

27. Fahrenkopf, A. M. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study / A. M. Fahrenkopf, T. C. Sectish, L. K. Barger, P. J. Sharek, D. Lewin, V. W. Chiang // *BMJ*. – 2008. – Vol. 336. – № 7642. – P. 488–491.
28. McKinley, T. F. Burnout and interventions in pediatric residency: A literature review / T. F. McKinley, K. A. Boland, J. D. Mahan // *Burnout Research*. – 2017, Vol. 6. – P. 9–17.
29. McClafferty, H. Physician health and wellness / H. McClafferty, O. W. Brown // *Pediatrics*. – 2014. – Vol. 134 (4). – P. 830–835.
30. Starmer, A. J. Work-life balance, burnout, and satisfaction of early career pediatricians / A. J. Starmer, M. P. Frintner, G. Freed // *Pediatrics*. – 2016. – Vol. 137 (4). – DOI: 10.1542/peds.2015-3183.
31. Woodside, J. R. Observations on burnout in family medicine and psychiatry residents / J. R. Woodside, M. N. Miller, M. R. Floyd, K. R. McGowen, D. T. Pfortmiller // *Academic Psychiatry*. – 2008. – Vol. 32(1). – P. 13–19.
32. Dyrbye, L. N. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population / L. N. Dyrbye, C. P. West, D. Satele, S. Boone, L. Tan, J. Sloan, T. D. Shanafelt // *Academic Medicine*. – 2014. – Vol. 89(3). – P. 443–451.

Сосновская Елизавета Евгеньевна, студентка, кафедра специальной и клинической психологии, Челябинский государственный университет, lismetagp@mail.ru

Elizaveta E. Sosnovskaya, student, department of special and clinical psychology, Chelyabinsk state university, lismetagp@mail.ru

Статья поступила в редакцию 15 мая 2018 г.

УДК 159.9:616-006.04

Рагозинская В. Г.

Психосоматические и соматопсихические соотношения в онкологии

Ragozinskaya V. G.

Psychosomatic and somatopsychic relationships in oncology

В статье представлен обзор исследований, направленных на объяснение взаимоотношений между биологическими и психосоциальными факторами при злокачественных новообразованиях. Выделяют два направления отношений между душой и телом: психосоматические и соматопсихические. Первые связаны с ролью психосоциальных факторов в возникновении и течении рака, в то время как последние имеют дело с его психосоциальными последствиями. В ходе болезни психосоматические и соматопсихические отношения проникают друг в друга. Их «синергические» эффекты (нелинейные взаимодействия) влияют на лечение рака, исходы и выживаемость.

Ключевые слова: *злокачественные новообразования; психосоматические и соматопсихические соотношения при раке; нозогении; соматогении.*

The article presents the review of researches aimed at explaining mutual relationships between biological and psychosocial factors in malignant neoplasm. In this field two directions of relations between the body and the soul are distinguished: psychosomatic and somatopsychic. The former refer to the role of psychosocial factors in the onset and course of cancer, while the latter deal with its psychosocial consequences. In the course of an illness psychosomatic and somatopsychic relationships penetrate each other. Their «synergetic» effects (interaction nonlinearities) impact on cancer treatment, outcomes and survival.

Keywords: *malignant neoplasm; psychosomatic and somatopsychic relationships in cancer; nosogeny; somatogeny.*

Актуальность исследования. Сложные взаимоотношения тела и психики при онкологических заболеваниях волнуют человечество не одно тысячелетие. Еще Гален объяснял природу рака следствием склонности к меланхолии и избытка черной желчи. Однако до настоящего времени предметная область психоонкологии и онкопсихологии содержит в себе больше «белых пятен», мифов и заблуждений, чем открытий. Большинство современных авторов единодушны в том, что психологические факторы играют важную роль в патогенезе онкозаболеваний, однако многие ученые и особенно практики сетуют на «дефицит знаний о характере, особенностях и степени выраженности реакций со стороны психики онкологических больных вообще и тем более больных злокачественными новообразованиями в далеко зашедших стадиях» [1]. Эмпирические исследования, объективирующие влияние опухолевого процесса на поздних стадиях рака на психику больного и на его отношения с окружающей социальной средой, нередко содержат достаточно противоречивые данные. Между тем, без ясного представления об особенностях психосоматических и соматопсихических соотношений на разных стадиях онкологического заболевания невозможно полноценное решение профессиональных задач специалистами помогающих профессий, работающими с онкологическими больными и их ближайшим окружением.

Цель исследования – изучить особенности психосоматических и соматопсихических соотношений при онкологических заболеваниях.

Методы исследования: теоретический анализ и обобщение данных современной научной литературы по проблеме психосоматических соотношений в онкологии.

Результаты исследования. Все психосоматические теории онкологических заболеваний условно делятся на каузальные (причинные) и пермиссивные (разрешающие) [2–3]. Каузальные теории объединены идеей о том, что причиной онкологических заболеваний являются психологические факторы. Множество работ в этой области основаны на двух магистральных идеях: 1) «личностная» гипотеза, согласно которой существуют специфические личностные характеристики онкологических пациентов, и 2) гипотеза «утраты-депрессии», согласно которой к развитию рака приводит эмоциональная травма сепарации или утраты, сопровождающаяся чувствами беспомощности и безнадежности.

Идея о том, что определенные типы эмоционального конфликта предрасполагают к развитию рака (гипотеза «канцерогенной» личности), имеет почти столь же древнюю историю, как и медицина в целом. Еще античный врач Гален считал, что рак возникает от излишка черной желчи и склонности к меланхолии, и отмечал, что у меланхоликов риск развития онкологических заболеваний выше, чем у сангвиников [4]. Эта идея получила продолжение в трудах клиницистов XVII–XIX вв.: развитие онкологических заболеваний стали связывать с меланхолией [5], страхом, тяжелым горем [6], «тяжелыми душевными терзаниями» [7], «угрюмым нравом» и сильным стрессом [8], депрессией [9], склонностью к нейротизму [10], скорбью [11], амбициями, частыми приступами ярости и насилия [12].

В более поздних характерологически ориентированных исследованиях были предприняты попытки описать специфический профиль личности, склонной к развитию онкологического заболевания (так называемый «типовой психологический портрет»). Так, Лидия Темошок высказала предположение о существовании личностного типа С, выступающего предиктором онкологических заболеваний [13]. Данный профиль личности автор противопоставила личностному типу А М. Фридмана и Р. Розенмана, указывающему на предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям. Личность типа С характеризуется репрессивностью, при которой субъект не сообщает об отрицательных или социально нежелательных симптомах и крайне слабо выражает эмоции, когда не подавляет их вообще [13]. По мнению других исследователей, специфический профиль личности, склонной к развитию онкологического заболевания, включает три основные характеристики: репрессивность (склонность к подавлению эмоций), запрет на проявление негативных эмоций (особенно гнева и агрессии), социальную конформность и чрезвычайно выраженное стремление всегда казаться хорошим, а также подавление своих базовых потребностей в угоду окружающим и т. д. [13–16].

Дальнейшее детальное изучение личностных особенностей онкологических больных показало несостоятельность попыток свести все многообразие личностных проявлений этих пациентов к какому-либо единому типу личности. Позиции ученых по этому вопросу значительно разошлись. Одни исследователи приняли точку зрения о том, что для всех больных

раком присущ тип личности С. Другие исследователи приписывали онкологическим больным совершенно противоположные личностные черты, такие как конфликтность, бескомпромиссность, повышенная требовательность к окружающим и т. п. [17]. Третий описывает типичную личность, предрасположенную к раку, как эмоционально лабильного экстраверта с аномально выраженной тенденцией к подавлению эмоций и чувств, ощущением безнадежности и склонностью к депрессии [18–19]. Высказывалась и четвертая точка зрения – о том, что разные типы и локализации опухолей соотносятся с различными личностными характеристиками [20–22].

В доступной литературе имеются многочисленные данные о личностных характеристиках больных с разными формами и локализациями рака. Однако и здесь данные, полученные разными авторами, не всегда согласуются друг с другом. Так, например, больные раком молочной железы отличаются, по одним данным, низкой фрустрационной толерантностью [23], по другим данным – высокой эмотивностью [24], по третьим данным – тревожностью, депрессивностью, ригидностью и истероидностью [25], четвертые авторы отмечают крайнее подавление проявлений агрессии и сексуальности и склонность маскироваться с помощью «фасада приятности» [26]. Согласно одним данным, больные раком желудка и прямой кишки отличаются повышением показателей депрессии, при этом специфического личностного паттерна для больных раком желудка и прямой кишки не выявлено [27], другие авторы отмечают выраженный уровень дистимности у больных раком желудка [24] и агрессивное беспокойство у больных раком прямой кишки [23]. Больных раком легкого, по одним данным, отличает клинически выраженная тревожность [28], по данным других авторов – невысокий уровень тревожности и дистимности [24], по третьим – экстраверсия, скрытность и неспособность к эмоциональной разрядке [29]. Больных раком мочевого пузыря отличает, по одним данным, стойкая депрессия и тревожность [30], по другим данным – эмоциональная неустойчивость [23].

