

*А. Н. Алёхин, К. О. Кондратьева*

## СЕМАНТИКА ПЕРЕЖИВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ МОЛОДЫМИ ЖЕНЩИНАМИ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*В статье приводятся данные исследования семантического пространства онкологического заболевания как психической травмы с использованием модифицированной методики «Семантический дифференциал» (Ч. Осгуда). На основании полученных результатов делается вывод о том, что тяжесть психической травматизации может определяться семантической нагрузкой ситуации онкологического заболевания. Пациентки, демонстрирующие высокий индекс травматичности, обнаруживают большее количество субъективно значимых отношений в семантическом пространстве, где само заболевание может «означиваться» как угрожающее распаду этих связей. Для пациенток с низким индексом травматичности получено меньшее количество субъективно значимых отношений в семантическом пространстве, зона напряжения выстраивается в отношении усиления самоидентификации; заболевание при этом не «означивается» как угроза распаду Я.*

**Ключевые слова:** переживание, психическая адаптация, семантический дифференциал, рак молочной железы.

*А. Aliokhin, K. Kondrateva*

## THE SEMANTIC ASPECTS OF A PSYCHOLOGICALLY TRAUMATISING EXPERIENCE FOR YOUNG BREAST CANCER PATIENTS

*The paper presents the outcomes of a study on the semantic space of cancer as a psychological trauma, conducted by means of a modified Semantic Differential Technique (originally created by C. E. Osgood). The study results suggest that the severity of psychological trauma can be determined according to the semantic pressure of the oncological disease. The breast cancer patients with a high trauma index demonstrate a greater number of subjectively significant connections in their semantic space, and they perceive the disease as a threat to these connections. The patients with a lower trauma index tend to show a smaller number of subjectively significant connections in the semantic space; for them the stress zone is associated with reinforced self-identification, while the disease is not perceived as a threat to their personal identity.*

**Keywords:** emotional experience, psychological adaptation, semantic differential, breast cancer.

Целенаправленное изучение влияния онкологического заболевания на психологическое состояние пациентов началось в 80-х годах XX века, хотя и ранее психологическим, социальным проблемам пациентов уделялось внимание в рамках поддерживающей терапии [21, с. 134; 22, с. 241; 23, с. 44; 26, с. 351; 27, с. 218; 28, с. 7].

К настоящему времени выделены основные вопросы, касающиеся социальной и психической адаптации онкологических па-

циентов: изменение образа жизни, в том числе рискованного поведения для снижения риска рецидивов опухолевого роста, возникновения коморбидных заболеваний и состояний, имеющих влияние на ход лечения онкологического заболевания; контроль физических и психологических симптомов во время лечения, снижающих социальное и психическое функционирование пациента (например, нозогении, боль, астенические состояния различного генеза); проблемы

психической и социальной адаптации пациентов в ремиссии; психологическая помощь и поддержка пациентов на паллиативном этапе [24, с. 153; 25, с. 9].

По данным эпидемиологических исследований, за последнее десятилетие наблюдается значительный прирост числа больных онкологическими заболеваниями, первое место среди них занимают злокачественные новообразования молочной железы. Помимо всего прочего наблюдается снижение среднего возраста заболевших женщин с 61 года до 35 лет, увеличение продолжительности жизни, показателей пятилетней выживаемости [19, с. 15]. Психологические проблемы, возникающие у пациенток с РМЖ, требуют особенного внимания, поскольку специфика заболевания и лечения не только влияет на продолжительность жизни, но и затрагивает глубинно-личностные переживания пациентов. В связи с этой тенденцией проблема социальной и психической адаптации к заболеванию, психологической реабилитации, качества жизни пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы становится крайне актуальной.

