

Научное мнение. 2025. № 6. С. 180–189.

Nauchnoe mnenie. 2025. № 6. P. 180–189.

Научная статья

УДК 159.9

DOI: [https://doi.org/10.25807/22224378\\_2025\\_6\\_180](https://doi.org/10.25807/22224378_2025_6_180)

## ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОНКОБОЛЬНЫХ НА ПРИМЕРЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Элина Юрьевна Айрапетян**

Восточно-Европейский Институт психоанализа (ВЕИП), Санкт-Петербург, Россия

[elina.ayrapetyan.11@mail.ru](mailto:elina.ayrapetyan.11@mail.ru), <https://orcid.org/0009-0006-8971-6030>

**Аннотация.** В статье представлены результаты исследования психоэмоционального состояния и качества жизни у онкобольных на примере женщин с раком молочной железы (РМЖ), реализованного на базе Онкологического центра №1 ГКБ им. С. С. Юдина, г. Москвы. Здравоохранение в области онкозаболеваний фокусируется прежде всего на спасении жизни пациента, психологическому здоровью же онкобольных уделяется недостаточно внимания. Остаются не до конца ясны вопросы, как онкобольные справляются с тревогой и страхом возникновения рецидивов и метастазов, какими особенностями психоэмоционального состояния отличается период восстановления после калечащих операций. В ходе исследования было изучено психоэмоциональное состояние и качество жизни 60 женщин с РМЖ в возрасте от 22 лет до 71 года (30 женщин в период лечения, 30 — находящихся в ремиссии). Значимых различий в психоэмоциональном состоянии и качестве жизни в двух группах выявлено не было, за исключением такого компонента качества жизни, как «интенсивность боли».

**Ключевые слова:** онкология, рак молочной железы, ремиссия, рак, тревожность, качество жизни, психоэмоциональное состояние, депрессия

**Благодарности:** Хочу выразить благодарность Онкологическому центру №1 ГКБ им. С. С. Юдина г. Москвы за возможность проведения исследования

Original article

## PSYCHOEMOTIONAL STATE OF CANCER PATIENTS BASED ON THE EXAMPLE OF BREAST CANCER PATIENTS

**Elina Y. Ayrapetyan**

East European Institute of Psychoanalysis, Saint Petersburg, Russia

[elina.ayrapetyan.11@mail.ru](mailto:elina.ayrapetyan.11@mail.ru), <https://orcid.org/0009-0006-8971-6030>

**Abstract.** The article presents the results of a study on the psychoemotional state and quality of life of cancer patients taking women with breast cancer (BC) as an example. The study was conducted at the Oncology Centre No. 1 of the S.S. Yudin City Clinical Hospital in Moscow. Health care in the field of oncological diseases is focused primarily on saving patients' life, while insufficient attention is paid to the psychological health of cancer patients. It still remains unclear how cancer patients cope with anxiety and fear of relapses and metastases, and what features of the psychoemotional state are characteristic of the recovery period after mutilating surgeries. The study examined the psychoemotional state and quality of life of 60 women

with BC aged 22 to 71 years (30 women during treatment, 30 in remission). No significant differences in the psychoemotional state and quality of life of women in the two groups were found, with the exception of such a quality of life component as "pain intensity".

**Keywords:** oncology, breast cancer, remission, cancer, anxiety, quality of life, psychoemotional state, depression

**Acknowledgments:** I would like to express my gratitude to the Oncology Centre No. 1 of the S. S. Yudin City Clinical Hospital, Moscow, for the opportunity to conduct the study.

**Актуальность исследования.** На сегодняшний день одним из самых распространенных онкологических заболеваний у женщин является РМЖ [1]. Современные методы лечения РМЖ значительно увеличивают продолжительность и качество жизни больным, однако не включают в себя компонент психоэмоционального состояния онкологических больных с РМЖ, что крайне важно из-за глубоких психологических травм, сопровождающих заболевание и процесс восстановления. Высокая травматизация связана с риском рецидива, возможной инвалидностью и проблемами в социальной сфере. Характерной особенностью переживаний является смещение акцента с самой болезни на межличностные отношения, так как данный вид рака затрагивает или приводит к потере органа, играющего важную роль в самооценке и психоэмоциональном благополучии женщины. Боязнь изменения отношения окружающих к онкобольным заставляет многих скрывать свой диагноз, ограничивая круг осведомленных близкими людьми и лишаясь необходимой поддержки. В результате у пациенток с РМЖ часто наблюдаются невротические состояния, снижение настроения и апатия, а также нарушения в социально-психологической адаптации [2].