Таким образом, попытки выделить самостоятельную форму психологического профиля «канцерогенной» личности не увенчались успехом, что повлекло появление пятой точки зрения – отрицающей существование единого специфического психологического портрета онкологического больного [31]. Кроме того, выделение тех или иных психологических особенностей больных на этапе манифестирующего онкологического заболевания не является достаточным основанием для утверждения о том, что именно эти личностные особенности послужили причиной его возникновения, а дает основание говорить лишь о существовании определенных корреляций.

Что касается второй гипотезы («утрата-депрессия»), то она основана преимущественно на идеях сторонников психодинамического подхода о том, что соматические симптомы являются выражением бессознательных конфликтов. Представление о том, что соматически проявляющееся заболевание может объясняться психологическими причинами, имеет истоки в ранних наблюдениях Й. Брейера. В 1895 г. он отметил в своих наблюдениях, что психопатологические симптомы могут возникать как результат подавленных эмоций. З. Фрейд развил это представление Й. Брейера в своем концепте «задушенные аффекты» («eingeklemmte affekte», «strangled affects»). Данный концепт был использован последователями З. Фрейда, развивавшими психосоматическую медицину, которые считали, что в основе онкологических заболеваний лежит репрессивность (склонность к подавлению своих эмоций) [16]. Истоки репрессивности, обуславливающей в последующем соматические нарушения, усматривались в особенностях ранних отношений в диаде «мать-дитя», приводящих к нарушению процесса сепарации-индивидуации. Таким образом, конфликтной сферой в данной модели являются отношения первичной любви (между матерью и ребенком) преимущественно на доречевом этапе жизни ребенка. И, поскольку на данном этапе речь еще не доступна ни как средство разрешения конфликта, ни как средство эмоциональной разрядки, именно тело становится тем проводником, посредством которого конфликт получает физическое выражение. В отношении неконтролируемого роста клеток используется выражение «шизофрения на соматическом уровне» [32]. Некоторые теории говорят, что безудержная пролиферация (бесконтрольное разрастание новой ткани) символически приводит к созданию утраченного объекта из-за реальной или мнимой утраты объекта на соматическом уровне [3].

Данные, полученные в ходе исследований, основанных на гипотезе «утрата-депрессия», значительно расширили представления о существенных характеристиках «канцерогенной» личности. При этом одна группа исследователей подчеркивала утрату, сепарацию, депрессию и отчаяние как важные предикторы развития рака [21–22, 32–37], тогда как другая группа, вероятно, подверженная влиянию Эго-психологии, акцентировала характерные для этих пациентов подавление, апатию и отрицание [19, 29, 38–44].

Один из активных сторонников первого исследовательского подхода – Л. ЛеШан – обследовал несколько сотен онкологических пациентов на протяжении 12 лет. Он установил, что у 72% больных развитию онкологического заболевания предшествовала утрата значимых эмоциональных отношений (в интервале от 8 лет до нескольких месяцев до появления симптомов онкологического заболевания). В контрольной группе подобные явления отмечались только у 10% обследованных [21–22]. Наличие корреляции между сепарационной депрессией и онкологическими заболеваниями также установлено в исследованиях Дж. Стефенсона и У. Грейса [45]. Р. Реннекер и его соавторы подтвердили, что развитию рака часто предшествует потеря значимого объекта или другой выраженный отрицательный эмоциональный опыт, приводящий к депрессии [41]. А. Шмэйл и Х. Айкер выделили безнадежность как первичный эмоциональный тон онкологического больного и выявили существование конфликта, не имеющего очевидного решения, за шесть месяцев до диагноза [37].

Сторонники второго исследовательского подхода подчеркивают, что важным предиктором развития рака являются не столько эмоционально значимые, травмирующие жизненные события сами по себе, сколько недостаточное преодоление внутреннего конфликта, подавление эмоций [33], репрессивность и чрезмерный самоконтроль в выражении собственных желаний и способностей [38–39]. Так, в исследовании Д. Киссена установлено, что онкологические больные чаще страдают от разрывов отношений, более склонны к подавлению эмоций и имеют плохо развитые каналы для эмоциональной разрядки [19]. К. Томас в лонгитюдном эпидемиологическом исследовании выявила, что прекурсорами злокачественных новообразований являются холодные и дистанцированные взаимоотношения с родителями и низкая способность к выражению эмоций [46].

По мнению К. Бансона, репрессивная защита Эго является наиболее выдающейся и характерной чертой личности, предрасположенной к развитию рака. Согласно концепции К. Бансона, основанной на идее комплементарности между физиологическим и психологическим регрессом, психологическими прекурсорами склонности к раку являются отрицание негативных мыслей и чувств, репрессивность, снижение способности к выражению эмоций и гипернормативность (ригидное следование социальным нормам) [42–44].

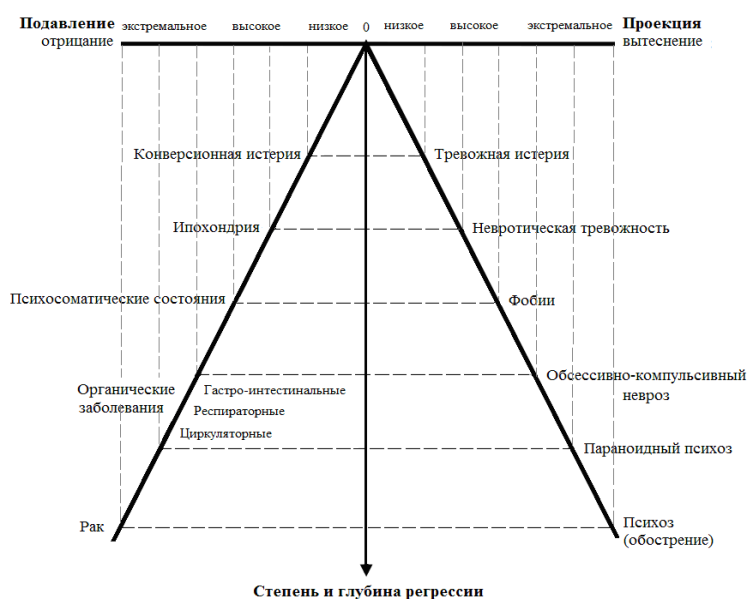


Рисунок 1. Связи между Эго-защитными механизмами, уровнем конфликта и симптомообразованием (по К. Бансону)

Используя графическое представление (рис.1), К. Бансон иллюстрирует психофизиологическую комплементарность, исходя из конфликтных мотивов или эмоций и двух путей патологических решений в зависимости от используемого защитного механизма: один приводит к психоневротическим и психотическим решениям, другой – к психосоматическим и соматическим решениям. Следуя за Л. ЛеШаном, К. Бансон также подчеркивает, что потеря значимых эмоциональных отношений может иметь решающее значение для этого типа явлений. Трагическое событие не обрабатывается на сознательном уровне и, вероятно, поэтому приводит к соматическому регрессу, который в самых серьезных случаях может привести к новообразованиям [42–44].

Эти работы обозначили важный вклад эмоций и их подавления в развитие онкологических заболеваний. Дальнейшие исследования были нацелены на выявление того, какие именно эмоции подавляются. Наибольший интерес вызвала склонность к подавлению агрессии. Ключевым для понимания того, как подавление агрессивных импульсов ведет к развитию соматических проявлений рака, является понятие разрядки. Согласно представлениям З. Фрейда, нормальное функционирование психики регулируется с помощью «управляющего аппарата, который организует, ведет и подавляет глубинные архаические и более инстинктивные силы» [47]. Способность к разрядке является одним из механизмов, посредством которых психика поддерживает свое стабильное состояние. Исходя из этого, невротические феномены могут быть поняты как проявление недостаточности нормального управляющего аппарата. Недостаточность можно отнести к альтернативным нарушениям. Чрезмерное возбуждение, превосходящее по силе способности Эго к совладанию с ним, может проникнуть в психический аппарат; подобный опыт является травмирующим. Или, наоборот, может произойти блокировка разрядки, вследствие чего напряжение накапливается, и нормальное возбуждение переживается как травматическое [48]. Моторная разрядка – это первая форма высвобождения напряжения, доступная младенцу. Когда он овладевает речью, его слова вытесняют действия в обеспечении адекватного освобождения от инстинктивных требований. Соматизирующий человек и после овладения речью остается фиксированным на паттерне моторной разрядки [16].

