

*Березанцев А.Ю.*

## КОМПЛЕКСНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, г. Москва

♦ В статье с позиций биопсихосоциального подхода, в контексте актуального направления практической медицины — психоонкологии, обсуждаются вопросы психического здоровья больных с онкологической патологией. На примере женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы показана распространенность пограничных психических расстройств у данного контингента пациенток и намечены психотерапевтические подходы к их коррекции. Излагается взгляд автора на соотношение патогенных факторов, влияющих на психическое здоровье пациентов с онкологической патологией на различных этапах оказания им медицинской помощи. Сформулирована оригинальная точка зрения на функциональный диагноз пациента с онкологическим расстройством, включающий соматическую, клинико-психологическую и социальную составляющую. Делаются выводы о необходимости своевременной психосоциальной и психотерапевтической помощи данному контингенту больных.

**Ключевые слова:** психоонкология; рак; психические расстройства; психотерапия; функциональный диагноз; социальная экология.

**Для цитирования:** Березанцев А.Ю. Комплексные аспекты психического здоровья пациентов с онкологической патологией. *Российский медицинский журнал*. 2017; 23(6): 321—326.  
DOI <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2106-2017-23-6-321-326>

**Для корреспонденции:** Березанцев Андрей Юрьевич, д-р мед. наук, проф. кафедры социальной и судебной психиатрии института профессионального образования «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», 119991, Москва, E-mail: berintend@yandex.ru

*Berezantsev A. Yu.*

### THE COMPLEX ASPECTS OF MENTAL HEALTH OF PATIENTS WITH ONCOLOGIC PATHOLOGY

The I.M. Sechenov first Moscow state medical university of Minzdrav of Russia, 119992, Moscow, Russian Federation

♦ The article considers issues of mental health of patients with oncologic pathology from position of bio-psycho-social approach and in the context of psycho-oncology, an actual direction of practical medicine. The prevalence of marginal mental disorders in this contingent of female patients is demonstrated on the example of women with oncologic diseases of reproductive system. The psychotherapeutic approaches to their correction are outlined. The original view on ratio of pathogenic factors effecting mental health of patients with oncologic pathology at various stages of medical care support. The genuine point of view on functional diagnosis of patient with oncologic disorder including somatic, clinical psychological and social components. The conclusions are made concerning necessity in timely modern psychosocial and psychotherapeutic care of the given contingent of patients.

**Keywords:** psycho-oncology; mental disorders; psychotherapy; functional diagnosis; social ecology.

**For citation:** Berezantsev A. Yu. The complex aspects of mental health of patients with oncologic pathology. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal (Medical Journal of the Russian Federation, Russian journal)*. 2017; 23(6): 321—326. (In Russ.)  
DOI <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2106-2017-23-6-321-326>

**For correspondence:** Berezantsev A. Yu., doctor of medical sciences, professor of the chair of social and forensic psychiatry of the Institute of professional education the I.M. Sechenov first Moscow state medical university of Minzdrav of Russia, 119992, Moscow, Russian Federation, E-mail: berintend@yandex.ru

**Information about author:**

Berezantsev A. Yu., <http://orcid.org/0000-0002-1985-7894>

**Conflict of interest.** The author declares no conflict of interest.

**Acknowledgments.** The study had no sponsorship.

Received 09.01.17

Accepted 28.03.17

### Введение

В настоящее время психоонкология, возникшая на стыке онкологии, психиатрии и клинической психологии, превратилась в развитую междисциплинарную отрасль, основная цель которой — не только улучшение качества жизни больного с онкологической патологией, но как сверхзадача — продление его жизни и выздоровление. По определению J. Holland [1] психоонкология занимается двумя психологическими факторами, вызываемыми таким недугом как рак: эмоциональной реакцией пациентов на всех стадиях заболевания, членов их семей и лиц, осуществляющих уход за больными (психосоциальный фактор), а также психологическими, поведенческими и социальными факторами, которые могут влиять на заболеваемость и смертность вследствие онкологических заболеваний (психофизиологичес-

