



Научно-исследовательский журнал «International Journal of Medicine and Psychology / Международный журнал медицины и психологии»

<https://ijmp.ru>

2025, Том 8, № 8 / 2025, Vol. 8, Iss. 8 <https://ijmp.ru/archives/category/publications>

Научная статья / Original article

Шифр научной специальности: 5.3.1. Общая психология, психология личности, история психологии (психологические науки)

УДК 159.9

¹ Пчелкин М.А.,

² Разуваева Т.Н.,

¹ Белгородский государственный национальный исследовательский университет,

² Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова

Онкопсихология: современные теоретические подходы и исследования в медицинской психологии

Аннотация: обобщенные современные теоретические рамки и эмпирическая база онкопсихологии представлены как интеграция биопсихосоциальной модели с когнитивно-поведенческими, социально-когнитивными и экзистенциально-смысловыми подходами. Выполнен нарративный обзор рецензируемых источников за 2015-2025 гг. (русско- и англоязычных) с приоритетом клинических руководств (ASCO, NCCN, ESMO), систематических обзоров/мета-анализов, рандомизированных исследований и концептуальных работ по стресс-оценке-копингу, самоэффективности, meaning-making и посттравматическому росту. Синтез показал: депрессия, тревога, клинически значимый дистресс и страх рецидива широко распространены и негативно связаны с приверженностью лечению и качеством жизни; экзистенциально-смысловые ресурсы (осмысленность, духовность, ценностная переоценка) и социальная поддержка выступают буферами психического неблагополучия; валидированные психосоциальные интервенции — когнитивно-поведенческие программы, стресс-менеджмент и mindfulness-модули, а также экзистенциально-ориентированные протоколы (CALM, meaning-centered psychotherapy) — воспроизводимо снижают дистресс и улучшают показатели качества жизни в разных клинических контекстах. Выявлены пробелы: недостаточная диагностика и доступ к помощи, гетерогенность выборок и культурных контекстов, ограниченная долговременная устойчивость эффектов, потребность в персонализации и адаптации инструментов, неоднозначность траекторий посттравматического роста. Практическая импликация — системная интеграция обязательного скрининга дистресса на всех этапах лечения, таргетные протоколы для страха рецидива, гибридные (очно/онлайн) модели длительной поддержки; исследовательская — изучение медиаторов/модераторов эффективности и психобиологических механизмов стресса в онкологии.

Ключевые слова: онкопсихология, психосоциальная онкология, биопсихосоциальная модель, психологический дистресс, депрессия, тревожные расстройства, страх рецидива рака (FCR), качество жизни, стресс-копинг, самоэффективность, смысл жизни, meaning-making, посттравматический рост (PTG), резильентность, CALM, meaning-centered psychotherapy, когнитивно-поведенческие интервенции, mindfulness, скрининг дистресса, клинические рекомендации (ASCO, NCCN, ESMO)

Для цитирования: Пчелкин М.А., Разуваева Т.Н. Онкопсихология: современные теоретические подходы и исследования в медицинской психологии // International Journal of Medicine and Psychology. 2025. Том 8. № 8. С. 216 – 225.

Поступила в редакцию: 28 августа 2025 г.; Одобрена после рецензирования: 25 октября 2025 г.; Принята к публикации: 16 декабря 2025 г.

¹*Pchelkin M.A.,*

²*Razuvaeva T.N.,*

¹*Belgorod National Research University,*

²*Pirogov Russian National Research Medical University*

Psycho-oncology: contemporary theoretical approaches and evidence in medical psychology

Abstract: generalized contemporary theoretical frameworks and the empirical base of psycho-oncology are presented as an integration of the biopsychosocial model with cognitive-behavioral, social-cognitive, and existential–meaning-oriented approaches. A narrative review of peer-reviewed sources (2015–2025; Russian- and English-language) prioritized clinical guidelines (ASCO, NCCN, ESMO), systematic reviews/meta-analyses, randomized controlled trials, and conceptual work on stress appraisal–coping, self-efficacy, meaning making, and post-traumatic growth. Synthesis indicates: depression, anxiety, clinically significant distress, and fear of cancer recurrence are highly prevalent and negatively associated with treatment adherence and quality of life; existential–meaning resources (sense of meaning, spirituality, value reappraisal) and social support act as buffers of psychological morbidity; validated psychosocial interventions—cognitive-behavioral programs, stress-management and mindfulness modules, as well as existentially oriented protocols (CALM, meaning-centered psychotherapy)—consistently reduce distress and improve quality-of-life outcomes across clinical contexts. Identified gaps include underdiagnosis and limited access to care, sample and cultural heterogeneity, constrained long-term durability of effects, the need for personalization and measure adaptation, and non-linear trajectories of post-traumatic growth. Practical implications: system-wide integration of mandatory distress screening at all treatment stages, targeted protocols for fear of recurrence, and hybrid (in-person/online) long-term support models; research priorities: mediators/moderators of effectiveness and psychobiological mechanisms of stress in oncology.

Keywords: psycho-oncology, psychosocial oncology, biopsychosocial model, psychological distress, depression, anxiety disorders, fear of cancer recurrence (FCR), quality of life, stress appraisal–coping, self-efficacy, meaning in life, meaning making, post-traumatic growth (PTG), resilience, CALM; meaning-centered psychotherapy, cognitive-behavioral interventions, mindfulness, distress screening, clinical guidelines (ASCO, NCCN, ESMO)

For citation: Pchelkin M.A., Razuvaeva T.N. Psycho-oncology: Contemporary Theoretical Approaches and Evidence in Medical Psychology. International Journal of Medicine and Psychology. 2025. 8 (8). P. 216 – 225.