Исследования агрессии при онкозаболеваниях подтверждают эти представления. Так, К. Бэкон обнаружила у пациентов с раком молочной железы чрезвычайно высокий уровень бессознательно подавляемой враждебности, которую связала с нарушением ранних отношений пациентов с их матерями. Многие из этих больных отмечали, что никогда не бывали злыми, и это является свидетельством того, что их отношения с другими были исключительно приятными [26]. К аналогичным выводам пришли С. Гриер и Т. Моррис, обнаружившие связь между подавлением агрессии и раком груди [49]. Л. ЛеШан выявил корреляции между неспособностью выражать враждебные чувства и развитием злокачественных новообразований [20–21]. Исследования П. Филда показали, что лейкемия и рак лимфатической системы коррелируют с аутоагрессией (агрессией, обращенной на себя) [50]. С представлением о том, что подавление агрессии способствует развитию рака, коррелирует идея о том, что выражение агрессии оказывает благоприятное влияние на малигнизацию. Л. Дерогатис и М. Абелофф отмечают, что пациентки с раком груди, выражающие свой гнев в процессе лечения или на протяжении заболевания, живут дольше, чем пациентки, отличающиеся уступчивостью и склонностью к кооперации [51]. Е. Блумберг, сравнивая пациентов с быстрым и медленным ростом опухолей, обнаружил, что пациенты с медленно растущими опухолями более гибки в реакциях на эмоциональные травмы и более успешно справляются с напряжением через моторную разрядку. Также Е. Блумберг отметил, что пациенты с медленно растущими опухолями менее склонны к защите своего Я. Пациенты с быстрорастущими опухолями затрачивают значительное количество энергии, пытаясь создать хорошее представление о себе [40]. К аналогичным выводам в другом исследовании пришел Б. Клопфер [52].

В ряде исследований отмечено, что способность больных раком к выражению эмоций закономерно связана с продолжительностью выживания [26, 40, 53–54]. По данным Е. Блумберга, пациенты с более продолжительным периодом выживания характеризовались как экспрессивные, в то время как быстро поддавшиеся заболеванию пациенты отличались вежливостью, уступчивостью, склонностью к кооперации, неспособностью выражать негативные эмоции (особенно враждебные). Аналогичные отношения между выживанием и вы-

ражением эмоций наблюдали К. Ставраки и ее соавторы [54]. С. Гриер и его соавторы выявили, что психологическая позиция пациентов к своему онкозаболеванию по типу «боевой дух» более благотворно сказывается на продолжительности выживания, чем «стоическое принятие» и «беспомощность-безнадежность» [53].

Наиболее фундаментальная тревожность, которую испытывает младенец, связана с его состоянием биологической беспомощности. Он физиологически не способен к самостоятельному удовлетворению своих потребностей. Первый страх – это страх переживания состояния неудовольствия, которое младенец не способен изменить. Развитие Эго, способного контролировать и удовлетворять импульсы, будет препятствовать идее о том, что чьи-либо собственные инстинктивные требования могут быть опасны. Если Эго не овладевает этой способностью, младенец остается зависимым исключительно от внешних способов удовлетворения. Он начинает опасаться, что эти внешние ресурсы могут исчерпаться. Страх недостаточной защиты и заботы становятся синонимом страха утраты любви. Когда этот страх остается интенсивным, Эго-структура повреждается. Развитие самооценки коренится в младенческом переживании удовлетворения инстинктивных потребностей с помощью внешних средств и регулируется этим переживанием. Младенец, уверенный в том, что все его потребности будут удовлетворены, развивает сильное Эго. Младенец, чувствующий свою нелюбимость и незащищенность, склонен испытывать страх покинутости и не будет располагать адекватными ресурсами для совладания с разлукой, если она произойдет. Младенец, чьи инстинктивные потребности не находят адекватного удовлетворения через внешние средства, имеет еще один ресурс. В своих фантазиях и насыщенной воображаемой жизни он может найти замену неудовлетворяющей его реальности (фрустрация из-за дефицита удовольствия). Однако установлено, что фантазия – это механизм, недоступный психосоматическим пациентам [32]. Аналогичным образом описывают и онкологических больных. Предполагается, что соматические проявления рака являются биологическим отыгрыванием фантазий, которое замещает фантазию [16].

Сторонники каузальных теорий внесли огромный вклад в развитие онкопсихологии и психосоматической медицины в целом, обратив пристальное внимание на роль психического в генезисе и развитии злокачественных новообразований и, тем самым, опровергнув существовавшее представление о душе и теле как о взаимно независимых инстанциях. Однако попытки каузальных теорий объяснить природу опухолевого процесса действием исключительно психологических агентов не увенчались успехом, поскольку ни один из постулируемых психологических факторов (личностный тип С, комплекс «утрата-депрессия», наличие неразрешимого внутреннего конфликта, склонность к регрессу, отрицание, подавление и др.), впрочем, как и их совокупность, не является необходимым и достаточным условием для возникновения опухолевого процесса. Непосредственными причинами малигнизации клеток являются различные эндогенные и экзогенные факторы, которые к настоящему времени уже с большей или меньшей вероятностью определены: канцерогенные химические вещества, ионизирующее излучение, хроническая ирритация, гормональный дисбаланс, наследственные генетические изменения, нарушения в регуляции пролиферации и дифференцировки клеток и пр. [2].

Пермиссивные теории являются более умеренными и предполагают, что психологические факторы непосредственно не приводят к раку, но усиливают действие других факторов, которые, собственно, и вызывают злокачественные изменения. Исследования в данной области сосредоточены главным образом на выявлении тех психологических факторов, которые могут влиять на течение заболевания и на самочувствие пациента. Многочисленные источники приводят сведения о том, что течение болезни и прогноз более благоприятны у лиц с более устойчивой психикой и оптимистическим настроением, тогда как различные варианты патологических реакций психики на онкозаболевание относятся к числу неблагоприятных факторов, которые резко деформируют его течение, утяжеляют соматическое страдание, усложняют процесс диагностики, затрудняют проведение лечебных и реабилитационных мероприятий, способствуют формированию нозогенных и соматогенных психических расстройств, снижают комплаентность больного и негативно влияют на исход опухолевого процесса [55–61].

Исследования в области физиологии стресса и психоиммунологии позволили точнее представить вклад психологических факторов в развитие рака. У людей с определенными

личностными качествами психологический стресс встречается чаще и переживается более глубоко. Психологический стресс напрямую связан с иммунным ответом. Ряд экспериментов на животных (см. обзор: [62]) показал, что индуцированный эмоциональный стресс или фрустрация приводят к ослаблению иммунных реакций клеточного и гуморального типа, повышают восприимчивость к инфекциям, усиливают появление экспериментальных аутоиммунных заболеваний и ускоряют рост трансплантированных опухолей и опухолей, вызванных вирусами и канцерогенными химическими веществами. Исследования Т. Страумана продемонстрировали, что негативная самооценка, диспозициональная отрицательная аффективность, чрезмерная тревожность и дисфория отрицательно сказываются на состоянии иммунной системы, поскольку способствуют значительному сокращению числа NK-клеток (естественных киллеров), обеспечивающих наиболее важный иммунный барьер против риска развития опухоли [63]. Аналогичные результаты получены в других подобных исследованиях [64–65].

Учитывая вышеизложенное, роль психологических факторов в опухолевом росте может быть представлена следующим образом. Та или иная личностная черта означает предрасположенность человека вести себя сходным образом в широком диапазоне ситуаций (например, личностная тревожность означает устойчивую склонность человека реагировать тревогой и беспокойством на различные изменения во внешней и внутренней среде). Внутренние конфликты, иррациональные убеждения, неразвитость эмоциональной сферы, репрессивность, самоотрицание, раздражительность, упрямство, дисфоричность, склонность к идеализации и другие подобные личностные черты повышают предрасположенность человека к воздействиям средового стресса и/или затрудняют совладание с ним. При посредничестве лимбического мозга и эндокринной системы психологические и психосоциальные факторы находят выражение на психофизиологическом уровне.