ский фактор). К. Саймонтон и С. Саймонтон [2], формулируя психофизиологическую модель выздоровления при онкологической патологии, указывают, что задачей психотерапии является обучение навыкам преодоления стресса, связанного с болезнью. Предпосылкой и необходимым условием для этого является изменение пациентами взглядов на самих себя и на восприятие и оценку проблем, с которыми они столкнулись перед началом заболевания и после установления онкологического диагноза. Это чрезвычайно важно, поскольку во многих случаях критические стрессовые события предшествуют манифестации заболевания. В этих случаях перед пациентом, уже заболевшим этой тяжелой болезнью, возникает сложная задача — преодолеть трудные жизненные обстоятельства и поверить в собственные силы в борьбе с болезнью. На современном уровне эффективная

психоонкологическая помощь, помимо лекарственной коррекции, подразумевает психообразование, доступ к образовательным и психотерапевтическим группам, индивидуальную когнитивно-бихевиоральную, экзистенциальную психотерапию, а также терапию, основанную на работе с чувством собственного достоинства [3]. Разумеется, психологическая помощь не заменяет, а дополняет традиционное лечение. Совершенствование методов лечения онкологических заболеваний, ставящего своей целью увеличение выживаемости онкологических пациентов, неизбежно привело к осознанию ценности и такого понятия в онкологии, как «качество жизни» (КЖ), необходимости разработки надежных инструментов для оценки КЖ и лечебно-реабилитационных мероприятий, способствующих его повышению. В онкологических исследованиях КЖ является важным критерием оценки эффективности лечения и имеет прогностическое значение. Одно из важных мест в улучшении КЖ пациентов с онкологическими заболеваниями и коррекции возникшей на их фоне психопатологической симптоматики занимают различные психосоциальные вмешательства [4, 5].

Получены многочисленные научные данные, подтверждающие эффективность психосоциальных вмешательств у больных онкологического профиля, о чём свидетельствуют некоторые оценки исходов заболевания [6, 7]. Отмечено улучшение показателей КЖ после применения психотерапевтических методов лечения [8]. Снижение уровня стресса и нормализация эмоционального состояния пациента не просто улучшают КЖ, но и непосредственно влияют на нормализацию гормонального и иммунного статуса. Позитивные физиологические эффекты психотерапии были подтверждены экспериментально. Так, в работе R. Bränström и соавт. [9] показано, что сеансы основанной на осознанности когнитивной терапии снижают уровень кортизола у пациентов с онкологическими заболеваниями и оказывают регулирующее влияние на выраженность психосоматического стресса. Совершенствование методов лечения рака, несомненно, ставит новые задачи перед психоонкологией. На неизбежные различия клинических проявлений аффективных расстройств у онкологических больных на разных этапах их жизни указывает академик А.Б. Смулевич [10], поскольку прорыв, достигнутый на современном уровне развития медицины, успехи в терапии многих видов рака приводят к увеличению числа пациентов с удлиняющейся продолжительностью жизни (тем самым расширяется категория «выживших после рака», cancer survivors), исключению ряда онкологических заболеваний из разряда фатальных и переносу их в число потенциально курябельных, приобретающих статус хронических болезней. Проведенные исследования свидетельствуют о существовании у этого всё более обширного контингента раковых больных широкого спектра психических расстройств, психопатологические проявления которых существенно отличаются от острых психогенных реакций, наблюдающихся на начальных (диагностических и ближайших последующих) этапах онкологической патологии.

### **Нозогенные факторы и этапы лечебно-реабилитационных мероприятий**

Можно с известной долей условности выделить три основных этапа в жизни больных с онкологической патологией (имеются в виду пациенты со своевременно

диагностированным заболеванием, имеющие оптимистический прогноз после проведения комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий). Лица с неоперабельным онкологическим статусом, нуждающиеся в оказании паллиативной медицинской помощи, составляют отдельную группу пациентов и требуют особого терапевтического (в том числе психотерапевтического) подхода. Итак, можно выделить три ключевых периода в судьбе онкологического пациента, каждый из которых обладает специфическим негативным для личности нозогенным потенциалом.

