

Для цитирования: *Важенин А.В., Циринг Д.А., МIRONCHENKO М.Н., Пономарева И.В., Евстафеева Е.А.* Рак молочной железы: роль психологической помощи в эффективности лечения. Сибирский онкологический журнал. 2021; 20(6): 96–103. – doi: 10.21294/1814-4861-2021-20-6-96-103

For citation: *Vazhenin A.V., Tsiring D.A., Mironchenko M.N., Ponomareva I.V., Evstafeyeva E.A.* Breast cancer: role of psychological support and the effectiveness of treatment. Siberian Journal of Oncology. 2021; 20(6): 96–103. – doi: 10.21294/1814-4861-2021-20-6-96-103

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

**А.В. Важенин¹, Д.А. Циринг^{2,3}, М.Н. МIRONCHENKO^{1,2}, И.В. Пономарева^{2,3},
Е.А. Евстафеева^{2,3}**

ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»,
г. Челябинск, Россия¹

Россия, 454001, г. Челябинск, ул. Блюхера, 42. E-mail: ivp-csu@yandex.ru¹

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет»,
г. Томск, Россия²

Россия, 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36²

ФГБОУ ВО «Челябинский государственный университет», г. Челябинск, Россия³

Россия, 454001, г. Челябинск, ул. Бр. Кашириных, 129³

Аннотация

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) занимает лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости. Возникая внезапно, данная болезнь ставит под угрозу жизнь женщины, приводит к неопределенности будущего, изменению картины мира, снижению социального функционирования. При этом у больных раком молочной железы страдает качество жизни, что напрямую связано с прогнозом течения заболевания и показателями выживаемости. **Цель исследования** – анализ качества жизни женщин с диагнозом рак молочной железы, а также метаанализ данных, указывающих на необходимость психологического вмешательства в лечение больных, направленного на улучшение качества жизни (КЖ). **Материал и методы.** В исследование включены 186 женщин с люминальным раком молочной железы, который диагностирован не ранее 6 мес от момента опроса. Для исследования качества жизни больных РМЖ использовался опросник SF-36 (36-Item Short-Form Health Survey), рекомендованный международным протоколом. **Результаты.** Сравнительный анализ стандартизированных показателей КЖ свидетельствует о том, что качество жизни у больных раком молочной железы значительно ниже, чем у женщин из популяции ($p \leq 0,05$). Данный результат требует внимания как со стороны социальных и психологических служб, так и со стороны врачей в связи с тем, что общий показатель качества жизни связан с прогнозом выживаемости. Суть оказания психологической помощи женщинам с раком молочной железы состоит не столько в облегчении их моральных и психологических страданий, сколько в усилении эффекта лечения, а значит, повышения выживаемости. Необходимо обязательное включение психологических реабилитационных программ в протокол лечения больных РМЖ для усиления эффекта лечения и улучшения качества жизни.

Ключевые слова: онкопсихология, рак молочной железы, выживаемость, качество жизни, психологическая помощь.

BREAST CANCER: ROLE OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT AND THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT

A.V. Vazhenin¹, D.A. Tsiring^{2,3}, M.N. Mironchenko^{1,2}, I.V. Ponomareva^{2,3},
E.A. Evstafeyeva^{2,3}

Chelyabinsk Regional Clinical Center of Oncology and Nuclear Medicine, Chelyabinsk, Russia¹