Особенностью протоколов лечения при РМЖ является необходимость постоянных обследований (УЗИ, КТ, МРТ, ПЭТ, биопсии), ожиданий результатов исследований, что способствует повышению уровня тревоги и фрустрации. С одной стороны, тревогу и страх вызывает сама ситуация неопределенности. С другой стороны, тревога схожа с чувством быть «пойманным», «застигнутым врасплох», что расфокусирует внимание и за-

туманивает восприятие, хочется, как можно скорее оказаться в безопасности, предпринять действия, адекватно отреагировать. Тревога может появляться с разной интенсивностью, так как является основной реакцией человека на угрозу для его существования или ценности, которую он идентифицирует со своим существованием. Угроза смерти является одним из наиболее продуцирующих тревогу символом [3].

Диагностический период является критически важным по остроте эмоциональных реакций и дальнейшей тактики лечения. Именно в этот период пациент впервые сталкивается с предположением о возможном наличии у него онкологического заболевания и необходимостью пройти углубленное обследование. У значительного числа пациентов (до 90%) на этом этапе обнаруживаются тревожно-депрессивные состояния различной степени выраженности, а у некоторых — острые реакции, близкие к шоку. Отсутствие своевременной психологической поддержки может привести к преобразованию отдельных эмоциональных реакций в устойчивые психические нарушения, негативно влияющие на психическое здоровье человека и деформацию личности. Положительными являются такие факторы, как начало лечения, внимание медицинского персонала, примеры успешного выздоровления других больных. К отрицательным можно отнести разлуку с семьей, одиночество, рассказы других пациентов о сложностях лечения и пессимистичные прогнозы. Распространение негативной информации также ухудшает психоэмоциональное состояние пациентов [4].

Диагноз «рак» человек традиционно воспринимает как смертельный, что сразу пре-

вращает факт заболевания в тяжелейшую психологическую травму. Больные с РМЖ без адекватной психологической поддержки в начале заболевания испытывают стресс, тревогу и потрясение, которые в подавляющем большинстве случаев (87%) после хирургического вмешательства (мастэктомии) переходят в выраженные невротические и депрессивные состояния. Данное хирургическое вмешательство, ведущее к утрате женственности, может вызвать тяжелейший стресс у женщины любого возраста, связанный с потерей идентичности [5]. Все эти состояния во многом отягощены постоянным и тягостным ожиданием рецидива или прогрессирования онкологического процесса.

Психоэмоциональное состояние активно изучается психологами и рассматривается как психическое состояние человека с эмоциональным реагированием по типу доминанты [6]. Это состояние может охватить множество психологических реакций на внешний стимул в виде воздействия или ситуации, при этом реакция может быть как положительной, так и отрицательной.

Эмоции являются субъективной реакцией субъекта на какие-либо внутренние или внешние раздражители, которые проявляются в виде радости, удовольствия, неудовольствия, тревоги и т. д. [7].

Можно сказать, что эмоция является кратковременной психологической реакцией на события, которые человек может проявить через поведение, мысли или чувства, такие как страх, радость, гнев и т. д., а эмоциональное состояние является более длительным, менее интенсивным переживанием, которое может охватывать не одну, а несколько эмоций, с какой-то одной доминирующей эмоцией. Это состояние может длиться долго, от нескольких часов до нескольких дней и месяцев.