Если оптимальное психофизическое состояние и нормальное функционирование различных систем организма (прежде всего иммунной и эндокринной) делают организм устойчивым к различным острым и хроническим стрессорам, то ухудшение психофизиологического состояния и нарушения в психической сфере (фрустрация, беспокойство, депрессия, напряжение) делают организм более уязвимым к воздействию указанных вредностей [2]. Психические перегрузки создают основу для психоиммунологических осечек в переработке психоэмоционального стресса, что ведет к более плохому восстановлению ДНК, которая повреждается и обычно приводит к злокачественным изменениям и апоптозу клеток [3]. Нормальный организм реагирует на злокачественные клетки специфическими антителами и сенсibilизированными лимфоцитами и поэтому постоянно защищается от роста опухоли, тогда как ослабление или нарушение иммунной реакции может способствовать появлению и росту опухоли. Таким образом, в русле перmissive теорий роль психогенных факторов в возникновении рака рассматривается как разрешительная, то есть они не являются непосредственной причиной возникновения злокачественных новообразований, но способны усиливать действие канцерогенных факторов [2].

Канцерогены и психологические факторы вступают между собой в синергические связи, дополняя и усиливая друг друга [66]. Развивается порочный круг психосоматической спирали, когда онкологическое заболевание приводит к нарушению психологической и социальной адаптации, что, в свою очередь, приводит к ухудшению соматического состояния. В этой связи выявление и коррекция психических нарушений без преувеличения является одной из самых актуальных задач симптоматической терапии, облегчая проведение других лечебных мероприятий, таких как борьба с болевым синдромом, компенсирование расстройств питания и других ведущих проявлений генерализации опухолевого процесса [1].

В. Я. Семке и А. Н. Гузев описывают психосоматические соотношения при онкологических заболеваниях с помощью трехмерной модели, включающей три уровня адаптации: биологический (соматогенный), конституционально-типологический (личностный) и психологический (психосоциальный). Каждому уровню соответствует пара синдромообразующих факторов: уровню соматической адаптации – соматогенно-органический фактор (является патогенетическим) и фактор «соматические ресурсы адаптации» (саногенетический), личностному уровню – конституционально-типологический фактор (патогенетический) и фактор «внутренние ресурсы адаптации» (саногенетический), психологическому уровню – психосоциогенный фактор (патогенетический) и фактор «внешние ресурсы адаптации» (саногенетический). По

мнению В. Я. Семке и А. Н. Гузева, синдромологическую структуру пограничных нервно-психических расстройств, встречающихся у онкобольных, можно рассматривать как внешние проявления реализации различных вариантов патогенеза или этапов патокинеза. Эти варианты авторами условно обозначены термином «преобладающий тип сенсбилизации» [67].

Причинами изменений в психической сфере у онкологических больных являются психогенные и соматогенные факторы.

Психогенными факторами являются психотравмирующие обстоятельства, связанные с онкологическим заболеванием. Эти факторы условно подразделяются на ятрогенные и ситуационные.

К ятрогенным факторам относятся острый или хронический эмоциональный стресс, связанный с исходящей от медицинского персонала психотравмирующей информацией о характере заболевания, неблагоприятном прогнозе, невозможности радикального лечения и т. п. [1].

К ситуационным психогенным факторам относятся психологические особенности ситуации, в которую попадают онкологические больные, особенно с распространенным опухолевым процессом, и которая способна вызвать сильный острый или хронический эмоциональный стресс, обусловленный витальными переживаниями больного (госпитализация в онкоучреждение, необходимость прохождения длительного и зачастую болезненного обследования, неизбежность операции, прогрессирующее ухудшение самочувствия, несмотря на проводимое лечение, и т. д.) [59, 68–71]. Постоянное эмоциональное напряжение онкологических больных, ведущее к психосоциальной дезадаптации, поддерживается и многими другими психогенными факторами: нарушение привычного образа жизни, утрата привычных условий комфорта, разрушение сложившейся картины мира и планов на будущее, угроза инвалидизации, утраты трудоспособности и социального статуса, страх перед болевым синдромом, страх потери физиологической целостности организма, страх перед последствиями специального лечения (перед побочными действиями химиотерапии, лучевой болезнью, последствиями перенесенной операции, носящей подчас калечащий характер и пр.), страх смерти [1, 57, 72–73].

Дополнительную тяжелую психологическую нагрузку, эмоциональное напряжение и невротические реакции могут вызывать специфический психологический климат в коллективах онкологических больных в профилированных отделениях (взаимная информация о характере заболевания, методах его лечения и прогнозе), нарушение или утрата привычных связей, нарушенные взаимоотношения с членами семьи, их реакции на заболевание, невротизация ухаживающих лиц, проявления которой явно передаются больному, трудности контакта с медицинским персоналом и пр. [1, 57, 72–73].

При распространенном опухолевом процессе во многих случаях имеют место отставленные реакции, когда стрессирующая ситуация получает разрядку, не совпадая по времени с психической травмой. Острая психотравмирующая ситуация определяется такими факторами, как диагноз рака, несущий угрозу жизни, страх калечащей операции, инвалидизация, разрыв социальных контактов. Каждый из этих факторов играет свою роль в патогенезе психогенных реакций. Однако работы психологических защитных механизмов (комплекса доводов, убеждений, поддерживающих относительную стабильность психической сферы) позволяют больному убедить себя в том, что у него доброкачественное заболевание, «во всяком случае не рак». Однако ухудшение самочувствия, дальнейшая тактика врача, назначение химиотерапии, нередко знакомство по справочникам с назначенным цитостатическим препаратом или «просвещение» со стороны других онкологических больных порождают неуверенность и панику у больного, а затем психогенные реакции на онкологическое заболевание. В этом комплексе важное значение имеет фактор веры врачу, на котором строится психологический «иммунитет» больного [1].

По мере прогрессирования заболевания у больного усиливаются боли, слабость, головокружение, сердцебиение, кахексия, анемия и т. п. Соответственно, к психогенным факторам добавляются соматогенные причины психических расстройств.

К соматогенным факторам, предрасполагающим к развитию психических нарушений у онкологических больных, относят боль, эндокринные и метаболические изменения (опухолевая интоксикация, кахексия, дегенеративные и иные паранеопластические изменения центральной нервной системы и пр.), возникающие в ходе течения и терапии онкологического

заболевания, а также использование в онкологии лекарственных препаратов, вызывающих психические расстройства [1, 74–75].

Многочисленные психогенные и соматогенные факторы оказывают непосредственное влияние на психологическое состояние пациента, приводя к угнетению настроения, эмоциональному истощению, психической и физической астении, дополнительным психосоциальным стрессам и нередко к тяжелым психическим и психосоциальным нарушениям и деформации личности. О наличии выраженных изменений в психике онкологических больных свидетельствуют реактивные состояния в виде тревоги, депрессии, негативных и агрессивных реакций, расстройства взаимоотношений в семье и на работе, отказы от операций и лечения, суициды и пр. [57].

Накопление психических расстройств при злокачественных опухолях происходит неравномерно и определяется закономерностями течения заболевания. Психические расстройства, формирующиеся при соучастии онкологического заболевания, в большей доле представлены нозогениями (т. е. психогенными расстройствами, обусловленными влиянием психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием), тогда как соматогении выявляются несколько реже [76–77]. Распространенность нозогенных реакций у онкологических пациентов, по данным разных авторов, варьирует от 20 до 100% [67, 76–86]. Соматогении выявляются в 42,2% случаев [76].

Психические расстройства при опухолевом процессе могут включать реакции всех уровней: от легких, отражающих ситуацию, невротических и даже предболезненных проявлений до выраженных невротических и в ряде случаев психотических нарушений [87]. Клинико-психопатологический анализ показал, что к наиболее распространенным психогенным реакциям у больных злокачественными новообразованиями относятся тревожно-депрессивный, тревожно-ипохондрический и дисфорический синдромы, тогда как обсессивно-фобический, апатический, деперсонализационно-дереализационный, астено-ипохондрический, параноидный и эйфорический синдромы встречаются сравнительно редко [73].

Клинико-психологические и психопатологические особенности при онкологических заболеваниях зависят от многих факторов: от индивидуально-психологических особенностей пациента, его пола, возраста, уровня образования, от первичной локализации опухолевого процесса и особенностей его течения, от этапа заболевания, от фазы реагирования на осознание факта онкологического заболевания (по Э. Кюблер-Росс), от типов эмоциональных сдвигов и их динамики на более ранних стадиях опухолевого заболевания, от количества и качества социальной поддержки и пр. [73, 77, 79, 88–90], что согласуется с представлениями В. Я. Семке и А. Н. Гузева о психопатологическом синдроме как о продукте сложной совместной деятельности нескольких взаимосвязанных систем – организма пациента, собственно целостной деятельности индивида и системы его межличностных отношений [67].

