

С. А. Місяк

**Психосоматичні аспекти поведінки онкологічних хворих,
які потрібно враховувати при реабілітації***Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології
імені Р. Є. Кавецького НАН України, м. Київ***Ключові слова:** реабілітація, новоутворення, хворі, психологія, психотерапія.

Мета роботи – узагальнити та представити у сучасній фаховій літературі погляд на психологічні аспекти взаємозв'язку організму пацієнтів, які хворі на злоякісні новоутворення, і неоплазмами для вивчення надалі перебігу захворювання в період реабілітаційних заходів після стандартного лікування. Якщо при лікуванні пухлинної хвороби лікарі стикаються з наслідками хвороби, то під час відновлювальних заходів фахівцям реабілітаційної команди потрібно виявляти причини захворювання. Це дає змогу надати хворому/інваліду реабілітацію в повному обсязі, поліпшити якість життя та здійснити ефективну соціалізацію. Проаналізували проблеми психологічних особливостей виникнення та перебігу онкологічного захворювання, психосоматичних теорій, що пояснюють механізм виникнення пухлинної хвороби. Розглянули моделі психологічної реакції хворого на наявність у нього злоякісного новоутворення. У процесі надання допомоги онкологічному хворому необхідно застосовувати технологічні прийоми психотерапії, котрі потрібно використовувати під час здійснення реабілітаційних заходів.

Психосоматические аспекты поведения онкологических больных, которые нужно учитывать при реабилитации

С. А. Мисьяк

Цель работы – обобщить и представить в современной специализированной литературе взгляд на психологические аспекты взаимосвязи организма пациентов, больных злокачественными новообразованиями, и неоплазмами для дальнейшего изучения течения заболевания в период проведения реабилитационных мероприятий после стандартного лечения. Если при лечении опухолевой болезни врачи сталкиваются с последствиями болезни, то при проведении восстановительных мероприятий специалистам реабилитационной команды надо выявлять причины, при которых появилась болезнь. Это помогает предоставить больному/инвалиду реабилитацию в полном объёме, улучшить качество жизни и провести эффективную социализацию. Проанализировали проблемы психологических особенностей возникновения и течения онкологического заболевания, психосоматических теорий, объясняющих возникновение опухолевой болезни. Рассмотрены модели психологической реакции больного на наличие у него злокачественного новообразования. В процессе оказания помощи онкологическому больному необходимо применять технологические приёмы психотерапии, которые надо использовать для реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: реабилитация, новообразования, больные, психология, психотерапия.*Запорожский медицинский журнал. – 2016. – №1 (94). – С. 91–96***Psychosomatic aspects of the behavior of cancer patients that should be considered in the rehabilitation**

S. A. Misiak

The article is dedicated to the psychological aspects of the relationship of the organisms of patients suffering from malignisation, and neoplasms, for further study of the disease during the rehabilitation period after standard treatment. If during the treatment of neoplastic disease doctors are encountering with the consequences of illness then the rehabilitation team need to identify the reasons of the disease occurrence. This helps to give the patient rehabilitation in full to improve the life quality and to provide effective socialization. The article analyzes the problems of the psychological characteristics of the origin and course of cancer, psychosomatic theories to explain the origin of the tumor during the illness. Also theories of the models of the patient's psychological reactions to the presence of the cancer were studied in the article. The rehabilitation period in the cancer patients should include technological methods of psychotherapy.

Key words: Rehabilitation, Neoplasms, Patients, Psychology, Psychotherapy.*Zaporozhye medical journal 2016; №1 (94): 91–96*

Одним із головних чинників стану онкологічного хворого та онкоінваліда є його психологічний статус, що дотепер був об'єктом наукових досліджень, які здійснювалися з метою вивчення психологічного стану онкологічного хворого з позиції реакції останнього на діагноз або характеристики стресу і формування реакції організму при виникненні онкологічного захворювання.

Онкологічне захворювання призводить до виникнення набагато більш серйозних психосоціальних наслідків, ніж будь-яке інше захворювання. Це пояснюється тим, що воно асоціюється з потужними множинними стресами, котрі виникають із різних джерел, причому ці стреси впливають на людину на різних етапах розвитку захворювання.

Мета роботи

Узагальнити та представити у сучасній фаховій літературі погляд на психологічні аспекти взаємозв'язку організму пацієнтів, які хворі на злоякісні новоутворення, і неоплазмами для вивчення надалі перебігу захворювання в період реабілітаційних заходів після стандартного лікування.

Аналіз фахової літератури засвідчує, що всі психологічні дослідження здійснювалися серед онкологічних хворих із метою вивчення:

- реакції організму на стреси, що призводять до виникнення злоякісних пухлин, та зміни психологічної картини у процесі стандартного лікування пухлинної хвороби;



- реакції людини на оголошення діагнозу про злякисне захворювання.