• **Диагностический этап**, на котором пациент получает известие о наличии у него злокачественной опухоли. Вектор личностного реагирования в этот относительно непродолжительный период времени (от установления диагноза рака до оперативного вмешательства либо иных лечебных мероприятий) определяется личностными особенностями пациента, возрастом и условиями социального окружения. Личностные реакции могут варьировать от взвешенного, рационального отношения к установлению онкологического диагноза с оптимистической установкой на необходимость лечения и преодоления болезни до острых психогенных реакций, сопровождающихся глубоким субъективным личностным кризисом с тревожно-депрессивной, гипоманиакальной и диссоциативной симптоматикой. В любом случае известие о заболевании, даже если не приводит к формированию клинически очерченной нозогенной реакции, как правило, оказывает существенное влияние на психологическое состояние пациента, влечёт за собой определённую переоценку жизненных ценностей и приоритетов. Возникшая реальная угроза жизни влечёт за собой состояние, описанное в психологии как экзистенциальный кризис, заставляет человека задуматься о собственной смертности, снимая психологический барьер, защищавший от этих неприятных мыслей. При наличии достаточного личностного ресурса и зрелых психологических механизмов совладания (копинг механизмов — КМ), а также адаптивной работы механизмов психологических защит (МПЗ) личность пациента мобилизуется и «вступает в бой» с болезнью, проходя необходимые этапы лечения.

• **Этап интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий**. Включает в себя проведение хирургических вмешательств и адьювантной терапии (химио- и лучевой). Длительность данного периода (при отсутствии рецидива заболевания) от нескольких недель до нескольких месяцев и даже лет (при антигормональной терапии). Для пациента субъективно данный этап длится от 3 до 6 мес, когда проходит послеоперационный период, завершаются основные химиотерапевтические процедуры и пациент оказывается на попечении амбулаторной онкологической службы. В этот период к нозогенным воздействиям на личность добавляются биологические факторы, оказывающие негативное соматотропное и нейротропное действие (операция и наркоты, химиопрепараты, лучевая терапия). Психосоциальные стрессоры приобретают новое качество. Помимо продолжающегося нозогенного стресса (неочевидность исхода заболевания, угроза рецидива), возникают новые и на неопределённый срок пролонгированные психосоциальные стрессы. Пациент возвращается к повседневной жизни в новом качестве — с утраченной или существенно сниженной трудоспособностью, перечёркнутыми карьерными перспективами (если болезнь настигла в

молодом возрасте), возникающими кризисами в семейных и межличностных отношениях. Нередко возникает ощущение ненужности обществу, отсутствия жизненных перспектив, жизнь разделяется на «до» и «после» болезни. Формируется посттравматический стресс, связанный с заболеванием и его последствиями.

• Катамнестический этап. Наступает приблизительно через 6 мес после оперативных вмешательств и длится долгие годы, в течение которых пациент должен адаптироваться к новым реалиям, связанным с его здоровьем и социальным статусом. После этапа интенсивных терапевтических вмешательств ресурсы личности в значительной мере ослаблены как на психическом, так и на биологическом уровне. Часто наблюдается своего рода феномен личностного выгорания, когда, выйдя из активной фазы борьбы с онкологическим заболеванием, требовавшей от пациента полной мобилизации сил, внезапно наступает ощущение упадка, отсутствия физических и личностных ресурсов для преодоления последствий болезни. В психическом состоянии пациента (даже в тех случаях, когда на предыдущих этапах не наблюдалось клинически дифференцированных нозогенных реакций) наступает шаткое равновесие, своего рода точка бифуркации, когда положительные воздействия в виде психотерапевтических вмешательств, психосоциальной поддержки со стороны родственников и т.д. могут оказать саногенное влияние и дать импульс к позитивной динамике и восстановлению психического состояния, а негативные факторы (в том числе ятрогенные) могут дать толчок к возникновению или хронизации пограничных психических расстройств. Необходимо отметить, что ятрогении могут оказывать существенное негативное влияние на поведение пациентов на любых этапах лечебных мероприятий. Зачастую это зависит не от личности или профессионализма онкологов, а исключительно от организационных аспектов. Так, автору данной статьи довелось принимать участие в работе съезда онкологов и ему запомнилось одно из сообщений представителя онкологического лечебного учреждения, в котором отмечался необычно высокий процент отказа от операций у пациентов с первичной диагностикой рака. Количество отказов удалось сократить в несколько раз простым организационным решением — разведением потоков (очереди) пациентов с первичной диагностикой рака, на дооперационном этапе и пациентов уже ранее оперированных, получающих адьювантную терапию. Видя состояние пациентов, получающих лечение, зачастую соматически ослабленных, с рецидивами рака и метастазами, общаясь с ними, первичные пациенты делали вывод о «бесполезности» оперативных вмешательств и последующей терапии, которые принесут «только мучения» и отказывались от лечения.

