



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТСКОГО ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕГО ОПЫТА И ДИСТРЕССА ПРИ РАЗВИТИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

К.А.Блинова, Е.В.Пчелинцева, Н.П.Лапочкина\*

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 153012, Российская Федерация, Ивановская область, г. Иваново, Шереметьевский пр-т, д. 8

### Резюме

В статье описаны результаты применения сочетанной коррекции последствий детского психотравмирующего опыта, который послужил триггером, запустившим дебют дистресса онкологического заболевания. Пациентка с онкопатологией (рак молочной железы) обладала признаками сензитивной, тревожно-фобической личности. При отсутствии возможности справиться с детскими страхами ассоциативно возникает дистресс – негативное эмоциональное состояние, не позволяющее найти выход из создавшихся условий. Основной предпосылкой к развитию дистресса можно считать детский психотравмирующий опыт, полученный на ранних этапах онтогенеза, усиливающийся при негативных воспоминаниях о потере родителей, утрате моральной поддержки близких; формирование хронического состояния одиночества, непрерывного беспокойства в отношении личностных перемен, угнетенного настроения и психической активности. Описанный в статье клинический пример иллюстрирует тесную патологическую связь детского психотравмирующего опыта и возникновения заболевания, а также подтверждает наличие неспецифического психосоматического заболевания в рамках диатез-стрессовой модели. Психологическая реабилитация пациентки включала инициацию посттравматического роста, самопознание, развитие стрессоустойчивости, активацию творческого потенциала, нахождение жизненной цели, обретение гармоничных межличностных отношений. Показано, что использованные в рамках адаптированной диатез-стрессовой модели психотерапевтические техники (психосинтез, краткосрочная аналитическая психодрама, когнитивно-поведенческая психотерапия) позволяют определить стратегию поведения в преодолении психотравмирующей ситуации, произошедшей на ранних этапах детства, с целью формирования навыков правильного выражения своих эмоций, избегая при этом деконструктивных копинг-стратегий.

### Ключевые слова:

детский психотравмирующий опыт, диатез-стрессовая концепция, дистресс онкологического заболевания, посттравматическое состояние

### Оформление ссылки для цитирования статьи

Блинова К.А., Пчелинцева Е.В., Лапочкина Н.П. Клинический случай сочетанной коррекции детского психотравмирующего опыта и дистресса при развитии онкологического заболевания. Исследования и практика в медицине. 2020; 7(1): 75-82. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2020-7-1-8>

### Для корреспонденции

Лапочкина Нина Павловна – д.м.н., доцент, заведующая кафедрой онкологии, акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Иваново, Российская Федерация

Адрес: 153012, Российская Федерация, Ивановская область, г. Иваново, Шереметьевский пр-т, д. 8

E-mail: lapochkina\_n@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6722-2810>

SPIN: 7976-1083

**Информация о финансировании.** Финансирование данной работы не проводилось.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила 30.12.2019, принята к печати 15.02.2020, опубликована 13.03.2020.

## CLINICAL CASE OF COMBINED CORRECTION OF CHILDREN'S PSYCHOTRAUMATIC EXPERIENCE AND DISTRESS IN THE DEVELOPMENT OF CANCER

Kseniya A. Blinova, Evgeniya V. Pchelintseva, Nina P. Lapochkina\*

Ivanovo State Medical Academy,  
8 Sheremetyevskiyave., Ivanovskaya oblast, Ivanovo 153012, Russian Federation

