

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Приведены современные подходы психологической поддержки онкологических больных и предложен проект социально-психологического сопровождения онкобольных. Представлены результаты исследовательской части проекта – изучение особенностей эмоционального состояния и смысловых ориентаций онкобольных.

Ключевые слова: социально-психологическое сопровождение; психогенные реакции и их клинические проявления; ценностно-смысловая сфера личности.

Согласно статистическим данным, число онкологических больных во всем мире стремительно растет. В Томской области только за последние пять лет оно увеличилось на 19%. В настоящее время на учете в Томском областном онкологическом диспансере состоят 18 тыс. человек [1]. Эпидемиологические данные свидетельствуют о высоком уровне проблем психического здоровья среди онкологических больных. Патогенез нервно-психических нарушений сложен, поскольку определяется сочетанным воздействием на нервно-психическую сферу больных мощных соматогенно-астенизирующих, экзогенно-органических факторов и психотравмирующих влияний (само обнаружение злокачественного процесса, имеющиеся в обществе представления о его малой излечиваемости, высокий процент летальных исходов, калечащие последствия оперативных вмешательств, лучевая и химиотерапия, сопряженные с соматическим дискомфортом) [2]. В современной медицине и психологии заметен явный интерес к разным психологическим аспектам онкологических заболеваний. Исследования проводятся в различных направлениях. Одна из областей исследования – психологические причины возникновения данного заболевания [3, 4]. Сюда относится изучение психологической предрасположенности к тяжелейшим заболеваниям и исследование влияния стресса на возникновение и течение рака. Второе направление связано с изучением психологических особенностей онкологических больных и их реакции на заболевание [5–9]. И, наконец, третье направление осуществляет поиск путей оказания социально-психологической помощи онкобольным [2, 3, 6], о существовании которых, с одной стороны, свидетельствуют факты излечения от рака с помощью психокоррекционных методов, с другой – случаи самоизлечения людей больных раком через перестройку личности и духовный рост.

В то же время в онкологической практике существует проблема психологической поддержки пациента. Об этом пишут практически все авторы, рассуждающие о психических и психологических трудностях онкологических больных. Отмечается, что большинство лиц, нуждающихся в психотерапевтической и психиатрической помощи, оказываются вне поля зрения специалистов [2, 10]. Отчасти это может быть связано с недостаточной проработкой специальных программ психологического сопровождения больных онкологическими заболеваниями. Принимая во внимание все вышесказанное, проблема социально-психологического сопровождения онкологических больных выступает как особо актуальная.

Целью статьи является представление проекта «Социально-психологическое сопровождение онкологиче-

ских больных» и реализации фрагмента исследовательского этапа проекта – исследование особенностей эмоционального состояния и смысловых ориентаций онкологических больных.

Теоретико-методологическим основанием разработки проекта послужил подход К. и С. Саймонтона [3], рассматривающих возможности психотерапии при лечении рака, а также концепция социально-психологического сопровождения М.Р. Битяновой [11] и Н.Г. Осуховой [12]. В качестве основных характеристик психологического сопровождения выступают его процессуальность, пролонгированность, недирективность, погруженность в реальную повседневную жизнь человека, а также особые поддерживающие и развивающиеся отношения между участниками этого процесса на всех этапах перестройки отношений человека с собой и миром. В каждом конкретном случае задачи сопровождения определяются особенностями жизненной ситуации человека. В ситуации онкологического заболевания такая форма оказания психологической помощи, как сопровождение представляется оптимальной.

Разработка проекта опиралась на представления о том, что психические расстройства различной степени выраженности при онкологической патологии – частое явление, наблюдаемое онкологами, хирургами, другими врачами, а также психиатрами и психологами. Онкологическое заболевание оказывает как соматогенное влияние на психическую деятельность (астения, интоксикация, гипоксия и др.), так и психогенное. При этом среди основных факторов, влияющих на психику как пациента, так и его родных, выделяют следующие: фатальный характер диагноза, несмотря на успехи онкологии; калечащие операции и лечение; отсутствие гарантий против возникновения рецидивов и метастазов; наличие в 80% случаев выраженного болевого синдрома при отсутствии гарантий достаточного обезболивания; широко распространенное среди обывателей представление о заразности ракового заболевания. Это определяет и особенности реагирования на злокачественные новообразования [13].

