

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«ЮЖНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

На правах рукописи



ТИТОВА Инна Игоревна

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И
ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛИЧНОСТИ
ОНКОПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Специальность

5.3.1. Общая психология, психология личности, история психологии
(психологические науки)

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:

доктор биологических наук, профессор,
академик РАО

Ермаков Павел Николаевич

Ростов-на-Дону-2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

	стр.
ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РАЗВИТИИ ПСИХОДИАГНОСТИКИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	19
1.1. Особенности психодиагностики онкопациентов.....	19
1.2. Научные представления о дерматоглифической диагностике онкологических заболеваний	44
Выводы по Главе 1.....	49
ГЛАВА 2. ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ.....	53
2.1. Этапы исследования и выбор обследуемых.....	53
2.2. Методы исследования.....	55
2.2.1. Методики психологического исследования.....	56
2.2.2. Методики дерматоглифического исследования.....	56
2.2.3. Методики машинного обучения.....	57
2.2.4. Методики статистической обработки.....	57
2.3. Ограничения исследования.....	58
Выводы по Главе 2.....	59
ГЛАВА 3. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.....	62
3.1. Результаты комплексной психодиагностики.....	62
3.1.1. Результаты исследования ценностных ориентаций.....	69
3.1.2. Результаты исследования смысложизненных ориентаций.....	75
3.1.3. Результаты исследования способов совладающего поведе- ния.....	82
3.1.4. Результаты исследования по пятифакторному опроснику лич- ности.....	88
3.1.5. Результаты исследования качества жизни.....	90
3.1.6. Результаты по психопатологической симптоматике.....	98
3.2. Результаты исследования ладонной дерматоглифики.....	103
3.2.1. Исследование морфометрических параметров ладонной дер- матоглифики.....	103
3.2.2. Использование нейронных сверточных сетей для целей дер- матоглифического исследования ладонной дерматоглифики.....	106
3.3. Нейросетевое моделирование для целей ранней диагностики....	112
Выводы по Главе 3.....	115
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	121
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	125
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	153

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Актуальность настоящего исследования обоснована факторами теоретического и практического характера. С теоретической точки зрения актуальность исследования объясняется необходимостью нормативно-правового регулирования в России вопроса проведения психодиагностики онкопациентов. Скрининг, согласно Приказу Минздрава РФ «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения» [Приказ Минздрава РФ № 404н от 21.04.2021], направлен на раннее выявление онкологии, при этом обследование психоэмоционального состояния в перечень мероприятий диспансеризации не входит. Отсутствуют протоколы организации психодиагностики онкопациентов, поступающих на лечение в стационарные учреждения.

Психодиагностика онкологических пациентов необходима для эффективного проведения лечебных и профилактических мероприятий. Выявление психоэмоционального статуса пациента весьма важно при выборе тактики медицинского обследования и лечения (проведения химиотерапии, оперативного вмешательства), и определяет применение конкретных протоколов. Именно поэтому понимание врачом текущего состояния пациента и оценка риск-профиля пациента могут выступать основой для выбора метода лечения.

С точки зрения практических факторов актуальность исследования проблемы психодиагностики онкопациентов в условиях стационарного лечения связана с ростом заболеваемости онкологическими заболеваниями во всем мире, неутешительным прогнозом их развития и необходимостью выстраивания эффективных и надежных протоколов психодиагностики и работы с онкопациентами. Согласно прогнозам ВОЗ к 2050 году ожидается рост глобальной заболеваемости раком до более чем 35 миллионов случаев в год, что на 77% выше показателей 2022 года [Wild C.P., 2020]. Согласно статистике Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена на 2024 год, впервые в жизни зарегистрировано более 698 тысяч случаев злокачественных

новообразований, на учете состоит более 4,3 миллиона онкобольных [Каприн А.Д., 2025]. В связи с этим развитие технологий снижения смертности от рака является приоритетным научным направлением [Указ Президента РФ № 899 от 16.12.2015 «Об утверждении приоритетных направлений развития науки, технологий и техники в Российской Федерации и перечня критических технологий Российской Федерации»]. Указанные доводы относят проблему эффективной организации психодиагностики и оказания психологической помощи онкопациентам к категории общественно значимых.

На сегодняшний день накоплено достаточно знаний в области изучения психологических проблем в онкологии, но проблема психодиагностики и сопровождения в условиях онкологических стационаров изучена недостаточно. Как известно, большинство онкологических пациентов не соответствуют диагностическим критериям какого-либо конкретного психического расстройства [Derogatis L.R. et al., 1983]. Болезнь проявляется на всех уровнях существования человека – духовном, соматическом, психологическом, эмоциональном, социальном. Психологический статус онкобольных характеризуется психоэмоциональными проблемами и расстройством адаптации вплоть до острых психозов на диагноз заболевания [Менделевич В.Д., 2008; Сенина В.Г., 2017]. В связи с чем, диагностирование психологического статуса онкопациента является сложнейшим видом психодиагностики. Вместе с тем, основным направлением обследований в стационарах является тестирование эмоционального дистресса онкопациентов с помощью методики «термометра дистресса» [Вагайцева М.В. и др., 2016; Bergerot C.D. et al., 2016; Bultz B.D. et al., 2013; Carlson L.E. et al., 2003; Grassi L. et al., 2014; Holland J.C., 1992; Mitchell A.J., 2007; Zabora J.R. et al., 1990]; однако на текущий момент все больше исследователей высказывается в пользу ее недостаточности и имеющихся ограничений [Carlson L.E., 2013; Coyne J.C., 2013; Dolbeault S. et al., 2011; Donovan K.A. et al., 2020; Günther M.P. et al., 2022; Howell J. et al., 2014; Simnacher F. et al., 2023].

Результаты исследований по психодиагностике онкопациентов носят разнонаправленный характер, что связано с дефицитом комплексных исследований. Практически не встречаются работы, посвященные комплексным моделям диагностики психологического статуса онкопациентов, учитывающих широкий спектр психологических последствий онкологических заболеваний. В связи с этим насущной потребностью является проведение психодиагностики онкопациентов в комплексе для формирования системного лечения и сопровождения.

Процесс онкогенеза обуславливает необходимость применения персонализированного подхода, предотвращение заболевания или минимизацию его проявлений на досимптоматической и доклинической стадиях [Приказ Минздрава РФ № 186 от 24.04.2018 «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины»]. В области психологической работы с онкопациентами реализация данной концепции предполагает выстраивание системы персонализированной психодиагностики, без построения которой невозможно проведение персонализированного психологического сопровождения.

Современные исследователи полагают, что междисциплинарность позволит перейти от фрагментарности знаний к более целостным системам [Rylance R., 2015]. В последнее десятилетие в литературе особое внимание уделяется биометрическим исследованиям при онкопатологиях, ряд авторов называют метод дерматоглифики в качестве неинвазивного метода ранней диагностики онкозаболеваний [Галичева Г.В. и др., 2018; Казубская Т.П., 1997; Шестерина Е.К. и др., 2011; Chintamani K.R. et al., 2007; Dimitrova T., 2021; Dodia V.S. et al., 2022; Raizada A. et al., 2013; Sridevi N.S. et al., 2010; Dodia V.S. et al., 2022; Venkatesh E. et al., 2008; Wolf J. et al., 2021]. Помимо этого, неуклонно возрастает роль машинного обучения и искусственного интеллекта в медицине [Varlamova E.V. et al., 2024], в связи с этим методы психодиагностики онкопациентов также требуют актуализации за счет сочетания традиционных психологических методов с современными с использованием компьютерных технологий и биометрических данных.

Необходимость разрешения обозначенных выше проблем обусловила выбор темы исследования: изучение особенностей психологической и дерматоглифической психодиагностики онкопациентов. Таким образом, актуальность исследования обоснована наличием важной практической задачи в создании новых протоколов психодиагностики онкологических больных, а также предлагаемый междисциплинарный подход позволит выйти за рамки нынешних стандартных средств диагностики.

Степень разработанности проблемы исследования. В научной литературе понятие психодиагностика исследуется в патопсихологии в качестве экспериментального психологического исследования [Зейгарник Б.В., 1986], в медицинской психологии – в качестве клинического метода [Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003], в рамках изучения личностной структуры больного и отношения к болезни [Мясищев В.Н., 1960], в онкопсихологии – в качестве метода скрининговой психодиагностики онкопациентов [Вагайцева М.В. и др., 2016; Bultz B.D., 2006; Carlson L.E., 2003; Grassi L., 2014; Hahn E.E., 2022; Holland J.C., 1992; Zabora J.R. et al., 1990], в психосоматической психологии – в качестве метода эмпирического исследования психосоматических явлений и копинг-стратегий [Демчук М.А. и др., 2021; Сапунова Е.С., 2023; Calderon C. et al., 2021].

На пути исторической реконструкций процесса формирования современных подходов к психодиагностике в условиях онкологических стационаров можно выделить несколько этапов. Первые научные работы по исследованию психологических факторов и созданию количественных шкал для измерения психологических аспектов онкологических заболеваний появляются в 70-е гг. XX века [Aaronson N.K., 1976; Greer S., Holland J.C., 1971; Pettingale K.W., Tee D.E.H., 1971; van Dam F.S.A.M., 1976]. В 90-е гг. основным направлением исследования психологического состояния онкопациентов становится скрининговое тестирование дистресса и оценка уровня психоэмоционального напряжения пациентов. В зарубежной литературе изучению эмоционального дистресса онкопациентов посвящено достаточное количество работ [Bergerot C.D. et al., 2016;

Bultz B.D., 2013; Carlson L.E., 2003; Dolbeault S. et al., 2011; Donovan K.A. et al., 2020; Fitch M.I., 2024; Howell D. et al., 2014; Mitchell A.J., 2007 и др.]. В качестве психодиагностических инструментов, которые могут быть применены и интерпретированы в напряжённых клинических условиях, тестируется ряд методик, таких как: «термометр дистресса» [Götz A., 2019; LeCouteur A., 2021; McElroy J.A., 2022; Mcfarland D.J., 2020; Mehnert A., 2006; Nguyen T.Q., 2021; Okuyama T., 2016; Ownby K.K., 2019; Sun H., 2021]; Эдмонтонская система оценки симптомов [Lam W.W.T., 2024; Watanabe S.M., 2012]; Канадский контрольный список проблем [Bultz B.D., 2011]; информационная система измерения результатов, сообщаемых пациентами (PROMIS) [Neal J.W., 2021]; тест «Тип отношения к болезни» [Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 2005]; методика «Реабилитационный потенциал личности» [Кулагина И.Ю., Сенкевич Л.В., 2011]; цветовой тест Люшера [Богданова Е.Р., Зайдинер Б.М., 2002] и др.

В отечественной психологии вопросам психодиагностики онкопациентов посвящены работы по посттравматическому стрессовому расстройству [Васильева А.В. и др., 2020; Пчелкин М.А., Разуваева Т.Н., Пчелкина Е.П., 2024]; применению скрининга [Вагайцева М.В. и др., 2016]; психосемантическим методам в диагностике психоэмоционального статуса ближайших родственников онкобольных [Реверчук И.В. и др., 2018]; тревожным нарушениям и депрессивным состояниям [Левин О.С. и др., 2018; Лутошлива Е.С. и др., 2018; Смулевич А.Б., 2013].

Современная наука не дает однозначного ответа, что именно необходимо оценивать в рамках психодиагностики онкопациентов. Изучается широкий круг вопросов с отдельным анализом различных факторов: паника, социальная изоляция, экзистенциальный и духовный кризис [Grassi L. et al., 2015]; депрессия, тревога и общий психологический дистресс [Mitchell A.J. et al., 2011; Pirl W.F., 2004; Sharpe M. et al., 2004; Van't Spijker A. et al., 1997], тревожность [House A., Stark D.P., 2000], панические расстройства [Беляев А.М. и др., 2017], стрессообусловленные психологические реакции и фрустрационное поведение

[Денисенко А.Н., 2015], деморализация [Cherny N., 2010], суицидальные мысли [Мустафин Р.Н., 2024], коморбидные расстройства [Бруй И.Н. и др., 2014; Geue K. et al., 2018; Levin T., Kissane W.D., 2006], поиск смысла жизни [Холецкая Н.М., Аберган В.П., 2016], уровень качества жизни онкологических больных [Ермаков П.Н. и др., 2023; Cella D., 1993; Osoba D., 1991; Payne S.A., 1992]; особенности психодиагностики онкобольных на различных стадиях заболевания [Демчук М.А., Циринг Д.А., 2021], особенности психодиагностики на стадии радиотерапии [Hess C.B. et al., 2015]; при отдельных видах онкозаболеваний, таких как: плоскоклеточный рак головы и шеи [Schorr M. et al., 2017], рак лёгких [Carlson L.E., 2017], рак женских репродуктивных органов [Harbeck E., 2021; O'Connor M. et al., 2017], рак молочной железы [Тарабрина Н.В. и др., 2010], рак полости рта [Ratnasekera N. et al., 2023].

Все больше авторов, которые прямо указывают на недостаточность и неясность результатов скрининговых исследований дистресса [Carlson L.E. et al., 2013; Coyne J.C., 2013; Howell J. et al., 2014], недостатки и ограничения исследований [Günther M.P. et al., 2022; Simnacher F. et al., 2023], возможность гипердиагностики или ошибочной диагностики [Dolbeault S. et al., 2011].

Несмотря на все эти работы, предлагаемые подходы являются довольно узкими, в большинстве из них рассматриваются отдельные психологические проблемы, с которыми сталкиваются онкопациенты. Однако комплексная психодиагностика с точки зрения оценки психологического статуса онкопациента и, соответственно, выбора методики психологического сопровождения в настоящее время не находит своего подтверждения. При этом важно учитывать и особенности социальных факторов, оказывающих влияние на текущее состояние онкопациентов, а также коморбидные (сопутствующие основному заболеванию) расстройства у онкопациентов.

Что касается дерматоглифического обследования онкобольных, одна из наиболее ранних работ опубликована F. Rosner в 1968 году в журнале «Lancet» [Rosner F., 1968]. В зарубежной литературе исследованию пальцевой

дерматоглифики онкологических пациентов посвящен ряд работ [Bierman H.R. et al., 1988; Dimitrova T., 2021; Dodia V.S., 2022; Sridevi N.S. et al., 2010; Dodia V.S., 2022; Wolf J., 2021]. Работы российских ученых посвящены исследованию дерматоглифических признаков онкобольных по комплексу признаков [Ползик Е.В. и др. 1994; Шестерина Е.К. и др., 2011]. Описательные подходы к изучению ладонной дерматоглифики онкобольных имеются, однако остаются недостаточно разработанными [Казубская Т.П., 1997].

Несмотря на более чем полувековую историю изучения данного вопроса и существенный рост количества исследований дерматоглифических особенностей онкобольных в последнее десятилетие, выводы авторов разнообразны и противоречивы. При этом развитие технологий глубокого обучения и искусственного интеллекта в наши дни стимулирует рост числа исследований в области цифровой обработки отпечатков пальцев и ладони [Азази А.А., 2011; Карасев И.В. и др., 2023; Ametefe D.S. et al., 2022; Bhimrao M.A. et al. 2023; Bukelo M.J., 2011; Cimtay Y. et al., 2021; Guo G., et al. 2024; Idrissi A. et al., 2020; Saeed F. et al., 2022].

Анализ исследований по теме особенности психологической и дерматоглифической диагностики онкопациентов показал, что в междисциплинарном ключе данная проблема не рассматривалась. Практически не рассматривались вопросы особенностей ладонной дерматоглифики онкопациентов и потенциал ее использования в качестве вспомогательного для психодиагностики средства, а также возможности сочетания данных методов. Это подчеркивает отсутствие системного подхода к работе с онкобольными и важность в целостном видении проблемы. Таким образом, предполагается, что необходима более глубокая проработка проблемы психодиагностики онкопациентов, что и определяет научную проблему исследования. Для общей психологии тема данного исследования позволит решить проблему разработки и описания современных моделей и новых средств психодиагностики.

Цель исследования – изучение особенностей психологической и дерматоглифической диагностики онкопациентов в условиях стационарного лечения.

Объект исследования – психодиагностический инструментарий для онкологических пациентов в условиях стационарного лечения.

Предмет исследования – психологическая и дерматоглифическая диагностика онкологических пациентов в условиях стационарного лечения.

Гипотезы исследования.

1. Вероятно, что особенности психодиагностики онкопациентов в условиях стационара позволят выделить данный вид диагностики в особый вид психодиагностической практики.

2. Вероятно, что использование комплексного подхода к психодиагностике онкопациентов в условиях стационарного лечения позволит перейти к персонализированной психодиагностике и построению адресных программ психологического сопровождения пациентов на основании определения особенностей психологического статуса онкопациентов.

3. Вероятно, что дифференцированный подход к оказанию психологической помощи онкобольным обусловлен полом, возрастом и социальными характеристиками.

4. Вероятно, что отдельные черты личности могут находить свое отражение в морфометрических параметрах ладонной дерматоглифики. При этом с помощью метода глубинного машинного обучения и использования сверточных нейронных сетей возможно провести компьютерную классификацию ладонной дерматоглифики онкопациентов с целью включения метода дерматоглифики в комплексную психодиагностику онкопациентов.

Задачи исследования:

Теоретические

1. Изучить и обобщить научную литературу по вопросу особенностей психодиагностики онкопациентов в медицинских учреждениях.

2. Изучить и обобщить научную литературу по вопросу особенностей дерматоглифического обследования онкологических больных.

Методические

3. Подобрать методический инструментарий для психодиагностики обследуемых.

4. Подобрать методический инструментарий для дерматоглифического исследования обследуемых.

5. Разработать компьютерную реализацию и обработку результатов дерматоглифического обследования с применением методов глубокого машинного обучения.

Эмпирические

6. Провести психодиагностику обследуемых, изучить и подробно описать результаты исследования.

7. Провести дерматоглифическое исследование обследуемых и контрольной группы условно здоровых обследуемых, сравнить полученные дерматоглифы и подробно описать результаты исследования.

8. На основании полученных результатов психологического и дерматоглифического исследований предложить модель психодиагностики с использованием методов дерматоглифики и нейросетевого моделирования.

9. Обработать полученные данные и соотнести их с гипотезами исследования.

Теоретико-методологические основы исследования:

– теоретико-методологическая основа психодиагностического исследования: принципы системного подхода к исследованию личности (В.С. Мерлин), системное использование в психологическом исследовании больных клинико-психологического и экспериментально-психологического методов (Б.В. Зейгарник), биопсихосоциальная модель (G.L. Engel), онкопсихологические исследования (А.М. Беляев, А.П. Карицкий, М.А. Пчелкин, Т.Н. Разуваева, М.В. Рогачев, Т.Ю. Семиглазова, Д.А. Циринг, В.А. Чулкова, N.K. Aaronson, D. Cella, F.S.A.M. van Dam, L.R. Derogatis, J.C. Holland, S. Morris, D. Osoba, K.W. Pettingale), концепция скрининговой психодиагностики онкобольных

(М.В. Вагайцева, О.Ю. Щелкова, B.D. Bultz, L.E. Carlson, S. Dolbeault, L. Grassi, S. Greer, J.C. Holland, A.J. Mitchell, J.R. Zabora);

– теоретико-методологическая основа для выбора психодиагностических инструментов исследования: ценностные ориентаций личности (М. Rokeach), логоанализ (J.C. Crumbaugh, L.T. Maholick, Т.Н. Щербакова, Т.В. Лобода), когнитивная теория стресса (S. Folkman, R.S. Lazarus), структура личности с точки зрения пятифакторной модели (А.Б. Хромов), показатели качества жизни (Г.М. Зарковский, А.И. Субетто, J.C. Flanagan, J.E. Ware), психометрический подход к оценке психопатологической симптоматики (L.R. Derogatis, R.S. Lipman, L. Covi);

– теоретико-методологическая основа дерматоглифического исследования: подходы к исследованию дерматоглифических ладонных узоров (Т.Д. Гладкова, Г.Л. Хить, Н. Cummins, С. Midlo), концепция о генетической обусловленности папиллярных узоров (М.В. Волоцкой, И.С. Гусева, П.С. Семеновский, Y.Y.W. Но), концепция о взаимосвязи соматических, дерматоглифических и психологических признаков индивида (О.И. Агапова, М.А. Негашева, И.А. Славолюбова), концепция о высокой степени наследуемости дерматоглифических узоров (J.F. Machado, A. Noursbeck);

– теоретико-методологическая основа использования компьютерных методов: методы глубокого обучения, в том числе свёрточных нейронных сетей для оценки медицинских показателей (А. Borji, Z. Dlamini, A. Duggento, R.T. Lewinson, R. Seifert).

Методы и методики исследования. Для достижения поставленных задач применялись следующие методы:

1. Теоретический анализ концепций по предмету исследования.
2. Психодиагностический метод с применением валидных методик психологического тестирования.

3. Метод дерматоглифики с применением методики, позволяющей получить отпечатки ладоней пациентов, находящихся на стационарном лечении в онкологическом учреждении.

4. Метод глубокого машинного обучения («искусственный интеллект»).

5. Проведение анализа данных, их обобщение и итоговая интерпретация.

Для решения поставленных задач использованы следующие методики в адаптации:

1. Методика изучения ценностных ориентаций (М. Рокич).

2. Тест смысловых ориентаций (Д.А. Леонтьев).

3. Опросник «Способы совладающего поведения» (Р. Лазарус, С. Фолкман).

4. Опросник качества жизни ВОЗЖ-100 (НИПНИ им. В.М. Бехтерева).

5. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Л. Дерогатис, Р. Липман, Л. Кови).

6. Пятифакторный опросник личности (А.Б. Хромов).

7. Метод типографской краски (Т.Д. Гладкова).

8. Для машинного обучения использовались инструменты Keras (как надстройка над Tensorflow 2.16), предобученная на коллекции ImageNet, модель сверточной нейронной сети MobileNet.V2 и Grad-CAM.

Эмпирическая база исследования. Всего участвовало 196 онкологических пациентов в возрасте от 18 до 60 лет ($M=42$, $SD=9,39$), обоих полов. Исследование проводилось на базе Национального медицинского исследовательского центра онкологии Минздрава России (г. Ростов-на-Дону).

Достоверность и обоснованность полученных результатов. Значимость результатов исследования достигнута за счет теоретического анализа современных научных источников, достаточного количества обследуемых, применения валидных и надежных методик психодиагностики и дерматоглифического анализа, использования современных методов машинного обучения и математико-статистической обработки данных. Для статистической обработки использовались:

коэффициент корреляции Пирсона, критерий Колмогорова-Смирнова, критерий Краскела-Уоллиса, t-критерий Стьюдента, U-критерий Манна-Уитни, хи-квадрат Пирсона. Обработка данных проводилась с помощью лицензионного пакета MS Excel 2019 и SPSS Statistics.

Основные научные результаты, полученные лично автором, и их научная новизна.

Впервые предложено комплексное психологическое тестирование для определения психологического статуса онкологических больных в условиях стационара. Показана значимость расширения предметной области психодиагностических исследований онкопациентов. Комплексное психодиагностическое обследование онкопациентов включает в себя анкету и шесть психологических опросников. Комплексная психодиагностика онкопациентов в стационаре рассматривается как необходимое условие разработки эффективных программ психологического сопровождения. Впервые на основании результатов психодиагностики показано эмпирическое обоснование дифференцированного подхода к психологическому сопровождению онкопациентов в зависимости от пола, возраста и социального профиля. Впервые ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» выборочно включил в первичную медицинскую документацию (медицинская карта больного) комплексную психодиагностику при поступлении пациента на госпитализацию.

Показано, что дерматоглифические показатели имеют значение для целей ранней диагностики. Впервые изучены особенности ладонных дерматоглифов онкобольных с диагнозом злокачественные новообразования с применением технологий машинного обучения и нейросетевого моделирования. Впервые в исследовательской практике созданы так называемые «тепловые карты» ладони. Впервые изучено отражение отдельных личностных черт (5PFQ) в морфометрических параметрах ладонной дерматоглифики (величина $\angle atd$).

Теоретическая значимость исследования состоит в обобщении и систематизации представлений различных авторов о психодиагностическом

инструментации для онкопациентов в условиях стационарного лечения. Проведен исторический анализ становления и эволюции научных представлений о психодиагностике онкопациентов в зарубежной и отечественной практике; выделены основные этапы этого процесса. Уточнено определение понятия «психодиагностика онкопациентов»; описаны предмет, объект, цели, задачи, принципы и средства такой психодиагностики; показаны особенности, которые позволяют выделить данную диагностику в особый вид психодиагностической практики. Представленная схема взаимосвязей психодиагностики онкопациентов с различными отраслями общей психологии позволяет сформировать представление о многоуровневости психологического статуса онкопациентов. Теоретически разработаны методические рекомендации по организации скрининговой психодиагностики онкопациентов в условиях стационарного лечения. Выводы исследования расширяют современные научные представления в области психодиагностики онкопациентов.

Соединение психологического и дерматоглифического метода с технологиями искусственного интеллекта значительно расширяет имеющиеся в науке представления о возможностях психодиагностики онкопациентов на современном этапе и путях повышения ее персонализации. Теория онкопсихологии дополнена комплексным подходом к психодиагностике онкопациентов. Полученные «тепловые карты» ладони представляют определённую научно-теоретическую ценность, поскольку в том числе прокладывают путь к решению фундаментальных вопросов психофизиологии и психогенетики (вопросы индивидуальности, взаимосвязи межполушарной и ладонной асимметрии, папиллярных узоров и генотипа и др.).

Практическая значимость исследования состоит в возможности применения реализованного в исследовании комплексного подхода к проведению психодиагностики в клинической практике онкологических стационаров в Российской Федерации. Полученные результаты психологического тестирования восполняют дефицит отечественных исследований в области изучения разных групп

онкопациентов, а также могут использоваться в качестве научных критериев для диагностики и консультирования онкологических пациентов и построения программ адресной психологической помощи. Полученные результаты исследования позволяют выстроить алгоритмы психологического сопровождения онкопациентов с учетом дифференцированного подхода в зависимости от социального профиля пациентов (пол, возраст, семейный статус, образование, уровень дохода). Разработанные методические рекомендации могут использоваться для организации скрининговой психодиагностики онкопациентов в условиях стационара.

Предложенная модель комплексной психодиагностики может применяться при проведении ежегодных медицинских скринингов (диспансеризации) граждан. Данная модель психодиагностики открывает новые возможности для обеспечения прогностической и персонализированной психодиагностики и своевременной психологической коррекции с использованием методов дерматоглифики и искусственного интеллекта. Результаты исследования по генерации «тепловых карт» ладони на практике могут использоваться для разработки моделей искусственного интеллекта и мобильных приложений для ранней диагностики проблем со здоровьем.

Положения, выносимые на защиту.

1. Психодиагностика онкопациентов в условиях стационара является особым видом психодиагностической практики.

2. Использование комплексного подхода обеспечивает персонализированную психодиагностику и разработку адресных программ психологического сопровождения пациентов на основании определения особенностей психологического статуса онкопациентов с оценкой ценностных и смысложизненных ориентаций, качества жизни, используемых копинг-стратегий, общих показателей психопатологии с учетом коморбидности. При этом программы психологического сопровождения в стационарах составляются в зависимости от индивидуальных характеристик онкопациентов.

3. Дифференцированный подход к оказанию психологической помощи онкобольным обусловлен полом, возрастом и социальными характеристиками.

4. Характеристики личности (импульсивность-самоконтроль) находят свое отражение в морфометрических параметрах ладонной дерматоглифики. Метод сверточных нейронных сетей дает возможность провести компьютерную классификацию ладонной дерматоглифики и включить этот метод в комплексную психодиагностику онкопациентов для психологического сопровождения на ранних этапах развития онкозаболевания.

Апробация и внедрение результатов исследования. Основные тезисы диссертационной работы обсуждались на заседаниях кафедры психофизиологии и клинической психологии Академии психологии и педагогики Южного федерального университета (г. Ростов-на-Дону, 2022-2025 гг.); были представлены на: IX Международной конференции «Психология и медицина: 2022» (г. Рязань, 2022 г.); V Международном форуме по когнитивным нейронаукам «Cognitive neuroscience» (г. Екатеринбург, 2022 г.); X Международной конференции «Психология и медицина: 2023» (г. Рязань, 2022 г.); Международной научной конференции «Психофизиология XXI века» (г. Санкт-Петербург, 2024 г.); Конференции с международным участием «Клиническая (медицинская) психология: 2024» (г. Санкт-Петербург, 2024 г.); Международной конференции «Психология и медицина: 2024» (г. Рязань, 2024 г.); II Международной научно-практической конференции «Зейгарниковские чтения. Клиническая психология в современном мире: вызовы и ресурсы» (г. Москва, 2025 г.); Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы клинической психологии и практика их решения» (г. Ростов-на-Дону, 2023 г.); Форуме психофизиологов «Роль современной психофизиологии в общественном и экономическом развитии России» (г. Санкт-Петербург, 2024 г.).

Материалы диссертации используются в работе Южного федерального университета (г. Ростов-на-Дону), Крымского инженерно-педагогического

университета (г. Симферополь), Национального медицинского исследовательского центра онкологии Минздрава России (г. Ростов-на-Дону).

Соответствие паспорту специальности. Диссертация соответствует паспорту специальности 5.3.1. Общая психология, психология личности, история психологии по пунктам: 31. Норма и патология личности. Психологическое здоровье личности. Личностная зрелость и психологическое благополучие личности. Теоретические модели личности как основание для консультирования, терапии и иных практик коррекции и поддержки личности; 43. Традиционные и современные модели и средства психодиагностики. Качественные и количественные методы исследования; смешанные методы.

Публикации. Всего опубликовано 11 научных статей авторским объемом 3,775 п.л., из которых 5 – в научных изданиях, входящих в Перечень ВАК; 1 – в научном издании, входящем в базу данных международных индексов научного цитирования Scopus.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа изложена на 173 страницах, включая введение, 3 главы, заключение, список литературы (220 источников, из которых 144 – на английском языке), 4 приложения. По тексту диссертационной работы приведено 27 таблиц и 19 рисунков.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РАЗВИТИИ ПСИХОДИАГНОСТИКИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

1.1. Особенности психодиагностики онкопациентов

Эволюция научных знаний о психодиагностике в онкологической практике. Формирование знаний в области психодиагностики онкопациентов шло параллельно с осознанием роли психологических факторов в возникновении и развитии онкологических заболеваний. Ретроспективный анализ развития научных знаний в области психодиагностики онкопациентов позволяет выделить следующие этапы:

1. *Первые упоминания о связи психологических факторов с онкологическими заболеваниями (конец XIX века – начало XX века).* Первые упоминания о значении психических факторов в возникновении онкологических заболеваний начали появляться в работах российских врачей еще в XIX веке [Иноземцев Ф.К., 1845; Пирогов Н.И., 1854].

Впервые о связи психических факторов с онкологическими заболеваниями было сказано в работе основоположника отечественной онкологии Петрова Н.Н., в частности, указывалось, что для излечения больных необходим полный учет значения психики больных и охрана психики [Петров Н.Н., 1947].

Одними из первых авторов в зарубежной литературе, обратившихся к проблеме связи психоэмоционального состояния и рака стали W. Reich («The Cancer Biopathy», 1948), L. LeShan («An emotional life-history pattern associated with neoplastic disease», 1966) и др.

2. *Формирование первых психодиагностических инструментов для работы с онкопациентами (1970 – 1990-е годы XX века).* До 1970-х годов психодиагностика онкопациентов не была выделена в качестве отдельного направления в психологической науке поскольку отсутствовало ее концептуальное и методическое обоснование, что было обусловлено рядом факторов:

- доминировала биомедицинская парадигма, в рамках которой фокус внимания был направлен исключительно на физическое состояние пациента и его выживаемость;
- не существовало научной дисциплины, в рамках которой определялись объект, предмет, цели, задачи и методы психодиагностики онкологических больных;
- психологический статус онкологических больных редко становился предметом систематического исследования;
- отсутствовал специализированный валидный психодиагностический инструментарий для онкологических больных.

Впервые официально вопрос о необходимости выработки психодиагностического инструментария для онкобольных встал в 1975 году во время проведения встречи небольшой группы клинических исследователей в области психоонкологии, собравшихся в Сан-Антонио (Техас, США). Участники конференции полагали, что имеющиеся психодиагностические средства для здоровых людей не адаптированы для измерения различных субъективных симптомов, таких как боль, тревога и депрессия онкологических больных [Беляев А.М. и др., 2017; Холланд Д., Ривкина Н.М., 2014].

В 1976 году рабочая исследовательская группа Национального института рака (NCI) и Исследовательской группы по раку и лейкемии (CALGB) в США под руководством Д.С. Холланд разработала и внедрила один из первых стандартизированных инструментов для оценки психосоциального состояния онкопациентов: структурированный опросник, предназначенный для проведения стандартизированных телефонных интервью. Именно данная работа заложила основу для будущих специализированных инструментов оценки качества жизни онкологических больных.

В 1976 году F.S.A.M. van Dam разработан первый протокол исследований психосоциальных факторов онкологических больных, что дало толчок

исследованиям качества жизни пациентов под эгидой Европейской организации по исследованиям и лечению рака [Холланд Д., Ривкина Н.М., 2014].

В 1977 году G.L. Engel опубликована статья в журнале «Science» о необходимости новой медицинской модели, в качестве которой называлась биопсихосоциальная модель, подчеркнув взаимосвязь биологических, психологических и социальных факторов в медицине, что позволило интегрировать психологическую диагностику в онкологию [Engel G.L., 1977].

Данный этап развития науки также связан с развитием стандартов психосоциального лечения в рамках крупных исследовательских групп [Derogatis L.R., 1983; Jacobsen P.B., 1997] и формирования международных исследовательских центров по развитию стандартов в онкопсихологии, таких как Международное общество психоонкологии (IPOS, 1984), Американское психосоциальное онкологическое общество (APOS, 1986).

В рассматриваемый период появились первые специализированные психодиагностические инструменты для психодиагностики онкобольных:

- шкала оценки депрессии и тревоги онкопациентов в клинических условиях [Snaith R.P., Zigmond A.S., 1983];
- опросник функциональной оценки хронической терапии [Cella D., 1993];
- опросник качества жизни EORTC [Aronson N.K., 1993] и позже дополнительные модули к данному опроснику для различных видов рака (QLQ-LC13 для рака лёгких; BR23 для злокачественных новообразований груди);
- опросник FACT для оценки качества жизни пациентов, проходящих противораковое лечение, а также FACT-B для злокачественных новообразований груди; FACT-L для злокачественных новообразований лёгких; FACIT-Fatigue для оценки уровня усталости; FACIT-Sp (Spiritual Well-Being) для оценки духовного благополучия; FACIT-Pal (Palliative Care) для пациентов, получающих паллиативную помощь и др. [Cella D. et al., 1993];

– скрининговый опросник «термометр дистресса» (NCCN DT, 1997) для быстрого выявления эмоционального напряжения и переживаний (дистресса) онкологических пациентов [Holland J.C., 2011].

3. Внедрение психодиагностических инструментов в практику онкологических центров (1999 – 2000-е гг.). В 1999 году Национальная комплексная онкологическая сеть (NCCN) рекомендовала проводить рутинный скрининг на дистресс всех онкологических больных. Официально данная концепция введена в 2009 году Международным психоонкологическим обществом (IPOS).

В 2010 году эту рекомендацию официально поддержал Союз по международному контролю за раком (UICC) на Всемирном конгрессе по раку. Организации NCCN, WHO также включили психосоциальную поддержку в рекомендации в стандарты по лечению рака.

Начиная с 2000-х начинается формироваться концепция «эмоционального дистресса» как шестого жизненно важного показателя при онкологических заболеваниях, что стимулировало повсеместное проведение скрининговых исследований эмоциональных расстройств онкологических пациентов [Bultz B.D., 2013; Carlson L.E., 2003; Dolbeault S. et al., 2011; Jacobsen P.B., 2012; Mitchell A.J., 2007 и др].

4. Современные исследования в области психодиагностики в онкопсихологии (2000 г. – по настоящий момент). Состояние современных исследований по психодиагностике в области онкопсихологии характеризуется разнородностью научных данных. В ряде стран (Великобритания, Канада, США, Франция и др.) преобладающей методикой для скринингового тестирования дистресса онкопациентов является «термометр дистресса» [Bergerot C.D. et al., 2016; Carlson L.E. et al., 2003; Dolbeault S. et al., 2011; Graham-Wisener L. et al., 2020].

Понятие «дистресс» обобщает целый спектр психологических проблем [Holland J., 2011]. В русскоязычной версии теста применяется термин «переживания» [Вагайцева М.В. и др., 2016]. При разработке данного инструмента Национальная комплексная онкологическая сеть (NCCN) объяснила выбор термина

«дистресс» тем, что необходимо было подобрать нестигматизирующее слово для страдающих пациентов, которое охватывало бы все уровни психологических проблем – от тех, которые считаются «нормальными», до диагностируемых психических расстройств.

Дистресс является примером такого слова, которое можно использовать для описания целого ряда проблем. Термин «дистресс» используется для описания сложного комплекса психологических проблем различного характера, который препятствует эффективной терапии рака и проявляется в виде депрессии, тревоги, социального отчуждения, страхов, собственной беззащитности, кризиса смысла жизни и духовности [Grassi L. et al., 2015].

Под «скринингом» понимают метод массового обследования для обнаружения предполагаемых случаев заболевания или факторов риска. Основная цель скрининговых исследований в медицине – выявление предрасположенности индивида к тому или иному заболеванию. В психологии основная ценность скринингового метода заключается в возможности быстрого определения групп риска, в отличие от детальных исследований, для которых необходимы длительные клинические процедуры. Такие исследования могут также быть использованы для получения эмпирических данных в клинических условиях.

По данным авторов методика скрининговой психодиагностики может применяться для оценки психоэмоционального состояния онкологических больных на различных стадиях заболевания [Ehlers S.L. et al., 2019; Götz A. et al., 2019; Grassi L. et al., 2015; Holland J.C., 2013; Lazenby M. et al., 2018; Loscalzo M. et al., 2011, 2013; Mcfarland D. et al., 2020; McLeod D., 2018; Pirl W.F. et al., 2014; Weldon C.B. et al., 2019; Zabora J.R. et al., 1990].

В отечественной науке, начиная с 90-х г. в крупных государственных исследовательских центрах ведется работа по переводу и адаптации зарубежных специализированных опросников для работы с онкологическими больными. Научные работы по психодиагностике онкопациентов представлены М.В. Вагайцевой, Н.Е. Кравченко, О.А. Суетиной (Национальный медицинский

исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова, г. Санкт-Петербург), Л.И. Вассерман, О.Ю. Шамшиковой и др. (Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург); Н.В. Тарабриной, О.А. Ворона, М.С. Курчаковой (Институт психологии Российской академии наук, г. Москва).

Особенности психологических феноменов и психопатологической картины онкопациентов рассматриваются в учебных пособиях, изданных под руководством профессоров А.М. Беляева (Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург) и В.Д. Менделевича (Казанский государственный медицинский университет, г. Казань).

В практике Национального медицинского исследовательского центра онкологии имени Петрова Н.Н для проведения скрининговой психодиагностики онкопациентов использовалась методика самооценки дистресса Международного общества психосоциальной онкологии (IPOS) на русском языке [Вагайцева М.В. и др., 2016]. Авторами отмечается, что оперативная психологическая помощь помогает снизить психоэмоциональное напряжение онкопациентов, находящихся на лечении в условиях стационара [Вагайцева М.В. и др., 2016].

Однако данная работа ведется фрагментарно и не представлена повсеместно в ежедневной практике онкологических стационаров. На настоящий момент в Российской Федерации не внедрена единая система скрининговой психодиагностики онкопациентов. Как правило, психологическое сопровождение онкопациентов строится на общей нормативной базе по реабилитации онкопациентов, что указывает на необходимость выработки четкой политики психодиагностики онкологических пациентов и утверждения соответствующих протоколов проведения психодиагностики на законодательном уровне для их применения в отечественную практику.

Понятийный аппарат, предмет и объект исследования. В современной литературе для описания обследования онкопациента психологом используются

следующие термины: «психологическая диагностика» [Зинченко Ю.П. и др., 2014; Щелкова О.Ю. и др., 2019], «психологическое исследование» [Беляев А.М., Чулкова В.А., 2017], «скрининговая психодиагностика», «скрининговое исследование» [Вагайцева М.В. и др., 2016], «скрининг дистресса» [Тарасевич А.Б., 2019], «биопсихосоциальный скрининг» [Loscalzo M., 2011], «психосоциальный скрининг» [Grassi L., 2017]. Предлагается для целей данной работы допустить все эти термины в качестве схожих и в дальнейшем использовать термин «скрининговая психологическая диагностика».

Для целей определения понятия «психодиагностика онкопациентов» в условиях стационара в качестве особого вида психодиагностической практики необходимо определить особенности, описать предмет и объект, цели и задачи, выделить этапы реализации, сформулировать специальные принципы, а также обосновать использование особых средств психодиагностики.