### Abstract

The article describes the results of applying the combined correction of the consequences of childhood traumatic experience, which served as the trigger that launched the onset of cancer distress. A patient with oncopathology (breast cancer) had signs of a sensitive, anxious-phobic personality. In the absence of the ability to cope with children's fears, a distress associatively occurs – a negative emotional state that did not allow finding a way out of the created conditions. The main prerequisite for the development of distress can be considered children's traumatic experience gained in the early stages of ontogenesis, amplified by negative memories of the loss of parents, loss of moral support for loved ones; the formation of a chronic state of loneliness, continuous anxiety regarding personality changes, depressed mood and mental activity. The clinical example described in the article illustrates the close pathological relationship of childhood traumatic experience and the occurrence of the disease, and also confirms the presence of a nonspecific psychosomatic disease in the framework of the diathesis-stress model. The psychological rehabilitation of the patient included the initiation of post-traumatic growth, self-knowledge, development of stress tolerance, activation of creative potential, finding a life goal, and finding harmonious interpersonal relationships. It is shown that the psychotherapeutic techniques used in the framework of the adapted diathesis-stress model (psychosynthesis, short-term analytical psychodrama, cognitive-behavioral psychotherapy) allow us to determine a behavior strategy in overcoming the traumatic situation that occurred in the early stages of childhood, in order to form the skills of the correct expression of our emotions, avoiding this deconstructive "coping" – strategy.

### Keywords:

childhood traumatic experience, diathesis-stress concept, cancer distress, post-traumatic condition child psychotraumatic experience, diathesis-stress concept, cancer distress, post-traumatic condition

### For citation

Blinova K.A., Pchelintseva E.V., Lapochkina N.P. Clinical case of combined correction of children's psychotraumatic experience and distress in the development of cancer. Research and Practical Medicine Journal (Issled. prakt. med.). 2020; 7(1): 75-82. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2020-7-1-8>

### For correspondence

Nina P. Lapochkina – Dr. Sci. (Med.), Associate professor, head of the Department of oncology, obstetrics and gynecology Ivanovo State Medical Academy, Ivanovo, Russian Federation  
Address: 8 Sheremetyevskiyave., Ivanovskaya oblast, Ivanovo153012, Russian Federation  
E-mail: [lapochkina\\_n@mail.ru](mailto:lapochkina_n@mail.ru)  
ORCID:<https://orcid.org/0000-0001-6722-2810>  
SPIN: 7976-1083

**Information about funding.** No funding of this work has been held.

**Conflict of interest.** Authors report no conflict of interest.

Submitted 12.30.2019, accepted for publication 15.02.2020, published 13.03.2020.

Возрастающая распространенность онкологической патологии репродуктивной системы женщин обуславливает необходимость изучения психологических механизмов адаптации и разработки эффективных направлений психологической реабилитации пациенток при развитии заболевания [1, 2]. Особый интерес вызывает концепция диатез-стрессовой модели, активно разрабатываемой в последние годы. В соответствии с данной идеей формирование неспецифической психосоматической предрасположенности, начавшееся на ранних этапах онтогенетического развития, является одним из наиболее значимых факторов риска развития онкологического заболевания [1, 3].

По данным исследований, выполненных в рамках этого направления, возникновение диатеза обусловлено различными сочетаниями следующих факторов: воспитание ребенка в неполной семье, тенденциозное влияние развода родителей на его психическое развитие [1]; психотравмирующие переживания и нарушения привязанности к родителям в дисфункциональной семье в послеродовой период (с продолжающейся разбалансировкой психофизиологических систем) [1]; формирование специфического психосоматического типа личности «С» (cancer), основными чертами которого (в различных соотношениях) являются избегание выражения негативных эмоций, конфликтов, психологическая инфантильность, зависимость и подчиненность, ориентирование на интересы других людей [3].

Детский психотравмирующий опыт, сформированный в результате трагических, нередко разрушительных социальных ситуаций (смерть социально значимых людей, переезд в другую страну, воспитание в неполной семье, тенденциозное влияние возраста ребенка при разводе родителей, проживание в приемной семье, патронаж «чужих» взрослых), формирует в обыденном сознании больных онкологического профиля посттравматическое состояние [2, 4]. Использование в психотерапевтической работе с пациентами технологии сочетанной коррекции позволяет победить страх перед болезнью и возможностью рецидива, восприятие своего состояния как фатального, как «приговор к смерти» [5, 6]. Сочетанная коррекционная психотерапия направлена на нивелирование детской психотравмы, следствием которой становится посттравматическое расстройство, возникающее при отсутствии опыта совладания с онкозаболеванием.