В рамках психологической науки изучаются психические реакции и состояния пациентов, их родственников на различных этапах онкологического заболевания, определяется вклад психологических, психофизиологических, социальных факторов в процесс адаптации пациентов к ситуации онкологического заболевания, образу жизни. В последнее время наблюдается рост числа отечественных и зарубежных публикаций, связанных с оценкой психологического состояния онкологических пациентов, в фокус которых попадает в основном уровень дистресса, степень дезадаптации онкологических пациентов. Согласно таким исследованиям онкологическое заболевание оказывает влияние на психическую деятельность как психогенный и соматогенный фактор: онкологическая патология является одним из тяжелых в соматическом плане факторов, с комплексом психической и физической астении, существенно влияющим на психиче-

скую деятельность и формирующим соматогенные психические нарушения [1, с. 16; 2, с. 40; 3, с. 391; 6, с. 19; 14, с. 30; 15, с. 96; 16, с. 35; 17, с. 56; 20, с. 209].

Диагностирование угрожающего жизни заболевания создает ситуацию психической травматизации пациента, способную сформировать психические нарушения психогенно-реактивного характера. Ситуацию онкологического заболевания, кроме того, принято считать психотравмирующей по ряду факторов, включающих стигматизацию рака в обществе, инвалидизацию, неопределенность, бесконтрольность, необходимость в резком изменении привычного образа жизни, то есть — индивидуальную для каждого пациента семантическую нагрузку самого конструкта «онкологическое заболевание», включающую весь комплекс представлений и переживаний больного, возникающий еще до обнаружения самой болезни.

Учитывая общепринятую включенность в содержание понятия «онкологического заболевания» социально-культурных и смысловых значений представляется важным рассмотреть его, по крайней мере, в рамках двух контекстов: культурно-историческом и знаково-символическом.

Содержание представлений об «онкологическом заболевании», его мифологизация отражает во многом общественно-политические, культурно-исторические тенденции современного общества главным образом своей неопределенностью и бесконтрольностью — контекст, в котором существует современный человек. Чувство неопределенности, потери контроля, возникающее в ситуации онкологического заболевания, можно рассматривать как актуализацию переживания того, что до заболевания удавалось маскировать с помощью иллюзорности контроля над собственной жизнью, устойчивыми представлениями о себе и окружающей действительности, редко подвергавшимся сомнению или эмпирической проверке. Переживание ситуации онкологического заболевания представляет собой процесс трансформации и нестабильности

системы значимых отношений, где все межличностные, внутриличностные конфликты и противоречия на фоне неопределенности, бесконтрольности «обнажаются».

Субъективная (внутренняя) неопределенность является одним из основных факторов психической травматизации за счет семантической многозначности ситуации онкологического заболевания и актуализации переживания базовой онтологической тревоги, неуверенности в собственной идентичности. Определенность при этом может являться столь же травмирующей, как переживаемая неопределенность: со слов В. П. Зинченко, «снятие» неопределенности неизбежно вновь порождает неопределенность, а значит, последняя неопределенность представляет собой динамику самой жизни, противоположностью которой выступает определенность смерти [12, с. 17; 13, с. 60].

Ситуация онкологического заболевания представлена чередой противоречивых событий, и переживания репрезентаций этих событий [представлений] в психической реальности имеет своей целью обретение некоторого «семантического гомеостаза», целостности системы представлений о себе.

В речи пациента мы можем слышать переживание ситуации онкологического заболевания как результат трансформации знаково-символической системы, изменения представлений о психической реальности. Система «знак-значение» при этом динамична и предполагает свою трансформацию во времени, то есть означивание ситуации онкологического заболевания также динамично и нелинейно: Ж. Лакан говорит о скольжении вдоль цепочки означающих, то есть ни одно значение нельзя признать окончательным и исчерпывающим [18, с. 70].

В контексте сказанного необходимо понимать, какое значение имеет для женщин сама ситуация онкологического заболевания, — вспомним слова Выготского: «при одних и тех же законах мышления процесс будет разный, смотря по тому, в каком человеке он происходит» [7, с. 9].