The article was submitted: August 28, 2025; Approved after reviewing: October 25, 2025; Accepted for publication: December 16, 2025.

Введение

Онкологические заболевания остаются одной из ведущих причин смертности в мире. По оценкам глобальных регистров, в 2020 г. зарегистрировано около 19,3 млн новых случаев рака и почти 10 млн смертей, что подтверждает устойчивый рост онкологической заболеваемости и смертности в большинстве регионов [34, 19]. На фоне совершенствования диагностики и терапии увеличивается доля пациентов, живущих дольше после постановки диагноза, что выдвигает на первый план задачи поддержания психологического благополучия и системной психосоциальной поддержки на всём протяжении «онкологического пути» пациента [16, 23]. Сам факт диагноза и интенсивные методы лечения (хирургия, химио-, лучевая, иммунная терапия) выступают мощными стрессорами, ассоциированными с клинически значимым психологическим дистрессом; у значительной части пациентов формируются тревожные

и депрессивные синдромы, выраженный страх, вина, экзистенциальная незащищенность [26, 23, 32]. Дистресс и сопутствующие психические расстройства у онкопациентов связаны со снижением качества жизни, ухудшением приверженности лечению и неблагоприятными медицинскими исходами, включая повышение риска летальности; это обосновывает необходимость обязательного скрининга и маршрутизации к специализированной помощи [26, 32, 23].

Психосоциальная онкология (онкопсихология) как междисциплинарная область охватывает широкий спектр проблем: тревожные расстройства (в т. ч. страх рецидива), депрессивные реакции, посттравматический стресс, общий дистресс, когнитивные нарушения, усталость, сексуальные дисфункции, расстройства сна и др. [21, 26, 23]. Равнозначимы психологические аспекты преодоления физических последствий заболевания и терапии (боль, токсичность, нарушения фертильности и

образа тела), требующие интеграции психологических и реабилитационных вмешательств [23, 26]. Воздействие рака выходит за пределы индивидуального уровня: психосоциальные последствия затрагивают семью и ближайшее окружение пациента, что диктует необходимость семейно-ориентированных подходов и поддержки ухаживающих лиц [21]. Отсутствие адекватной психосоциальной помощи сопряжено с повышением риска прерывания лечения, удлинением госпитализаций, ухудшением качества жизни и ростом неблагоприятных исходов [26, 32]. Соответственно, психологическая помощь становится неотъемлемой составляющей комплексного ведения онкологических больных и должна быть встроена в стандарты онкологической помощи на всех этапах – от диагностики и активного лечения до ремиссии и паллиативного этапа [26, 32].

Цель настоящей обзорной статьи – аналитически обобщить современные теоретические подходы и эмпирические данные в онкопсихологии, с акцентом на психологические аспекты разных стадий течения болезни – от момента диагностики и периода лечения до отдаленных последствий. Особое внимание уделяется феномену посттравматического роста, проблематике тревожности (включая страх рецидива) и детерминантам качества жизни онкологических пациентов [28, 22]. Статья опирается преимущественно на источники последних 5-10 лет и нацелена на выявление концептуальных достижений, пробелов знаний и практической значимости интеграции психологических подходов в онкологическую практику [21, 16, 26, 32].

Материалы и методы исследований

Обзор носит теоретико-аналитический, нарративный характер с приоритетом высокоуровневых источников: клинические руководства международных обществ (ASCO, NCCN, ESMO), систематические обзоры и мета-анализы, а также масштабные многоцентровые исследования и ключевые теоретические публикации по стресс-копингу, смыслу и посттравматическому росту. Временной охват и языки. Период включения – 2015-2025 гг.; при этом базовые теоретические источники и классические работы (например, по стресс-копингу, самоэффективности и смыслу) включались вне ограничения по годам как концептуальные рамки. Рассматривались публикации на английском и русском языках, что релевантно тематике онкопсихологии и отражает международную и отечественную повестку.

Результаты и обсуждения

Современная медицинская психология опирается на биопсихосоциальный подход, согласно

которому болезнь рассматривается не только в биологических, но и в психологических, и социальных измерениях; в онкологии это означает, что эмоциональные и личностные особенности пациента, его социальное окружение и система поддержки влияют на течение заболевания наряду с медицинскими факторами [21, 26, 32]. Онкопсихология выделяет две ключевые психологические плоскости при раке: (1) эмоциональную реакцию пациента и семьи на заболевание и (2) психологические и поведенческие факторы, определяющие способность жить с заболеванием (копинг, самоэффективность, приверженность лечению) [21]. С момента постановки диагноза и на протяжении всей «раковой траектории» (от лечения к ремиссии/наблюдению и далее) пациент проходит стадии психологической адаптации; классические стадийные модели (шок/отрицание, гнев, торг, депрессия, принятие) не универсальны, но обозначили необходимость признания и адресации эмоционального переживания болезни [21]. Более общим объяснительным каркасом выступает стресс-копинговая теория Р. Лазаруса и С. Фолкман, согласно которой раковое заболевание является сильным стрессором, требующим когнитивной оценки угрозы и мобилизации стратегий совладания (проблемно-ориентированного, эмоционально-ориентированного, поиска поддержки) [27]. Катастрофизация и восприятие неконтролируемости порождают дезадаптивные реакции, тогда как фокус на задачах и социальная поддержка смягчают дистресс; в последние годы фокус исследований смещается от констатации дистресса к анализу механизмов адаптации и позитивных исходов [21, 26, 27].