Онкологічне захворювання традиційно належить до групи невиліковних, що перетворює лише факт постановки діагнозу в серйозну психічну травму. Кожна хвороба характеризується набором специфічних особливостей, котрі зачіпають значущі для пацієнта сфери життя. В. Д. Менделевич [1] виділяє такі параметри, на підставі яких оцінюється будь-яка хвороба і формується психологічне ставлення до неї:

- вірогідність смертельного результату;
- вірогідність інвалідизації та хронічного перебігу хвороби;
- больова характеристика хвороби;
- необхідність радикального або паліативного лікування;
- вплив хвороби на можливість підтримувати колишній рівень спілкування;
- соціальна значущість хвороби і традиційне ставлення до хворого з боку його мікросоціуму;
- вплив хвороби на сімейну та сексуальну сфери;
- вплив хвороби на сферу розваг та інтересів.

Це своєрідна схема питань, на які хотів би отримати, природно, позитивні відповіді хворий. Відсутність таких або хоча б одної стає причиною психічних переживань, розладів, що виявляються у формі хронічного стресу і впливають на виникнення та перебіг онкологічного процесу [2–4].

Як відзначає В. Д. Менделевич, Н. Eysenck виділяє залежність особистості від виникнення або запобігання злякисним пухлинам. Ризик розвитку пухлини пов'язаний із такими особливостями особистості, як емоційна лабільність, надмірне придушення почуттів, депресія, безнадія, почуття провини. Стриманість проявів емоцій, придушення статевих інстинктів, безсоння, невпевненість у собі можуть призвести до розвитку пухлин у термін від одного до п'ятнадцяти років [1]. На формування злякисних пухлин, на думку В. Т. Волкова та інших дослідників, може вплинути і втрата надії на досягнення життєвих цілей [5].

Вивчення взаємозв'язку організму хворого на рак і неоплазми неможливе без аналізу проблеми психологічних особливостей виникнення та перебігу онкологічного захворювання.

Нині є декілька психосоматичних теорій, що пояснюють механізм виникнення пухлинної хвороби.

1. *Анамнестична теорія.* Її автори дотримуються погляду, що патологічним моментом є психоемоційний конфлікт, який виникає в дитячому віці, пов'язаний з близькою людиною (найчастіше це буває мати) і формуванням депресії в разі втрати контакту з нею [6,7].

L. L. Le Shan продемонстрував, що перед виникненням клінічних ознак злякисного утворення онкологічні хворі втрачали об'єкт, котрий був близьким для них. Автор наводить дані, що смертність від раку овдовілих пацієнтів статистично вище, ніж у хворих, які не перебували або перебувають у шлюбі [7].

2. *Теорія рис особистості.* Прихильники цієї теорії вважають, що в основі онкологічного захворювання – не зовнішні причини, а внутрішні особливості хворого. Он-

кологічні хворі схильні стримувати або приховувати свої переживання [8,9], при цьому вони не здатні вирішувати внутрішні проблеми [8].

У процесі їх вирішення ухвалюються помилкові установки, що породжують негативні емоції та почуття, формують дисгармонічні відносини. Дослідження, котрі здійснені на добровольцях та онкологічних хворих, підтверджують це припущення. Депресія та відчуття безнадійності, що виникають після незворотної втрати (смерть близької людини), знижують імунітет, зменшують проліферацію лімфоцитів [10].

Депресія, заперечення, нереалізована агресивність, ворожість і мазохістські установки – всі ці риси свідчать про блокаду будь-яких видів пошукової поведінки – від творчої діяльності до активного прояву невдоволення та гніву.

3. *Психодіагностична теорія.* Представники її (Н. І. Непомняща, М. Г. Івашкіна, J. Bloom) стверджують: однією з головних рис, що властива людям, які хворі на онкологічне захворювання, є «інфантильність», котра характерна для дітей. Н. І. Непомняща вважає, що клітинний ріст злякисної пухлини – це результат глибокої інфантилізації спочатку психологічного, а потім і соматичного механізмів клітинного росту, притаманного дитячому віку.

Для онкологічних хворих із вираженими показниками інфантильності характерні ознаки:

а) образливість, упертість, примхливість – риси, що властиві дитині;

б) з боку емоційної сфери – підвищений поріг сприйняття та реагування щодо ситуацій, котрі являють собою загрозу чи небезпеку;

в) в умовах раціонального інтелектуального мислення спостерігається певна поверховість, страждає здатність проникнення в суть речей, подій, відносин;

г) у сфері життєвих цінностей спостерігається спрямованість на збереження звичних реальних ситуацій у своєму житті, нормативність [11–13].

