

Соотношение расстройств депрессивного спектра с ценностями и копинг-поведением у лиц с онкологическими заболеваниями

1 — ФГБОУ ВО «Южно-уральский государственный медицинский университет МЗ РФ», кафедра психиатрии, г. Челябинск, 2 — ФГАОУ ВО «Южно-Уральский государственный университет (НИУ)», кафедра общей психологии, психодиагностики и психологического консультирования, г. Челябинск, 3 — ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», г. Челябинск

Sharova O.N., Kolesnichenko T.N., Mamin G.V., Konrady I.E.

Ratio of depressive spectrum disorders with values and coping behavior in persons with cancer

Резюме

Проведено исследование соотношений расстройств депрессивного спектра со свойствами ценностной сферы и копинг-стратегий поведения у лиц с онкологическими заболеваниями, по результатам которого выявлены особенности личности, ценностной сферы, вариантов копинг-стратегий поведения у индивидов, личность которых функционирует в ситуации онкологической болезни. Составлен профиль ценностных характеристик, диапазон копинг-стратегий у лиц с расстройствами депрессивного спектра на фоне онкологического заболевания.

Ключевые слова: ценности, депрессия, копинг-поведение, личность, онкологические заболевания

Summary

A study was made on the relationship between the disorders of depressive spectrum and the properties of the value sphere and coping strategies of behavior in individuals with oncological diseases, which revealed the characteristics of the person, the value sphere, coping strategies of behavior in individuals whose personality functions in the situation of cancer. The profile of the value characteristics, the range of coping strategies in people with depressive spectrum disorders against the background of cancer, is compiled.

Key words: values, depression, coping behavior, personality, cancer

Введение

В последние годы ученые из разных стран подчеркивают, что оценка развития общества, как прогрессивного, осуществляется не только за счет оперирования экономическими показателями, благодаря исследованию психического здоровья и психологического благополучия людей, живущих в этом обществе [2; 9]. По данным Всемирной организацией здравоохранения приоритетными направлениями политики является улучшение здоровья людей и повышение их благополучия согласно программе «Здоровье – 2020» [6].

Здоровье и благополучие, как показатели качества жизни лиц с онкологическими заболеваниями, представляет собой значительную ценность при учете прогноза выживаемости, иногда даже большую ценность, чем известные медицинские данные о клинических проявлениях и течении онкологических заболеваний, например, таких, как стадия заболевания, наличие/отсутствие мета-

стазов и др. [17]. Важность субъективной оценки этими людьми своего собственного благополучия в различных его аспектах является показателем качества жизни, который был включен в программы оценки эффективности лечения онкологических заболеваний. Это говорит о том, что вопрос улучшения психического состояния данного контингента лиц рассматривается на нескольких уровнях – на медицинском, социальном и психологическом [17].

В данном исследовании предпринята попытка изучения соотношения расстройств депрессивного спектра со свойствами ценностно-смысловой сферы и копинг-поведения у лиц с онкологическими заболеваниями, как субъектов, функционирующих в «особых условиях» – в ситуации стресса экстремального уровня – (угроза для жизни и здоровья в силу своего тяжелого соматического заболевания, по DSM–IV).

Поскольку элементы ценностно-смысловой сферы личности являются ориентирами, на которых цело-

век опирается в процессе борьбы с болезнью, и система личностных смыслов является важной характеристикой индивидуальности человека [1, 13], то, в соответствии с нашей начальной гипотезой, в ситуации онкологического заболевания именно эта сфера может претерпевать значительные изменения, как позитивного, так и негативного характера (благодаря пересмотру и переоценке ряда аспектов своей жизни). Более того, рассмотрение изучаемой проблемы в контексте двух дисциплин – психиатрии и психологии – может открыть новые возможности для поиска новых подходов при организации и проведении психокоррекционных мероприятий для изучаемого контингента больных.