Одним из центральных понятий, связывающих болезнь с личностью, является смысл. В отечественной традиции, начиная с работ А.Н. Леонтьева, личностный смысл понимается как субъективная значимость события, отражающая отношение человека к действительности и его жизненный опыт; смысл объединяет когнитивный (понимание) и эмоционально-ценностный (переживание значимости) компоненты и интегрирует мотивацию, цели и деятельность [9]. Смысловые образования формируются в активности субъекта: индивид преобразует объективные обстоятельства в субъективно значимые, решая «задачи на смысл» и обеспечивая целостность поведения [9]. В экзистенциальной психологии (В. Франкл и последователи) стремление к поиску и реализации смысла рассматривается как фундаментальная человеческая мотивация; утрата смысла ведёт к экзистенциальной фрустрации [20]. Современные теории meaning-making уточняют этот процесс примени-

тельно к тяжелой болезни: при столкновении с экстремальным стрессором возникает рассогласование между «глобальным смыслом» (устойчивые ценности, убеждения, цели) и «ситуативным смыслом» болезни; восстановление согласованности требует переинтерпретации события и интеграции опыта в личную историю [31]. Успешное осмысление ассоциировано с более благоприятной психологической адаптацией, снижением депрессии/тревоги и дистресса; ощущение осмысленности выполняет буферную функцию по отношению к негативному воздействию болезни [9, 31].

Тяжелое соматическое заболевание, включая рак, может выступать как потенциально травматическое событие. Концепция post-traumatic growth описывает позитивные психологические изменения, возникающие по мере преодоления экстремального опыта: перестройка базовых убеждений, ценностная переоценка и формирование новых жизненных целей [35]. Ключевой механизм PTG – «рост, рождающийся из борьбы»: первоначальные дезорганизующие переживания и навязчивые размышления трансформируются в конструктивное осмысление и принятие новой реальности, что сопровождается изменением самовосприятия и мировоззрения [35]. Выделяют пять доменов PTG: личная сила, улучшение отношений, открытие новых возможностей, возросшая ценность жизни и духовные изменения [35]. В онкологии PTG документирован в многочисленных исследованиях; он расширяет фокус с патогенетической модели (исключительно психопатология при болезни) к салютогенетической, ориентированной на источники устойчивости и роста [21, 35].

Когнитивно-поведенческие подходы акцентируют роль убеждений и автоматических мыслей в формировании эмоциональных реакций и поведения при болезни; катастрофические ожидания («рак обязательно вернётся», «лечение бесполезно») усиливают тревожность и депрессию, тогда как когнитивная реструктуризация и навыки эмоциональной регуляции снижают дистресс [21, 23]. Концепция «установок болезни» (illness perceptions) подчёркивает, что представления пациента о причинах, контролируемости и прогнозе заболевания определяют выбор копинг-стратегий и уровень стресса; вера в эффективность лечения и собственных действий поддерживает активный копинг и приверженность [21]. Социально-психологические модели выделяют значение социальной поддержки и межличностных факторов: надежные связи (семья, друзья, группы поддержки) снижают чувство изоляции и смягчают стресс, тогда как социальная изоляция сама по себе выступает значимой проблемой психического здоро-

вья онкопациентов [21, 26]. В рамках социально-когнитивной теории А. Бандуры центральным конструктом является самоэффективность – вера пациента в собственную способность справиться с болезнью; высокая самоэффективность связана с лучшей приверженностью лечению и активным поиском информации [17].

Параллельно с анализом патологических реакций изучаются резильентность (психологическая стойкость) и позитивные аспекты переживания болезни. Концепция жизнестойкости (hardiness) объединяет вовлеченность, контроль и принятие вызова как личностные ресурсы противостояния стрессу; у части онкопациентов сохраняется способность находить смысл и ощущение контроля даже при тяжелом диагнозе [21]. Российские данные показывают, что пациенты с раком чаще прибегают к стратегии позитивной переоценки, рассматривая болезнь как задачу или новый этап; это сопряжено с более высокими показателями экзистенциальных мотиваций и жизнестойкости [7]. Отмечаются и международные данные о связи личностных ресурсов (оптимизм, надежда, осмысленность) с лучшими показателями качества жизни и психического здоровья онкопациентов, что поддержано клиническими рекомендациями и обзорными работами [26, 23, 21]. На этой основе развивается позитивная психология здоровья в онкологии, ориентированная не только на снижение негативных переживаний, но и на укрепление ресурсов личности – смысла, благодарности, духовности, чувства юмора [21, 35].

Таким образом, в онкопсихологии сформирован интегративный теоретический фундамент: стресс-теории и копинг-модели объясняют динамику адаптации [27]; экзистенциальные и смысловые подходы проясняют глубинные личностные изменения [9, 20, 31]; модель посттравматического роста демонстрирует потенциал позитивной трансформации [35]; когнитивно-поведенческие и социальные модели связывают убеждения, самоэффективность и поддержку с исходами болезни [17, 21, 23, 26]. Эта рамка необходима для проектирования и выбора эффективных психосоциальных интервенций и программ поддержки онкопациентов [21, 23, 26].

