие, непосредственно связанное со смертью (смерть близкого или угроза жизни), так и ситуация, вызывающая сильный стресс, ставящая под сомнение его культурную картину мира, самооценку, систему привязанности, и эта ситуация может быть острой или развиваться постепенно, усугубляясь со временем и размывая защиты (Pysczynski, Kesebir, 2011; Rogers et al., 2024).

При неудаче рационализации и вытеснения (1), а также неспособности справиться с напоминанием о смерти посредством индивидуального культурного буфера тревоги (2) следует острое переживание несостоятельности у человека (бреешь в защитах, 3), что приводит, в числе прочих психопатологий, к суицидальным мыслям и поведению (4) (Pysczynski, Kesebir, 2011). После суицидальной попытки ситуация усугубляется (5), поскольку реакция окружающих, врачей и самого человека на свое суицидальное поведение может приводить к еще более острому переживанию страха смерти и самостигматизации (Чистопольская, Ениколопов, 2018; Oexle et al., 2017), и цикл запускается заново (6).

Исследования, подтверждающие предложенную модель

Реакция человека на свой поступок, а также реакция окружающих — важный элемент этой модели: страх и осознание («я сделал это с собой») могут способствовать стигматизации и самостигматизации суицидального пациента, усилению и закреплению суицидального поведения (Руженкова, 2016; Oexle et al., 2017). Известно, что предшествующая попытка суицида до сих пор остается самым сильным предиктором смерти от самоубийства (Klonsky et al., 2016; O'Connor, Kirtley, 2018), но в науке все еще нет четкого понимания, что способствует этому. Существует мо-

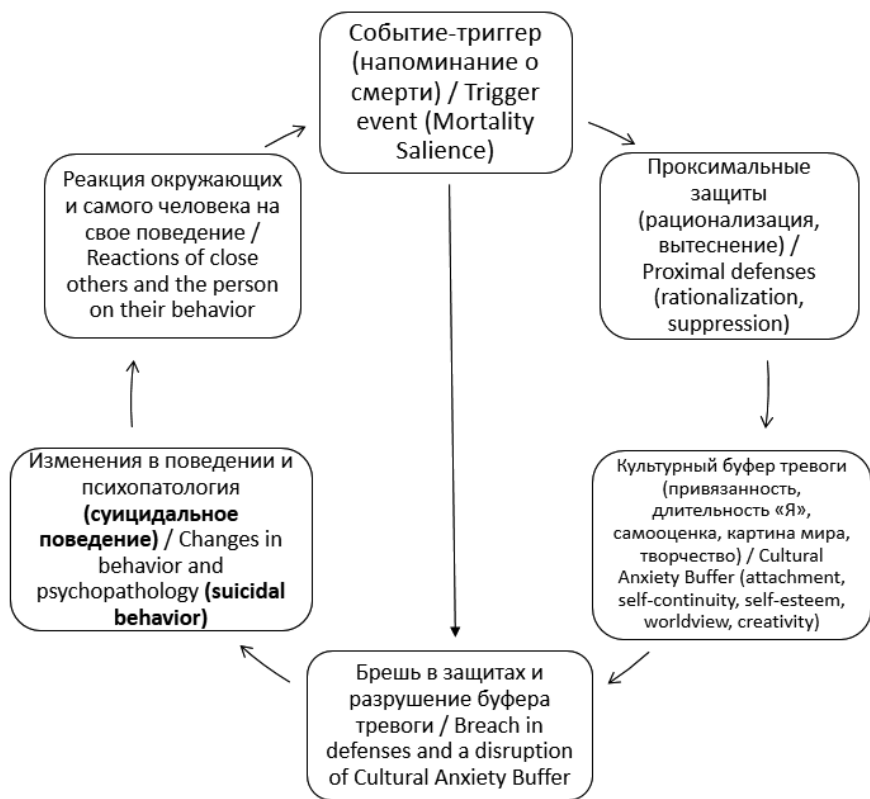


Рис. 1. Цикл закрепления суицидального поведения
 Fig. 1. The Cycle of Repeated Suicidal Behavior

дель подросткового суицида как аддикции (Попов, Бруг, 2005), но в ней суицидальное поведение понимается как выученный, привычный способ совладания с трудностями, а для объяснения, почему этот неэффективный способ закрепляется и используется человеком по умолчанию, используется несколько расплывчатый термин «подсознательной намеренности». Нам ближе объяснение, что суицидальная готовность повышается вследствие руминаций (Суботич, Холмогорова, 2023), повторяющихся размышлений человека о своей несостоятельности (Холмогорова и др., 2020), в какой-то момент становящихся неподконтрольными (по меткому выражению И. Галынкера: «Не я думаю мысль, а мысль думает

меня», (Galynker, 2023)). Однако эти руминации и руминативное затопление (неотвязные мысли неприятного содержания) как раз и оказываются возможными вследствие размывания культурного буфера тревоги, чрезмерной уязвимости человека мыслям о смерти.