Понятие психодиагностика онкобольных рассматривается в патопсихологии в качестве экспериментального психологического исследования [Зейгарник Б.В., 1986], в медицинской психологии в качестве клинического метода [Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003], в рамках изучения личностной структуры больного и отношения к болезни [Мясищев В.Н., 1960], в онкопсихологии в качестве метода скрининговой психодиагностики онкобольных [Вагайцева М.В. и др., 2016; Bultz B.D., 2006; Carlson L.E., 2003; Grassi L., 2014; Holland J.C., 1992; Zabora J.R. et al., 1990], в психосоматической психологии в качестве метода эмпирического исследования психосоматических явлений и копинг-стратегий [Демчук М.А., Сапунова Е.С. 2023; Циринг Д.А., 2021; Calderon C. et al., 2021].

Анализ вопроса о месте психодиагностики онкопациентов в системе психологических наук позволяет сделать вывод о междисциплинарности данного понятия. Психодиагностика онкопациентов в условиях стационара является одним из видов клинической психодиагностики, таким образом отражает присущие данному виду психодиагностики характеристики. По объекту изучения – личностные особенности онкологических больных [Биктина Н.Н., 2015],

психодиагностика онкопациентов выступает в качестве специального метода онкопсихологии. Психодиагностика онкопациентов также неразрывно связана с дифференциальной психологией в части применения дифференциального подхода к изучению психологической природы явлений между различными группами онкопациентов по полу, возрасту, семейному положению, уровню образования.

В силу специфики онкологического заболевания, психодиагностика онкопациентов тесно связана с медициной. Это обусловлено необходимостью учитывать как психологические, так и медицинские параметры: стадию лечения (начальная, активная, ремиссия, паллиативная помощь); прогноз течения болезни; влияние специфических методов лечения (химиотерапии, лучевой терапии, иммунотерапии) на когнитивные функции, утомляемость и эмоциональный фон пациентов; интенсивность и характер болевого синдрома; наличие сопутствующих соматических заболеваний; побочные эффекты медикаментозной терапии (например, гормональной).

Психодиагностика онкопациентов связана с отраслью компьютерных наук в части использования компьютерных технологий для создания современных средств диагностики, включающих электронные системы, методы цифровой обработки данных и использования методов машинного обучения.

Представленная схема взаимосвязей психодиагностики онкопациентов с различными разделами общей психологии (психодиагностика, онкопсихология, дифференциальная психология, клиническая психология), а также другими дисциплинами научного знания (медицина, компьютерные науки) позволяет сформировать представление о междисциплинарности объекта исследования и, соответственно, многоуровневости психологического статуса онкопациентов [Рисунок 1].

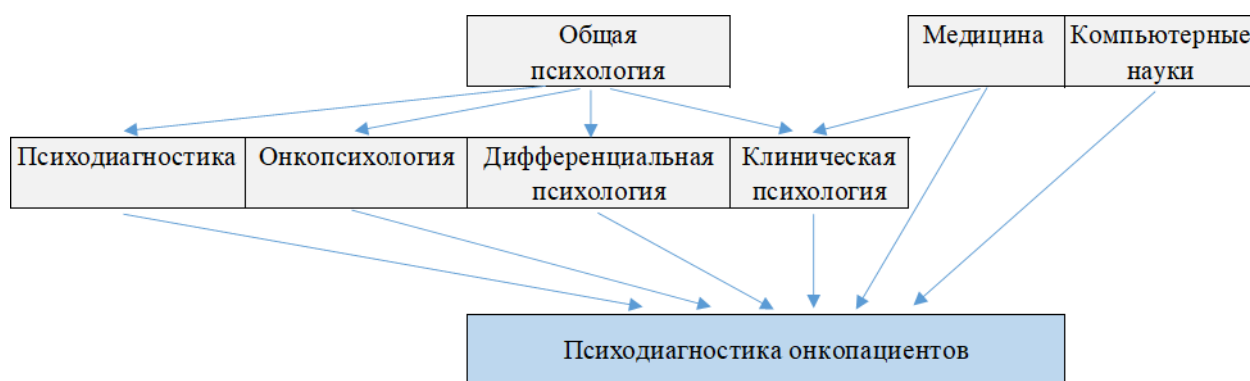


Рисунок 1. Схема взаимосвязей психодиагностики онкопациентов с различными разделами общей психологии и другими дисциплинами научного знания

Л.И. Вассерман рассматривает психодиагностику одним из основных направлений работы медицинского психолога [Вассерман Л.И., 2011]. Диагностика психологического статуса онкопациентов может выступать как в качестве процесса, направленного на планирование психокоррекционной работы с онкопациентами; так и в качестве научно-исследовательской деятельности, направленной на получение эмпирических данных, необходимых для построения индивидуальных программ психологического сопровождения.

Как известно, большинство онкологических пациентов не соответствуют диагностическим критериям какого-либо конкретного психического расстройства [Derogatis L.R. et al., 1983]. Болезнь проявляется на всех уровнях существования человека – соматическом, эмоциональном, психологическом, социальном, духовном. Для описания психологического статуса онкопациентов характерна широкая вариативность от психоэмоциональных расстройств и дезадаптации до острых психозов, развивающихся на фоне осознания диагноза болезни с учетом возможной коморбидности [Менделевич В.Д., 2008].

Особенность предмета психодиагностики онкопациентов состоит в сочетании ряда факторов, включающих:

- экзистенциальный (страх смерти, переосмысление жизненных ценностей и смыслов, кризис идентичности);
- психоэмоциональный (побочные эффекты лечения, физическая боль, усталость, когнитивные нарушения, эмоциональное истощение);

– психосоциальный (изменение социальных ролей, риски потери работы и развода, страх одиночества, зависимость от медицинского персонала, стигматизация болезни).

Данные условия создают уникальный диагностический контекст, где классические методы проведения психодиагностики требуют доработки с учетом указанных факторов. Диагностика психологического статуса онкопациентов также требует анализа особых психологических проблем, таких как суицидальные мысли, изменение самоидентичности, стигматизация диагноза, наличие экзистенциальных кризисов, проблемы с взаимоотношениями с родственниками и окружением в связи с изменением социальной роли. Зачастую диагностика психологического статуса онкопациента может осложняться коморбидными основному заболеванию расстройствами, которые требуют корректной идентификации и учета при диагностике.

Особенностью психодиагностики онкологических пациентов является стадийность течения болезни, сложные комплексные психоэмоциональные состояния в связи с патогенезом болевых синдромов онкогенной природы, стигматизация больных с диагнозом онкология. Особенности психодиагностики онкопациентов также заключаются в особенностях стационарной среды, которая усиливает стресс пациента, обусловлена изоляцией.

Проведенный анализ показывает неоднозначность области исследования и оценки в рамках психодиагностики онкопациентов, что свидетельствует в пользу точки зрения о комплексности предмета исследования и необходимости перехода к персонализированной работе с каждым отдельным пациентом за счет внедрения комплексного метода диагностики.

На основании теоретического анализа уточнено определение понятия «психодиагностика онкопациентов», под которым понимается комплексное психологическое обследование особенностей психологического статуса онкологических пациентов на этапе амбулаторного или стационарного лечения.

Предмет психодиагностических исследований онкопациентов. Для теоретического выделения предмета психодиагностики онкопациентов, принципиально важно понимать, что само по себе понятие онкопатология в медицине является сборным понятием. Так, под названием «рак груди» скрывается большое множество различных диагнозов, которые представляют собой отличные друг от друга заболевания, и подходы к их лечению тоже различаются [Мамонтов А.С., 2025]. Как отмечают исследователи, рак – это не единое заболевание, а совокупность заболеваний разного генеза, объединенных лишь сходством внешних симптомов [Кондратова М., 2019].

Поэтому говорить о каком-то одном психологическом симптоме или симптомокомплексе среди различных онкопациентов с различными видами злокачественных новообразований различных локализаций, равно как и делать попытки диагностировать психологический статус пациента с помощью одного инструмента, представляется методологически несостоятельным. Поэтому и вопрос о предмете скрининговой психодиагностики онкологических пациентов решается в современной научной литературе далеко не однозначно.

Если в период с 1980 по 1994 гг., как показывают проведенные обзоры [Van't Spijker A., 1997], исследовательский фокус был направлен на изучение психологических последствий диагностики рака и связанных с этим психологических проблем (депрессия, тревога и общий психологический дистресс), то на текущем этапе диапазон исследуемых вопросов стал шире, начато исследование влияния тревожных нарушений [Левин О.С. и др., 2018], посттравматических стрессовых расстройств [Тарабрина Н.В. и др., 2010]. Исследуется широкий круг вопросов, включая депрессию [Mitchell A.J. et al., 2011, Pirl W.F., 2004; Sharpe M. et al., 2004], тревожность [Stark D.P., House A., 2000], таксономический дистресс [Cherny N., 2010], панические расстройства [Беляев А.М. и др., 2017], коморбидные расстройства [Березанцев А.Ю., 2017; Бруй И.Н., 2014; Сумарокова О.А., 2019; Geue K. et al., 2018; Kissane W.D., Levin T., 2006], экзистенциальные вопросы бытия и утрату социальных связей [Grassi L., 2015], область смысловых

ориентаций [Холецкая Н.М., Аберган В.П., 2016], психоэмоциональный статус онкобольных [Зайдинер Б.М., 2018; Реверчук И.В., 2018]. В современный период акцент в исследованиях сместился с патологии на резилентность (психологическую устойчивость), в связи с этим отмечается рост исследований по изучению связанного со здоровьем уровня качества жизни онкобольных [Ермаков П.Н. и др., 2023; Карицкий А.П. и др., 2015; Щелкова О.Ю. и др., 2017].

Проблема психодиагностики онкопациентов разработана в неравной степени в отношении пациентов с различными видами локализаций злокачественных опухолей и на различных стадиях заболевания: изучаются особенности психодиагностики онкобольных на различных стадиях заболевания [Демчук М.А., Циринг Д.А., 2021], особенности психодиагностики на стадии радиотерапии [Braeken A.P., Hess C.B., 2015], особенности психологических проблем пациентов с онкозаболеваниями различной локализации, среди которых плоскоклеточный рак головы и шеи [Schorr M. et al., 2017], рак лёгких [Carlson L.E. et al., 2010], рак женских репродуктивных органов [Harbeck E., 2021; O'Connor M., 2017], рак молочной железы [Тарабрина Н.В. и др., 2010], рак полости рта [Ratnasekera N. et al., 2023] и др.

Отдельное направление исследований связано с разработкой методик с учётом этнических, гендерных и социальных различий и адаптации опросников для различных стран и культур (Австралии, Греции, Кении, Кореи, Тайваня, Турции, Франции, Японии) [Chen S.C., 2005; Dolbeault S. et al., 2008; Mystakidou K. et al., 2004; Okuyama T. et al., 2016; Omoro S.A., 2006; Ozalp E. et al., 2017; Shim E.J. et al., 2008; Turner J. et al., 2005].

Современные исследования описывают как бумажные инструменты тестирования пациентов, так и компьютеризированные, он-лайн формы и их гибридные формы [Carlson L.E. et al., 2001, 2012; Koehler M., 2017; Neal J.W. et al., 2021].

Таким образом, анализ литературы показывает, что диагностирование психологического статуса онкопациента является сложнейшим видом психодиагностики поскольку предметом психодиагностики является изучение широкого

спектра различных индивидуально-психологических особенностей и симптомов в период заболевания.

Скрининговые методики психодиагностики и их ограничения. Психодиагностика онкологических пациентов с помощью скрининга дистресса обеспечивает быстроту оценки психоэмоционального состояния пациентов и согласно данным исследований позволяет значительно улучшить психологические и физические симптомы и психосоциальное благополучие пациентов в целом [Watson L. et al., 2016], однако, имеется ряд ограничений для применения данной методики.

При обсуждении ограничений психологического скрининга можно провести параллели с побочными эффектами медицинского скрининга. Иллюстрацией может служить пример скрининга по маммографии: при том, что скрининг спасает жизни пяти женщин из тысячи, для семнадцати он приводит к гипердиагностике – постановке диагноза онкологическое заболевание, который реально не повлиял бы на качество и продолжительность их жизни [Mitchell A.J., 2013].

Процедура психодиагностики в условиях стационара сама по себе может выступать стрессогенным фактором для пациентов. Кроме того, в научных данных отсутствует однозначность относительно конечных эффектов психодиагностики онкопациентов, способствует ли она непосредственно снижению уровня психологического дистресса пациента [Howell D. et al., 2014].

Все больше авторов, которые прямо указывают на недостаточность и неясность результатов скрининговых исследований дистресса онкопациентов [Carlson L.E. et al., 2013; Howell J. et al., 2014], недостатки и ограничения исследований [Günther M.P. et al., 2022; Simnacher F. et al., 2023], вероятность диагностических ошибок. Риски скрининговой психодиагностики могут проявляться как создание ложного чувства уверенности пациента [Dolbeault S. et al., 2011].

Согласно исследователям, основными препятствиями для внедрения психологического скрининга дистресса являются дефицит обучающих программ и поддержки, трудности с обеспечением полноценного последующего

наблюдения, а также отсутствием связи между результатами скрининга и реальным лечебным процессом. Среди пациентов могут возникнуть трудности с пониманием значения слова «дистресс» [Mitchell A., 2013]. К выявленным институциональным барьерам относятся: недостаточное количество времени и обучения, отсутствие конфиденциальности при скрининге, плохое документирование результатов, дискомфорт при обсуждении результатов и нехватка ресурсов для направления пациентов к специалистам [Chiang A.C. et al., 2015; Girgis A. et al., 2018]. Отмечается, что на различных стадиях заболевания способности пациента к прохождению диагностики будут различаться на фоне патогенеза болевых синдромов [Демчук М.А., 2021]. В связи с этим необходимо учитывать, что в отдельных тяжелых случаях в условиях стационарного лечения могут быть затруднены любые виды психодиагностики онкопациентов.

Согласно данным, предоставленным швейцарскими исследователями в клинике Базеля, в проводимом ими исследовании пациенты были готовы заполнить тест при участии психолога, что потребовало бы существенного увеличения трудозатрат штатных психологов. Приводится опыт зарубежной клиники, когда к определению дистресса привлекались медсестры, прошедшие курс соответствующего обучения [Zwahlen D. et al., 2017]. В другой клинике Швейцарии основными проблемами оказались время проведения первого скрининга на дистресс, нехватка ресурсов, перегрузка пациентов и персонала, а также отказ пациентов с дистрессом от обращения в службы поддержки [Simmacher F. et al., 2023]. В 2012 году в Университетской клинике Цюриха был введен «термометр дистресса», спустя пять лет охват обследованием составил 40 % пациентов, а количество обращений к онкопсихологам – 7,9 %, что отмечено как низкий показатель. Медсестры могут использовать «термометр дистресса», однако им требуются научные знания и поддержка, чтобы интегрировать скрининг в повседневную практику [Götz A. et al., 2021].

Сообщается, что в австралийских онкологических центрах наиболее распространенными препятствиями, по мнению респондентов, были нехватка

ресурсов для реализации результатов скрининга (74 %), нехватка времени (67 %) и недостаточная подготовка персонала (66 %). Несмотря на выявленные недостатки, скрининг поддержан и выражена готовность к работе над улучшениями. Потенциальные улучшения включают дополнительные услуги для решения проблем, выявленных в ходе скрининга, увеличение времени, выделяемого персоналом на скрининг, дополнительное обучение персонала и использование опросников для пациентов [Fradgley E.A. et al., 2020; McCarter K. et al., 2018].

Несмотря на имеющиеся недостатки в скрининговых исследованиях психологического дистресса и связанных с ним расстройств, а также исследований, посвященных скринингу качества жизни, имеется ряд преимуществ, о которых сообщается в статье A.J. Mitchell. В 6 из 14 скрининговых исследований сообщалось о пользе для благополучия пациентов, а еще в трех были отмечены преимущества общения между врачами и пациентами. 5 рандомизированных скрининговых исследований не показали никакой пользы. Только в 2 из 10 нерандомизированных последовательных скрининговых исследованиях сообщалось о пользе для благополучия пациентов, но еще в 6 отмечены вторичные преимущества для качества медицинской помощи, такие как направление к психосоциальному специалисту. Самым значительным препятствием психологического скрининга было получение соответствующего последующего ухода. Доля онкопациентов, получивших психосоциальную помощь после положительного результата скрининга на стресс, составила всего треть. Скрининг был более эффективным, когда он был связан с обязательным вмешательством или направлением к врачу. Ключевыми недостатками скрининга названы отсутствие обучения и поддержки, низкая приемлемость и неспособность увязать лечение с результатами скрининга [Mitchell A.J., 2013].

Взгляд на скрининг дистресса со стороны команды онкологов представлен американскими и голландскими специалистами по результатам оценки ими 18 онкологических программ, аккредитованных Комиссией по раку Американского колледжа хирургов [Smith T.G. et al., 2022]. Плюсы скрининговой

психодиагностики включают: скорость, точность и персональную направленность. Проведение четкой диагностики важно для дальнейшего психологического сопровождения, так как применение конкретных мер психокоррекции и психологической помощи невозможно без анализа проблемы. Обследуемые выделили больше сильных сторон, чем проблем, что говорит о позитивном отношении к скринингу. Персонал медицинской службы указал, что это улучшает взаимодействие между пациентом и врачом и другие аспекты оказания медицинской помощи. Проблемы, связанные со скринингом на дистрессе, включают барьеры для пациентов (например, нагрузку на респондентов) и отсутствие совместимости электронных систем. Участники отмечали преимущества скрининга на дистресс (n = 291) чаще, чем его проблемы (n = 86) [Smith T.G. et al., 2022].

При выборе между традиционными психометрическими инструментами и скрининговыми методиками, встает вопрос о сроках проведения психодиагностики. Согласно A. Vodermaier приводятся данные о сопоставимости «термометра дистресса» с классической госпитальной шкалой тревоги и депрессии (чувствительность первой методики 76 %, специфичность 82 %; чувствительность второй 80 %, специфичность 74 %). При этом классическая госпитальная шкала более сложна для заполнения и интерпретации клинициста по причине сжатых сроков стационарного лечения [Vodermaier A. et al., 2009].

Отмечаются работы, направленные на создание электронных систем, которые предоставляют собой более подробную информацию о проблемах пациентов, например, электронный формат «термометра дистресса» – «eDT» [Stout N.L. et al., 2023]. Также необходимо принимать во внимание экономические последствия введения программ скрининга. Как указывает L.E. Carlson, в целом, психосоциальные вмешательства, как правило, многократно окупаются за счет последующих компенсаций затрат, но необходимо завершение процедур скрининга эффективной терапией симптомов и выявленных проблем. Для того, чтобы программы скрининга дистресса были эффективными, должны произойти три вещи: (1) скрининг пациентов (2) дальнейшая оценка и направление в

соответствующие службы (с помощью адекватно обученного персонала) и (3) лечение симптомов и проблем адекватно обученными специалистами в различных дисциплинах. В рассматриваемом исследовании был выполнен первый шаг, второго шага не произошло, и поэтому у третьего шага даже не было шансов [Carlson L.E. et al., 2013].

Близкую позицию занимает А.Р. Браекен, подчеркивая, что использование инструмента психосоциального скрининга среди пациентов, получающих лучевую терапию, само по себе недостаточно улучшает результаты, связанные со здоровьем пациентов. Эффективное оказание психосоциальной помощи зависит от нескольких компонентов. В том числе, раннее направление на скрининг может оказать благоприятное влияние на некоторые результаты, связанные со здоровьем пациентов [Braeken A.P. et al., 2013].

На ограниченность выявления только дистресса онкопациентов указывается в работе С.В. Велдон. Пациенты с оценкой дистресса по шкале RNQ4 (легкая, умеренная или тяжелая) также сообщали о статистически значимых уровнях практических, семейных, физических и лечебных проблем, а также проблем с питанием. Эти пациенты также набрали пороговые уровни боли, усталости и физической функции PROMIS. Проводя скрининг только на дистресс без скрининга других проблем пациента, могут направить в службы, которые не занимаются или не фокусируются на основной причине дистресса [Weldon C.V. et al., 2019].

Сегодня существует общее согласие, что скрининг на дистресс и эмоциональные симптомы является первой важной процедурой, которая должна быть реализована в клинических условиях; конкретная психосоциальная оценка должна следовать после, чтобы гарантировать надлежащую помощь онкологическим пациентам с психосоциальными проблемами [Grassi L. et al., 2013].

Таким образом, литературный обзор показал, что на данном этапе процесс организации психодиагностики онкопациентов в клинических условиях нуждается в оптимизации, в частности, за счет усовершенствования методик,

нивелирования недостатков применяемых диагностических шкал и учета имеющихся ограничений.

Цели и задачи психодиагностики онкопациентов. Основной целью психодиагностики онкопациентов в условиях стационарного лечения является определение особенностей психологического статуса онкопациентов на момент госпитализации, выявление особых требований к условиям психологического сопровождения, определение результативности психологической помощи и оказание необходимой помощи в решении психологических проблем на каждом этапе лечения.

Задача стационарной психодиагностики онкопациентов – помощь в адаптации к болезни. Помощь в адаптации с болезнью включает работу со страхами, экзистенциальными кризисами (смерть, одиночество), развитие навыков совладания и поиск опоры. Психодиагностика онкопациентов также нацелена на выявление ключевых проблем пациента и получение информации о психологическом статусе онкопациентов – неудовлетворённых потребностях и эмоционально-психологических трудностях для дальнейшей адресной помощи и разработки эффективных программ психологического сопровождения онкопациентов.

В 2015 году Комиссия по раку Американского колледжа хирургов разработала набор стандартов непрерывной медицинской помощи, включая ориентированный на пациента стандарт в отношении проведения скрининга психосоциального дистресса для всех онкологических больных. В соответствии с данным стандартом задачей скрининга является выявление пациентов с онкологическими заболеваниями, оценка и направление к специалистам для обеспечения надлежащего оказания психосоциальной помощи.

В качестве задач психологического обследования онкопациентов О.Ю. Щелковой выделяют следующие:

– изучение функционального состояния и основных ограничений жизнедеятельности пациентов, динамики качества жизни, эмоциональной сферы,

смысловой сферы, межличностных отношений и стратегий стресс-преодолевающего поведения;

- определение параметров, важных для восстановления оптимальной жизнедеятельности пациентов;

- формирование на базе выводов психологического обследования программы психологической помощи и повышения уровня жизни онкопациентов [Щелкова О.Ю. и др., 2019].

Среди важных практических задач психодиагностики онкопациентов также можно назвать установление отношений между психологом и пациентом, сбор информации и оценку психологических проблем онкопациентов.

Принципы психодиагностики онкопациентов. На основании теоретического обзора литературы и практического опыта проведения психодиагностики в условиях стационара, сформулированы следующие принципы проведения психодиагностики пациентов в условиях стационара:

- *«принцип безвозмездности и добровольности психодиагностики»*. Данный принцип означает, что проведение процедуры психологического тестирования пациента осуществляются безвозмездно для пациента и исключительно по воле самого пациента, добровольно.

- *«принцип оперативности психодиагностики»*. Данный принцип означает, что проведение процедуры психодиагностики осуществляется непосредственно в момент госпитализации пациента с учетом быстрого принятия мер по организации тестирования, обработке результатов тестирования и построения на базе результатов тестирования индивидуальной программы психологического сопровождения онкопациента.

- *«принцип соответствия психодиагностики целям лечения»*. Согласно этому принципу, при организации процедуры психологического тестирования необходимо выстраивать систему задач, мероприятий, подбора психодиагностических инструментов исходя из основной цели – обеспечения выздоровления пациента.

– *«принцип тестирования у постели больного»*. Данный принцип означает, что проведение психодиагностики в онкологических стационарах предполагает повышенные требования к предупредительности, вежливости в обращении, мягкости в общении, тактичности и деликатности ввиду сензитивности пациента;

– *«принцип не навреди»*. Данный принцип обязывает персонал психологической службы предотвратить любой вред пациенту и обеспечить проведение диагностических мероприятий способами, исключаящим любое психологическое давление, стресс или иные негативные воздействия, которые могут негативно повлиять на пациента;

– *«принцип коллаборации»*. Данный принцип предполагает совмещение данных психодиагностики с медицинским анамнезом пациента, тесное сотрудничество между медицинской командой лечащих врачей и персоналом психологической службы, а также участие психологов в медицинских консилиумах;

– *«принцип динамичности психодиагностики»*. Данный принцип заключается в необходимости мониторинга психологического состояния онкологических пациентов во время их стационарного лечения путем постоянного отслеживания изменений в их состоянии;

– *«принцип баланса»*. Данный принцип предполагает создание баланса между информированностью пациента о результатах психодиагностики и сохранением мотивации и надежды на выздоровление.

Таким образом, помимо общих принципов психодиагностики (конфиденциальности, единства диагностики и коррекции, вариативности диагностического инструментария, объективности и целостности изучения, безоценочности и конкретности), для психодиагностики онкопациентов исходя из особенностей предмета и объекта исследования, могут быть сформулированы частные (самостоятельные) принципы, которые являются основными исходными положениями для деятельности психологов в условиях ежедневной клинической практики.

Психодиагностика в онкологии требует строгого соблюдения этических норм. Этические требования к проведению психодиагностики в онкологии

предполагают не только добровольное согласие и психологическую безопасность пациента, соблюдение требований конфиденциальности данных, но и учет культурных особенностей. Особую актуальность это приобретает в многонациональных стационарных учреждениях, таких как НМИЦ онкологии в г. Ростова-на-Дону, где процедуры психологического скрининга должны также учитывать культурные, религиозные и национальные особенности пациентов.

Виды средств психодиагностики онкопациентов. В литературе выделяются следующие виды средств психодиагностики: краткосрочные и множественные измерения, многомерные и конкретные инструменты [Grassi L. et al., 2015], а также две переменные составляющие для анализа:

- психологические корреляты медицинских заболеваний (психические расстройства, психологические симптомы, качество жизни), и
- факторы, влияющие на индивидуальную уязвимость (жизненные события, хронический стресс, благополучие, отношение к здоровью).

По результатам теоретического анализа литературы можно выделить следующие виды психодиагностических средств для онкопациентов:

- простой скрининг (психологическое тестирование с использованием одного психометрического инструмента);
- комплексный скрининг (психологическое тестирование с использованием двух и более психометрических инструментов);
- экспресс-диагностика (психологическое тестирование с использованием упрощенных психометрических инструментов, например, «термометр дистресса» по методике J.C. Holland);
- электронный скрининг (психологическое тестирование с использованием электронных, он-лайн или гибридных форматов тестирования, например, «Информационная система измерения результатов, сообщаемых пациентами-Глобальное здоровье (PROMIS)» по методике D. Cella).

Средства психодиагностики онкопациентов. В качестве средств психодиагностики, которые могут быть применены и интерпретированы в

напряжённых клинических условиях в работе с онкопациентами, исследователями тестируются ряд специальных опросников, которые были разработаны для онкологических пациентов, среди которых:

- опросник функциональной оценки противораковой терапии (FACT) [Cella D. et al., 1993].
- опросник качества жизни (EORTC QLQ-C30) [Aronson N.K., 1993];
- «термометр дистресса» NCCN (DT, 1997) [Götz A. et al., 2019; LeCouteur A. et al., 2021; McElroy J.A. et al., 2022; Mehnert A. et al., 2018, Mcfarland D.J. et al., 2020; Nguyen T.Q. et al., 2021; Okuyama T. et al., 2016; Ownby K.K., 2019; Sun H. 2021];
- опросник «Стресс онкологических больных» [Herschbach P. et al., 2004];
- психологическое сканирование для рака (PSSCAN) [Carlson L., 2010];
- цифровая система для биопсихосоциального скрининга «SupportScreen» [Loscalzo M. et al., 2010];
- скрининговый опросник психосоциальных проблем (SIPP) [Braeken A.P. et al., 2011];
- канадский контрольный список проблем (CPC) [Bultz B.D., 2011];
- Эдмонтонская система оценки симптомов (ESAS-r, 1991) [Lam W.W.T. et al., 2024; Watanabe S.M. et al., 2012];
- методики оценки страха прогрессирования/рецидива онкологического заболевания FoP-Q-SF [Mehnert A. et al., 2006], (FCRI) [Lebel S., Tremblay S.B., 2016], авторы русскоязычной адаптации – Д.В. Московченко, Н.А. Сирота;

Нижеперечисленные методики являются неспециальными инструментами, однако применяются для психологических исследований онкологических пациентов:

- перечень тревожных признаков состояния (STAI) [Spielberger S.D. et al., 1970];
- контрольный список симптомов (SCL-90-R) [Derogatis L.R. et al., 1973];

- профиль воздействия болезни (SIP) [Bergner et al., 1981];
- опросник общего состояния здоровья (GHQ) [Goldberg D. et al., 1988];
- стандартизированное структурированное диагностическое интервью (CIDI) [ВОЗ, 1990];
- больничная шкала тревоги и депрессии (HADS) [Moorey S. et al., 1991; Sharpe M. et al., 2004];
- профиль состояний настроения (POMS) [McNair et al., 1992];
- краткий перечень симптомов (BSI) [Derogatis L.R. et al., 1983];
- цветовой тест Люшера [Богданова Е.Р., 2002; Зайдинер Б.М. и др., 2018];
- тест «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) [Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 2005];
- методика исследования системы жизненных смыслов В.Ю. Котлякова [Эвнина К.Ю., 2014];
- методика «Реабилитационный потенциал личности» [Кулагина И.Ю., Сенкевич Л.В., 2015];
- тест смысложизненных ориентаций в адаптации Леонтьева Д.А. [Холецкая Н.М., 2016];
- информационная система измерения результатов, сообщаемых пациентами (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System, PROMIS, 2004) [Neal J.W., 2021].

Несмотря на широкую представленность различных средств психодиагностики онкопациентов, на настоящее время не выработаны единые правила и методология в отношении применения тех или иных средств психодиагностики для их повсеместного внедрения в ежедневную клиническую практику онкологических стационаров РФ.

Этапы психодиагностики онкопациентов. Подход к психодиагностике онкологических пациентов, включая число и содержание её этапов, определяется стадией заболевания и целями конкретного исследования. Так, психологические

интервенции на первом этапе могут включать первичную психодиагностику всего комплекса переживаний человека, столкнувшегося с болезнью, его индивидуальных особенностей, а также оценку его личностных и социальных ресурсов для преодоления болезни. Это будет способствовать выстраиванию персонализированного подхода и, вследствие, улучшению комплаентности пациента. На следующем этапе диагностирование и определение факторов рискованного в отношении здоровья поведения может позволить вернуть пациенту автономию, контроль над болезнью и сформировать высокую приверженность лечению [Бодунова Н.А., Канатбек кызы А., 2023].

Процесс психодиагностики онкопациентов может рассматриваться в качестве совокупности отдельных стадий (этапов):

1. Проведение первичного психологического тестирования (скрининг), на данном этапе проводится оценка психологического статуса пациента и анализ основных параметров качества жизни пациента.

2. Оценка результатов психодиагностики и интерпретация данных. На данном этапе проводится обработка тестов и их интерпретация, выявление защитных и совладающих со стрессом болезни механизмов.

3. Разработка на основании результатов психодиагностики персонализированных программ психологического сопровождения и установление контакта с пациентом.

4. Обеспечение динамического наблюдения за ходом реализации программы психологического сопровождения, ее корректировка, при необходимости.

Особенности психодиагностики коморбидных расстройств онкопациентов. Согласно данным исследований среди онкологических пациентов нередко наблюдается коморбидность с психическими расстройствами. Как показано в работе М. Watson и соавторов, эти сопутствующие расстройства способны влиять на ход лечения заболевания, что обуславливает необходимость их обязательного учёта при диагностике психического статуса онкопациентов

[Watson M. et al., 1999]. Наличие коморбидного психического расстройства является фактором риска поздней диагностики онкопатологии и связанной с этим более низкой выживаемостью в сравнении с пациентами только с онкопатологией [Günther M.P. et al., 2022].

В онкологии есть несколько измерений, включая эмоциональный дистресс, тревогу и депрессию, неадаптивный копинг и дисфункциональную привязанность, которые могут вызвать широкий психосоматический подход [Grassi L., 2013]. Указывается, что хотя бы одно психическое расстройство диагностируется у 32 % онкологических больных [Mehnert A., 2014]. Самая высокая распространенность любого психического расстройства была обнаружена среди пациентов с раком молочной железы (41,6 %), самая низкая распространенность была обнаружена среди пациентов с раком поджелудочной железы (20,3 %). Большой депрессией страдают 10-25 % онкопациентов [Levin T. et al., 2006], тревожностью 15-28 % онкопациентов [Kerrihard T. et al., 1999]. В исследовании В. Hund онкологические пациенты при основных опухолевых образованиях показали высокие показатели распространенности аффективных симптомов большой депрессии (DSM-IV): проблемы с концентрацией внимания и памятью (88 %), нарушением сна (86 %) и депрессивным настроением (83 %) [Hund B. et al., 2016].

Важные результаты представлены в обзоре литературы за период с 1980 по 1994 год по психологическим и психиатрическим проблемам онкологических больных. За исключением депрессии, количество психологических и психиатрических проблем у онкологических больных не отличается от нормальной популяции [Van't Spijker A. et al., 1997]. Как указывается, мета-анализ показал значительные различия между группами онкологических пациентов в отношении локализации опухоли, пола, возраста, дизайна исследования. Из качественного анализа выяснилось, что медицинские, социально-демографические и психологические переменные непоследовательно связаны с психологическими и психиатрическими проблемами.

Таким образом, теоретический обзор литературы показывает на наличие исследовательского интереса в изучении коморбидных онкозаболеваниям расстройств именно с точки зрения необходимости их выявления и разграничения в ходе психологического сопровождения пациента. Приведенные выше данные позволяют говорить о сходном уровне проявленности расстройств между онкологическими больными и общей популяцией, тогда как внутри выборки онкопациентов могут быть выявлены различия между различными группами онкопациентов, что требует дополнительной проверки.

1.2. Научные представления о дерматоглифической диагностике онкологических заболеваний

Кожные узоры на кистях человека выдержали испытание временем в качестве эталона биометрической модальности, достигнув повсеместного распространения в криминалистике, цифровой аутентификации и медицине.

Папиллярные узоры на пальцах формируются у эмбриона значительно раньше начала формирования извилин конечного мозга [Савельев С.В., 2002]. Гребнеобразование и становление типов узоров завершается к 22-24 неделе внутриутробного развития [Гусева И.С., 2009; Негашева М.А., 2008]. Ведущую роль в формировании папиллярных линий играет эпидермис, так как он обладает способностью к самоорганизации и формирует сложные узоры [Хить Г.Л. и др., 2013]. Индивидуальное многообразие структур папиллярного рельефа чрезвычайно велико. По расчетам F. Galton только по пальцевым узорам может существовать 64 миллиарда вариантов [Galton F., 1892].

В связи с этим, в науке для анализа многообразия папиллярных узоров их элементы группируют в классы на основе ключевых признаков. Ключевыми признаками для классификации служат пальцевые и ладонные дескрипторы. К первым относятся – тип узора на кончиках пальцев, его ориентация и общий гребневой счёт. Ко вторым – ладонный угол, направление главных линий, тип осевых трирадиусов. Особое значение имеет трирадиус – место, где линии узора

сходятся, меняя направление, на ладонной поверхности кисти выделяются пальцевые триадиусы a, b, c и d. Одним из способов диагностики типов осевых триадиусов является оценка величины угла atd [Хить Г.Л. и др., 2013].

Поскольку папиллярные узоры не меняются с течением времени, их изучение диахронически невозможно. Это стало причиной, почему данная область исследований уступила место более перспективной – генетике [Хить Г.Л. и др., 2013].

Первые работы о генетической обусловленности дерматоглифических узоров появляются в науке в начале XX века. В отечественной науке известны работы по генетике кожного рельефа М.И. Вильямовской (1930), И.И. Канаева (1935), М.В. Волоцкой (1936), Т.Д. Гладковой (1966) и др. В зарубежной литературе посвящены генетике кожного рельефа исследования К. Bonnevie (1929, 1931), В. Mueller (1930, 1931), S.B. Holt (1961), L.S. Penrose (1963) и др.

Современные исследования также сосредоточены на поиске генетических основ формирования папиллярных узоров кожи. Хотя конкретные гены, ответственные за формирование узоров не установлены, научная работа активно ведется в этом направлении.

В исследовании J.F. Machado на основе анализа дерматоглифики 33 пар близнецов (20 монозиготных и 13 дизиготных) было установлено, что 12 характеристик, включая гребневой счет и дельта-индексы, имеют высокую степень наследуемости (h^2 от 0,65 до 0,96). Это подтверждает значительное генетическое влияние на эти признаки, что делает пальцевую дерматоглифику уникальным источником генетических данных [Machado J.F. et al., 2010].

В исследовании A. Nousbeck мутация в гене SMARCD1 идентифицирована как причина адерматоглифии (полного отсутствия отпечатков пальцев) в крупной семье с аутосомно-доминантным типом наследования этого заболевания [Nousbeck A. et al., 2011].

Согласно исследованию Y.Y.W. Но, ген ADAMTS9-AS2 может играть ключевую роль в формировании завитков на указательных пальцах. Хотя прямая

взаимосвязь между генами и конкретными фенотипами отпечатков пальцев не была доказана, данный ген кодирует РНК, участвующую в эпигенетических механизмах на этапе раннего эмбриогенеза [Ho Y.Y.W., 2016].

Анализ нарушений в развитии папиллярных линий дает возможность диагностировать заболевания или определить склонность к ним. В 1976 г. вышло первое руководство по медицинской дерматоглифике «*Dermatoglyphics in Medical Disorders*» [Alter M., Schaumann B., 1976].

В современной медико-генетической диагностике используется исследование кожных узоров ладони. Этот метод служит инструментом для выявления как хромосомных болезней (например, синдрома Дауна), так и предрасположенности к ряду наследственных заболеваний, таких как эпилепсия и сахарный диабет [Василенко Ю.А., 2005; Егиева И.Х., 2015; Мазур Е.С., 2009; Самуйлова О.С., 2014]. Исследования F.M. Ahmed-Popova показывают, что уникальность отпечатков позволяет обнаружить связь между особенностями кожных узоров и различными патологиями, включая психические расстройства [Ahmed-Popova F.M., 2014].

Становление первых научных знаний в области онкологии и дерматоглифики происходило параллельно с второй половины XIX до начала XX века. Так, в 1862 году Р. Вирхов описал раковые клетки тератокарциномы, обнаружив их эмбриональное происхождение. Практически одновременно, в 1880 году, опубликована статья по дерматоглифике Н. Faulds в журнале «Nature» о возможности опознания преступников по отпечаткам пальцев, с указанием на их наследственный характер [Faulds H., 1880].

Исследования в обеих областях получили активное развитие в 60-70-х годах XX века. Важными вехами стали Международный противораковый конгресс 1962 года в Москве и статья F. Rosner под названием «Рак и дерматоглифика», вышедшая в 1968 году в научном журнале «Lancet». В своём исследовании F. Rosner, проанализировав дерматоглифику женщин с раком груди, пришёл к

выводу о значительно более высоком гребневом счёте a-b больных в сравнении с контрольной группой [Rosner F., 1968].

Как указано в научной работе J. Verbov исследование дерматоглифики обладает широкими диагностическими возможностями и позволяет диагностировать не только хромосомные болезни, но и заболевания, вызванные другими факторами [Verbov J., 1970].

Согласно данным Е.В. Ползика у больных с онкологией различной локализации (рак груди, желудка, лёгких) имеются похожие узоры по 61 признаку. Это позволило авторам предположить, что дерматоглифика может служить маркером генетического риска онкологических заболеваний [Ползик Е.В. и др., 1994].

Работа Т.П. Казубской демонстрирует связь между особенностями дерматоглифики и раком желудка. Из-за одновременного формирования кожных узоров и ЖКТ в эмбриогенезе, эти особенности (утолщенные узоры, особые трирадиусы, удвоенное количество петель и пр.) потенциально являются маркером генетической предрасположенности, что позволяет использовать дерматоглифику в консультировании в качестве вспомогательного метода [Казубская Т.П., 1997].

В исследовании N.S. Sridevi показано на статистически значимые различия общего и абсолютного гребневого счета пациентов с онкологией молочной железы в сравнении со здоровыми. По мнению ученых из Индии, ладонная дерматоглифика удобна для использования в развивающихся странах благодаря своей простоте, низкой стоимости и неинвазивности [Sridevi N.S. et al., 2010].

Согласно данным теоретического обзора, различные исследователи характеризуют дерматоглифические признаки как «биомаркеры» [Ahmed-Popova F.M. et al., 2014; Wijerathne B.T.B. et al., 2016], «морфогенетические маркеры», «прогностический неинвазивный инструмент» для диагностики онкопатологий [Dimitrova T., 2021], «показатели для скрининга» [Sridevi N.S. et al., 2010], «маркеры генетической предрасположенности» [Ползик Е.В., 1994].

При этом преимущественно в фокус исследовательского интереса попадают отпечатки пальцев онкобольных, а не ладоней [Chintamani K.R. et al., 2007;

Dimitrova T., 2021; Raizada A. et al., 2013; Sridevi N.S. et al., 2010; Dodia V.S. et al., 2022]. Описательные подходы к изучению ладонной дерматоглифики онкобольных имеются, однако остаются недостаточно разработанными [Казубская Т.П., 1997; Venkatesh E. et al., 2008].