Распространенность депрессивных расстройств среди лиц с онкологическими заболеваниями составляет при большой депрессии – от 3 до 38%. Синдромы депрессивного спектра (малая депрессия, депрессивное расстройство неуточненное, расстройство адаптации с депрессивными симптомами, дистимия или депрессивные симптомы с различными по различным шкалам для оценки депрессии) – от 1,5 до 52% (цит. по Иванову С.В., [8]). По результатам первого российского масштабного эпидемиологического исследования психических расстройств в общей медицине (исследование СИНТЕЗ) доля расстройств депрессивного спектра у онкологических больных составила 4,2% [15]. М. Massie и соавт., проанализировав многочисленные рандомизированные исследования сделали вывод о том, что при онкологических и онкогематологических заболеваниях в целом частота депрессивных расстройств во много раз превышает таковую в общей популяции (цит. по Иванову С.В., [8]).

На основании этих данных можно предполагать, что роль аффективных расстройств для изучаемого контингента больных крайне высока. Но одновременно с этим существует мало исследований, проведенных на стыке нескольких дисциплин, которые смогли бы пролить свет на глубинные структуры психической деятельности, задействованных в реализации расстройств депрессивного спектра у лиц с данной патологией. Междисциплинарный подход к изучению психолого-психиатрических задач в онкологической клинике, на наш взгляд, может раскрыть новые научно-методические пути и подходы к организации качественной психолого-психиатрической помощи.

Представителями разных направлений психологии и психотерапии отмечается, что появление у человека онкологического заболевания влечет за собой позитивные личностные изменения и обретение новых смыслов. Например, И. Ялом и Э. Дорцен отмечают, что их клиенты с онкологическим диагнозом по-новому смогли взглянуть на себя и свою жизнь, изменить приоритеты, от нездорового образа жизни и неудовлетворительных взаимоотношений с близкими людьми смогли прийти к способности выстраивать более глубокие взаимоотношения с ними [7; 19]. Другие индивиды с онкологическими заболеваниями приходят к тому, что начинают ценить свою жизнь, хотя раньше могли над этим совсем не задумываться. Подобная тенденция отмечается и российскими исследователями [9; 13; 14]. Подчеркивается то, что наличие смысла

жизни и осознание её ценности значительно повышает качество жизни больных [5], однако ценность жизни могут понимать не все лица с онкопатологией [17], что позволяет ставить вопрос о необходимости психологической работы с подобным контингентом лиц, направленной на актуализацию и формирование новых смысловых ориентиров после диагностики онкологического заболевания. Другие авторы отмечают, что ценность здоровья у лиц с онкопатологией, на начальном этапе болезни отсутствует, [9; 14], но увеличивается одновременно со сроками болезни [17], что отражает изменение ценностных ориентиров по причине влияния болезни на психическую деятельность индивида.

Целью нашего исследования являлось изучение соотношений расстройств депрессивного спектра с характеристиками ценностной сферы и копинг-поведением у лиц с онкологическими заболеваниями.

В процессе исследования мы изучили клинические особенности депрессивных расстройств, выявленных в процессе обследования лиц с онкологическими заболеваниями, профиль их ценностей и диапазон копинг-стратегий поведения.

Материалы и методы

Формирование исследуемой выборки происходило сплошным методом, когда 120 пациентам Челябинского областного клинического центра онкологии и ядерной медицины было предложено клиническое и психодиагностическое обследование у врача-психотерапевта и клинического психолога. В результате, из 120 (100%) пациентов, опрошенных на предмет согласия на клинико-психологическое обследование, дали свое добровольное информированное согласие на подобную процедуру лишь —58,33% (n=70) пациентов, имеющих онкологическое заболевание с различной локализацией и стадией опухоли. С помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS, 1983), использованной в данном случае для скрининговой оценки уровня тревоги и депрессии, среди лиц последней группы были выявлены индивиды с клинически выраженными показателями тревоги и депрессии по шкале HADS (11 баллов и более) – это 26 человек (21,67% от первоначальной группы опрошенных больных с целью согласия на данное обследование), которые и составили исследуемую выборку. Среди них было женщин – 30,8% (n=8) и мужчин – 69,2% (n=18). Средний возраст пациентов исследуемой выборки – 51,4±2,6 лет.