Эпидемиологические данные последнего десятилетия показывают, что значительная доля онкопациентов имеет клинически выраженные психические расстройства. В обзорах и руководствах сообщается о распространенности депрессии в среднем 20-40%, а тревожных расстройств – 10-30% (вариабельно по нозологиям, стадиям и методам оценки) [16, 26]. Высокий уровень общего дистресса (clinically significant distress) фиксирует-

ся примерно у 40-50% пациентов, что подтверждено валидированными инструментами скрининга (Distress Thermometer, Problem List) [24, 25, 30, 32]. Эти расстройства ассоциированы со снижением качества жизни, ухудшением приверженности лечению и менее благоприятными клиническими исходами, что обосновывает включение регулярного скрининга дистресса и маршрутизации к специализированной помощи в стандарты онкологической помощи [16, 26, 30, 32]. Несмотря на это, сохраняется разрыв между потребностью и доступом к помощи: значительная часть пациентов с выявленной депрессией/тревогой не получает адекватного лечения или психосоциальной поддержки [16, 32]. В ответ профессиональные сообщества (NCCN, ESMO, ASCO) регламентировали обязательный скрининг на дистресс и применение кратких валидированных шкал на всех этапах «онкологического пути» пациента [30, 32, 26, 24, 25].

Тревожные проявления характерны для всех стадий лечения – от ожидания диагноза до периода посттерапевтического наблюдения. Особое место занимает страх рецидива рака (FCR) – стойкая тревога/озабоченность возможным возвращением или прогрессированием заболевания. По данным индивидуально-участникового мета-анализа и согласованным позициям руководств, клинически значимый FCR встречается примерно у 30–50% переживших рак [28, 26]. Повышенный FCR статистически связан с более выраженной тревогой и депрессией, нарушениями сна, снижением качества жизни и трудностями реинтеграции в социальные роли [28, 26]. Для таргетной коррекции FCR разработаны и изучены специализированные протоколы, в том числе ConquerFear (КПТ-ориентированная программа), показавшая эффективность в РКИ [22]. Экзистенциальные факторы – духовность, осмысленность, чувство контролируемости будущего – выступают психологическими буферами FCR, что согласуется с современными моделями meaning-making и данными о пользе экзистенциально-ориентированных вмешательств [31, 20, 33].

Качество жизни (КЖ) – интегральный показатель физического, психологического и социального функционирования – является ключевым критерием эффективности онкологической помощи наряду с показателями выживаемости [21, 23]. Негативные аффекты, дистресс, побочные эффекты лечения и частые госпитализации достоверно ухудшают КЖ; обратимо, структурированные психосоциальные вмешательства демонстрируют улучшение эмоционального и общего благополучия в рандомизированных исследованиях и суммарных обзорах [23, 16, 26]. Эффективность пока-

зана для индивидуального и группового консультирования, КПТ-подходов, программ стресс-менеджмента и экзистенциально-ориентированных интервенций (например, CALM и meaning-centered psychotherapy) у пациентов с продвинутым раком: в РКИ отмечено снижение дистресса, улучшение показателей КЖ и экзистенциального благополучия [33, 29, 20]. Руководства SIO–ASCO, ASCO и ESMO рекомендуют интегрировать регулярные психосоциальные вмешательства в стандартную онкологическую помощь с учётом стадийности болезни, типа лечения и индивидуального профиля пациента [23, 16, 26, 32]. Доказательств прямого влияния таких вмешательств на общую выживаемость пока недостаточно; однако клинически значимое улучшение симптомов и КЖ рассматривается как самоценная цель терапии [23, 16].

С середины 2000-х гг. интенсивно изучается феномен посттравматического роста (PTG) у онкопациентов – позитивные изменения в самоощущении, ценностях и отношениях, возникающие вслед за преодолением экстремального опыта болезни. Наиболее часто фиксируются сдвиги по пяти доменам PTG: личная сила, углубление отношений, новые возможности, возросшая ценность жизни и духовные изменения [35]. В совокупности исследования указывают, что у значимой доли переживших рак отмечается PTG, сопряжённый с лучшими показателями субъективного благополучия (выше КЖ, ниже выраженность депрессии/тревоги), хотя причинно-следственные связи и модераторы эффекта остаются предметом дискуссии [35]. Конструкт смысла выступает ключевым ресурсом позитивной адаптации: модели смыслообразования предсказывают, что восстановление согласованности между «глобальным» и «ситуационным» смыслом облегчает интеграцию опыта болезни и способствует росту [31, 9]. Российские данные согласуются с этими выводами: показано, что позитивная переоценка и сохранность базовых ценностей ассоциированы с жизнестойкостью и лучшим переживанием лечения у онкопациентов [7, 12, 14]. Экзистенциально-ориентированные вмешательства (например, meaning-centered psychotherapy) демонстрируют потенциал к усилению осмысленности, благодарности и качеству жизни даже в условиях продвинутого заболевания [20].

Эмпирическая база подтверждает высокую распространённость дистресса и сопутствующих расстройств, их негативные последствия и доказательную эффективность психосоциальных программ; параллельно зафиксирован потенциал позитивной адаптации и PTG, опирающийся на ре-

сурсы смысла, жизнестойкости и социальной поддержки. Эти данные легли в основу перехода к более целостной модели онкопомощи, учитывающей психическое состояние и жизненное качество на всех этапах лечения [16, 21, 23, 26, 32, 33, 35].

Недостаточная диагностика и лечение психических расстройств. Значительная доля онкопациентов с депрессией и тревожными расстройствами не получает квалифицированной помощи; направление к психологу/психиатру остаётся исключением, а не правилом. Отсутствие регулярного скрининга, стигматизация психиатрической помощи, ресурсные ограничения становятся существенными барьерами. Решение требует обязательной оценки дистресса на всех этапах лечения, обучение онкологов распознаванию дистресса и маршрутизации, снятие стигмы и расширение доступности психосоциальной помощи [16, 26, 30, 32]. В качестве минимального стандарта рекомендуются валидированные инструменты быстрого скрининга (Distress Thermometer, Problem List) [24, 25, 30, 32].