42, Blucher Street, 454001, Chelyabinsk, Russia. E-mail: vip-csu@yandex.ru¹

National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia²

36, Lenin Ave., 634050, Tomsk, Russia²

Chelyabinsk State University, Chelyabinsk, Russia³

129, Bratiev Kashirinykh Street, 454001, Chelyabinsk, Russia³

Abstract

Background. Breast cancer is the most frequently diagnosed and life-threatening cancer in women worldwide. Since the disease diagnosis and treatment have improved greatly over time, quality of life has become an important outcome measure in breast cancer clinical investigations. **The goal of the study** was to analyze quality of life in women with breast cancer and to conduct a meta-analysis of data indicating the need for psychological support aimed at improving the quality of life in breast cancer patients. **Material and Methods.** The study involved 186 women who were diagnosed with breast cancer no earlier than 6 months from the date of the survey. All patients had a luminal type of tumor. To study the quality of life of women with breast cancer, the SF-36 (36-Item Short-Form Health Survey) questionnaire recommended by the international protocol was used. **Results.** Comparative analysis of standardized indicators of the quality of life indicates that the quality of life of women with breast cancer is significantly lower than that of women from the population ($p < 0.05$). This result requires attention from both social/psychological services and physicians, due to the fact that the general indicator of the quality of life is associated with the prognosis of survival. The essence of providing psychological support to women with breast cancer is not only to alleviate their moral and psychological suffering, but also to enhance the effect of treatment and, as a result, increase survival. The authors come to the conclusion that it is necessary to include psychological rehabilitation programs in the protocol for treating women with breast cancer to enhance the effect of treatment, improve the quality of life.

Key words: oncopsychology, breast cancer, survival, quality of life, psychological assistance.

Введение

Рак молочной железы (РМЖ) занимает лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости. По мировым статистическим данным, более 1,5 млн женщин поставлен диагноз рак молочной железы, около 400 тыс случаев РМЖ заканчиваются летальным исходом. Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения РМЖ, показатели выживаемости остаются неудовлетворительными. Распространенность РМЖ широка во всех развитых и развивающихся странах. Статистические данные свидетельствуют о том, что около 80 % больных РМЖ находятся в возрасте более 45–50 лет. Данная категория женщин очень уязвима и в социальном плане: как правило, это женщины предпенсионного возраста, имеющие финансовые ограничения, сложности в перемещении, в установлении новых коммуникаций. Таким женщинам в целом сложнее самостоятельно организовать новые жизненные условия для решения задач, связанных с лечением заболевания. Нельзя упускать из виду социальную уязвимость женщин, столкнувшихся со смертельным заболеванием. Государственные программы (например, по скринингу РМЖ), национальные проекты с большими финансовыми и интеллектуальными ресурсами,

направленные на модернизацию методов диагностики и лечения рака молочной железы, снижают смертность. Однако около 30 % женщин умирают в первый год после постановки диагноза.

Установление онкологического диагноза представляет собой экстремальную ситуацию для женщины, требующую мощных психологических ресурсов, чтобы нивелировать стресс, осознать и выстроить новую стратегию жизни, направленную на лечение. Пациенты испытывают беспокойство, тревогу, неуверенность, депрессию, что обуславливает истощение нервной и иммунной системы, снижение адаптивных возможностей. В итоге такая симптоматика негативным образом отражается на течении болезни, эффективности лечения, выздоровлении в целом, в том числе снижается качество жизни (КЖ). Качество жизни онкологических пациентов рассматривается как интегральная характеристика физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанная на его субъективном восприятии [1].

Федеральный проект Министерства здравоохранения РФ «Борьба с онкологическими заболеваниями» ставит цель – до 2024 г. снизить смертность россиян от злокачественных новообразований. В

рамках этого приоритета выживаемость – первая цель. Такие биологические исходы болезни и процесса лечения, как ответ опухоли на лечение, длительность эффекта, токсичность и т. д., становятся вторичными. Однако понимание дефицитности оценки только биологических последствий как заболевания, так и лечения привело к выделению КЖ как новой цели лечения [2]. Всемирная организация здравоохранения рассматривает качество жизни как основной критерий восстановительно-медицинских мероприятий при отсутствии реальной угрозы жизни пациента. В современных исследованиях КЖ рассматривается как системное явление, отражающее структурные и уровневые механизмы формирования здоровья (полной адаптации) на основе знания, понимания и отношения субъекта к здоровью и болезни [3].

Ряд клинических исследований доказали прогностическую значимость качества жизни для оценки выживаемости больных. Оцениваемые врачами показатели пациентов по физическому самочувствию, настроению, тошноте и рвоте, аппетиту и общему показателю качества жизни (кроме боли) в начале лечения выступают важными предикторами отдаленной выживаемости [4]. В связи с этим восстановление и сохранение качества жизни женщин с онкологической патологией, учитывая их социальную уязвимость, становятся новым приоритетом медицинской помощи.

Целью исследования является анализ качества жизни женщин с диагнозом рак молочной железы, а также метаанализ данных, указывающих на необходимость психологического вмешательства в лечение больных, направленного на улучшение качества жизни.