По мнению некоторых исследований [5, 7], при первичной манифестации диагноза на определенном этапе возникают ситуации, когда попытка избавиться от одного стрессового состояния невоз-

можно в силу отсутствия опыта «совладающего поведения» – деятельности по поддержанию баланса между требованиями среды и доступными ресурсами, удовлетворяющими этим требованиям в данных условиях.

В большинстве современных исследований [5, 8, 9, 10] определена связь психологических конструктов, создающих дезадаптивную картину поведения пациентов. Формат диатез-стрессовой модели развития онкологического заболевания как неспецифического психосоматического предполагает, что совладание с болезнью во многом зависит от наличия в жизненном сценарии пациента опыта преодоления страха, поиска выхода из трудной стрессовой ситуации [4]. Отсутствие подобного опыта способствует тому, что на фоне непроработанных психотравмирующих представлений, сформированных на ранних этапах онтогенеза, страх перед болезнью усугубляет дезадаптацию личности. Психологический стресс усиливает угрозу прогрессирования рецидива, интенсивность переживаний [6].

Во многих клинических ситуациях у пациентов, имеющих тревожно-депрессивный, сензитивный типы личности, наблюдается низкий уровень совладания со стрессом [7, 9].

С 2002 по 2005 гг. было проведено комплексное обследование 519 пациенток с различными заболеваниями молочной железы: 1-ю группу составили 150 больных с доброкачественными диспластическими заболеваниями молочной железы (ДЗМЖ) на фоне гинекологической патологии, 2-ю группу – 107 больных с пролиферативной мастопатией, 3-ю – 112 больных раком молочной железы (РМЖ), 4-ю (контрольную) группу составили 150 пациенток с гинекологическими заболеваниями без какой-либо патологии молочной железы. Было выявлено, что женщины испытывали высокое нервное напряжение на работе [1-я группа – 33 чел. (22,0%); 2-я группа – 49 (45,79%),  $p < 0,05$ ; 3-я группа – 37 (33,04%), контрольная группа – 24 (16,0%),  $p < 0,05$ ]. Причем в группах с пролиферативной мастопатией и раком молочной железы больные испытывали нервное напряжение достоверно чаще, чем пациентки с ДЗМЖ ( $p < 0,05$ ), работали в ночных сменах достоверно чаще женщины с пролиферативной мастопатией [12 (8,07%); 32 (29,9%),  $p < 0,05$ ; 17 (15,18%), 28 (18,67%) соответственно,  $p < 0,05$ ]. Высокое нервное и физическое напряжение, которое испытывали больные с заболеваниями молочных желез (ДЗМЖ, пролиферативной мастопатией и РМЖ), очевидно, приводят к дезадаптации организма и с позиции дизрегуляторной теории могут способствовать возникновению доброкачественных заболеваний и пролиферативных изменений молочных желез

[10].

По данным метода TAS-20-R (Торонтская шкала алекситимии) был выявлен высокий показатель алекситимии (больше 72 баллов) у больных РМЖ [1-я группа – 31,65%; 2-я группа – 26,03%; 3-я группа – 41,11%; контрольная группа – 29,51%;  $p_{2-3} < 0,05$ ;  $p_{3-к} < 0,05$ ], который, очевидно, является психологическим предикатом (предрасполагающим фактором) возникновения психосоматических расстройств [10].

#### Описание клинического случая

В связи с актуальностью проблемы была сформулирована цель предпринятого исследования: установление взаимосвязи клинико-динамических показателей (тяжесть заболевания, особенности клинической картины, длительность ремиссии) и результатов психотерапевтической коррекции, проводимой в рамках реабилитации, личностных характеристик пациентки со злокачественным новообразованием репродуктивной системы и сочетанным расстройством (длительно сохраняющейся детской психотравмой и когнитивной оценкой угрозы прогрессирования заболевания).