Автори цієї теорії розглядають вплив особистісних особливостей людини на розвиток і перебіг онкологічного захворювання. У публікаціях, що присвячені цій темі, робиться висновок: для виживання хворого важливий не тільки прогноз, але й те, як він сприймає свій діагноз [14,15].

Хворі, які страждають на рак, але продовжують боротьбу за життя, мають більший шанс вижити протягом 3–5 років, ніж ті, які приречено сприймають звістку про захворювання як смертний вирок [16].

Крім теорій, що пояснюють механізм виникнення пухлинної хвороби, особливе місце посідають моделі психологічної реакції хворого на наявність у нього злякисного новоутворення. Питання про роль психіки в розвитку онкологічної хвороби, вивчення особистості хворого на рак, а також того, хто одужав, у їхніх взаєминах із довіллям, з іншими людьми, із собою дотепер залишається невирішеним.

1. Модель Вейсмана. Розроблена на основі дослідження стресу в онкологічних хворих. Складається з чотирьох стадій:

1 стадія – «екзистенційний переляк». Стадія глибокого емоційного стресу та сум'яття.

2 стадія – «приспособлення й пом'якшення». У цей момент пацієнт прагне до нового та до стабілізації емоційної рівно-



ваги. Хворий вирішує змінити спосіб життя та отримати медичну допомогу.

3 стадія – «повторення та рецидив». Стадія метушні на тлі рецидиву захворювання, асоціюється з потужною психосоціальною кризою. У пацієнта з'являється бажання пом'якшити негативні синдроми.

4 стадія – «погіршення та занепад». Етап ускладненого перебігу хвороби, що характеризується приготуванням до смерті [17].

2. Емоційна модель Гоба. В. Gobb запропонував розглядати реакцію хворого на звістку про діагноз із позиції характеристики емоцій, що його супроводжують. Автор розділив емоційні проблеми, з якими стикаються онкологічні хворі, на три групи:

а) побоювання та тривоги, що пов'язані з тим значенням, яке має онкологічне захворювання для індивіда;

б) переживання, що зумовлені раптовим переміщенням людини зі звичної для неї обстановки в лікарняне середовище (соціальна депривація);

в) емоційні переживання, що пов'язані з тимчасовою або постійною розлукою з сім'єю [18].

3. Модель Літін. Е. Н. Litin виділив три фази реакції на онкологічний діагноз:

1 фаза – спочатку потрясіння, що супроводжується гострим почуттям страху та депресією.

2 фаза – життя заходів боротьби зі стресом і загрозою життю.

3 фаза – звикання до нового життя з новими перспективами [19].

4. Модель Кублер – Росса. Найчастіше цитується модель перебігу реакції онкологічного хворого, яка складається з п'яти фаз реакції останнього:

1 фаза – фаза заперечення. Характеризується запереченням наявності онкологічної патології, зменшенням тяжкості свого стану, переконаністю, що діагноз встановлений помилково.

2 фаза – фаза агресії. Настає після підтвердження діагнозу й проявляється бурхливим протестом, схильністю до агресивних дій як до людей, так і до себе (суїцид).

3 фаза – фаза прийняття діагнозу. Цей період характеризується прийняттям фактів наявності злогокісного процесу та необхідності тривалого й інтенсивного лікування.

4 фаза – фаза депресії. Тривалий період стандартного лікування підготує хворого до поступової втрати надії на одужання, появи песимізму, пригніченості й пасивності.

5 фаза – фаза апатії. З'являється на останніх етапах протікання захворювання на тлі відсутності ефективності стандартного лікування та супроводжується байдужістю щодо оточення, зовнішніх і внутрішніх процесів [20].

У цих моделях прописується тільки констатація стану онкологічного хворого як у момент установаження діагнозу злогокісного захворювання, так і у процесі стандартного лікування. Оцінювання поведінки пацієнта дає можливість брати до уваги психологічну реакцію хворого та вибудувати реабілітаційні заходи в межах медичного та реабілітаційного закладу з урахуванням фаз реакцій емоційного протікання хвороби.

Серед досліджень психологічного стану людини в кризових умовах при онкологічних захворюваннях особливе місце посідає вивчення мотиваційної сфери хворих, що виникає у них перед операцією та в післяопераційний період, а також протягом 3–5 років після лікування [21].

Т. Ю. Мерілова продемонструвала: кризова ситуація під час встановлення діагнозу та лікування призводить до зміни життєвої позиції особистості – від «приреченості» до «позиції соціальної адаптації». Ці зміни трансформують усю мотиваційну сферу людини, змінюють домінування й призводять до зміни мотивів [21,22].