Приведенная в данной работе модель суицидального цикла ставит во главу угла отношение к смерти и учитывает фактор стигматизации — известный феномен в психиатрии и суицидологии (Любов и др., 2015; Руженкова, 2016; Положий и др., 2017; Положий, Руженкова, 2016; Чистопольская, Ениколопов, 2018; Huggett et al., 2024; Oexle et al., 2017). Многие авторы отмечают негативный и смешанный контрперенос на суицидальных пациентов, возникающий у лечащих врачей (Веспа и др., 2021; Galynker, 2023; Huggett et al., 2024; Pompili, 2015; Soulie et al., 2020), некоторые даже рекомендуют использовать его как диагностический фактор (Веспа и др., 2021; Barzilay et al., 2022; Bloch-Elkouby, Barzilay, 2022; Galynker, 2023): сочетание чувств надежды, страха и отторжения оказывается почти естественной, базовой реакцией на экстремального пациента, испытывающего острое чувство безнадежности, концептуализирующего свою ситуацию как безвыходную, тупиковую.

Исследование депрессивных пациентов в остром постсуицидальном состоянии (Чистопольская и др., 2017; Чистопольская, Ениколопов, 2019а) подтверждает эту модель. Было выделено три группы пациентов: с отказом от попытки, ее непризнанием (вне зависимости от тяжести последствий самоотравления); с признанием одной попытки, а также с несколькими попытками в анамнезе. Было обнаружено, что в первой группе преобладает вытеснение и избегание темы смерти, во второй — страхи смерти, а в третьей преимущественно наблюдалось размывание защит от мыслей о смерти, принятие смерти как бегства и отсутствие страхов (за исключением «страха забвения», который в норме (Чистопольская и др., 2019) был одним из самых дезадаптивных). Это соответствует теории управления страхом смерти и теории разрушения культурного буфера тревоги. Безусловно, вытеснение страха смерти — один из базовых навыков, которому человек обучается с детства, чтобы иметь возможность безопасно действовать в мире (Becker, 1973). Разрушение культурного буфера тревоги происходит постепенно, в том числе через научение бесстрашию к смерти (Joiner, 2005; Ryszczynski, Kesebir, 2011). Более того, страх смерти является не столько чертой личности, сколько преходящим состоянием, он может усиливаться и ослабляться в разные периоды жизни, в разных обстоятельствах (перед встречей с опасностью, примером которой может служить прыжок с парашюта, и после (Cancio, 1991; Clemente-Suárez et al., 2016)).

Кроме того, в наших исследованиях было проведено сравнение групп суицидентов и психиатров (Чистопольская и др., 2019; Чистопольская, Ениколопов, 2025). Были выявлены мировоззренческие различия, затрагивающие отношения к смерти, временные перспективы, стили привязанности. Эти результаты указывают на то, что врачам и пациентам может быть трудно найти общий язык и вектор выхода из проблемной ситуации. Хотя исследования показывают, что пациентов больше расстраивает стигматизация со стороны близких, чем со стороны медперсонала (Руженкова, 2016; Чистопольская, Ениколопов, 2018), врачи традиционно считаются назначенными гейткиперами суицидального поведения, потенциально могут изменить траекторию суицидальности, способствовать затуханию суицидального процесса. Для этого, как утверждают исследователи и практики, важно осознание клиницистом своих эмоциональных реакций, когнитивных и поведенческих схем и убеждений (Хенден, 2024; Galynker, 2023), построение раппорта и хороших терапевтических отношений, согласие в целях и задачах терапии (Bloch-Elkouby, Barzilay, 2022; Flückiger et al., 2018; Soulie et al., 2022).