В психологии метод дерматоглифики в качестве специального научного метода выделять не принято, однако имеются работы, связанные с поиском взаимосвязей дерматоглифических особенностей с психологическими свойствами личности [Бадиков К.Н., 2015; Негашева М.А., 2008; Славолубова И.А. и др., 2013, Скоревич А.С. и др., 2016; Akbarova S.N., 2018; Hurray A., 2017; McTigue O. et al., 2003; Venurkar S. et al., 2022].

Как показывает обзор, в XX веке международному научному сообществу так и не удалось сформировать единую исследовательскую программу по изучению особенностей дерматоглифических узоров. Как правило, основное внимание уделялось изучению пальцевых узоров и гребневого счета, в то время как признаки ладони либо оказались на периферии, либо их анализ ограничивался теми же подсчетами [Хить Г.Л. и др., 2013].

С учетом того, что современные исследования в дерматоглифике идут по пути поиска генетических коррелятов, а поведенческие паттерны больных и здоровых людей отличаются, интерес представляют исследования, определяющие какие из этих паттернов, являются генетически обусловленными и связанными с дерматоглификой, а какие приобретенными. В этом случае можно было бы говорить о диагностике через психологические паттерны наличия склонности к болезни.

Несмотря на сформулированную в ходе междисциплинарного исследования [Ермаков П.Н. и др., 2024] гипотезу о взаимосвязи психологических и дерматоглифических признаков в структуре конституции человека, ключевой проблемой оставалась сложность обработки и анализа полученных изображений отпечатков. Ввиду индивидуального многообразия структур папиллярного рельефа метод дерматоглифики предполагает оценку тысяч параметров, поэтому

методы визуальной диагностики дерматоглифических особенностей сложны для интерпретации, имеют субъективные ограничения и не предлагают практических способов обнаружения и распознавания особенностей индивидуальных структур папиллярного рельефа для решения практических задач.

Несмотря на имеющиеся результаты исследований и наработки в области анализа дерматоглифических особенностей онкобольных, их применение к решению конкретных практических задач требует дополнительных исследований. Большие перспективы открываются благодаря использованию методов цифровой обработки изображений, машинного (в т.ч. глубокого) обучения.

Очевидно, что использование компьютерной обработки изображений ладони может существенно оптимизировать распознавание дерматоглифических особенностей индивида. В связи с этим, исследование данного вопроса добавлено в качестве гипотезы в настоящую исследовательскую работу под призмой изучения потенциала использования данных ладонной дерматоглифики для целей усовершенствования средств психодиагностики путем повышения ее персонализации.

Выводы по Главе 1

В настоящей Главе рассмотрены теоретические представления о развитии психодиагностики в онкологической практике. В Главе также обсуждаются результаты теоретического обзора литературы по вопросам дерматоглифического обследования онкопациентов.

Теоретическое исследование подтверждает необходимость выделения психодиагностики онкопациентов в отдельный вид психодиагностической практики на основании теоретического обоснования особенностей предмета и объекта, целей и задач, принципов, этапов и средств психодиагностики.

Рассмотрены отечественные и зарубежные источники научной литературы, проанализирован мировой опыт проведения психодиагностики в

онкологических центрах различных зарубежных стран, подробно изучен применяемый психодиагностический инструментарий. Показано, что широко распространенный опыт скрининговой психодиагностики методом «термометра дистресса» представляет собой способ получения только лишь фрагментарной части знаний о психологическом статусе онкопациентов при госпитализации в стационар, а именно уровня дистресса.

При госпитализации онкологического пациента критически важно оперативно выявить тех, кто нуждается в психологическом сопровождении. Онкологические пациенты испытывают психологические и социально-психологические проблемы, которые могут негативно повлиять на план и результаты лечения. Стандартное первичное психологическое интервью зачастую не справляется с этой задачей, так как не позволяет эффективно определить мишени для последующей психокоррекции. Временные ограничения пребывания онкопациентов в стационаре и ограничения физиологического состояния пациентов сужают возможности клинического психолога по всесторонней и полной оценке психологического статуса онкопациента. Данные проблемы могут быть решены за счет внедрения в онкологическую практику комплексного психологического скрининга.

Несмотря на существенный рост исследований в области скрининговой психодиагностики в последнее десятилетие, их результаты остаются противоречивыми ввиду недостатка комплексных исследований, разносторонне раскрывающих психологический статус пациентов. Практически не встречаются работы, посвященные комплексным моделям диагностики психологического статуса онкопациентов, учитывающих широкий спектр психологических факторов. В связи с этим, актуальной задачей является проведение психодиагностики онкопациентов в комплексе, включая диагностику ценностно-смысловой сферы личности, психоэмоциональных состояний и качества жизни, выявление коморбидных состояний и неадаптивных копинг-стратегий.

Теоретический обзор подтверждает, что диагностирование психологического статуса онкопациента является сложнейшим видом психодиагностики поскольку требует рассмотрения психологического статуса пациента в единстве когнитивных, эмоциональных, мотивационных, социальных аспектов, в контексте его среды (семья, работа) с фокусом на выявление сильных сторон, повышение мотивации в борьбе с болезнью, адаптацию личности в новом статусе, обеспечение необходимых социальных взаимодействий, мобилизацию адаптационных ресурсов организма и личностного потенциала, необходимых для преодоления кризиса и выздоровления. Комплексная психодиагностика позволит выявить весь спектр психологических проблем и на основе этих данных выстроить персонализированную стратегию сопровождения пациента, что в конечном итоге повысит результативность всего лечения.

Необходимо отметить, что в России на настоящий момент психодиагностика не встроена в процесс лечения онкологических заболеваний. В отдельных медицинских учреждениях проводится исследование психоэмоционального статуса онкопациентов с использованием методики «термометра дистресса», однако повсеместного внедрения данная практика не получила. На современном этапе российская научная доктрина и психологическая практика стоят перед важным выбором: либо пойти по пути прямого заимствования зарубежных скрининговых шкал и стандартизации международных практик в области психодиагностики онкопациентов, либо создать свои собственные модели и средства психодиагностической работы с онкологическими пациентами. Полученные в рамках проведенного исследования результаты свидетельствуют в пользу развития собственных моделей психодиагностики онкопациентов.

Подводя итог результатам теоретического исследования, можно сделать заключение о том, что главными условиями для эффективной поддержки онкопациентов являются комплексная система оценки их психологического статуса, добровольное и бесплатное скринг-тестирование, а также психологическое сопровождение на всех этапах лечения. Психодиагностика требует отражения

развития технологий и смещение фокуса в сторону комплексности и практической применимости, а также использования современных технологий обработки больших данных и алгоритмов машинного обучения. Теоретический обзор научных представлений о дерматоглифической диагностике показывает наличие научного базиса для проверки выдвинутой гипотезы и перспективность исследований в данном направлении.

Все изложенное определяет цель и задачи исследования. На основании вышеизложенного сформулированы гипотезы исследования.

ГЛАВА 2. ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Этапы исследования и выбор обследуемых

В Главе 2 описывается ход проведения исследования с указанием этапов исследования. Дизайн настоящего исследования предполагает сбор данных в конкретный момент времени и не подразумевает наблюдение за участниками в течение длительного периода времени.

Согласно дизайну исследования одновременно проводился сбор эмпирических данных для психологического и дерматоглифического исследований. Регламент проведения исследования определялся порядком работы медицинского учреждения. К исследованию привлекались добровольцы из числа госпитализированных пациентов онкологического стационара.

В исследовании приняло участие 196 онкопациентов обоих полов, из них 66 мужчин, 130 женщин, в возрасте от 18 до 60 лет ($42 \pm 9,39$). Критерии включения в группу респондентов включали наличие диагностированного злокачественного новообразования, подписание информированного согласия.

Все респонденты на момент проведения исследования находились на лечение в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Минздрава России (г. Ростов-на-Дону) с диагнозом злокачественные новообразования различной локализации с диагнозом рубрики С (C00-C97) Международной классификации болезней (МКБ-10). Диагноз злокачественное онкологическое заболевание (код С по МКБ-10) выставлялся на основании клинических данных госпитализации пациента.

До начала исследования осуществлялось информирование участников исследования о его целях и задачах, ознакомление с дизайном исследования в устной форме. По результатам ознакомления сформирован перечень пациентов, которые подтвердили готовность участия в исследовании. Для целей соблюдения условий анонимности участия в исследовании, респондентам присваивался порядковый номер. С респондентами оформлялось и подписывалось

информированное согласие. Репрезентативность выборки обеспечена за счет применения достаточного для психологических исследований объема выборки.

Психологическое тестирование респондентов проводилось с применением анкет и психологических опросников в печатной форме. Заполнение анкет осуществлялось от руки с помощью шариковой ручки, примерное время для заполнения анкеты и шести психологических опросников, составляло 180-240 минут.

Для целей дерматоглифического обследования в исследовании также принял участие 151 респондент, без собственной и семейной истории диагностированного рака в трех поколениях, в возрасте от 18 до 60 лет ($21 \pm 3,64$), обоих полов (далее – условно здоровые респонденты). Их данные легли в основу формирования контрольной группы.

Исследование проводилось в период с 2022 по 2025 гг. и включало следующие стадии:

1. Проведение теоретического исследования. На первом этапе (сентябрь 2022 г. – март 2023 г.) проведена работа по литературному обзору и анализу публикаций научной литературы, найденных в интернет-библиотеках и фондах научных библиотек.

2. Проведение эмпирического исследования. На втором этапе исследования (октябрь 2022 г. – сентябрь 2024 г.) проведена психодиагностика онкопациентов в онкологическом стационаре. На данном этапе также проведены сбор и обработка дерматоглифов для эмпирического исследования в группе онкопациентов. По итогам работы на данном этапе получены свод результатов психологического тестирования и дерматоглифы обследуемых, изучены топография и признаки ладони, проведена статистическая обработка данных.

3. Сбор и обработка эмпирических данных контрольной группы. На третьем этапе (сентябрь 2024 г. – декабрь 2024 г.) проведен сбор и обработка дерматоглифов для эмпирического исследования в контрольной группе обследуемых. По итогам работы на данном этапе получены дерматоглифы контрольной группы

обследуемых, изучены топография и признаки ладони, проведена статистическая обработка данных.

4. Обработка, анализ и обобщение полученных результатов. На данном этапе (декабрь 2024 г. – сентябрь 2025 г.) была завершена статистическая обработка полученных результатов психологического исследования, оформлены графики и диаграммы, выделены особенности по различным показателям.

5. Обучение нейросетевой модели. На данном этапе было проведено обучение нейронной сети классификации изображений дерматоглифов онкопациентов и условно здоровых респондентов; построены тепловые карты ладоней; завершены статистические расчеты в рамках исследования.

6. Оформление диссертационного исследования. На заключительном этапе (январь 2025 г. – сентябрь 2025 г.) обобщены полученные результаты, сформулированы итоговые выводы и произведено оформление рукописи диссертационного исследования.

2.2. Методы исследования

Настоящее научное исследование носит междисциплинарный характер, поэтому при проведении исследования сочетался естественно-научный и конкретно-научный методический инструментарий, а именно:

- метод психологического тестирования;
- метод дерматоглифики;
- метод машинного обучения;
- статистические методы.

Ниже представлено описание методик, использованных в настоящей работе для реализации поставленных целей и задач.

2.2.1. Методики психологического исследования

В целях реализации дизайна исследовательской работы применены стандартные методики, выбранные в первую очередь в пользу проверенных и надежных инструментов диагностики:

1. Методика изучения ценностных ориентаций (М. Рокич).
2. Тест смысложизненных ориентаций (Д.А. Леонтьев).
3. Опросник «Способы совладающего поведения» (Р. Лазарус, С. Фолкман).
4. Опросник качества жизни ВОЗКЖ-100.
5. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Л. Дерогатис, Р. Липман, Л. Кови).
6. Пятифакторный опросник личности (5PFQ).
7. Метод типографской краски (Т.Д. Гладкова).
8. Для машинного обучения использовались инструменты Keras (как надстройка над Tensorflow 2.16), предобученная на коллекции ImageNet, модель сверточной нейронной сети MobileNet.V2 и Grad-CAM.

Новизна предлагаемого методического пакета заключается в комплексном применении указанных методик, отобранных по итогам обзора литературы и апробированных в ходе пилотных проектов. В отличие от исследований других авторов, где указанные тесты могли использоваться дискретно, в настоящем исследовании они впервые интегрированы в единый блок.

2.2.2. Методики дерматоглифического исследования

Получение дерматоглифов у респондентов осуществлялось стандартным методом типографской краски [Гладкова Т.Д., 1966; Cummins H., Midlo C., 1961] с последующим сканированием изображений.

В целях взятия оттиска ладони использовался следующий инструментарий исследования:

- 1) бумага средней плотности и шероховатости формата А4;

- 2) стекло для раскатки;
- 3) резиновый валик;
- 4) краска для дактилоскопирования производства НПП «АЛЬТАИР» (г. Казань, ТУ 2352-008-279182238-2015);
- 5) сканер CanoScan Lide 25 (Canon).

Отпечатки ладони (у правой правой) получали в условиях стационара путем прокатывания роликом с типографской краской по ладони обследуемого так, чтобы вся подлежащая отпечатыванию поверхность была покрыта ровным слоем краски. После, окрашенная ладонь отпечатывалась на лист бумаги, положенный заранее на «подушку». Топография папиллярных узоров ладони исследовалась по Т.Д. Гладковой (1966), Н. Cummins, С. Midlo (1961), G. Geipel (1961). После сбора данных было проведено сканирование дерматоглифов.

2.2.3. Методики машинного обучения

Для компьютерной реализации дизайна исследования и обработки результатов дерматоглифического исследования онкопациентов использовались методики цифровой обработки изображений и глубокого машинного обучения. Для машинного обучения использовались инструменты Keras (как надстройка над Tensorflow 2.16), предобученная на коллекции ImageNet модель сверточной нейронной сети MobileNetV2. Для генерации тепловых карт ладоней использовалась методика Grad-CAM. Для разметки изображений использовалась программа Level.me 2.0.

2.2.4. Методики статистической обработки

Для статистической обработки эмпирически полученных данных применялась стандартная лицензионная компьютерная программа MS Excel 2019 (Microsoft Office), SPSS Statistics.

В исследовании имелись выборки, которые подчинялись и не подчинялись закону нормального распределения, соответственно, для каждого случая

выбирался соответствующий критерий статистического анализа. Оценка количественных показателей на предмет соответствия закону о нормальности распределения признаков осуществляется с помощью критериев Колмогорова-Смирнова (в модификации Лиллиефорса). Категориальные данные обрабатываются с указанием абсолютных значений (количества человек) и относительных значений (%). В случае нормального распределения, приводятся средние арифметические величины (M) и стандартные отклонения (SD), для сравнения используется t-критерий Стьюдента. В случае ненормального распределения, приводятся медианы (Me) и нижний и верхний квартили (Q1 – Q3), для сравнения используется U-критерий Манна-Уитни. При сравнении трех групп используется непараметрический критерий Краскела-Уоллиса. Корреляционная связь между нормально распределенными переменными проверялась с помощью коэффициента корреляции Пирсона. Статистически значимые различия между категориальными переменными проверялись с помощью критерия хи-квадрат Пирсона.

2.3. Ограничения исследования

Результаты проведенной исследовательской работы сопровождаются следующими ограничениями.

Количество респондентов. В целях соответствия установленным плановым срокам прохождения обучения в аспирантуре была проведена срезовая обработка данных тестирования респондентов первого и второго года исследования в объеме 196 анкет. Выборка была рандомизирована для целей статистической обработки по полу и по возрасту. Однако выборка была неоднородной с точки зрения диагноза и статуса лечения заболевания. Поскольку задачей исследования было не получение клинических критериев, а анализ методов и средств психодиагностики, клиническая неоднородность не учитывалась.

Медицинские ограничения. При проведении исследования в «красной зоне» онкологического стационара с диагностированным злокачественным

новообразованием как до, так и непосредственно после оперативного вмешательства, среди пациентов имелись определенные ограничения, связанные с текущим физическим состоянием. Подчеркивается, что ряд участников исследования указывали на сложности с заполнением анкет в связи с плохим самочувствием, затуманенностью мышления и слабостью после прохождения химиотерапии. Текущее физическое состояние пациентов создает риск недостаточного понимания пациентами сложной динамики переживаемых ими состояний.

Методические ограничения. Основное методологическое ограничение заключается в том, что изначально исследование запланировано в качестве междисциплинарного исследования в области психофизиологии, однако ввиду использования неаппаратного научного метода (метод типографской краски не является методом психофизиологии) не смогли подойти к предмету изучения как планировали, вместе с тем, полученные результаты подтверждают гипотезы исследования и указывают на тенденции развития психодиагностики в будущем.

В дополнение к указанному ограничению использовалась методика типографской краски Т.Д. Гладковой. Качество изображений, полученных типографской краской, напрямую влияет на точность классификации и не является непогрешимым, в связи с этим, допускается наличие определенных погрешностей результатов исследования. Методологическим ограничением исследования является применение методики типографской краски, поэтому в дальнейшем переход на цифровые сканеры является необходимым условием для обеспечения точности анализа дерматоглифики.

Выводы по Главе 2

В Главе 2 описаны особенности дизайна исследования, а также имеющиеся ограничения исследования.

В настоящее время госпитализация в онкологический стационар не предполагает проведения планового психологического тестирования поступающих

пациентов, поэтому в большинстве случаев онкопациенты с воодушевлением принимали информацию о проведении психодиагностического исследования. Основная часть респондентов, принявших участие в исследовании, также выразила особую заинтересованность в получении персонализированных результатов психологического и дерматоглифического исследования и научных материалов. Непосредственная работа в «красной зоне» онкологического стационара подтверждает, какой большой путь прошло общественное самосознание, с момента стигматизации онкозаболеваний и тех времен, когда сам факт болезни скрывался из страха, что этот факт может отразиться на социальном статусе или семейной жизни, в том числе благодаря успехам в развитии медицины и общественно-просветительской работе по данному вопросу. Участники исследования демонстрировали очевидную тенденцию к открытому диалогу с психологами. Отмечается также, что большое количество пациентов проявляет интерес к поиску внутренних психосоматических причин заболевания, это дает основания говорить о перспективах и возможностях проведения психодиагностики пациентов в стационаре.

Заинтересованность онкопациентов в собственных внутренних психических процессах, изучение дерматоглифических узоров на ладонях и персональное внимание к личности каждого участника исследования – данные факты позволили пациентам отвлечься от отрицательных психоэмоциональных состояний, что напрямую способствует повышению мотивации в борьбе с болезнью и адаптационных сил организма, необходимых для выздоровления. Здесь проявляется один из основных принципов онкопсихологии – адаптация личности в новом статусе, обеспечение социальных взаимодействий, формирование потенциала для преодоления кризиса, поиск ресурсов на выздоровление.

Организация скрининговой психодиагностики в условиях онкологических стационаров в качестве первичной стадии работы клинических психологов с онкобольными необходима поскольку преимущества внедрения скрининга (персональное внимание к каждому пациенту, определение потребностей пациентов,

анализ индивидуальных психологических проблем каждого пациента в отдельности, быстрота оценки психологического статуса пациента, персонализация психологического сопровождения, направление к соответствующему профильному специалисту, улучшение взаимодействия между больными и лечащим персоналом) значительно превышают имеющиеся недостатки (сложности с самостоятельным заполнением психодиагностических тестов, дополнительный объем задач для онкологических больных и медицинских психологов, стресс для неподготовленного пациента с учетом физиологического состояния пациента на фоне патогенеза болевых синдромов онкогенной природы, возможность гипердиагностики или создания ложного чувства уверенности, нехватка ресурсов для реализации результатов скрининга).

Таким образом, несмотря на существовавшие сложности и ограничения, настоящее исследование, проведенное на базе онкологического стационара, было завершено. По его завершении сделан вывод о высокой востребованности среди пациентов новых инструментов психодиагностики, открывающих возможность трансформации существующих подходов к работе.

ГЛАВА 3. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

3.1. Результаты комплексной психодиагностики

В настоящей главе диссертационной работы содержатся результаты эмпирического исследования пациентов онкологического стационара, основанного на комплексном подходе к скрининговой психодиагностике.

Для целей проведения исследования использовались анкета и набор психологических методик [Приложение 1]. Анкета предназначена для указания характеристик социального профиля респондентов (пол, возраст, уровень образования, семейное положение, уровень дохода, место постоянного проживания). Для субъективной оценки счастья в анкету также включены два вопроса, касающиеся оценки переживания респондентами счастья в двух временных перспективах: ретроспективной (детство) и актуальной (текущая жизнь). Набор психологических методик состоит из шести стандартных психодиагностических опросников, позволяющих изучить широкий диапазон психологических характеристик, среди которых ценностные и смысложизненные ориентации, копинг-стратегии, устойчивые черты личности, качество жизни, выраженность психопатологической симптоматики.

С помощью методов описательной статистики получены следующие результаты анкетирования респондентов исследования [Таблица 1].

Таблица 1

Данные описательной статистики о распределении выборки респондентов

Показатели	Категории	n	%
1	2	3	4
Уровень образования	Неоконченное среднее	5	2,8
	Полное среднее	21	11,6
	Среднее специальное	60	33,1
	Незаконченное высшее	7	3,9
	Полное высшее	86	47,5
	Ученая степень	2	1,1
Уровень дохода	Ниже среднего	26	14,9
	Средний	132	75,9
	Выше среднего	15	8,6

Продолжение Таблицы 1

1	2	3	4
	Высокий	1	0,6
Место проживания	Сельская местность	60	31,9
	Холост	31	16,4
Семейное положение	Официально женат/замужем	114	60,3
	Незарегистрированный брак	15	7,9
	Разведен	26	13,8
	Вдова/вдовец	3	1,6
Субъективная оценка счастья (Счастливое детство, счастливая жизнь)	Да, да	154	78,6
	Да, нет	23	11,7
	Нет, да	4	2,0
	Нет, нет	11	5,6
	Воздержался	4	2,0
Коды по Международной классификации болезней	C00-C14. Рот, губы, глотка	5	2,6
	C15-C26. Пищеварительный тракт	12	6,1
	C30-C39. Дыхательные пути	3	1,5
	C40-C41. Костно-суставная система	4	2,0
	C43-C44. Кожные покровы	2	1,0
	C45-C49. Мезотелий, мягкие ткани	1	0,5
	C50-C50. Молочные железы	55	28,1
	C51-C58. Женская репродуктивная система	43	21,9
	C60-C63. Мужская репродуктивная система	11	5,6
	C64-C68. Мочевыделительная система	3	1,5
	C69-C72. Глаза, мозг, отделы ЦНС	13	6,6
	C76-C80. Вторичные ЗНО, неточные локализации	38	19,4
	C81-C96. ЗНО кроветворной и лимфоидной тканей	6	3,1

По результатам анкетирования получены данные о распределении выборки по показателю «Семейное положение» [Рисунок 2]. Согласно цели исследования в выборке выделены репрезентативные группы «Официальный брак» (114 респондентов – 60 %) и «Все остальные» (75 респондентов – 40 %).

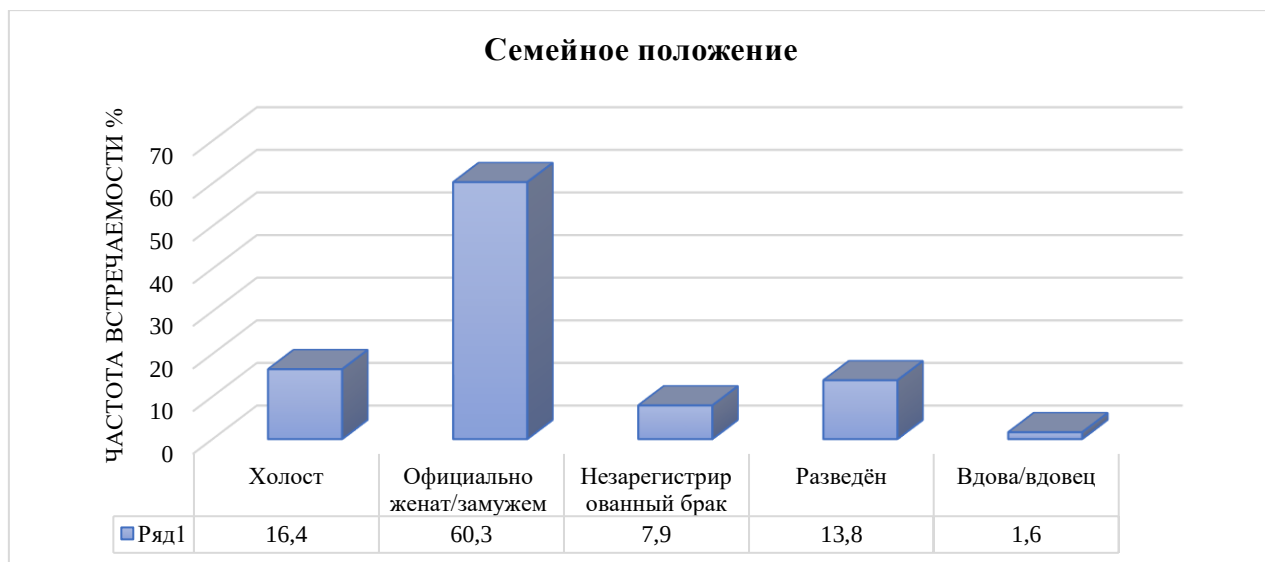


Рисунок 2. Диаграмма частоты встречаемости показателей семейного положения в выборке респондентов, в %

По результатам анкетирования получены данные о распределении выборки респондентов по показателю «Уровень образования» [Рисунок 3]. Согласно цели исследования в выборке выделены репрезентативные группы «Среднее образование» (86 респондентов – 47,5 %) и «Высшее образование» (95 респондентов – 52,5 %).

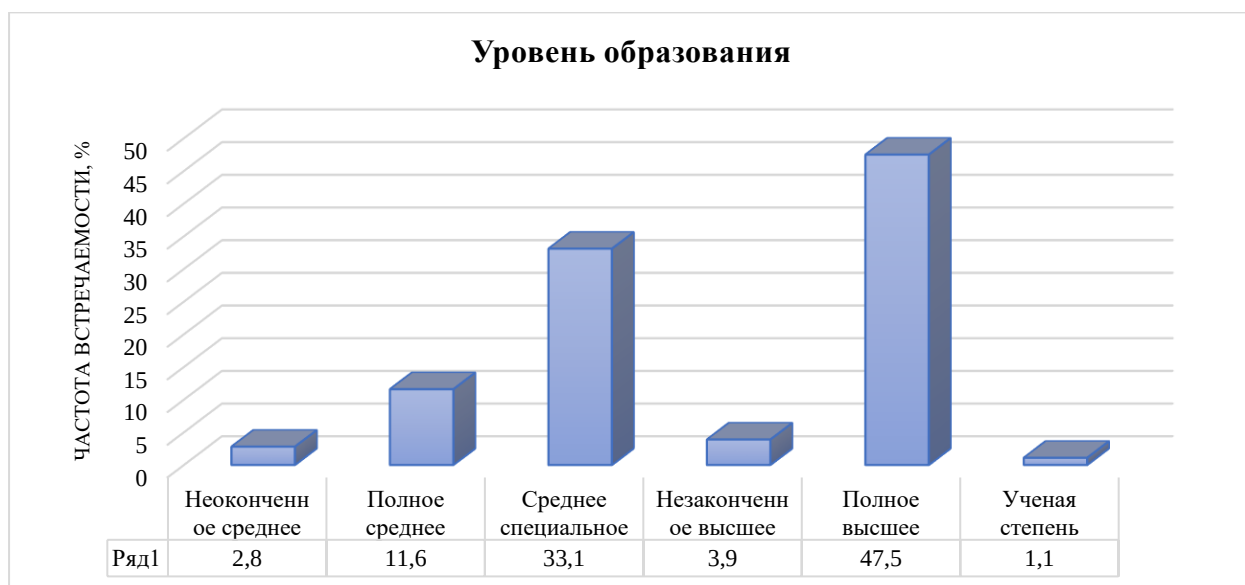


Рисунок 3. Диаграмма частоты встречаемости различных показателей уровня образования в выборке респондентов, в %

По результатам проведенного анкетирования получены данные о распределении выборки респондентов по показателю «Уровень дохода» [Рисунок 4]. Уровень дохода не имеет количественной оценки. Отнесение дохода к тому или иному уровню (ниже среднего, средний, выше среднего, высокий) осуществлялось респондентами самостоятельно.

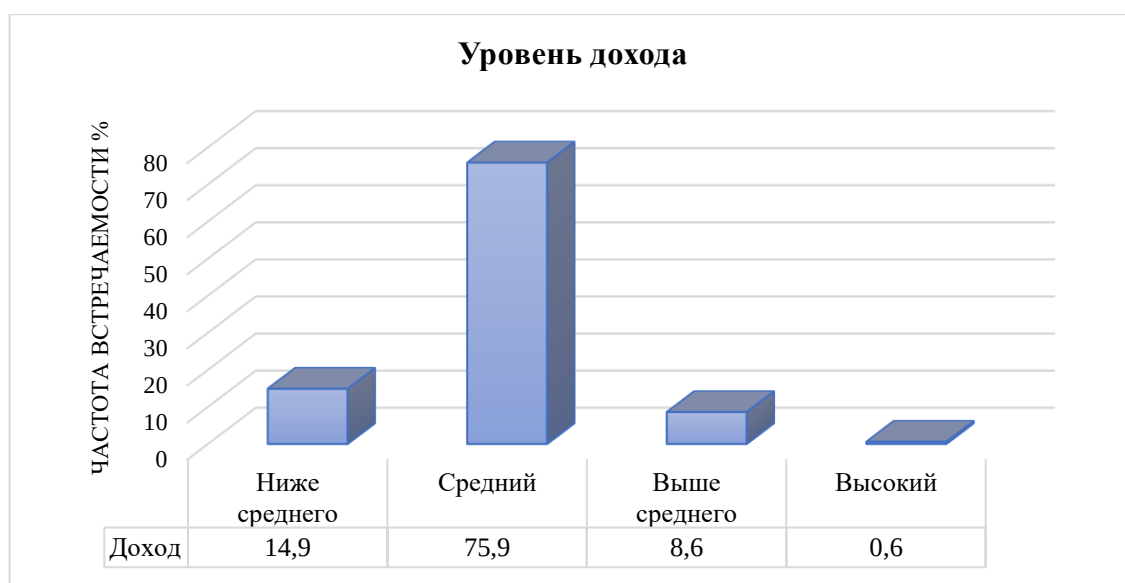


Рисунок 4. Диаграмма частоты встречаемости различных показателей уровня дохода в выборке респондентов, в %

По результатам анкетирования в группе респондентов, получены данные о распределении выборки респондентов по показателю «Проживание» [Рисунок 5]. Согласно цели исследования в выборке выделены репрезентативные группы «Город» (128 респондентов – 68 %) и «Сельская местность» (60 респондентов – 32 %).



Рисунок 5. Диаграмма распределения выборки по месту постоянного проживания респондентов, в %

По результатам проведенного анкетирования в группе респондентов, получены данные о распределении выборки респондентов по показателю «Субъективная оценка счастья» [Рисунок 6]. Согласно полученным данным 154 респондента (79 % выборки) считают свое детство и текущую жизнь счастливыми.

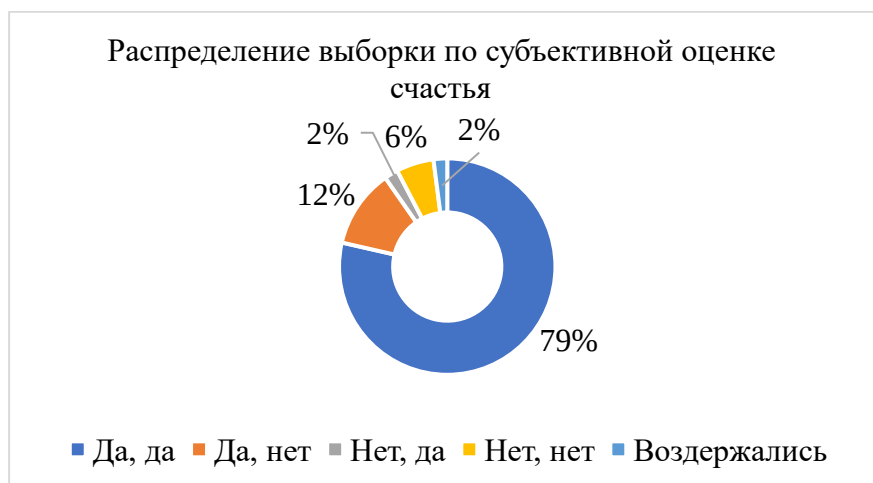


Рисунок 6. Диаграмма распределения выборки по субъективной оценке счастья, в %

В связи с наличием пропусков данных при заполнении психологических опросников, включая как полное отсутствие ответов, так и частичное заполнение тестов, объем выборки варьировался в зависимости от конкретной методики. В анализе участвовали актуальные количественные показатели, которые были рассчитаны на основании данных респондентов, которые заполнили каждый из тестов [Таблица 2].

Таблица 2

Данные о количестве респондентов, принявших участие в заполнении анкет и психологических опросников

Показатели	Методика изучения ценностных ориентаций	Тест смысло-жизненных ориентаций	Опросник способов совладающего поведения	Пятифакторный опросник личности	Опросник качества жизни	Психопатологическая симптоматика
1	2	3	4	5	6	7
q	36	20	50	75	100	90

Продолжение Таблицы 2

1	2	3	4	5	6	7
n1	188 (96%)	178 (91%)	192 (98%)	179 (91%)	187 (95%)	184 (94%)
n2	8 (4%)	18 (9%)	4 (2%)	17 (9%)	9 (5%)	12 (6%)

Условные обозначения: q - количество вопросов в методике, n1 - количество респондентов, заполнивших опросник, n2 - количество респондентов, не заполнивших опросник

На основании полученных данных комплексной психодиагностики были разработаны индивидуальные (адресные) программы психологического сопровождения. Клинические примеры индивидуальных программ психологического сопровождения приведены в приложении [Приложение 3].

Индивидуальная программа психологического сопровождения онкопациента включает следующие разделы:

1. Результаты психодиагностики. Приводятся количественные результаты (баллы) психологического тестирования.
2. Психологический статус пациента. Приводится заключение психолога об общем психологическом статусе пациента на основе психодиагностики.
3. Оценка психологического статуса пациента. Приводится подробный анализ результатов психодиагностики с анализом степени выраженности и взаимосвязи выявленных особенностей.
4. Мишени психокоррекции. Указываются направления психокоррекционной работы, определенные по итогам оценки психологического статуса пациента.
5. Конкретные психологические инструменты. Указываются конкретные методики для психологической работы, подобранные психологом по итогам психодиагностики.
6. Мониторинг и динамическая оценка. Указывается информация о назначенных психологом мероприятиях (план наблюдения) по контролю психологического статуса пациента для отслеживания динамики психологического статуса пациента.

7. Дополнительные рекомендации. При необходимости в индивидуальную программу психологического сопровождения вносятся дополнительные рекомендации.

8. Критерии эффективности. Приводятся критерии эффективности психокоррекционной работы.

Программа психологического сопровождения после ее составления подписывается психологом и передается пациенту в распечатанном виде.

Эмпирические результаты, полученные в ходе проведенной комплексной психодиагностики, отражают характеристики практически всех подсистем личности, но в разной степени выраженности. Такой комплексный подход позволяет создавать индивидуальные программы психологического сопровождения для каждого онкопациента, что недостижимо при использовании одномерных шкал психодиагностики таких как «термометр дистресса», шкалы тревожности или депрессии и др., поскольку последние дают лишь фрагментарную картину психологического статуса пациента. Составленные в ходе исследования индивидуальные программы психологического сопровождения в первую очередь позволили увидеть личность человека за болезнью и разработать адресные индивидуальные программы психологического сопровождения для каждого участника исследования.

Исходя из опыта исследования, предложено интегрировать анкету и набор психологических методик [Приложение 1] в первичную медицинскую документацию (медицинскую карту больного) для проведения скрининг-диагностики сразу после поступления пациента на госпитализацию. Для упрощения обработки данных анкету целесообразно перевести в онлайн-формат.

Использование предлагаемого комплексного подхода к психодиагностике позволяет решить проблему эффективной организации психодиагностики онкопациентов в стационарах. В целом, внедрение комплексного подхода внесет значительный вклад в оптимизацию процесса психодиагностики и психологического сопровождения пациентов в онкологических стационарах.

3.1.1. Результаты исследования ценностных ориентаций

Среди обозначенных параметров психодиагностики особого внимания заслуживает исследование ценностных ориентаций в связи с тем, что в период онкологического заболевания происходит серьезное переструктурирование ценностно-мотивационной сферы. Изменение ценностной сферы личности в период болезни объясняется пересмотром существующих жизненных установок. В период заболевания, угрожающего жизни, ценностные ориентации личности переструктурируются с фокусом на выживание, и на первое место выходят экзистенциальные аспекты бытия, здоровье и другие нематериальные ценности. В контексте изложенного, эмпирическое исследование было направлено на изучение того, каким образом выстраиваются ценности и способы их достижения среди респондентов. Понимание иерархии ценностных ориентаций является определяющим фактором в процессе выбора стратегии психокоррекции и разработки программ персонализированного психологического сопровождения онкопациентов.

Для психодиагностики выбран стандартизированный опросник, который позволяет одновременно выполнить обе эти задачи. Психологическое тестирование респондентов осуществлялось по методике изучения ценностных ориентаций М. Рокича [Леонтьев Д.А., 1992]. Алгоритм работы с методикой состоит в ранжировании респондентами ценностей, указанных в двух отдельных списках - терминальных и инструментальных ценностей. Рассмотрение терминальных ценностей раскрывает убеждения респондентов, цели их жизни. Рассмотрение терминальных ценностей раскрывает свойства личности, используемые для достижения терминальных ценностей.

В целях получения адекватной оценки результатов тестирования применен качественный метод оценки. По результатам статистической обработки результатов тестирования получены следующие данные распределения терминальных (Список А) и инструментальных (Список Б) ценностей респондентов [Рисунок 7, 8].

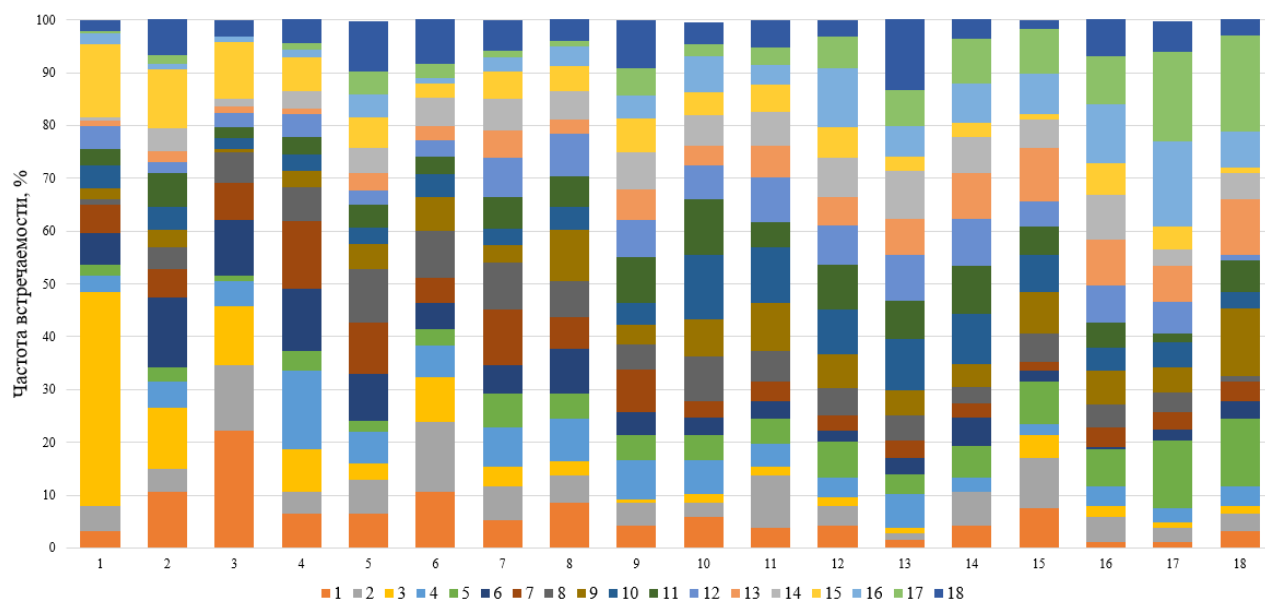


Рисунок 7. Частота встречаемости терминальных ценностей (Список А)

Примечание: На рисунке 7 представлено распределение рангов (относительная частота встречаемости, %) в виде определенного цвета (1-18) для каждой из 18 терминальных ценностей (1-18), представленных столбцами. Например, 1 столбец – 1 ценность, в которой наиболее выражены ранги 3 и 15 (желтым цветом).