На катамнестическом этапе происходит трансформация первоначальных нозогенных реакций. Так, М.А. Самушия и Е.А. Мустафина [11], выделяют в рамках психогенных реакций тревожно-депрессивные, тревожно-гипоманиакальные и тревожно-диссоциативные нозогенные реакции. В то же время все изученные этими авторами пациенты обследовались в среднем через 1,5—2,5 мес после установления диагноза онкологического заболевания, на этапах прохождения очередного курса химио- или лучевой терапии, т.е. ещё на незавершённом этапе интенсивных лечебных мероприятий, и данные клинические проявления существенным образом отличаются от клинической картины пограничных

психических расстройств, наблюдавшихся нами у аналогичного контингента больных на более отдалённых этапах наблюдения, спустя 0,5 года—8 лет. Клинические проявления, характерные для острых психогенных реакций (гипоманиакальные, диссоциативные), на дальнейших этапах замещаются иной психопатологической симптоматикой — хронизированными тревожно-депрессивными расстройствами с навязчиво-фобической, астенической и нередко резидуально-органической симптоматикой [12]. Так, при обследовании 158 пациенток с верифицированными диагнозами злокачественной патологии репродуктивной системы (из них 110 человек с опухолями молочной железы и 48 — с гинекологической онкопатологией), находившихся после стационарного лечения с применением радикальных хирургических операций на различных этапах диспансерного наблюдения, у 107(67,7%) были выявлены нозологически очерченные психические расстройства пограничного уровня, у 51(32,3%) — донозологические нарушения, которые представляли собой нерезко выраженные, атипичные (неспецифичные) симптомы, не укладывающиеся в какую-либо диагностическую рубрику МКБ-10. У некоторых пациенток по прошествии уже нескольких лет (5 и более) после проведённой операции и курсов химиотерапии, с благоприятным соматическим статусом и прогнозом психическое состояние характеризовалось ригидными астенодепрессивно-фобическими симптомами с тревожным ожиданием рецидива онкологического заболевания. Подобным пациенткам были свойственны низкая мотивация к включению в психотерапевтический процесс и недостаточность личностных ресурсов для освоения приёмов когнитивно-поведенческой терапии. Исследования копинг-стратегий и механизмов личностных защит выявило несостоятельность сознательных адаптивных механизмов совладания со стрессом (КМ) у большинства пациенток, а также непрямое использование дезадаптивных бессознательных МПЗ. С учётом клинических и индивидуально-психологических показателей применялись разновидности психотерапевтических техник. Так, выявление у пациенток грубых проявлений психологических защит («отрицание», «вытеснение» и «регрессия») служило дополнительным показанием к гипнотерапии. Лица с более адаптивными защитными механизмами, но низко оцененные такие области своей жизни, как «социальные отношения», «окружающая среда», были настроены на активную работу с психотерапевтом и обсуждение проблем взаимоотношений, появившихся как в связи с онкологическим заболеванием, так и существовавших до него и служивших источником дистресса. Когнитивная терапия в данном случае воспринималась пациентками как более приемлемая. Объективная динамика психического статуса в процессе психотерапии свидетельствовала об эффективности психотерапевтического вмешательства.