Изучая психическое состояние онкологических больных, А.В. Гнездилов [6] отмечает, что у всех пациентов на всех этапах лечения наблюдаются определенные психогенные реакции, различающиеся, однако, по своим клиническим проявлениям и степени выраженности.

Из психологических (патопсихологических) реакций пациентов следует особо отметить своеобразный синдром самоизоляции на катамнестическом этапе. Это страх рецидива заболевания и метастазов, социальная дезадаптация, вызванная инвалидностью, мысли о заразности заболевания и т.д. Больные становятся угнетенными, испытывают чувство одиночества, беспер-

спективности, утрачивают прежние интересы, сторонятся окружающих, теряют активность. Проследивая динамику выраженности описанных синдромов в процессе прохождения больных через клинику, отмечается ее волнообразный характер с двумя основными пиками на диагностическом и предоперационном этапах, т.е. в моменты наибольшей напряженности стрессирующих факторов.

Одной из важных психологических проблем в онкологической клинике является проблема реакции личности на болезнь. От учета этих реакций во многом зависит общий успех лечения [5]. Онкологические заболевания приводят не только к функциональным и органическим нарушениям. Их особенностью, очень важной для восстановительного лечения, является то, что они ставят перед больным сложные психологические проблемы. Диагноз «рак» или даже просто госпитализация в онкологическую клинику являются сильнейшей психологической травмой. Онкологического больного следует рассматривать как человека, находящегося в серьезнейшей стрессовой ситуации. Неопределенность прогноза нарушает возможности планирования жизненных целей, сужает временную перспективу, необходимую для нормальной человеческой жизнедеятельности. Активность, целеустремленность, установка на самореализацию и достижения направлены в будущее и утрачивают свой смысл в ситуации онкологического заболевания, фрустрирующего основные человеческие потребности социального и физического существования. Восстановительное лечение, связанное с управлением механизмами адаптации больного, должно строиться, прежде всего, с учетом изменения мотивационных структур, и в психокоррекционной работе нужно ориентироваться на формирование таких целей, которые в дальнейшем, становясь мотивами, возвращают больного к активной и полноценной жизни. Другой задачей должно стать корригирование целей, приводящих к патологическому развитию личности, «уходу в болезнь».

Таким образом, наличие психических реакций на онкологическое заболевание на разных этапах диагностики, лечения и реабилитации свидетельствует о необходимости систематического отслеживания психического статуса онкобольного и своевременной психологической помощи, направленной на профилактику и коррекцию психологических нарушений, психических и поведенческих расстройств. Такая деятельность видится возможной только в ходе специально организованного процесса – социально-психологического сопровождения онкологических больных. Наиболее известной, эффективной и широко применяемой программой психологической помощи онкологическим больным является программа К. и С. Саймонтона [3]. Их метод состоит из нескольких психотерапевтических техник: *содействие своему здоровью*, направленное на осознание стрессовых ситуаций для поиска эффективных способов борьбы с болезнью; *определение «Преимущества» болезни* для выявления потребностей, которые удовлетворены благодаря болезни и поиска путей удовлетворения этих потребностей без участия болезни; *релаксация и визуализация своего выздоровления* для уменьшения страхов и напряжения; *создание по-*

ложительных мыслеобразов, позволяющих укрепить мотивацию и определить средства воздействия на свою иммунную систему, представляя возвращение здоровья, жизненной силы и энергии; *преодоление затаенных обид*; *постановка целей*; *система семейной поддержки*, направленная на оказание помощи близким онкологических больных и связанная с возможностью разобраться в собственных переживаниях по поводу заболевания, а также обучение тому, как с терпением и пониманием относиться к больному человеку.