Для решения поставленной цели и задач использовались следующие методы: сбор анамнеза, анализ медицинской карты больного, наблюдение, клиническая беседа, использование стандартизированных психодиагностических методик. Эмоциональное состояние пациенток определялось по уровню депрессии и тревоги (Госпитальная шкала уровня тревоги и депрессии (HADS) [7]. Качество жизни (КЖ) как «восприятие индивидом своего положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых он живет, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» изучалось с помощью неспецифического опросника SF-36. Для анализа полученных данных применялся частотный корреляционный анализ Пирсона ( $r$ ), метод сравнения независимых выборок (критерий У Манна–Уитни).

Больная К., 35 лет, учитель (имеет среднее профессиональное образование), поступила в ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер» с жалобами на болезненное ощущение в правой груди. В верхнем наружном квадранте правой молочной железы выявлено образование размером 2,8 см. Выполнена пункция с цитологическим результатом – РМЖ. Учитывая размер опухоли, соответствующий II стадии заболевания, была выполнена радикальная мастэктомия. После гистологического и иммуногистохимического исследования опухоли молочной железы поставлен диагноз: LmTA инвазивный рак правой молочной железы II

А стадии, T2N0M0G1 (рецепторы эстрогенов (РЭ) – 93%, прогестерона (РП) – 10%, Her-2new негативный, Ki67–14%), выявленный в верхненаружном и нижневнутреннем квадрантах. Проведена полихимиотерапия. Назначена гормональная терапия тамоксифеном в непрерывном режиме. Через 6 мес. были выполнены контрольная маммография (вариант нормы) и МРТ молочных желез. Пациентка поступает в клинику ИвГМА для реабилитации с жалобами на недомогание, слабость, расстройства сна, снижение аппетита, раздражительность, доходящую до состояния отчаяния, страха смерти. Больная считает, что подавленность, беспомощность сопровождают ее в течение всей жизни и связаны с «трудным» детством и неприятностями на работе.

Помимо общеклинического исследования, пациентка прошла тестирование с использованием скрининговой госпитальной шкалы HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), которое продемонстрировало наличие субклинической тревоги (9 баллов) и субклинической депрессии (10 баллов). В результате оценки КЖ определены более низкие показатели по векторам, определяющим эмоциональное благополучие: «жизнеспособность» (40,59±8,92), «социальная активность» (39,88±6,31), «ролевое эмоциональное функционирование» (36,79±12,38) и «психическое здоровье» (40,80±7,91).

Тестирование пациентки с помощью автобиографической анкеты имело целью выявление наличия психотравмирующих ситуаций в раннем детстве, тревоги вследствие психотравмирующих ситуаций в раннем и позднем возрасте, внутри- и межличностных конфликтов, усиливающих негативные мысли о прогрессировании заболевания; определение частоты негативных воспоминаний о детских переживаниях.

Установлено, что больная являлась единственным ребенком в семье, в школе училась неровно, была обидчивой, требовательной, постоянно огорчалась, если не складывались межличностные отношения, при этом испытывала неудовлетворенность собой, своими мыслями. По сведениям из биографической анкеты, в детстве получила травмирующий опыт (смерть родителей). С 11 лет воспитывалась в семье подруги ее матери, оформившей опекунство над девочкой. В приемной семье, где проживали еще двое детей 8 и 12 лет, со слов пациентки, к ней относились без доброты и нежности. Субъективные переживания («почему именно со мной это случилось», «может быть, это ненадолго») преследовали подростка, давая надежду на восстановление семейных отношений. Изоляция от общества сопровождалась алекситимией, вследствие которой девочка не пыталась установить какие-то социальные связи, все больше погружаясь

в состояние отчаяния и апатии. В трагическом уходе родителей («они ушли от меня навсегда» и «вряд ли они захотят вернуться») девочка винила себя, о чем свидетельствовали психологические установки: «я наказана за непослушание», «родители обижены на меня, я плохо учусь, часто не слушаюсь».