Для повышения качества жизни пациентов с онкологией необходимо адаптироваться к новым условиям, связанным с болезнью. Впервые понятие «качество жизни» было использовано в 1947 г. в работе профессора D. A. Karnovsky из Колумбийского университета (США), под названием «Клиническая оценка химиотерапии при раке». В своей

статье профессор изучал воздействие химиотерапевтического лечения на физическое состояние качества жизни пациентов с неоперабельным раком. Именно эта работа положила начало изучению качества жизни онкологических больных.

ВОЗ пересматривает понятие здоровья. Теперь это не просто отсутствие болезней, а комплексное ощущение благополучия в физической, психологической и социальной сферах. В конце 1990-х гг. качество жизни рассматривается ВОЗ уже как совокупность показателей, отражающих динамику физического состояния, психологического благополучия, социальных отношений и функциональных способностей в период развития заболевания и его лечения [8].

В середине XX в. представители гуманистической психологии, такие как В. Франкл и др., подчеркивали важность изучения и лечения человека как целостной личности, с его переживаниями и правом принимать решения, в том числе и о своем лечении. В 1995 г. понятие «качество жизни» стало рассматриваться через призму личного восприятия, охватывая заботу о здоровье, действиях, направленных на его укрепление и способность поддерживать здоровье на уровне, достаточном для достижения жизненных целей. Российские авторы рассматривают качество жизни, связанное со здоровьем, как сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, обеспечивающих физическое, психологическое, социальное благополучие и возможность самореализации [9].

Основная цель любого лечения, в том числе онкологического, состоит в том, чтобы максимально улучшить качество жизни пациента, приблизив его к уровню здорового человека. При этом акцент делается не на продолжительности жизни пациента, не на том, «сколько прожил», а на том «как эти годы он прожил», т. е. насколько полноценной и насыщенной была его жизнь [8].

В ходе долгого лечения онкологического заболевания картина мира онкобольных меняется: утрачиваются прежние смыслы с последующей их трансформацией. Это связано прежде всего с особенностями онколо-

гии, угрозами возникновения рецидивов и метастазов, калечащих операций, трудным периодом восстановления, изменения социальных ролей. Существуют и множества факторов, позволяющих лучшей реабилитации, такие как стремление к духовному развитию, владение своими эмоциями, принятие себя, способностью устанавливать близкие взаимоотношения, активная деятельность по улучшению здоровья [10]. Врачи-онкологи не практикуют использование термина «полное выздоровление» в разговорах с пациентами, даже при отсутствии симптомов онкологии, зная из практики, что болезнь рецидивирует. Поэтому врачи говорят не о полном излечении, а о выходе в длительную ремиссию. Безусловно, онкобольные задаются вопросом, как можно снизить вероятность развития рецидива. Однако множество рекомендаций о том, чего не следует делать, вводят пациентов еще в большую тревогу.

Человеку всегда нужен смысл. Отсутствие смысла вызывает страдания. Зная смысл, жизнь воспринимается как процесс, задачу которого необходимо выполнить. Любое отстранение от выбранного пути приводит к экзистенциальному кризису — психоэмоциональному состоянию, после которого следует потеря смысла жизни и целостности личности. Появляются сомнения в собственных целях и ценностях, растет уровень тревоги, появляется чувство одиночества, страха смерти, неудовлетворенность жизнью. Мир воспринимается уже иначе. Данный кризис крепнет в конфликте между столкновением внутренних чувств с реальной действительностью. И тогда у человека два сценария: позитивный, где происходит поиск новых смыслов, и деструктивный — бегство от себя. Переживая экзистенциальный кризис, человек, способный здраво оценивать происходящее и смотреть в будущее, может увидеть новые возможности для своего дальнейшего существования. Однако возникающие в этот непростой период фрустрация и депрессия, способны затруднить процесс избавления от чувства безысходности, отчаяния и поиска новых смыслов. В связи с этим во время экзистенциального кризиса особенно важна

поддержка извне. В особенности это касается переходного этапа, когда «жить по-старому» человек уже не может, а «жить по-новому» еще не умеет.