### Нозогенные факторы и функциональный диагноз

Таким образом, на психическое состояние больных с онкологическими заболеваниями влияет множество факторов, которые можно разделить на три основных блока: клинко-соматический, клинко-психологический и социальный (см. рисунок).

Клинко-соматический блок включает онкологический статус пациента, проводимые ему по данному поводу лечебные вмешательства и их возможные ослож-



Факторы, влияющие на динамику психического состояния у онкологических больных.

нения, прогноз развития заболевания. На всех этапах течения онкологического заболевания (независимо от эффективности проводимой терапии) оказывает мощное стрессогенное влияние на личность пациента, сам факт установления диагноза может быть причиной возникновения пограничного психического расстройства. Что безусловно, облегчает декомпенсацию психического состояния и побочные эффекты оперативных вмешательств и адьювантной терапии, которые оказывают астенизирующее влияние на психосоматический статус пациентов и снижают их адаптационные ресурсы на биологическом и личностном уровне. Нередко отмечается заострение имеющихся резидуально-органических стигм и даже формирование расстройств, которые можно квалифицировать как органические тревожные и депрессивные расстройства. Актуальный соматический статус на каждом этапе течения онкологического заболевания можно определить как функциональный соматический диагноз, т.е. набор клинических характеристик, обусловленных спецификой заболевания, этапом проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий, вероятным прогнозом болезни.

Важное значение для адаптации пациентов в условиях онкологического заболевания имеют социальные факторы, в первую очередь семейные и микросоциальные отношения, степень сохранности трудовой адаптации. Заболевание раком, как правило, оказывает существенное влияние на социальное поведение пациентов, которое варьирует в широких пределах — может наблюдаться практически полная социальная аутизация (даже при благоприятном прогнозе заболевания) с разрывом всяких отношений с окружающими (родственниками, бывшими сослуживцами и т.д.). Обычно это мотивируется крайней субъективной нежелательностью возможных расспросов пациентов об их заболевании, ожиданием проявлений «притворного» (по мнению пациентов)

сочувствия и жалости к ним. В других случаях заболевание не оказывает очевидного влияния на жизнь пациентов, и после проведения радикальных оперативных вмешательств и адьювантной терапии они возвращаются к привычной жизни и к прежней трудовой деятельности. В то же время, даже объективно не нуждаясь в какой-либо регулярной психиатрической и психотерапевтической помощи, эти лица делились с психотерапевтами своим личностным опытом в связи с перенесенной ими болезнью и признавались, что заболевание раком, последствия оперативного вмешательства (например, у женщин после мастэктомии) сильно повлияли на их отношение к жизни и породили неизбежные тревоги и опасения как за свою жизнь и здоровье, так и за сохранность семейных отношений. По нашим наблюдениям, существенное адаптивное влияние на пациентов онкологического профиля в условиях нарушенной трудоспособности оказывает, помимо прочных семейных отношений, способность найти альтернативные виды деятельности. Так, имеются наблюдения длительно болеющих (до 10 лет и более) пациентов с неоперабельными онкологическими заболеваниями, в связи с чем они вынуждены были регулярно проходить повторные курсы адьювантной терапии (химио- и лучевой). Несмотря на очевидную психическую и соматическую астенизацию, у данных лиц можно было констатировать отсутствие в психическом статусе очерченных аффективных расстройств. Стабильность их психического состояния обеспечивалась вниманием и заботой родственников, а также увлечённостью определённой деятельностью, которая полностью поглощала их время и внимание (можно назвать это «хобби» — занятие любительской живописью, постоянные хлопоты по благоустройству дачи и т.д.). Совокупность сохраненных и нарушенных сторон социальной адаптации пациентов можно обозначить как функциональный социальный диагноз, который оказы-

вают не менее значимое влияние на их психический статус, чем собственно онкологическое заболевание.

Функциональный психиатрический диагноз у больных онкологического профиля включает не только констатацию психического расстройства, но и установление его взаимосвязей с преморбидными личностными особенностями и иной патологической «почвой» (например, резидуально-органическими проявлениями со стороны центральной нервной системы), степенью субъективной патогенности для личности онкологического заболевания с учётом его реального прогноза, локализации, характера функционирования КМ и МПЗ, а также контекста социального функционирования пациента.