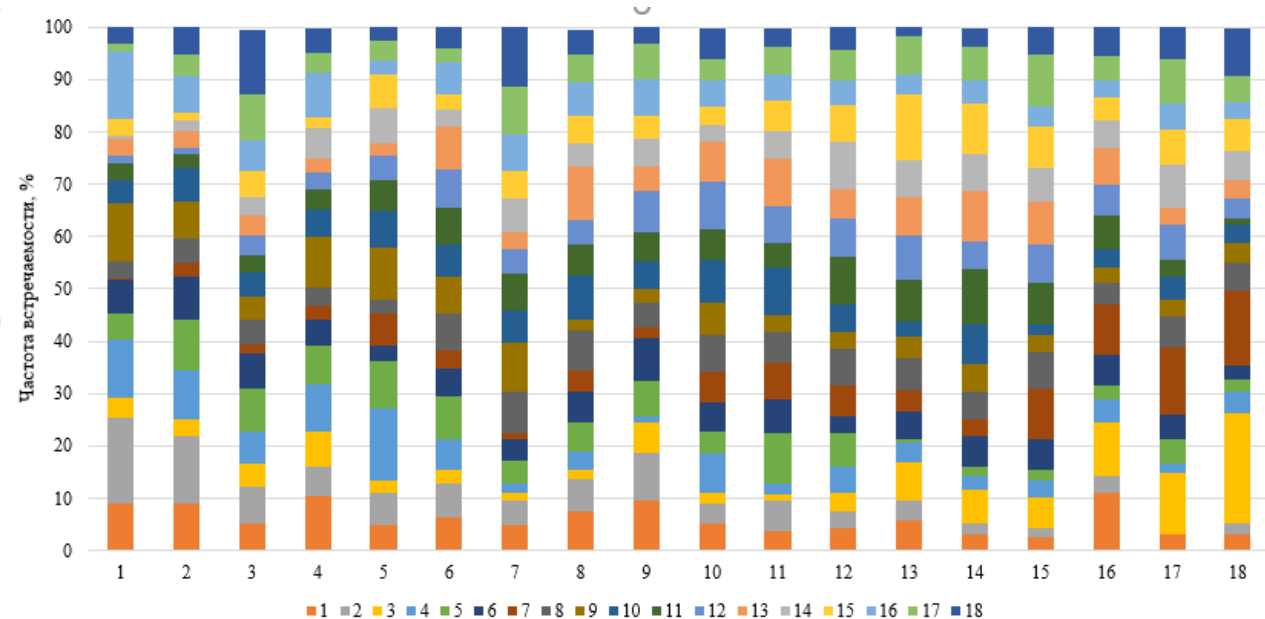


Рисунок 8. Частота встречаемости инструментальных ценностей (Список Б)

Примечание: На Рисунке 8 представлено распределение рангов (относительная частота встречаемости, %) в виде определенного цвета (1-18) для каждой из 18 инструментальных ценностей, представленных столбцами. Например, 1 столбец – 1 ценность, в которой наиболее выражены ранги 2 и 9 (серый и коричневый цвет).

Ранжированные ценности включают:

- приоритетные ценности (ценности, занимающие 1-3 ранговые места);
 - индифферентные ценности (ценности, занимающие 4-15 ранговые места);
 - отвергаемые ценности (ценности, занимающие 16-18 ранговые места)
- [Таблица 3].

Таблица 3

Результаты ранжирования ценностей по приоритетности

Группы ценностей	Терминальные ценности (Список А)	Инструментальные ценности (Список Б)
Приоритетные ценности	1.Здоровье 2.Любовь 3.Активная деятельная жизнь	1.Честность 2.Аккуратность 3.Чуткость
Индифферентные ценности	4.Интересная работа 5.Творчество, уверенность в себе 6.Жизненная мудрость 7.Интересная работа, материальная обеспеченная жизнь 8.Красота природы и искусство 9.Уверенность в себе, наличие хороших и верных друзей 10.Познание, продуктивная жизнь 11.Познание 12.Свобода 13.Счастливая семейная жизнь 14.Развлечения 15.Активная деятельная жизнь	4.Исполнительность 5.Воспитанность, самоконтроль 6.Ответственность 7.Эффективность в делах 8.Непримиримость к недостаткам в себе и других 9.Аккуратность, исполнительность 10.Образованность 11.Смелость в отстаивании своего мнения, своих взглядов, терпимость 12.Рационализм 13.Независимость 14.Смелость в отстаивании своего мнения, своих взглядов, эффективность в делах 15.Твердая воля
Отвергаемые ценности	16.Творчество, развитие, счастье других 17.Уверенность в себе 18.Развлечения, общественное признание	16.Жизнерадостность 17.Широта взглядов 18.Высокие запросы

По результатам проведенного анализа установлено, что в качестве приоритета среди терминальных ценностей участниками исследования выбраны

«Здоровье (физическое и психическое)», «Любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком)» и «Активная деятельная жизнь (полнота и эмоциональная насыщенность жизни)». В качестве отвергаемых терминальных ценностей выбраны «Общественное признание», «Развлечения», «Уверенность в себе», «Счастье других», «Развитие», «Творчество». Среди индифферентных терминальных ценностей Списка А указываются «Счастливая семейная жизнь».

Установлено, что участниками исследования в качестве приоритета среди инструментальных ценностей названы: «Честность», «Аккуратность», «Чуткость», следовательно, именно эти ценности являются средствами для достижения целей, указанных в Списке А. В качестве отвергаемых инструментальных ценностей выбраны «Высокие запросы», «Жизнерадостность», «Широта взглядов». Среди индифферентных ценностей названа ценность «Терпимость».

Анализируя частоту встречаемости ценностей респондентов в Списке А, следует обратить внимание на группировку общих абстрактных целей в качестве предпочитаемых – «Здоровья» и «Любви» (1 и 2 место Списка А, соответственно); низкие позиции ценностей «Счастливая семейная жизнь» (13 место Списка А) и «Забота о счастье других» (16 место Списка А). Особого внимания заслуживает ранжирование респондентами таких ценностей по самореализации как «Развлечения» (18 место Списка А) и «Творчество» (16 место Списка А) в группу отвергаемых ценностей. Ранжирование респондентами ценностей «Наличие друзей» и «Счастливая семейная жизнь» (9 и 13 место Списка А, соответственно) в группу индифферентных ценностей может свидетельствовать о недооценке значимости круга близких людей как источника поддержки для преодоления жизненных трудностей в кризисной ситуации.

Анализируя частоту встречаемости ценностей респондентов в Списке Б, следует обратить внимание на приоритизацию альтруистических ценностей, которые могут содействовать достижению поставленных пациентами терминальных ценностей. Главными инструментами для достижения терминальных ценностей респонденты считают «Честность», «Аккуратность», «Чуткость».

Анализируя значимость ценностей, следует обратить внимание на положение в иерархии следующих ценностей: «Терпимость» (11 место Списка Б), «Рационализм» (12 место списка Б), «Твердая воля» (15 место Списка Б), «Жизнерадостность» (16 место Списка Б) с учетом общей клинической картины респондентов.

Установлены определенные несоответствия соотношения ценностей-целей и ценностей-средств в части приоритизации жизненных ценностей и способов их достижения. Отвергаемые ценности-цели и ценности-средства в целом требуют внимания для разработки адекватных мер психологического сопровождения, поскольку именно данные смысловые ресурсы личности заключают в себе адаптационный потенциал, необходимый для выздоровления пациентов.

Далее проведена работа по сравнительному анализу показателей тестирования среди репрезентативных групп выборки. Статистически значимые различия между категориальными переменными проверялись с помощью критерия хи-квадрат Пирсона.

Сравнение по полу. На основе статистической обработки результатов тестирования (используемый метод: хи-квадрат Пирсона), выявлены значимые на статистическом уровне различия по пунктам: «Жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемые жизненным опытом)» ($\chi^2 = 28,52$, $p = 0,039$); «Здоровье (физическое и психическое)» ($\chi^2 = 27,27$, $p = 0,049$); «Красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе и искусстве)» ($\chi^2 = 27,96$, $p = 0,0041$); «Уверенность в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений)» ($\chi^2 = 28,1$, $p = 0,04$); «Независимость (способность действовать самостоятельно, решительно)» ($\chi^2 = 28,3$, $p = 0,02$) между респондентами разного пола.

Данные ценности являются более приоритетными у респондентов женской выборки по сравнению с мужской группой выборки.

Сравнительный анализ по возрасту. На основе статистической обработки результатов тестирования (используемый метод: хи-квадрат Пирсона),

выявлены значимые на статистическом уровне различия по пунктам: «Творчество (возможность творческой деятельности)» ($\chi^2 = 33,28$, $p = 0,02$); «Эффективность в делах (трудолюбие, продуктивность в работе)» ($\chi^2 = 32,46$, $p = 0,02$) между респондентами разного возраста. Данные ценности приоритетнее для респондентов в возрасте до 35 лет включительно по сравнению с респондентами старше 35 лет.

Данная возрастная градация предусмотрена ст. 2 Федерального закона от 30.12.2020 N 489-ФЗ «О молодежной политике в Российской Федерации».

По результатам статистической обработки результатов тестирования ценностный ориентаций в репрезентативных группах выборки по образованию, субъективной оценке счастья, семейному положению, уровню дохода и месту проживания (город, сельская местность) статистически значимые различия не установлены.

Таким образом, по итогам тестирования можно утверждать, что в иерархии ценностных ориентаций респондентов доминирует здоровье (в условиях риска его потери), а также отмечена высокая значимость любви как универсальной человеческой ценности. При этом наблюдается определенный дисбаланс в соотношении ценностей-целей и ценностей-средств. Результаты тестирования явно свидетельствуют о важности раскрытия потенциала творчества для онкопациентов, восприятия ими природы и искусства, расслабления и раскрытия внутренней свободы, роли терпения в процессе лечения в стационаре.

Закономерности, выявленные по результатам анализа качественных характеристик ценностной сферы респондентов, позволяют говорить о необходимости инициации психодиагностики онкопациентов с анализа базовых ценностных установок пациентов.

По результатам анализа полученных данных сделан вывод о необходимости дифференциального подхода к работе с ценностной сферой онкопациентов различного пола, что должно быть учтено консультирующими психологами при разработке алгоритмов и программ психологического сопровождения.

Результаты тестирования также показывают незначительные девиации между ценностными установками респондентов различных возрастов.

Полученные результаты свидетельствуют о конгруэнтности выбранной методики для анализа ценностной сферы онкопациентов и подтверждают целесообразность ее включения в комплексную психодиагностику.

3.1.2. Результаты исследования смысловых ориентаций

В рамках комплексного подхода к психодиагностике проведено исследование смысловых ориентаций онкопациентов. В период онкологического заболевания происходит значительное переструктурирование системы убеждений, которые определяют направленность жизни пациента. Понимание направленности смысловых ориентаций пациентов на этапе лечения в онкологическом стационаре является определяющим фактором в процессе выбора стратегии психологического сопровождения.

Психологическое тестирование респондентов осуществлялось по тесту смысловых ориентаций Д.А. Леонтьева [Леонтьев Д.А., 2006]. По результатам обработки бланков тестирования получены следующие результаты [Таблица 4].

Таблица 4

Результаты тестирования смысловых ориентаций

Субшкала	Уровень	Количество респондентов	
		п	%
1	2	3	4
Цели в жизни	Низкий	36	20,22
	Средний	104	58,43
	Высокий	38	21,35
Процесс жизни	Низкий	61	34,27
	Средний	71	39,89
	Высокий	46	25,84
Результативность жизни	Низкий	26	14,61
	Средний	101	56,74
	Высокий	51	28,65

Продолжение Таблицы 4

1	2	3	4
Локус контроля-Я	Низкий	39	21,91
	Средний	94	52,81
	Высокий	45	25,28
Локус контроля-жизнь	Низкий	29	16,29
	Средний	107	60,12
	Высокий	42	23,59
Осмысленность жизни	Низкий	44	24,72
	Средний	84	47,19
	Высокий	50	28,09

Проведённая психодиагностика позволила выявить характерные особенности смысловой сферы в выборке респондентов. В частности, наиболее выраженным источником смысла для 21,35 % респондентов выступает будущее, что отражает высокий уровень баллов по субшкале «Цели в жизни». При этом для 21,35 % выборки характерен высокий уровень целеполагания и нацеленности на будущее. Данный результат свидетельствует о сохранных способностях к планированию и наличии устремлений, что является важным ресурсом для борьбы с заболеванием и адаптации к новым условиям жизни. Низкие баллы по показателю процесс жизни у 34,27% выборки указывают на дефицит осмысленности настоящего, вызванный онкологическим заболеванием, и неудовлетворенность жизнью в период пребывания в больнице. Высокий для 28,65% выборки показатель результативности жизни подтверждает удовлетворение прежними достижениями, что может компенсировать отсутствие смыслов в настоящем. Уровень баллов по субшкалам «Локус контроля-Я» и «Локус контроля-жизнь» у 52,81% и 60,12% выборки, соответственно, отражает средний уровень выраженности внутреннего и внешнего локуса контроля.

Таким образом, у большей части исследуемой группы отмечается сохранность осмысленности жизни, которая опирается преимущественно на целевые установки на будущее и позитивную оценку прожитого опыта. Ключевым дефицитарным показателем является проживание настоящего как наполненного смыслами процесса. Данные результаты определяют важные мишени для психологической поддержки: помощь в нахождении смыслов и ценностей в процессе

жизни, несмотря на ограничения, налагаемые болезнью и лечением. Сравнение показателей смысловых ориентаций в зависимости от социального профиля респондентов показало следующие значимые различия.

Сравнение по образованию. По результатам статистической обработки результатов тестирования у респондентов со средним и высшим образованием установлены статистические значимые различия по субшкалам: «Цели в жизни» ($U = 2807$, $p = 0,006$, U-критерий Манна-Уитни); «Результативность жизни» ($U = 2765$, $p = 0,048$, U-критерий Манна-Уитни); «Локус контроля-Я» ($U = 2749,5$, $p = 0,043$, U-критерий Манна-Уитни); «Осмысленность жизни» ($t = -2,709$, $p = 0,007$, t-критерий Стьюдента).

Средние значения по указанным субшкалам выше у респондентов с высшим образованием [Таблица 5].

Таблица 5

Результаты теста смысловых ориентаций в зависимости от образования

Субшкала	Категории	Показатели				
		$M \pm SD / Me$	95 % ДИ / $Q_1 - Q_3$	n	t / U	p
1	2	3	4	5	6	7
Цели в жизни	Среднее	31,00	26,00 – 37,75	74	2807	0,006
	Высшее	35,00	31,00 – 39,00	91		
Процесс жизни	Среднее	28,00	24,25 – 32,75	74	2875,5	0,107
	Высшее	31,00	25,00 – 37,00	91		
Результативность жизни	Среднее	26,50	22,00 – 31,00	74	2765	0,048
	Высшее	28,00	25,00 – 31,50	91		
Локус контроля-Я	Среднее	20,00	16,00 – 24,00	74	2749,5	0,043
	Высшее	23,00	18,00 – 26,00	91		
Локус контроля-жизнь	Среднее	$29,27 \pm 7,65$	27,50 – 31,04	74	-1,661	0,099
	Высшее	$31,14 \pm 6,81$	29,72 – 32,56	91		
Осмысленность жизни	Среднее	$98,50 \pm 21,57$	93,50 – 103,50	74	-2,709	0,007
	Высшее	$108,90 \pm 26,69$	103,34 – 114,46	91		

Условные обозначения: M – средняя арифметическая, SD – стандартное отклонение, Me – медиана, ДИ – доверительный интервал. Различия показателей статистически значимы при $p < 0,05$

Сравнение по субъективной оценке счастья. По «Процессу жизни» ($N = 13,865$, $p = 0,008$) и «Локусу контролю-жизнь» ($N = 13,023$, $p = 0,011$) выявлены значимые на статистическом уровне различия между всеми группами респондентов (критерий Краскела-Уоллиса), а также попарные различия между респондентами, ответившими «Да, да» и «Да, нет» (критерий Манна-Уитни). В группе «Да, да» показатель «Процесс жизни» выше по сравнению с «Да, нет» ($30,0 > 25,5$). В группе «Да, да» показатель «Локус контроля-жизнь» выше по сравнению с «Да, нет» ($32,0 > 26,5$). По пункту «Осмысленность жизни» общие различия также статистически значимы ($N = 10,342$, $p = 0,035$), однако парные сравнения между конкретными группами не выявили статистически значимых различий [Рисунок 9].

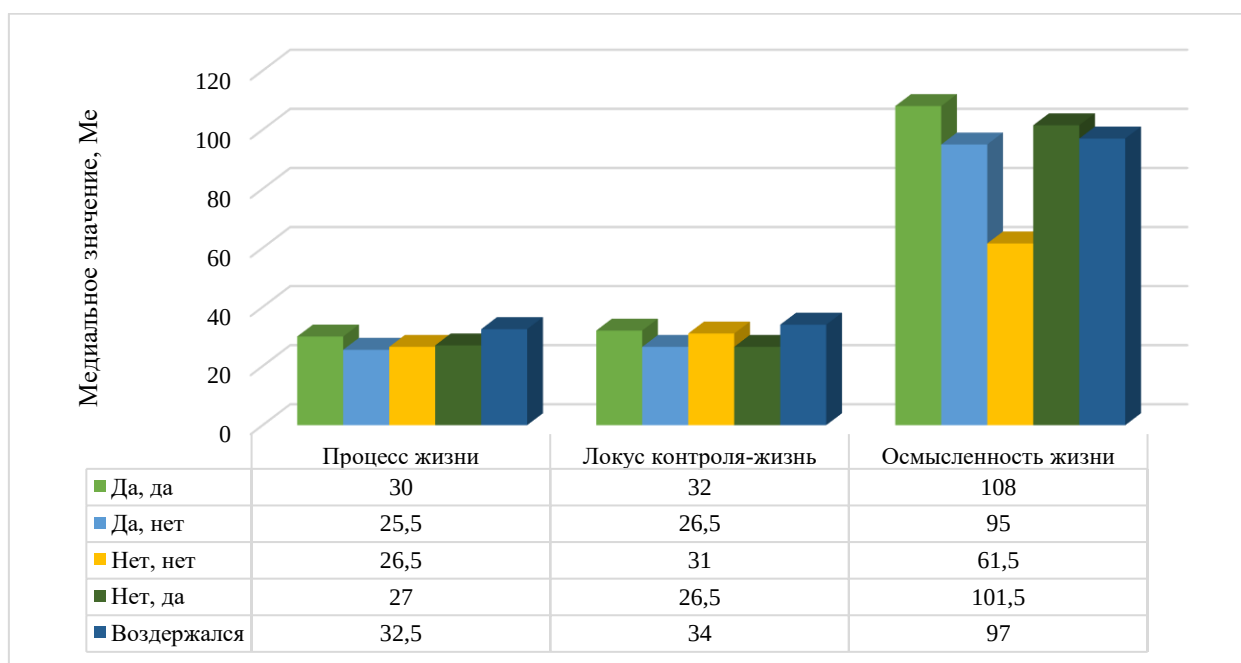


Рисунок 9. Значимые различия по тесту смысловых ориентаций в зависимости от субъективной оценки счастья

По остальным субшкалам статистически значимые различия между респондентами в зависимости от субъективной оценки счастья не установлены [Таблица 6].

Таблица 6

Результаты теста смысловых ориентаций в зависимости от субъективной оценки счастья

Субшкала	Категории	Показатели				
		Me	$Q_1 - Q_3$	n	H	p
Цели в жизни	Да да	34,00	28,00 – 39,00	141	5,982	0,201
	Да нет	31,00	26,25 – 36,00	22		
	Нет нет	27,00	25,50 – 28,50	2		
	Нет да	35,50	29,25 – 40,25	10		
	Воздержался	35,50	32,25 – 38,75	2		
Процесс жизни	Да да	30,00	25,00 – 36,00	141	13,865	0,008 ($p_{\text{Да нет} - \text{Да да}} = 0,003$)
	Да нет	25,50	23,00 – 28,75	22		
	Нет нет	26,50	25,75 – 27,25	2		
	Нет да	27,00	25,25 – 35,50	10		
	Воздержался	32,50	27,75 – 37,25	2		
Результативность жизни	Да да	28,00	25,00 – 32,00	141	7,07	0,132
	Да нет	25,50	23,00 – 28,00	22		
	Нет нет	24,50	21,75 – 27,25	2		
	Нет да	25,50	23,50 – 29,25	10		
	Воздержался	31,50	30,75 – 32,25	2		
Локус контроля-Я	Да да	22,00	18,00 – 26,00	141	6,56	0,161
	Да нет	18,50	16,00 – 22,00	22		
	Нет нет	18,00	17,00 – 19,00	2		
	Нет да	20,50	17,25 – 25,50	10		
	Воздержался	22,50	19,75 – 25,25	2		
Локус контроля-жизнь	Да да	32,00	26,00 – 37,00	141	13,023	0,011 ($p_{\text{Да нет} - \text{Да да}} = 0,009$)
	Да нет	26,50	21,00 – 30,00	22		
	Нет нет	31,00	30,50 – 31,50	2		
	Нет да	26,50	24,25 – 33,25	10		
	Воздержался	34,00	30,00 – 38,00	2		
Осмысленность жизни	Да да	108,00	90,00 – 122,00	141	10,342	0,035
	Да нет	95,00	73,75 – 106,25	22		
	Нет нет	61,50	50,75 – 72,25	2		
	Нет да	101,50	91,00 – 120,75	10		
	Воздержался	97,00	94,00 – 142,00	3		

Сравнение по семейному положению. По результатам статистической обработки результатов тестирования в зависимости от семейного положения респондентов установлены статистические значимые различия по субшкале «Локус контроля-жизнь» ($U = 2887$, $p = 0,038$, U-критерий Манна-Уитни) между респондентами, состоящими и не состоящими в официальном браке [Таблица 7].

Таблица 7

Результаты теста смысловых ориентаций в зависимости от семейного положения

Субшкала	Категории	Me	$Q_1 - Q_3$	n	p
Локус контроля-жизнь	Официальный брак	32,00	25,00 – 38,00	104	0,038
	Все остальные	28,00	25,00 – 33,00	68	

Сравнение по уровню дохода. По результатам статистической обработки результатов тестирования выявлены статистически значимые различия по всем субшкалам теста в зависимости от уровня дохода респондентов, уровень значимости меньше критического значения ($p < 0,05$) для всех субшкал (критерий Краскела-Уоллиса). При апостериорном попарном сравнении установлено, что респонденты с доходом выше среднего имеют более высокие показатели по целеполаганию, чем респонденты с доходом ниже среднего ($U = 2803$, $p = 0,023$, U-критерий Манна-Уитни). Респонденты с доходом выше среднего имеют более высокие показатели осмысленности жизни по сравнению с респондентами с доходами среднего уровня и ниже среднего (соответственно, $U = 2825$, $p = 0,002$; $U = 2786$, $p = 0,006$, U-критерий Манна-Уитни). По остальным субшкалам («Процесс жизни», «Результативность жизни», «Локус контроля-Я», «Локус контроля-жизнь») общие различия значимы, однако попарные сравнения не выявили статистически значимых различий между группами [Таблица 8].

Таблица 8

Результаты теста смысловых ориентаций в зависимости от уровня дохода

Показатели	Категории	Показатели				
		Me	$Q_1 - Q_3$	n	H	p
1	2	3	4	5	6	7
Цели в жизни	Ниже среднего	30,50	26,00 – 36,50	24	10,715	0,013 Р (Выше среднего – Ниже среднего = 0,023)
	Средний	33,00	28,00 – 38,50	123		
	Выше среднего	38,50	35,50 – 42,00	12		
	Высокий	42,00	42,00 – 42,00	1		
Процесс жизни	Ниже среднего	28,50	24,50 – 37,50	24	8,906	0,031
	Средний	29,00	25,00 – 35,00	123		

Продолжение Таблицы 8

1	2	3	4	5	6	7
	Выше среднего	35,00	30,50 – 38,50	12		
	Высокий	40,00	40,00 – 40,00	1		
Результативность жизни	Ниже среднего	27,00	23,00 – 29,00	24	10,069	0,018
	Средний	27,00	23,00 – 31,00	123		
	Выше среднего	30,00	28,00 – 34,00	12		
	Высокий	35,00	35,00 – 35,00	1		
Локус контроля-Я	Ниже среднего	20,50	16,75 – 25,50	24	8,294	0,040
	Средний	21,00	17,00 – 25,00	123		
	Выше среднего	26,00	23,75 – 27,00	12		
	Высокий	28,00	28,00 – 28,00	1		
Локус контроля-жизнь	Ниже среднего	28,50	23,75 – 34,50	24	9,946	0,019
	Средний	30,00	25,00 – 35,00	123		
	Выше среднего	36,00	33,00 – 40,50	12		
	Высокий	41,00	41,00 – 41,00	1		
Осмысленность жизни	Ниже среднего	98,00	89,75 – 114,00	24	15,683	0,001 P (Выше среднего – Ниже среднего = 0,006 Выше среднего – Средний = 0,002)
	Средний	103,00	87,50 – 118,00	123		
	Выше среднего	129,00	116,00 – 134,00	12		
	Высокий	138,00	138,00 – 138,00	1		

По результатам статистической обработки результатов тестирования смысло-жизненных ориентаций в репрезентативных группах выборки по полу, возрасту и месту проживания респондентов (город, сельская местность) статистически значимые различия не установлены.

Ценность использования данной методики для комплексной психодиагностики онкопациентов состоит в возможности выявления направленности смыслообразования пациента (прошое, настоящее, будущее), что позволит подобрать психологические методы работы для направления фокуса в жизни из зоны прошлого в зону будущего. Значение данной методики для целей комплексной психодиагностики онкопациентов состоит также в возможности анализа

показателей «Локус контроля-Я» и «Локус контроля-жизнь», поскольку позволяет оценивать и работать с такими состояниями пациентов онкологического стационара как безнадежность, фатальность и обреченность.

3.1.3. Результаты исследования способов совладающего поведения

В рамках комплексного подхода к психодиагностике проведена оценка способов совладающего поведения. Анализ способов совладающего поведения респондентов позволит изучить механизмы адаптации и совладания пациентов с болезнью. Результаты тестирования способов совладающего поведения позволят выявить дезадаптивные установки респондентов.

Для тестирования применялся опросник «Способы совладающего поведения» (WCQ, 1988), авторы - Р. Лазарус, С. Фолкман. Адаптация опросника проведена в 2008 г. в медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева [Вассерман Л.И. и др., 2008].

По результатам обработки бланков тестирования получены следующие результаты [Таблица 9].

Таблица 9

Результаты тестирования способов совладающего поведения

Шкала	Показатель выраженности	Количество респондентов	
		п	%
1	2	3	4
Конфронтация	Редкое	67	34,90
	Умеренное	85	44,27
	Выраженное	40	20,83
Дистанцирование	Редкое	59	30,73
	Умеренное	66	34,38
	Выраженное	67	34,89
Самоконтроль	Редкое	19	9,90
	Умеренное	53	27,60
	Выраженное	120	62,50
Поиск социальной поддержки	Редкое	21	11,0
	Умеренное	54	28,27
	Выраженное	116	60,73

Продолжение Таблицы 9

1	2	3	4
Принятие ответственности	Редкое	33	17,19
	Умеренное	80	41,66
	Выраженное	79	41,15
Бегство-избегание	Редкое	59	30,73
	Умеренное	79	41,14
	Выраженное	54	28,13
Планирование решения проблемы	Редкое	13	6,77
	Умеренное	33	17,19
	Выраженное	146	76,04
Положительная переоценка	Редкое	17	8,85
	Умеренное	74	38,55
	Выраженное	101	52,60

Каждая копинг-стратегия оценивалась по трем уровням выраженности в выборке исследования: редкое использование, умеренное использование, выраженное использование. Наиболее выраженным у респондентов является использование следующих стратегий совладания со стрессом [Таблица 9]:

- «Поиск социальной поддержки»;
- «Планирование решения проблемы»;
- «Положительная переоценка»;
- «Самоконтроль».

Полученные данные свидетельствуют о проактивно-рациональном подходе к совладанию со стрессом у преобладающей части выборки исследования, создавая тем самым необходимый для выздоровления ресурсный потенциал. Наименее выраженной копинг-стратегией является «Конфронтация» (20,83 %), что так же позволяет формировать адаптивный потенциал в условиях лечения в стационаре, поскольку конфронтационный копинг в данных условиях будет деструктивен как для самого пациента, так и для окружающих.

Сравнение по полу. На основе статистической обработки результатов тестирования, выявлены значимые на статистическом уровне различия по показателям: «Самоконтроль», «Бегство - избегание», «Положительная переоценка» между респондентами разного пола ($U = 3198$, $p = 0,013$; $U = 2905$, $p = 0,001$; $U = 2852$, $p = 0,001$, соответственно, U -критерий Манна-Уитни) [Таблица 10].

Среди женской выборки данные стратегии совладания со стрессом значимо доминируют относительно мужской выборки.

Таблица 10

Результаты тестирования совладающего поведения в зависимости от пола

Шкала	Категории	Показатели				
		$M \pm SD / Me$	95 % ДИ / $Q_1 - Q_3$	n	U	p
Конфронтация	ж	50,00	33,33 – 55,56	128	3715	0,288
	м	44,44	37,50 – 55,56	64		
Дистанцирование	ж	50,00	38,89 – 66,67	128	3742	0,328
	м	52,78	38,89 – 61,11	64		
Самоконтроль	ж	66,67	57,14 – 71,43	128	3198	0,013
	м	57,14	47,62 – 66,67	64		
Поиск социальной поддержки	ж	66,67	50,00 – 77,78	128	3885	0,556
	м	61,11	54,17 – 72,22	64		
Принятие ответственности	ж	58,33	41,67 – 66,67	128	4058	0,917
	м	58,33	41,67 – 66,67	64		
Бегство-избегание	ж	54,17	41,67 – 66,62	128	2905	0,001
	м	41,67	33,33 – 50,00	64		
Планирование решения проблемы	ж	72,22	55,56 – 83,33	128	4045	0,879
	м	72,22	61,11 – 83,33	64		
Положительная переоценка	ж	61,90	57,14 – 71,43	128	2852	0,001
	м	57,14	45,24 – 61,90	63		

Сравнение по образованию. По критерию образование установлены статистически значимые различия ($H = 2,89$, $p = 0,023$, критерий Краскела-Уоллиса) в использовании респондентами стратегии «Дистанцирование».

Респонденты с полным высшим образованием имеют меньшие показатели дистанцирования ($Me = 50,00$) по сравнению с респондентами со средним (полным и специальным) образованием ($Me = 66,67$, $Me = 55,56$); это может говорить о том, что высшее образование формирует более конструктивные стратегии: анализ, планирование решения, принятие ответственности вместо дистанцирования от проблем [Таблица 11].

Таблица 11

Результаты тестирования совладающего поведения в зависимости от образования

Шкала	Категории	Показатели			
		Me	Q ₁ – Q ₃	n	p
Дистанцирование	Неоконченное среднее	44,44	38,89 – 55,56	5	0,023
	Полное среднее	66,67	47,22 – 77,78	20	
	Среднее специальное	55,56	44,44 – 66,67	59	
	Незаконченное высшее	44,44	33,33 – 55,56	6	
	Полное высшее	50,00	34,72 – 61,11	86	
	Ученая степень	63,89	59,72 – 68,06	2	

Сравнение по семейному положению. По критерию семейное положение установлены статистически значимые различия ($H = 2,74$, $p = 0,017$, критерий Краскела-Уоллиса) в использовании респондентами стратегии «Поиск социальной поддержки». При апостериорном попарном сравнении выявлены статистически значимые различия между холостыми респондентами и официально состоящими в браке ($U = 2712$, $p = 0,042$). Холостые респонденты достоверно чаще прибегают к стратегии поиска социальной поддержки по сравнению с респондентами, состоящими в официальном браке [Таблица 12].

Таблица 12

Результаты тестирования совладающего поведения в зависимости от семейного положения

Шкала	Категории	Показатели			
		Me	Q ₁ – Q ₃	n	p
Поиск социальной поддержки	вдова/вдовец	77,78	75,00 – 77,78	3	0,017 ($p_{\text{холост}} - \text{официально}$ женат/замужем $= 0,042$)
	незарегистрированный брак	69,44	51,39 – 80,56	14	
	официально женат/замужем	61,11	50,00 – 72,22	112	
	разведен	61,11	50,00 – 66,67	26	
	холост	69,44	61,11 – 81,94	30	

На основе статистической обработки результатов тестирования выявлены значимые на статистическом уровне различия ($U = 3228$, $p = 0,023$, критерий Манна-Уитни) по шкале «Поиск социальной поддержки» между официально состоящими в браке респондентами и не состоящими в официальном браке. По использованию других стратегий статистически значимые различия не выявлены [Таблица 13].

Таблица 13

Результаты тестирования совладающего поведения в зависимости от семейного положения

Шкала	Категории	Показатели				
		$M \pm SD / Me$	95 % ДИ / $Q_1 - Q_3$	n	U	p
Конфронтация	Официальный брак	47,2	33,3 – 55,6	112	3905	0,718
	Все остальные	50,0	38,9 – 55,6	72		
Дистанцирование	Официальный брак	55,6	38,9 – 61,1	112	3898	0,706
	Все остальные	50,0	38,9 – 66,7	72		
Самоконтроль	Официальный брак	61,9	52,4 – 71,4	112	3422	0,084
	Все остальные	66,7	57,1 – 71,4	72		
Поиск социальной поддержки	Официальный брак	61,1	50,0 – 72,2	112	3228	0,023
	Все остальные	66,7	55,6 – 77,8	72		
Принятие ответственности	Официальный брак	58,3	47,9 – 66,7	112	3722	0,378
	Все остальные	58,3	41,7 – 66,7	72		
Бегство-избегание	Официальный брак	$48,5 \pm 17,6$	45,2 – 51,8	112	3775	0,465
	Все остальные	$50,3 \pm 15,7$	46,7 – 54,0	72		
Планирование решения проблемы	Официальный брак	72,2	61,1 – 83,3	112	3930	0,773
	Все остальные	72,2	59,7 – 83,3	72		
Положительная переоценка	Официальный брак	61,9	52,4 – 71,4	112	3693	0,416
	Все остальные	61,9	47,6 – 71,4	71		

Сравнение по уровню дохода. По результатам статистической обработки результатов тестирования установлены статистические значимые различия по шкалам «Конфронтация» ($H = 8,05$, $p = 0,045$, критерий Краскела-Уоллиса),

«Дистанцирование» ($N = 8,48$, $p = 0,037$, критерий Краскела-Уоллиса) у респондентов с разным уровнем дохода. Однако парные сравнения между конкретными группами не показали значимых различий [Таблица 14].

Таблица 14

**Результаты тестирования совладающего поведения
в зависимости от уровня дохода**

Шкала	Категории	Показатели				
		Me	$Q_1 - Q_3$	n	N	p
Конфронтация	Выше среднего	41,67	33,33 – 59,72	14	8,05	0,045
	Высокий	27,78	27,78 – 27,78	1		
	Средний	50,00	38,89 – 55,56	130		
	Ниже среднего	44,44	27,78 – 50,00	25		
Дистанцирование	Выше среднего	38,89	29,17 – 52,78	14	8,48	0,037
	Высокий	72,22	72,22 – 72,22	1		
	Средний	55,56	44,44 – 66,67	130		
	Ниже среднего	50,00	33,33 – 61,11	25		
Самоконтроль	Выше среднего	61,90	38,10 – 75,00	14	6,14	0,105
	Высокий	38,10	38,10 – 38,10	1		
	Средний	66,67	57,14 – 71,43	130		
	Ниже среднего	57,14	47,62 – 66,67	25		
Поиск социальной поддержки	Выше среднего	58,33	45,83 – 72,22	14	3,36	0,339
	Высокий	22,22	22,22 – 22,22	1		
	Средний	66,67	55,56 – 72,22	130		
	Ниже среднего	61,11	50,00 – 72,22	25		
Принятие ответственности	Выше среднего	50,00	35,42 – 66,67	14	3,59	0,309
	Высокий	41,67	41,67 – 41,67	1		
	Средний	58,33	50,00 – 66,67	130		
	Ниже среднего	50,00	41,67 – 66,67	25		
Бегство-избегание	Выше среднего	39,58	26,04 – 62,50	14	6,16	0,104
	Высокий	20,83	20,83 – 20,83	1		
	Средний	50,00	37,50 – 62,50	130		
	Ниже среднего	45,83	37,50 – 54,17	25		
Планирование решения проблемы	Выше среднего	72,22	66,67 – 81,94	14	3,32	0,345
	Высокий	88,89	88,89 – 88,89	1		
	Средний	72,22	61,11 – 83,33	130		
	Ниже среднего	61,11	55,56 – 83,33	25		
Положительная переоценка	Выше среднего	59,52	53,57 – 69,05	14	1,50	0,682
	Высокий	52,38	52,38 – 52,38	1		
	Средний	61,90	52,38 – 71,43	130		
	Ниже среднего	57,14	42,86 – 71,43	25		

Статистически значимые различия при сравнении результатов тестирования по возрасту, субъективному уровню счастья и месту проживания респондентов (город, сельская местность) не установлены.

Показатель выраженности адаптивных способов совладающего поведения находится на умеренном уровне выраженности у более 50 % анализируемой выборки. Выбор респондентами копинг-стратегий не только определяет качество жизни, но и влияет на эффективность терапии и в конечном итоге на прогноз выздоровления. Полученные результаты тестирования могут использоваться для коррекции неконструктивных стратегий совладания со стрессом, способствуя обучению онкопациентов гибким навыкам и поведенческим реакциям в трудной жизненной ситуации. Полученные результаты психодиагностики подтверждают целесообразность включения опросника способов совладающего поведения в комплексную психодиагностику онкопациентов.

3.1.4. Результаты исследования по пятифакторному опроснику личности

В рамках комплексного подхода к психодиагностике проведено тестирование респондентов по пятифакторному опроснику личности. Результаты тестирования устойчивых свойств личности могут использоваться клиническими психологами при выборе метода психокоррекции (индивидуальные и групповые программы).

Психологическое тестирование респондентов осуществлялось по пятифакторному опроснику личности (5PFQ, 1996) в адаптации Хромова А.Б. [Хромов А.Б., 2000].

По результатам статистической обработки приводятся установленные статистически значимые различия основных факторов в репрезентативных группах выборки респондентов по полу и возрасту. В репрезентативных группах выборки по образованию, субъективной оценке счастья, семейному положению, уровню дохода и месту проживания статистически значимые различия между результатами тестирования по основным факторам не выявлены.

Сравнение по полу. По результатам статистической обработки установлены статистически значимые различия по фактору «Практичность-экспрессивность» ($U = 3375$, $p = 0,048$). Женщины ($Me = 50$) демонстрируют более высокие средние значения по сравнению с мужчинами ($Me = 47$), соответственно, фактор экспрессивность более выражен у респондентов в женской выборке [Таблица 15].

Таблица 15

Результаты тестирования в зависимости от пола

Факторы	Показатели			U	p
	Me	ж	м		
Интроверсия-экстраверсия	Me [IQR]	46 [40; 55]	46 [39; 54]	4223	0,725
Обособленность-привязанность	Me [IQR]	57 [47; 63]	52 [40; 61]	3456	0,074
Импульсивность-самоконтроль	Me [IQR]	58 [49; 64]	56 [43; 65]	3762	0,354
Эмоциональная устройчивость-эмоциональная неустойчивость	Me [IQR]	47 [39; 56]	44 [34; 51]	3456	0,074
Практичность-экспрессивность	Me [IQR]	50 [42; 56]	47 [42; 52]	3375	0,048

Сравнение по возрасту. При использовании возрастной классификации до 35 лет статистические различия не были установлены. При увеличении возрастного критерия до 44 лет установлены статистически значимые различия по факторам «Интроверсия - экстраверсия» ($U = 3738$, $p = 0,025$), «Практичность - экспрессивность» ($U = 3722$, $p = 0,023$). Респонденты в возрасте до 44 лет включительно ($Me = 48$, $Me = 50$) демонстрируют более высокие средние значения по сравнению с респондентами старше 45 лет ($Me = 46$, $Me = 48$); соответственно, факторы экстраверсия и экспрессивность, более выражены у респондентов в выборке до 44 лет включительно [Таблица 16].

Результаты тестирования в зависимости от возраста

Факторы	Показатели			U	p
	Me	до 44 лет	45 лет и старше		
Интроверсия-экстраверсия	Me [IQR]	48 [40; 57]	46 [37; 52]	3738	0,025
Обособленность-привязанность	Me [IQR]	56 [47; 62]	56 [41; 63]	4477	0,751
Импульсивность-самоконтроль	Me [IQR]	58 [48; 64]	58 [46; 64]	4508	0,811
Эмоциональная устойчивость-эмоциональная неустойчивость	Me [IQR]	47 [39; 55]	45 [34; 55]	4315	0,461
Практичность-экспрессивность	Me [IQR]	50 [45; 56]	48 [39; 53]	3722	0,023

По результатам статистической обработки приводятся установленные статистически значимые различия результатов тестирования в репрезентативных группах выборки респондентов по полу и возрасту. В репрезентативных группах выборки по образованию, семейному положению, уровню дохода статистически значимые различия не установлены. Результаты тестирования устойчивых свойств личности могут использоваться в работе с онкопациентами в качестве одного из критериев при выборе психокоррекции – в пользу индивидуальных или групповых программ. Результаты данного тестирования также используются для проведения психодерматоглифического исследования.