Во многих работах, посвященных изменениям психики при онкологических заболеваниях, подтверждено влияние демографических и медицинских факторов на тяжесть клинической картины эмоционального дистресса [1, 91]. Так, приводятся данные о том, что риск развития психических нарушений связан с полом и возрастом пациентов [92–94]. У мужчин при известии о наличии опухолевого заболевания в среднем наблюдается относительно большая драматичность эмоционального срыва, ведущая к возникновению психогенных реакций, отличающихся значительной степенью тяжести. Лица относительно молодого возраста (до 40 лет) дают более тяжелые психогенные реакции, чем пациенты старшего и в особенности старческого возраста. Глубина психогенных реакций обнаруживает также положительную корреляцию с высоким уровнем образования и общей культуры.

По данным ряда исследователей, распространенность, структура и степень выраженности психических расстройств зависит от тяжести соматического состояния онкологических больных и от локализации злокачественного новообразования как фактора, определяющего характер оперативного вмешательства и его последствия [24, 76, 77, 92, 95–97]. Приводятся данные о том, что наиболее выраженные психические нарушения сопряжены с раком легкого, печени, поджелудочной железы, головы и шеи, тогда как у пациентов с раковым поражением женских репродуктивных органов, молочной железы, прямой кишки и предстательной железы выявляются менее тяжелые психопатологические расстройства [77, 95–96]. Так, по данным J. Zabora и соавторов, при раке легких распространенность дистресса составляет 43,4%, при

раке мозга – 42,7%, при раке толстого кишечника – 31,6%, при раке предстательной железы – 30,5%, при раке гинекологической сферы – 29,6% [96]. Л. Н. Касимова и соавторы обнаружили, что при раке молочной железы наиболее часто встречаются тревожные реакции, при раке желудка – депрессивные расстройства, при раке кожи – депрессивные расстройства и генерализованное тревожное расстройство, рак легкого отмечен низкой частотой тревожных и депрессивных расстройств [24, 97]. По данным А. Б. Смулевича, при раке желудка ведущим является диссоциативный тип нозогенных реакций, который встречается у 64,5% больных. При этом исследователь указывает на присущие этим больным «двойные» нозогенные реакции: реакция первого плана, представленная диссоциативной симптоматикой, и реакция фона, реализующаяся формированием тревожно-депрессивного симптомокомплекса. При этом явления диссоциации преимущественно перекрывают и маскируют тревожную и депрессивную симптоматику, вступая в антагонистические коморбидные соотношения с последними: чем более выражена диссоциация, тем меньше представлена тревожно-депрессивная симптоматика, и наоборот. Диссоциативная реакция протекает с явлениями феномена отчуждения реального онкологического заболевания и признаками латентной тревоги, представленными в разных пропорциях, сопровождающимися аномальным поведением в болезни [77].

Ряд исследователей отмечают зависимость клинической картины развивающихся психогенных расстройств от преморбидных личностных особенностей онкобольного, то есть от особенностей, свойственных его личности до развития психических нарушений, возникающих в связи с опухолевым заболеванием [1, 98]. Так, по данным литературы [99], «синтонные» личности предрасположены к развитию относительно адекватных форм психогенных реакций (астено-депрессивных, астено-ипохондрических), которые, как правило, относительно нестойкие и не достигают значительной степени выраженности. Эта категория больных весьма чувствительна к психотерапевтическому вмешательству и сравнительно легко адаптируется. Для онкобольных с шизоидным типом личности характерна определенная склонность к образованию сверхценных и бреподобных идей, явлений ухода в себя, самоизоляции, аутизации, суицидальных тенденций. Их психогенные реакции отличаются своей стойкостью и ригидностью, сравнительно трудно поддаются купированию. У онкобольных, имевших черты возбудимости в преморбиде, чаще всего отмечаются дисфория, раздражительность, озлобленность, гнев и агрессивность. У онкобольных истероидного типа чаще отмечаются деперсонализационно-дереализационные расстройства. Несмотря на яркость переживаний, эта категория больных легче других справляется с психотравмирующими обстоятельствами. «Тревожно-мнительные» больные характеризуются наличием тревожности, мнительности, склонности постоянно переоценивать степень тяжести любой жизненной ситуации. При развитии опухолевого заболевания и особенно в распространенной форме у этих лиц возникают наиболее тяжелые психогенные реакции, протекающие с тревожно-депрессивной или обсессивно-фобической симптоматикой, крайне торпидной к любому терапевтическому вмешательству [1, 98]. Для больных с параноидным типом личности свойственна склонность к ипохондрическому развитию по типу паранойи борьбы [100].

М. А. Самушия, исследуя взаимосвязи психопатологических нарушений и конституционального предрасположения, обнаружила статистически достоверные различия распространенности психогенных расстройств у онкопациентов с личностными расстройствами. У пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами и маскированной ипохондрией достоверно чаще выявляются избегающее, ананкастное и зависимое расстройства личности; с аберрантной ипохондрией и диссоциативными расстройствами – шизотипическое и истерическое; с эндоформными аффективными расстройствами, соматореактивной циклотимией и ипохондрической дистимией – аффективные расстройства личности; с ипохондрическими расстройствами по типу паранойи борьбы – паранойяльные расстройства личности [76].

В случае благоприятного исхода после оперативных вмешательств и успеха консервативной терапии указанные расстройства претерпевают медленное обратное развитие. При утяжелении же соматического статуса спектр психопатологических проявлений постепенно расширяется [101]. Постоянная подавленность, нарушение привычных контактов с окружающими, мысли о скорой и, возможно, мучительной смерти нередко приводят к возникновению суицидальных намерений. Перечисленные проявления не находятся в непосредственной прямой связи с явлениями физической астенизации, интоксикации, упадка питания и другими

соматогенными факторами. Наиболее высокая степень развития явлений изоляции и суицидальные тенденции наблюдаются, как правило, у больных, которым были свойственны шизоидные черты. Относительно меньшую степень подобных расстройств можно отметить у пациентов, преморбид которых отличался чертами синтонности или истероидности [1].

В далеко зашедших стадиях заболевания распространенный опухолевый процесс приводит к глубоким функциональным нарушениям всего организма, которые влияют на психику больного и способны обусловить астению и апатико-абулический синдром. В некоторых случаях смешанные психогенно-соматогенные нарушения при злокачественных новообразованиях могут достигать уровня психоза [1].

Психозы у онкобольных являются неоднородными по своей природе и включают в себя различные этиологические факторы. Выделяют психозы истощения (обусловленные упадком питания и кахексией) и интоксикационные психозы, связанные с осложнениями основного заболевания инфекцией, последствиями химиогормоно- и лучевой терапии, а также паранеопластическими изменениями центральной нервной системы, влияющими на психику больного [1]. Особенностью психозов при распространенном опухолевом процессе является то, что психотическая картина, приближающаяся к стандартной форме экзогенного типа реакций, является нестойкой и носит ремиттирующий характер; временами больной «приходит в себя» и правильно оценивает происходящее [88]. Аменция (спутанность сознания) чередуется с истошностью и оглушенностью. Течение психоза обычно непродолжительно.

Интоксикационные психозы при злокачественных опухолях имеют выраженную депрессивно-ипохондрическую окраску. Больные становятся угнетенными, заторможенными, теряют контакт с окружающими, высказывают витально-окрашенные идеи бесперспективности, обреченности, малоценности, а нередко и вины. Эпизодически можно наблюдать вспышки возбуждения, сопровождающиеся страхом и тревогой. В это время появляется особая опасность суицидальных попыток. В отдельных случаях больные интерпретируют поведение окружающих как резко негативное, считают, что их осуждают за малодушие. Имеют место единичные слуховые галлюцинации [1].

В ряде случаев возможны дисфорические эпизоды, проявляющиеся раздражительностью, гневными вспышками, неадекватным отношением к медицинскому персоналу, паранойяльными идеями в адрес врачей, которые «неправильно лечат», «запустили болезнь», и т. д. Все перечисленные выше явления развиваются на фоне выраженной астении с явной ипохондрической окраской переживаний [99].

Другим вариантом нарушений является так называемый «бормочущий» тихий делирий, характеризующийся постоянным колебанием состояния сознания. Оглушенность, дремотность, в различной степени выраженные внешне, оцениваемые как астенический апатический ступор, не соответствуют внутренней жизни, которая наполнена сновидными картинками, воспоминаниями, фантазиями, получающими характер объективности. Теряется представление о времени, возникают иллюзорные и даже галлюцинарные переживания. Действительность подвергается искажению, сужению. Отмечаются наплывы мыслей, текущих одна за другой без четкой детерминированности, по случайным ассоциациям. Эмоциональная жизнь мерцает, периодически прерываясь тревогой, настроенностью. Основной фон настроения – отрицательный, тоскливый.