Нехватка специализированных инструментов оценки. Хотя общепринятые шкалы депрессии/тревоги и инструменты дистресса валидированы в онкологии, они не всегда учитывают нозологическую и культурную специфику, особенности стадий лечения, когнитивные и соматические ограничения. Требуются адаптация и повторная валидация шкал для конкретных популяций, а также шире – оценка конструкторов, критичных для онкопациентов (осмысленность, самооффективность, психологическая гибкость) в рамках клинических протоколов [24, 25, 26, 30]. Рекомендации профессиональных обществ подчеркивают необходимость системного скрининга с учетом контекста и индивидуального профиля пациента [16, 23, 26, 32].

Гетерогенность выборок и контекстов. Большинство данных получено в странах с высоким доходом; исследования из стран с низким/средним доходом ограничены, что снижает внешнюю валидность результатов. Культурные различия (отношение к болезни, уровень стигмы, доступность поддержки) и различия в системах здравоохранения влияют на психосоциальные исходы и должны учитываться при разработке рекомендаций. Необходимо расширять географию исследований и целенаправленно включать уязвимые группы (дети/подростки, пожилые, этнические меньшинства, сельские регионы) [19, 26, 34].

Индивидуальная вариативность и персонализация помощи. Психологические реакции на рак существенно варьируют в зависимости от пола, возраста, стадии, личностных черт и предшествую-

щего опыта; у одного пациента могут сосуществовать разные типы реагирования (ипохондрический, тревожный, сенситивный, эйфорический и др.) [3, 14]. Это ограничивает универсальность протоколов и требует персонализации вмешательств: предварительная оценка копинга, самооффективности, уровня дистресса, семейной и социальной поддержки, предпочтений пациента – с последующим выбором формата (индивидуальная /групповая терапия), модальности (КПТ /экзистенциальная/стресс-менеджмент) и интенсивности [16, 17, 26, 27].

Ограниченная длительность эффекта вмешательств. Хотя эффективность многих психосоциальных программ подтверждена, устойчивость эффектов во времени варьирует; без поддерживающих модулей и «бустер-сессий» наблюдается снижение эффекта по мере удаления от завершения программы. Оптимизация включает гибридные форматы (очно + онлайн), этапные протоколы с поддерживающими сессиями, интеграцию самопомощи и мониторинг КЖ/дистресса в последующем наблюдении [16, 23]. Требуются долгосрочные исследования с отдаленными точками контроля и анализом модераторов/медиаторов устойчивости эффекта [16, 23, 26].

Неоднозначность и негативные аспекты РТГ. Посттравматический рост (РТГ) регистрируется не у всех; возможны длительные негативные последствия (хроническая тревога, экзистенциальная фрустрация, эмоциональное выгорание), которые могут сосуществовать с элементами роста. Трактории РТГ нередко нелинейны, с откатами и стагнациями. Нужны модели, учитывающие условия, при которых рост развивается или блокируется (уровень дистресса, ресурсы смысла, поддержка, личностные черты), и протоколы, минимизирующие издержки трансформации [4, 11, 31, 35].

Указанные дефициты от выявления и маршрутизации пациентов с дистрессом до персонализации и долгосрочной поддержки, а также точного моделирования РТГ – формируют приоритетную повестку исследований и внедрения. Их решение повысит качество психосоциальной помощи и приведёт к более целостной модели онкопомощи, учитывающей психическое состояние и жизненное качество на всех этапах лечения [16, 23, 26, 30, 32, 35].

Развитие онкопсихологии обогащает медицинскую и психологическую науку, предлагая целостную модель онкологического заболевания как биопсихосоциального процесса и личностно-психологического события [21]. Классическая теория стресса и копинга получила подтверждение и развитие на онкологическом материале: показа-

на универсальность проблемно- и эмоционально-ориентированных стратегий, роль когнитивной оценки, контроля и социальной поддержки в адаптации к диагнозу и лечению [27, 21]. Экзистенциально-гуманистическая линия (поиск и переживание смысла) перешла из уровня философской декларации в измеряемый психологический конструкт, связанный с психическим благополучием тяжело больных; модели meaning-making описывают согласование «глобального» и «ситуативного» смысла при тяжелой болезни [20, 31, 9]. Концепция посттравматического роста (PTG), изначально разработанная для травматических событий, апробирована на онкопациентах: подтверждены её ключевые домены (личная сила, отношения, новые возможности, ценность жизни, духовные изменения) и объяснительные механизмы перестройки базовых убеждений [35, 21]. В теоретическом плане онкопсихология становится «площадкой синтеза» – интегрируя когнитивно-поведенческие, социально-когнитивные (включая самооффективность) и экзистенциальные модели, а также междисциплинарные подходы (в т. ч. Психобиологические /психонейроиммунологические звенья стресса и болезни) [17, 21]. Итог – расширение понятийного аппарата психологии здоровья и кризисов, уточнение гипотез о роли копинга, смысла и личностных ресурсов в адаптации к жизнеугрожающей болезни [21, 27, 31, 35].