Своевременные психофармакологические, психотерапевтические и психосоциальные влияния позволяют эффективно предупреждать и купировать психические расстройства у этих пациентов. Работа с родственниками онкологических больных также входит в компетенцию психотерапевта, поскольку они нередко переживают болезнь близкого человека едва ли не острее, чем сам пациент. Об обязанностях и бремени стресса, лежащих на семье пациента, и изучении распространённости психических расстройств у родственников пациентов говорится в работе V. Ropok и K. Honig [13]. По данным ряда исследований, психические расстройства часто отмечаются у близких родственников больных раком. Так, распространённость тревоги, депрессии, состояний дистресса и нарушений сна, измеренных при помощи формализованных опросников, колеблется в пределах 20—40%, а у 10% близких родственников пациентов со злокачественными опухолями разной локализации можно диагностировать посттравматическое стрессовое расстройство в ответ на болезнь близкого. Факторами устойчивости/уязвимости к формированию психических расстройств у родственников онкологических пациентов являются: стадия онкологического заболевания; уровень стресса, лежащего на самих больных; объём получаемой психосоциальной помощи; степень развития социальных связей пациента; характер внутрисемейных отношений; дополнительные факторы стресса, а также объём социальных обязательств родственников. Авторы указывают, что не только пациент, но и его родственники должны быть включены в программы реабилитации, с ними должны работать психологи и психотерапевты, и в отдельных случаях они нуждаются в назначении психофармакотерапии. Выводы V. Ropok и K. Honig подтверждаются эмпирическими наблюдениями автора данной статьи парадоксальных случаев, когда не родственники онкологического пациента приводили его на прием к психиатру (психотерапевту), а наоборот, сами онкологические пациенты с сохранным психическим статусом приводили своих родственников, у которых выявлялись депрессивные расстройства, развившиеся после того, как раком заболел член семьи. Как показывает практика, стрессовой психической декомпенсации, как правило, предшествует констелляция психогенных факторов. Так, у одного из пациентов, преморбидно здорового и вполне успешно социально адаптированного мужчины 32 лет, ранее длительное время (около двух лет) была стрессовая ситуация, связанная со злокачественным онкологическим заболеванием его матери. После длительного лечения состояние матери стабилизировалось, но у пациента сохранялось состояние некоторой подавленности и апатии с элементами

ангедонии, что можно было с клинических позиций расценить как субдепрессивное состояние. Декомпенсация психического состояния пациента произошла после того, как у него самого случилась серия обострений невралгии тройничного нерва, что существенно затруднило его социальное функционирование и у него развилось депрессивное расстройство (несмотря на ремиссию неврологического заболевания), которое можно было квалифицировать как умеренный депрессивный эпизод по МКБ-10. Пациент самостоятельно обратился к психиатру и на фоне приема антидепрессанта из группы СИОЗС и нескольких сеансов когнитивно-поведенческой терапии произошло быстрое купирование депрессии с рационализацией его отношения к болезни матери и собственному заболеванию и формированием адаптивных паттернов поведения.

### Заключение

Таким образом, эффективность психотерапевтического вмешательства у пациентов онкологического профиля определяется сроками его проведения. Оказание специализированной помощи на ранних этапах значительно эффективнее. По нашему мнению, критическим периодом для дальнейшей адаптации (либо дезадаптации) личности в ситуации болезни и неопределенности её исхода являются сроки от нескольких месяцев до года после установления диагноза и проведения радикальных хирургических вмешательств. В этот период, как правило, заканчиваются активные лечебные мероприятия (химиотерапия) и у пациента появляется возможность оценить наступившие изменения в своём здоровье и качестве жизни, социальном статусе. На данном этапе пациента можно сравнить с комбатантом, вышедшим из «боя» с болезнью и осмысляющим свой болезненный опыт. И то, как пройдет это осмысление — с позиций инкорпорирования этого опыта в собственную систему ценностей и жизненных смыслов и, в конечном итоге, его рационального осмысления, что открывает дорогу дальнейшему личностному росту и развитию, либо в форме капитуляции перед болезнью, восприятием её как катастрофического жизненного события, навсегда и бесповоротно изменившего жизнь пациента, с формированием хронической депрессии и когнитивно-фобической симптоматики — зависит не только дальнейшее качество жизни пациента, но во многом и его физическое выживание.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