Невозможно дать смысл, его нужно найти. Нет ситуаций, лишенных смысла. Даже трагическую триаду, включающую страдание, вину и смерть, можно преобразовать в нечто позитивное, если подойти с правильной стороны и с адекватной установкой. Осуществляя смысл, человек реализует сам себя. Осуществляя же смысл, заключенный в страдании, мы имеем возможность осуществить самое человеческое в себе. Мы можем расти, обретать зрелость, даже перерастать самих себя. Тогда, когда, казалось бы, нет уже надежды, мы беспомощны перед страданием, страшными диагнозами или катастрофическими для нас ситуациями, нет надежды и не виден дальнейший путь, именно там мы ощущаем необходимость измениться самим [11].

**Практическая значимость исследования:** результаты исследования могут помочь в разработке социально-психологических программ работы с женщинами с диагнозом рак, способствующим адаптации к новым условиям жизни, повышению психологического благополучия и качества жизни во время лечения и в период ремиссии.

**Целью исследования** стало выявить особенности психоэмоционального состояния онкобольных на примере больных РМЖ, качестве их жизни, а также провести сравнительный анализ данных показателей у больных с РМЖ в период прохождения лечения и находящихся в ремиссии. **Объектом исследования выступает** психоэмоциональное состояние, **предметом исследования** — психоэмоциональное состояние онкобольных на примере больных РМЖ.

Эмпирическое исследование было организовано на базе Онкологического центра №1 ГКБ им. С. С. Юдина, города Москвы. В исследовании приняли участие 60 женщин в возрасте от 22 лет до 71 года с диагнозом РМЖ (30 женщин в период прохождения лечения, 30 женщин, находящихся в ремиссии).

Исследование осуществлялось в несколько этапов. На первом этапе производился теоре-

тический анализ литературы по теме исследования, подготовка и организация эмпирического исследования. Далее все участники проходили психодиагностическое тестирование, состоящее из комплекса методик:

1. Методика самооценки психических состояний (Hans Eysenck, 60-80s of the 20<sup>th</sup> century);

2. Шкала депрессии Бека (BDI, Aaron Beck 1961, 1978);

3. Опросник качества жизни SF16 (J. Ware, C. Sherbourne 1992).

На втором этапе производился анализ полученных эмпирических данных. Полученные в ходе тестирования данные обрабатывались при помощи методов описательной статистики для вычисления средних значений, а также подвергались частотному анализу. Далее выборка (N = 60) была разделена на две равные группы (N = 30). В первую группу вошли респонденты в активной фазе лечения, во вторую — пациенты в фазе ремиссии. Далее для поиска взаимосвязей применялся коэффициент ранговой корреляции Пирсона. Для выявления различий психоэмоционального состояния и качества жизни респондентов двух групп производился сравнительный анализ показателей с применением критерия Манна-Уитни.

Анализ результатов эмпирического исследования компонентов психоэмоционального состояния показал, что сравнительно малая часть испытуемых демонстрирует высокий уровень тревожности (10%), фрустрации (13%), агрессивности (8%), ригидности (10%)

и депрессии (3%), при этом подавляющее число респондентов имеют низкий уровень депрессии (90%) при наличии 7% выборки со средним уровнем данного показателя. Низкие результаты по уровню остальных компонентов психоэмоционального состояния показала большая часть опрошиваемых: тревожность 50% и 40% соответственно, фрустрация 65 и 22%, агрессивность 57% и 35%, ригидность 40% и 50% (табл. 1).

Полученные результаты позволяют характеризовать психоэмоциональное состояние онкобольных на примере больных РМЖ, как удовлетворительное с преобладанием низких и средних значений.

Анализ показателей физических компонентов качества жизни в исследуемой выборке показал, что очень низкий уровень демонстрируют 12% опрошенных только по шкале «физическое ролевое функционирование». Низкий уровень показателей был выявлен у 2-8% испытуемых. Большая часть респондентов оценивает свой уровень физического и физического ролевого функционирования высоко — 86% и 80% соответственно. Уровень интенсивности боли (обратная величина) средний у 15% участников исследования, высокий — у 5%, низкий у 80%. Ни у кого из опрошенных не выявлено очень высокого уровня интенсивности боли. Средний и высокий уровень показателя общего состояния здоровья выявлен у 43% и 49% испытуемых соответственно, низкий — у 8%, очень низкий в исследуемой выборке выявлен не был (табл. 2).