На основе методик К. и С. Саймонтона построен психотерапевтический подход А.А. Шутценбергер [4], считающей, что улучшение здоровья онкологических больных в значительной степени зависит от психотерапевтической помощи: вселять в них надежду, заниматься с ними физическими упражнениями, учить их расслаблению, созданию позитивных представлений о будущем. А.А. Шутценбергер дополнила метод К. и С. Саймонтона использованием психодрамы и геносоциогаммы, помогающих лучше понять свою жизнь и свой «жизненный сценарий», свой профессиональный и личный выбор, принять во внимание семейные черты и особенности (сознательные и подсознательные), унаследованные через несколько поколений. Это способ показать некоторые подсознательные тенденции и повторы среди близких и дальних родственников, обнаружить их разнообразные роли, динамику создания мифов и легенд, скрытые семейные секреты и повторы. Известен также метод адьювантной психологической терапии – АПТ, разработанный S. Greer [14]. АПТ представляет собой краткосрочную, проблемно-фокусированную структурированную когнитивно-поведенческую групповую программу. Она направлена на то, чтобы пациенты, во-первых, смогли пересмотреть свои представления о болезни и, во-вторых, изменить дезадаптивные стили поведения. Сотрудниками двух академических институтов Сибири – ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН и ГУ НИИ психического здоровья были разработаны и апробированы «Психотерапевтические и коррекционные программы в психонкологии» [14]. В рамках этих программ оказывалась психотерапевтическая помощь женщинам с раком молочной железы. Использовались следующие психореабилитационные тактики: образовательная программа, психокоррекция, психотерапия, психофармакотерапия. Стоит отметить, что в образовательной программе при психокоррекции и психотерапии использовались методики К. и С. Саймонтона. В Кемеровском областном онкологическом диспансере Е.П. Комковой [7] и Ю.А. Магарилл [8] были проведены исследования применения метода релаксации и визуализации как способа преодоления боли у женщин, перенесших мастэктомию (удаление молочной железы). Для уменьшения или снятия болевых ощущений после занятий ЛФК применялся метод релаксации и визуализации в индивидуальном и групповом вариантах психотерапии. В результате полное исчезновение болевых ощущений наблюдалось у 72% пациенток, в 28% случаях болевые ощущения стали значительно меньше, чем до проведения психотерапии. П.В. Зотовым разработана программа комплексной коррекции суицидального поведения больных распространенным раком в структуре паллиатив-

ной помощи [16]. Эта лечебная программа содержит комплекс интегративных психотерапевтических подходов и психофармакологических методов, применяемых с учетом типологической структуры внутренней картины болезни, в составе паллиативного лечения. Анализируя указанные программы, подчеркивая их несомненную важность и практическую ценность, следует сказать об их фрагментарности, кратковременности и узкой направленности. Часто программы предназначены для больных определенной локализации опухоли либо только для больных, находящихся на паллиативном лечении. Часть больных в таком случае остается без внимания психиатров и психологов.

Это определило попытку построить некоторую целостную модель профессиональной деятельности

психолога в онкологической клинике и разработать проект «Социально-психологическое сопровождение онкологических больных». Сформулированная и разработанная социально-психологическая парадигма сопровождения образовательной практики М.Р. Битяновой [11] рассматривалась в качестве отправной точки для разработки проекта, в частности направлений работы психолога. О.М. Краснорядцева [17] полагает, что психологическое сопровождение современных образовательных практик в качестве необходимой составляющей должно включать и такое направление, как исследование изменений в образовании. Необходимым видится оно и в данном проекте. Основные идеи социально-психологического сопровождения онкологических больных сведены в табл. 1.