Заключение

Предложенная модель закрепления суицидального поведения позволяет сделать вывод, что главная задача консультативной работы с суицидальным пациентом — укрепление его культурного буфера тревоги посредством формирования позитивного самоотношения (Колачев и др., 2024), осмысления своего мировоззрения, работа со стилем привязанности (Dattilo, 2005). Культурный буфер тревоги должен способствовать не только вытеснению страха смерти (Pyszczynski, Kesebir, 2011), но и пониманию, как жить с осознанием своей смертности, то есть приводить к большей осознанности и посттравматическому росту (Tedeschi, Calhoun, 2004). Работа с темой смерти — непростой процесс (Chan, Tin, 2012), но он помогает выйти из порочного круга закрепления и усиления суицидального поведения, описанного нами в данной модели.

Ограничения. Предложенную модель стоит с осторожностью применять к случаям несуйцидальных самоповреждений (частично данное поведение играет роль привыкания к страху, боли и повреждениям, научения бесстрашию к смерти, но оно также имеет отдельные функции — облегчения труднопереносимых эмоций, выражения чувств). Модель также не затрагивает случаи несоблюдения врачебных рекомендаций

(данное поведение скорее проистекает из чрезмерно сильного вытеснения страха смерти).

Список источников / References

1. Амбрумова, А.Г., Калашникова, О.Э. (1998). Клинико-психологическое исследование самоубийства. *Социальная и клиническая психиатрия*, 4, 65—77. Ambrumova, A.G. Kalashnikova, O.E. (1998). Clinical-psychological study of suicide. *Social and Clinical Psychiatry*, 4, 65—77. (In Russ.).
2. Веспя, Э., Галынкер, И., Чистопольская, К.А. (2021). Эмоциональный отклик клинициста на пациентов с суицидальным риском: обзор литературы. *Суицидология*, 12 (1), 47—63. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01\(42\)-47-63](https://doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-47-63)
Vespa, A., Galynker, I., Chistopolskaya, K.A. (2021). Clinician emotional response to patients at risk of suicide: a review of the extant literature. *Suicidology*, 12 (1), 47—63. (In Russ.). [https://doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01\(42\)-47-63](https://doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-47-63)
3. Колачев, Н.И., Чистопольская, К.А., Ениколопов, С.Н., Николаев, Е.Л., Дровосеков, С.Э. (2024). Сочувствие к себе в контексте суицидальных тенденций: нормативные показатели «Шкалы сочувствия к себе» К. Неффа. *Психологические исследования*, 17(93), 3. <https://doi.org/10.54359/ps.v17i93.1516>
Kolachev, N.I., Chistopolskaya, K.A., Enikolopov, S.N., Nikolaev, E.L., Drovosekov, S.E. (2024). Self-compassion in the context of suicidal tendencies: the cut-off scores for the Self-Compassion Scale by K. Neff. *Psikhologicheskie Issledovaniya*, 17(93), 3. (In Russ.). <https://doi.org/10.54359/ps.v17i93.1516>
4. Любов, Е.Б. и соавт. (2015). Опыт, осведомленность и отношение больницы психиатрического персонала к суицидальному поведению. *Суицидология*, 6(2), 18—29.
Lyubov, E.B. et al. (2015). Mental health hospital staff: experiences with, competence and attitudes towards, and concerns about inpatient suicidal behavior. *Suicidology*, 6(2), 18—29. (In Russ.).
5. Руженкова, В.В. (2016). Стигматизация суицидентов (клинико-социальный и реабилитационно-профилактический аспекты): дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06. Белгород, 221 с.
Ruzhenkova, V.V. (2016). Stigmatization of suicidals (socio-clinical and preventative-rehabilitational aspects). Ph.D. (Medicine). Belgorod, 221 p. (In Russ.).
6. Положий, Б.С., Руженков, В.А., Руженкова, В.В. (2017). Социальный прессинг стигмы самоубийцы (медико-социологическое исследование). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 3, 42—45. <https://doi.org/10.17116/jnevro20171173185-88>
Polozhy, B.S., Ruzhenkov, V.A., Ruzhenkova, V.V. (2017). The social pressing of self-destroyer stigma: a medico-sociological study. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 3, 42—45. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro20171173185-88>
7. Положий, Б.С., Руженкова, В.В. (2016). Стигматизация и самостигматизация суицидентов с психическими расстройствами. *Суицидология*, 7(3), 12—20.