А. Ш. Тхостов, вивчаючи механізм патологічних змін особистості в кризових ситуаціях, дійшов висновку, що в онкологічних хворих відбувається перебудова мотиваційної сфери, яка проявляється у вигляді «зсуву мети життя на мотив». В онкологічних хворих раніше «діючі мотиви втрачають свою спонукальну силу, переходять у розряд цілей у структурі головного, провідного мотиву збереження життя» [22].

А. Komblith [23], І. П. Кірсева [24] відзначають, що онкологічні хворі дезадаптовані та не можуть повернутися до звичного для себе «здорового» життя після радикального лікування. Емоційне напруження у хворих з онкологічними захворюваннями спадає тільки через 10–15 років, коли з'являється впевненість в одужанні [24].

Слабким місцем цієї анамнестичної моделі є те, що неможливо у процесі встановлення причини захворювання практично вичленувати патологічний момент, бо втрата мотивації визначається суб'єктивно.

5. Патогенетична модель виникнення злогокісних пухлин. Особливе місце в моделюванні процесу формування в організмі людини злогокісної пухлини посідає модель виникнення та регресії пухлин (рис. 1, 2). Ці моделі дають можливість зрозуміти, як саме відбувається патологічний процес, та на його основі побудувати не тільки медичну, але й психосоціальну допомогу онкологічним хворим та інвалідам [25].



Рис. 1. Психосоматична модель утворення пухлини.



Рис. 2. Психосоматична модель регресії пухлини.

Питання про роль психіки у розвитку онкологічної хвороби, вивчення особистості хворого на рак, а також того, хто одужав, у їхніх взаєминах з довіллям, з іншими людьми, з собою дотепер залишається невирішеним.

Аналіз психологічних досліджень у сфері клінічної онкології показав, що вони акцентовані в цілому на вивченні як психологічного стану онкологічного хворого протягом лікування, так і його реакції на пред'явлений діагноз. Відокремлення в медицині психосоматичного напрямку, зацікавленість психіатрів у наданні професійної допомоги онкологічним хворим призвели до появи новітнього розділу – психоонкології.

Оцінюючи психологічний стан онкологічного хворого, психологи та психіатри приділяють увагу не тільки ситуативному стану організму, але й дають оцінку екологічному, соціальному оточенню щодо відновлення загального здоров'я в онкологічних хворих. Дослідження у сфері психоонкології здійснюють в напрямках запобігання онкологічним захворюванням, вивчення дисбалансу здоров'я в онкологічних хворих, взаємовідносин лікаря та пацієнта, моделювання надання реабілітації, паліативної допомоги тощо.

У процесі надання допомоги онкологічному хворому застосовують технологічні підходи з арсеналу психотерапії, які використовують з метою допомогти пацієнтові впоратися з реакцією на діагноз і на стандартне лікування, на подолання депресії та тривоги, котрі виникають у людей із пухлинною хворобою.

Психотерапія здійснюється шляхом застосування технологічних прийомів, серед них:

1. Поведінкова терапія (модифікація поведінки).

Спрямована на заміну проблематичної моделі поведінки хворого більш здоровою відповіддю на ситуацію, яка виникла, використовують прийоми на розслаблення м'язів [26].

2. Клієнт-сфокусована терапія.

Фокусується на почуттях і сучасному досвіді індивіда,

у нашому випадку – онкологічного хворого. Пацієнта спонукають спрямовувати свої думки, дії на забезпечення позитивних почуттів, допомагають відчутти підтримку. Мета полягає в тому, щоб допомогти пацієнтам самостійно вирішувати ситуації, котрі виникають у процесі лікування, та допомагати самому собі [27].

3. Тілесно-орієнтована терапія.

Різновид терапії, котрий заснований на вірі в те, що емоції зберігаються в організмі й можуть проявлятися у вигляді фізичного напруження, обмежень. З метою допомогти онкохворим «відпустити» негативні емоції, які накопичилися в організмі, у цій терапії використовують дихальні техніки, рухи, управління артеріальним тиском [28].

4. Когнітивна терапія (когнітивно-поведінкова терапія).

Мета – змінити думки, поведінку хворого, для чого робиться акцент на повторні, негативні думки, що впливають на поведінку пацієнта. Психотерапевт допомагає онкологічним хворим навчитися перепрограмувати шкідливі внутрішні повідомлення й створювати позитивні розмови із самим собою, мати позитивний внутрішній діалог [29].

5. Сімейна терапія.