Через два года проживания в приемной семье девочку определили в интернат. Психотравмирующая обстановка данного учреждения была настолько разрушительной, стрессовой, что любые воспоминания о том периоде жизни вызывают у пациентки слезы и даже страх, «что все может повториться». Таким образом, в преморбиде отмечались реакция беспокойства из-за страха повторения травмирующих событий, специфические переживания, основанные на личном опыте возможности прогрессирования болезни как выраженной угрозы жизни.

Никто из взрослых никогда не говорил с девочкой о погибших родителях, не пытался вместе с ней вспомнить какие-либо события из прошлого, помочь в поиске ресурсов рефлексии психотравмирующих событий.

Сама пациентка в психотерапевтической беседе высказывала сожаление, что данная тема была долгое время «закрытой» для нее. Но в детских снах девочка вновь и вновь часто встречалась с матерью и спрашивала, как ей поступить. Житейские проблемы решала по принципу «как получится».

Особенно тяжелые переживания вызвала у нее неразделенная любовь к одному из своих сокурсников, который предпочел другую. Состояние одиночества, неумение разрешить конфликт стали привычными для личности. Часто возникало желание в течение продолжительного времени (до одного месяца) не общаться, жить в изоляции от подруг, знакомых. Попытки изменить ситуацию («забыть о страхе», «уйти от одиночества», вернуть позитивные впечатления) сопровождалась переживаниями собственной беспомощности, страхом наказания, изоляцией от общества. Испытывая зависимость от мнения окружающих, не обладая силой воли, сохраняя тактику избегания, уходя от решения проблем, пациентка выбирала пассивное приспособление. Данная когнитивная оценка жизненных событий соотносилась с тревожно-депрессивным состоянием. На вопрос, «какие чувства вы испытывали, когда оценивали отношение общества к вам?», пациентка ответила, «что винила во всем себя», иллюстрируя при этом стратегию когнитивного и поведенческого избегания.

## ОБСУЖДЕНИЕ

В контексте диатез-стрессовой модели возникновения онкологического заболевания РМЖ данные

стратегии поведения рассматриваются как источники усиления эмоционального дистресса, желания избегать межличностных взаимодействий, что повышает уровень тревожно-депрессивных расстройств. Беспокойство о повторении трагедии в сложившихся обстоятельствах рассматривается в качестве источника психологического дистресса. Преобладание у больной когнитивной оценки угрозы воссоздания детской психотравмы выражалось в прогрессирующей болезни, демонстрируя в клинико-психологических механизмах реакцию на стресс.

Полученные данные о специфике когнитивной оценки детских психотравмирующих ситуаций у пациентки и сведения об онкологическом заболевании были использованы для планирования психокоррекционных и консультативных мероприятий по оптимизации копинг-поведения в преодолении трудных жизненных ситуаций и болезни.

Сочетанная коррекция последствий детского психотравмирующего опыта и стресса вследствие онкологического заболевания включала анализ вместе с пациенткой особенностей ее заболевания, причин хронического страха, обуславливающего опасения возникновения рецидива болезни. Этим были определены пути выхода из данной ситуации с формированием основных жизненных установок, которыми больная должна будет руководствоваться в дальнейшем. Таким образом, психотерапия была направлена на осознание неэффективности когнитивной оценки детского поведения, характеризующегося беспомощностью, растерянностью при принятии ответственного решения, которое проецировалось на ситуацию болезни. Используя в рамках сочетанной коррекции психотерапевтическую беседу, пациентке было разъяснено, что преследовавший ее фундаментальный страх смерти есть результат внутреннего напряжения, который она испытывала постоянно и который поддерживался воспоминаниями о детской психотравме. Техники «отзеркаливания», «перефразирования» помогли продемонстрировать больной, что постоянные самообвинения, сохраняющееся чувство вины за свое поведение носят деконструктивный характер и усиливают прогрессирование заболевания. Страх, беспокойство о возникновении метастазирования и рецидива болезни формировали «порочный круг», который активизировался у больной на когнитивном уровне за счет воспоминаний о своем негативном детском опыте. В итоге выстраивались неблагоприятные сценарии развития болезни, и все это приводило к неэффективности попыток преодоления тревоги и к нарастанию дистресса.