Материал и методы

В исследование включены 186 женщин в возрасте от 26 до 80 лет (Med=57, Min=26, Max=80), проживающих в России. Уровень образования: среднее профессиональное образование – 56,8 %, высшее образование – 35,9 %, общее среднее образование – 7,3 %. Женщин в браке – 61,5 %, работающих – 51,4 %, неработающих – 48,6 %; 40 % – жители села, 60 % – живут в городе. Распределение по уровню дохода: выше среднего – 7 %, средний уровень – 63,1 %, ниже среднего – 16,6 %, низкий – 9,1 %, критически низкий – 4,3 %, женщин с высоким уровнем дохода среди участниц исследования не оказалось. У всех женщин диагностирован люминальный рак молочной железы не ранее 6 мес от момента опроса. Чаще всего встречался умереннодифференцированный вариант инвазивной карциномы – 54,5 % случаев, высокодифференцированный рак выявлен в 31,8 % случаев, низкодифференцированного рака и Gx – по 1 случаю. При распределении по локализации чаще встречались больные раком левой молочной железы – 63,6 % случаев.

Распределение РМЖ по стадиям: I стадии – 59 %, II стадия – 22,7 %, III стадия – 13,6 %.

Методы исследования: анкетирование, опрос, методы описательной статистики, одновыборочный t-критерий. Для исследования КЖ использовался опросник SF-36 (36-Item Short-Form Health Survey), рекомендованный международным протоколом. С помощью опросника определялись нарушения физического, психологического и социального функционирования. Результаты представлялись в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Оценивались показатели: общее состояние здоровья (General Health, GH); физическое функционирование (Physical Functioning, PF); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning, RP); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional, RE); социальное функционирование (Social Functioning, SF) определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение); интенсивность боли (Bodily Pain, BP); жизненная активность (Vitality, VT); психическое здоровье (Mental Health, MH).

Результаты

Качество жизни – системный прогностический показатель, используемый в международной медицине для оценки состояния больных, ответа на лечение, динамики выздоровления. Нами изучены показатели качества жизни у больных раком молочной железы I–III стадии (таблица). С целью определения особенностей качества жизни больных РМЖ произведено статистическое сравнение полученных показателей с популяционными значениями. Использовались популяционные показатели, полученные в многоцентровом исследовании качества жизни «МИРАЖ» на выборке 3 400 респондентов (2 405 женщин, 939 мужчин) из 5 центров России [5]. Прежде чем сравнить показатели КЖ, мы стандартизировали средние значения, а затем сопоставили со средними значениями стандартизированных популяционных показателей качества жизни SF-36.

Сравнивая показатели качества жизни женщин, больных раком молочной железы, с данными, полученными на популяционной выборке здоровых женщин, мы обнаружили значимые различия высокого уровня по всем шкалам SF-36. Так, физическое функционирование у женщин с РМЖ значимо ниже ($p=0,001$), чем в популяционной выборке. Вероятнее всего, это связано с ограниченными возможностями здоровья больных женщин. Ограниченная физическая активность, сниженный объем повседневной физической нагрузки являются следствием заболевания. Ролевое физическое функционирование связано с ролью

Таблица/Table

**Результаты сравнения показателей качества жизни больных раком молочной железы
и популяционных показателей качества жизни женщин**

Comparison of quality of life indicators in women with breast cancer and population quality of life indicators

Показатели/ Parameters	Стандартизированные показатели популяционной выборки (n=2405)/ Standardized indicators of the popula- tion sample (n=2405)	Показатели больных РМЖ (n=186)/ Indicators of women with breast cancer (n=186)	t	p
Общее состояние здоровья/ General health	49,42 ± 9,88	44,62 ± 17	-3,846	0,001
Физическое функционирование/ Physical functioning	49,32 ± 10,03	43,99 ± 10,76	-6,762	0,001
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием/ Role-based functioning physical condition	49,39 ± 9,97	45,46 ± 10,04	-5,333	0,001
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональ- ным состоянием/ Emotional role functioning	49,49 ± 10,02	45,5 ± 10,03	-5,421	0,001
Социальное функциониро- вание/ Social functioning	49,34 ± 10,03	45,81 ± 11,83	-4,069	0,001
Интенсивность боли/ Pain intensity	49,36 ± 9,84	47,36 ± 12,09	-2,259	0,025
Жизненная активность/ Vital activity	49,11 ± 10,07	46,98 ± 12,65	-2,293	0,023
Психическое здоровье/ Mental health	48,92 ± 10,12	44 ± 13,44	-4,993	0,001