Методы исследования: 1) социальное анкетирование; 2) клинический метод обследования больных (клиническое интервью), применяемый в психолого-психотерапевтической практике; 3) экспериментально-психологический, в котором использовались:

- миннесотский многопрофильный личностный опросник (ММПИ), 565 утверждений [16] – стандартизованная многофакторная методика исследования личности (СМИЛ), позволяющая изучить личностные свойства и степень адаптированности обследуемого. Данный опросник является модифицированной версией Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММПИ),

созданного в 1942–1949 гг. С. Хатуэйем и Д. Маккинли; адаптация и рестандартизация этого опросника в России проводилась Л. Н. Собчик в 1968–1984 гг. [16];

- опросник «Ценности в действии: инвентаризация достоинств» К. Петерсона и М. Селигмана, который был разработан К. Петерсоном и М. Селигманом в 2001 году с целью диагностики ценностей как достоинств личности, объединенных в базовые добродетели, в соответствии с которыми и названы основные шкалы опросника [20]. Позже был предложен сокращенный вариант данной методики, русскоязычная адаптация которого, проведенная С. А. Башкатовым, используется в данной работе [3]. Базовые шкалы опросника были обозначены С. А. Башкатовым как показатели характерологической позитивности, [3]:

- 1) мудрость и знание;
- 2) мужество;
- 3) человечность и любовь;
- 4) общая справедливость;
- 5) умеренность;
- 6) духовность;

- методика «Способы совладающего поведения» («Way of Coping Questionnaire»), разработанная Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 г. с целью определения способов преодоления человеком трудностей, с которыми ему приходится сталкиваться в различных сферах деятельности [12]. В данной работе был использован вариант адаптации опросника, предложенный Т. Л. Крюковой, Е. В. Куфтяк и М. С. Замышляевой в 2004 году [11];

- Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), предложенная Zigmond A.S., Snaith R.P. в 1983 году.

Статистическая обработка данных проводилась на основе пакета статистических программ SPSS 7,0, в основу статистической обработки был положен корреляционный анализ и сравнение средних величин с помощью критерия t-Стьюдента. Достоверными считались данные с коэффициентом корреляции r , соответствующих легкому, среднему и высокому уровню корреляции, а также достоверные различия средних величин при уровне достоверности $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

По результатам формирования исследуемой выборки, только 58,33% ($n=70$) от общего числа опрошенных лиц с онкологическими заболеваниями были готовы к сотрудничеству со специалистами психолого-психотерапевтического профиля, и 41,67% ($n=50$) – по разным причинам отказались от предоставления такого вида помощи. Из числа опрошенных лиц и согласных на психолого-психотерапевтическое обследование – мужчин было более половины – 69,23% ($n=18$).

По результатам скрининговой оценки уровня депрессии у лиц обследуемой выборки с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) средний балл депрессии составил $13,24 \pm 1,94$. По результатам клинического обследования у всех обследованных пациентов с онкологическими заболеваниями были выявлены

следующие расстройства депрессивного спектра: расстройство адаптации с депрессивными симптомами – F 43.2, органическое депрессивное расстройство – F 06.3 (табл. 1).

Как видно из таблицы 1 видно, что преобладающими являлись депрессивные расстройства органической природы, которые наблюдались главным образом при 3 или 4 стадии онкологического заболевания. По гендерному признаку – у мужчин с 1 и 2 стадиями онкологического заболевания относительный показатель депрессивных расстройств составил значительно меньший уровень в сравнении с женщинами (15,38% и 84,62% соответственно). Одновременно с этим, относительный показатель депрессивных расстройств у мужчин с 3 и 4 стадиями рака незначительно превысил аналогичный показатель у женщин с такими же стадиями рака (53,84% и 46,16%). Общий относительный показатель частоты депрессивных расстройств у мужчин составил почти 70% и превысил аналогичный показатель у женщин практически в 2 раза.