3.1.5. Результаты исследования качества жизни

В современных психодиагностических исследованиях онкопациентов основным критерием оценки всё чаще становится качество жизни, тогда как оценка эмоциональной сферы отходит на второй план. При этом именно качество жизни рассматривается как значимый фактор, влияющий на выживаемость. Ощущение качества жизни передает субъективные ощущения личности, формирующиеся на

основе конкретных материальных условий жизни. В соответствии с этой концепцией качество жизни и есть психологическое состояние личности.

Психологическое тестирование качества жизни респондентов осуществлялось по опроснику ВОЗКЖ-100 (1995), адаптированному в 1996 г. в НИПНИ им. В.М. Бехтерева [Бурковский Г.В. и др., 1998].

По результатам обработки результатов тестирования по опроснику ВОЗКЖ-100 получены следующие результаты [Таблица 17].

Таблица 17

Результаты тестирования качества жизни

Сфера	Уровень	Количество респондентов	
		n	%
1	2	3	4
Физическая сфера	Очень плохое	3	1,6
	Плохое	10	5,3
	Среднее	25	13,4
	Хорошее	81	43,3
	Отличное	46	24,6
	Превосходное	22	11,8
Психологическая сфера	Очень плохое	2	1,07
	Плохое	4	2,14
	Среднее	10	5,35
	Хорошее	62	33,15
	Отличное	76	40,64
	Превосходное	33	17,65
Уровень независимости	Очень плохое	1	0,53
	Плохое	7	3,74
	Среднее	21	11,23
	Хорошее	61	32,62
	Отличное	60	32,09
	Превосходное	37	19,79
Социальное взаимодействие	Очень плохое	2	1,07
	Плохое	5	2,68
	Среднее	9	4,81
	Хорошее	43	23,0
	Отличное	72	38,50
	Превосходное	56	29,94

Продолжение Таблицы 17

1	2	3	4
Окружающая среда	Очень плохое	2	1,06
	Плохое	4	2,14
	Среднее	12	6,42
	Хорошее	77	41,18
	Отличное	71	37,97
	Превосходное	21	11,23
Духовная сфера	Очень плохое	4	2,14
	Плохое	3	1,60
	Среднее	7	3,74
	Хорошее	27	14,44
	Отличное	69	36,90
	Превосходное	77	41,18

Результаты тестирования показали, что 30-40 % респондентов оценивают качество своей жизни как хорошее или отличное, при этом наиболее высокие показатели зафиксированы в духовной и психологической сферах. Наибольшее относительное снижение качества жизни зафиксировано в физической сфере, что указывает на необходимость особого внимания к облегчению физических симптомов болезни.

Сравнение по полу. По результатам статистической обработки результатов тестирования установлены статистически значимые различия по сферам «Физическая сфера» ($U = 2968$, $p = 0,012$), «Психологическая сфера» ($U = -2,236$, $p = 0,027$) у респондентов разного пола. Респонденты мужского пола ($Me = 13,3$; $M = 14,88$, $SD = 2,68$) демонстрируют более высокие средние значения по сравнению с респондентами женского пола ($Me = 12,3$; $M = 13,97$, $SD = 2,59$); соответственно, качество жизни по указанным сферам выше у респондентов мужского пола [Таблица 18].

Таблица 18

Результаты тестирования качества жизни в зависимости от пола

Сфера	Показатели		t / U	p
	ж	м		
1	2	3	4	5
Духовная сфера, Me [IQR]	16 [14; 17]	16 [14; 18]	3524	0,355

Продолжение Таблицы 18

1	2	3	4	5
Физическая сфера, Me [IQR]	12,3 [10,8; 14,6]	13,3 [12; 15,7]	2968	0,012
Психологическая сфера, M (SD)	13,97 ± 2,59	14,88 ± 2,68	-2,236	0,027
Уровень независимости, M (SD)	13,92 ± 2,99	14,33 ± 2,96	-0,878	0,381
Социальные отношения, Me [IQR]	15 [13,1; 16,9]	16 [13,7; 18]	3298	0,116
Окружающая среда, M (SD)	13,68 ± 2,37	14,31 ± 2,58	-1,65	0,101

Сравнение по возрасту. Установлены статистически значимые различия по сферам «Духовная сфера» ($U = 1786$, $p = 0,041$), «Физическая сфера» ($U = 1705$, $p = 0,019$), «Психологическая сфера» ($t = 2,122$, $p = 0,030$), «Социальное взаимодействие» ($U = 1710$, $p = 0,020$), «Окружающая среда» ($t = 2,233$, $p = 0,005$) в зависимости от возраста респондентов. У респондентов в возрасте до 35 лет включительно, уровень качества жизни по указанным сферам выше, чем у респондентов старше 35 лет [Таблица 19].

Таблица 19

Результаты тестирования качества жизни в зависимости от возраста

Сфера	Возраст	Показатели				
		M ± SD / Me	95 % ДИ / Q ₁ – Q ₃	n	t / U	p
Духовная сфера	до 35 лет	17	15 – 19	30	1786	0,041
	36 лет и старше	16	14 – 17	156		
Физическая сфера	до 35 лет	13,8	12,3 – 16,2	30	1705	0,019
	36 лет и старше	12,5	11,3 – 14,4	156		
Психологическая сфера	до 35 лет	15,22 ± 2,99	14,10 – 16,34	30	2,122	0,030
	36 лет и старше	14,07 ± 2,55	13,67 – 14,48	155		
Уровень независимости	до 35 лет	14,53 ± 3,36	13,27 – 15,78	30	1,114	0,350
	36 лет и старше	13,97 ± 2,91	13,50 – 14,43	155		
Социальное взаимодействие	до 35 лет	17,2	14,0 – 18,8	30	1710	0,020
	36 лет и старше	15,0	13,0 – 17,0	156		
Окружающая среда	до 35 лет	15,04 ± 2,57	14,08 – 16,00	30	2,233	0,005
	36 лет и старше	13,67 ± 2,37	13,30 – 14,05	155		

Сравнение по образованию. По критерию образование установлены статистически значимые различия по субсфере «Практическая социальная поддержка» ($U = 1677$, $p = 0,038$, критерий Манна-Уитни), средние значения по указанной субсфере выше у респондентов с высшим образованием [Таблица 20].

Таблица 20

Результаты тестирования качества жизни в зависимости от образования

Субсфера	Категории	$M \pm SD / Me$	95 % ДИ / $Q_1 - Q_3$	n	p
Практическая социальная поддержка	Среднее	17,00	14,00 – 19,00	81	0,038
	Высшее	18,00	15,00 – 20,00	94	

Субсфера «F14. Практическая социальная поддержка» в опроснике качества жизни ВОЗКЖ-100 показывает, в какой степени человек чувствует поддержку, облегчение и возможность получить практическую помощь со стороны семьи и друзей, в особенности в трудной (кризисной) ситуации.

Сравнение по субъективной оценке счастья. При анализе сфер «Психологическая сфера», «Уровень независимости», «Социальное взаимодействие» установлены статистически значимые различия ($H = 13,28$, $p = 0,010$; $H = 10,28$, $p = 0,036$; $H = 18,37$, $p = 0,001$, соответственно, критерий Краскела-Уоллиса) в зависимости от субъективной оценки счастья респондентами [Таблица 21].

Таблица 21

Результаты тестирования качества жизни в зависимости от субъективной оценки счастья

Сфера	Категории	Показатели				
		$M \pm SD / Me$	95 % ДИ / $Q_1 - Q_3$	n	H	p
1	2	3	4	5	6	7
Духовная сфера	Да да	16	14 – 18	146	5,39	0,250
	Да нет	14	13 – 17	23		
	Нет нет	14	12 – 15	4		
	Нет да	16	14 – 17	11		
	Воздержался	15	14 – 18	3		

Продолжение Таблицы 21

1	2	3	4	5	6	7
Физическая сфера	Да да	13,0	11,7 – 15,3	146	5,44	0,245
	Да нет	12,3	10,7 – 13,5	23		
	Нет нет	11,7	9,8 – 13,3	4		
	Нет да	13,0	10,7 – 15,3	11		
	Воздержался	13,7	13,5 – 14,8	3		
Психическая сфера	Да да	14,54 ± 2,63	14,11 – 14,97	145	13,28	0,010 (p Да да – Нет нет = 0,025)
	Да нет	13,23 ± 2,54	12,14 – 14,33	23		
	Нет нет	10,60 ± 0,91	9,15 – 12,05	4		
	Нет да	13,95 ± 2,25	12,43 – 15,46	11		
	Воздержался	14,80 ± 2,82	7,79 – 21,81	3		
Уровень независимости	Да да	14,35 ± 3,04	13,85 – 14,85	145	10,28	0,036
	Да нет	12,85 ± 2,52	11,76 – 13,94	23		
	Нет нет	10,94 ± 1,64	8,33 – 13,54	4		
	Нет да	13,52 ± 2,67	11,72 – 15,31	11		
	Воздержался	14,92 ± 2,04	9,86 – 19,97	3		
Социальное взаимодействие	Да да	15,5 ± 3,0	15,0 – 16,0	146	18,47	0,001 (p Да да – Да нет = 0,030 p Да да – Нет нет = 0,013)
	Да нет	13,6 ± 2,8	12,3 – 14,8	23		
	Нет нет	10,7 ± 2,3	7,1 – 14,3	4		
	Нет да	13,8 ± 2,8	11,9 – 15,7	11		
	Воздержался	16,1 ± 3,5	7,5 – 24,7	3		
Окружающая среда	Да да	14,08 ± 2,50	13,67 – 14,49	145	8,5	0,075
	Да нет	12,82 ± 1,97	11,97 – 13,67	23		
	Нет нет	12,34 ± 1,23	10,38 – 14,31	4		
	Нет да	13,61 ± 2,19	12,14 – 15,08	11		
	Воздержался	15,58 ± 2,91	8,37 – 22,80	3		

Сравнение по семейному положению. На основе статистической обработки результатов тестирования выявлены значимые на статистическом уровне различия по сферам «Физическая сфера», «Социальные отношения», «Окружающая среда» ($H = 10,28$, $p = 0,036$; $H = 13,79$, $p = 0,008$; $H = 18,47$, $p = 0,001$, соответственно, критерий Краскела-Уоллиса) между группами респондентов с

различным семейным статусом. При проведении апостериорного попарного сравнительного анализа с поправкой на правдоподобие было установлено, что показатели физической сферы жизни статистически значимо выше у холостых, чем у разведенных ($U = 2788$, $p = 0,02$). По сфере социального взаимодействия показатели качества жизни в репрезентативной группе официально состоящих в браке респондентов значимо выше, чем в группе разведенных ($U = 2775$, $p = 0,008$, критерий Краскела-Уоллиса). Показатели тестирования по сфере «Окружающая среда» у холостых респондентов достоверно выше, чем у состоящих в официальном браке ($U = 2801$, $p = 0,020$), состоящих в незарегистрированном браке ($U = 2812$, $p = 0,004$), разведённых ($U = 2768$, $p = 0,001$). Наименьшие значения отмечены у вдов/вдовцов ($Me = 12,25$), однако из-за малого объёма этой группы ($n = 3$) интерпретация требует осторожности [Таблица 22].

Таблица 22

Результаты тестирования качества жизни в зависимости от семейного положения

Сфера	Категории	Показатели				
		$M \pm SD / Me$	95 % ДИ / $Q_1 - Q_3$	n	N	p
1	2	3	4	5	6	7
Духовная сфера	холост	17	15 – 18	30	6,94	0,139
	официально женат/замужем	16	14 – 17	109		
	незарегистрированный брак	15	12 – 16	13		
	разведен	14	13 – 19	26		
	вдова/вдовец	14	14 – 15	3		
Физическая сфера	холост	$13,9 \pm 3,1$	12,8 – 15,1	30	10,28	0,036 ($p_{\text{разведен}} - \text{холост}} = 0,020$)
	официально женат/замужем	$13,2 \pm 2,8$	12,7 – 13,8	109		
	незарегистрированный брак	$12,7 \pm 1,4$	11,9 – 13,6	13		
	разведен	$11,7 \pm 2,8$	10,5 – 12,8	26		
	вдова/вдовец	$12,6 \pm 2,7$	5,9 – 19,2	3		
Психологическая сфера	холост	$14,87 \pm 2,75$	13,84 – 15,89	30	4,36	0,360
	официально женат/замужем	$14,29 \pm 2,75$	13,76 – 14,81	108		
	незарегистрированный брак	$13,43 \pm 1,58$	12,48 – 14,38	13		

Продолжение Таблицы 22

1	2	3	4	5	6	7
	разведен	$13,62 \pm 2,59$	12,57 – 14,66	26		
	вдова/вдовец	$14,00 \pm 1,64$	9,93 – 18,07	3		
Уровень независимости	холост	$15,22 \pm 3,07$	14,08 – 16,37	30	7,63	0,106
	официально женат/замужем	$14,00 \pm 2,94$	13,44 – 14,57	108		
	незарегистрированный брак	$13,56 \pm 3,09$	11,69 – 15,42	13		
	разведен	$13,09 \pm 2,99$	11,88 – 14,30	26		
	вдова/вдовец	$13,83 \pm 3,00$	6,37 – 21,29	3		
Социальное взаимодействие	холост	14,2	12,7 – 17,5	30	13,79	0,008 (p разведен – официально женат/замужем = 0,008)
	официально женат/замужем	16,0	14,0 – 17,7	109		
	незарегистрированный брак	14,3	13,7 – 16,0	13		
	разведен	14,2	11,3 – 15,2	26		
	вдова/вдовец	16,0	15,7 – 16,2	3		
Окружающая среда	холост	15,50	13,91 – 17,00	30	18,47	0,001 (p официально женат/замужем – холост = 0,020 p незарегистрированный брак – холост = 0,004 p разведен – холост 0,001)
	официально женат/замужем	13,88	12,38 – 15,00	108		
	незарегистрированный брак	12,88	12,00 – 13,50	13		
	разведен	12,88	11,31 – 14,66	26		
	вдова/вдовец	12,25	12,00 – 13,88	3		

Сравнение групп с разным доходом и местом жительства не показало достоверных различий в показателях тестирования по сферам физического, психического и социального качества жизни.

Полученные результаты тестирования могут использоваться в качестве маркеров качества жизни по отдельным субсферам жизни отдельных групп пациентов, а также служить основой для организации групповой работы и формирования терапевтических групп, необходимых для психологической адаптации пациентов к снижению качества жизни в связи с заболеванием. Полученные

результаты психодиагностики подтверждают целесообразность использования опросника качества жизни ВОЗЖ-100 для комплексной психодиагностики онкопациентов.

3.1.6. Результаты по психопатологической симптоматике

Исследование выраженности психопатологической симптоматики проводилось по клинической тестовой методике SCL-90-R (1990) в адаптации Н.В. Тарабриной [Тарабрина Н.В. и др., 2010].

В SCL-90-R отсутствуют общепринятые нормы; в зарубежной литературе имеются различные оценки опросника на выборках в разных странах. В качестве условных норм использовались округленные верхние границы диапазона средних значений на российской выборке, приведенные в книге Н.В. Тарабриной.

По результатам обработки бланков тестирования получены следующие результаты [Таблица 23].

Таблица 23

Результаты тестирования выраженности психопатологической симптоматики

Шкала	Уровень выраженности	n	%
1	2	3	4
Соматизация	В границах нормы	84	45,9
	Превышение	99	54,1
Навязчивости	В границах нормы	116	62,70
	Превышение	69	37,30
Сензитивность	В границах нормы	158	85,86
	Превышение	26	14,14
Депрессия	В границах нормы	125	68,04
	Превышение	58	31,96
Тревожность	В границах нормы	121	66,20
	Превышение	62	33,80
Враждебность	В границах нормы	157	86,2
	Превышение	25	13,8
Фобия	В границах нормы	72	57,2
	Превышение	54	42,8
Паранойяльность	В границах нормы	106	70,2
	Превышение	45	29,8

Продолжение Таблицы 23

1	2	3	4
Психотизм	В границах нормы	100	67,5
	Превышение	48	32,5
Общий индекс тяжести симптомов (GSI)	В границах нормы	145	78,80
	Превышение	39	21,20
Общий индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI)	В границах нормы	104	57,4
	Превышение	77	42,6

По результатам тестирования общий индекс тяжести симптоматического дистресса (GSI) превышает нормативные показатели у 42,6 % обследованных. Установлено, что в обследованной выборке доминирующий характер носят клинически выраженные показатели по шкалам «Навязчивости», «Паранойяльность», «Тревожность», «Депрессия», «Соматизация», «Фобия», «Психотизм» [Таблица 23]. В свою очередь наименьшее превышение нормативных значений зафиксировано по шкалам «Сензитивность» (14,14 %) и «Враждебность» (13,8 %), что позволяет квалифицировать данные тенденции как не являющиеся ведущими в структуре психопатологической симптоматики обследованной выборки.

Как ранее было указано Pirl W.F., показатели распространенности расстройств сильно варьируются, несмотря на использование стандартизированных методик оценки [Pirl W., 2004]. Полученные результаты тестирования соотнесены с данными аналогичных исследований других авторов. На основании проведенного сравнения сделан вывод о том, что показатели выраженности психопатологической симптоматики онкологических больных у различных авторов имеют значительный разброс. При этом использование разными авторами неоднородного психодиагностического инструментария не позволяет обобщить данные путём усреднения [Таблица 24].

Сравнительная таблица выраженности коморбидных расстройств

№ п/п	Исследование	Депрессия, %	Тревожность, %	Эмоциональный дистресс, %
1.	Kerrihard T., Breitbart W., Dent R., Strout D.		15 – 28	
2.	Zabora J., Brintzenhofesoc K., Jacobsen P., Curbow B.			25 – 60
3.	Sharpe M., Strong V., Allen K., Rush R.	8		
4.	Massie M.J.	38		
5.	Pirl W.F.	10 – 25		7 - 21
6.	Mehnert A.		47	81,4
7.	Levin T., Kissane W.D.	10 – 25		
8.	Dolbeault S., Boistard B., Meuric J., Copel L.			43
9.	Carlson L.E.			37
10.	Hess C.B., Singer M., Khaku A., Malinou J.			32
11.	Van't Spijker A.		0 – 49	
12.	Geue K., Brähler E., Faller H., Härter M.	29,5	20,8	
13.	Götz A., Kröner A., Jenewein J., Spirig R.			40
14.	Neal J.W., Roy M., Bugos K., Sharp C.			40
15.	Ostovar S., Modarresi Chahardehi A., MohdHashim I.H., Othman A., Kruk J.	3 – 65,5	7 – 88	
16.	Gascon B., Elman J., Macedo A., Leung Y.	34	23	
17.	Данные диссертационного исследования	31,96	33,80	42,6

Целью проводимого исследования является изучение особенностей психодиагностики онкопациентов в условиях стационара, без анализа их клинических показателей. В связи с этим вопросы клинической интерпретации результатов диагностики не рассматривались. Целью включения данного опросника в комплексную психодиагностику является выявление коморбидных (сопутствующих основному заболеванию) расстройств, что позволит провести качественное разграничение симптомов коморбидных расстройств и психологических последствий, непосредственно обусловленных онкологическим заболеванием, корректное определение психологического статуса пациента и оказание ему адресной психологической помощи. Информация о наличии психопатологии необходима

психологу для целей более глубокого понимания клинической картины пациента и обоснованного принятия решения о направлении пациента на консультацию к психотерапевту. По результатам статистической обработки результатов тестирования выраженности психопатологической симптоматики в репрезентативных группах выборки по полу, возрасту, семейному положению, уровню дохода, месту проживания статистически значимые различия не установлены.

На основе статистической обработки результатов тестирования выявлены значимые на статистическом уровне различия по показателю «Депрессия» ($N = 12,86$, $p = 0,012$) между различными группами респондентов. При апостериорном попарном сравнении выявлены различия между респондентами, ответившими «Да, да» и «Да, нет» ($U = 2803$, $p = 0,033$). В группе «Да, да» среднее значение по шкале «Депрессия» ниже, чем в группе «Да, нет» ($0,8 > 1,5$). При анализе шкал «Фобия», «Паранойяльность» также установлены статистически значимые различия ($N = 9,64$, $p = 0,047$; $N = 12,67$, $p = 0,013$, критерий Краскела-Уоллиса), однако парные сравнения между конкретными группами не выявили статистически значимых различий [Таблица 25].

Таблица 25

**Результаты тестирования психопатологической симптоматики
в зависимости от субъективной оценки счастья**

Шкала	Субъективная оценка сча- стья	Показатели			Н	р
		Me	$Q_1 - Q_3$	n		
1	2	3	4	5	6	7
Соматизация	Да да	1,0	0,5 – 1,5	143	5,86	0,210
	Да нет	1,2	0,5 – 1,7	23		
	Нет нет	2,0	1,8 – 2,3	3		
	Нет да	0,9	0,5 – 1,5	11		
	Воздержался	0,8	0,5 – 1,1	3		
Навязчивость	Да да	1,00	0,47 – 1,52	144	8,53	0,074
	Да нет	1,20	0,80 – 1,95	23		
	Нет нет	1,70	1,60 – 1,90	3		
	Нет да	0,60	0,45 – 1,25	11		
	Воздержался	1,90	1,15 – 1,95	3		

Проложение Таблицы 25

1	2	3	4	5	6	7
Сензитивность	Да да	0,8	0,3 – 1,2	144	7,88	0,096
	Да нет	1,1	0,5 – 1,4	23		
	Нет нет	1,7	1,2 – 1,7	3		
	Нет да	0,8	0,3 – 1,0	11		
	Воздержался	1,6	1,1 – 2,1	3		
Депрессия	Да да	0,8	0,4 – 1,2	144	12,86	0,012 (р Да нет – Да да = 0,033)
	Да нет	1,5	0,7 – 1,8	23		
	Нет нет	1,5	1,5 – 2,0	3		
	Нет да	0,7	0,5 – 1,0	11		
	Воздержался	0,6	0,5 – 1,3	3		
Тревожность	Да да	0,70	0,20 – 1,23	144	8,37	0,079
	Да нет	0,80	0,50 – 1,80	23		
	Нет нет	1,80	1,45 – 1,90	3		
	Нет да	0,40	0,30 – 0,65	11		
	Воздержался	0,80	0,70 – 0,95	3		
Враждебность	Да да	0,5	0,2 – 1,0	144	6,68	0,154
	Да нет	1,0	0,3 – 1,4	23		
	Нет нет	0,8	0,8 – 1,3	3		
	Нет да	0,5	0,3 – 0,8	11		
	Воздержался	0,3	0,3 – 1,5	3		
Фобия	Да да	0,3	0,0 – 0,9	144	9,64	0,047
	Да нет	0,7	0,1 – 1,4	23		
	Нет нет	1,0	0,9 – 1,7	3		
	Нет да	0,1	0,0 – 0,3	11		
	Воздержался	1,1	0,6 – 1,4	3		
Паранойяльность	Да да	0,7	0,2 – 1,2	144	12,67	0,013
	Да нет	1,0	0,5 – 1,6	23		
	Нет нет	2,0	1,7 – 2,4	3		
	Нет да	0,7	0,3 – 1,1	11		
	Воздержался	1,8	1,4 – 1,8	3		
Психотизм	Да да	0,40	0,10 – 0,83	144	5,39	0,250
	Да нет	0,70	0,25 – 1,05	23		
	Нет нет	1,30	0,80 – 1,70	3		
	Нет да	0,40	0,00 – 0,60	11		
	Воздержался	0,50	0,25 – 1,25	3		

Исходя из полученных результатов, использование психопатологического опросника в комплексной скрининговой психодиагностике показало высокую информативность, что позволит провести качественное разграничение симптомов сопутствующих (коморбидных) расстройств и психологических последствий онкологического заболевания, определение психологического статуса пациента и адресное реагирование на него.

3.2. Результаты исследования ладонной дерматоглифики

3.2.1. Исследование морфометрических параметров ладонной дерматоглифики

Проведено исследование морфометрических параметров ладонной дерматоглифики и личностных черт респондентов с использованием компьютерных технологий.

Для описания признаков ладонных дерматоглифов использована методика Гейпель Г. (1961) с модификациями по Гладковой Т.Д. (1966) [Хить Г.Л. и др., 2013]. В качестве морфометрического параметра ладонной дерматоглифики интерпретировался угол $\angle atd$ между пальцевыми трирадиусами «а» и «d» и осевым трирадиусом «t» [Рисунок 10].



Рисунок 10. Схема расположения трирадиусов [Хить Г.Л. и др., 2013, с.54]

С помощью инструмента для графического аннотирования и картирования изображений LabelMe проведена разметка трирадиусов «а», «d» и «t» на 201 изображении дерматоглифов обследуемых. С помощью полученных координат точек разметки построены углы $\angle atd$; с помощью теоремы косинусов вычислен градус угла $\angle atd$ по каждому дерматоглифу [Рисунок 11].

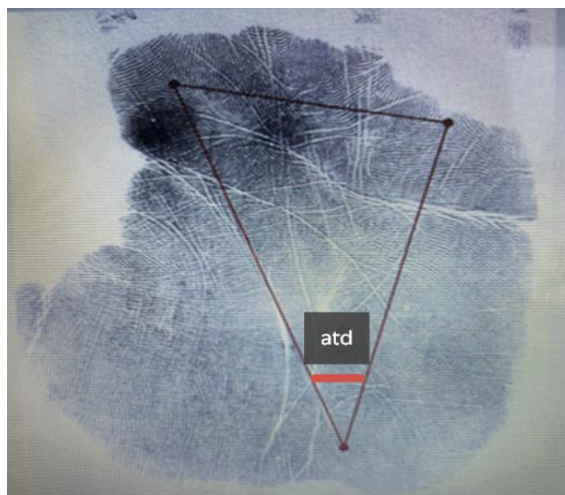


Рисунок 11. Разметка $\angle atd$ в программе LabelMe

Полученные количественные данные по градусу угла $\angle atd$ с помощью методов статистической обработки данных соотнесены с полученными данными психологического тестирования по пятифакторному опроснику личности (5PFQ).

Исходя из полученных данных была установлена статистически значимая отрицательная корреляция между показателями тестирования по фактору «Импульсивность-самоконтроль» ($r = -0,184$, $p = 0,047$, коэффициент корреляции Пирсона) и величиной угла $\angle atd$ (угол t°) в женской выборке обследуемых. По остальным показателям не удалось установить статистически значимых корреляций ($r = -0,047$, $p = 0,615$; $r = -0,105$, $p = 0,260$, $r = 0,049$, $p = 0,600$; $r = 0,040$, $p = 0,668$, коэффициент корреляции Пирсона) [Таблица 26]. В мужской выборке обследуемых статистически значимые корреляции не установлены.

По результатам статистической обработки данных, гипотеза о том, что черты личности находят свое отражение в морфометрических параметрах ладонной дерматоглифики подтверждена в части фактора «Импульсивность-самоконтроль».

Таблица 26

Результаты корреляционного анализа в женской группе обследуемых

Угол	Интроверсия-экстраверсия	Обособленность-привязанность	Импульсивность-самоконтроль	Эмоциональная устойчивость-эмоциональная неустойчивость	Практичность-экспрессивность
Угол а°	0,196	0,403	0,446	0,807	0,871
Угол t°	0,615	0,260	0,047	0,600	0,668
Угол d°	0,788	0,472	0,084	0,456	0,558

Дополнительно проведено сравнение количественных показателей угла $\angle atd$ дерматоглифов онкопациентов и условно здоровых обследуемых. Полученные количественные данные в выборке онкопациентов соотнесены с полученными данными в выборке условно здоровых обследуемых [Таблица 27], [Рисунок 12].

Согласно полученным данным статистического анализа имеются статистически значимые различия между величиной угла $\angle atd$ у онкопациентов и условно здоровых обследуемых ($t_{эмп.} = 0,299$, $p = 0,006$, t-критерий Стьюдента).

Таблица 27

Результаты статистической обработки показателей угла $\angle atd$ в группе онкопациентов и условно здоровых

№ п/п	Метод	p	Effect Size	SE Effect Size
1.	t-критерий Стьюдента	0,006	0,299	0,109
2.	U-критерий Манна-Уитни	0,022	0,143	0,062

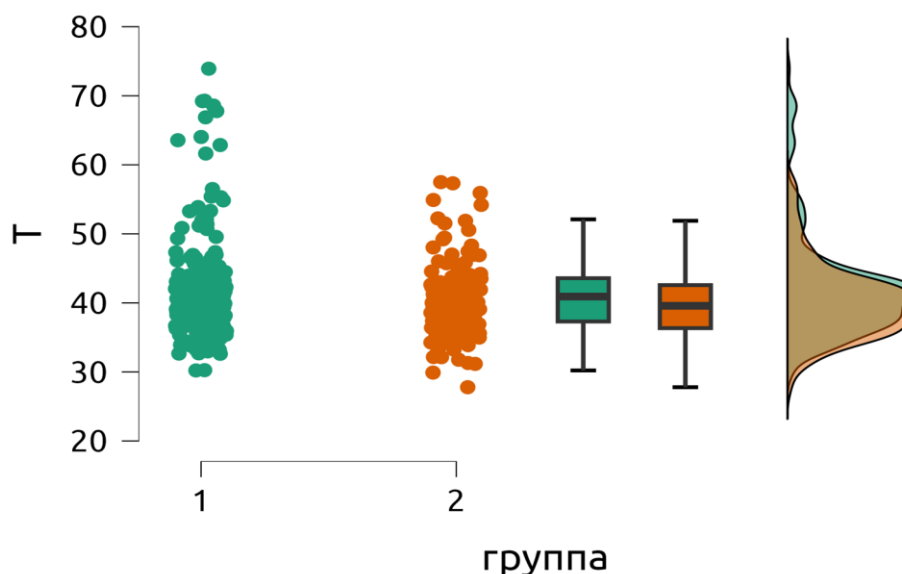


Рисунок 12. Диаграмма распределения данных группы 1 (онкопациенты) и группы 2 (условно здоровые)

Таким образом, полученные результаты подтверждают возможность использования величины $\angle atd$ в качестве информативного морфометрического параметра ладонной дерматоглифики.

3.2.2. Использование нейронных сверточных сетей для целей дерматоглифического исследования ладонной дерматоглифики

Путем сочетания технологий свёрточных нейронных сетей и метода дерматоглифики проведено обучение нейронной сети распознаванию дерматоглифов на выборке онкопациентов и условно здоровых обследуемых.

В этих целях коллекция дерматоглифов онкопациентов была увеличена и составила 203 обследуемых, со всеми обследуемыми подписывалось информированное согласие. В исследовании также приняли участие студенты, магистранты и преподаватели ВУЗов г. Ростова-на-Дону, обоих полов, без собственной и семейной истории диагностированного рака в трех поколениях (далее – «условно здоровые»), в возрасте от 18 и до 60 лет, всего 151 человек. Их данные легли в основу формирования контрольной выборки.

Стандартное отклонение возраста в выборке онкопациентов составляет 9,39, при среднем возрасте в выборке 42 года. Стандартное отклонение возраста

в выборке условно здоровых составляет 3,64, при среднем возрасте в выборке 21 год. При анализе дерматоглифических признаков у разновозрастных групп обследуемых опирались на фундаментальное положение дактилоскопии – неизменность гребневых узоров в течение жизни от момента внутриутробного формирования (на эмбриональной стадии) до биологической смерти индивида [Гладкова Т.Д., 1966; Гусева И.С., 1986; Скоревич А.С., 2016; Тегакко Л.И., 2015; Cummins H., Midlo C., 1943, 1961; Galton F., 1892; Herschel W.J., 1880; Welcker H., 1893]. Несмотря на то, что в пожилом возрасте происходит уплощение и истончение гребней кожи, конфигурация дерматоглифического узора не изменяется и сохраняется на протяжении всей жизни [Рисунок 13].

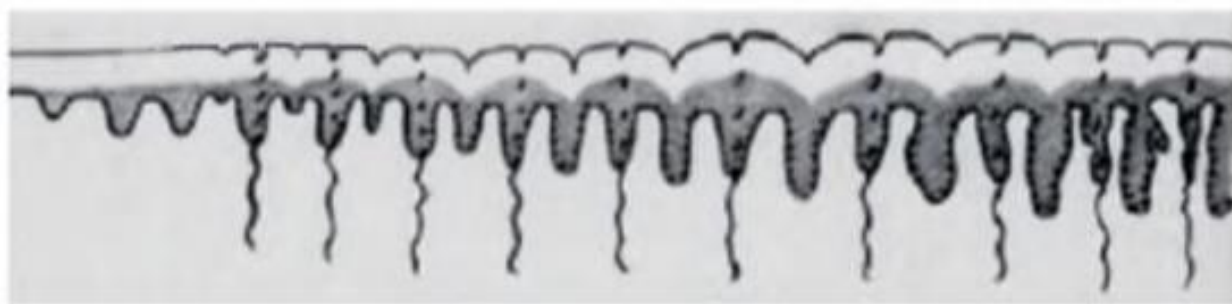


Рисунок 13. Схема изменения строения папиллярных гребней от эмбрионального периода (слева) до старости (справа) по Wertheim K., Maseo A., 2002 [Хить Г.Л. и др., 2013, стр. 31]

Размер соответствующих валидирующих выборок был равен и содержал по 30 дерматоглифов от каждой выборки. Для целей дообучения нейросети были сформированы две обучающие выборки со сбалансированным соотношением их размеров: 173 изображения дерматоглифов онкопациентов и 121 изображения дерматоглифов условно здоровых обследуемых. Первоначальные попытки обучения, в ходе которых подбирался размер пакета и определялся шаг изменения весов (learning rate), были неудачными, так как модель быстро переобучалась, демонстрируя к тому же неустойчивую динамику показателя точности классификации (ассигасу). Так, точность классификации валидирующей выборки могла достигать 100 %, а на следующем шаге падать до 50 % и ниже. После определения оптимального размера пакета, то есть количества одновременно подаваемых

на вход сети изображений (32) и подбора шага изменения весов (0,00005, оптимизатор Adam) удалось достичь 91,07 % точности на валидирующей выборке при 100 % на тестовой [Рисунок 14].

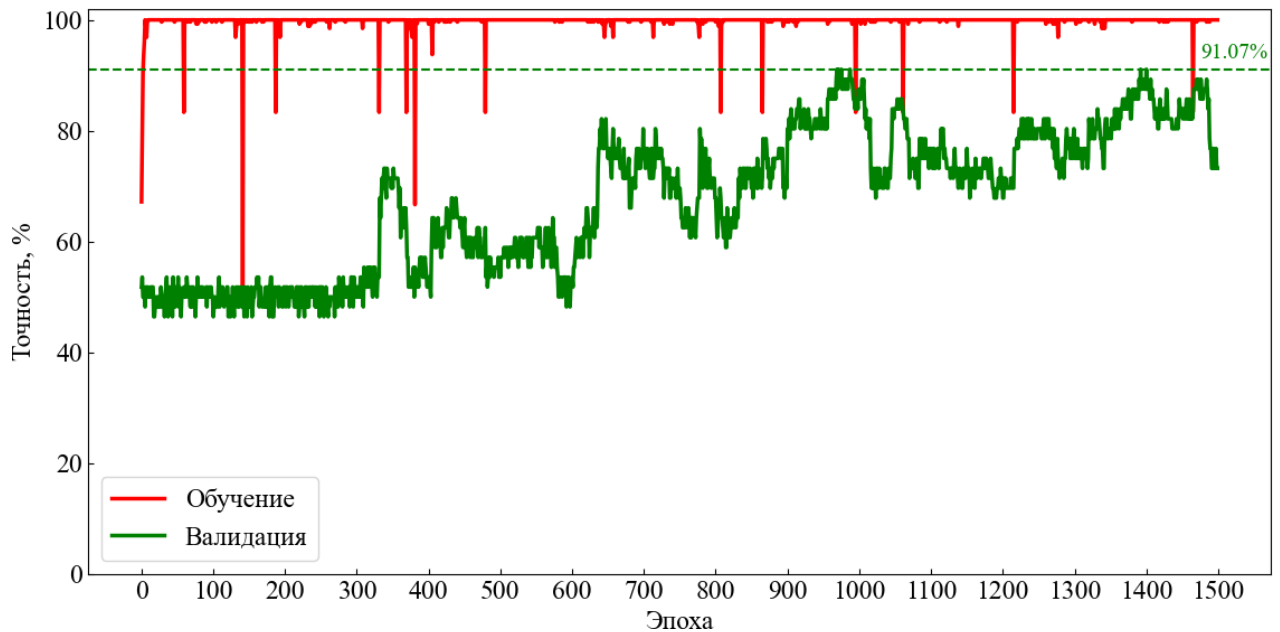


Рисунок 14. График обучения нейросети, демонстрирующий динамику показателей точности на обучающей и валидирующей выборках

Таким образом, по результатам обучения сверточной сети MobileNetV2 в течение 1500 эпох достигнут результат классификации дерматоглифов онкопациентов и условно здоровых на уровне 91,07 % на валидирующей выборке. Результат свидетельствует в пользу того, что характерные особенности дерматоглифических изображений обследуемых из двух групп (онкопациенты и условно здоровые) действительно существуют.

После окончания обучения оставался неясным вопрос, на основании каких участков изображения ладони нейросеть относит дерматоглифы к той или иной группе обследуемых. В целях получения соответствующего ответа с помощью методики Grad-CAM сгенерированы «тепловые карты» ладоней условно здоровых и онкопациентов. Карты активации снимались с выходного слоя свёрточной части сети MobileNetV2. Были построены как индивидуальные (для каждого участника), так и усреднённые (для обеих групп участников) карты.

На Рисунках 15 и 16 показаны примеры дерматоглифов (слева) и наложенных карт активации класса (справа), построенных для отдельных участников исследования. Развёрнутые иллюстрации образцов «тепловых карт» ладоней приведены в Приложении 4 к настоящей работе.

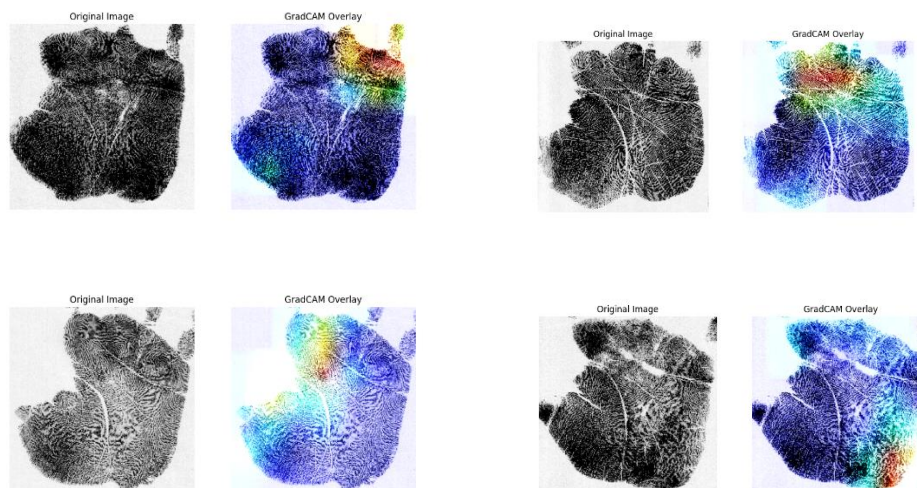


Рисунок 15. Дерматоглифы и «тепловые карты» ладоней условно здоровых

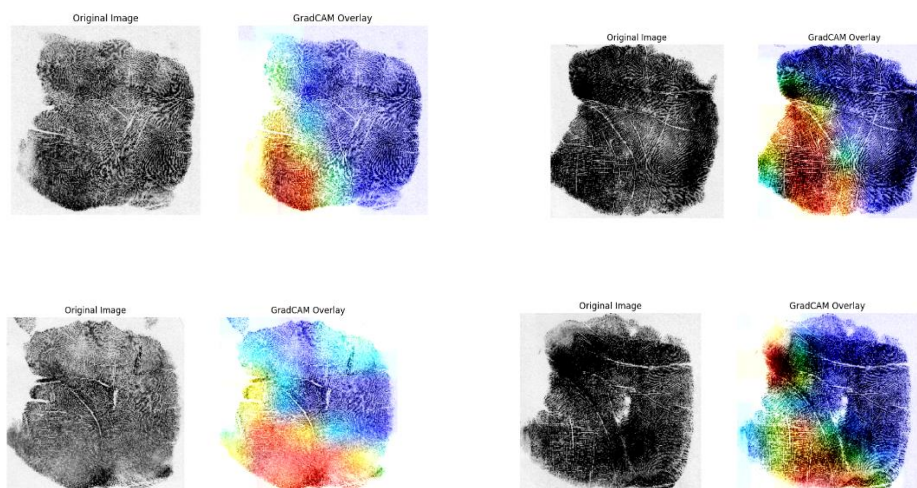


Рисунок 16. Дерматоглифы и «тепловые карты» ладоней онкопациентов

Примечание: Синий цвет на рисунке указывает на низкий вклад, красный – на высокий вклад в итоговое решение

Наборы «тепловых карт» для онкопациентов и условно здоровых далее анализировались визуально. Как показал визуальный анализ полученных

данных, нейросеть «принимает решение» по участкам ладони в зоне тенара ладони (Th) и сгибательной складки (p.f.p.).