физических проблем в ограничении жизнедеятельности. У больных РМЖ данный показатель значимо ниже, чем в популяционной выборке ($p=0,001$). Женщины с РМЖ чаще отмечают, что проблемы, связанные со здоровьем, ограничивают их жизнедеятельность, рак молочной железы как болезнь накладывает ограничения на выполнение работы или повседневных обязанностей.

Болевой синдром, испытываемый женщинами с РМЖ, переживается ими достоверно интенсивнее и влияет на выполнение нормальной физической деятельности в течение последнего месяца на момент психодиагностики ($p=0,025$). Они испытывают интенсивные болевые ощущения, которые ограничивают физическую активность и оказывают влияние на КЖ. В момент психодиагностики больные женщины оценивали состояние собственного здоровья, перспективы лечения и то, как они противостоят болезни, значимо хуже, чем женщины из популяционной выборки ($p=0,001$). Женщины с онкологическим диагнозом в меньшей степени, чем женщины в целом, ощущают себя полными сил и энергии, то есть жизнеспособными ($p=0,023$). Они чаще испытывают состояние утомления и снижение жизненной активности. Социальное функционирование женщин с РМЖ оценивается субъективно ниже, чем у женщин из популяции

($p=0,001$). Они менее удовлетворены уровнем собственной социальной активности, например общением с друзьями, с семьей, в коллективе. Их социальные контакты снижены в связи с ухудшением здоровья. Рольное эмоциональное функционирование, предполагающее оценку степени влияния эмоционального состояния на выполнение работы или обычной повседневной жизни, значимо ниже у больных РМЖ ($p=0,001$). Это свидетельствует о том, что эмоциональное состояние онкологических пациентов ограничивает их повседневную активность. Психологическое здоровье как интегративный показатель положительных эмоций значимо ниже у женщин с РМЖ ($p=0,001$). Женщины с онкологическим диагнозом больше времени чувствуют тревогу, переживают депрессивные эмоции, психологическое неблагополучие.

Сравнительный анализ стандартизированных показателей КЖ свидетельствует, что качество жизни женщин с РМЖ значительно ниже, чем у женщин из популяции. Данный факт требует внимания как со стороны социальных и психологических служб, так и со стороны врачей в связи с тем, что общий показатель качества жизни связан с прогнозом выживаемости [4]. Очевидно, что для улучшения качества жизни онкологических больных, улучшения отдаленных результатов лечения

необходимо объединение усилий специалистов разных профилей, создание единой системы сопровождения пациентов.

Обсуждение

В медицинской и психологической литературе накоплены данные, свидетельствующие о необходимости профессиональной психологической поддержки и помощи больным раком молочной железы. Отдельные исследования в рамках онкопсихологии посвящены изучению психологических факторов, течения РМЖ, а также выживаемости больных. По данным Г.А. Ткаченко и соавт. [6], на смену шокowому состоянию от сообщения онкологического диагноза приходят страх и тревога, которые в отсутствие профессиональной психологической помощи у 87 % больных, перенесших радикальную мастэктомию, в отдаленном периоде трансформируются в тяжелые невротические расстройства, депрессию различной степени выраженности. В другом отечественном исследовании показано, что физические возможности женщин с РМЖ, несмотря на благоприятный исход операции и прошедшие после нее годы, достаточно снижены. Отрицательные эмоции усиливаются по прошествии длительного времени после операции. Удовлетворенность жизнью и супружескими отношениями у женщин, переживших радикальное лечение, снижается, а высокая потребность в эмоциональной близости не удовлетворяется. При этом диагноз «рак молочной железы» по сравнению с другими онкологическими нозологиями вызывает больше тревоги. В многочисленных исследованиях отмечены психологические расстройства личности онкологических больных на всех этапах лечения, в том числе при стойкой ремиссии: симптомы психологической дезадаптации, тревожности и депрессии, связанные со страхом повторения заболевания и угрозой жизни, безнадежность, связанная с суицидальными тенденциями, ограничение социальных контактов и пассивный уровень социального взаимодействия, такие акцентуации, как большая эмотивность и тревожность, меньшая возбудимость, демонстративность, циклотимность и экзальтированность, по сравнению с условно здоровыми женщинами. Негативные психологические последствия рака молочной железы лишь усугубляют качество жизни женщин, а значит, и прогноз течения заболевания. Успешность адаптации больных со злокачественными новообразованиями связывают с доступной социальной поддержкой в формировании лучшего качества жизни. Таким образом, снизить негативные последствия онкологического диагноза, радикального лечения, а также повысить выживаемость у больных РМЖ возможно при оказании профессиональной психологической помощи.