«Разворачивание» знака «онкологическое заболевание» опирается на индивидуальный опыт [переживания травматизации] каждого пациента как процесс «означивания», поскольку «нет вообще знака без значения. Смыслообразование есть главная функция знака» [8, с. 190; 9, с. 44; 10, с. 198]. Часто упоминающийся в исследованиях феномен «смерти», неразрывно связанный с «онкологическим заболеванием», включенный в знаково-символическую систему в роли значения жизнеугрожающего заболевания, оказывается «пустым», «ничего-не-значащим» сам по себе; оказывается знаком, смыслообразующей единицей, вбирающей в себя некоторые значения Я, такие как социальные роли, а точнее «события драмы» по Л. С. Выготскому [11, с. 60]. Такое переживание столкновения мы можем слышать в речи пациента, где он сам «переживает» себя, как объект и «речь помогает ему овладеть этим объектом посредством предварительной организации и планирования собственных действий и поведения». С речью пациента обнаруживается переживание как процесс упорядочивания, обобщения знаково-символической системы, когда он говорит, но не оттуда, откуда он говорит.

Таким образом, важным представляется понимание семантической нагрузки психической травмы в ситуации онкологического заболевания.

На базе отделения опухолей молочной железы НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова было проведено исследование семантического пространства психической травмы среди пациентов молодого возраста ( $36 \pm 8$ ) с онкологическими заболеваниями молочной железы ( $N=50$ ). В выборку вошли женщины с верифицированным диагнозом «злокачественное новообразование молочной железы I–II стадии», получившие комплексное противоопухолевое лечение в течение  $9,6 \pm 1,4$  мес.

Вся выборка пациентов была условно поделена на подгруппы исходя из степени выраженности психической травмы (индекс травматичности (ИТ) по методике LEQ): «Подгруппа 1» ( $N=12$ ) — высокая степень



выраженности травматичности (ИТ=2,7), «Подгруппа 2» (N=9) — средняя степень выраженности травматичности (ИТ=2,3), «Подгруппа 3» (N=29) — низкая степень выраженности травматичности (ИТ=1,5).

Исследование в подгруппах проводилось с использованием модифицирован-

ной методики «Семантический дифференциал» Ч. Осгуда. Психосемантический подход, лежащий в основе данной методики, показал свою эффективность при оценке различных сторон психической репрезентации индивидуального опыта [4, с. 18; 5, с. 12].

№ п/п									
1	Обретенный	3	2	1	0	1	2	3	Утраченный
2	Ограничивающий	3	2	1	0	1	2	3	Дающий возможности
3	Энергичный	3	2	1	0	1	2	3	Усталый
4	Пассивный	3	2	1	0	1	2	3	Активный
5	Безопасный	3	2	1	0	1	2	3	Опасный
6	Агрессивный	3	2	1	0	1	2	3	Дружелюбный
7	Расслабленный	3	2	1	0	1	2	3	Напряженный
8	Полноценный	3	2	1	0	1	2	3	Ограниченный
9	Боязливый	3	2	1	0	1	2	3	Смелый
10	Защищенный	3	2	1	0	1	2	3	Уязвимый
11	Вялый	3	2	1	0	1	2	3	Бодрый
12	Отзывчивый	3	2	1	0	1	2	3	Равнодушный
13	Тихий	3	2	1	0	1	2	3	Громкий
14	Избавляющий	3	2	1	0	1	2	3	Уничтожающий
15	Сильный	3	2	1	0	1	2	3	Слабый
16	Безобразный	3	2	1	0	1	2	3	Красивый
17	Живой	3	2	1	0	1	2	3	Безжизненный
18	Медленный	3	2	1	0	1	2	3	Быстрый
19	Обнадеживающий	3	2	1	0	1	2	3	Безнадежный
20	Жестокий	3	2	1	0	1	2	3	Добрый
21	Желанный	3	2	1	0	1	2	3	Невыносимый
22	Мучительный	3	2	1	0	1	2	3	Радостный
23	Изменчивый	3	2	1	0	1	2	3	Устойчивый
24	Мягкий	3	2	1	0	1	2	3	Твердый