По клиническим проявлениям депрессивных расстройств в исследуемой группе больных чаще наблюдалось органическое депрессивное расстройство (F 06.3, по МКБ-10) – почти в 77%, депрессивные расстройства реактивной природы – 23% случаев.

Проведенное исследование показало, что среди шести базовых шкал опросника «Ценности в действии: инвентаризация достоинств» К. Петерсона и М. Селигмана, которые позволяют выявить ценности индивида, шкала «Мудрость и знание» отрицательно коррелировала ($r = -0,487$) со шкалой асоциального поведения личностного опросника MMPI; шкала «Гуманизм и любовь» отрицательно коррелировала ($r = -0,51$) со шкалой контроля опросника MMPI; шкала «Общая справедливость» отрицательно коррелировала со шкалами лжи ($r = -0,489$) и мужественности-женственности ($r = -0,585$) опросника MMPI; шкала «Умеренность» отрицательно коррелировала со шкалами ригидности аффекта ($r = -0,675$) и шизоидности ($r = -0,493$) опросника MMPI (табл. 2).

Дополнительно были выявлены гендерные отличия между субшкалами опросника «Ценности в действии: инвентаризация достоинств» К. Петерсона и М. Селигмана. Ценности «Любовь к знаниям» ($t=0,048$; $p < 0,05$), «Надежда, оптимизм, забота о будущем» ($t=0,004$; $p < 0,05$), «Увлеченность, страстность, энтузиазм» ($t=0,017$; $p < 0,05$) достоверно выше у женщин в сравнении с мужчинами, в то время как у мужчин достоверно выше уровень ценности «Храбрость» в сравнении с женщинами ($t=0,024$; $p < 0,05$).

На основе полученных данных был построен профиль ценностей, как личностных достоинств, обнаруженный у лиц данной группы больных. Распределение первых шести мест в профиле ценностей у лиц с онкологическими заболеваниями, как маркеров характерологической позитивности, по количественному уровню в порядке убывания, следующее: «Благодарность», «Увлеченность, страстность, энтузиазм», «Веселость и юмор», «Доброта и щедрость», «Прощение и милосердие», «Гуманизм» (рис. 1).

Таблица 1. Распределение обследованной группы лиц с онкологическими заболеваниями по стадиям и расстройствам депрессивного спектра

Показатель	1-2 стадии онкологического заболевания	3-4 стадии онкологического заболевания	Всего
F 43.2	23,08% (n=6)	---	23,08% (n=6)
F 06.3	7,69% (n=2)	69,23% (n=18)	76,92% (n=20)
Мужчины	15,38% (n=4)	53,84% (n=14)	69,23% (n=18)

Таблица 2. Соотношение личностных особенностей и ценностей у лиц с онкологическими заболеваниями

Базовые шкалы опросника К. Петерсона и М. Селигмана	Шкалы опросника MMPI	Коэффициент корреляции
Мудрость и знание	Асоциальное поведение	$r = -0,487$
Гуманизм и любовь	Контроль	$r = -0,51$
Общая справедливость	Контроль	$r = -0,51$
	Мужественность-женственность	$r = -0,585$
Умеренность	Ригидность аффекта	$r = -0,675$
	Шизоидность	$r = -0,493$