В дополнение «тепловые карты» ладоней для всех онкопациентов и всех условно здоровых были поточечно усреднены. Результирующие карты наложены на изображение дерматоглифа, геометрия которого примерно соответствовала средней по выборке [Рисунок 17].

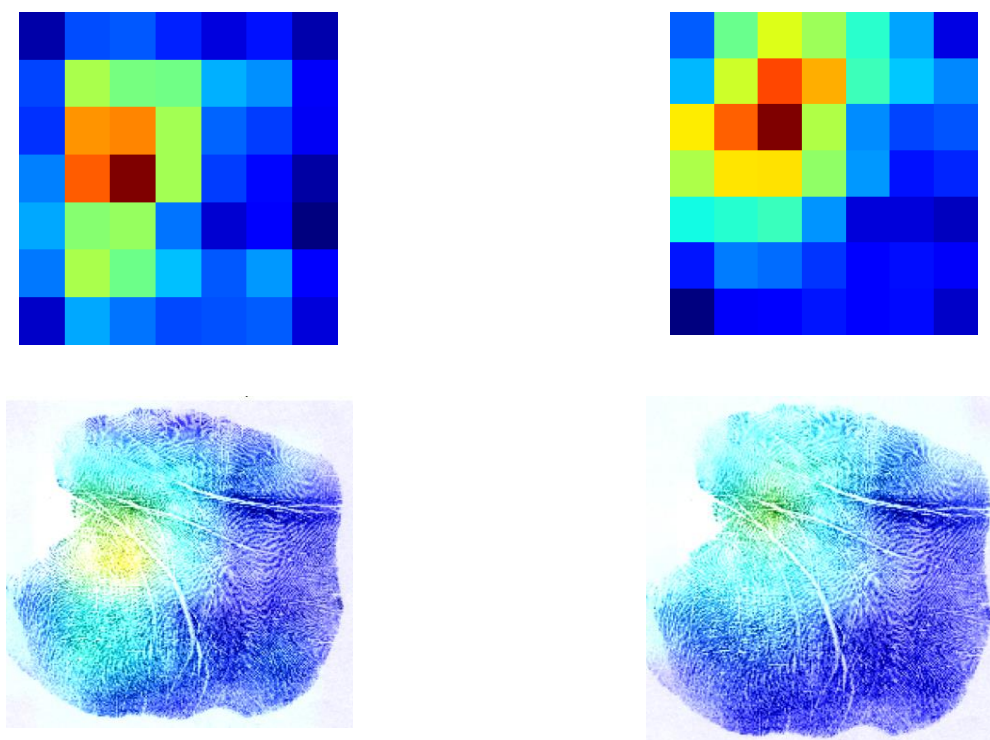


Рисунок 17. Усредненное изображение ладоней онкопациентов (слева) и условно здоровых (справа). Сверху – карта активации класса, снизу – она же, наложенная на реальный дерматоглиф

Максимум активации наблюдается в области тенара ладони (Th) на достаточно большой площади. Если эти результаты подтвердятся на более крупных выборках, они могут стать неинвазивным маркером для оценки риска развития онкологии.

Очевидно, что использование компьютерной обработки изображений ладони может ускорить распознавание дерматоглифических особенностей индивида. Однако имеется ряд ограничений для перехода данного метода в

практическую плоскость и его широкого применения в психологии и превентивной медицине. Несмотря на предварительную обработку изображения (коррекция интенсивности, неравномерности), ограничением данного исследования являются отсутствие цифровых дерматоглифов, которые бы воспроизводили рисунок папиллярных линий с большей точностью (размер входного изображения составлял 224x224 точки). Качество изображений, полученных типографской краской, напрямую влияет на точность классификации и не является непогрешимым.

В научном контуре данной проблемы имеется также круг нерешенных вопросов по сбору, управлению и стандартизации формата данных для внедрения метода глубокого обучения в практику. Так, существует необходимость включения в обучающие данные недопредставленных групп населения [Varlamova E.V. et al., 2024], а также усовершенствования и унификации методов сбора данных, в частности, современных автоматических сопоставителей отпечатков [Pankanti S. et al., 2002].

Для того, чтобы эффективно использовать результаты дерматоглифических исследований, в дальнейшем необходимо найти способы стандартизации признаков, извлеченных из набора изображений. В литературе предложены модели классификации отпечатков пальцев для обнаружения сингулярных точек и для извлечения карты ориентации [Reed T. et al., 2006] и алгоритм классификации отпечатков ладоней в соответствии с количеством главных линий и количеством их пересечений [Wu X. et al., 2004]. Отчасти это ограничение снимается тем, что свёрточная нейросеть сама формирует требуемые наборы признаков. Возможно, в дальнейшем следует отталкиваться от того, какие именно признаки вырабатывает нейросеть в ходе обучения.

Полученные результаты исследования указывают на необходимость в дальнейшем картировать различные зоны ладони по иным основаниям, нежели используемые в криминалистике, медицине, биологии, а также позволяют говорить о потенциале психодерматоглифического подхода к изучению личности.

3.3. Нейросетевое моделирование для целей ранней диагностики

В Главе 1 настоящей работы приведено обоснование целесообразности введения комплексной психодиагностики онкопациентов на стадии госпитализации в стационар. В то же время, в ходе исследования выявлено, что предлагаемые меры по диагностике психологического статуса онкопациентов, несмотря на широту охвата теоретико-методологической базы, тем не менее носят характер запоздалых, поскольку решение о госпитализации пациентов в стационар, как правило, принимается на 3-4 стадии заболевания. На стадии госпитализации в стационар психодиагностика в отношении пациента всегда будет запаздывать, поскольку госпитализация происходит на стадии выраженных функциональных соматических и психических изменений организма и прогрессирования раковой опухоли. Психолог вынужден работать с уже осложнёнными состояниями, когда требуется скорее не психодиагностика, а поддерживающая психотерапия.

Проблема психодиагностики онкопациентов на данном этапе может быть описана следующей формулой «в стационаре уже поздно, если до стационара – то когда?». Очевидно, что ответ на этот важный вопрос связан с моментом постановки онкологического диагноза или предстоит ему во времени. Однако до поступления больного в стационар у психолога не имеется доступа к пациенту и отсутствуют чёткие критерии для инициации психодиагностики. Психодиагностика же попадает в временную ловушку: в условиях стационара её время упущено, а в догоспитальный период – не определено.

В контексте моделирования более ранних подходов к психологическому скринингу в первую очередь важно учитывать наработки медицинской науки в вопросе времени опережения постановки диагноза. В онкологии применяется термин «время опережения» (lead time), то есть тот период, когда выявление больных происходит посредством скрининговых программ в период до появления выраженных симптомов заболевания [Баурчук А.А., 2017]. Само по себе опережение постановки медицинского диагноза не делает скрининг эффективным и не влияет на выживаемость пациента [Рисунок 18].



Рисунок 18. Схема влияния опережения постановки диагноза на смертность при эффективном и неэффективном скрининге рака [Баурчук А.А., 2017]

По аналогии, проблема моделирования раннего психологического скрининга в онкологии также упирается в ключевое противоречие: проблему временного лага и поиск путей ее решения. Эту ситуацию можно обозначить в качестве «диагностического парадокса».

Базируясь на полученных в исследовании результатах психологического и дерматоглифического обследования, сделано предположение о потенциальном соединении данных методов для создания концептуально новой модели комплексной диагностики.

В предлагаемой модели в качестве первого шага дерматоглифическая диагностика с использованием метода искусственного интеллекта позволит провести первичный неинвазивный скрининг генетически обусловленной предрасположенности индивида к развитию онкопатологии и, в случае подтверждения наличия таких предпосылок, перейти к реализации второго шага – развертыванию комплексной психодиагностики в качестве меры, направленной на выявление возможных психокоррекционных мишеней в работе с пациентом психосоматической клиники. На третьем шаге, исходя из результатов психодиагностики следует подбор психологом программы психологического сопровождения [Рисунок 19].

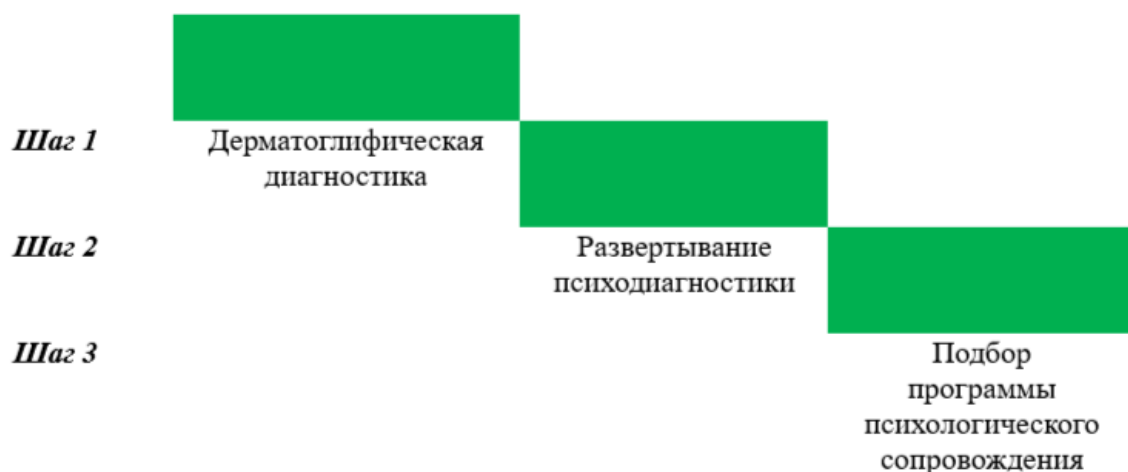


Рисунок 19. Пошаговая модель подбора программы психологического сопровождения

Безусловно, вопрос совмещения психологической и дерматоглифической диагностики в единую модель комплексной диагностики требует всестороннего осмысления и продолжения эмпирических исследований в данном направлении, поскольку ставит уже известную в науке проблему неэффективного скрининга и избыточной диагностики среди бессимптомных лиц [Баурчук А.А., 2017].

Как указывается в литературе, информирование о наличии патогенной мутации в генах, ассоциированных с наследственным раком молочной железы, само по себе может стать психотравмирующей ситуацией, проявляющейся как острыми стрессовыми реакциями, так и симптомами посттравматического стрессового расстройства или тревожно-депрессивного расстройства, что требует проведения психологических консультаций и купирования острой стрессовой реакции и минимизации восприятия полученной генетической информации как психотравмирующего события. Пациенты в ситуации выявления мутации в генах наследственного рака молочной железы нуждаются в персонализированном подходе [Фирсова Л.Д. и др., 2023].

Тем не менее, большой прогностический потенциал дерматоглифики в сочетании с перспективами развития искусственного интеллекта, может в корне

изменить саму суть психологической работы с онкологическими больными на современном этапе развития науки. В связи с этим требуются дальнейшая теоретическая разработка предложенной модели ранней диагностики и ее эмпирическая валидация на крупных репрезентативных выборках.

Выводы по Главе 3

Полученные результаты эмпирического исследования позволяют сформулировать следующие **выводы** исследования:

1. Эмпирическим путем с помощью подбора и интеграции различных методик получены данные, позволяющие оценить психологические последствия онкологического заболевания на этапе госпитализации и стационарного лечения. Эти данные охватывают широкий спектр характеристик (ценностные и смысловые ориентации, стратегии совладания со стрессом, уровень качества жизни) и показателей психопатологической симптоматики онкопациентов.

Проведенная комплексная психодиагностика позволила определить не только наличие дистресса среди онкопациентов, но и другие составляющие психологического статуса, которые редко попадают в фокус внимания исследователей – копинг-стратегии, качество жизни, духовную сферу, окружающую среду, социальные взаимоотношения, фобии, межличностную сензитивность и др. Это, в свою очередь, повысило точность оценки психологического статуса пациентов и определило мишени для психокоррекции.

Объединение психологических и психопатологических параметров в структуре одного психодиагностического исследования у пациентов онкологического профиля создало основу для практической дифференциальной диагностики симптоматики различных состояний.

На основе результатов комплексной психодиагностики разработаны индивидуальные (адресные) программы психологического сопровождения для онкопациентов. Клинические примеры индивидуальных программ психологического сопровождения приведены в Приложении 2 к настоящей работе.

Исходя из полученных результатов, можно заключить, что гипотеза, состоящая в том, что использование комплексного подхода к психодиагностике онкопациентов в условиях стационарного лечения позволит перейти к персонализированной психодиагностике и построению адресных программ психологического сопровождения на основании определения особенностей психологического статуса онкопациентов, нашла свое эмпирическое подтверждение.

2. Установлены статистически значимые различия по частоте встречаемости ценностных ориентаций в выборках респондентов разного пола и возраста, а именно: в выборке респондентов женского пола ценности «Здоровье (физическое и психическое)» ($\chi^2 = 27,27$, $p = 0,049$), «Красота природы и искусства» ($\chi^2 = 27,96$, $p = 0,0041$), «Жизненная мудрость» ($\chi^2 = 28,52$, $p = 0,039$), «Уверенность в себе» ($\chi^2 = 28,1$, $p = 0,04$), «Независимость» ($\chi^2 = 28,3$, $p = 0,02$), демонстрируют более высокий иерархический приоритет по сравнению с мужской выборкой. Респонденты в возрасте до 35 лет включительно чаще приоритизируют ценность «Творчество» ($\chi^2 = 33,28$, $p = 0,02$) и «Эффективность» в делах ($\chi^2 = 32,46$, $p = 0,02$), по сравнению с респондентами старше 35;

- установлены статистические значимые различия по субшкалам: «Цели в жизни» ($U = 2807$, $p = 0,006$); «Результативность жизни» ($U = 2765$, $p = 0,048$); «Локус контроля-Я» ($U = 2749,5$, $p = 0,043$); «Осмысленность жизни» ($t = -2,709$, $p = 0,007$), средние значения по указанным субшкалам выше у респондентов с высшим образованием. По «Процессу жизни» ($H = 13,865$, $p = 0,008$) и «Локусу контролю-жизнь» ($H = 13,023$, $p = 0,011$) выявлены значимые на статистическом уровне различия между всеми группами респондентов (критерий Краскела-Уоллиса), а также попарные различия между респондентами, ответившими «Да, да» и «Да, нет» (критерий Манна-Уитни). По пункту «Осмысленность жизни» общие различия также значимы ($H = 10,342$, $p = 0,035$), однако парные сравнения между конкретными группами не выявили статистически значимых различий. Установлены статистически значимые различия показателей субшкалы «Локус контроля-жизнь» между респондентами, состоящими в официальном браке и не

состоящими в официальном браке ($U = 2887$, $p = 0,038$). Установлены значимые различия по всем субшкалам теста смысложизненных ориентаций в зависимости от уровня дохода; уровень значимости меньше критического значения ($0,05$) для всех субшкал. При апостериорном попарном сравнении установлено, что респонденты с доходом выше среднего имеют более высокие показатели по целеполаганию, чем респонденты с доходом ниже среднего ($U = 2803$, $p = 0,023$). Респонденты с доходом выше среднего имеют более высокие показатели осмысленности жизни по сравнению с респондентами с доходами среднего уровня и ниже среднего (соответственно, $U = 2825$, $p = 0,002$; $U = 2786$, $p = 0,006$);

- выявлены значимые на статистическом уровне различия по следующим шкалам: «Самоконтроль», «Бегство - избегание», «Положительная переоценка» между женской и мужской выборками; в женской выборке данные стратегии совладания со стрессом значимо доминируют ($U = 3198$, $p = 0,013$; $U = 2905$, $p = 0,001$; $U = 2852$, $p = 0,001$). Также значимо различаются показатели использовании респондентами стратегии «Дистанцирование» в зависимости от уровня образования ($H = 2,89$, $p = 0,023$). Наименьшие показатели дистанцирования ($Me = 50,00$) среди групп демонстрируют респонденты с полным высшим образованием. Выявлены значимые различия по шкале «Поиск социальной поддержки» между официально состоящими в браке респондентами и не состоящими в официальном браке ($U = 3228$, $p = 0,023$). Установлены статистически значимые различия по шкалам «Конфронтация» ($H = 8,05$, $p = 0,045$), «Дистанцирование» ($H = 8,48$, $p = 0,037$) у респондентов с разными уровнями дохода (выше среднего, высокий, средний, ниже среднего);

- качество жизни по «Физической сфере» ($U = 2968$, $p = 0,012$) и «Психологической сфере» ($U = -2,236$, $p = 0,027$) значимо выше у респондентов мужского пола. Установлены статистически значимые различия по сферам «Духовная сфера» ($U = 1786$, $p = 0,041$), «Физическая сфера» ($U = 1705$, $p = 0,019$), «Психологическая сфера» ($t = 2,122$, $p = 0,030$), «Социальное взаимодействие» ($U = 1710$, $p = 0,020$), «Окружающая среда» ($t = 2,233$, $p = 0,005$), а именно у

респондентов в возрасте до 35 лет включительно, уровень качества жизни по указанным сферам выше, чем у респондентов старше 35 лет. По критерию образование установлены статистически значимые различия по субсфере «Практическая социальная поддержка» ($U = 1677$, $p = 0,038$), средние значения по указанной субсфере выше у респондентов с высшим образованием. При анализе сфер «Психологическая сфера», «Уровень независимости», «Социальное взаимодействие» установлены статистически значимые различия ($H = 13,28$, $p = 0,010$; $H = 10,28$, $p = 0,036$; $H = 18,37$, $p = 0,001$) в зависимости от субъективной оценки счастья респондентами. Показатели по «Физической сфере» статистически значимо выше у холостых, чем у разведенных ($U = 2788$, $p = 0,02$). По сфере социального взаимодействия показатели качества жизни у официально состоящих в браке значимо выше, чем в группе разведенных ($U = 2775$, $p = 0,008$). Баллы по сфере «Окружающая среда» у холостых респондентов достоверно выше, чем у состоящих в официальном браке ($U = 2801$, $p = 0,020$), состоящих в незарегистрированном браке ($U = 2812$, $p = 0,004$) и разведённых ($U = 2768$, $p = 0,001$);

- общий индекс тяжести симптоматического дистресса (GSI) превышает нормативные показатели у 42,6 % обследованных. Установлено, что в обследованной выборке доминирующий характер носят клинически выраженные показатели по шкалам «Навязчивости», «Паранойяльность», «Тревожность», «Депрессия», «Соматизация», «Фобия», «Психотизм». В свою очередь наименьшее количество случаев превышения нормативных значений зафиксировано по шкалам «Сензитивность» (14,14 %) и «Враждебность» (13,8 %), что позволяет квалифицировать данные тенденции как не являющиеся ведущими в структуре психопатологической симптоматики обследованной выборки. Показано, что показатели распространенности расстройств у различных авторов сильно варьируются. Усредненные значения результатов не приводятся по причине использования неоднородного психодиагностического инструментария;

- по результатам проведенной обработки данных исследования отмечается отсутствие статистически значимой разницы показателей тестирования между жителями города и сельской местности.

Таким образом, гипотеза, состоящая в том, что показатели психодиагностики онкопациентов различаются в зависимости от пола, возраста и социального профиля, нашла свое эмпирическое подтверждение.

3. Установлена статистически значимая отрицательная корреляция между результатами тестирования по фактору «Импульсивность-самоконтроль» и величиной угла $\angle atd$ (угол t°) в женской выборке обследуемых ($r = -0,184$, $p = 0,047$). По остальным факторам не удалось установить статистически значимых корреляций. В мужской выборке обследуемых статистически значимые корреляции не установлены. Таким образом, гипотеза о том, что отдельные черты личности могут находить свое отражение в морфометрических параметрах ладонной дерматоглифики, подтверждена.

Исследование также показало статистически значимую разницу между величиной угла $\angle atd$ дерматоглифов онкопациентов и условно здоровых респондентов ($t_{эмп.} = 0,299$, $p = 0,006$).

Полученные результаты подтверждают использование величины угла $\angle atd$ в качестве информативного морфометрического параметра ладонной дерматоглифики, который может использоваться в качестве вспомогательного критерия оценки.

4. Достигнут результат классификации дерматоглифов онкопациентов и условно здоровых на уровне 91,07 % на валидирующей выборке посредством обучения сверточной сети MobileNetV2. Результат обучения нейросети подтверждает, что характерные особенности дерматоглифических изображений у респондентов из двух групп (онкопациенты и условно здоровые) существуют. По усредненным «тепловым картам» ладоней онкопациентов и условно здоровых установлено, что нейросеть принимает решение о классификации дерматоглифов по участкам в области тенара ладони (Th) на достаточно большой площади.

Таким образом, гипотеза о том, что с помощью метода глубинного машинного обучения и использования сверточных нейронных сетей возможно провести компьютерную классификацию ладонной дерматоглифики онкопациентов, нашла свое эмпирическое подтверждение.

5. На основании полученных выводов исследования сформулирована концептуальная пошаговая модель подбора программы психологического сопровождения с использованием методов дерматоглифики и искусственного интеллекта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В работе проведено междисциплинарное исследование по изучению особенностей психодиагностики онкопациентов в условиях стационарного лечения на базе исследовательского центра онкологии. В направлении поиска новых актуальных подходов и дальнейших преобразований в психодиагностике, применены методы дерматоглифики и искусственного интеллекта.

Обобщение результатов исследования позволяет сформулировать следующие **выводы**:

1. Показано, что психодиагностика онкопациентов в условиях стационара является особым видом психодиагностической практики.

Специфика предметной области психодиагностики онкопациентов обусловлена тем, что большинство онкологических больных не соответствуют диагностическим критериям какого-либо конкретного психического расстройства, а многообразие психологических последствий болезни не позволяет свести их к одному измерению, выявляя недостаточность и ограниченность применения традиционных шкал и опросников. Учёт поставленных задач диагностики требует принятия во внимание также социальных факторов, влияющих на состояние пациента и качество его жизни, а также симптомов коморбидных (сопутствующих основному заболеванию) расстройств. В связи с этим расширение предметной области психодиагностических исследований онкопациентов приобретает ключевое значение. Для создания новых протоколов психодиагностики, адекватных выделенным предмету и целям, необходимы либо новые, более широкие средства психодиагностики, либо их правильное сочетание.

В ходе исследования реализована комплексная скрининговая психодиагностика 196 онкопациентов в условиях стационара с использованием психодиагностического инструментария. На основании определения особенностей психологического статуса онкопациентов разработаны индивидуальные (адресные) программы психологического сопровождения онкопациентов.

2. Эмпирически доказано, что результаты психодиагностики онкопациентов значимо различаются в зависимости от пола, возраста и социального профиля респондентов, что обуславливает дифференцированный подход к оказанию психологической помощи онкобольным. Исследование психологического статуса онкопациентов с помощью опросников ценностных и смысложизненных ориентаций, способов совладающего поведения, качества жизни, выраженности психопатологической симптоматики выявило статистически значимые различия между репрезентативными группами выборки по возрасту, полу, семейному положению и образованию. Показано, что психологический статус онкопациентов может осложняться коморбидными основному заболеванию расстройствами, которые требуют корректной идентификации и учета при психодиагностике в стационаре.

3. Установлена статистически значимая отрицательная корреляция по фактору «Импульсивность-самоконтроль» и величине $\angle atd$ (угол t°) в женской выборке обследуемых ($r = -0,184$, $p = 0,047$). Это позволяет говорить о потенциале психодерматоглифических исследований в перспективе.

Установлена статистически значимая разница между величиной $\angle atd$ дерматоглифов онкопациентов и условно здоровых респондентов ($t_{эмп.} = 0,299$, $p = 0,006$). Таким образом, подтверждена значимость морфометрического параметра ладонной дерматоглифики (величина $\angle atd$) в качестве информативного диагностического показателя.

4. Показано, что классификация дерматоглифов онкопациентов и условно здоровых методом нейросетевого моделирования соответствует 91,07 %. Таким образом подтверждено, что существуют характерные особенности дерматоглифических изображений онкопациентов и условно здоровых. Были сгенерированы «тепловые карты» ладони; на данных изображениях выявлены «зоны интереса», на основании которых нейросеть относит дерматоглифы к соответствующей группе обследуемых. Максимум активации установлен в области тенара ладони (Th) на достаточно большой площади. Данные разработки могут

использоваться как в психологии, так и в смежных отраслях научного знания, поскольку прокладывают путь к решению фундаментальных вопросов психофизиологии и психогенетики (вопросы индивидуальности, взаимосвязи межполушарной и ладонной асимметрии, папиллярных узоров и генотипа и др.).

5. Показана возможность пошагового подбора программы психологического сопровождения с использованием методов дерматоглифики и нейросетевого моделирования. В предлагаемой модели в качестве первого шага дерматоглифическая диагностика с использованием метода искусственного интеллекта позволит провести первичный неинвазивный скрининг генетически обусловленной предрасположенности индивида к развитию онкопатологии и, в случае подтверждения наличия таких предпосылок, перейти к реализации второго шага – раннему развертыванию комплексной психодиагностики в качестве меры, направленной на выявление возможных психокоррекционных мишеней в работе с пациентом психосоматической клиники. И наконец, исходя из результатов психодиагностики следует подбор психологом психокорректирующей программы. Соединение в исследовании психологического и дерматоглифического методов с технологиями глубокого машинного обучения значительно расширило имеющиеся в науке представления о возможностях психодиагностики и путях повышения ее персонализации.

Выделены ключевые направления развития психодиагностики онкопациентов: персонализация психодиагностики, создание мультидисциплинарных средств психодиагностики, дальнейшая цифровизация (мобильные приложения, онлайн-опросники), соединение психометрических инструментов с биометрическими данными (гормональный статус, генетические и дерматоглифические маркеры, биомаркеры стресса и др.).

Практические рекомендации. Результаты исследования вносят вклад в практику проведения психологических исследований в условиях онкологических стационаров и могут применяться при проведении ежегодных скринингов граждан. Разработанные методические рекомендации по организации

скрининговой психодиагностики онкопациентов в условиях стационара могут найти свое применение в практике медицинских учреждений. Полученные результаты психологического тестирования служат научными критериями для организации диагностики и консультирования онкопациентов. Выводы исследования служат основой для разработки современных систем психодиагностики с использованием биометрических данных. Результаты настоящей работы по цифровой обработке дерматоглифов и созданию «тепловых карт» ладоней могут быть применены в разработке инновационных систем искусственного интеллекта и мобильных приложений для диагностики.

Дальнейшие перспективы исследований. В перспективе необходимо провести апробацию программ индивидуального психологического сопровождения, основанных на результатах комплексной психодиагностики. Представляется перспективным дальнейшее исследование эффективности психологического скрининга онкопациентов; динамики влияния психодиагностики на процесс лечения и качество жизни онкологических пациентов. Проведенное исследование демонстрирует перспективность изучения дерматоглифики для исследования индивидуальных особенностей и выявления коррелятов различных психопатологий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон от 30 декабря 2020 года № 489-ФЗ «О молодёжной политике в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2021. №1 (ч. 1).
2. Указ Президента РФ от 7 июля 2011 года № 899 «Об утверждении приоритетных направлений развития науки, технологий и техники в Российской Федерации и перечня критических технологий Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) // Собрание законодательства РФ. – 2015. – № 51. – Ст. 7229.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27 апреля 2021 года №404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения» // Официальный интернет-портал правовой информации. – 2021.
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 апреля 2018 года №186 «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины» // Официальный интернет-портал правовой информации. – 2018.
5. Азази, А. А. А. Система обработки изображений при диагностике наследственных заболеваний по методу дерматоглифики : диссертация на соискание ученой степени кандидата технических наук : специальность 05.13.01 Системный анализ, управление и обработка информации (по отраслям), 05.11.17 Приборы, системы и изделия медицинского назначения / Азази Амар Али Али; Тверской гос. тех. ун-т. – Тверь, 2011. – 145.
6. Бадиков, К. Н. Построение психологического профиля по типологии папиллярного узора / К. Н. Бадиков // Юридические исследования. – 2015. – № 2. – С. 59-71. – DOI: 10.7256/2409-7136.2015.2.14311.
7. Барчук, А. А. Эффективность скрининга онкологических заболеваний / А. А. Барчук, А. И. Арсеньев, А. М. Беляев, В. А. Гомболевский [и др.] // Вопросы онкологии. – 2017. – Т. 63, № 4. – С. 557-567.

8. Беляев, А. М. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов : руководство / А. М. Беляев / под ред. А. М. Беляева, В. А. Чулковой, Т. Ю. Семиглазовой, М. В. Рогачева. – Санкт-Петербург : Издательство АНО «Вопросы онкологии», – 2017. – 350 с.

9. Березанцев, А. Ю. Комплексные аспекты психического здоровья пациентов с онкологической патологией / А. Ю. Березанцев // Российский медицинский журнал. – 2017. – Т. 23, № 6. – С. 321-326.

10. Биктина, Н. Н. Теоретические аспекты изучения личностных особенностей онкобольных / Н. Н. Биктина, А. Н. Кекк // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 3-3. – С. 450-451.

11. Бодунова, Н.А. Организация службы психического здоровья в многопрофильном стационаре / Н.А. Бодунова, А. Канатбек кызы // Сборник материалов XV Всероссийского съезда онкопсихологов. – Москва : АНО «Ясное утро», 2023. – С. 12-15.

12. Бруй, И. Н. Эмоциональные расстройства у лиц, страдающих онкологической патологией / И. Н. Бруй, А. А. Рублик, А. В. Копытов // Медицинский журнал. – 2014. – № 4. – С. 59-64.

13. Бурковский, Г. В. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике / Г. В. Бурковский, А. П. Коцюбинский, Е. В. Левченко / под ред. М.М. Кабанова / Санкт-Петербург: Издательство НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998. – 57 с.

14. Вагайцева, М. В. Психологические исследования в онкологии / М. В. Вагайцева, В. А. Чулкова, Э. Б. Карпова, С. А. Леоненкова // Психология. Психофизиология. – 2015. – Т. 8, № 3. – С. 28-35.

15. Вагайцева, М. В. Скрининговое исследование уровня психоэмоционального напряжения онкологических больных в ФБГУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» МЗ РФ / М. В. Вагайцева, В. А. Чулкова, Т. Ю. Семиглазова, А. П. Карицкий // Злокачественные опухоли. – 2016. – Т. 4-S1, № 21. – С. 271-272.

16. Василенко, Ю. А. Параллелизм изменений дерматоглифики, эндокринного и психического статуса в популяции детского населения, проживающего в районах с высокой антропогенной нагрузкой : диссертация доктора биологических наук : 19.00.02 – психофизиология / Юлия Александровна Василенко; Ставропольский гос. ун-т. – Ставрополь, 2005. – 153 с.

17. Васильева, А. В. Мишени психотерапии при коморбидном посттравматическом стрессовом расстройстве у онкологических больных / А. В. Васильева, А. А. Караваева, Е. Б. Мизинова, Е. П. Лукошкина // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 16: Психология. Педагогика. – 2020. – Т. 20, № 4. – С. 402-416.

18. Вассерман, Л. И. Медицинская психодиагностика: теория, практика, обучение / Л. И. Вассерман, О. Ю. Щелкова. – Санкт-Петербург : Издательство центр «Академия», 2003. – 736 с.

19. Вассерман, Л. И. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / под ред. Л. И. Вассерман и др. // Санкт-Петербург : Издательство НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. – 31 с.

20. Вассерман, Л.И. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Р. Е. Исаева [и др.] // Санкт-Петербург : Издательство НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – 2008. – 36 с.

21. Вассерман, Л. И. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, О. Ю. Щелкова / под. ред. Л. И. Вассерман. – Санкт-Петербург : Речь, 2011. – 271 с.

22. Галичева, Г. В. Связь ранней смертности от онкопатологии и болезней ССС с дерматоглификой / Г. В. Галичева, В. Бабюк, Л. Р. Абдул-Кадырова, П. И. Воротникова // Сборник материалов 72-й итоговой научной конференции студентов Ростовского государственного медицинского университета. – Ростов-

на-Дону: Ростовский государственный медицинский университет, 2018. – С. 15-16.

23. Гладкова, Т. Д. Кожные узоры кисти и стопы обезьян и человека / Т. Д. Гладкова. – Москва : Наука, 1966. – 151 с.

24. Демчук, М. А. Особенности сбора эмпирического материала при проведении психодиагностики онкобольных на различных стадиях заболевания / М. А. Демчук, Д. А. Циринг / Материалы международной научной конференции. Ананьевские чтения – 2021 / Под общ. ред. А. В. Шаболтас. Отв. ред. В. И. Прусаков. – Санкт-Петербург : ООО Скифия-принт, 2021. – С. 476-477.

25. Денисенко, А. Н. Особенности клинико-психологического статуса онкологических больных и возможности его коррекции / А. Н. Денисенко // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т. 17, № 2-3. – С. 502-506.

26. Егиева, И. Х. Линия симиан как анатомический и клинический объект / И. Х. Егиева, Е. С. Косолапова // Основные проблемы в современной медицине. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции, Волгоград. – 2015. – С. 21-23.

27. Ермаков, П. Н. Существует ли связь генетических предикторов и психологических характеристик с эффективностью психотерапии? / П. Н. Ермаков, Е. М. Ковш, А. Е. Воярж, А. Ю. Максимов [и др.] // Российский психологический журнал. – 2024. – Т. 21, № 4. – С. 97-111. – DOI: 10.21702/rpj.2024.4.6.

28. Ермаков, П. Н. Применение различных психотерапевтических подходов в практике психологического сопровождения онкопациентов: научный обзор / П. Н. Ермаков, О. И. Кит, И. А. Скиртач, Е. М. Ковш // Консультативная психология и психотерапия. – 2025. – Т. 33, № 1. – С. 29-48. – DOI: 10.17759/cpp.2025330102.

29. Ермаков, П. Н. Психосоциальные особенности онкопациентов в период пандемии COVID-19 / П. Н. Ермаков, Е. М. Ковш, А. Ю. Максимов,

А. В. Неживова // Российский психологический журнал. – 2023. – Т. 20, № 4. – С. 180-198. – DOI: 10.21702/rpj.2023.4.11.

30. Зайдинер, Б. М. К оценке психоэмоционального статуса в противоболевой терапии онкобольных: тест Люшера / Б. М. Зайдинер, С. А. Савина, В. Г. Федуненко, И. В. Черникова // Российский журнал боли. – 2018. – Т. 2, № 56. – С. 158-159.

31. Зинченко, Ю. П. Методологические основы и задачи психологической реабилитации онкологических больных / Ю. П. Зинченко, Е. И. Первичко, А. Ш. Тхостов // Вестник восстановительной медицины. – 2014. – № 5. – С.31-42.

32. Казубская, Т. П. Особенности дерматоглифики у больных раком желудка / Т. П. Казубская // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. Клинические исследования. – 1997. – № 11. – С. 52-58.

33. Каприн, А. Д. Злокачественные новообразования в России в 2024 году (заболеваемость и смертность) / А. Д. Каприн, В. В. Старинский, А. О. Шахзадова. – Москва : МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2025. – 275 с. – ISBN 978-5-85502-309-1.

34. Каприн, А. Д. Технологии диагностики и скрининга в раннем выявлении злокачественных новообразований / А. Д. Каприн, Л. М. Александрова, В. В. Старинский, А. С. Мамонтов // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2018. – Т. 7, № 1. – С. 34-40.

35. Карасев, И. В. Автоматизация дерматоглифических исследований / И. В. Карасев, И. А. Аполлонова, И. Н. Спиридонов, Н. С. Гоголина // Биомедицинские технологии и радиоэлектроника. 2003. – № 11. – С. 24-31.

36. Карицкий, А. П. Реабилитация онкологического больного как основа повышения качества его жизни / А. П. Карицкий, В. А. Чулкова, Е. В. Пестерева, Т. Ю. Семиглазова // Вопросы онкологии. – 2015. – Т. 61, № 2. – С. 180-184.

37. Карпова, Э. Б. Онкологическое заболевание как психологический кризис / Э. Б. Карпова, В. А. Чулкова / Ананьевские чтения – 2007: материалы

научно-практической конференции Санкт-Петербургского университета. – Санкт-Петербург, 2007. – С. 556-557.

38. Кондратова, М. Кривое зеркало жизни: Главные мифы о раке, и что современная наука думает о них. Москва : Альпина нон-фикшн, 2019. – 312 с.

39. Кулагина, И. Ю. Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях / И. Ю. Кулагина, Л. В. Сенкевич // Культурно-историческая психология. – 2015. – Т. 11, № 1. – С. 50-60. – DOI: 10.17759/chp.2015110107.

40. Левин, О. С. Тревожные нарушения у больных с онкологическими заболеваниями: влияние на течение онкологического процесса и возможности коррекции / О. С. Левин, А. Ш. Чимагомедова, А. П. Арефьева // Русский медицинский журнал. – 2018. – Т. 26, № 12–1. – С. 25-31.

41. Лежнин, В. Л. Дерматоглифика и онкологические заболевания / В. Л. Лежнин // Цитология и генетика. – 1994. – Т. 28, № 4. – С. 72-79.

42. Леонтьев, Д. А. Методика изучения ценностных ориентаций / Д. А. Леонтьев / Москва : Смысл, 1992. – 17 с.

43. Леонтьев, Д. А. Тест смысложизненных ориентации (СЖО) / Д. А. Леонтьев / Психодиагностическая серия. 2-е издание – Москва : Смысл, 2006. – 18 с.

44. Личко, А. Е. Типы отношения к болезни / А. Е. Личко / Общая психология. Психология личности. – Москва : Наука, 1983. – 267 с.

45. Лутошлива, Е. С. Особенности депрессивного состояния онкобольных на разных стадиях заболевания / Е. С. Лутошлива, Е. С. Воробьева, Г. Э. Турганова // Baikal Research Journal. – 2018. – Т. 9, № 4. – С. 1-13. – DOI: 10.17150/2411–6262.2018.9(4).8.

46. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология: учеб. пособие / В. Д. Менделевич. – 6-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.

47. Мерлин, В. С. Проблемы интегрального исследования индивидуальности человека / В. С. Мерлин // Психологический журнал. – 1980. – Т. 1, № 1. – С. 58-71.

48. Мерлин, В. С. Проблемы интегрального исследования индивидуальности : респ. сб. науч. тр. / В. С. Мерлин / Пермский педагогический институт; науч. ред. В. С. Мерлин. – Пермь : Пермский педагогический институт, 1977. – 123 с.

49. Мустафин, Р. Н. Проблемы психологической помощи онкологическим пациентам / Р. Н. Мустафин // Сибирский онкологический журнал. – 2024. – Т. 23, № 6. – С. 159-167. – DOI: 10.21294/1814-4861-2024-23-6-159-167.

50. Негашева, М. А. Взаимосвязи соматических, дерматоглифических и психологических признаков в структуре психологических признаков в структуре общей конституции / М. А. Негашева // Вестник Московского государственного университета им. М. В. Ломоносова. – 2008. – Т. 133, № 1. – С. 73-77.

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

52. Пчелкин, М. А. Типологические особенности внутренней картины болезни у онкобольных / М. А. Пчелкин, Т. Н. Разуваева // Международный научно-исследовательский журнал. – 2024. – № 3 (141). – DOI: 10.23670/IRJ.2024.141.103.

53. Пчелкин, М. А. Смысл как фактор посттравматического роста личности онкобольного / М. А. Пчелкин, Т. Н. Разуваева, Е. П. Пчелкина // International Journal of Medicine and Psychology. – 2024. – Т. 7, № 8. – С. 79-84. – DOI: 10.58224/2658-3313-2024-7-8-79-84.

54. Реверчук, И. В. Применение психосемантических методов в диагностике психоэмоционального статуса ближайших родственников онкобольных / И. В. Реверчук, М. М. Главатских, Д. Н. Миклин // Электронный научно-образовательный вестник здоровье и образование в XXI веке. – 2018. – Т. 20, № 5. – С. 52-57.

55. Савельев С. В. Этапы эмбрионального развития головного мозга человека / С. В. Савельев. – Москва : Веди. – 2002. – 111 с.

56. Самуйлова, О. С. Дерматоглифика как ранний метод диагностики генетических заболеваний / О. С. Самуйлова, С. А. Иванова // Проблемы медицины в современных условиях. – 2015. – Т. 2. – С. 11-14.

57. Сапунова, Е. С. Психосоматика, копинг-стратегии пациентов с онкозаболеваниями / Е. С. Сапунова // Актуальные исследования. – 2023. – Т. 49, № 179.

58. Семиглазова, Т. Ю. Психологические аспекты лечения онкологических больных / Т. Ю. Семиглазова, Г. А. Ткаченко, В. А. Чулкова // Злокачественные опухоли. – 2016. – № 4, спецвыпуск 1. – С. 54-58.

59. Сенина, В. С. Психологический статус онкобольного пациента / В. С. Сенина // Молодой ученый. – 2017. – Т. 48, № 182. – С. 164-168.

60. Скоревич, А. С. О взаимосвязи между особенностями папиллярного узора и психологическими свойствами личности / А. С. Скоревич, И. С. Фоминых, Р. Л. Ахмедшин // Вестник Томского государственного университета. – 2016. – № 409. – С. 178-186.