Рис. 1. Бланк модифицированной методики «Семантический дифференциал»

В качестве переменных использовались отобранные на основании литературного анализа 24 пары противоположных по смыслу прилагательных, представляющие разные субъективные оценки психотравмирующей ситуации, которые затрагивают такие характеристики восприятия ситуации, как «сила», «оценка», «активность» (семантический дифференциал Ч. Осгуда). Категориями оценки в нашем исследовании служили ролевые позиции и понятия, согласно доступной научной

литературе, несущие «травматичность» ситуации заболевания — «Я», «Я-женщина», «Я-жена», «Я-мать», «Я в прошлом», «Я в будущем», «смерть», «онкологическое заболевание».

Посредством факторного анализа, представляющего разные субъективные оценки, мы выделили основные смысловые оси. Отобранные данные пригодны для проведения факторного анализа (мера Кайзера — Мейера — Олкина 0,612; коэффициент Бартлетта 0,003).

## Результаты факторизации оценки ситуации

№ п/п	Категории	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
1	обретенный — утраченный	0,992		
2	дающий возможности — ограничивающий	-0,991		
3	энергичный — усталый		0,976	
4	активный — пассивный			0,715
5	безопасный — опасный	0,913		
6	дружелюбный — агрессивный			0,376
7	расслабленный — напряженный		0,782	
8	полноценный — ущербный	0,811		
9	смелый — боязливый		0,827	
10	защищенный — уязвимый	0,982		
11	бодрый — вялый			0,511
12	отзывчивый — равнодушный			0,717
13	тихий — громкий		0,597	
14	избавляющий — уничтожающий			0,674
15	сильный — слабый		0,812	
16	красивый — безобразный	0,916		
17	живой — безжизненный			0,793
18	быстрый — медленный		0,712	
19	обнадеживающий — безнадежный	0,991		
20	добрый — жестокий		0,827	
21	желанный — невыносимый	0,935		
22	радостный — мучительный			0,717
23	устойчивый — изменчивый			-0,513
24	мягкий — твердый		0,983	
	Вес	26,531	19,516	17,734

В дальнейшем с помощью метода главных компонентов было выделено три фактора (суммарная дисперсия более 63 %).

Первый фактор (26,5 %) включал в себя следующие характеристики: с одной стороны — обретенный, возможности, безопасный, полноценный, защищенный, красивый, обнадеживающий, желанный; с другой — утраченный, ограничения, опасный, ущербный, уязвимый, безобразный, безнадежный, невыносимый. Данный фактор характеризует отношение к понятию, связанное с угрозой жизни; он был обозначен как фактор «Оценка».

Второй фактор (19,5 %) включал с одной стороны такие характеристики, как — усталый, напряженный, боязливый, громкий, слабый, медленный, жестокий, твердый; с другой

стороны — энергичный, расслабленный, смелый, тихий, сильный, быстрый, добрый, мягкий. Данный набор противоположных по смыслу характеристик позволяет обозначить этот фактор как «Сила».

Третий фактор (17,7 %) на одном полюсе включил прилагательные — активный, дружелюбный, бодрый, отзывчивый, избавляющий, живой, радостный, устойчивый. На противоположном — пассивный, агрессивный, вялый, равнодушный, уничтожающий, безжизненный, мучительный, изменчивый. Фактор был назван нами «Активность».