Таблица 1

Распределение уровня психоэмоционального состояния в целом по выборке

Показатель	Низкий уровень, %	Средний уровень, %	Высокий уровень, %
Тревожность	50	40	10
Фрустрация	65	22	13
Агрессивность	57	35	8
Ригидность	40	50	10
Депрессия	90	7	3



Таблица 2

## Распределение физических компонентов уровня качества жизни в целом по выборке

Показатель	Очень низкий уровень, %	Низкий уровень, %	Средний уровень, %	Высокий уровень, %
Физическое функционирование	0	2	12	86
Физическое ролевое функционирование	12	3	5	80
Интенсивность боли	0	5	15	80
Общее состояние здоровья	0	8	43	49

В табл. 3 представлены результаты эмпирического исследования распределения психологических компонентов здоровья в исследуемой выборке. Очень низкий уровень эмоционального ролевого функционирования и жизненной активности показали 7% и 3% респондентов соответственно. Никто из опрошенных не оценил свое психическое здоровье и социальное функционирование как очень низкое. Более половины испытуемых высоко оценивают все показатели психологического компонента здоровья: эмоциональное ролевое и социальное функционирование 76% и 80% соответственно, жизненную активность и психическое здоровье 66% и 64% соответственно. Средний уровень эмоционального ролевого и социального функционирования продемонстрировала незначительная часть опрошенных — 7% и 15% соответственно. Средний уровень таких компонентов, как жизненная активность и психическое здоровье, был выявлен почти у четверти респон-

дентов (по 23%). Низкие показатели по всем вышеперечисленным компонентам были выявлены не более чем у 15% исследуемой выборки.

Комплексный анализ физических и психологических компонентов качества жизни показал преобладание среднего и высокого уровней общего качества жизни среди онкобольных на примере больных РМЖ.

Следуя целям и задачам исследования — подтвердить или опровергнуть гипотезу о связи психоэмоционального состояния и качества жизни онкобольных на примере больных РМЖ, нами был проведен корреляционный анализ их шкальных значений с помощью коэффициента ранговой корреляции Пирсона. В ходе корреляционного анализа в обеих группах был выявлен ряд значимых связей компонентов психоэмоционального состояния и физических компонентов качества жизни больных РМЖ, все выявленные связи имеют обратный характер и среднюю силу.

Таблица 3

## Распределение психологических компонентов уровня качества жизни в целом по выборке

Показатель	Очень низкий уровень, %	Низкий уровень, %	Средний уровень, %	Высокий уровень, %
Эмоциональное ролевое функционирование	7	10	7	76
Социальное функционирование	0	5	15	80
Жизненная активность	3	8	23	66
Психическое здоровье	0	13	23	64

Для проведения сравнительного анализа показателей психоэмоционального состояния и качества жизни в группах «ремиссия» (N = 30) и «лечение» (N = 30) нами была проведена проверка выборок на нормальность с применением критерия Колмогорова-Смирнова и вычисление средних значений по каждому показателю в группах. Так как не все распределения соответствуют нормальному, то для выявления различий психоэмоционального состояния и качества жизни больных РМЖ нами был применен критерий Манна-Уитни. Результаты представлены в Таблицах 4,5 и на рис. 1, 2.

Значимых различий уровня психоэмоционального состояния у больных РМЖ в ремиссии и в период лечения не выявлено, уровень значимости при сравнении всех компонентов в группах  $p > 0.05$ .

При сравнительном анализе компонентов качества жизни у групп респондентов, находящихся в ремиссии и на стадии лечения, были выявлены значимые различия компонента «интенсивность боли» на уровне значимости  $p = 0.025 < 0.05$ . Интенсивность боли значимо выше у онкобольных, находящихся на стадии лечения. Значимых различий остальных компонентов выявлено не было.