Примером эффективности психологической помощи при медицинском вмешательстве явля-

ется репродуктивная медицина, где в протокол экстракорпорального оплодотворения включены обязательные консультации психолога. Женский организм отзывчив на психологические интервенции, которые увеличивают вероятность успешного экстракорпорального оплодотворения на 50 %. В психоонкологических исследованиях показано, что включенность пациентов в психосоциальные реабилитационные программы удваивает продолжительность их жизни по сравнению с теми, кто не посещал подобные мероприятия [7]. В немногочисленных локальных отечественных исследованиях показана эффективность индивидуальной психологической работы с больными РМЖ в контекстах когнитивной, суггестивной психотерапии, арт-терапии [8]. Психотерапевтические группы имеют преимущество в том, что они более полезны, если их обсуждают с точки зрения экономической эффективности, чем индивидуальная терапия, поскольку она предполагает обслуживание большего числа пациентов. Групповая работа с женщинами, больными раком молочной железы, создает сеть поддержки с так называемой группой равных. Так, психологическая групповая работа в онкологических диспансерах с женщинами, получающими лечение по поводу РМЖ, создает психолого-социальную поддержку на более высоком социальном уровне, чем ближайшее окружение.

В ряде исследований показано, что групповая терапия уменьшает депрессию и беспокойство, а также улучшает КЖ. Испанские ученые провели анализ эффективности групповой терапии эмоционального состояния и качества жизни у больных РМЖ после завершения лечения. Участниками исследования были 100 женщин с недиссеминированным раком молочной железы, которые были разделены на два типа групповой психотерапии (у одной – формировали навыки самооценки и социальные навыки, другая группа работала в контексте когнитивно-поведенческой терапии). Значимых различий в снижении тревоги и депрессии между группами с разным психотерапевтическим вмешательством не наблюдалось. Эмоциональное благополучие и КЖ у женщин после групповой психотерапии значительно улучшились. Эффект сохранился и через 3 мес после психотерапии [9].

Исследования центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева демонстрируют эффективность групповой психотерапии у больных РМЖ после 10 сеансов: женщины начинают чаще обращаться за помощью и поддержкой к окружающим (врачам, близким родственникам), реже жалуются на усталость и отсутствие аппетита. Главным достижением психологической реабилитации является то, что в группе женщин с РМЖ не было ни одного отказа от химио- и лучевой терапии [10].

Анализ научных публикаций показывает, что психологическая помощь женщинам оказывается,

как правило, некоммерческими организациями, благотворительными фондами или в рамках научных исследований с целью проверки гипотез. В медицинских учреждениях отсутствует системная работа по психологическому сопровождению женщин с онкологической патологией, когда в одной команде с врачами работали бы и профессиональные психологи. Анализ литературы показывает, что включение полноценной службы психологического сопровождения в структуру онкологических стационаров может повысить эффективность лечения. Безусловно, что для эффективного лечения РМЖ важны современные медицинские технологии, но это может дать более выраженный результат при полноценном психологическом и социальном сопровождении.

Злокачественные новообразования являются психотравмирующими заболеваниями, поскольку угрожают жизни и снижают ее качество. Женщинам с РМЖ сложно справиться с вынужденной сменой представлений о себе, текущей жизни, своем будущем как в психологическом плане, так и с физическими симптомами болезни. Исследования клинико-психологических особенностей женщин с РМЖ свидетельствуют о наличии у них расстройств психической сферы в виде адаптационных нарушений (из рубрики F43 по МКБ-10) [11].