В соответствии с теоретической моделью, положенной в основу данной методики, полученные три фактора рассматриваются нами как основные смысловые оси семантического

Таблица 2

## Расстояние между понятиями в семантическом пространстве

Категории	Расстояние	Подгруппа		
		«Подгруппа 1» (n=12)	«Подгруппа 2» (n=9)	«Подгруппа 3» (n=29)
«Я» — «Я-женщина»		1,689	2,211	0,172
«Я» — «Я-мать»		0,217	0,118	1,340
«Я» — «Я-жена»		0,542	1,308	1,102
«Я» — «Я в прошлом»		0,607	0,654	2,314
«Я» — «Я в будущем»		0,367	0,118	2,954
«Онкологическое заболевание» — «Смерть»		0,993	0,789	3,620

пространства психической травмы, как она воспринимается испытуемыми. При анализе полученных данных мы использовали метод интервалов, где расстояние между понятиями в подгруппах характеризует их взаимосвязи.

По результатам исследования получено, что для пациенток «Подгруппы 1», демонстрирующих высокий индекс травматичности, характерно усиление идентификации с ролью матери и жены, что отражается в близости расстояний между категориями «Я», «Я-мать», «Я-жена». Также пациентки данной подгруппы демонстрируют зону напряжения в отношении категорий «Я», «Я в прошлом», «Я в будущем», что может быть соотнесено с вербализуемыми пациентками переживаниями, связанными с поиском причин заболевания и чувством вины за его возникновение в событиях прошлого и направленность переживания чувства неопределенности, утраты контроля в будущее. Близость в семантическом пространстве категорий «Я», «Я-мать», «Я-жена», «Онкологическое заболевание» и «Смерть» можно рассматривать как ассоцирование переживания потери значимых отношений личности и социально-ролевого функционирования с символом смерти в ситуации заболевания.

Пациентки «Подгруппы 2», для которых характерен средний индекс травматичности, демонстрируют отдаленность категорий «Я», «Я-женщина», «Я-жена» от группы категорий «Я», «Я-мать», что можно расценивать как усиление идентификация с ролью матери при

одновременном обесценивании восприятия себя в роли женщины и жены, что находит свое отражение в структуре переживаний женщин о косметических изменениях на фоне лечения, чувстве стыда в связи с этим. Также пациентки данной подгруппы, аналогично «Подгруппе 1», демонстрируют сближение расстояний между категориями «Я», «Я в прошлом», «Я в будущем», что может быть также соотнесено с отраженными пациентками переживаниями, связанными с поиском причин заболевания и чувством вины за его возникновение в событиях прошлого, ощущением «неправильно» прожитой жизни; направленность переживания чувства неопределенности, утраты контроля в будущее. Близость в семантическом пространстве категорий «Я», «Я-мать», «Онкологическое заболевание» и «Смерть» можно рассматривать как ассоцирование переживания потери значимых отношений личности и социально-ролевого функционирования с символом смерти в ситуации заболевания.

Пациентки «Подгруппы 3», показывающие низкий индекс травматичности, демонстрируют близость категорий «Я», «Я-женщина» и отдаленность их от группы категорий «Я-жена», «Я-мать», что можно расценивать как преобладание переживания самовосприятия при одновременном дистанцировании от роли матери и жены, что находит свое отражение в структуре переживаний женщин о направленности переживаний в отношении образа Я, поиска идентичности в иных социально-

ролевых моделях; кроме того, пациентки данной подгруппы сообщали о постепенном снижении чувства вины и жалости к себе в контексте утраты (временной или постоянной) фертильности на фоне лечения, обращении переживаний в отношении Я, попытках изменения образа жизни, повышения качества жизни. Также пациентки данной подгруппы, в отличие от других подгрупп, демонстрируют значительное расстояние между категориями «Я», «Я в прошлом», «Я в будущем», что может быть также соотнесено с отраженными пациентками переживаниями, связанными с самовосприятием в настоящий момент жизни.