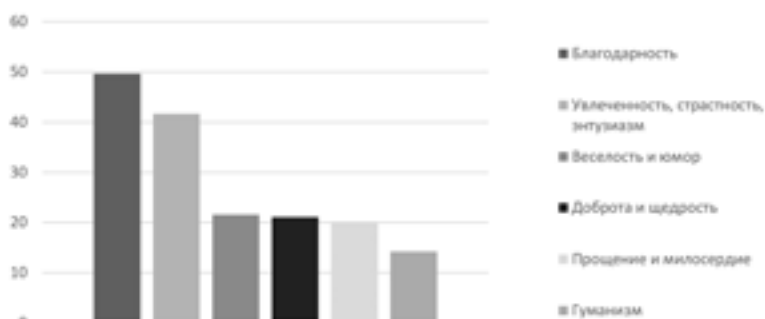


Рис. 1. Профиль ценностей у лиц с онкологическими заболеваниями.

Проведенное исследование показало, что диапазон копинг-стратегий поведения у обследованных лиц представлен главным образом конструктивными и относительно конструктивными механизмами. Копинг-стратегии были следующими в порядке убывания количественных значений шкал: «Планирование», «Принятие ответственности», «Самоконтроль», «Поиск поддержки», «Положительная переоценка», «Дистанцирование», «Конфронтация», «Бегство-избегание» (рис. 2).

Изучение соотношений между копинг-стратегиями поведения и личностных особенностей обследованной группы лиц показало, что копинг-стратегия поведения

«Поиск поддержки» достоверно положительно коррелировала с демонстративными ($r=0,355$) и тревожно-мнительными ($r=0,355$) чертами личности. Копинг-стратегия «Дистанцирование» достоверно отрицательно коррелировала с психастеническим радикалом личности ($r=-0,35$); копинг-стратегия «Бегство-избегание» – достоверно положительно коррелировала с психастеническими ($r=0,411$) и шизоидными ($r=0,366$) чертами личности (табл. 3). Гендерных различий по копинг-стратегиям поведения у лиц с онкологическими заболеваниями не обнаружено.

Единственная копинг-стратегия «Поиск поддерж-

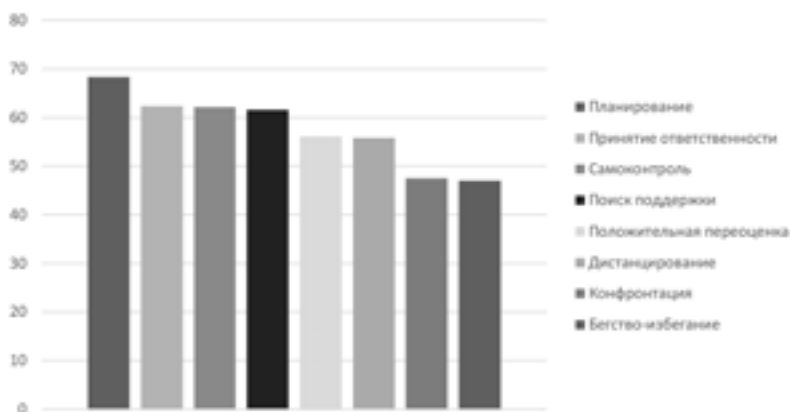


Рис. 2. Диапазон копинг-стратегий поведения у лиц с онкологическими заболеваниями.

Таблица 3. Соотношение копинг-стратегий поведения и личностных особенностей у лиц с онкологическими заболеваниями

Копинг-стратегия поведения	Шкалы опросника MMPI	Коэффициент корреляции
Поиск поддержки	Демонстративность	$r=0,355$
	Психастения	$r=0,355$
Дистанцирование	Психастения	$r=-0,35$
Бегство-избегание	Психастения	$r=0,411$
	Шизоидность	$r=0,366$

ки» находилась в средней положительной корреляции с ценностью «Самоконтроль» ($r=0,547$) и в слабой корреляции с ценностью «Прощение и милосердие» ($r=0,466$) (табл. 3).