Фокусується на різних формах стосунків між членами родини. Щоби допомогти сім'ї навчитися виявляти свої почуття, вчинки, до терапевтичних сесій за цією терапією залучаються всі її члени. У родині, в якій з'являється онкологічний хворий, нерідко виникають конфліктні ситуації щодо онкологічного хворого – до дружини, яка перенесла операцію з приводу раку молочної залози, або до чоловіка, якого оперували з приводу раку геніталій або прямої кишки [30].

6. Групова психотерапія.

Різновид соціальної роботи у групі, до котрої належать онкологічні хворі або інваліди, які перенесли стандартне лікування з приводу злоякісної пухлини. Мета групової терапії – надати корисну інформацію, обмінятися, навчитися необхідним навичкам, допомогти зменшити занепокоєння та поділитися загальною турботою, емоційною підтримкою для поліпшення якості життя [31,32].

7. Психодинамічна терапія.

Мета – зміна моделі поведінки онкологічного хворого як особистості через демонстрацію зв'язку між поточними емоційними реакціями та ранніми переживаннями в дитинстві. Така терапія є довгостроковою та фокусується на основних причинах проблеми.

У процесі терапії онкологічного хворого зосереджуються на його емоційному стресі в ході виникнення хвороби. Психотерапевт звертає увагу на депресію або тривогу, досліджує минуле або сьогоднішню ситуації, які можуть вплинути на взаємозв'язок людини та хвороби [33,34].

Як засвідчив власний досвід в організації реабілітаційних центрів та побудови індивідуальної програми реабілітації онкологічних хворих [35], найбільш прийнятними для побудови реабілітаційних заходів для онкологічних хворих є психосоматична теорія рис особистості та патогенетична модель виникнення злоякісних пухлин. Вони надають можливість вибудовувати індивідуальну програму реабілітації хворого як особистості. Якщо процес стандартного



лікування потребує вираховування поточного стану людини, то реабілітаційний процес потребує оцінювання стану особистості та корекції.

Висновки

1. Основними заходами в реабілітації онкологічних хворих/інвалідів є організація спеціалізованої медичної допомоги, догляд, надання різних видів соціальної та психологічної допомоги. Слабка соціальна й психологічна захищеність онкологічних хворих здатна несприятливо впливати на прогноз захворювання та погіршує якість жит-

тя. Реабілітацію онкологічних хворих необхідно розглядати як мультидисциплінарний розділ в онкології.

2. Створення різних груп психосоціальної підтримки для навчання, надання допомоги та самопідтримки для онкологічних хворих; організація тренінгів для родин, які мають хворих; підготовка волонтерів для надання допомоги хворим та інвалідам, пошук адекватної роботи, професії – усе це підвищує якість надання медичної, психологічної та соціальної допомоги онкологічному пацієнтові, поліпшує якість його життя.