Таким образом, исходя из полученных результатов, мы можем говорить о том, что зоной напряжения в семантическом простран-

стве является соотношения образа «Я» и социально-ролевых моделей пациента, их трансформация и смещение во времени. В свою очередь, понятия «Онкологическое заболевание», «Смерть», также имея динамику в семантическом пространстве в разных группах, являются эмоционально окрашенными, нагруженными переживаниями объектами, связанными в контексте этого переживания со значимыми ролевыми моделями. Травматичность ситуации лечения и заболевания определяется изменчивостью представления о себе, динамикой образов Я в различных ролевых позициях, где само заболевание и сопровождающие его лечебные процедуры лишь опосредованно влияют на семантическое поле переживания пациента.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Анцыферова Л. И.* Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуации и психологическая защита // Психологический журнал. 1994. Т. 15. № 1. С. 3–18.
2. *Архипова И. В., Кокорина Н. П.* Клинические и реабилитационные аспекты психических расстройств у женщин с диагнозом «рак молочной железы» на этапе хирургического лечения // Психические расстройства в общей медицине. 2009. № 1. С. 20–22.
3. *Бройтшгам В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина. М.: Изд-во МЕДпресс-информ, 1999. 412 с.
4. *Вассерман Л. И., Беребин М. А., Косенков Н. И.* О системном подходе в оценке психической адаптации // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 1994. № 3. С. 16–25.
5. *Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Червинская К. Р.* Семантический дифференциал времени: экспертная и психодиагностическая система в медицинской психологии. Пособие для врачей и медицинских психологов. СПб.: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009. 44 с.
6. *Великолуз А. Н., Овчарова Р. В.* Психологические особенности личности больных злокачественными опухолями различной локализации // Паллиативная медицина и реабилитация. М., 1997. № 2. С. 39–40.
7. *Выготский Л. С.* Психология искусства / под общ. ред. В. В. Иванова. 3-е изд. М.: Искусство, 1986. 119 с.
8. *Выготский Л. С.* Проблема сознания // Психология грамматики. М.: Изд-во МГУ, 1968. С. 178–196.
9. *Выготский Л. С.* Избранные психологические исследования. М.: Изд-во АПН РСФСР, 1956. 386 с.
10. *Выготский Л. С.* Проблемы дефектологии. М.: Просвещение, 1995. 199 с.
11. *Выготский Л. С.* Конкретная психология человека // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. 1986. № 1. С. 52–63.
12. *Зинченко В. П.* Порождение и метаморфозы смысла: от метафоры к метаформе // Культурно-историческая психология. 2007. Т. 3. № 3. С. 17–30.
13. *Зинченко В. П.* Проблема образующих сознания в деятельностной теории психики // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. 1988. № 3. С. 25–34.
14. *Ильин Е. П.* Переживание как импрессионный компонент эмоционального реагирования // Эмоции и чувства. 2-е изд. СПб.: Питер, 2007. 784 с.
15. *Исаева Е. Р.* Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2009. 136 с.
16. *Касимова Л. Н., Илюхина Т. В.* Результаты психопатологического и психологического исследования онкологических больных // Психические расстройства в общей медицине. 2007. № 3. С. 21–25.