На наш взгляд, уже на стадии формирования исследуемой выборки лиц с онкологическими заболеваниями были получены первые результаты о мотивации этой группы людей на получение психолого-психотерапевтической помощи. Лишь – 58,33% ($n=70$) от общего числа опрошенных лиц с онкологическими заболеваниями были готовы к сотрудничеству со специалистами психолого-психотерапевтического профиля, и 41,67% ($n=50$) – по разным причинам отказались от предоставления такого вида помощи. Из числа опрошенных лиц и согласных на психолого-психотерапевтическое обследование – мужчин было более половины – 69,23% ($n=18$).

На основании полученных данных можно предположить, что лица с онкологическими заболеваниями, которые отказались от процедуры психолого-психотерапевтического обследования, имеют особенности аффективной, волевой, личностной сфер, которые не позволили этим людям принять участие в нашем исследовании. В связи с этим обстоятельством результаты приведенного исследования имеют ограничения и не могут быть распространены на всю популяцию лиц с онкологическими заболеваниями.

Преобладание депрессивных расстройств органической природы у больных с онкологическим заболеванием 3 или 4 стадии подтверждает значимость соматической природы в генезе депрессивных расстройств и отражает соматически отягощенный фон всего организма, когда наряду с сопутствующими соматическими и неврологическими заболеваниями добавлялась онкопатология, в том числе, с дополнительной интоксикацией организма продуктами жизнедеятельности опухоли.

Гендерные различия частоты расстройств депрессивного спектра свидетельствуют высокой значимости факта онкологического заболевания на меньшей его стадии для женщин в сравнении с мужчинами. Одновременно с этим, примерно одинаковая частота депрессивных расстройств у представителей обоего пола с 3 и 4 стадиями рака говорит об относительном «выравнивании» проявлений депрессивных расстройств как у мужчин, так и у женщин.

По клиническим проявлениям депрессивных расстройств в исследуемой группе больных чаще наблюдалось органическое депрессивное расстройство (F 06.3, по МКБ-10) – почти в 77%, депрессивные расстройства реактивной природы – 23% случаев.

В клиническом проявлении депрессии ведущим являлся симптом ангедонии, когда после выявления онкологического заболевания пациенты теряли интерес к прежним увлечениям и деятельности, забрасывали любимое ранее хобби, хотя при расспросе активно депрессивных жалоб не предъявляли. Диагностическая депрессивная триада Бека прослеживалась у данной категории больных в виде ярко выраженного пессимизма, направленного в прошлое, настоящее, будущее. У всех обследованных пациентов отмечались неверие в выздоровление несмотря на оптимистические убеждения лечащего врача-онколога в благополучном исходе и прогнозе заболевания, а также обесценивание и преуменьшение роли значимых событий в семье и карьере. Уровень депрессии у всех больных обследованной выборки соответствовал критериям легкого депрессивного эпизода (F 32.00, по МКБ-10).

Динамика депрессивного синдрома тоже имела свои особенности: у всех обследованных пациентов депрессия начиналась с реактивного момента – факта обнаружения опухоли и установления онкологического диагноза (как самостоятельно, так и врачами-специалистами), но в дальнейшем, как правило, происходила эндогенизация депрессивных проявлений с присоединением эндогенных депрессивных жалоб с суточными и сезонными колебаниями настроения. В утренние часы происходило усиление депрессивного аффекта с одновременным усилением болевого синдрома в утренние часы, главным образом, у больных с 3 и 4 стадиями онкологического заболевания. Все пациенты отмечали ранние утренние пробуждения с усилением именно в утреннее время пассивных суицидальных мыслей, которые особенно усиливались в ситуации одиночества, без присутствия близких людей рядом с пациентом. Несмотря на последнее обстоятельство активных суицидальных действий никто из обследованных лиц не проявлял.