Совместная работа врачей и психологов при мультидисциплинарном подходе к лечению рака молочной железы может увеличить выживаемость больных за счет улучшения КЖ. Необходимо оказание психологической помощи на госпитальном этапе лечения и особенно после выписки из стационара. Женщины, больные раком молочной железы, сообщают, что после выписки оказываются один на один с болезнью, лишившись медицинской поддержки в режиме 24/7, а также психологической поддержки таких же женщин – соседей по палате. У больных РМЖ повышается тревога, актуализируются негативные мысли и страхи. Не всегда семья и ближайшее окружение могут оказать психологическую поддержку, члены семьи не всегда понимают, как себя вести с больным, как ему помочь и не навредить. Часть женщин, принимающих участие в нашем исследовании, сообщали, что тема их заболевания в семье под запретом и даже не все члены семьи знают об их диагнозе. Очевидно, что такая стратегия избегания проблемы или проявление так называемой «онкофобии» со стороны

близких не приносит пользы больной РМЖ и усугубляет ее эмоциональное состояние.

Психологическая помощь требуется не только онкологическим пациентам, но и лицам, которые ухаживают за ними и сталкиваются с различными трудностями: страдания и психологические переживания, интенсивность симптоматики – все это оказывает влияние на благополучие и снижает качество жизни больной [12, 13]. В отдельных исследованиях продемонстрирована необходимость психосоциальной поддержки как для лиц, осуществляющих уход за онкологическими больными, так и для семей в целом, которые испытывают большой стресс, физические и психологические нагрузки. По данным зарубежных авторов, психологическое вмешательство, оказываемое лицам, осуществляющим уход за больными раком, может уменьшить негативные последствия, улучшить навыки и качество жизни людей, оказывающих помощь. Кроме того, психотерапия уменьшает симптомы пациентов, снижает их смертность, улучшает физическое и психическое здоровье. Обучение членов семей навыкам взаимодействия с онкологическими больными повышает уровень благополучия и качества жизни, что не может не отражаться и на самом пациенте [14].

Заключение

Женщины с раком молочной железы – одна из самых уязвимых категорий больных, так как факт постановки данного диагноза является экстремальной и кризисной ситуацией. Возникая внезапно, болезнь ставит под угрозу жизнь женщины, приводит к неопределенности будущего, изменению картины мира, снижению социального функционирования. Страдает качество жизни больных раком молочной железы, которое напрямую связано с прогнозом течения заболевания и выживаемостью. Зарубежные и отечественные исследования демонстрируют необходимость психологических реабилитационных программ для больных РМЖ. Показания для психологической помощи женщинам с раком молочной железы очевидны. Суть оказания психологической помощи больным раком молочной железы состоит не столько в облегчении их моральных и психологических страданий, сколько в усилении эффекта лечения, а значит, повышения выживаемости. Необходимо включение психологических реабилитационных программ в протокол лечения больных РМЖ.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ионова Т.И. Значение исследования качества жизни в современном здравоохранении. *Качество и жизнь*. 2019; 1(21): 3–8. [Ionova T.I. The importance of quality of life research in modern healthcare. *Quality and Life*. 2019; 1(21): 3–8. (in Russian)].
2. Osoba D. Current applications of health-related quality-of-life assessment in oncology. *Support Care Cancer*. 1997; 5(2): 100–4. doi: 10.1007/BF01262565.
3. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине. *Сибирский психологический журнал*. 2007; 26: 112–119.

[Vasserman L.I., Trifonova E.A. Methodological issues in quality of life research in medicine. *Siberian Journal of Psychology*. 2007; 26: 112–119. (in Russian)].

4. Coates A., Gebski V., Signorini D., Murray P., McNeil D., Byrne M., Forbes J.F. Prognostic value of quality-of-life scores during chemotherapy for advanced breast cancer. *Australian New Zealand Breast Cancer Trials Group. J Clin Oncol*. 1992 Dec; 10(12): 1833–8. doi: 10.1200/JCO.1992.10.12.1833.

5. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Кориунов Н.И., Ребров А.П., Сороцкая В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества

жизни «Мираж»). Научно-практическая ревматология. 2008; 1: 36–48. [Amirdzhanova V.N., Goryachev D.V., Korshunov N.I., Rebrov A.P., Soroczka V.N. SF-36 questionnaire population quality of life indices. Rheumatology Science and Practice. 2008; 1: 36–48. (in Russian)]. doi: 10.14412/1995-4484-2008-852.

6. Ткаченко Г.А., Волченко А.А., Зикиряходжаев А.Д. Особенности личностных реакций у больных раком молочной железы при органосохраняющем лечении. Маммология. 2006; 1: 24–26. [Tkachenko G.A., Volchenko A.A., Zikiryaxodzhayev A.D. Features of personal reactions in patients with breast cancer in organ-preserving treatment. Mammology. 2006; 1: 24–26. (in Russian)].

7. Тарабрина Н.В., Генс Г.П., Падун М.А., Коробкова Л.И., Шаталова Н.Е. Взаимосвязь психологических характеристик посттравматического стресса и иммунологических параметров у больных раком молочной железы. Социальная и клиническая психиатрия. 2008; 4(18): 22–28. [Tarabrina N.V., Gens G.P., Padun M.A., Korobkova L.I., Shatalova N.E. Relationship between psychological characteristics of post-traumatic stress disorder and immune parameters in patients with breast cancer. Social and Clinical Psychiatry, 2008; 4(18): 22–28. (in Russian)].

8. Ткаченко Г.А., Воротников И.К., Буйденко Ю.В. Роль психотерапии в лечении больных раком молочной железы. Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2010; 21(3): 61–64. [Tkachenko G.A., Vorotnikov I.K., Bujdenko Yu.V. The role of psychotherapy in the treatment of breast cancer patients. Journal of N.N. Blokhin RCRC. 2010; 21(3): 61–64. (in Russian)].

9. Bellver-Pérez A., Peris-Juan C., Santaballa-Beltrán A. Effectiveness of therapy group in women with localized breast cancer. Int J Clin Health Psychol. 2019 May; 19(2): 107–114. doi: 10.1016/j.ijchp.2019.02.001.

10. Как психология может помочь больным раком и врачам-онкологам. [Интернет]. URL: <https://www.niioncologii.ru/institute/pressa/index?id=1117> (дата обращения: 13.06.2020). [How Can Psychology Help Cancer Patients and Oncologists. [Internet]. URL: <https://www.niioncologii.ru/institute/pressa/index?id=1117> (cited 06.13.2020). (in Russian)].

11. Семенова Н.В., Ляшкова С.В., Лысенко И.С., Чернов П.Д. Клинико-психологические особенности пациентов с онкологическими заболеваниями в период активного специализированного лечения в связи с задачами оказания психотерапевтической помощи. Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2018; 1(18): 33–41. [Semenova N.V., Lyashkovskaya S.V., Lysenko I.S., Chernov P.D. Clinical and psychological features of patients with oncological diseases during active specialized treatment in connection with the tasks of psychotherapy. V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology. 2018; 1(18): 33–41. (in Russian)].

12. Lapid M.I., Atherton P.J., Kung S., Sloan J.A., Shahi V., Clark M.M., Rummans T.A. Cancer caregiver quality of life: need for targeted intervention. Psychooncology. 2016 Dec; 25(12): 1400–1407. doi: 10.1002/pon.3960.

13. Northouse L., Williams A., Given B., McCorkle R. Psychosocial Care for Family Caregivers of Patients With Cancer. J Clin Oncol. 2012; 30(11): 1227–1234. doi: 10.1200/JCO.2011.39.5798.

14. McMillan S.C., Small B.J., Weitzner M., Schonwetter R., Tittle M., Moody L., Haley W.E. Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: a randomized clinical trial. Cancer. 2006 Jan 1; 106(1): 214–22. doi: 10.1002/cncr.21567.

Поступила/Received 01.09.2020

Принята в печать/Accepted 23.09.2020

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Важенин Андрей Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, главный врач, ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины» (г. Челябинск, Россия). E-mail: onco74@chelonco.ru. SPIN-код: 1350-9411. Author ID (РИНЦ): 185048. Author ID (Scopus): 7003627756.