Список літератури

1. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология : практическое руководство / В.Д. Менделевич. – М. : МЕД-пресс, 1999. – 592 с.
2. Attitudes of Canadian oncology practitioners toward psychosocial interventions in clinical and research settings in women with breast cancer / M.E. Del Giudice, M. Leszcz, K.I. Pritchard et al. // *Psychooncology*. – 1997. – Vol. 6. – №3. – P. 178–189.
3. Fulton C. Patients with metastatic breast cancer: their physical and psychological rehabilitation needs / C. Fulton // *J. Rehabil. Res.* – 1999. – Vol. 22. – №4. – P. 291–301.
4. Walker L.G. Behavioural oncology: psychosocial aspects of understanding and treating malignant disease / L.G. Walker // *Eur. J. Surg. Oncol.* – 1996. – Vol. 22. – №5. – P. 543–545.
5. Личность пациента и болезнь / В.Т. Волков, А.К. Стрелис, Е.В. Караваева и др. – Томск, 1995. – 328 с.
6. Ebaugh F.G. Emotional factors involved in serious illness / F.G. Ebaugh // *Texas State J. Med.* – 1955. – Vol. 55. – P. 152–156.
7. Le Shan L.L. Basic psychological orientation apparently associated with malignant diseases / L.L. Le Shan // *Psychiat. Quart.* – 1961. – Vol. 35. – P. 314–330.
8. Booth'a G. Krebs und Tuberculose im Roischachschen Formdeuteversuch / G. Booth'a // *Z. Psychosem. Med.* – 1964. – B. 10. – S. 176–186.
9. Kissen D.M. Relationship between primary lung cancer and peptic ulcer in Males / D.M. Kissen // *Psychosom. Med.* – 1962. – Vol. 24. – P. 113–121.
10. Moreno-Smith M. Impact of stress on cancer metastasis / M. Moreno-Smith, S.K. Lungendorf, A.K. Sood // *Future Oncol.* – 2010. – Vol. 6. – №12. – P. 1863–1881.
11. Непомнящая Н.И. О психологическом аспекте онкологических заболеваний / Н.И. Непомнящая // *Психологический журнал*. – 1998. – №4. – С. 132–145.
12. Ивашкина М.Г. Психологические особенности личности онкологических больных : автореф. дис. на соискание ученой степени к.мед.н.: спец. 19.00.11 «Психология личности» / М.Г. Ивашкина. – М., 1998. – 21 с.
13. Effects of treatment on the work experience of long-term survivors of Hodgkin disease / J.R. Bloom, R.T. Hoppe, P. Fobair et al. // *J. Psychosocial Oncology*. – 1989. – Vol. 6. – P. 65–80.
14. Пачеко К.Б. Исцеление через осознание (теомания: причина стресса) / К.Б. Пачеко. – М., 1991. – 191 с.
15. Саймонтон К. Возвращение к здоровью: Новый взгляд на тяжелые заболевания / К. Саймонтон, С. Саймонтон. – СПб., 1995. – 171 с.
16. O'Toole D.M. Evaluating cancer patients for rehabilitation potential / D.M. O'Toole, A.M. Golden // *West J. Med.* – 1991. – Vol. 155. – P. 384–387.
17. Coldsen R.K. Some factors related to patients delay in seeking diagnosis for cancer symptoms / R.K. Coldsen, R.K. Gerhardt, V.H. Handy // *Cancer*. – 1957. – Vol. 10. – P. 1–7.
18. Gobb V. Emotional problem of adult patient / V. Gobb // *W. J. Amer. Geriatric Society*. – 1959. – Vol. 59. – P. 274–285.
19. Litin E.H. Should be cancer patient told? / E.H. Litin // *Postgrad. Med.* – 1960. – Vol. 28. – P. 70–75.
20. Barone J.E. Resident work hours: the five stages of grief / J.E. Barone, M.E. Ivy // *Academic Medicine*. – 2004. – Vol. 79. – №5. – P. 379–380.
21. Мерилова Т.Ю. Особенности мотивационной сферы у онкологических больных : автореф. дис. на соискание ученой степени к.мед.н. : спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / Т.Ю. Мерилова. – М., 1984. – 23 с.
22. Тхостов А.Ш. Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях : автореф. дис. на соискание ученой степени к.мед.н. : спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / А.Ш. Тхостов. – М., 1980. – 24 с.
23. Hodgkin disease survivors et increased risk for problems in psychosocial adaptation / A. Komblith, J. Anderson, D. Cella et al. // *Cancer*. – 1992. – Vol. 170. – P. 2214–2224.
24. Киреева И.П. Психосоциальные аспекты детской онкологии / И.П. Киреева // *Социальные и психологические проблемы детской онкологии : материалы I всероссийской конф.* – М., 1997. – С. 95–97.
25. Мисяк С.А. Практическое пособие по медицинской, социальной и трудовой реабилитации онкологических больных и инвалидов / С.А. Мисяк. – изд. 2-е, перераб. и доп. – Херсон : Айлант, 2002. – 216 с.
26. Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting / D.R. Hopkoa, J.L. Bellb, M. Armentoa, et al. // *Behavior Therapy*. – 2008. – Vol. 39. – №2. – P. 126–136.
27. Cassileth B.R. The aim of psychotherapeutic intervention in cancer patients / B.R. Cassileth // *Support Care Cancer*. – 1995. – Vol. 3. – P. 267–269.
28. Koch S.C. International dance/movement therapy research: theory, methods, and empirical findings / S.C. Koch, I. Brauning-inger // *Am. J. Dance Therapy*. – 2005. – Vol. 27. – P. 37–46.
29. A randomized clinical trial of group-based cognitive-behavioral stress management in localized prostate cancer: development of stress management skills improves quality of life and benefit finding / F.J. Penedo, I. Molton, J.R. Dahn et al. // *Ann. Behav. Med.* – 2006. – Vol. 31. – P. 261–270.
30. Holland J.C. *Psycho-oncology* / J.C. Holland. – N.Y. : Oxford University Press, 1998. – 1189 p.
31. Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial / D. Spiegel, L.D. Butler, J. Giese-Davis et al. // *Cancer*. – 2007. – Vol. 110. – P. 1130–1138.
32. Greenstein M. Cancer and the experience of meaning: a group psychotherapy program for people with cancer / M. Greenstein, W. Breitbart // *Am.J.Psychother.* – 2000. – Vol. 54. – №4. – P. 486–500.
33. Derogatis L.R. Psychological coping mechanism and survival time in metastatic breast cancer / L.R. Derogatis, M.D. Abeloff, N. Melisartos // *JAMA*. – 1979. – Vol. 242. – P. 1504–1508.
34. Greer S. Psychological response to breast cancer: influence on the outcome / S. Greer, J. Morris, K.W. Pettingage // *Lancet*. – 1979. – Vol. 2. – P. 785–787.
35. Мисяк С.А. Методологія проведення індивідуальної програми реабілітації пацієнта з інвалідністю внаслідок онкологічного захворювання в умовах реабілітаційного центру / С.А. Мисяк // *Онкологія*. – 2015. – Т. 17. – №4(66). – С. 292–295.