По результатам нашего исследования, в условиях стресса экстремального уровня (наличие онкологического заболевания, как заболевания, протекающего с угрозой для жизни и здоровья) можно говорить о мобилизации внутренних ресурсов личности, которые позволяют индивиду реализовать положительные личностные характеристики (ценности) и переориентироваться на конструктивные и относительно конструктивные копинг-стратегии поведения. Полученные результаты свидетельствуют о ведущем проявлении и преобладании у лиц с онкологическими заболеваниями наиболее устойчивых с точки зрения социума свойств ценностно-смысловой сферы и относительно конструктивных копинг-стратегий поведения. Гендерные отличия в сфере ценностей сви-

детельствуют о разных механизмах формирования этих личностных структур в психической деятельности лиц мужского и женского пола и позволяют им по-разному осуществлять социальные роли.

Заключение

Полученные результаты могут свидетельствовать о том, что серьезное заболевание, как, например, онкологическое, может стать фактором, способствующим личностному росту, конструированию новых ценностей и жизненных смыслов под воздействием стресса экстремального уровня (тяжелая соматическая болезнь, протекающая с угрозой для жизни и здоровья). Полученные результаты согласуются с данными литературы и выводами других авторов [7, 19].

Диапазон копинг-стратегий поведения у лиц с онкологическими заболеваниями представлен конструктивными и относительно конструктивными модели поведения. Деструктивные модели копинг-поведения расположены в полученном нами диапазон копинг-стратегий на последнем месте. Эти данные свидетельствуют о реконструкции способов совладающего поведения при тяжелой болезни, в условиях которого лица обследованной группы адаптируются к социальной среде и выстраивают взаимодействия с окружающими людьми.

Серьезное заболевание, в частности онкологическое, может стать фактором, способствующим форми-

рованию конструктивных и относительно конструктивных стратегий поведения, направленных на совладание с онкологическим заболеванием. Наиболее уязвимыми свойствами личности при формировании копинг-поведения выявлены такие характеристики личности, как демонстративные, психастенические, шизоидные черты личности, способствующие формированию неконструктивных стратегий совладания со стрессом. Эти результаты позволяют разработать модели психотерапевтического воздействия и психокоррекционных мероприятий для индивидов в ситуации стресса и/или ситуации угрозы для жизни и здоровья. ■

Шарова Ольга Николаевна, доцент кафедры психиатрии, к.м.н., ФГБОУ ВО «Южно-уральский государственный медицинский университет МЗ РФ», г. Челябинск, Колесниченко Татьяна Николаевна, доцент кафедры психиатрии, к.м.н., ФГБОУ ВО «Южно-уральский государственный медицинский университет МЗ РФ», г. Челябинск, Мамин Герман Владимирович, доцент кафедры психиатрии, к.м.н., ФГБОУ ВО «Южно-уральский государственный медицинский университет МЗ РФ», г. Челябинск, Конради Ирина Эдуардовна, ассистент кафедры психиатрии, к.м.н., ФГБОУ ВО «Южно-уральский государственный медицинский университет МЗ РФ», г. Челябинск, Россия. Автор, ответственный за переписку — Ольга Шарова onsharova@yandex.ru.

Литература:

1. Асмолов, А.Г. Психология личности [Текст] / А. Г. Асмолов М.: Акад. «Смысл», 2007. – 528 с.
2. Батурич, Н. А. Теоретическая модель личностного благополучия [Текст] / Н. А. // Батурич. – Вестн. ЮУрГУ. Серия «Психология», 2013. – Т.6. – 4. – С. 4–14.
3. Башкатов, С. А. Разноуровневые факторы личностного благополучия : дис. ... канд. психол. наук / С.А. Башкатов. – Челябинск, 2013. – 181 с.
4. Битюцкая, Е. В. Трудная жизненная ситуация: критерии когнитивного оценивания [Текст] / Е. В. Битюцкая : Психологическая наука и образование, 2007. – № 4. – С. 87–93.
5. Вагайцева, М.В. Психологические исследования в онкологии [Текст] / М.В. Вагайцева, В.А. Чулкова, Э.Б. Карпова, С.А. Леоненкова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология», 2015. – Т.8. – №3. – С. 28–35.
6. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2015. Целевые ориентиры и более широкая перспектива – новые рубежи в работе с фактическими данными [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/293739/European-health-report-2015-full-book-ru.pdf (дата обращения: 02.05.2017).
7. Дорцен, Э. ван Практическое экзистенциальное консультирование и психотерапия [Текст] / Э. ван Дорцен – Ростов-на-Дону: Ассоциация экзистенци-
- ального консультирования, 2007. – 216 с.
8. Иванов, С.В. Депрессивные расстройства в онкологии [Текст] / С.В. Иванов // Журнал неврологии и психиатрии, 11, 2012, Вып. 2, с. 104-109 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova-2/2012/11/downloads/ru/031997-729820121132> (дата обращения 11.09.2018).
9. Ивашкина, М. Г. Психологические особенности личности онкологических больных: автореф. дис. канд. психол. наук / М. Г. Ивашкина. – М., 1998. – 25 с.
10. Кислицына, О.А. Измерение качества жизни/благополучия: международный опыт [Текст] / О.А. Кислицына. – М.: Институт экономики РАН, 2016. – 62 с.
11. Крюкова, Т. Л., Куфтяк, Е. В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCCQ) / Т. Л. Крюкова, Е. В. Куфтяк // Журнал практического психолога, 2007. – № 3. – С. 93–112.
12. Лазарус, Р. С. Краткосрочная мультимодальная психотерапия / Р. С. Лазарус ; пер. с англ. Г. М. Самигулина. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.psyinst.ru/library.php?id=513&part=article> (дата обращения 30.06.2016).
13. Пестерева, Е. В. Особенности психологической адаптации к болезни пациентов со злокачественны-

- ми лимфомами на различных этапах заболевания: автореф. дис. канд. психол. наук / Е. В. Пестерева. – СПб., 2011. – 28 с.
14. Русина, Н. А. Психологический статус и адаптационные ресурсы онкологических больных / Н. А. Русина // *Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова*, 2012. – № 3. – С. 115–121.
 15. Смулевич, А.Б. Психические расстройства в клинической практике / А.Б. Смулевич. Психические расстройства в клинической практике – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 720с.
 16. Собчик, Л. Н. ММРІ тест – СМІЛ 566. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности / Л. Н. Собчик. Методика Миннесотский многоаспектный личностный опросник. – [Электронный ресурс] . – Режим доступа: <http://psychok.net/testy/472-smil-566-mpi-test-metodika-minnesotskij-mnogoaspektnyj-lichnostnyj-oprosnik-standartizirovannyj-mnogofaktornyj-metod-issledovaniya-lichnosti-sobchik-l-n> (дата обращения – 28.04.2017).
 17. Финагентова, Н. В. Психологические ресурсы в профилактике рецидивов при онкологических заболеваниях : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Н. В. Финагентова. – Санкт-Петербург, 2010. – 26 с.
 18. Шарова, О. Н. Особенности психических расстройств у женщин после радикального лечения рака молочной железы и формирование при них механизмов психологической защиты: автореф. ...дис. канд. мед. наук / О. Н. Шарова. – Челябинск, 2000. – 23 с.
 19. Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом; пер. с англ. Т.С. Дробкина. – М.: РИМИС, 2008. – 608 с.
 20. Liney, P. Alex, Joseph, Stephen. Positive psychology in practice [Electronic resource] / P. Alex Liney and Stephen Joseph // *Achieving Sustainable New Happiness: Prospects, Practices, and Prescriptions / Article of S. Lyumbomirsky & Cannon M. Sheldon.* – ed. by P. Alex Liney and Stephen Joseph. – Jon Willey and Sons, Inc. – 2006. – P. 127 – 133. – [Electronic resource]. – <http://www.ranez.ru/books/detail/2545913/> (дата обращения – 28.04.2017).