17. *Куприянова И. Е., Слонимская Е. М., Бехер О. А.* Нервно-психические расстройства у женщин, страдающих раком молочной железы // Психические расстройства в общей медицине. 2009. № 1. С. 22–24.
18. *Лакан Ж.* Функция и поле речи и языка в психоанализе / пер. А. К. Черноглазова. М.: Гнозис. 1995. 70 с.
19. *Лесько К. А., Бяхов М. Ю., Абдураимов А. Б., Михайлова З. Ф., Карпова С. Н.* Проблемы выбора стратегии скрининга рака молочной железы // Злокачественные опухоли. 2017. Т. 7. № 3. С. 5–12.
20. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология. М.: МЕДпресс-информ. 2005. 432 с.
21. *Непомнящая Н. И.* Гипотеза о психосоматической природе рака // Психологический журнал. 1998. Т. 19. № 4. С. 132–145.
22. *Русина Н. А.* Психологическая диагностика и психотерапевтическая коррекция онкологических больных с калечащими операциями // Психология: современные направления междисциплинарных исследований: Материалы научной конференции, посвященной памяти члена-корреспондента РАН А. В. Брушлинского (г. Москва, 8 октября 2002 г.). М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2003. С. 236–252.
23. *Тарабрина Н. В.* Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 1. С. 40–63.
24. *Чулкова В. А., Моисеенко В. М.* Психологические проблемы в онкологии // Практическая онкология. 2009. Т. 10. № 3. С. 151–157.
25. *Чулкова В. А.* О месте онкопсихологии в структуре психологической науки // Сборник тезисов IV Всероссийского съезда онкопсихологов (Москва, 10–12 октября 2012 г.). М., 2012. 297 с.
26. *Davidson J. R. T., Foa E. B.* Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV // Journal of Abnormal Psychology. 1991. Vol. 100(3). P. 346–355. DOI: 10.1037//0021-843x.100.3.346
27. *Holland J. S., Rowland J. H.* Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer. N. Y.: Oxford University Press, 1989. 246 p.
28. *Moos R. H., Tsu V. D.* The crisis of physical illness an overview // Coping with physical illness. N. Y.: Plenum Press, 1977. 318 p.

## REFERENCES

1. *Antsyferova L. I.* Lichnost' v trudnykh zhiznennykh usloviyakh: pereosmyslivanie, preobrazovanie situatsii i psihologicheskaya zashchita // Psihologicheskii zhurnal. 1994. T. 15. № 1. S. 3–18.
2. *Arhipova I. V., Kokorina N. P.* Klinicheskie i reabilitatsionnye aspekty psihicheskikh rasstroystv u zhenshchin s diagnozom «rak molochnoy zhelezy» na etape hirurgicheskogo lecheniya // Psihicheskie rasstroystva v obshchey meditsine. 2009. № 1. S. 20–22.
3. *Broytigam V., Kristian P., Rad M.* Psihosomaticheskaya meditsina. M.: Izd-vo MEDpress-inform, 1999. 412 s.
4. *Vasserman L. I., Berebin M. A., Kosenkov N. I.* O sistemnom podhode v otsenke psihicheskoy adaptatsii // Obozrenie psichiatrii i meditsinskoy psihologii im. V. M. Behtereva. 1994. № 3. S. 16–25.
5. *Vasserman L. I., Trifonova E. A., Chervinskaya K. R.* Semanticheskii differentsial vremeni: ekspertnaya i psihodiagnosticheskaya sistema v meditsinskoy psihologii. Posobie dlya vrachey i meditsinskih psihologov. SPb.: SPb NIPNI im. V. M. Behtereva, 2009. 44 s.
6. *Velikolug A. N., Ovcharova R. V.* Psihologicheskie osobennosti lichnosti bol'nykh zlokachestvennyimi opuholyami razlichnoy lokalizatsii // Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya. M., 1997. № 2. S. 39–40.
7. *Vygotskiy L. S.* Psihologiya iskusstva / pod obshch. red. V. V. Ivanova. 3-e izd. M.: Iskusstvo, 1986. 119 s.
8. *Vygotskiy L. S.* Problema soznaniya // Psihologiya grammatiki. M.: Izd-vo MGU, 1968. S. 178–196.
9. *Vygotskiy L. S.* Izbrannye psihologicheskie issledovaniya. M.: Izd-vo APN RSFSR, 1956. 386 s.
10. *Vygotskiy L. S.* Problemy defektologii. M.: Prosveshchenie, 1995. 199 s.
11. *Vygotskiy L. S.* Konkretnaya psihologiya cheloveka // Vestnik MGU. Seriya 14. Psihologiya. 1986. № 1. S. 52–63.
12. *Zinchenko V. P.* Porozhdenie i metamorfozy smysla: ot metafory k metaforme // Kul'turno-istoricheskaya psihologiya. 2007. T. 3. № 3. S. 17–30.
13. *Zinchenko V. P.* Problema obrazuyushchih soznaniya v deyatel'nostnoy teorii psihiki // Vestnik MGU. Seriya 14. Psihologiya. 1988. № 3. S. 25–34.