Таблица 4

**Среднегрупповые значения психоэмоционального состояния больных РМЖ по показателям методики самооценки психических состояний Айзенка и шкалы депрессии Бека**

Показатель	Лечение		Ремиссия		Р
	Среднее	Стд. откл.	Среднее	Стд. откл.	
Тревожность	7.97	5.4	7.3	4.75	0.271
Фрустрация	7.3	5.6	6.7	5.1	0.351
Агрессивность	6.2	5.45	7.67	5.8	0.192
Ригидность	8.2	5.4	8.2	4.36	0.650
Депрессия	6.4	6.4	7.6	9.25	0.500
Когнитивно-аффективные проявления депрессии	2.7	3.75	3.9	5.65	0.662
Соматические проявления депрессии	3.7	3.2	3.67	3.8	0.665



Рис. 1. Среднегрупповые значения психоэмоционального состояния больных РМЖ

Среднегрупповые значения компонентов качества жизни больных РМЖ по показателям методики SF36

Показатель	Лечение		Ремиссия		Р
	Среднее	Стд. откл.	Среднее	Стд. откл.	
Физическое функционирование	86.0	15.8	89.2	10.3	0.646
Физическое ролевое функционирование	85.0	29	76.67	39.4	0.722
Интенсивность боли	80.7	13.6	87.9	18.1	<b>0.025</b>
Общее состояние здоровья	72.3	20.3	74.0	19.9	0.795
Психическое здоровье	73.5	16.1	74.4	18.2	0.504
Эмоциональное ролевое функционирование	87.8	27.0	81.1	34.7	0.485
Социальное функционирование	79	18.1	84.4	19.1	0.138
Жизненная активность	73.5	13.9	70.3	22.1	0.800

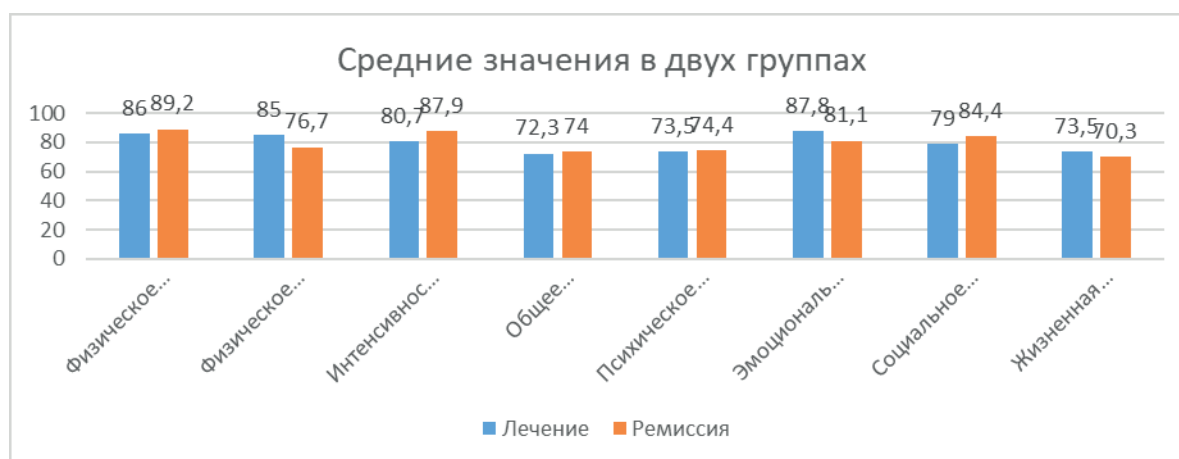


Рис. 2. Среднегрупповые значения компонентов качества жизни больных РМЖ

## Выводы

1. У онкобольных на примере больных РМЖ преобладают низкий и средний уровень таких компонентов психоэмоционального состояния, как тревожность, ригидность, фрустрация, агрессивность и депрессия.

2. У онкобольных на примере больных РМЖ преобладает средний и высокий уровень физических и психологических компонентов качества жизни.

3. Существует обратная связь психоэмоционального состояния и качества жизни онкобольных на примере больных РМЖ.

4. Наибольшее количество значимых связей компонентов психоэмоционального состояния онкобольных на примере больных РМЖ, находящихся на стадии активного лечения, было выявлено с такими компонентами КЖ, как общее состояние здоровья, психическое здоровье и жизненная активность.