Беседы с пациенткой сопровождалась демонстрацией метафорических ассоциативных карт, ко-

торые помогли не только обратиться к прежнему травмирующему опыту, осознать его разрушительное воздействие, но и отказаться от детской модели поведенческого ухода от болезни, восприятия психического отражения болезни как «наказания за прошлые грехи». Так, выбрав из комплекта метафорических карт те, которые иллюстрировали эмоциональные состояния «обида», «одиночества» и указывали на когнитивную несостоятельность испытанных эмоций, чувств, пациентка старалась ассоциировать фотографические образы с личными воспоминаниями из своего детства: «конфликты между родителями, угрозы, крики, вызывающие страх, слезы», «трагическая гибель родителей и полная пустота, невозможность ее преодолеть».

Так, в выбранном пациенткой сюжете «Игра в шахматы» черно-белая шахматная доска символизировала пограничные состояния «плохо», «хорошо». Больная сопровождала свой выбор комментариями: «Я, как маленький росток, пробивалась сквозь людскую толпу, при этом всегда одна, выбирала одно решение. Как адаптировать и осознать допустимость вариантов решений, мне было непонятно». При этом были выделены клинико-anamnestические и клинико-психологические факторы роста когнитивного компонента субъективной оценки прогрессирования заболевания, такие как: «все возвращается: смерть родителей, одиночество, трагедия с замужеством, конфликты на работе». Анализ результатов, полученных в ходе сочетанной коррекции когнитивных представлений о прогрессировании рака, показал взаимообусловленность эмоционального реагирования на стрессовые ситуации, имеющего место в детском периоде жизни, с негативными убеждениями и интерпретациями болезни. Были проанализированы когнитивные стратегии в отношении заболевания, связанные преимущественно с эмоциональным когнитивным и поведенческим аспектом (вытеснение, избегание), который характерен для детского опыта. Выделены регрессивные модели для когнитивного, эмоционального и поведенческого аспекта оценки прогрессирования заболевания, которые выражались в выборе стратегии отсутствия контроля, частых консультациях у врачей, низком уровне убежденности в эффективности лечения. Подобные регрессивные модели поведенческого компонента у онкологических пациентов, по мнению А.Ш. Тхостова, Т.Ю. Мариловой (2016) являются свидетельством почти полного отсутствия навыков преодоления трудных жизненных ситуаций, не сформированных в детстве, что способствует развитию субъективных переживаний о прогрессировании болезни [11].

После анализа сюжетов, изображенных на метафорических картах, пациентке было предложено с их помощью определить продуктивную стратегию поведения в ситуации лечения. Поэтому карты второго ряда, самостоятельно сформированной больной, раскрывали смысл поведенческих реакций на стрессовую ситуацию и обозначали «выбор», воспринимаемое «преимущество активности, самостоятельности», «стратегии, ориентированные на преодоление трудных жизненных ситуаций».

Использование метафорических карт, убедительно преломляясь через сформированную систему отношений больной, приобретало личностный смысл. Болезнь как значимое событие в жизни включалось в сложную систему смысловой сферы, сопровождающейся несостоятельностью детских воспоминаний о конфликтах. Личность могла соотносить ее с уже существующей системой потребностей, мотивов и ценностей. В результате у пациентки снизились уровни тревоги, депрессии, отрицательное воздействие их на эмоциональное состояние, уменьшилась нагрузка на нервную систему, а следовательно, связанное с ней истощение. Так, при объективном обследовании больной после проведения комплексного реабилитационного курса установлено статистически значимое снижение депрессивной симптоматики с 10 до 7 баллов и субклинической тревоги с 9 до 6 баллов.