Интеграция психологов и психиатров в мультидисциплинарные команды онкоцентров повышает качество помощи: систематическая оценка дистресса, маршрутизация к психосоциальной поддержке и применение валидированных вмешательств улучшают эмоциональные исходы, приверженность лечению и показатели качества жизни [16, 23, 26]. Психосоциальная реабилитация должна быть равноправной частью плана лечения на всех этапах лечения (диагностика, активная терапия, наблюдение, паллиативный этап) [23, 26, 21]. В клиническую практику внедрены стандартизированные процедуры скрининга дистресса (Distress Thermometer и Problem List) и алгоритмы последующих действий; требования к регулярному скринингу закреплены в руководствах NCCN/ESMO/ASCO [30, 24, 25, 32, 26, 16]. На уровне организации помощи – развитие обучающих программ (коммуникация, сообщение плохих новостей, оценка суицидального риска), расширение доступа к психологам/психиатрам, просветительские материалы для пациентов и поддержка ухаживающих лиц [21, 23, 26].

Доказательная база по интервенциям включает КПТ-подходы, программы стресс-менеджмента, mindfulness-модули и экзистенциально-

ориентированные протоколы (напр., CALM, meaning-centered psychotherapy), обеспечивающие снижение дистресса и улучшение показателей качества жизни у пациентов, в том числе с распространенными стадиями [33, 29, 20, 23]. Хотя влияние психосоциальных вмешательств на общую выживаемость остается неоднозначным, улучшение симптомов и качества жизни признано самостоятельной клинической целью [16, 23]. Для периода ремиссии формируется повестка survivorship-сопровождения (сопровождение выживших): реинтеграция в социальные роли, работа со страхом рецидива, возвращение к труду; эффективны групповые и индивидуальные форматы, включая телемодальности [21, 23, 22].

Выводы

Онкопсихология прошла путь от единичных клинических наблюдений к признанной составляющей онкологической науки и практики, предложив целостное понимание онкологического заболевания как биопсихосоциального процесса с выраженным личностно-психологическим измерением [21]. Современные данные показывают, что рак сопряжен с масштабной психической нагрузкой: высокая распространенность депрессивных и тревожных расстройств, а также клинически значимого дистресса подтверждена руководствами и мета-аналитическими сводками, а негативное влияние этих состояний на приверженность лечению, качество жизни и клинические исходы – воспроизводимо в разных популяциях [16, 26, 24, 25, 30, 32].

Теоретические модели согласовано описывают психологическую адаптацию к болезни: стресс-оценка-копинг и самооффективность – как механизмы регуляции и совладания [27, 17]; экзистенциально-смысловые подходы – как объяснение роли осмысленности и meaning-making в снижении дистресса и восстановлении целостности жизненного проекта [9, 31, 20]; концепция посттравматического роста – как рамка позитивной трансформации и перестройки базовых убеждений после экстремального опыта заболевания [35, 21]. Эти модели комплементарны и в сумме формируют объяснительную архитектуру, необходимую для проектирования и выбора психосоциальных интервенций.

Эмпирическая база свидетельствует: структурированные психосоциальные вмешательства – когнитивно-поведенческие программы, стресс-менеджмент и mindfulness-модули, а также экзистенциально-ориентированные протоколы (CALM, meaning-centered psychotherapy) – приводят к статистически и клинически значимому снижению дистресса и улучшению показателей качества

жизни (включая у пациентов с распространенными стадиями), при этом требования к регулярному скринингу и маршрутизации закреплены в международных руководствах NCCN/ESMO/ASCO [33, 29, 20, 23, 16, 26, 32, 30]. Одновременно сохраняются вызовы внедрения: всеобщий скрининг и доступ к помощи, персонализация по профилю пациента, обеспечение длительной устойчивости эффектов, а также целенаправленная работа с уязвимыми группами (дети, пожилые, малые этнокультурные сообщества) [16, 23, 26, 32].

Практический вывод для клиницистов однозначен: психологическое состояние онкопациента является детерминантой успеха лечения и должно системно учитываться на всех этапах лечения – от

сообщения диагноза до паллиативной помощи; мультидисциплинарное ведение с интеграцией психосоциальной поддержки – стандарт надлежащей помощи. Перспективы дальнейших исследований включают уточнение биоповеденческих механизмов стресса, разработку маркеров раннего выявления риска дистресса и FCR, оптимизацию «бустерных» и гибридных (очно/онлайн) форматов интервенций и их длительной эффективности. В этой логике «лечить рак» – значит не только контролировать опухоль, но и целенаправленно поддерживать психическое благополучие, повышая эффективность терапии и облегчая путь пациента к восстановлению субъективной целостности и качества жизни.