Смешанные психогенно-соматогенные нарушения при онкологических заболеваниях утяжеляют соматическое состояние, затрудняют проведение терапии основного заболевания, ухудшают прогноз, нередко приводят к снижению комплаентности пациентов, резкому сужению круга интересов, спонтанности, безразличию к окружающему, в том числе к собственной судьбе и судьбе своих близких.

Заключение. Взаимоотношения психики и соматики при злокачественных новообразованиях развиваются по принципу «психосоматической спирали». С одной стороны, онкологическое заболевание вызывает тяжелый психологический стресс и во многих случаях приводит к нарушению психологической (а нередко и психосоциальной) адаптации и к развитию психогений, что, в свою очередь, приводит к ухудшению соматического состояния. С другой стороны, онкологическое заболевание сопровождается метаболическими нарушениями, интоксикацией распадающимися тканями и наркотическими анальгетиками (в подавляющем большинстве случаев) и потому выступает как органический фактор, оказывающий повреждаю-

щее действие на центральную нервную систему, вызывающий гибель нейронов и формирование органических психических расстройств. Психогенные реакции и соматогенные психические расстройства при онкозаболеваниях, в свою очередь, утяжеляют соматическое состояние, затрудняют проведение терапии основного заболевания и ухудшают прогноз. На отдаленных стадиях распространенного онкологического процесса сочетанные воздействия психогенных и соматогенных факторов во многих случаях вызывают грубые психические расстройства, сопровождающиеся резким снижением комплаентности и критичности, повышением внушаемости, подчиняемости, развитием безразличия к окружающему, к собственной судьбе и судьбе своих близких.

Литература

1. Гершанович, М. Л. Симптоматическое лечение при злокачественных опухолях / М. Л. Гершанович, М. Д. Пайкин. – М.: Медицина, 1986. – 288 с.
2. Boranić, M. The psychophysiological theory of cancer (Psihosomatska teorija raka) // Liječ Vjes. – 1979. – Vol. 101. – P. 153–158.
3. Gregurek, R. Psychological problems of patients with cancer / R. Gregurek, M. Bras, V. Dordević, A. S. Ratković, L. Brajković // Psychiatria Danubina. – 2010. – Vol. 22. – № 2. – P. 227–230.
4. Reedy, J. Galen, De tumoribus praeter naturam: a critical edition with translation and indices. – University of Michigan, 1968. – 114 p.
5. Wiseman, R. Eight chirurgical treatises The sixth edition. – London, 1734. – 534 p.
6. Gendron, D. Enquiries into the nature, knowledge and cure of cancer. – London, 1701. – 132 p.
7. Burrows, J. A new practical essay on cancer. – London, 1783. – 104 p.
8. Walshe, W. H. Nature and treatment of cancer. – London, 1846. – 590 p.
9. Paget, J. Surgical pathology. – London, 1870. – 638 p.
10. Snow, H. The re-appearance of cancer after apparent extirpation: with suggestions for its prevention, and general remarks on the operative treatment of malignant growths. – London, 1890. – 182 p.
11. Amussat, J. Z. Quelques réflexions sur la curabilité du cancer. – Paris: Imprimé par E. Thunot et Ce., 1854. – 14 p.
12. Von Schmitt, G. On the curability of cancer. – Paris, 1871. – 553 p.
13. Temoshok, L. Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model // Cancer Surveys. – 1987. – Vol. 6. – P. 545–567.
14. Evans, E. A psychological study of cancer. – New York: Dodd, Mead & Co, 1926. – 226 p.
15. Schwarz, R. Psychosocial factors in carcinogenesis: on the problem of the so-called cancer-prone personality // Psychother. Psychosom. Med. Psychol. – 1993. – Vol. 43, № 1. – P. 1–9.
16. Goldberg, J. G. Psychotherapeutic Treatment of Cancer Patients. – New York: The Free Press, 1981. – 360 p.
17. Асеев, А. В. Синдром истощения адаптационных возможностей при раке молочной железы и злокачественной меланоме кожи / А. В. Асеев, Л. Н. Бала // Маммология. – 1996. – № 2. – С. 39–44.
18. Eysenck, H. J. Cancer, personality and stress: Prediction and prevention // Advances in Behaviour Research and Therapy. – 1994. – Vol. 16. – P. 167–215. doi.org/10.1016/0146-6402(94)00001-8
19. Kissen, D. M. Personality in male lung cancer patients / D. M. Kissen, H. J. Eysenck // Journal of Psychosomatic Research. – 1962. – Vol. 6. – P. 123. doi.org/10.1016/0022-3999(62)90062-4
20. Fisher, S. Relationship of body image to site of cancer / S. Fisher, S. Cleveland // Psychosomatic Medicine. – 1956. – Vol. 18. – P. 304–309. doi.org/10.1097/00006842-195607000-00004
21. LeShan, L. A psychosomatic hypothesis concerning the etiology of Hodgkin's disease // Psychological Reports. – 1957. – Vol. 3. – P. 565–575. doi.org/10.2466/pr0.1957.3.3.565
22. LeShan, L. Some evidence of a relationship between Hodgkin's disease and intelligence / L. LeShan, S. Marvin, O. Lysterly // Archives of General Psychiatry. – 1959. – Vol. 1. – P. 477–479. doi.org/10.1001/archpsyc.1959.03590050045005
23. Великолуг, А. Н. Психологические особенности личности больных со злокачественными опухолями различной локализации / А. Н. Великолуг, А. А. Дрегалю, А. Г. Золотков, Н. А. Макаров // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1997. – № 2. – С. 39–40.
24. Касимова, Л. Н. Психопатологическая и социально-психологическая характеристика больных со злокачественными новообразованиями / Л. Н. Касимова, Т. В. Жилиева // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 1. – С. 16–19.

25. Москвитина, С. А. Особенности личности больных раком молочной железы // *Alma mater*. – 2012. – Спец. выпуск «Премия Менегетти – 2012». – С. 12–15.
26. Bacon, C. L. A psychosomatic survey of cancer of the breast / C. L. Bacon, R. Renneker, M. A. Culer // *Psychosomatic Medicine*. – 1952. – Vol. 14(6). – P. 453–460. doi.org/10.1097/00006842-195211000-00003
27. Шиповников, Н. Б. Особенности личностной реакции на болезнь при раке желудка и прямой кишки: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Л., 1991. – 24 с.
28. Shimizu, K. Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors / K. Shimizu, N. Nakaya, K. Saito-Nakaya, T. Akechi, A. Ogawa, D. Fujisawa, T. Sone, K. Yoshiuchi, K. Goto, M. Iwasaki, S. Tsugane, Y. Uchitomi // *Japanese Journal of Clinical Oncology*. – 2015. – Vol. 45 (5). – P. 456–463. doi:10.1093/jjco/hyv024
29. Yang, Y-L. Psychological Disorders and Psychosocial Resources of Patients with Newly Diagnosed Bladder and Kidney Cancer: A Cross-Sectional Study / Y-L. Yang, L. Liu, M-Y. Li, M. Shi, L. Wang // *PLoS ONE*. – 2016. – Vol. 11 (5):e0155607. doi:10.1371/journal.pone.0155607
30. Лакосина, Н. Д. Медицинская психология / Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1984. – 272 с.
31. McDougall, J. Psychosis of the body, cancer of the mind: the isomorphic relation between cancer and schizophrenia // *Modern Psychoanalysis*. – 1989. – Vol. XIV. – № 1. – P. 21–36.
32. Greene, W. Psychological factors and reticuloendothelial disease. II. Observations on a group of women with lymphomas and leukemias / W. Greene, L. E. Young, S. N. Swisher // *Psychosomatic Medicine*. – 1956. – Vol. 18. – P. 284–303.
33. Greene, W. A. The psychosocial setting of the development of leukemia and lymphoma // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 1966. – Vol. 125. – P. 794–801. – doi.org/10.1111/j.1749-6632.1966.tb45428.x
34. Kowal, S. J. Emotions as a cause of cancer: Eighteenth and nineteenth century contributions // *Psychoanalytic Review*. – 1955. – Vol. 42. – P. 217–227.
35. Meerloo, J. A. M. Psychological implications of cancer // *Geriatrics*. – 1954. – Vol. 9. – P. 154–156.
36. Schmale, A. H. Jr. Relation of separation and depression to disease. I. A report on a hospitalized medical population // *Psychosomatic Medicine*. – 1958. – Vol. 20. – P. 259–277. doi.org/10.1097/00006842-195807000-00001
37. Schmale, A. H. The psychological setting of uterine cervical cancer / A. H. Schmale, H. Iker // *Annals of New York Academy of Sciences*. – 1966. – Vol. 125 (3). – P. 807–813. doi.org/10.1111/j.1749-6632.1966.tb45430.x
38. Kissen, D. M. Relationship between lung cancer, cigarette smoking, inhalation and personality // *British Journal of Medical Psychology*. – 1964. – Vol. 37. – P. 203–216. doi.org/10.1111/j.2044-8341.1964.tb01988.x
39. Kissen, D. M. Psychological factors, personality and lung cancer in men aged 55–64 // *British Journal of Medical Psychology*. – 1967. – Vol. 40. – P. 29–34. doi.org/10.1111/j.2044-8341.1967.tb00553.x
40. Blumberg, E. M. A possible relationship between psychosomatic factors and human cancer / E. M. Blumberg, P. M. West, F. W. Ellis // *Psychosomatic Medicine*. – 1954. – Vol. 16. – P. 277–286. doi.org/10.1097/00006842-195407000-00001
41. Renneker, R. E. Psychoanalytic explorations of emotional correlates of cancer of the breast / R. E. Renneker, R. Cutler, J. Hora, C. Bacon, G. Bradley, J. Kearney // *Psychosomatic Medicine*. – 1963. – Vol. 25 (2). – P. 106–123. doi.org/10.1097/00006842-196303000-00002
42. Bahnson, M. B. Cancer as an alternative to psychosis: A theoretical model of somatic and psychological regression / M. B. Bahnson, C. B. Bahnson. In: D. M. Kisesen, L. L. LeShan (Eds.), *Psychosomatic aspects of neoplastic disease*. – London: Pitman, 1964. – P. 184–202.
43. Bahnson, M. B. Role of the ego defenses: denial and repression in the etiology of malignant neoplasm / M. B. Bahnson, C. B. Bahnson // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 1966. – Vol. 164 (2). – P. 546–659. doi.org/10.1111/j.1749-6632.1966.tb45434.x
44. Bahnson, M. B. Psychophysiological complementarity in malignancies: past work and future vistas // *Annals of New York Academy of Science*. – 1969. – Vol. 164. – P. 319–330. doi.org/10.1111/j.1749-6632.1969.tb14047.x
45. Stephenson, I. H. Life stress and cancer of the cervix / I. H. Stephenson, W. J. Grace // *Psychosomatic Medicine*. – 1954. – Vol. 16. – № 4. – P. 287–294. doi.org/10.1097/00006842-195407000-00002
46. Thomas, C. B. Closeness to parents and the family constellation in a prospective study of five disease states: Suicide, mental illness, hypertension, coronary heart disease and tumor /