14. *Il'in E. P.* Perekhivanie kak impressivnyj komponent emotsional'nogo reagirovaniya // *Emotsii i chustva*. 2-e izd. SPb.: Piter, 2007. 784 s.
15. *Isaeva E. R.* Koping-povedenie i psihologicheskaya zashchita lichnosti v usloviyah zdorov'ya i bolezni. SPb.: Izd-vo SPbGMU, 2009. 136 s.
16. *Kasimova L. N., Ilyuhina T. V.* Rezul'taty psihopatologicheskogo i psihologicheskogo issledovaniya onkologicheskikh bol'nyh // *Psihicheskie rasstroystva v obshchey meditsine*. 2007. № 3. S. 21–25.
17. *Kupriyanova I. E., Slonimskaya E. M., Beher O. A.* Nervno-psihicheskie rasstroystva u zhenshchin, stradayushchih rakom molochnoy zhelezy // *Psihicheskie rasstroystva v obshchey meditsine*. 2009. № 1. S. 22–24.
18. *Lakan Zh.* Funktsiya i pole rechi i yazyka v psihoanalize / per. A. K. Chernoglazova. M.: Gnozis. 1995. 70 s.
19. *Les'ko K. A., Byahov M. Yu., Abduraimov A. B., Mihaylova Z. F., Karpova S. N.* Problemy vybora strategii skrininga raka molochnoy zhelezy // *Zlokachestvennye opuholi*. 2017. T. 7. № 3. S. 5–12.
20. *Mendelevich V. D.* Klinicheskaya i meditsinskaya psihologiya. M.: MEDpress-inform. 2005. 432 s.
21. *Nepomnyashchaya N. I.* Gipoteza o psihosomaticheskoy prirode raka // *Psihologicheskij zhurnal*. 1998. T. 19. № 4. S. 132–145.
22. *Rusina N. A.* Psihologicheskaya diagnostika i psihoterapevticheskaya korrektsiya onkologicheskikh bol'nyh s kalechashchimi operatsiyami // *Psihologiya: sovremennye napravleniya mezhdistsiplinarnykh issledovaniy: Materialy nauchnoy konferentsii, posvyashchennoy pamyati chlena-korrespondenta RAN A. V. Brushlinskogo (g. Moskva, 8 oktyabrya 2002 g.)*. M.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 2003. S. 236–252.
23. *Tarabrina N. V.* Posttravmaticheskij stress u bol'nyh ugrozhayushchimi zhizni (onkologicheskimi) zabolevaniyami // *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya*. 2014. № 1. S. 40–63.
24. *Chulkova V. A., Moiseenko V. M.* Psihologicheskije problemy v onkologii // *Prakticheskaya onkologiya*. 2009. T. 10. № 3. S. 151–157.
25. *Chulkova V. A.* O meste onkopsihologii v strukture psihologicheskoy nauki // *Sbornik tezisov IV Vserossiyskogo s'ezda onkopsihologov (Moskva, 10–12 oktyabrya 2012 g.)*. M., 2012. 297 s.
26. *Davidson J. R. T., Foa E. B.* Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV // *Journal of Abnormal Psychology*. 1991. Vol. 100(3). P. 346–355. DOI: 10.1037//0021-843x.100.3.346
27. *Holland J. S., Rowland J. H.* Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer. N. Y.: Oxford University Press, 1989. 246 p.
28. *Moos R. H., Tsu V. D.* The crisis of physical illness an overview // *Coping with physical illness*. N. Y.: Plenum Press, 1977. 318 p.