Циринг Диана Александровна, доктор психологических наук, профессор, главный научный сотрудник, Национальный исследовательский Томский государственный университет (г. Томск, Россия); профессор, Челябинский государственный университет (г. Челябинск, Россия). SPIN-код: 8114-4396. Author ID (РИНЦ): 469736. Researcher ID (WOS): T-8555-2017. Author ID (Scopus): 26323414700. ORCID: 0000-0001-7065-0234.

Миронченко Марина Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент, старший научный сотрудник, Национальный исследовательский Томский государственный университет (г. Томск, Россия); ассистент кафедры онкологии, Южно-Уральский государственный медицинский университет (г. Челябинск, Россия). SPIN-код: 6501-3324. Author ID (РИНЦ): 660348.

Пономарева Ирина Владимировна, кандидат психологических наук, доцент, старший научный сотрудник, Национальный исследовательский Томский государственный университет (г. Томск, Россия); заведующая кафедрой психологии, Челябинский государственный университет (г. Челябинск, Россия). Researcher ID (WOS): E-8773-2017. SPIN-код: 8645-9023. Author ID (РИНЦ): 208277. ORCID: 0000-0001-8600-3533.

Евстафеева Евгения Александровна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, Национальный исследовательский Томский государственный университет (г. Томск, Россия); декан факультета психологии и педагогики, Челябинский государственный университет (г. Челябинск, Россия). SPIN-код: 4038-0601. Author ID (РИНЦ): 634523.

ВКЛАД АВТОРОВ

Важенин Андрей Владимирович: разработка концепции научной работы, критический пересмотр с внесением ценного интеллектуального содержания.

Циринг Диана Александровна: общее руководство проектом, анализ научной работы, критический пересмотр с внесением ценного интеллектуального содержания.

Миронченко Марина Николаевна: сбор и обработка данных.

Пономарева Ирина Владимировна: обзор литературы, статистическая обработка, написание рукописи.

Евстафеева Евгения Александровна: статистическая обработка, интерпретация данных, написание рукописи.

Финансирование

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект №19-18-00426).

Конфликт интересов

Авторы объявляют, что у них нет конфликта интересов.

AUTHOR CONTRIBUTION

Andrey V. Vazhenin, MD, DSc, Professor, Academician of the Russian Academy of Sciences, Chief Physician, Chelyabinsk Regional Clinical Center of Oncology and Nuclear Medicine (Chelyabinsk, Russia). E-mail: onco74@chelonco.ru. Author ID (Scopus) 7003627756.

Diana A. Tsiring, DSc, Professor, Chief Researcher, National Research Tomsk State University (Tomsk, Russia); professor, Chelyabinsk State University (Chelyabinsk, Russia). Researcher ID (WOS): T-8555-2017. Author ID (Scopus): 26323414700. ORCID: 0000-0001-7065-0234.

Marina N. Mironchenko, PhD, Associate Professor, Senior Researcher, National Research Tomsk State University (Tomsk, Russia); Assistant of the Department of Oncology, South Ural State Medical University (Chelyabinsk, Russia). SPIN-код: 6501-3324. Author ID (РИНЦ): 660348.

Irina V. Ponomareva, PhD, Associate Professor, Senior Researcher, National Research Tomsk State University (Tomsk, Russia); Head of the Department of Psychology, Chelyabinsk State University (Chelyabinsk, Russia). Researcher ID (WOS): E-8773-2017. ORCID: 0000-0001-8600-3533.

Evgeniya A. Evstafeeva, PhD, Senior Researcher, National Research Tomsk State University (Tomsk, Russia); Dean of the Faculty of Psychology and Pedagogy, Chelyabinsk State University (Chelyabinsk, Russia). SPIN-код: 4038-0601. Author ID (РИНЦ): 634523.

AUTHOR CONTRIBUTION

Andrey V. Vazhenin: study conception and design, critical revision with the introduction of valuable intellectual content.

Diana A. Tsiring: study analysis, critical revision with the introduction of valuable intellectual content.

Marina N. Mironchenko: data collection and analysis.

Irina V. Ponomareva: literature review, statistical analysis, writing of the manuscript.

Evgeniya A. Evstafeeva: statistical analysis, data collection and analysis, compilation of the manuscript.

Funding

The study was supported by a grant from the Russian Science Foundation (project No. 19-18-00426).

Conflict of interest

The authors declare that they have no conflict of interest.