- C. B. Thomas, K. R. Duszynski // *The Johns Hopkins Medical Journal*. – 1974. – Vol. 134 (5). – P. 251–270.
47. Фрейд, З. Основные принципы психоанализа. – М.: Рефл-бук, 1998. – С. 59–132.
 48. Фенихель, О. Психоаналитическая теория неврозов. – М.: Академический проект, 2015. – 620 с.
 49. Greer, S. Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study / S. Greer, T. Morrison // *Journal of Psychosomatic Research*. – 1975. – Vol. 19 (2). – P. 147–153. doi.org/10.1016/0022-3999(75)90062-8
 50. Field, P. B. Mortality rates and aggression management indices // *Journal of Health and Human Behavior*. – 1963. – Vol. 4 (2). – P. 99–104. doi.org/10.2307/2948880
 51. Derogatis, L. Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer / L. Derogatis, M. Abeloff, N. Melisaratos // *Journal of the American Medical Association*. – 1979. – Vol. 242. – P. 1504–1509. doi.org/10.1001/jama.1979.03300140020016
 52. Klopfer, B. Psychological variables in human cancer // *Journal of Projective Techniques*. – 1957. – Vol. 21 (4). – P. 331–340. doi.org/10.1080/08853126.1957.10380794
 53. Greer, S. Psychological response to breast cancer: Effect on outcome / S. Greer, T. Morrison, K. W. Pettingale // *Lancet*. – 1979. – II. – P. 785–787. doi.org/10.1016/S0140-6736(79)92127-5
 54. Stavray, K. M. Psychological factors in the outcome of human cancer / K. M. Stavray, C. N. Buck, J. S. Lott, J. M. Worklin // *Journal of Psychosomatic Research*. – 1968. – Vol. 12. – P. 251–259. doi.org/10.1016/0022-3999(68)90080-9
 55. Андриющенко, А. В. Распространенность и структура психических расстройств в общей медицине // *Психические расстройства в общей медицине*. – 2011. – № 1. – С. 14–28.
 56. Березанцев, А. Ю. Клинические и психосоциальные аспекты реабилитации женщин с онкологической патологией репродуктивной системы / А. Ю. Березанцев, Л. И. Монасыпова, С. В. Стражев, А. М. Спиртус // *Психические расстройства в общей медицине*. – 2011. – № 1. – С. 28–33.
 57. Гнездилов, А. В. Психические изменения у онкологических больных // *Практическая онкология*. – 2001. – № 1 (5). – С. 5–13.
 58. Зотов, П. Б. Суицидальное поведение больных распространенным раком (этиопатогенез, клинические формы, оптимизация паллиативной помощи) // Автореферат дис. ... докт. мед. наук. – Томск, 2005. – С. 11–44.
 59. Комкова, Е. П. Нервно-психические расстройства у онкологических больных на различных этапах лечения (лечебно-реабилитационные аспекты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2012. – 26 с.
 60. Ciaramella, A. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment / A. Ciaramella, P. Poli // *Psycho-oncology*. – 2001. – Vol. 10. – P. 156–165. doi.org/10.1002/pon.505
 61. Evans, D. Treatment of depression in cancer patients is associated with better life adaptation: a pilot study / D. Evans, Ch. McCartney, J. Haggerty, C. B. Nemeroff, R. N. Golden, J. B. Simon, D. Quade, V. Holmes, M. Droba, G. A. Mason, W. C. Fowler, D. Raft // *Psychosomatic Medicine*. – 1988. – Vol. 50. – № 1. – P. 72–76. doi.org/10.1097/00006842-198801000-00009
 62. LaBarba, R. C. Experimental and environmental factors in cancer // *Psychosomatic Medicine* 1970. – Vol. 32. – P. 259–276. doi.org/10.1097/00006842-197005000-00005
 63. Strauman, T. J. Self-discrepancy and natural killer cell activity: immunological consequences of negative self-evaluation / T. J. Strauman, A. M. Lemieux, C. L. Coe // *Journal of Personality and Social Psychology* – 1993. – Vol. 64. – № 6. – P. 1042–1052. doi.org/10.1037/0022-3514.64.6.1042
 64. Borella, P. Emotional stability, anxiety, and natural killer activity under examination stress / P. Borella, A. Bargellini, S. Rovesti, M. Pinelli, R. Vivoli, V. Solfrini, G. Vivoli. // *Psychoneuroendocrinology*. – 1999. – Vol. 24 (6). – P. 613–627. doi.org/10.1016/S0306-4530(99)00016-5
 65. Koga, C. Anxiety and pain suppress the natural killer cell activity in oral surgery outpatients / C. Koga, K. Itoh, M. Aoki, Y. Suefuji, M. Yoshida, S. Asosina, K. Esaki, T. Kameyama // *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*. – 2001. – Vol. 91 (6). – P. 654–658. doi.org/10.1067/moe.2001.115465
 66. Grossarth-Maticek, R. Synergistic effects of cigarette smoking, systolic blood pressure and psychosocial risk factors for lung cancer, cardiac infarct and apoplexy cerebri // *Psychotherapy and psychosomatics*. – 1980. – Vol. 34. – P. 267–272. doi.org/10.1159/000287468