Следует отметить изменение показателей шкал по векторам, определяющим эмоциональное благополучие: «жизнеспособность» – до 49,2±3,1, «социальная активность» – до 78,3±3,4, «ролевое эмоциональное функционирование» – до 71,7±2,9 и «психическое здоровье» – до 67,1±3,2.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, реализуемая сочетанная коррекция последствий детского психотравмирующего опыта и дистресса онкологического заболевания показала важность понимания непродуктивности стратегий избегания, страха, стремления приспособиться, что было привычным стереотипом поведения в детстве, а впоследствии проецировалось на ситуацию болезни. Отношение пациентки, страдающей онкологическим заболеванием репродуктивной системы, к болезни, связанное с переживанием утраты здоровья, ожиданием скорой смерти, напрямую связано с детскими переживаниями. Поэтому формирование взаимообусловленности внутренней согласованности и активного копинг-поведения, включающего контроль за течением болезни, убежденность в эффективности лечения есть результат переоценки стрессора собственных усилий в ходе сочетанной коррекции.

**Список литературы**

1. Биктина Н. Н., Кекк А. Н. Личностные особенности и ролевые позиции онкологических больных. Современные проблемы науки и образования. 2015; 2:686.
2. Каминская Д. В., Сарычева Ю. В., Тархов А. В. Особенности психоэмоционального состояния и образа тела у женщин с онкогинекологическими заболеваниями. Актуальные вопросы клинической психологии. 2016;: 55–60.
3. Вагайцева М. В. Психологическое сопровождение личности в ситуации онкологического заболевания. Личность в трудных жизненных ситуациях: ресурсы и преодоление. 2018:334–337.
4. Семенова Н. В., Ляшкова С. В., Лысенко И. С., Чернов П. Д. Анализ результатов применения программы когнитивной психотерапии для пациентов с онкологическими заболеваниями. Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2019; 1:61–69.
5. Тарабрина Н. В., Курчакова М. С. Опыт оказания психологической помощи в процессе психофизиологического обследования больных раком молочной железы. Современные принципы терапии и реабилитации психически больных. 2006:358–359.
6. Тарасова Д. С. Особенности внутренней картины болезни у больных онкологическими заболеваниями. Известия высших учебных заведений уральский регион. 2018; 1:118–122.
7. Блинова К. А., Лапочкина Н. П. Реабилитация пациентов с постмастэктомическим синдромом. Актуальные вопросы профилактики, ранней диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с неинфекционными заболеваниями и травмами. Материалы V Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. 27–28 ноября 2017 года, Иваново.
8. Белова В. В., Вялкова С. В., Блеклов С. В., Ястребцева И. П., Фокичева С. О., Николаева С. В. Реабилитация пациентов с постмастэктомическим синдромом: Клинический пример. Вестник Ивановской медицинской академии. 2017; 22(2):49–51.
9. Копышева Е. Н., Пчелинцева Е. В. Медико-психологическое сопровождение детей психосоматического профиля в системе реабилитации. Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2016; 5: 1(14).
10. Лапочкина Н. П. Профилактика и ранняя диагностика диспластических и пограничных заболеваний молочных желез у женщин с гинекологической патологией: дис. ГОУВПО «Российский университет дружбы народов», 2007.
11. Тхостов А. Ш. Психологические проблемы реабилитации онкологических больных. Психическое здоровье человека XXI века. 2016: 340–342.