61. Славолюбова, И. А. Поиск связей дерматоглифических признаков ладони с соматическими и психологическими характеристиками. / И. А. Славолюбова, М. А. Негащева, О. И. Агапова // Вестник антропологии. – 2013. – Т. 24, № 2 – С. 102-117.

62. Смулевич, А. Б. Депрессии в онкологической практике (клиника, типологическая дифференциация) / А. Б. Смулевич // Психические расстройства в общей медицине. – 2013. – № 3. – С. 4-8.

63. Суетина, О. А. Опыт использования скрининговой анкеты, выявляющей основания для консультации психиатра пациентов детского онкологического стационара / О. А. Суетина, Н. Е. Кравченко // Здоровье и образование в XXI веке. – 2020. – Т. 22, № 11. – С. 153-158.

64. Сумарокова, О. А. Психопатологическая симптоматика пациентов химиотерапевтического отделения онкологического диспансера / О. А. Сумарокова // Гуманитарные научные исследования. – 2019. – № 2.

65. Тарабрина, Н. В. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы / Н. В. Тарабрина, О. А. Ворона, М. С. Курчакова. – Москва : Издательство Институт психологии РАН, 2010. – 175 с.

66. Тегако, Л. И. Дерматоглифика в современном научном познании человека / Л. И. Тегако, Е. Д. Кобылянский. – Минск : Белорусская наука, 2015. – 191 с.

67. Фирсова, Л. Д. Психологическое сопровождение носителей мутаций в генах, ассоциированных с наследственным раком молочной железы / Л. Д. Фирсова, В. В. Огарев, А. Канатбек кызы, Н. В. Ромашкина [и др.] // Качественная Клиническая практика. – 2023. – № 1. – С. 47-55. – DOI: 10.37489/2588-0519-2023-1-47-55.

68. Хить, Г. Л. Дерматоглифика в антропологии / Г. Л. Хить, И. Г. Широбоков, И. А. Славолубова. – Москва : Нестор-История, 2013. – 376 с.

69. Холецкая Н. М. Социально-психологическая диагностика смысловой сферы онкобольных / Н. М. Холецкая, В. П. Аберган / Материалы XII Международной научно-практической студенческой конференции. – Москва : Бестпринт, 2016. – С.293-295.

70. Холланд, Д. Новый международный стандарт качества ухода за пациентами с онкологическими заболеваниями Международного общества психо-онкологии (IPOS): интеграция психосоциального аспекта в ежедневный уход / Д. Холланд, М. Ватсон / Материалы Международной школы психосоциальной онкологии «Психосоциальный подход в клинической онкологии: от науки к практике». – Москва, 2013. – С. 8-14.

71. Холланд, Д. Психоонкология. История развития / Д. Холланд, Н. М. Ривкина // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – Т. 22, № 1. – С. 14-23.

72. Хромов, А. Б. Пятифакторный опросник личности : учебно-методическое пособие / А. Б. Хромов. – Курган : Издательство Курганского государственного университета, 2000. – 23 с.

73. Шестерина, Е. К. Особенности пальцевой и ладонной дерматоглифики мужчин с онкологической патологией щитовидной железы / Е. К. Шестерина, С. Б. Мельнов // Проблемы здоровья и экологии. – 2011. – Т. 30, № 4. – С. 116-119.

74. Щелкова, О. Ю. Влияние отношения к болезни на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей / О. Ю. Щелкова, Е. Б. Усманова // Вопросы онкологии. – 2017. – Т. 63, № 1. – С. 115-121.

75. Щербакова, Т. Н. Самоотношение и смысложизненные ориентации личности как предикторы успешности в условиях рисков неопределенности / Т. Н. Щербакова, Т. В. Лобода // Мир науки. Педагогика и психология. – 2024. – Т. 12, № 6. – URL: <https://mir-nauki.com/PDF/113PSMN624.pdf>.

76. Эвнина, К. Ю. Позитивные феномены и ценностно-смысловая сфера личности онкологического больного / К. Ю. Эвнина // Путь науки. – 2014. – № 10. – С. 121-122.

77. Aaronson, N. K. The European organization for research and treatment of cancer qlq-c30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology / N. K. Aaronson, S. Ahmedzai, B. Bergman // Journal of the National Cancer Institute. 1993. – Vol. 85, No. 5. – Pp. 365-376.

78. Ahmed-Popova, F. M. Dermatoglyphics-a possible biomarker in the neuro-developmental model for the origin of mental disorders / F. M. Ahmed-Popova, M. J. Mantarko, S. T. Sivkov, V. H. Akabaliev // Folia medica. – 2014. – Vol. 56, No. 1. – Pp. 5-10. – DOI: 10.2478/folmed-2014-0001.

79. Akbarova, S. N. Dermatoglyphics can be as method of behavior genetics / S. N. Akbarova // Education Sciences & Psychology. – 2018. – Vol. 4, No. 50. – Pp. 26-37.

80. Ametefe, D. S. Fingerprint pattern classification using deep transfer learning and data augmentation / D. S. Ametefe, S. S. Sarnin, D. M. Ali, Z. Z. Muhammad // Visual Computer. – 2022. – Vol. 39, No. 2. – Pp. 1-14. – DOI: 10.1007/s00371-022-02437-x.

81. Bergerot, C. D. Development and implementation of a comprehensive psychosocial screening program in a Brazilian cancer center / C. D. Bergerot, E. J. Philip, T. A. Schuler // Psychooncology. – 2016. – Vol. 25, No. 11. – Pp. 1343-1349. – DOI: 10.1002/pon.4275.

82. Bergner, M. The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure / M. Bergner, R. A. Bobbitt, W. B. Carter, B. S. Gilson // Medical Care. – 1981. – Vol.19, No. 8. – Pp. 787-805.

83. Bhimrao, M. A. An empirical study of dermatoglyphics fingerprint pattern classification for human behavior analysis / M. A. Bhimrao, B. Gupta // Social Network Analysis and Mining. – 2023. – Vol. 13, No. 79. – DOI: 10.1007/s13278-023-01072-1.

84. Bierman, H. R. Digital dermatoglyphics in mammary cancer / H. R. Bierman, M. R. Faith, M. E. Stewart // Cancer Investigation. – 1988. – No. 1. – Pp. 15-27.

85. Borji, A. Saliency prediction in the deep learning era: successes and limitations / A. Borji // IEEE Transactions on Pattern Analysis and Machine Intelligence. – 2021. – Vol. 43, No. 2. – Pp. 679-700. – DOI: 10.1109/TPAMI.2019.2935715.

86. Braeken, A. P. The usefulness and feasibility of a screening instrument to identify psychosocial problems in patients receiving curative radiotherapy: a process evaluation / A. P. Braeken, G. I. Kempen, D. Eekers // BMC Cancer. – 2011. – Vol. 11, No. 479. – DOI: 10.1186/1471-2407-11-479.

87. Braeken, A. P. Psychosocial screening effects on health-related outcomes in patients receiving radiotherapy. A cluster randomised controlled trial / A. P. Braeken, G. I. Kempen, D. B. Eekers, R. M. Houben [et al.] // Psychooncology. – 2013. – Vol. 22, No. 12. – Pp. 2736-2746. – DOI: 10.1002/pon.3340.

88. Bukelo, M.J. Study of finger print patterns in children with acute lymphoblastic leukemia / M. J. Bukelo, T. Kanchan, B. Unnikrishnan // *Forensic Science, Medicine and Pathology*. – 2011. – Vol. 7, No. 1. – Pp. 21-25. – DOI: 10.1007/s12024-010-9190-9.

89. Bultz, B. D. Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care / B. D. Bultz, L. E. Carlson // *Journal of Clinical Oncology*. – 2005. – Vol. 23, No. 26. – Pp. 6440-6441. – DOI: 10.1200/JCO.2005.02.3259.

90. Bultz, B. D. Implementing routine screening for distress, the sixth vital sign, for patients with head and neck and neurologic cancers / B. D. Bultz, A. Waller, J. Cullum // *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. – 2013. – Vol. 11, No. 10. – Pp. 1249-1261. – DOI: 10.6004/jnccn.2013.0147.

91. Bultz, B. D. Screening for distress, the 6th vital sign, as the connective tissue of health care systems: a roadmap to integrated interdisciplinary person-centred care / B. D. Bultz, M. J. Loscalzo, K. L. Clark // *Clinical Psycho-Oncology: An International Perspective*. Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons Ltd. – 2012. – Pp. 83-96.

92. Calderon, C. Social support, coping strategies and sociodemographic factors in women with breast cancer / C. Calderon, D. Gomez, A. Carmona-Bayonas [et al.] // *Clinical & translational oncology*. – 2021. – Vol. 23, No. 9. – Pp. 1955-1960.

93. Carlson, L. E. Screening alone is not enough: the importance of appropriate triage, referral, and evidence-based treatment of distress and common problems / E. Carlson // *Journal of Clinical Oncology*. – 2013. – Vol. 31, No. 29. – Pp. 3616-3617. – DOI: 10.1200/JCO.2013.51.4315.

94. Carlson, L. E. Online screening for distress, the 6th vital sign, in newly diagnosed oncology outpatients: randomised controlled trial of computerised vs personalised triage / L. E. Carlson, A. Waller, S. L. Groff // *British Journal of Cancer*. – 2012. – Vol. 107, No. 4. – Pp. 617-625. – DOI: 10.1038/bjc.2012.309

95. Carlson, L. E. Screening for distress in lung and breast cancer outpatients: a randomized controlled trial / L. Carlson, S. Groff, O. Maciejewski, B. Bultz // *The*

Journal of Clinical Oncology. – 2010. – Vol. 28, No. 33. – Pp. 4884-4891. – DOI: 10.1200/JCO.2009.27.3698.

96. Carlson, L. E. Cancer distress screening; needs, models, and methods / L. E. Carlson, B. D. Bultz // Journal of psychosomatic research. – 2003. – Vol. 55, No. 5. – Pp. 403-409. – DOI: 10.1016/s0022-3999(03)00514-2.

97. Carlson, L. E. Screening for distress, the sixth vital sign, in lung cancer patients: effects on pain, fatigue, and common problems – secondary outcomes of a randomized controlled trial / L. E. Carlson, A. Waller, S. L. Groff, B. D. Bultz // Psychooncology. – 2013. – Vol. 22, No. 8. – Pp. 1880-1888. – DOI: 10.1002/pon.3223.

98. Cella, D. Quality of Life: concepts and definition / D. Cella // Journal of Pain and Symptom Management. – 1993. – Vol. 9, No. 3. – Pp. 186-192. – DOI: 10.1016/0885-3924(94)90129-5.

99. Chen, W. C. Psychometric properties of the Chinese version of the Psychosocial Screen for Cancer (PSSCAN) part 1: Content validity and internal consistency / W. C. Chen, W. Y. Hsu, M. Y. Lee // Тайваньский журнал психиатрии. – 2005. – Vol. 19, No. 1. – Pp. 42-51.

100. Cherny, N. Taxonomy distress: including spiritual suffering and demoralization / N. Cherny // Journal of supportive oncology. 2010. – Vol. 8, No. 1. – Pp. 13-14.

101. Chiang, A. C. Incorporating patient-reported outcomes to improve emotional distress screening and assessment in an ambulatory oncology clinic / A. C. Chiang, S. B. Amport, D. Corjulo, K. L. Harvey [et al.] // Journal of Oncology Practice. – 2015. – Vol. 11, No. 3. – Pp. 219-222. – DOI: 10.1200/JOP.2015.003954.

102. Chintamani, K. R. Qualitative and quantitative dermatoglyphic traits in patients with breast cancer: a prospective clinical study / K. R. Chintamani, A. Mittal, S. Saijanani // BMC Cancer. – 2007. – Vol. 7, No. 44. – Pp. 1-5. – DOI: 10.1186/1471-2407-7-44.

103. Cimtay, Y. Fingerprint pattern classification by using various pre-trained deep neural networks / Y. Cimtay, B. Alkan, B. Demirel // European Journal of Science

and Technology Special. – 2021. – No. 24. – Pp. 258-261. – DOI: 10.31590/ejosat.903999.

104. Coyne, J. C. Benefits of screening cancer patients for distress still not demonstrated / J. C. Coyne // *The British Journal of Cancer*. – 2013. Vol. 108, No. 3. – Pp. 736-737. – DOI: 10.1038/bjc.2013.16.

105. Cummins, H. Finger prints, palms and soles. An introduction to dermatoglyphics / H. Cummins, C. Midlo. – New York : Dover Publications, Inc., 1961. – 319 p.

106. Derogatis, L. R. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report / L. R. Derogatis, R. S. Lipman, L. Covi // *Psychopharmacology Bulletin*. – 1973. – Vol. 9, No. 1. – Pp. 13-28.

107. Derogatis, L.R. The Brief Symptom Inventory: an introductory report / L. R. Derogatis, N. Melisaratos // *Psychological Medicine*. – 1983. – Vol. 13, No. 3. – Pp. 595-605.

108. Derogatis, L. R. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients / L. R. Derogatis, G. R. Morrow, J. Fetting // *JAMA*. – 1983. – Vol. 249, No. 6. – Pp. 751-757.

109. Dimitrova, T. Role of dermatoglyphics for breast cancer prevention and prognosis / T. Dmitrova // *Acta morphologica et anthropologica*. – 2021. – Vol. 28, No. 3-4. – Pp. 130-138.

110. Dlamini, Z. Artificial intelligence (AI) and big data in cancer and precision oncology / Z. Dlamini, F. Francies, R. Hull, R. Marima // *Computational and Structural Biotechnology Journal*. – 2020. – No. 18. – Pp. 2300-2311.

111. Dodia, V. S. The association of fingerprint patterns with oral potentially malignant disorders and oral cancer: a dermatoglyphic study / V. S. Dodia, S. P. Odedra, K. H. Shah, P. C. Monpara [et al.] // *Oral and Maxillofacial Pathologists. India*. – 2022. – Vol. 26, No. 3. – Pp. 420-425. – DOI: 10.4103/jomfp.jomfp_261_21.

112. Dolbeault, S. Screening for distress and supportive care needs during the initial phase of the care process: a qualitative description of a clinical pilot experiment

in a French cancer center / S. Dolbeault, B. Boistard, J. Meuric, L. Copel [et al.] // *Psychooncology*. – 2011. – Vol. 20, No. 6 – Pp. 585-593. – DOI: 10.1002/pon.1946.

113. Donovan, K. A. Advancing the science of distress screening and management in cancer care / K. A. Donovan, L. Grassi, T. L. Deshields, C. Corbett [et al.] // *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. – 2020. – No. 29. – Pp. e85. – DOI: 10.1017/s2045796019000799.

114. Duggento, A. Deep computational pathology in breast cancer / A. Duggento, A. Conti, A. Mauriello [et al.] // *Seminars in Cancer Biology*. – 2021. – No. 72. – Pp. 226-237.

115. Ehlers, S.L. Screening for psychosocial distress among patients with cancer: implications for clinical practice, healthcare policy, and dissemination to enhance cancer survivorship / S. L. Ehlers, K. Davis, S. M. Bluethmann, L. M. Quintiliani [et al.] // *Translational Behavioral Medicine*. – 2019. – Vol. 9, No. 2. – Pp. 282-291. – DOI: 10.1093/tbm/iby123.

116. Engel, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine / G. L. Engel // *Science*. – 1977. – Vol. 196, No. 4286. – Pp. 129-136.

117. Fitch, M. I. Screening for psychosocial distress: a brief review with implications for oncology nursing / M. I. Fitch, I. Nicoll, S. Burlein-Hall // *Healthcare*. – 2024. – Vol. 12., No. 21 – Pp. 2167-2184. – DOI: 10.3390/healthcare12212167.

118. Fradgley, E. A. A cross-sectional audit of current practices and areas for improvement of distress screening and management in Australian cancer services: is there a will and a way to improve? / E. A. Fradgley, E. Byrnes, K. McCarter // *Support Care Cancer*. – 2020. – Vol. 28, No. 1. – Pp. 249-259. – DOI: 10.1007/s00520-019-04801-5.

119. Gascon, B. Two-step screening for depression and anxiety in patients with cancer: a retrospective validation study using real-world data / B. Gascon, J. Elman, A. Macedo, Y. Leung [et al.] // *Current Oncology*. – 2024. – Vol. 31, No. 11. – Pp. 6488-6501. – DOI: 10.3390/curroncol31110481.

120. Geue, K. Prevalence of mental disorders and psychosocial distress in German adolescent and young adult cancer patients (AYA) / K. Geue, E. Brähler, H. Faller, M. Härter [et al.] // *Psychooncology*. – 2018. – Vol. 27, No. 7. – Pp. 1802-1809. – DOI: 10.1002/pon.4730.

121. Girgis, A. Screening for distress in survivorship / A. Girgis, A. B. Smith, I. Durcinoska // *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. – 2018. – Vol. 12, No. 1, – Pp. 86-91. – DOI: 10.1097/SPC.0000000000000328.

122. Goldberg, D. P. Detecting anxiety and depression in general medical settings / D. P. Goldberg, R. Gater, N. Sartorius, T. B. Ustun [et al.] // *British Medical Journal*. – 1988. – Vol. 297, No. 6653. – Pp. 897-899.

123. Götz, A. Evaluation of the adherence of distress screening with the distress thermometer in cancer patients 4 years after implementation / A. Götz, A. Kröner, J. Jenewein, R. Spirig // *Support Care Cancer*. – 2019. – Vol. 27, No. 8. – Pp. 2799-2807. – DOI: 10.1007/s00520-018-4579-1.

124. Götz, A. Wie erleben und beurteilen Pflegende das Screening von stationären onkologischen Patient_innen mit dem Belastung-stermometer? / A. Götz, A. Kröner, J. Jenewein, R. Spirig // *Pflege*. – 2021. – Vol. 34, No. 2. – Pp. 71-79. – DOI: 10.1024/1012-5302/a000790.

125. Graham-Wisener, L. Validation of the distress thermometer in patients with advanced cancer receiving specialist palliative care in a hospice setting / L. Graham-Wisener, M. Dempster, A. Sadler, L. McCann [et al.] // *Palliative Medicine*. – 2021. – Vol. 35, No. 1., – Pp. 120-129. – DOI: 10.1177/0269216320954339.

126. Grassi, L. Educational intervention in cancer outpatient clinics on routine screening for emotional distress: an observational study / L. Grassi, E. Rossi, R. Caruso, M. G. Nanni [et al.] // *Psychooncology*. – 2011. – Vol. 20, No. 6. – Pp. 69-74. – DOI: 10.1002/pon.1944.

127. Grassi, L. Psychosocial screening and assessment in oncology and palliative care settings / L. Grassi, R. Caruso, S. Sabato, S. Massarenti [et al.] // *Frontiers in Psychology*. – 2015. – Vol. 5., No. 1485. – Pp. 1-6. – DOI: 10.3389/fpsyg.2014.01485.

128. Günther, M. P. Severe mental illness in cancer is associated with disparities in psycho-oncological support / M. P. Günther, J. B. Schulze, J. Kirchebner, K. D. Jordan [et al.] // *Current Problems in Cancer*. – 2022. – Vol. 46, No. 3. – DOI: 10.1016/j.currproblcancer.2022.100849.

129. Günther, M.P. Uncovering barriers to screening for distress in patients with cancer via machine learning / M. P. Günther, J. Kirchebner, J. B. Schulze, A. Götz [et al.] // *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*. – 2022. – Vol. 63, No. 2. – Pp. 163-169. – DOI: 10.1016/j.jaclp.2021.08.004.

130. Guo, G. Unveiling intra-person fingerprint similarity via deep contrastive learning / G. Guo, A. Ray, M. Izydorczak, J. Goldfeder [et al.] // *Science Advances*. – 2024. – Vol. 10, No. 2. – Pp. 1-11. – DOI: 10.1126/sciadv.adi0329.

131. Hahn, E. E. Effect of a community-based medical oncology depression screening program on behavioral health referrals among patients with breast cancer: a randomized clinical trial / E. E. Hahn, C. E. Munoz-Plaza, D. Pounds // *The Journal of the American Medical Association*. – 2022. – Vol. 327, No. 1. – Pp. 41-49. – DOI:10.1001/jama.2021.22596.

132. Harbeck, E. Screening for distress in women with gynaecological cancer: adaptation of the distress thermometer for gynaecological oncology patients / E. Harbeck, S. Chambers, J. Porter-Steele, D. Anderson [et al.] // *The European Journal of Cancer Care*. – 2021. – No. 30 – Pp. e13486.

133. Herschbach, P. Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire / P. Herschbach, M. Keller, L. Knight, T. Brandl [et al.] // *British Journal of Cancer*. – 2004. – Vol. 91. No. 3. – Pp. 504-511. – DOI: 10.1038/sj.bjc.6601986.

134. Hess, C. B. Optimal frequency of psychosocial distress screening in radiation oncology / C. B. Hess, M. Singer, A. Khaku, J. Malinou [et al.] // *JCO Oncology Practice*. – 2015 –Vol. 11, No. 4. – Pp. 298-302. – DOI: 10.1200/JOP.2014.003392.

135. Ho, Y. Y. W. Common genetic variants influence whorls in fingerprint patterns / Y. Y. W. Ho, D. M. Evans, G. W. Montgomery, A. K. Henders [et al.] // *Journal*

of Investigative Dermatology. – 2016. – Vol. 136, No. 4. – Pp. 859-862. – DOI: 10.1016/j.jid.2015.10.062.

136. Holland, J. C. Distress screening and the integration of psychosocial care into routine oncologic care / J.C. Holland // Journal of the National Comprehensive Cancer Network. – 2013. – Vol. 11, No. 5. – Pp. 687-689. – DOI: 10.6004/jnccn.2013.0202.

137. Holland, J. C. Psychooncology: Where are we, and where are we going? / J.C. Holland // Journal of Psychosocial Oncology. – 1992. – Vol. 10, No. 2. – Pp. 103-110.

138. Holland, J. The IPOS new international standard of quality cancer care: integrating the psychosocial domain into routine care / J. Holland, M. Watson, J. Dunn // Psycho-Oncology. – 2011. – Vol. 20, No. 7. – Pp. 677-680. – DOI: 10.1002/pon.1978.

139. Howell, D. A Pan-Canadian clinical practice guideline: psychosocial and supportive care of adults with cancer / D. Howell, S. Currie, S. Mayo, G. Jones [et al.] // Part I: Psychosocial health care needs assessment and Screening for Distress. Canadian Association of Psychosocial Oncology, Toronto, 2009. – 67 p.

140. Howell, D. Cancer distress screening data: translating knowledge into clinical action for a quality response / D. Howell, T. F. Hack, E. Green, M. Fitch // Palliat Support Care. – 2014. – Vol. 12, No. 1. – Pp. 39-51. – DOI: 10.1017/S1478951513000382.

141. Hund, B. Stressors, symptom profile, and predictors of adjustment disorder in cancer patients. Results from an epidemiological study with the composite international diagnostic interview, adaptation for oncology (cidi-o) / B. Hund, K. Reuter, M. Härter, E. Brähler [et al.] // Depress Anxiety. – 2016. – Vol. 33, No. 2. – Pp. 153-161. – DOI: 10.1002/da.22441.

142. Hurray, A. Understanding changing trends to study human behavior through quantitative and qualitative assessment through dermatoglyphics / A. Hurray

// International Journal of Social Science and Humanity. – 2017. – Vol. 7, No. 9. – Pp. 635-639. – DOI: 10.18178/ijssh.2017.7.9.898.

143. Idrissi, A. Palmprint recognition using state-of-the-art local texture descriptors: a comparative study / A. Idrissi, Y. Merabet, Y. Ruichek // IET Biometrics. – 2020. – Vol. 9, No. 4. – Pp. 143-153.

144. Jacobsen, P. B. A new quality standard: the integration of psychosocial care into routine cancer care / P. B. Jacobsen, L. I. Wagner // The Journal of Clinical Oncology. – 2012. – Vol. 30, No. 11. – Pp. 1154-1159. – DOI: 10.1200/JCO.2011.39.5046.

145. Jacobsen, P. B. The utility of the Fatigue Symptom Inventory (FSI) in cancer patients / P. B. Jacobsen, M. A. Weitzner, H. Wagner // Psycho-Oncology. – 1997. – No. 6 (Suppl. 2). – Pp. 32.

146. Kerrihard, T. Anxiety in patients with cancer and human immunodeficiency virus / T. Kerrihard, W. Breitbart, R. Dent, D. Strout // Semin Clin Neuropsychiatry. – 1999. – No. 4. – Pp. 114-132.

147. Koehler, M. Future now – implementation of computer-assisted distress screening: expert-based consensus recommendations for use in routine oncological care / M. Koehler, B. Hornemann, B. Holzner, N. Schäffeler [et al.] // Der Onkologe. – 2017. – Vol. 23. – Pp. 453-461.

148. Lam, W. W. T. Implementing a nurse-led screening clinic for symptom distress with community-based referral for cancer survivors: a feasibility study / W. W. T. Lam, D. W. L. Ng, R. Fielding, V. Sin [et al.] // Psychooncology. – 2024. – Vol. 33, No 1. – Pp. e6261. – DOI: 10.1002/pon.6261.

149. Lazenby, M. Psychosocial distress screening: an educational program's impact on participants' goals for screening implementation in routine cancer care / M. Lazenby, E. Ercolano, A. Knies, N. Pasacreta [et al.] // The Clinical Journal of Oncology Nursing. – 2018. – Vol. 22, 3. – Pp. 85-91. – DOI: 10.1188/18.CJON.E85-E91.

150. Lazenby, M. The five steps of comprehensive psychosocial distress screening / M. Lazenby, H. Tan, N. Pasacreta, E. Ercolano [et al.] // *Current oncology reports*. – 2015. – Vol.17, No. 5. – Pp. 447-452. – DOI: 10.1007/s11912-015-0447-z.

151. LeCouteur, A. Brief psychological distress screening on a cancer helpline: how nurses introduce, and callers respond to, the distress thermometer / A. LeCouteur, C. Lehmann, V. Knott // *The European Journal of Oncology Nursing*. – 2021. – No. 53. – DOI: 10.1016/j.ejon.2021.101986.

152. LeShan, L. An emotional life-history pattern associated with neoplastic disease / L. LeShan // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 1966. – Vol. 125. No. 3, – Pp. 780-793. – DOI: 10.1111/j.1749-6632.1966.tb45427.x.

153. Levin, T. Psychooncology – the state of its development in 2006 / T. Levin, D. W. Kissane // *The European Journal of Psychiatry*. – 2006. – Vol. 20, No. 3. – Pp. 183-197. – DOI: 10.4321/S0213-61632006000300006.

154. Lewinson, R.T. Machine learning for prediction of cutaneous adverse events in patients receiving anti-PD-1 immunotherapy / R.T. Lewinson, D.E. Meyers, I.A. Vallerand, A. Suo [et al.] // *Journal of the American Academy of Dermatology*. – 2021. – No. 84. – Pp. 183-185.

155. Linden, W. Development and validation of a psychosocial screening instrument for cancer / W. Linden, D. Yi, M. C. Barroetavena, R. MacKenzie [et al.] // *Health Qual Life Outcomes*. – 2005. – Vol. 3., No. 54. – Pp. 1-7. – DOI: 10.1186/1477-7525-3-54.

156. Loscalzo, M. Support Screen: a model for improving patient outcomes at your fingertips / M. Loscalzo, K. Clark, J. Dillehunt, R. Rinehart [et al.] // *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. – 2010. – Vol. 8, No 4. – Pp. 496-504. – DOI: 10.6004/jnccn.2010.0036.

157. Machado, J. F. Digital dermatoglyphic heritability differences as evidenced by a female twin study / J. F. Machado, P. R. Fernandes, R. W. Roquetti // *Twin Research and Human Genetics*. – 2010. – Vol. 13, No. 5. – Pp. 482-489. – DOI: 10.1375/twin.13.5.482.

158. Massie, M. J. Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders / M. J. Massie, J. C. Holland // *Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. Oxford University Press. – 1989. – Pp. 273-282.

159. Massie, M. J. Prevalence of depression in patients with cancer / M. J. Massie // *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*. – 2004. – No. 32. – Pp. 57-71. – DOI: 10.1093/jncimonographs/lgh014.

160. McCarter, K. Interventions to improve screening and appropriate referral of patients with cancer for psychosocial distress: systematic review / K. McCarter, B. Britton, A. L. Baker // *BMJ Open*. – 2018. – Vol. 8, No. 1. – Pp. e017959. – DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017959.

161. McElroy, J. A. Systematic review of the trajectory patterns of distress over the cancer continuum among people living with cancer in the United States / K. Weston, K. Spence, G. Wilson // *Medical Research Archives*. – 2024. – Vol. 12, No. 2. – Pp. 151-161.

162. McElroy, J. A. The effectiveness of psychosocial distress screening in adult cancer patients: a systematic review / J. A. McElroy, T. M. Day, M. Becevic // *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2022.

163. Mcfarland, D. C. Physical problem list accompanying the distress thermometer: its associations with psychological symptoms and survival in patients with metastatic lung cancer / D. C. Mcfarland, D. R. Jutagir, A. Miller, C. Nelson // *Psycho-Oncology*. – 2020. – Vol. 29, No. 5. – Pp. 910-919. – DOI: 10.1002/pon.5367.

164. McLeod, D. Enhancing clinical practice in the management of distress: the therapeutic practices for distress management (TPDM) project / D. McLeod, M. J. Esplen, J. Wong, T. F. Hack [et al.] // *Psychooncology*. – 2018. – Vol. 27, No. 9. – Pp. 2289-2295. – DOI: 10.1002/pon.4831.

165. McNair, D. M. Manual for the Profile of Mood States (POMS) / D. M. McNair, M. Lorr, L. F. Droppleman // San Diego, California : Educational and Industrial Testing Service. – 1992.

166. McTigue, O. Dermatoglyphics: a comparison of schizophrenia and bipolar disorder / O. McTigue, M. Clarke, M. Gervin., M. Kamali [et al.] // Schizophrenia research. – 2003. – Vol. 60, No. 1. – Pp. 45-55. – DOI: 10.1016/s0920-9964(03)80132-9.

167. Mehnert, A. Die deutsche Version des NCCN distress-thermometers: empirische prüfung eines screening-instruments zur erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten / A. Mehnert, D. Müller, C. Lehmann, U. Koch // Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. – 2006. – Vol. 54, No. 3. – Pp. 213-223. – DOI: 10.1024/1661-4747.54.3.213.

168. Mitchell, A. J. Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra short methods of detecting cancer related mood disorders / A. J. Mitchell // Journal of Clinical Oncology. – 2007. – Vol. 25, No. 29. – Pp. 4670-4681. – DOI: 10.1200/JCO.2006.10.0438.

169. Mitchell, A. J. Screening for distress and depression in cancer settings: 10 lessons from 40 years of primary-care research / A. J. Mitchell, A. Vahabzadeh, K. Magruder // Psycho-Oncology. – 2011. – Vol. 20, No. 6. – Pp. 572-584. – DOI: 10.1002/pon.1943.

170. Mitchell, A. J. Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it un-successful? / A. J. Mitchell // Acta Oncologica. – 2013. – Vol. 52, No. 2, – Pp. 216-224. – DOI: 10.3109/0284186X.2012.745949.

171. Mystakidou, K. The hospital anxiety and depression scale in greek cancer patients: psychometric analyses and applicability / K. Mystakidou, E. Tsilika, E. Pappam [et al.] // Supportive Care in Cancer. – Vol. 12, No. 12. – Pp. 821-825.

172. Neal, J. W. Distress screening through patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) at an academic cancer center and network site: implementation of a hybrid model / J. W. Neal, M. Roy, K. Bugos, C. Sharp [et al.] // Journal of Oncology Practice. – 2021. – Vol. 17, No. 11. – Pp. 1688-1697. – DOI: 10.1200/OP.20.00473.

173. Nguyen, T. Q. Screening for psychological distress in Vietnamese cancer patients: an evaluation of the distress thermometer / T. Q. Nguyen, T. M. Do, T. A. Pham // *Cancer Medicine*. – 2021. – No. 10. – Pp. 7793-7803. – DOI: 10.1002/cam4.4298.

174. Nussbeck, A. A. Mutation in a skin-specific isoform of SMARCA4 causes autosomal-dominant adermatoglychia / A. Nussbeck, B. Burger, D. Fuchs-Telem, M. Pavlovsky [et al.] // *The American Journal of Human Genetics*. – 2011. – Vol. 89, No. 2. – Pp. 302-307. – DOI: 10.1016/j.ajhg.2011.07.004.

175. O'Connor, M. Detecting distress: introducing routine screening in a gynecologic cancer setting / M. O'Connor, P. B. Tanner, L. Miller, K. J. Watts [et al.] // *The Clinical Journal of Oncology Nursing*. – 2017. – Vol. 21, No. 1. – Pp. 79-85. – DOI: 10.1188/17.cjon.79-85.

176. Okuyama, T. Current status of distress screening in designated cancer hospitals: a cross-sectional nationwide survey in Japan / T. Okuyama, Y. Kizawa, T. Morita // *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. – 2016. – Vol. 14, No. 9. – Pp. 1098-1104. – DOI: 10.6004/jnccn.2016.0119.

177. Omoro, S. A. Swahili version of the University of Washington Quality of Life questionnaire: validation and reliability in patients with head and neck cancer in Kenya / S. A. Omoro, J. R. Fann, E. A. Weymuller, I. M. Macharia [et al.] // *Head & Neck*. – 2006. – Vol. 28, No 1. – Pp. 1-13.

178. Ostovar, S. Prevalence of psychological distress among cancer patients in Southeast Asian countries: A systematic review / S. Ostovar, A. Modarresi Chahardehi, I. H. MohdHashim, A. Othman, J. Kruk [et al.] // *European Journal of Cancer Care*. 2022. – Vol. 31, No. 6. (e13669). – Pp. 1-13. – DOI: 10.1111/ecc.13669.

179. Ownby, K. K. Use of the Distress Thermometer in Clinical Practice / K. K. Ownby // *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*. – 2019. – No. 10. – Pp. 175-179.

180. Ozalp, E. Psychiatric morbidity and its screening in Turkish women with breast cancer: a comparison between the HADS and SCID tests / E. Ozalp,

H. Soygür, E. Cankurtaran, L. Turhan, D. Akbiyik, P. Geyik // *Psychooncology*. – 2008. – Vol. 17, No. 7. – Pp. 1668-675.

181. Payne, S. A. A study of quality of life in cancer patients receiving palliative chemotherapy / S. A. Payne // *Social Science & Medicine*. – 1992. – Vol. 35, No. 12. – Pp. 1505-1509. – DOI: 10.1016/0277-9536(92)90053-s.

182. Pettingale, K. W. Mental attitudes to cancer: an additional prognostic factor / K. W. Pettingale, T. Morris, S. Greer, J. L. Haybittle // *The Lancet*. – 1985. – Vol. 1, No. 8431. – DOI: 10.1016/s0140-6736(85)91283-8.

183. Pirl, W. F. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients / W. F. Pirl // *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*. – 2004. – No. 32. – Pp. 32-39. – DOI: 10.1093/jncimonographs/lgh026.

184. Pirl, W. F. Recommendations for the implementation of distress screening programs in cancer centers: report from the American Psychosocial Oncology Society (APOS), Association of Oncology Social Work (AOSW), and Oncology Nursing Society (ONS) joint task force / W. F. Pirl, J. R. Fann, J. A. Greer, I. Braun, [et al.] // *Cancer*. – 2014. – Vol. 120, No. 19. – Pp. 2946-2954. – DOI: 10.1002/cncr.28750.

185. Raizada, A. A cross-sectional study on the palmar dermatoglyphics in relation to carcinoma breast patients / A. Raizada, V. Johri, T. Ramnath, D. Chowdhary [et al.] // *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. – 2013. – Vol. 7, No. 4. – Pp. 609-612. – DOI: 10.7860/JCDR/2013/4689.2864.

186. Ratnasekera, N. Initiation of distress screening in oral cancer clinics in Sri Lanka / N. Ratnasekera, I. Perera, P. Kandapola Arachchige [et al.] // *Psychooncology*. – 2023. – Vol. 32, No. 7. – Pp. 1013-1021. – DOI: 10.1002/pon.6098.

187. Reed, T. High heritability of fingertip arch patterns in twin-pairs / T. Reed, R. J. Viken, S. A. Rinehart // *The American Journal of Medical Genetics. Part A*. – 2006. – Vol. 140, No. 3. – Pp. 263-271. – DOI: 10.1002/ajmg.a.31086.

188. Reich, W. *The Cancer Biopathy*. / W. Reich. New York: Farrar, Straus and Giroux. – 1973. (first published 1948). – 504 p.

189. Rylance, R. Grant giving: Global funders to focus on interdisciplinarity / R. Rylance // *Nature*. – 2015. – No. 525. – Pp. 313-315. – DOI: 10.1038/525313a.
190. Saeed, F. Automatic fingerprint classification using deep learning technology (DeepFKTNet) / F. Saeed, M. Hussain, H. Aboalsamh // *Mathematics*. – 2022. – Vol. 10, No. 8. – Pp. 1285-1302. – DOI: 10.3390/math10081285.
191. Schorr, M. Distress levels in patients with oropharyngeal vs. non-oropharyngeal squamous cell carcinomas of the head and neck over 1 year after diagnosis: a retrospective cohort study / M. Schorr, L. E. Carlson, H. Y. Lau, L. Zhong [et al.] // *Support Care Cancer*. – 2017. – Vol. 25, No. 10. – Pp. 3225-3233. – DOI: 10.1007/s00520-017-3733-5.
192. Seifert, R. Artificial intelligence and machine learning in nuclear medicine: future perspectives / R. Seifert, M. Weber, E. Kocakavuk, C. Rischpler [et al.] // *Seminars in Cancer Biology*. – 2021. – No. 51. – Pp. 170-177.
193. Sharpe, M. Major depression in outpatients attending a regional cancer centre: screening and unmet treatment needs / M. Sharpe, V. Strong, K. Allen, R. Rush [et al.] // *British Journal of Cancer*. – 2004. – Vol. 90, No. 2. – Pp. 314-320. – DOI: 10.1038/sj.bjc.6601578.
194. Shim, E. J. Health-related quality of life in breast cancer: a cross-cultural survey of German, Japanese, and South Korean patients / E. J. Shim, A. Mehnert, A. Koyama, S. J. Cho [et al.] // *Breast Cancer Research and Treatment*. – 2008. – Vol. 107, No. 1. – Pp. 135-140.
195. Simnacher, F. A short screening tool identifying systemic barriers to distress screening in cancer care / F. Simnacher, A. Götz; S. Kling, J. B. Schulze [et al.] // *Cancer Medicine*. – 2023. – No. 12. – Pp. 17313-17321.
196. Smith, T. G. Oncology team perspectives on distress screening: a multisite study of a well-established use of patient-reported outcomes for clinical assessment / T. G. Smith, A. E. Beckwitt, L. V. van de Poll-Franse, J. E. Bontemps-Jones [et al.] // *Support Care Cancer*. – 2022. – Vol. 30, No. 2. – Pp. 1261-1271. – DOI: 10.1007/s00520-021-06458-5.

197. Spielberger, C. D. Manual for the state-trait anxiety inventory / C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. E. Lushene // Palo Alto, California : Consulting Psychologists Press. – 1970. – 24 p.

198. Sridevi, N. S. Palmar dermatoglyphics in carcinoma breast of Indian women / N. S. Sridevi, W. Delphine, C. R. Silvia, R. Kulkarni [et al.] // Romanian Journal of Morphology and Embryology. – 2010. – Vol. 51, No. 3. – Pp. 547-550.

199. Stark, D. P. Anxiety in cancer patients / D. P. Stark, A. House // British Journal of Cancer. – 2000. – Vol. 83, No. 10. – Pp. 1261-1267. – DOI: 10.1054/bjoc.2000.1405.

200. Stout, N. L. Implementing process improvements to enhance distress screening and management / N. L. Stout, C. Street, P. Policicchio, J. Summers [et al.] // Supportive Care in Cancer. – 2023. – Vol. 31, No. 6. – Pp. 1-10. – DOI: 10.1007/s00520-023-07821-4.

201. Sun, H. A systematic review and meta-analysis of the distress thermometer for screening distress in Asian patients with cancer / H. Sun, S. Thapa, B. Wang, X. Fu [et al.] // The Journal of Clinical Psychology. Med. Settings. – 2021. – No. 28. – Pp. 12-20. – DOI: 10.1007/s10880-020-09705-9.

202. Turner, J. National Breast Cancer Centre (Sydney, Australia). National Cancer Control Initiative. Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer / J. Turner, S. Zapart, K. Pedersen, N. Rankin [et al.] // Psychooncology. – 2005. – Vol. 14, No. 3. – Pp. 159-173. – DOI: 10.1002/pon.897.

203. Van Dam, F. S. A. M. A standardized interview for quality-of-life measurement in cancer patients / F. S. A. M. van Dam, A. C. G. Linssen, A. L. Couzijn // New York: Proceedings of the 3rd international symposium on detection and prevention of cancer. – 1976.