- Polozhy, B.S., Ruzhenkova, V.V. (2012). Stigmatization and self-stigmatization by persons with mental disorders who committed suicidal attempts. *Suicidology*, 7(3), 12—20. (In Russ.).
8. Попов, Ю.В., Бруг, А.В. (2005). Аддиктивное суицидальное поведение подростков. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*, 1, 24—26.
- Popov, Yu.V., Brug, A.V. (2005). Addictive suicidal behavior in adolescents. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*, 1, 24—26. (In Russ.).
9. Саксена, Ш., Круг, Э. (2014). *Предотвращение самоубийств: Глобальный императив*. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 97 с.
- Saxena, S., Krug, E. *Suicide prevention: A global imperative*. Geneva: WHO, 2014. (In Russ.).
10. Соколова, Е.Т. (1989). *Самосознание и самооценка при аномалиях личности*. М.: МГУ. 210 с.
- Sokolova, E.T. (1989). *Self-consciousness and self-esteem in anomalies of personality*. Moscow: MSU. 210 p. (In Russ.).
11. Суботич, М.И., Холмогорова, А.Б. (2023). Когнитивные и поведенческие факторы хронификации суицидального поведения. *Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь*, 12(3), 397—405. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2023-12-3-397-405>
- Subotich, M.I., Kholmogorova, A.B. (2023). Cognitive and behavioral factors in the chronification of suicidal behavior. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care*, 12(3), 397—405. (In Russ.). <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2023-12-3-397-405>
12. Франкл, В. (2016). *Логотерапия и экзистенциальный анализ*. М.: АНФ. 342 с.
- Frankl, V. *Logotherapy and existential analysis*. Moscow: ANF, 2016. 342 p. (In Russ.).
13. Хенден, Дж. (2024). *Предотвращение самоубийств: Подход, ориентированный на решения*. М.: Психотерапия. 416 с.
- Henden, J. *Preventing suicide: The solution focused approach*. Moscow: Psikhoterapiya, 2024. 416 p. (In Russ.).
14. Холмогорова, А.Б., Суботич, М.И., Корх, М.П., Рахманина, А.А., Быкова, М.С. (2020). Деадаптивные личностные черты и психопатологическая симптоматика у лиц с первой попыткой суицида и хроническим суицидальным поведением. *Консультативная психология и психотерапия*, 28(1), 63—86. <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280105>
- Kholmogorova, A.B., Subotich, M.I., Korkh, M.P., Rakhmanina, A.A., Bykova, M.S. (2020). Maladaptive Personality Traits and Psychopathological Symptoms in Individuals with the First Suicidal Attempt and with Chronic Suicidal Behavior. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 28(1), 63—86. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280105>
15. Чистопольская, К.А., Ениколопов, С.Н. (2014). Теория управления страхом смерти: основы, критика и развитие. *Вопросы психологии*, 2, 125—142.

Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. (2025)
Страх смерти и суицидальный цикл:
опорные точки и возможности...
Консультативная психология и психотерапия,
2025. 33(1), 170—183.

Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N. (2025)
Fear of death and suicidal cycle: Checking
points and possibilities for an exit...
Counseling Psychology and Psychotherapy,
2025. 33(1), 170—183.