Таблица 1

Социально-психологическое сопровождение онкологических больных

Направление сопровождения	Цель	Участники	Приемы и методы
Психодиагностика	Оценка психического состояния пациента, эмоциональных расстройств, нарушений психических функций, выявление особенностей личности больного, исследование субъективной стороны заболевания, ресурсов развития	Онкобольные, психологи, психиатры	Экспериментально-психологические методы
Психотерапия	Облегчение эмоционального дистресса, вызванного болезнью и ее психологическими и социальными последствиями, выработка новых жизненных смыслов, разрешение конфликтов, преодоление кризисов	Онкобольные, психологи, психиатры	Современные психотерапевтические методики
Консультирование и просвещение	Углубление самопонимания, прояснение ситуации, изменение социальной или экзистенциальной позиции, выработка новых психосоциальных умений; Преодоление страха, тревоги, напряжения, укрепление веры в выздоровление с помощью доступного понимания разъяснения сути, основных концепций развития, принципов лечения онкологического заболевания, обучение способам содействия выздоровлению	Онкобольные, психологи, врачи, социальные работники, родственники онкобольных	Беседы, лекции, тренинги
Социально-диспетчерская деятельность	Получение онкологическими больными социально-психологической помощи, выходящей за рамки профессиональной компетенции психолога	Онкобольные, врачи, психологи, социальные службы, общественные организации	Информирование
Исследовательское направление	Изучение эффективности и совершенствование программ сопровождения	Онкобольные, психологи, психиатры, врачи, социальные работники	Выбор методов определяется задачами исследования

Реализация проекта началась с исследовательского направления, которое нацелено на изучение эффективности и совершенствование программ сопровождения. Исследовательская деятельность в рамках проекта «Социально-психологическое сопровождение онкологических больных» обеспечивает вариативность программы, определяет динамику результатов сопровождения, позволяет вести поиск новых путей и способов оказания социально-психологической поддержки людям с онкологическим заболеванием. В частности, не достаточно изученной, но обладающей большим потенциалом для психологической коррекции личности онкобольных видится ценностно-смысловая сфера личности. Смысловой подход рассматривается нами как весьма продуктивный для анализа и восстановления нарушенной саморегуляции при кризисных состояниях, таких как онкологическое заболевание. Согласно А.Н. Дорожевцу [15], этот поиск имеет две основные функции: поиск новых установок по отношению к жизни и достижение чувства контроля над ситуацией, которое определяет второй этап адаптации. Третьим этапом выступает восстановление снизившейся после кризиса самооценки. Рассматривая механизмы

порождения смыслов, Д.А. Леонтьев [18] выделяет такие, как замыкание жизненных отношений, индукцию смысла, идентификацию, инсайт, столкновение смыслов, полагание смысла. В основе производства как целенаправленной деятельности лежит проект (от лат. *projectus* – выступающий вперед). Если исходить из этих представлений, то ядром проектирования смысла должно стать получение ответов на следующие вопросы: как субъект узнал, что потерял смысл?; как он поймет, что обрёл смысл?; что произойдет с ним, когда он его обретёт?; какие действия необходимо предпринять в связи с этим? По-видимому, признаком реализованного проекта производства смысла должно стать какое-либо изменение в состоянии субъекта проектирования. Ожидаемое изменение может проявиться, например, в виде снижения уровня тревожности [19]. Таким образом, видится целесообразным исследование структуры смысловой сферы онкологических больных и их тревожности.

Первым этапом психодиагностического обследования являлось изучение истории болезни пациента с целью выяснения клинического диагноза, особенностей и длительности течения болезни. С целью придания объ-

активности исследованию изучалось мнение лечащих врачей-онкологов по поводу необходимости психологической помощи, психологических особенностей и реакций на заболевание онкологических больных. Для исследования личностных диспозиций больных использовалась беседа, в ходе которой выяснялись биографические данные, эмоциональная адаптация к онкологическому заболеванию, верифицировались данные полученные тестовыми методиками. Осмысленность жизни в целом, ценностно-смысловые характеристики личности измерялись с помощью теста смысловых ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева. Для измерения тревожности как индивидуального свойства личности и как состояния в определенный момент использовалась шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина.