Список источников

1. Артемьева Е.Ю. Психология субъективной семантики. М.: Изд-во МГУ, 1986. 216 с.
2. Ассоциация онкологов России. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году: статистический сборник. М.: АОР, 2023. 180 с.
3. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова И.В. Методика для изучения типов отношения к болезни (ТОБОЛ). СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. 28 с.
4. Зелянина А.Н., Падун М.А. К проблеме посттравматического личностного роста: современные подходы и результаты исследований // Психологические исследования. 2017. Т. 10. № 53. С. 1 – 16.
5. Иванова А.С. и др. Психологическая помощь Онкологическим больным на амбулаторном этапе // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2019. Т. 80. № 4. С. 316 – 321.
6. Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова, А.О. (ред.). Злокачественные новообразования в России в 2023 году: заболеваемость и смертность. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал НМИЦ радиологии, 2024. 300 с.
7. Купрейченко А.Б. Экзистенциальные мотивации и совладающее поведение у онкологических пациентов // Психология и здоровье. 2019. № 4. С. 67 – 78.
8. Леонтьев Д.А. Опросник смысложизненных ориентаций (СЖО): Руководство. 2-е изд. М.: Смысл, 2000. 32 с.
9. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. 3-е изд., испр. и доп. М.: Смысл, 2019. 512 с.
10. Магомед-Эминов М.Ш. Феномен посттравматического роста // Вестник ТГУ. 2009. Вып. 2(71). С. 111 – 117.
11. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. М.: Педагогика, 1989. 328 с.
12. Русина Н.А. Психоземotionalные состояния онкологических больных и их динамика в процессе лечения // Психологические исследования. 2020. № 2. С. 25 – 36.
13. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.
14. Фурса К.А. Внутренняя картина болезни у онкологических пациентов: типы реагирования и факторы вариативности // Клиническая психология. 2020. № 3. С. 48 – 58.
15. Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю., Беляев А.М. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. СПб.: НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, 2017. 200 с.
16. Andersen B.L., Lacchetti C., Ashing K. et al. Management of anxiety and depression in adult survivors of cancer: ASCO Guideline Update // Journal of Clinical Oncology. 2023. Vol. 41, No. 18. P. 3426 – 3453.
17. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W. H. Freeman, 1997. 604 p.
18. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., et al. Estimating global cancer incidence and mortality in 2020: sources and methods // International Journal of Cancer. 2021. Vol. 149, No. 3. P. 778 – 791.
19. Bray F., Laversanne M., Sung H., et al. Global Cancer Statistics 2022: GLOBOCAN estimates. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2024. Vol. 74, No. 3. P. 229 – 263.
20. Breitbart W., Poppito S., Rosenfeld B., et al. Meaning-Centered Group Psychotherapy for patients with advanced cancer // Journal of Clinical Oncology. 2015. Vol. 33. No. 7. P. 749 – 754.

21. Breitbart W.S., Butow P.N., Jacobsen P.B., Lam W.W.T., Lazenby M., Loscalzo M.J. (eds.). *Psycho-Oncology*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press, 2021. 832 p.
22. Butow P.N., Bell M.L., Smith A.B., et al. Conquer Fear: randomized trial of a psychological intervention to reduce fear of cancer recurrence // *Journal of Clinical Oncology*. 2017. Vol. 35, No. 36. P. 4066 – 4077.
23. Carlson L.E., Deng G., et al. Integrative oncology care of symptoms of anxiety and depression in adults with cancer: SIO-ASCO Guideline // *Journal of Clinical Oncology*. 2023. Vol. 41, No. 28. P. 3112 – 3134.
24. Cutillo A., O’Hea E., Person S., et al. The Distress Thermometer: cutoffs and clinical utility // *Supportive Care in Cancer*. 2017. Vol. 25, No. 4. P. 1461 – 1470.
25. Donovan K.A., Grassi L., McGinty H.L., Jacobsen P.B. Validation and update of the NCCN Distress Thermometer Problem List // *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2022. Vol. 20, No. 1. P. 96 – 100.
26. Grassi L., Caruso R., Riba M.B. et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline // *ESMO Open*. 2023. Vol. 8, No. 2. Article 101155.
27. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer, 1984. 445 p.
28. Luigjes-Huizer Y.L., Tauber N.M., Humphris G., et al. Prevalence of fear of cancer recurrence: IPD meta-analysis // *Psycho-Oncology*. 2022. Vol. 31, No. 6. P. 879 – 892.
29. Mehnert A., Vehling S., Höcker A., et al. Efficacy of CALM for patients with advanced cancer: randomized controlled trial // *Psycho-Oncology*. 2020. Vol. 29, No. 11. P. 1888 – 1897.
30. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). *Distress Management. Clinical Practice Guidelines in Oncology*. Version 2.2024. Plymouth Meeting, PA: NCCN, 2024. 110 p.
31. Park C.L., Folkman S. Meaning in the context of stress and coping // *Review of General Psychology*. 1997. Vol. 1. No. 2. P. 115 – 144.
32. Riba M.B., Donovan K.A. et al. NCCN Guidelines® Insights: Distress Management, Version 2.2023 // *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2023. Vol. 21, No. 5. P. 450 – 466.
33. Rodin G., Lo C., Rydall A., et al. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): randomized controlled trial // *Journal of Clinical Oncology*. 2018. Vol. 36, No. 23. P. 2422 – 2432.
34. Sung H., Ferlay J., Siegel R.L. et al. *Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide* // *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021. Vol. 71. No. 3. P. 209 – 249.
35. Tedeschi R.G., Calhoun L.G., Shakespeare-Finch J., Taku K. *Posttraumatic Growth: Theory, Research, and Applications*. New York: Routledge, 2018. 276 p.

References

1. Artemyeva E. Yu. *Psychology of Subjective Semantics*. Moscow: Moscow State University Press, 1986. 216 p.
2. Association of Oncologists of Russia. *The State of Oncological Care for the Population of Russia in 2022: Statistical Digest*. Moscow: AOR, 2023. 180 p.
3. Wasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova I.V. *Methodology for Studying Types of Attitudes to Disease (TOBOL)*. St. Petersburg: Bekhterev Scientific Research Institute, 2005. 28 p.
4. Zelyanina A.N., Padun M.A. On the Problem of Post-Traumatic Personal Growth: Modern Approaches and Research Results. *Psychological Research*. 2017. Vol. 10, No. 53. P. 1 – 16.
5. Ivanova, A.S., et al. Psychological assistance to cancer patients at the outpatient stage. *Oncology. Herzen Journal*. 2019. Vol. 80, No. 4. P. 316 – 321.
6. Kaprin A.D., Starinsky V.V., Shakhzadova A.O. (eds.). *Malignant neoplasms in Russia in 2023: incidence and mortality*. Moscow: P.A. Herzen Moscow Oncology Research Institute, branch of the National Medical Research Center of Radiology, 2024. 300 p.
7. Kupreychenko, A.B. Existential motivations and coping behavior in cancer patients. *Psychology and Health*. 2019. No. 4. P. 67 – 78.
8. Leontiev D.A. *Questionnaire of Life-Meaning Orientations (MLO): Manual*. 2nd ed. Moscow: Smysl, 2000. 32 p.
9. Leontiev D.A. *Psychology of Meaning: The Nature, Structure, and Dynamics of Meaningful Reality*. 3rd ed., corrected and augmented. Moscow: Smysl, 2019. 512 p.
10. Magomed-Eminov, M. Sh. The Phenomenon of Posttraumatic Growth. *Tomsk State University Bulletin*. 2009. Issue 2(71). P. 111 – 117.
11. Rubinstein S.L. *Fundamentals of General Psychology*. Moscow: Pedagogy, 1989. 328 p.