- Chistopolskaya, K.A., Enikolopov, S.N. (2014). The theory of controlling the fear of death: Foundations, criticism, development. *Voprosy psikhologii*, 2, 125—142. (In Russ.).
16. Чистопольская, К.А., Ениколопов, С.Н. (2018). О связи стигмы психической болезни и суицидального поведения. *Российский психиатрический журнал*, 2, 10—18.
- Chistopolskaya, K.A., Enikolopov, S.N. (2018). On the interrelation of mental health stigma and suicidal behavior. *Russian Journal of Psychiatry*, 2, 10—18. (In Russ.).
17. Чистопольская, К.А., Ениколопов, С.Н. (2025). Психологические различия психиатров и суицидальных пациентов: потенциальные острые моменты для формирования терапевтического альянса. *Психология. Журнал Высшей школы экономики*, 22(1), 164—183. <https://doi.org/10.17323/1813-8918-2025-1-164-183>
- Chistopolskaya, K.A., Enikolopov, S.N. (2025). Psychological differences in psychiatrists and suicidal patients: Potential critical issues for development of therapeutic alliance. *Psychology. Journal of the Higher School of Economics*, 22(1), 164—183. (In Russ.). <https://doi.org/10.17323/1813-8918-2025-1-164-183>
18. Чистопольская, К.А., Ениколопов, С.Н., Николаев, Е.Л., Магурдумова, Л.Г. (2017). Бесстрашие к смерти — статика или динамика? *Суицидология*, 8(2), 40—48.
- Chistopolskaya, K.A., Enikolopov, S.N., Nikolaev, E.L., Magurdumova, L.G. (2017). A commentary: Fearlessness about death — a static or a dynamic quality? *Suicidology*, 8(2), 40—48. (In Russ.).
19. Чистопольская, К.А., Ениколопов, С.Н., Николаев, Е.Л., Семикин, Г.И., Озол, С.Н., Чубина, С.А. (2019а). Отношение к смерти в контексте временной перспективы: адаптивные, защитные и неадаптивные взгляды на смерть у молодых взрослых. *Суицидология*, 10(1), 58—74. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01\(34\)-58-74](https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-58-74)
- Chistopolskaya, K.A., Enikolopov, S.N., Nikolaev, E.L., Semikin, G.I., Ozol, S.N., Chubina, S.A. (2019). Death attitudes in context of time perspective: adaptive, defensive and maladaptive views of death in young adults. *Suicidology*, 10(1), 58—74. (In Russ.). [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-10-01\(34\)-58-74](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-10-01(34)-58-74)
20. Чистопольская, К.А., Ениколопов, С.Н., Чубина С.А. (2019б). Специфика отношений к жизни и смерти у пациентов в остром постсуициде и у врачей-психиатров. *Суицидология*. 10(2), 56—71. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02\(35\)-56-71](https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-56-71)
- Chistopolskaya, K.A., Enikolopov, S.N., Chubina, S.A. (2019). Specifics of life and death attitudes in patients in acute postsuicide and psychiatrists. *Suicidology*, 10(2), 56—71. (In Russ.). [https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02\(35\)-56-71](https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-56-71)
21. Чистопольская, К.А., Колачев Н.И., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Дровосек С.Э. (2022). Суицидальность и чувство авторства собственной жизни: опросник М. Линехан. *Психологическая наука и образование*, 27(3). 65—88. <https://doi.org/10.17759/pse.2022270306>
- Chistopolskaya, K.A., Kolachev, N.I., Enikolopov, S.N., Nikolaev, E.L., Drovosekov, S.E. (2022). Suicidality and agency: The Reasons for Living Inventory

- by M. Linehan. *Psychological Science and Education*, 27(3), 65—88. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17759/pse.2022270306>
22. Шнейдман, Э. (2001). *Душа самоубийцы*. М.: Смысл. 316 с.
Shneidman, E. (2001). *The suicidal mind*. Moscow: Smysl, 316 p. (In Russ.).
 23. Arrowood, R.B., Cox, C.R. (2020). Terror management theory: A practical review of research and application. Koninklijke Brill NV. 83 p.
 24. Barzilay, S. Gagnon, A., Yaseen, Z.S., Chennapragada, L., Lloveras, L., Bloch-Elkouby, S., Galynker, I. (2022). Associations between clinicians' emotion regulation, treatment recommendations, and patient suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52(2), pp. 239—340. <https://doi.org/10.1111/sltb.12824>
 25. Becker, E. (1973). *The denial of death*. New York: The Free Press. 336 p.
 26. Bloch-Elkouby, S., Barzilay, S. (2022). Alliance-focused safety planning and suicide risk management. *Psychotherapy*, 59(2), 157—162. <https://doi.org/10.1037/pst0000416>
 27. Cancio, L.C. (1991). Stress and trance in freefall parachuting: A pilot study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33(4), 225—234. <https://doi.org/10.1080/00029157.1991.10402939>
 28. Chan, W.C.H., Tin, A.F. (2012). Beyond knowledge and skills: Self-competence in working with death, dying, and bereavement. *Death Studies*, 36(10), 899—913. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.604465>
 29. Clemente-Suárez, V.J., de la Vega, R., Robles-Pérez, J.J., Lautenschlaeger, M., Fernández-Lucas, J. (2016). Experience modulates the psychophysiological response of airborne warfighters during a tactical combat parachute jump. *International Journal of Psychophysiology*, 110, 212—216. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2016.07.502>
 30. Dattilo, G.M. (2005). *The role of attachment style on clinician self-efficacy and empathy*. Doctoral dissertation. Philadelphia, PA: La Salle University. 156 p.
 31. Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Horvath, A.O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316—340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
 32. Galynker, I. (2023). *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk*. 2nd ed. NY: Oxford University Press. 544 p.
 33. Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In: Public self and private self. Ed. by R.F. Baumeister. New York: Springer-Verlag, 189—212.
 34. Huggett, C., Peters, S., Gooding, P., Berry, N., Pratt, D. (2024). A systematic review and meta-ethnography of client and therapist perspectives of the therapeutic alliance in the context of psychotherapy and suicidal experiences. *Clinical Psychology Review*, 113, e102469. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102469>
 35. Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 288 p.
 36. Klonsky, E.D., May, A.M., Saffer, B.Y. (2016). Suicide, suicidal attempts, and suicidal ideation. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307—330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>

Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. (2025)
Страх смерти и суицидальный цикл:
опорные точки и возможности...
Консультативная психология и психотерапия,
2025. 33(1), 170—183.

Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N. (2025)
Fear of death and suicidal cycle: Checking
points and possibilities for an exit...
Counseling Psychology and Psychotherapy,
2025. 33(1), 170—183.

37. Oexle, N., Ajdacic-Gross, V., Kilian, R., Müller, M., Rodgers, S., Xu, Z., Rössler, W., Rüsch, N. (2017). Mental illness stigma, secrecy and suicidal ideation. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 26(1), 53—60. <https://doi.org/10.1017/S2045796015001018>
38. O'Connor, R.C., Kirtley, O.J. (2018). The integrated motivational—volitional model of suicidal behavior. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373, e20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
39. Pompili, M. (2015). Our empathetic brain and suicidal individuals. *Crisis*, 36(4), 227—230. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000327>
40. Pyszczynski, T., Kesebir, P. (2011). Anxiety buffer disruption theory: A terror management account of posttraumatic stress disorder. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 24(1), 3—26. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.517524>
41. Rogers, M.L., Bloch-Elkouby, S., Goncarencu, I., Cohen, L.J., Nemeroff, C.B., Galynker, I. (2024). The narrative crisis model of suicide as a framework for suicide prevention. *Personalized Medicine in Psychiatry*, 45—46, e100130. <https://doi.org/10.1016/j.pmip.2024.100130>
42. Soulié, T., Bell, E., Jenkin, G., Sim, D., Collings, S. (2020). Systematic exploration of countertransference phenomena in the treatment of patients at risk for suicide. *Archives of Suicide Research*, 24(1), 96—118. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1506844>
43. Soulié, T., Levack, W., Jenkin, G., Collings, S., Bell, E. (2022). Learning from clinicians' positive inclination to suicidal patients: A grounded theory model. *Death Studies*, 46(2), 485—494. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1744201>
44. Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1—18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Информация об авторах

Чистопольская Ксения Анатольевна, младший научный сотрудник отделения суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии — филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация; медицинский психолог Психиатрического отделения №2 (Кризисного) Городской клинической больницы им. А.К. Ерамишанцева, г. Москва, Российская Федерация. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2552-5009>, e-mail: k.senia.chistopolskaya@yandex.ru

Ениколопов Сергей Николаевич, кандидат психологических наук, доцент, заведующий отделом клинической психологии, Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), г. Москва, Российская Федерация. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7899-424X>, e-mail: enikolopov@mail.ru

Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. (2025)
Страх смерти и суицидальный цикл:
опорные точки и возможности...
Консультативная психология и психотерапия,
2025. 33(1), 170—183.

Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N. (2025)
Fear of death and suicidal cycle: Checking
points and possibilities for an exit...
Counseling Psychology and Psychotherapy,
2025. 33(1), 170—183.

Information about the authors

Ksenia A. Chistopolskaya, Junior Research Fellow, Department of Suicidology, Moscow Research Institute of Psychiatry — a branch of V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Russian Federation Ministry of Health, Moscow, Russia; Medical Psychologist, Psychiatric Department #2 (Crisis Department), A.K. Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2552-5009>, e-mail: ksenia.chistopolskaya@yandex.ru

Sergey N. Enikolopov, PhD (Psychology), Associate Professor, Head of the Clinical Psychology Department, Mental Health Research Centre, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7899-424X>, e-mail: enikolopov@mail.ru

Вклад авторов

Чистопольская К.А. — идея, теоретическая концептуализация исследований; аннотирование, написание и оформление рукописи.

Ениколопов С.Н. — теоретическая концептуализация исследований, редактирование рукописи.

Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the Authors

Ksenia A. Chistopolskaya — ideas; theoretical conceptualization of the studies, annotation, writing and design of the manuscript.

Sergey N. Enikolopov — theoretical conceptualization of the studies, review of the manuscript.

All authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of Interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Неприменимо.

Ethics Statement

Inapplicable.

Поступила в редакцию 04.12.2025

Поступила после рецензирования 27.02.2025

Принята к публикации 10.03.2025

Received 2025.12.04.

Revised 2025.02.27.

Accepted 2025.03.25.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

Барабанищikov Владимир Александрович — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО

Веракса Николай Евгеньевич — доктор психологических наук, профессор

Гаранян Наталья Георгиевна — доктор психологических наук, профессор

Головей Лариса Арсеньевна — доктор психологических наук, профессор

Зарецкий Виктор Кириллович — кандидат психологических наук, доцент

Лутова Наталия Борисовна — доктор медицинских наук

Майденберг Эмануэль — доктор психологических наук, профессор

Марцинковская Татьяна Давидовна — доктор психологических наук, профессор

Польская Наталия Анатольевна — доктор психологических наук, профессор

Сирота Наталья Александровна — доктор медицинских наук, профессор

Филиппова Елена Валентиновна — кандидат психологических наук, доцент

Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор

Шайб Питер (Германия) — PhD, психотерапевт

Шумакова Наталия Борисовна — доктор психологических наук

Ялтонский Владимир Михайлович — доктор медицинских наук, профессор

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА

Бек Джудит (США) — доктор психологических наук, клинический профессор психологии в психиатрии

Кадыров Игорь Максutowич — кандидат психологических наук

Карягина Татьяна Дмитриевна — кандидат психологических наук, доцент

Кехеле Хорст (Германия) — доктор медицинских наук, профессор

Копьев Андрей Феликсович — кандидат психологических наук, профессор

Ленгле Альфрид (Австрия) — доктор медицинских наук, профессор

Петровский Вадим Артурович — доктор психологических наук, профессор

Перре Майнрад (Швейцария) — доктор психологических наук, профессор

Соколова Елена Теодоровна — доктор психологических наук, профессор

Сосланд Александр Иосифович — кандидат психологических наук, доцент

Тагэ Сэфик (Германия) — доктор медицинских наук, психолог

Требования к материалам, предоставляемым в редакцию¹

1. Материалы предоставляются в редакцию в электронном виде (по электронной почте или на электронных носителях). Адрес электронной почты журнала: moscowjournal.cpt@gmail.com

2. Объем материала не должен превышать 40 тыс. знаков.

3. Оформление материала: шрифт Times New Roman, 14, интервал 1,5. Ссылки на литературные источники внутри текста оформляются в виде номера источника из списка литературы в квадратных скобках.

4. Кроме текста статьи должна быть предоставлена также следующая информация:

аннотация статьи (1000—1200 знаков) на русском и английском языках;

ключевые слова на русском и английском языках;

пристайные библиографические списки. Подробные рекомендации и требования к оформлению списка литературы и транслитерации представлены на сайте: http://psyjournals.ru/files/69274/references_transliteration_rules.pdf

5. Информация об авторах:

ФИО, страна, город, ученое звание, ученая степень, идентификационный номер в ORCID, место работы, должность, членство в профессиональных сообществах и ассоциациях, научные интересы, дата рождения, контактная информация (тел., факс, e-mail, сайт), фото в электронном виде (100 × 100, 300 dpi).

В случае если материал предоставляется несколькими авторами, необходимо предоставить информацию обо всех авторах.

6. Рисунки, таблицы и графики необходимо дополнительно предоставлять в отдельных файлах. Рисунки и графики должны быть в формате *.eps или *.tiff (с разрешением не менее 300 dpi на дюйм). Таблицы — сделаны в WORD.

Редакционные правила работы с материалами

1. Публикация в журнале является бесплатной.

2. Материалы, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование.

3. Решение о публикации принимается редколлегией на основании отзывов рецензентов.

4. Рецензентов назначает редколлегия журнала.

5. В случае отрицательных отзывов рецензентов представленные материалы отклоняются.

6. Несоответствие материалов формальным требованиям (http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/article_requirements.shtml) является основанием для отправки материала на доработку автору.

¹ С требованиями к оформлению статей можно ознакомиться на сайте: http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/index.shtml