Исследование проводилось на базе Томского областного онкологического диспансера в радиологическом отделении. В исследовании принимали участие пациенты с онкологическими заболеваниями (рак легкого, рак молочной железы, рак шейки матки), проходящие лучевую терапию либо химиотерапию. Объем выборки – 16 человек, из них 4 мужчины (25%) и 12 женщин (75%). Возраст испытуемых от 30 до 78 лет. Образовательный уровень испытуемых: среднее – 5 человек, среднее специальное – 7, высшее – 4 человека. Следует отметить, что все обследованные больные знали свой диагноз, со времени его постановки прошло более месяца, видимо, этот факт определил отсутствие ярких эмоциональных реакций, паники, шока и отрицания.

В ходе бесед с пациентами выяснилось, что у большинства из них имеются жалобы на наличие тревоги и страха, связанных: с неопределенностью прогноза лечения, с невозможностью вернуться к профессиональной деятельности, с невозможностью помогать детям, с материальными трудностями в связи с необходимостью лечения и временной нетрудоспособностью. Некоторые женщины выражали тревогу и страх «потерять мужа» из-за невозможности продолжительное время вступать в сексуальный контакт. Часть больных (6 человек) во время беседы сообщали о смерти родственников от онкологического заболевания и своем отношении к этому. Аналогичные высказывания отмечались после случаев смертельных исходов в отделении. Врачи-онкологи подтверждают это и отмечают, что смерть больного в клинике отражается на остальных пациентах: «с резким ухудшением состояния одного больного “тяжелеет” все отделение». Некоторые больные выражали гнев в адрес врачей: «не могли сразу поставить диагноз», «лечили, вместо того, чтобы искать первопричину». Практически все пациенты вспомнили в прошлом (менее 3 лет назад) какие-то потрясения, горе или психические травмы. Врачи отделения также отмечают связь психотравмирующих ситуаций с проявлением или рецидивом болезни. Врачи однозначно выразили свое мнение о необходимости психологической поддержки всем больным, а также персоналу.

Результаты исследования реактивной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина и смысловых ориентаций представлены в табл. 2 и 3.

Т а б л и ц а 2

Уровень реактивной и личностной тревожности онкологических больных

Тревожность	Уровень тревожности		
	низкий	умеренный	высокий
личностная	0	43,8% (7 человек)	56,2% (9 человек)
реактивная	0	25% (4 человека)	75% (12 человек)

Т а б л и ц а 3

Смысловые ориентации онкологических больных

Номер испытуемого	Испытуемый	Возраст	Пол	Цели в жизни	Процесс жизни	Результат жизни	Локус контроля – Я	Локус контроля – Жизнь	Осмысленность жизни
1	А.Д.	56	М	38	33	29	26	33	115
2	С.Ю.	49	М	41	34	30	25	38	124
3	М.Г.	71	М	20	19	10	18	23	73
4	В.И.	78	М	32	34	28	19	36	110
5	С.В.	30	Ж	23	31	14	15	22	83
6	Т.А.	46	Ж	37	28	27	17	27	103
7	И.В.	44	Ж	42	27	35	28	30	119
8	Ю.Г.	45	Ж	40	39	34	26	39	132
9	В.Д.	62	Ж	28	27	23	20	30	91
10	Н.В.	68	Ж	42	36	29	25	24	113
11	С.Г.	39	Ж	33	34	30	20	27	111
12	Н.Х.	48	Ж	26	33	28	23	26	96
13	Г.П.	59	Ж	34	29	28	23	32	110
14	Н.Ф.	59	Ж	31	23	18	16	20	89
15	Е.А.	55	Ж	40	37	33	25	38	131
16	В.А.	50	Ж	42	36	35	25	36	125

Таким образом, у обследованных больных преобладает высокий уровень как личностной, так и реактивной тревожности, что может свидетельствовать о психоэмоциональном напряжении, связанном с заболеванием. Изучение смысловых ориентаций выявило повышение показателя осмысленности жизни. С