(п. п. 1, 3, 6—9, 13 см. REFERENCES)

2. Саймонтон К., Саймонтон С. *Психотерапия рака*. Пер. с англ. СПб.: Питер, 2001.
4. Бухтояров О.В., Архангельский А.Е. *Психогенный кофактор канцерогенеза. Возможности применения гипнотерапии*. СПб.: Алетейа; 2008.
5. Куприянова И.Е., Семке В.Я. *Качество жизни и психическое здоровье*. Томск; 2004.
10. Смулевич А.Б. Депрессии в онкологической практике (клиника, типологическая дифференциация). *Психические расстройства в общей медицине*. 2013; (3): 4—8.
11. Самушия М.А., Мустафина Е.А. Нозогении (психогенные реакции) у женщин со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы. *Психические расстройства в общей медицине*. 2007; (3): 11—6.

12. Березанцев А.Ю., Монасыпова Л.И., Стражев С.В., Спиртус А.М. Клинические и психосоциальные аспекты реабилитации женщин с онкологической патологией репродуктивной системы. *Психические расстройства в общей медицине*. 2011; (1): 28—33.

## REFERENCES

- Holland J. Psychooncology: where are we, and where are going? *J. Psychosoc. Oncol.* 1992; 10(2): 103—12.
- Simonton C., Simonton S. Getting well again. New York: Bantam Books; 1978.
- Wolcott D.L., Jacobsen P.B., Loscalzo M.J. Supportive Oncology: New Models for the Role of Psychiatry in Cancer Care. *Focus*. 2013; 11(4): 471—81.
- Bukhtoyarov O.V., Arkhangel'skiy A.E. *Psychogenic Cofactor of Carcinogenesis. Possibilities of Using Hypnotherapy [Psikhogennyy kofaktor kantserogeneza. Vozmozhnosti primeneniya gipnoterapii]*. St. Petersburg: Aleteya; 2008. (in Russian)
- Kupriyanova I.E., Semke V.Ya. *Quality of Life and Mental Health [Kachestvo zhizni i psikhicheskoe zdorov'e]*. Tomsk; 2004. (in Russian)
- Fawzy F.I., Fawzy N.W., Hyun C.S., Elashoff R., Guthrie D., Fahey J.L. et al. Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1993; 50(9): 681—9.
- Stein S., Hermanson K., Spiegel D. New directions in psycho-oncology. *Curr. Opin. Psychiatry*. 1993; (6): 838—46.
- Hersh J., Juraskova I., Price M., Mullan B. Psychosocial intervention and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review. *Psychooncology*. 2009; 18(8): 795—810.
- Bränström R., Kvillemo P., Akerstedt T. Effects of Mindfulness Training on Levels of Cortisol in Cancer Patients. *Psychosomatics*. 2013; 54(2): 158—64.
- Smulevich A.B. Depression in oncological practice (clinic, typological differentiation). *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine*. 2013; (3): 4—8. (in Russian)
- Samushiya M.A., Mustafina E.A. Nosogeny (psychogenic reactions) in women with malignant tumors of the organs of the reproductive system. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine*. 2007; (3): 11—6. (in Russian)
- Berezantsev A.Yu., Monasypova L.I., Strazhev S.V., Spirtus A.M. Clinical and psychosocial aspects of the rehabilitation of women with oncological pathology of the reproductive system. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine*. 2011; (1): 28—33. (in Russian)
- Popek V., Honig K. Cancer and family: tasks and stress of relatives. *Nervenarzt*. 2015; 86(3): 266, 268—70, 272—3. (in German)

Поступила 09.01.17  
Принята к печати 28.03.17