References

1. Mendeleevich, V. D. (1999) *Klinicheskaya i medicinskaya psikhologiiya. Practicheskoe rukovodstvo [Clinical and medical psychology. Practical Guide]*. Moscow: Medpress. [in Russian].
2. Del Giudice, M. E., Leszcz, M., Pritchard, K. I., Vincent, L., & Goodwin, P. (1997) Attitudes of Canadian oncology practitioners toward psychosocial interventions in clinical and research settings in women with breast cancer. *Psychooncology*, 6(3), 178–189.
3. Fulton, C. (1999) Patients with metastatic breast cancer: their physical and psychological rehabilitation needs. *J. Rehabil. Res.*, 22(4), 291–301.
4. Walker, L. G. (1996) Behavioural oncology: psychosocial aspects of understanding and treating malignant disease. *Eur. J. Surg. Oncol.*, 22(5), 543–545. doi: 10.1016/S0748-7983(96)93259-X.
5. Volkov, V.T., Strelis, A. K., Karavaeva, E. V., & Tetenev, F. F. (1995) *Lichnost' pacienta i bolezn' [The identity of the patient and the disease]* Tomsk. [in Russian].
6. Ebaugh, F. G. (1955) Emotional factors involved in serious illness. *Texas State J. Med.*, 55, 152–156.
7. Le Shan, L. L. (1961) Basic psychological orientation apparently associated with malignant diseases. *Psychiat. Quart.*, 35, 314–330. doi: 10.1007/BF01566582.
8. Booth'a, G. (1964) Krebs und Tuberculose im Roischachschen Formdeuteversuch. *Z. Psychosem. Med.*, 10, 176–186.
9. Kissen, D. M. (1962) Relationship between primary lung cancer and peptic uncer in Males. *Psychosom. Med.*, 24, 113–121.
10. Moreno-Smith, M., Lungendorf, S. K., & Sood, A. K. (2010) Impact of stress on cancer metastasis. *Future Oncol.*, 6(12), 1863–1881. doi: 10.2217/fon.10.142.
11. Nepomnyashchaya, N. I. (1998) O psikhologicheskoy aspektе onkologicheskikh zaboлевaniy [On the psychological aspect of cancer]. *Psikhologicheskij zhurnal*, 4, 132–145.
12. Ivashkina, M. G. (1998) *Psikhologicheskije osobennosti lichnosti onkologicheskikh bol'nykh. (Avtoref. dis...kand. med. nauk). [Psychological personality characteristics of cancer patients]. (Extended abstract of candidate's thesis)*. Moscow. [in Russian].
13. Bloom, J. R., Hoppe, R. T., Fobair, P., Cox, R. S., Varghese, A., & Spiegel, D. (1989) Effects of Treatment on the Work Experience of Long-term Survivors of Hodgkin Disease. *J. Psychosocial Oncology*, 6, 65–80. Doi: 10.1300/J077v06n03_05.
14. Pacheko, K. B. (1991) *Iscelenie cherez osoznanie (teomaniya: prichina stressa). [Healing through awareness (teomaniya: cause of stress)]*. Moscow. [in Russian].
15. Saimonton, K., & Saimonton, S. (1995) *Vozvrashchenie k zdorov'yu: Novyj vzglyad na tyazholye zabolevaniya. [Return to Health: A New Look at serious diseases]* Saint. Petersburg. [in Russian].
16. O'Toole, D. M., & Golden, A. M. (1991) Evaluating cancer patients for rehabilitation potential. *West J. Med.*, 155, 384–387.
17. Coldsen, R. K., Gerhardt, R. K., & Handy, V. H. (1957) Some factors related to patients delay in seeking diagnosis for cancer symptoms. *Cancer*, 10, 1–7. doi: 10.1002/1097*0142(195701/02)10:1<1::AID-CNCR2820100102>3.0.CO;2-Z.
18. Gobb, B. (1959) Emotional problem of adult patient. *W. J. Amer. Geriatric Society*, 59, 274–285.
19. Litin, E. H. (1960) Should be cancer patient told? *Postgrad. Med.*, 28, 70–75.
20. Barone, J. E., & Ivy, M. E. (2004) Resident work hours: the five stages of grief. *Academic Medicine*, 79(5), 379–380. doi: 10.1097/00001888-200405000-00002.
21. Merilova, T. Yu. (1984) *Osobennosti motivacionnoj sfery u onkologicheskikh bol'nykh. (Avtoref. dis...kand. med. nauk). [Features of motivational sphere in cancer patients]. (Extended abstract of candidate's thesis)*. Moscow. [in Russian].