точки зрения осмысленности трех смысловых локусов: прошлого, настоящего и будущего (концепция применимости СЖО к диагностике актуальных смысловых состояний). Было обнаружено, что лишь один из пациентов принадлежит к классу смысловых состояний, который характеризуется тем, что все временные локу-

сы имеют низкие показатели осмысленности. Для данного класса характерны неудовлетворенность прожитой частью жизни, низкая осмысленность своей жизни в настоящем, отсутствие целей в будущем. Личностные смыслы индивида в подобном случае лишены направленности и временной перспективы. Кроме того, испытуемые данной группы демонстрируют неверие в свои силы контролировать события собственной жизни, фатализм и убежденность в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, свобода выбора иллюзорна, бессмысленно что-либо загадывать на будущее (низкие баллы по субшкалам «Локус контроля – Я» и «Локус контроля – жизнь»). Из беседы с данным пациентом выяснилось, что он одинок («дома никто не ждет»), болезнь имеет длительный характер (перенес несколько операций), надежда на выздоровление отсутствует. Единственный из пациентов принадлежит к классу смысловых состояний, который характеризуется тем, что все временные локусы имеют нормальные показатели осмысленности. В данном случае больная реализует себя в творчестве, даже находясь в больнице, рисует пейзажи. И наоборот, значительное количество больных принадлежат к классу смысловых состояний с вы-

сокой осмысленностью всех трех временных локусов (6 человек). В данном случае все три временных локуса имеют высокие показатели осмысленности. Данное состояние характеризуется ощущением того, что прошедший отрезок жизни был продуктивным и осмысленным, процесс жизни в настоящем воспринимается как интересный, эмоционально насыщенный, а осмысленность целей будущего придает всей жизни человека осмысленность, направленность и временную перспективу. Восемь больных принадлежат к классу различных сочетаний степеней осмысленности прошлого, настоящего и будущего. Полученные данные могут свидетельствовать о своеобразном характере осознания заболевания у онкологических больных, часто квалифицируемом в литературе как анозогнозия. Этот факт согласуется с исследованиями А.Ш. Тхостова, который считает сущностью особенностей осознания заболевания у онкологических больных формирование защитных механизмов, переструктурирующих поступающую информацию, изменяющих ее значение и смысл [9].

В результате корреляционного анализа полученных данных были выявлены закономерности, представленные в табл. 4.

Таблица 4

Коэффициенты ранговой корреляции Спирмена

	В	ТЛ	ТР	ЦЖ	ПЖ	РЖ	ЛКЯ	ЛКЖ	ОЖ
В	1	0,3	0,3	-0,1	-0,2	-0,3	-0,1	0,0	-0,2
ТЛ	0,3	1	0,6**	-0,3	-0,3	-0,5*	-0,5*	-0,5*	-0,5*
ТР	0,3	0,6**	1	-0,2	-0,6**	-0,4	-0,3	-0,1	-0,3
ЦЖ	-0,1	-0,3	-0,2	1	0,6**	0,9**	0,8**	0,6**	0,9**
ПЖ	-0,2	-0,3	-0,6**	0,6**	1	0,7**	0,5	0,6*	0,8**
РЖ	-0,3	-0,5*	-0,4	0,9**	0,7**	1	0,8**	0,7**	0,9**
ЛКЯ	-0,1	-0,5*	-0,3	0,8**	0,5	0,8	1	0,6**	0,8**
ЛКЖ	0,0	-0,5*	-0,1	0,6**	0,6**	0,7**	0,6**	1	0,8**
ОЖ	-0,2	-0,5*	-0,3	0,9**	0,8**	0,9**	0,8**	0,8**	1

Условные обозначения: В – возраст; ТЛ – тревожность личностная; ТР – тревожность реактивная; ЦЖ – цели в жизни; ПЖ – процесс жизни; РЖ – результат жизни; ЛКЯ – локус контроля – Я; ЛКЖ – локус контроля – жизнь; ОЖ – осмысленность жизни.