12. Rusina N.A. Psychoemotional states of cancer patients and their dynamics during treatment. Psychological studies. 2020. No. 2. P. 25 – 36.
13. Tkhostov A.Sh. Psychology of corporeality. Moscow: Smysl, 2002. 287 p.
14. Fursa K.A. Internal picture of the disease in cancer patients: types of response and variability factors. Clinical psychology. 2020. No. 3. P. 48 – 58.
15. Chulkova V.A., Semiglazova T.Yu., Belyaev A.M. Oncopsychology for oncologists and medical psychologists. St. Petersburg: N.N. Petrov National Medical Research Center of Oncology, 2017. 200 p.
16. Andersen B.L., Lacchetti C., Ashing K. et al. Management of anxiety and depression in adult survivors of cancer: ASCO Guideline Update. Journal of Clinical Oncology. 2023. Vol. 41, No. 18. P. 3426 – 3453.
17. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W. H. Freeman, 1997. 604 p.
18. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., et al. Estimating global cancer incidence and mortality in 2020: sources and methods. International Journal of Cancer. 2021. Vol. 149, No. 3. P. 778 – 791.
19. Bray F., Laversanne M., Sung H., et al. Global Cancer Statistics 2022: GLOBOCAN estimates. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2024. Vol. 74, No. 3. P. 229 – 263.
20. Breitbart W., Poppito S., Rosenfeld B., et al. Meaning-Centered Group Psychotherapy for patients with advanced cancer. Journal of Clinical Oncology. 2015. Vol. 33, No. 7. P. 749 – 754.
21. Breitbart W.S., Butow P.N., Jacobsen P.B., Lam W.W.T., Lazenby M., Loscalzo M.J. (eds.). Psycho-Oncology. 4th ed. Oxford: Oxford University Press, 2021. 832 p.
22. Butow P.N., Bell M.L., Smith A.B., et al. Conquer Fear: randomized trial of a psychological intervention to reduce fear of cancer recurrence. Journal of Clinical Oncology. 2017. Vol. 35, No. 36. P. 4066 – 4077.
23. Carlson L. E., Deng G., et al. Integrative oncology care of symptoms of anxiety and depression in adults with cancer: SIO-ASCO Guideline. Journal of Clinical Oncology. 2023. Vol. 41, No. 28. P. 3112 – 3134.
24. Cutillo A., O’Hea E., Person S., et al. The Distress Thermometer: cutoffs and clinical utility. Supportive Care in Cancer. 2017. Vol. 25, No. 4. P. 1461 – 1470.
25. Donovan K.A., Grassi L., McGinty H.L., Jacobsen P.B. Validation and update of the NCCN Distress Thermometer Problem List. Journal of the National Comprehensive Cancer Network. 2022. Vol. 20, No. 1. P. 96 – 100.
26. Grassi L., Caruso R., Riba M.B. et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. ESMO Open. 2023. Vol. 8, No. 2. Article 101155.
27. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer, 1984. 445 p.
28. Luijckes-Huizer Y. L., Tauber N. M., Humphris G., et al. Prevalence of fear of cancer recurrence: IPD meta-analysis. Psycho-Oncology. 2022. Vol. 31, No. 6. P. 879 – 892.
29. Mehnert A., Vehling S., Höcker A., et al. Efficacy of CALM for patients with advanced cancer: randomized controlled trial. Psycho-Oncology. 2020. Vol. 29, No. 11. P. 1888 – 1897.
30. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Distress Management. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Version 2.2024. Plymouth Meeting, PA: NCCN, 2024. 110 p.
31. Park C.L., Folkman S. Meaning in the context of stress and coping. Review of General Psychology. 1997. Vol. 1. No. 2. P. 115 – 144.
32. Riba M.B., Donovan K.A. et al. NCCN Guidelines® Insights: Distress Management, Version 2.2023. Journal of the National Comprehensive Cancer Network. 2023. Vol. 21, No. 5. P. 450 – 466.
33. Rodin G., Lo C., Rydall A., et al. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): randomized controlled trial. Journal of Clinical Oncology. 2018. Vol. 36, No. 23. P. 2422 – 2432.
34. Sung H., Ferlay J., Siegel R.L. et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021. Vol. 71, No. 3. P. 209 – 249.
35. Tedeschi R.G., Calhoun L.G., Shakespeare-Finch J., Taku K. Posttraumatic Growth: Theory, Research, and Applications. New York: Routledge, 2018. 276 p.

Информация об авторах

Пчелкин М.А., аспирант, Белгородский государственный национальный исследовательский университет
Разуваева Т.Н., профессор, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова

© Пчелкин М.А., Разуваева Т.Н., 2025