5. Достоверных связей агрессивности с показателями качества жизни, а также связей компонентов психоэмоционального состояния с физическим ролевым функционированием в группе больных РМЖ, находящихся на стадии активного лечения, выявлено не было.

6. Депрессия, ее аффективно-когнитивные и соматические проявления у онкобольных на примере больных РМЖ, находящихся в ремиссии, обратно связаны со всеми показателями качества жизни, психологическими и физическими.

7. Наибольшее количество значимых связей компонентов психоэмоционального состояния онкобольных на примере больных РМЖ, находящихся в ремиссии, было выявлено с такими компонентами качества жизни,

как физическое ролевое функционирование, общее состояние здоровья, психическое здоровье, социальное функционирование и жизненная активность.

8. Нет значимых различий психоэмоционального состояния онкобольных на примере больных РМЖ в период прохождения лечения и в ремиссии.

9. Существуют значимые различия качества жизни онкобольных на примере больных РМЖ в таком компоненте качества жизни, как «интенсивность боли». Интенсивность боли у онкобольных, находящихся на стадии активного лечения, значительно выше.

Таким образом, нами были выполнены все поставленные задачи и достигнуты все цели исследования, выдвинутые гипотезы подтвердились.

### Список источников

1. Всемирная организация здравоохранения. URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения: 15.03.2025).

2. Симаева И. Н., Ецина И. Г. Особенности психологической поддержки женщин, перенесших операцию по поводу рака молочной железы, в условиях малого города // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Филология, педагогика, психология. 2010. № 5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-psihologicheskoy-podderzhki-zhenshin-pereneshih-operatsiyu-po-povodu-raka-molochnoy-zhelezy-v-usloviyah-malogo-goroda> (дата обращения: 27.03.2025).

3. Мэй Р. Человек в поисках себя. Санкт Петербург: Питер, 2024. 384 с.: ил. (Серия «#экопocket»).

4. Семиглазова Т. Ю., Ткаченко Г. А., Чулкова В. А. Психологические аспекты лечения онкологических больных // Злокачественные опухоли. 2016. № Спецвыпуск 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-aspekty-lecheniya-onkologicheskikh-bolnyh> (дата обращения: 27.03.2025).

5. 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. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-psihoterapii-v-lechenii-bolnyh-rakom-molochnoy-zhelezy> (дата обращения: 27.03.2025).

6. Саблин В. С. Психология человека: учебник / В. С. Саблин, С. П. Слакв. — Москва: Дашков и К, 2006. 741 с.

7. Леонтьев А. Я., Судаков К. Я. Эмоции. БСЭ, Т. 30. Москва, 1978, 169 с.

8. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство // А. М. Беляев и коллектив авторов / Ред. А. М. Беляев, В. А. Чулкова, Т. Ю. Семиглазова, М. В. Рогачев. СПб.: Любавич, 2017. 352 с.

9. Медик В. А., Юрьев В. К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. М.: Проффессионал, 2009. 432 с.

10. Кукина А. А., Вережагина Д. А. Особенности психоэмоционального состояния и психотерапевтические подходы в реабилитации онкологических больных // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2013. № 5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-psihoemotsionalnogo-sostoyaniya-i-psihoterapevticheskie-podhody-v-reabilitatsii-onkologicheskikh-bolnyh> (дата обращения: 27.03.2025).

11. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Л. Я. Гозмана Д. А., Леонтьева; Вступ. ст. Д. А. Леонтьева [с. 5-21]. Москва: Прогресс, 1990. 366, [1] с.; 22 см. (Б-ка зарубеж. психологии).

Статья поступила в редакцию 13.05.2025; одобрена после рецензирования 09.06.2025; принята к публикации 11.06.2025.

The article was submitted 13.05.2025; approved after reviewing 09.06.2025; accepted for publication 11.06.2025.

**Информация об авторе:**

Э. Ю. Айрапетян — студент.

**Information about the Author:**

E. Y. Ayrapetyan — student.