* – коэффициенты с достигнутым уровнем статистической значимости $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

Личностная тревожность оказалась связана с реактивной тревожностью онкобольных. Обнаружены отрицательные корреляционные связи личностной тревожности со следующими ценностно-смысловыми характеристиками личности онкологических больных: «Результат в жизни»*, «Локус контроля – Я»*, «Локус контроля – Жизнь»*, «Общая осмысленность жизни»*. «Цели в жизни» и «Процесс жизни» с личностной тревожностью связи не обнаружили. Реактивная тревожность имеет отрицательные связи с показателем «Процесс жизни»**, но не связана с субшкалами «Цели в жизни», «Результат в жизни», «Локус контроля – Я», «Локус контроля – Жизнь», «Общая осмысленность жизни».

Изучение больных с онкопатологией позволяет констатировать, что они нуждаются в психореабилитаци-

онных мероприятиях, служащих оптимизации лечебного процесса и улучшению их качества жизни. Наиболее подходящим для взаимодействия психолога с онкологическим больным представляется процесс сопровождения, представленного проектом «Социально-психологическое сопровождение онкологических больных». Результаты исследовательского направления исследования свидетельствуют о наличии высокой тревожности у онкологических больных, о ее связи со смысловыми ориентациями, об особой структуре смысловой сферы больных. Все это говорит о необходимости дальнейших исследований и разумного использования полученных результатов для более успешного сопровождения онкологических больных и повышения качества их жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сергеева Е. По наказу пациентов // Томские новости. 2009. 26 февраля. № 8. С. 10.
2. Развитие сибирской психоонкологии / В.Я. Семке [и др.]. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008. 198 с.
3. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. СПб.: Питер, 2001.
4. Шутценбергер А.А. Тяжелобольной пациент (15-летний опыт применения психодрамы для лечения рака) // Вопросы психологии. 1990. № 5. С. 94–106.
5. Герасименко В.Н., Артюшенко Ю.В., Тхостов А.Ш. Вопросы деонтологии в восстановительном лечении онкологических больных // Вопросы онкологии. 1982. Т. 28, № 2. С. 48–52.
6. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. 2001. № 1. С. 5–11.

7. *Комкова Е.П.* Нервно-психические расстройства у онкологических больных на различных этапах лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2006. 28 с.
8. *Марилова Т.Ю.* Психологические особенности онкологических больных // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. 2002. № 3. С. 47–51.
9. *Тхостов А.Ш.* Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1980. 20 с.
10. *Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995.
11. *Битянова М.Р.* Организация психологической работы в школе. М.: Совершенство, 1998. 298 с.
12. *Осухова Н.Г.* Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. М.: Академия, 2008. 285 с.
13. *Кюблер-Росс Э.* О смерти и умирании. София, 2001. 320 с.
14. *Володин Б.Ю.* Возможности психотерапии в онкологической клинике // Российский онкологический журнал: научно-практический журнал. 2009. № 1. С. 43–45.
15. *Дорожевец А.Н.* Когнитивные механизмы адаптации к кризисным событиям // Журнал практического психолога. 1998. № 4. С. 3–17.
16. *Зотов П.Б.* Суицидальное поведение больных распространенным раком: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2005. 48 с.
17. *Красноярцева О.М.* Актуальные проблемы психологического сопровождения образовательных проектов // Сибирский психологический журнал. 2005. № 22. С. 129–134.
18. *Леонтьев Д.А.* Психология смысла. М.: Смысл, 2003. 487 с.
19. *Дитюк П.П.* О возможностях обретения смысла: Психологические проблемы смысла жизни и акме. Материалы XI симпозиума // Психологический институт РАО / Под ред. Г.А. Вайзер, Е.Е. Вахромова. 2006 URL: <http://pirao.ru/ru/biblioteka/izdania/detail.php> (дата обращения: 06.03.2009).

Статья представлена научной редакцией «Психология и педагогика» 16 ноября 2009 г.