67. Семке, В. Я. Системный подход к анализу пограничных нервно-психических расстройств в онкологической практике / В. Я. Семке, А. Н. Гузев // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1991. – № 2(5). – С. 47–51.
68. Давыдов, М. И. Психонкология // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3. – С. 3.
69. Савин, А. И. Особенности психогенно обусловленных психических расстройств и психологические характеристики онкологических больных при разных опухолевых локализациях (подходы к проблеме) / А. И. Савин, Б. Ю. Володин // Наука молодых – Eruditio Juvenium. – 2015. – № 3. – С. 82–86.
70. Федотов, И. А. Лечение клиентов с суицидальным поведением в различных психотерапевтических модальностях (обзор литературы) / И. А. Федотов, Е. А. Шитов, С. О. Куликов // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2015. – № 1. – С. 116–126
71. Яковлева, Н. В. Психодиагностическая характеристика состояния больных колоректальным раком 3-4 стадии заболевания на этапе стационарного лечения / Н. В. Яковлева, Е. И. Семионкин, С. Н. Трушин // Российский медико-биологический вестник им. акад. И. П. Павлова. – 2009. – № 4. – С. 1–7.
72. Панков, М. Н. Позитивная психотерапия в паллиативной онкологии. – Архангельск: Поморский государственный университет им. М. В. Ломоносова, 2005. – 128 с.
73. Гнездилов, А. В. Психология и психотерапия потерь. – СПб.: Речь, 2002. – 162 с.
74. Raison, C. L. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment / C. L. Raison, A. H. Miller // Biological Psychiatry. – 2003. – Vol. 54. – P. 283–294. doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00413-X
75. Roy-Byrne, P. P. Anxiety disorders and comorbid medical illness / P. P. Roy-Byrne, K. W. Davidson, R. C. Kessler, G. J. Asmundson, R. D. Goodwin, L. Kubzansky, R. B. Lydiard, M. J. Massie, W. Katon, S. K. Laden, M. B. Stein // Focus. – 2008. – Vol. 6. – № 4. – P. 467–485. doi.org/10.1176/foc.6.4.foc467
76. Самушия, М. А. Психические расстройства у больных злокачественными новообразованиями органов женской репродуктивной системы (клиника, эпидемиология, терапия): Дис. ... докт. мед. наук. – М., 2014. – 368 с.
77. Смулевич, А. Б. Нозогенные реакции у больных раком желудка / А. Б. Смулевич, С. В. Иванов, Д. А. Бескова, М. Р. Шафигуллин // Consilium medicum. – 2007. – Т. 2. – № 3. – С. 4–10.
78. Васиянова, В. В. Особенности психических нарушений у онкологических больных после гинекологических, урологических и проктологических операций: Дис. ... канд. мед. наук. – Казань, 1996. – 182 с.
79. Выборных, Д. Э. Нозогенные реакции у больных с заболеваниями системы крови / Д. Э. Выборных, С. В. Иванов, В. Г. Савченко // Психические расстройства в общей медицине. – 2011. – № 3-4. – С. 4–10.
80. Монасыпова, Л. И. Психические расстройства у женщин с онкологической патологией репродуктивной системы: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2012. – 149 с.
81. Шафигуллин, М. Р. Нозогенные реакции у больных злокачественными новообразованиями желудка (клиника, психосоматические соотношения, терапия): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 25 с.
82. Шульга, А. И. Психические нарушения у больных раком мочевого пузыря в пред- и послеоперационном периоде / А. И. Шульга, Е. Г. Сонник // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики. – М., 1990. – С. 291–292.
83. Brezhnev, A. I. Psycho-immunological treatment of complex cancer patients suffering from psychogenic therapeutic history // African Journal of Immunology Research. – 2014. – Vol. 1 (2). – P. 26–38.
84. Derogatis, L. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients / L. R. Derogatis, G. R. Morrow, J. Fetting, D. Penman, S. Piasetsky, A. M. Schmale, M. Henrichs, C. L. Carnicke Jr. // Journal of the American Medical Association. – 1983. – Vol. 249. – P. 751–757. doi.org/10.1001/jama.1983.03330300035030
85. Massie, M. Depression and the cancer patient / M. Massie, J. Holland // Journal of Clinical Psychiatry. – 1990. – Vol. 51 (suppl.). – P. 12–17.
86. Nordin, K. Discrepancies between attainment and importance of life values and anxiety and depression in gastrointestinal cancer patients and their spouses / K. Nordin, E. Wasteson, K. Hoffman, B. Glimelius, P. O. Sjöden // Psychooncology. – 2001. – Vol. 10. – P. 479–489. doi.org/10.1002/pon.536
87. Расстройства психосоматического спектра: патогенез, диагностика, лечение / Под редакцией Г. И. Сторожакова, В. К. Шамрея. – СПб.: СпецЛит, 2014. – 306 с.

88. Ромасенко, В. А. Нервно-психические нарушения при раке / В. А. Ромасенко, К. А. Скворцов. – М.: Медгиз, 1961. – 388 с.
89. Given, B. The influence of cancer patients' symptoms and functional states on patients' depression and family caregivers' reaction to depression / C. W. Given, M. Stommel, B. Given, J. Osuch, M. E. Kurtz, J. C. Kurtz // *Health Psychology*. – 1993. – Vol. 12. – P. 277–285. doi.org/10.1037/0278-6133.12.4.277
90. Shimozuma, K. Quality of life in the first year after breast cancer surgery: rehabilitation needs and patterns of recovery / K. Shimozuma, P. A. Ganz, L. Petersen, K. Hirji // *Breast Cancer Research and Treatment*. – 1999. – Vol. 56 (1). – P. 45–57. doi.org/10.1023/A:1006214830854
91. Portenoy, R. K. Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population / R. K. Portenoy, H. T. Thaler, A. B. Kornblith, J. M. Lepore, H. Friedlander-Klar, N. Coyle, T. Smart-Curley, N. Kemeny, L. Norton, W. Hoskins // *Quality of Life Research*. – 1994. – Vol. 3. – P. 183–189. doi.org/10.1007/BF00435383
92. Fang, C. Y. Functional impairment, marital quality, and patient psychological distress as predictors of psychological distress among cancer patients' spouses / C. Y. Fang, S. L. Manne, S. J. Pape // *Health Psychology*. – 2001. – Vol. 20. – P. 452–457. doi.org/10.1037/0278-6133.20.6.452
93. Mor, V. The psychosocial impact of cancer on older versus younger patients and their families / V. Mor, S. Allen, M. Malin // *Cancer*. – 1994. – Vol. 74 (suppl. 7). – P. 2118–2127.
94. Wenzel, L. B. Age-related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment / L. B. Wenzel, D. L. Fairclough, M. J. Brady, D. Cella, K. M. Garrett, B. C. Kluhsman, L. A. Crane, A. C. Marcus // *Cancer*. – 1999. – Vol. 686. – P. 1768–1774. doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(19991101)86:9%3C1768::AID-CNCR19%3E3.0.CO;2-O
95. Stommel, M. A longitudinal analysis of the course of depressive symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung, or prostate / M. Stommel, M. E. Kurtz., J. C. Kurtz, C. W. Given, B. A. Given // *Health Psychology*. – 2004. – Vol. 23 (6). – P. 564–573. doi.org/10.1037/0278-6133.23.6.564
96. Zabora, J. The prevalence of psychosocial distress by cancer site / J. Zabora, K. BrintzenhofeSzoc, V. Curbow, C. Hooker, S. Piantadosi // *Psycho-oncology*. – 2001. – № 10. – P. 19–28. doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1%3C19::AID-PON501%3E3.0.CO;2-6
97. Касимова, Л. Н. Результаты психопатологического и психологического исследования онкологических больных / Л. Н. Касимова, Т. В. Илюхина // *Психические расстройства в общей медицине*. – 2007. – № 3. – С. 21–25.
98. Герасименко, В. Н. Реабилитация онкологических больных / В. Н. Герасименко, Ю. В. Артюшенко, А. Т. Амирасланов. – М.: Медицина, 1988. – 272 с.
99. Бажин, Е. Ф. Психогенные реакции у онкологических больных: Методические рекомендации / Е. Ф. Бажин, А. В. Гнездилов. – Л.: Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 1983. – 34 с.
100. Иванов, С. В. Ипохондрические развития по типу паранойи борьбы у пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями (длительное катамнестическое наблюдение) / С. В. Иванов, М. А. Самушия, М. Р. Шафигуллин, Д. А. Бескова, В. В. Кузнецов, В. А. Горбунова, В. П. Козаченко, В. В. Баринов, Е. А. Мустафина // *Психические расстройства в общей медицине*. – 2010. – № 2. – С. 4–10.
101. Лапицкий, М. А. Об аффективных расстройствах у женщин, страдающих раком молочной железы / М. А. Лапицкий, С. В. Корнев, А. А. Тугай // *Вестник Смоленской медицинской академии*. – 2001. – № 3. – С. 92.

Рагозинская Валерия Германовна, кандидат психологических наук, доцент, кафедра специальной и клинической психологии, Челябинский государственный университет, sunny_song@mail.ru

Valeriya G. Ragozinskaya, candidate of psychological sciences, associate professor, department of special and clinical psychology, Chelyabinsk state university, sunny_song@mail.ru

Статья поступила в редакцию 20 июня 2018 г.