204. Van't Spijker, A. Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980 / A. Van't Spijker, R. W. Trijsburg, H. J. Duivenvoorden // Psychosomatic Medicine. – 1997. – Vol. 59, No. 3. – Pp. 280-293. – DOI: 10.1097/00006842-199705000-00011.

205. Varlamova, E. V. Machine learning meets cancers / E. V. Varlamova, M. A. Butakova, V. V. Semyonova, S. A. Soldatov [et al.] // *Cancers (Basel)*. – 2024. – Vol. 16, No. 6. – Pp. 1100. – DOI: 10.3390/cancers16061100.
206. Venkatesh, E. Palmar dermatoglyphics in oral leukoplakia and oral squamous cell carcinoma patients / E. Venkatesh, A. Bagewadi, V. Keluskar, A. Shetty // *Journal of Indian Academy of Oral Medicine & Radiology*. – 2008. – Vol. 20, No. 3. – Pp. 94-99. – DOI: 10.4103/0972-1363.52774.
207. Venurkar, S. Decoding Human Personality Through Dermatoglyphics / S. Venurkar, T. Srivastava, S. Shukla, S. Acharya [et al.] // *Cureus*. – 2022. – Vol. 14, No. 10. – Pp. 1-9. – DOI: 10.7759/cureus.30445.
208. Verbov, J. Clinical significance and genetics of epidermal ridges – a review of dermatoglyphics / J. Verbov // *Journal of investigative dermatology*. – 1970. – Vol. 54, No. 4. – Pp. 261-271.
209. Vodermaier, A. Screening for emotional distress in cancer patients: a systematic review of assessment instruments / A. Vodermaier, W. Linden, C. Siu // *The Journal of the National Cancer Institute*. – 2009. – Vol. 101, No. 21. – Pp. 1464-1488. – DOI: 10.1093/jnci/djp336.
210. Watanabe, S. M. The Edmonton Symptom Assessment System, a proposed tool for distress screening in cancer patients: development and refinement / S. M. Watanabe, C. L. Nekolaichuk, C. Beaumont // *Psychooncology*. – 2012. – No. 21. – Pp. 977-985.
211. Watson, L. Evaluating the impact of provincial implementation of screening for distress on quality of life, symptom reports, and psychosocial well-being in patients with cancer / L. Watson, S. Groff, R. Tamagawa // *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*. – 2016. – Vol. 14, No. 2. – Pp. 164-172. – DOI: 10.6004/jnccn.2016.0019.
212. Watson, M. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study / M. Watson, J. S. Haviland, S. Greer, J. Davidson [et al.] // *The Lancet*. – 1999. – Vol. 354, No. 9187. – Pp. 1331-1336. – DOI: 10.1016/S0140-6736(98)11392-2.

213. Weldon, C. B. Correlates of distress for cancer patients: results from multi-institution use of holistic patient-reported screening tool / C. B. Weldon, J. I. Gerhart, F. Penedo, K. Paramjeet [et al.] // *Journal of Clinical Oncology*. – 2019. – Vol. 37, No.15. – Pp. 11587-11587. – DOI: 10.1200/JCO.2019.37.15_suppl.11587.

214. Wijerathne, B. T. B. The status of dermatoglyphics as a biomarker of Tel-Hashomer camptodactyly syndrome: a review of the literature / B. T. B. Wijerathne, R. J. Meier, S. B. Agampodi // *Journal of Medical Case Reports*. – 2016. – Vol. 10, No. 1. – Pp. 1-6. – DOI: 10.1186/s13256-016-1048-7.

215. Wild, C. P. World cancer report: cancer research for cancer prevention / C. P. Wild, E. Weiderpass, B. W. Stewart // International agency for research on cancer. Lyon (France). – 2020. – Pp. 16-22.

216. Wolf, J. Metabolite biomarkers of response (BoRs): towards a fingerprint for the evolution of metastatic breast cancer / J. Wolf, C. Dong, M. O'Day // *Progress in Biophysics and Molecular Biology*. – 2021. – No. 165. – Pp. 8-18. – DOI: 10.1016/j.pbiomolbio.2021.08.005.

217. Wu, X. Palmprint classification using principal lines / X. Wu, D. Zhang, K. Wang, B. Huang // *Pattern Recognition*. – 2004. – Vol. 37, No. 10. – Pp. 1987-1998. – DOI: 10.1016/j.patcog.2004.02.015.

218. Zabora, J. A new psychosocial screening instrument for use with cancer patients / J. Zabora, K. Brintzenhofesoc, P. Jacobsen, B. Curbow [et al.] // *Psychosomatics*. – 2001. – Vol. 42, No. 3. – Pp. 241-246. – DOI: 10.1176/appi.psy.42.3.241.

219. Zabora, J. R. An efficient method for psychosocial screening of cancer patients / J. R. Zabora, R. Smith-Wilson, J. H. Fetting, J. P. Enterline // *Psychosomatics*. – 1990. – Vol. 31, No. 2. – Pp. 192-196. – DOI: 10.1016/S0033-3182(90)72194-9.

220. Zwahlen, D. Understanding why cancer patients accept or turn down psycho-oncological support: a prospective observational study including patients and clinicians perspectives on communication about distress / D. Zwahlen, T. Tondorf, S. Rothschild // *BMC Cancer*. – 2017. – Vol. 17 (1), No. 385. – Pp. 1-10. – DOI: 10.1186/s12885-017-3362-x.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ОГЛАВЛЕНИЕ ПРИЛОЖЕНИЙ

	стр.
Приложение 1. Анкета.....	155
Приложение 2. Клинические примеры программ психологического сопровождения онкопациентов.....	157
Приложение 3. Методические рекомендации по организации скрининговой психодиагностики онкопациентов в условиях стационара.....	167
Приложение 4. Примеры тепловых карт ладоней	172

АНКЕТА

Вам предлагается ответить на ряд вопросов, вписав или подчеркнув нужный вариант ответа:

Фамилия, имя, отчество:

Половая принадлежность:

Телефон:

Email:

Возраст:

Профессия:

Уровень дохода:

Диагноз:

Дата постановки диагноза:

Семейное положение: холост / не замужем / официально женат / замужем / незарегистрированный брак / разведён / разведена / вдова / вдовец

Есть ли у вас дети: нет / один / двое / трое и более

Вы проживаете в: городе / сельской местности

Образование: неоконченное среднее / полное среднее / среднее специальное / незаконченное высшее / полное высшее / ученая степень

Уровень дохода: ниже среднего / средний / выше среднего / высокий

Я могу назвать свое детство счастливым: да / нет

Я могу назвать свою жизнь счастливой: да / нет

Хотели бы Вы бесплатно получать психологическую помощь онлайн, - индивидуально и в группе психологической поддержки для пациентов с онкозаболеваниями (видеоконференции / очно)?

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я добровольно, по своей воле и в своих интересах даю согласие на использование и хранение моих персональных данных для проведения психологического тестирования.

Подпись:

Дата:

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ (согласно списку)

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ ПРОГРАММ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ОНКОПАЦИЕНТОВ

Клинический случай № 1

Респондент № 1. Злокачественное новообразование С90.3

Пол: мужской. Возраст: 55 лет

Результаты психодиагностики: Баллы по методике изучения ценностных ориентаций: 5, 4, 1, 10, 8, 2, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 3, 18, 17, 6; 5, 3, 18, 7, 2, 6, 10, 9, 1, 11, 12, 13, 14, 17, 15, 16, 4. Баллы по тесту смысловых ориентаций: 42, 30, 34, 25, 39, 127. Баллы по опроснику способов совладающего поведения: 66, 44, 80, 72, 66, 54, 100, 61. Баллы по пятифакторному опроснику личности: 37, 30, 31, 59, 44. Баллы по опроснику качества жизни: 18; 18; 15; 18; 17; 17. Баллы по опроснику выраженности психопатологической симптоматики: 0, 16; 0, 1; 0, 77; 0, 0, 3; 0, 33; 0, 0, 66; 0, 0, 23; 2, 1.

Психологический статус пациента: по результатам тестирования пациента выявлено:

- приоритизация терминальных ценностей «Здоровье» (1), «Любовь» (2), «Счастливая семейная жизнь» (3), низшие ранги занимают «Развлечение» (15), «Свобода» (16), «Творчество» (17), «Счастье других» (18). Приоритизация инструментальных ценностей «Ответственность» (1), «Исполнительность» (2), «Воспитанность» (3), низшие ранги занимают «Искренность» (16), «Терпимость» (17), «Высокие запросы» (18);

- высоко сохранные целевые ориентации («Цели в жизни» – максимальные 42 балла), результативность жизни, осмысленность жизни, локус контроля – жизнь, соответственно, 127, 39, 34 балла. Показатель по остальным шкалам находятся в пределах средних значений;

- преобладающие копинг-стратегии «Планирование решения» (100) и «Самоконтроль» (80). Использование остальных копинг-стратегий находится на умеренных значениях. Реже используются стратегии «Дистанцирование» (44), «Бегство-избегание» (54);

- профиль личности характеризуется низкими значениями по факторам интроверсия/экстраверсия (37), обособленность/привязанность (30), импульсивность/самоконтроль (31). Эмоциональная устойчивость/эмоциональная неустойчивость (59) на высоком уровне, практичность/экспрессивность (44) на среднем уровне;

- высокие показатели качества жизни на уровне «отлично» по шкалам «Физическая сфера» (18); «Психическая сфера» (18); «Уровень независимости» (15); «Социальные взаимоотношения» (18); «Окружающая среда» (17); «Духовная сфера» (17);

- показатели опросника психопатологической симптоматики по шкалам и общему индексу тяжести симптомов ($GSI=0,23$) находятся в пределах границ нормы. Выражены «Паранойяльность» (0,66) и «Межличностная сензитивность» (0,77). Индекс наличия симптоматического дистресса (PSDI) повышен и составляет 2,1.

Оценка психологического статуса пациента. Психологический статус пациента характеризуется высокими показателями качества жизни во всех сферах и наличием незначительного дистресса. Высший приоритет ценности «Здоровье» при реальной угрозе потенциально может нести риск экзистенциального кризиса. Низкий приоритет ценностей «Развлечение», «Свобода», «Творчество», «Счастье других» лишает получения внутренних ресурсов, необходимых для выздоровления. Приоритизация ценностей «Любовь», «Счастливая семейная жизнь», «Ответственность» свидетельствует о важности отношений в семье и может использоваться в качестве ресурса личности. Использование активных копинг-стратегий помогает противостоять трудностям, пациент не склонен к их пассивному избеганию. Высокий уровень использования самоконтроля может приводить к подавлению эмоций и росту внутреннего напряжения. Обособленность может свидетельствовать о вытеснении и отрицании проблем. Средний показатель «Процесс жизни» при высоких «Целях в жизни» говорит о том, что пациент может не уметь получать удовольствие от текущего момента, от простых вещей, жизнь воспринимается как движение к цели, а не как сам путь. Низкие показатели по интроверсии, а также низкий ранг ценностей «Искренность» и «Терпимость» могут указывать на закрытость, сложность в прямом выражении эмоций и потребностей, что ведет к напряжению. На момент тестирования у пациента отсутствуют депрессия, тревога и фобии. Паранойяльные тенденции и межличностная сензитивность могут осложнять контакт с медперсоналом. Это важный ориентир для построения контакта. С учетом выраженной интроверсии рекомендуется индивидуальная работа.

Мишени психокоррекции. Снижение психоэмоционального напряжения и дистресса ($PSDI=2.1$). Повышение психологической адаптации пациента в условиях онкологического заболевания через поиск новых смыслов в ситуации болезни и обучение гибким копинг-стратегиям, усиление внутренних личностных ресурсов. Перебалансировка ценностной сферы. Развитие навыков осознанности и умения получать удовольствие от процесса. Снижение показателей по использованию копинг-стратегий «Самоконтроль» и «Планирование решения проблемы» с одновременным ростом «Дистанцирования» и «Положительной переоценки». Укрепление семейной системы, группы социальной поддержки, восстановление старых связей. Работа с коммуникацией и доверием для снижения сензитивности и паранойяльных тенденций (прозрачность информации от онкологов, чтобы не подпитывать недоверие).

Конкретные психологические инструменты. Когнитивно-поведенческие техники: выявление иррациональных установок, связанных с контролем. Смыслоориентированная и экзистенциальная работа (Логотерапия). Развитие навыков эмоциональной саморегуляции и снижение контроля. Релаксирующие техники. Техники осознанности (Mindfulness).

Мониторинг и динамическая оценка. Регулярное тестирование уровня дистресса (1 раз в 4 недели). Программа подлежит адаптации под динамику состояния пациента.

Дополнительные рекомендации. Включение в группы поддержки для онкопациентов (при готовности пациента).

Критерии эффективности. Реалистичные цели, максимальная адаптация к сложной жизненной ситуации. Формирование сбалансированной системы ценностей, не зависящей только от состояния физического здоровья. Улучшение психологического качества жизни. Восстановление повседневной активности, улучшении контакта с близкими, снижение уровня недоверия и отстраненности. Снижение индекса PSDI до средне нормативных значений. Повышение вариативности копинг-стратегий.

Продолжение Приложения 2

Клинический пример № 2

ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Респондент № 7. Диагноз: C50. протоковая карцинома левой молочной железы

Пол: женский. Возраст: 39 лет

*Программа построена на основании
результатов комплексной скрининговой психодиагностики пациента*

Результаты психодиагностики: Баллы по методике изучения ценностных ориентаций: 3,6,18,1,4,10,11,15,7,8,9,13,12,17,16,14,2,5 (список А); 2,13,6,7,16,9,10,11,4,1,5,15,17,12,8,14,18,3 (список В). Баллы по тесту смысложизненных ориентаций: 30,19,25,11,33,85. Баллы по опроснику совладающего поведения: 44,61,76,72,83,75,88,57. Баллы по пятифакторному опроснику личности: тест не заполнен. Баллы по опроснику качества жизни: 13,11,4,11,75,15,15,25,15. Баллы по опроснику выраженности психопатологической симптоматики: 0,58;1,8;2,4;1,38;1,2;1,16;0,57;0,83;0,5. Общий индекс тяжести симптомов (GSI) - 1,1, общий индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI) - 1,98.

Психологический статус пациента: по результатам тестирования пациента выявлено:

- приоритизация терминальных ценностей «Интересная работа» (4), «Творчество» (17), «Активная деятельная жизнь» (1); низшие ранги занимают «Счастливая семейная жизнь» (16), «Свобода» (14), «Здоровье» (18). Приоритизация инструментальных ценностей «Рационализм» (10), «Аккуратность» (1), «Чуткость» (6); низшие ранги занимают «Исполнительность» (5), «Твердая воля» (13), «Эффективность в делах» (17);

- сохраненные целевые ориентации («Осмысленности жизни» – 85 баллов, до среднего уровня необходимо 2 балла). Результаты тестирования смысложизненных ориентаций находятся в пределах средних значений, за исключением процесса жизни и локуса контроля-Я, показатели которых находятся на низком уровне;

- использование основных копинг-стратегий находится на высоком уровне. Наиболее выражено использование копинг-стратегий «Планирование решения проблемы» (88) и «Самоконтроль» (76). Умеренно используются «Конфронтация» (44) и «Положительная переоценка» (57);

- высокие показатели качества жизни «хорошо» по шкалам «Физическая сфера» (13); «Психическая сфера» (11); «Уровень независимости» (11); «отлично» по шкалам «Социальные взаимоотношения» (15); «Окружающая среда» (17); «Духовная сфера» (15);

- показатели опросника психопатологической симптоматики по общему индексу тяжести симптомов (GSI=1,1) находятся в пределах границ нормы. Превышение нормы по шкалам «Навязчивости» (1,8), «Сензитивность» (2,4). Незначительное превышение нормы по шкалам «Депрессия» (1,38), «Тревожность» (1,2). Индекс наличия симптоматического дистресса (PSDI) повышен и составляет 1,98.

Оценка психологического статуса пациента. Психологический статус пациента характеризуется высокими показателями качества жизни во всех сферах и наличием симптоматического дистресса. Здоровье, свобода и семейная жизнь занимают последние места в системе ценностей, акцент смещён на работу, активность и творчество. Ценностно-смысловая сфера характеризуется близким к среднему уровню осмысленности жизни (85 баллов), с фокусом на жизнь («Локус контроля-жизнь» - 33 балла) и недостаточным проживанием в настоящем моменте («Процесс жизни» - 19 баллов). Пациент может не позволять себе получать маленькие радости, потому что это кажется ему неуместным в «борьбе за жизнь». Выраженность копинг-стратегий «Планирование решения проблемы» и «Самоконтроль» может говорить о рациональном подходе к болезни и самоконтроле и согласуется с ценностями твердой воли и независимости. Пациент также более склонен к интеллектуализации и может скрывать свои истинные переживания. Симптоматическая картина выражена через межличностную сензитивность (2,4), навязчивость (1,8). Пациент может быть раним в общении, склонен к застреванию на негативных мыслях и страхах, связанных с болезнью. Уровень депрессии и тревоги выше нормы. Наиболее страдают психологическая сфера (11) и уровень независимости (11), что объективно может быть связано с нахождением в стационаре. При этом социальные и духовные сферы сохранены.

Мишени психокоррекции. Снижение психоэмоционального напряжения и дистресса (PSDI=1,98). Перебалансировка ценностной сферы. Помощь в реализации «Творчества» и «Интересной работы» в новых условиях. Помощь в актуализации «Процесса жизни» и нахождении ресурсов в настоящем моменте. Укрепление «Локуса контроля-Я», формирование взгляда на себя изнутри как на сильную личность, способную построить жизнь в соответствии со своими целями и установками. Развитие навыков осознанности и формирование осмысленности настоящего момента. Работа с принятием. Снижение уровня межличностной сензитивности. Помощь в проработке навязчивых мыслей. Проработка подавленных эмоций (страха, гнева, обиды). Развитие навыков эмоциональной саморегуляции.

Конкретные психологические инструменты. Техника «Метафора пути»: болезнь - поворот, требующий пересмотра багажа (ценностей). Что из старого можно оставить, а что адаптировать? Когнитивно-поведенческие техники: для работы с навязчивыми мыслями и выявлением иррациональных установок, связанных с контролем. Смыслоориентированная и экзистенциальная работа (Логотерапия). Упражнения на развитие поддерживающего внутреннего

диалога. Вернуть пациенту чувство управляемости процессами, происходящими в его внутреннем мире через повышение «Локуса контроля-Я». Работа с кругами влияния. Развитие навыков эмоциональной саморегуляции и снижения контроля. Релаксирующие техники. Техники заземления, дыхательные техники, техники прерывания циклов тревожных мыслей для работы с тревогой. Техники осознанности (Mindfulness). Техники гештальт-терапии для работы со страхами. Активация ресурсов через использование сохранных ценностей «Красота природы и искусство» (4) и Познание (10): аудиомедитации с образами природы, прослушивание классической музыки здоровой тональности. Поиск комфортного круга общения, планирование небольших, значимых активностей.

Мониторинг и динамическая оценка. Регулярное тестирование уровня дистресса, депрессии и тревожности (1 раз в 4 недели). Программа подлежит адаптации под динамику состояния пациента.

Дополнительные рекомендации. Рекомендуется консультация психотерапевта.

Критерии эффективности. Формирование сбалансированной системы ценностей. Повышение значимости ресурсных в ситуации болезни ценностей («Терпимость», «Жизненная мудрость»). Снижение использования стратегий «Самоконтроль», «Бегство-Избегание» с одновременным ростом «Положительной переоценки». Повышение баллов по шкале «Психическое здоровье» (цель > 14). Снижение индекса PSDI до средненормативных значений. Снижение баллов по шкалам «Сензитивность» (цель < 1,6) и «Навязчивости» (цель < 1.3). Субъективные отчеты пациента о чувстве спокойствия, появлении «маленьких радостей», контакте с природой.

Продолжение Приложения 2

Клинический пример № 3

ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Респондент № 52. Диагноз: С.81. лимфома Ходжкина

Пол: женский. Возраст: 28 лет

*Программа построена на основании
результатов комплексной скрининговой психодиагностики пациента*

Результаты психодиагностики: Баллы по методике изучения ценностных ориентаций: 3,18,10,17,6,1,15,13,11,12,14,16,5,7,8,2,4,9 (список А); 2,8,1,18,14,10,12,16,15,9,5,4,3,11,13,6,17,7 (список В). Баллы по тесту смысловых ориентаций: 31,36,32,25,33,114. Баллы по опроснику способы совладающего поведения: 39,33,38,83,41,50,28,43. Баллы по пятифакторному опроснику личности: 46,49,43,52,61. Баллы по опроснику качества жизни: 12,15,17,17,13,18. Баллы по опроснику выраженности психопатологической симптоматики: 0,5;2,1;1,4;1,6;0,5;1;0,14;0,33;0,2; общий индекс тяжести симптомов (GSI) - 0,96; общий индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI) - 2,48.

Психологический статус пациента: по результатам тестирования пациента выявлено:

- приоритизация терминальных ценностей «Любовь» (6), «Счастье других» (16), «Активная деятельная жизнь» (1); низшие ранги занимают «Материально обеспеченная жизнь» (7), «Развитие» (12), «Интересная работа» (4), «Жизненная мудрость» (2). Приоритизация инструментальных ценностей «Высокие требования к жизни и высокие притязания» (3), «Аккуратность» (1), «Твердая воля» (13); низшие ранги занимают «Образованность» (8), «Эффективность в делах» (17), «Жизнерадостность» (4);

- сохраненные целевые ориентации («Процесс жизни» (36) и «Результативность жизни» (32) – высокий уровень). Показатели «Цели в жизни» (31), «Осмысленность жизни» (114), «Локус контроля-Я» (25) «Локус контроля-Жизнь» (33) находятся в пределах средних значений;

- преобладающая копинг-стратегия «Поиск социальной поддержки» (83), с выраженным уровнем использования данной стратегии. Использование копинг-стратегий «Бегство-избегание» (50) и «Положительная переоценка» (43) находится на умеренных значениях. Редко используются стратегии «Конфронтация» (39), «Дистанцирование» (33), «Самоконтроль» (38), «Планирование решения» (28);

- профиль личности характеризуется средними значениями по факторам интроверсия/экстраверсия (46), обособленность/привязанность (49), импульсивность/самоконтроль (43). Эмоциональная устойчивость /

эмоциональная неустойчивость (52), практичность / экспрессивность (61) проявлены на высоком уровне.

- показатели качества жизни по шкалам физическая сфера (12) и окружающая среда (13) находятся на отметке «хорошо». Показатели по сферам: психическая сфера (15); уровень независимости (17); социальные взаимоотношения (17); духовная сфера (18) на уровне «отлично»;

- показатели опросника психопатологической симптоматики и общий индекс тяжести симптомов ($GSI=0,96$) находятся в пределах границ нормы. Выше нормы «Навязчивость» (2,1), «Депрессия» (1,6). Индекс наличия симптоматического дистресса ($PSDI$) выше границы нормы и составляет 2,48.

Оценка психологического статуса пациента. Психологический статус пациента характеризуется высокими показателями качества жизни во всех сферах и наличием симптоматического дистресса. Отмечается низкий приоритет ценностей «Развитие» (12), «Интересная работа» (4), «Жизненная мудрость» (2), «Образованность» (8), «Эффективность в делах» (17), «Жизнерадостность» (4); при приоритизации ценностей «Любовь» (6), «Счастье других» (16), «Активная деятельная жизнь» (1), «Высокие требования к жизни и высокие притязания» (3), которые болезнь в известной степени может ограничивать. Высокий приоритет ценности «Твердая воля» может использоваться в качестве ресурса для борьбы с болезнью. Ценностно-смысловая сфера характеризуется высоким уровнем процесса жизни (36) и, следовательно, достаточным уровнем проживания в настоящем моменте, высокой оценкой результативности жизни (32), но фокусом на «Локус контроля-жизнь» (33). Преобладание копинг-стратегий «Поиск социальной поддержки» говорит об одиночестве пациента в период болезни. Это также и ключевой ресурс. При этом качество жизни по сферам «Уровень независимости» (17) и «Социальные взаимоотношения» (17) находится на высоком уровне. Возможно, пациент ищет сочувствия, но не готов к совместному партнерскому решению проблем с врачом/психологом. Пациент способен положительно переоценивать события и изменения в жизни. Однако низкие баллы по копинг-стратегиям «Конфронтация» (39), «Дистанцирование» (33), «Самоконтроль» (38), «Планирование решения» (28) указывают на склонность к уходу от прямого решения проблем, недостаток рационализации проблем и планирования их решения и возможное внутреннее напряжение. Сочетание высоких «Конфронтации» (39) и «Принятия ответственности» (41) может указывать на внутренний конфликт и самообвинение. Профиль личностных черт характеризуется высокой эмоциональной неустойчивостью и экспрессивностью, что говорит о творческом потенциале и повышенной чувствительности нервной системы к негативным стимулам, эмоциональной лабильности, склонности к переживанию и повышенной потребности в эмоциональной поддержке. Постоянная интенсивность переживаний и высокая социальная активность без периодов качественного восстановления могут привести к эмоциональному истощению. Симптоматическая картина выражена через навязчивости (2,1). Это могут быть навязчивые мысли о болезни,

прогнозах, повторяющиеся действия (например, поиск информации в интернете). Уровень депрессии выше нормы. Повышен индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI=2,48). При этом психологическая (15 баллов) и духовная (18) сферы сохранены.

Мишени психокоррекции. Снижение уровня депрессии (1,6) и психоэмоционального напряжения и дистресса (PSDI=2,48). Перебалансировка ценностной сферы. Помощь в принятии диагноза и адаптации к новому статусу. Купирование обсессивно-депрессивной симптоматики. Помощь в проработке навязчивых мыслей. Укрепление социальной поддержки. Проработка подавленных эмоций (страха, гнева, обиды). Формирование адаптивных копинг-стратегий, направленных на решение проблем. Навыки работы с эмоциональным выгоранием и перепадами настроения. Активация поведенческой активности (с учетом физических возможностей).

Конкретные психологические инструменты. Сочетание экзистенциальной переориентации, эмоциональной регуляции и поведенческого коучинга. Когнитивно-поведенческая коррекция для работы с навязчивыми мыслями. Техники прерывания циклов тревожных мыслей. Техника «Эмоциональный дебрифинг» для создания безопасного пространства для выражения всех негативных эмоций (гнева, обиды, страха, отчаяния), без оценок и советов, только принятие. Упражнения на замену самокритики на поддерживающий внутренний диалог. Это напрямую связано с более низким «Локусом контроля-Я». Вернуть пациенту чувство управляемости процессами, происходящими в его внутреннем мире (через повышение «Локуса контроля-Я»). Работа с семьей, участие в группах поддержки. Трансформация поиска поддержки: не просто искать сочувствия, а формулировать конкретные запросы к близким (побыть рядом, помочь с делами, просто выслушать). Перепросмотр жизненных ценностей и составление «Карты ценностей». Помощь в их актуальном переосмыслении снизит внутренний конфликт. Техника «Письмо из будущего». Поиск и создание личной исцеляющей метафоры болезни и борьбы с ней (например, «путешествие», «битва», «путь героя»). Управление информационным потоком и обучение техникам решения проблем. Совместная с психологом работа по разбивке сложных задач (лечение, общение с врачами, быт) на небольшие, управляемые шаги. Релаксирующие техники. Дыхательные техники. Техники заземления. Техники осознанности (Mindfulness) для снижения стресса и управления эмоциями.

Мониторинг и динамическая оценка. Регулярное тестирование для оценки уровня дистресса, депрессии и навязчивости (1 раз в 4 недели). Программа подлежит адаптации под динамику состояния пациента.

Дополнительные рекомендации. Рекомендуется консультация психотерапевта.

Критерии эффективности. Формирование сбалансированной системы ценностей, не зависящей только от состояния физического здоровья. Повышение значимости ресурсных в ситуации болезни ценностей («Терпимость»,

«Чуткость», «Жизненная мудрость»). Снижение показателей «Бегство-Избегание» с одновременным ростом «Планирование решения» и «Самоконтроль». Снижение индекса PSDI до средне нормативных значений. Снижение баллов по шкале «Навязчивости» (цель < 1.3). Субъективные отчеты пациента о чувстве спокойствия, появлении «маленьких радостей», контакте с природой.

**ОРГАНИЗАЦИЯ СКРИНИНГОВОЙ
ПСИХОДИАГНОСТИКИ ОНКОПАЦИЕНТОВ
В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА**

Методические рекомендации

Общие положения

1. В методических рекомендациях, разработанных для обеспечения эффективности оказания психологической помощи совершеннолетним онкопациентам, представлены алгоритм и методики скринингового обследования. Методические рекомендации разработаны для медицинских и клинических психологов.

2. Цель проведения скрининговой психодиагностики (далее-скрининговая психодиагностика) онкопациентам:

- проведение психологического исследования эмоциональной, ценностно-мотивационной, волевой и других сфер личности онкопациента, уровня и способов психологической адаптации, поиска личностных ресурсов;
- определение рисков развития психической дезадаптации онкопациента;
- выявление признаков расстройств, в том числе коморбидных расстройств,
- построение индивидуальной программы психологического сопровождения онкопациента.

3. В своей деятельности психолог руководствуется принципами добровольности, конфиденциальности, соотносимости, этичности и гуманности.

Методики скрининговой психодиагностики

1. Для скринингового психологического обследования взрослого населения рекомендуется использовать психодиагностический инструментарий, прошедший апробацию в России, согласно Перечню психодиагностических инструментов для скрининговой психодиагностики (Приложение 1).

2. Перечень психодиагностических инструментов является рекомендательным. Выбор методик скрининговой психодиагностики, осуществляется непосредственно консультирующим психологом.

Алгоритм скрининговой психодиагностики

1. Скрининговая психодиагностика проводится до проведения первичного интервью с пациентом. Опросники на печатных носителях выдаются пациенту персоналом медицинского заведения для заполнения при поступлении на госпитализацию в лечебное учреждение.

2. По итогам скринингового обследования пациенту предоставляется информация о результатах его психодиагностики. Интерпретация данных психодиагностических опросников проводится исключительно психологами медицинских организаций.

3. По результатам скрининговой психодиагностики медицинскими психологами, проводятся психопрофилактические, психокоррекционные мероприятия, регламентированные нормативными документами медицинской организации. Психологическая помощь оказывается в индивидуальной форме согласно разработанным индивидуальным программам психологического сопровождения.

4. При отсутствии психопатологической симптоматики клинический психолог осуществляет индивидуальное консультирование обследуемого лица на основании стандартов психологической помощи.

При выявлении у обследуемого психопатологической симптоматики, пациент направляется на дополнительное обследование (консультацию) к врачу-психиатру или врачу-психотерапевту.

5. В ходе наблюдения пациента обеспечивается взаимодействие пациента с медицинской командой лечащих врачей и представителями семьи согласно Модели проведения скрининговой психодиагностики (Приложение 2).

6. При поступлении пациента на госпитализацию, обеспечивается объединение первичной медицинской документации на онкопациентов (медицинская карта больного) с психодиагностическими опросниками и анкетой наблюдения пациента психологом (Приложение 3).

Перечень психодиагностических инструментов**1. Скрининг дистресса, депрессии и тревоги**

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS, 1983).

Эдмонтонская система оценки симптомов (ESAS, 1991).

Термометр дистресса (DT, 1997).

Краткий перечень симптомов (BSI-18, 2000).

2. Оценка качества жизни и отношения к болезни

Опросник качества жизни (QLQ-C30, 1986).

Опросник тип отношения к болезни (ТОБОЛ, 1987).

Опросник качества жизни (SF-36, 1992).

Опросник оценки качества жизни WHOQO-100 (1995), WHOQOL-BREF.

3. Оценка когнитивных процессов

Шкала ментальной адаптации к раку (MAC, 1988), Mini-MAC.

Краткое когнитивное обследование Адденбрука, модиф. (ACE-R, 2006).

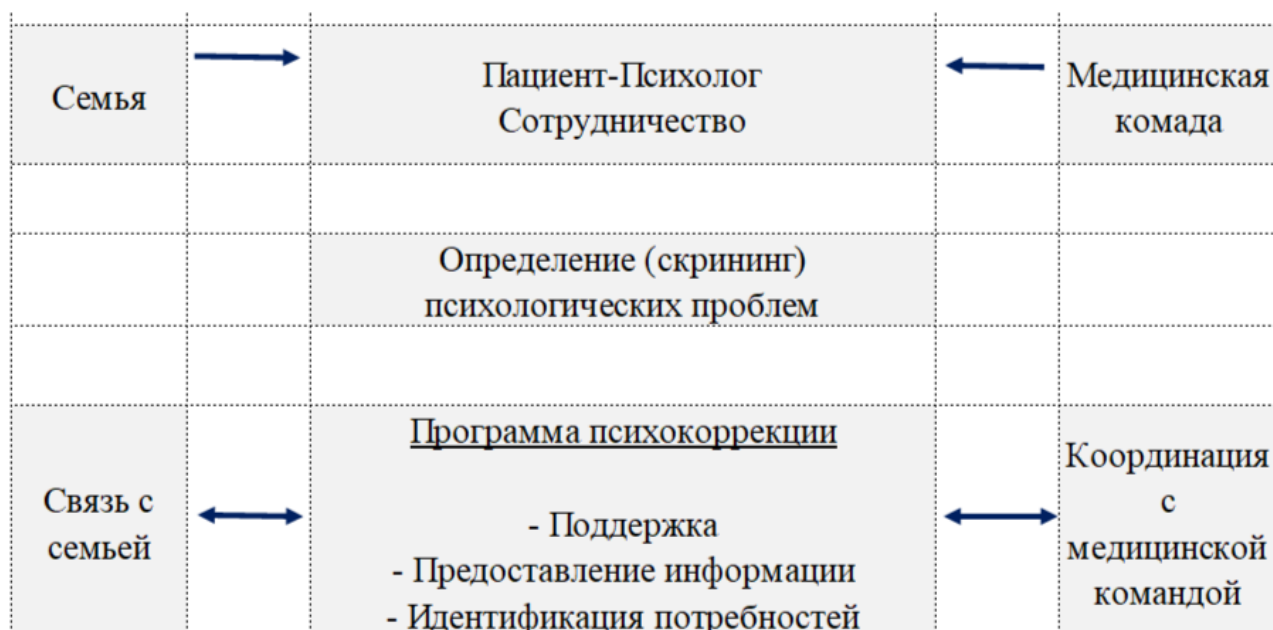
Тест на когнитивные нарушения (6-CIT, 2014).

4. Оценка выраженности психопатологической симптоматики

Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R, 1990).

Приложение 2

Схема проведения скрининговой психодиагностики



Приложение 3

Анкета наблюдения пациента

Код услуги	Наименование услуги	Показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности предоставления
xx-xx-xx	Прием (консультация) психолога		
xx-xx-xx			
1. Психологические методы исследования			
Код услуги	Наименование услуги		
xx-xx-xx			

ПРИМЕРЫ ТЕПЛОВЫХ КАРТ ЛАДОНЕЙ

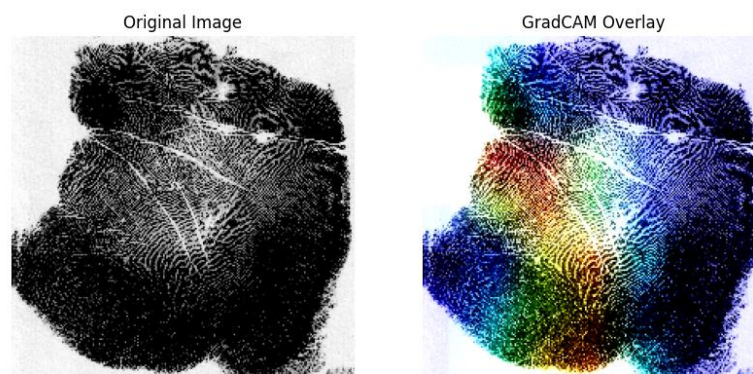


Рисунок 1. Дерматоглиф и «тепловая карта» ладони онкопациента

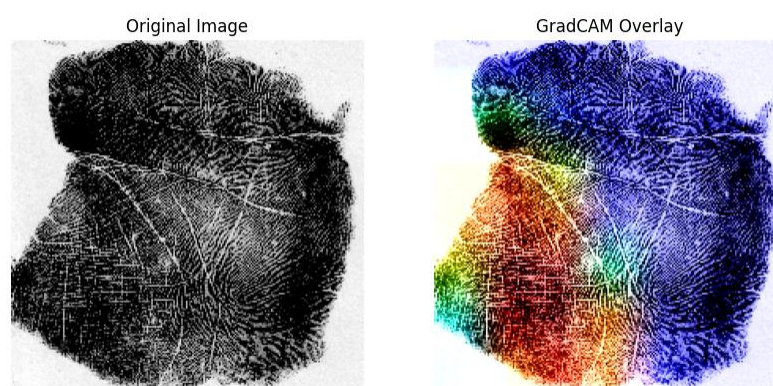


Рисунок 2. Дерматоглиф и «тепловая карта» ладони онкопациента

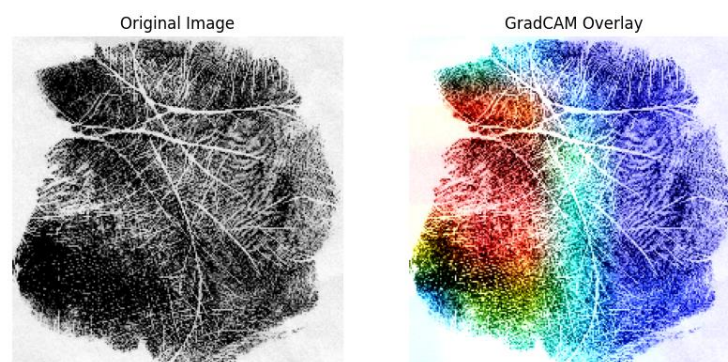


Рисунок 3. Дерматоглиф и «тепловая карта» ладони онкопациента

Продолжение Приложения 4

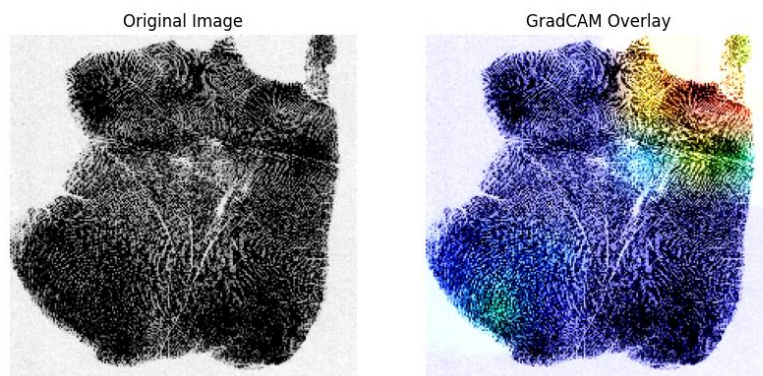


Рисунок 4. Дерматоглиф и «тепловая карта» ладони условно здорового

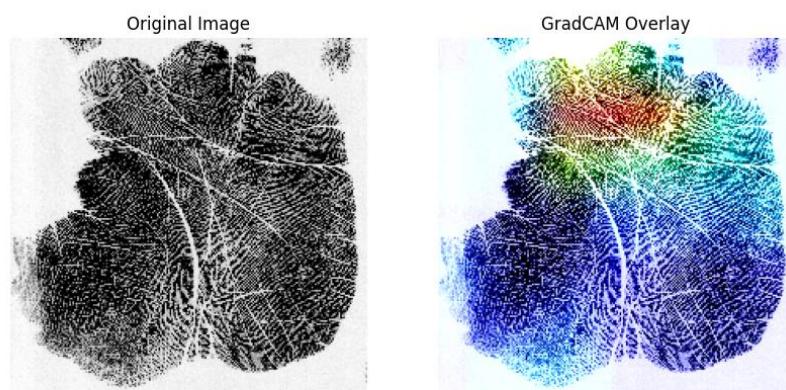


Рисунок 5. Дерматоглиф и «тепловая карта» ладони условно здорового

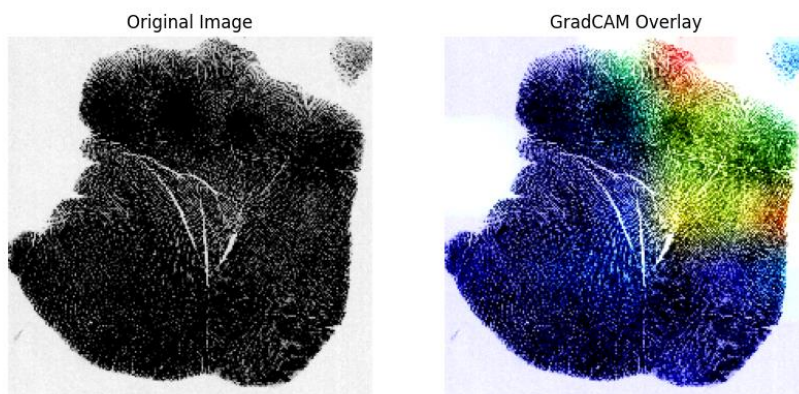


Рисунок 6. Дерматоглиф и «тепловая карта» ладони условно здорового