22. Tkhostov, A. Sh. (1980) *Psikhologicheskij analiz izmenenij lichnosti pri nekotorykh onkologicheskikh zabolevaniyakh. (Avtoref. dis...kand. med. nauk). [Psychological analysis of the personality changes in some cancers]. (Extended abstract of candidate's thesis)*. Moscow. [in Russian].
23. Kombliht, A., Anderson, J., Cella, D., Tross, S., Zuckerman, E., Cherin E., et al. (1992) Hodgkin disease survivors et increased risk for problems in psychosocial adaptation. *Cancer*, 170, 2214–2224.
24. Kireeva, I. P. (1997) *Psikhosotsial'nye aspekty detskoj onkologii. [Psychosocial Aspects of Pediatric Oncology]. Social'nye i psikhologicheskije problemy detskoj onkologii. Proceedings of the 1st All-Russian Conference, (P. 95–97)*. Moscow. [in Russian].
25. Misyak, S. A. (2002) *Prakticheskoe posobie po medicinskoj, socialnoj i trudovoj reabilitacii onkologicheskikh bol'nykh i invalidov. [Practical guide to medical, social and occupational rehabilitation of cancer patients and people with disabilities]*. Kherson: Ajlant. [in Ukrainian].
26. Hopkoa, D. R., Bellb, J. L., Armentoa, M., Robertson, S., Mullane, C., Wolf, N., & Lejuez, C. W. (2008) Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behavior Therapy*, 39(2), 126–136. doi: 10.1016/j.beth.2007.05.007.
27. Cassileth, B. R. (1995) The aim of psychotherapeutic intervention in cancer patients. *Support Care Cancer*, 3, 267–269.
28. Koch, S. C., & Brauning, I. (2005) International dance/movement therapy research: theory, methods, and empirical findings. *Am.J. Dance Therapy*, 27, 37–46.
29. Penedo, F. J., Molton, I., Dahn, J. R., Shen, B. J., Kinsinger, D., Traeger, L., et al. (2006) A randomized clinical trial of group-based cognitive-behavioral stress management in localized prostate cancer: development of stress management skills improves quality of life and benefit finding. *Ann. Behav. Med.*, 31, 261–270.
30. Holland, J. C. (1998) *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.
31. Spiegel, D., Butler, L. D., Giese-Davis, J., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., et al. (2007) Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial. *Cancer*, 110, 1130–1138. doi: 10.1002/cncr.22890.
32. Greenstein, M., & Breitbart, W. (2000) Cancer and the experience of meaning: a group psychotherapy program for people with cancer. *Am.J.Psychother.*, 54(4), 486–500.
33. Derogatis, L. R., Abeloff, M. D., & Melisartos, N. (1979) Psychological coping mechanism and survival time in metastatic breast cancer. *JAMA*, 242, 1504–1508. doi: 10.1001/jama.1979.03300140020016.
34. Greer, S., Morris, J., & Pettigage, K. W. (1979) Psychological response to breast cancer: influence on the outcome. *Lancet*, 2, 785–787. doi: 10.1016/S0140-6736(79)92127-5.
35. Misiak, S. A. (2015) *Metodolohiia provedennia indyvidualnoi prohramy reabilitatsii patsiienta z invalidnistiu vnaslidok onkolohichnoho zakhvoriuvannia v umovakh reabilitatsiinoho tsentru [Methodology of the individual patient rehabilitation program with a disability as a result of cancer in terms of the rehabilitation center]*. *Onkolohiia*, 17, 4(66), 292–295. [in Ukrainian].

Відомості про автора:

Місяк С. А., к. мед. н., старший науковий співробітник, Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології імені П. Є. Кавецького НАН України, E-mail: misyak@gmail.com.

Сведения об авторе:

Місяк С. А., к. мед. н., старший науковий співробітник, Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології імені П. Є. Кавецького НАН України, E-mail: misyak@gmail.com.

Information about author:

Misiak S. A., MD, PhD, Senior Researcher, RE Kavetsky Institute of Experimental Pathology, Oncology and Radiobiology, National Academy of Sciences of Ukraine, Kyiv, E-mail: misyak@gmail.com.

Поступила в редакцію 08.02.2016 г.