**References**

1. Biktina NN, Kekk AN. Personal characteristics and role of cancer patients. Modern problems of science and education. 2015; (2):686. (In Russian).
2. Kaminskaya DV, Sarycheva YuV, Tarkhov AV. Features of the psychoemotional state and body image in women with gynecological oncological diseases. Actual issues of clinical psychology. 2016; 55–60 p. (In Russian).
3. Vagaitseva MV. Psychological support of a person in a situation of cancer. Personality in difficult life situations: resources and overcoming. 2018; 334–337 p. (In Russian).
4. Semenova NV, Lyashkovskaya SV, Lysenko IS, Chernov PD. Analysis of the results of the program of cognitive psychotherapy to patients with cancer. V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology. 2019;(1):61–69. (In Russian).
5. Tarabrina NV, Kurchakova MS. The experience of providing psychological assistance in the process of psychophysiological examination of patients with breast cancer. Modern principles of therapy and rehabilitation of the mentally ill. 2006; 358–359 p. (In Russian).
6. Tarasova DS. Features of the internal picture of the disease in cancer patients. University News Ural region. 2018; (1):118–122. (In Russian).
7. Blinova KA, Lapochkina NP. Rehabilitation of patients with postmastectomy syndrome. Actual issues of prevention, early diagnosis, treatment and medical rehabilitation of patients with non-communicable diseases and injuries. Materials of the V Interregional scientific and practical conference with international participation. November 27–28, 2017, Ivanovo. (In Russian).
8. Belova VV, Vyalkova SV, Bleklov SV, Yastrebtseva IP, Fokicheva SO, Nikolaeva SV. Rehabilitation in patients with postmastectomy syndrome: A clinical case. Bulletin of the Ivanovo medical academy. 2017; 22 (2):49–51. (In Russian).
9. Kopysheva E. N., Pchelintseva E. V. Medical and psychological support of psychosomatic children in the rehabilitation system//Azimuth of scientific research: pedagogy and psychology.
10. Lapochkina N. P. Prevention and early diagnosis of dysplastic and borderline breast diseases in women with gynecological pathology: dis. – GOUVPO "Peoples' Friendship University of Russia", 2007
11. Tkhostov A.Sh. Psychological problems of rehabilitations of cancer patients//Mental health of the XXI century. 2016; 340–342 p.

**Информация об авторах:**

Блинова Ксения Александровна – ассистент кафедры онкологии, акушерства и гинекологии, ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Иваново, Российская Федерация. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2896-8764>, SPIN: 4959-7018

Пчелинцева Евгения Владимировна – кандидат педагогических наук, доцент кафедры госпитальной терапии, ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Иваново, Российская Федерация. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9242-4278>, SPIN: 3948-5461

Лапочкина Нина Павловна\* – д.м.н., доцент, заведующая кафедрой онкологии, акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Иваново, Российская Федерация. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6722-2810>, SPIN: 7976-1083

**Information about authors:**

Kseniya A. Blinova – Assistant of the Department of oncology, obstetrics and gynecology Ivanovo State Medical Academy, Ivanovo, Russian Federation. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2896-8764>, SPIN: 4959-7018

Evgeniya V. Pchelintseva – Candidate of Pedagogical Sciences, associate professor of the hospital therapy Ivanovo State Medical Academy department, Ivanovo, Russian Federation. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9242-4278>, SPIN: 3948-5461

Nina P. Lapochkina\* – Dr. Sci. (Med.), Associate professor, head of the Department of oncology, obstetrics and gynecology Ivanovo State Medical Academy, Ivanovo, Russian Federation. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6722-2810>, SPIN: 7976-1083

---

**Участие авторов:**

Блинова К.А. – сбор и обработка материала, статистическая обработка материала.

Пчелинцева Е.В. – концепция и дизайн исследования.

Лапочкина Н.П. – написание текста и редактирование.

---

**Authors contribution:**

Blinova K.A. - collection and processing of material, statistical processing of material.

Pchelintseva E.V. - research concept and design.

Lapochkina N.P. - writing text and editing.