

УДК 616-006-02:616.89-06

## СИНЕРГЕТИЧЕСКАЯ БИПСИХОСОЦИОДУХОВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЭПИДЕМИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

© 2015 г. П. И. Сидоров, Е. П. Совершаева

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Онкологические заболевания (ОЗ) являются многофакторными и полиэтиологичными, занимая по распространенности одно из первых мест в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности. Предложена синергетическая концепция ОЗ, включающая выделение трех донозологических фракталов: предрасположения – онкогенной семьи, латентного – онкогенного диатеза, инициального – предраковых состояний и трех нозологических: развернутой клинической картины, хронизации и исхода. Обоснована мультидисциплинарная бригадная медико-психосоциодуховная программа превентивно-коррекционной и лечебно-реабилитационной помощи.

**Ключевые слова:** синергетика, онкология, биопсихосоциодуховная концепция, соматогенез, психогенез, социогенез, анимогенез, мультидисциплинарная бригада

## SYNERGETIC BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUAL CONCEPTION OF SOCIAL EPIDEMIC OF ONCOLOGY DISEASES

P. I. Sidorov, E. P. Sovershaeva

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

Oncology diseases (OD) are multiple-factor and polygenic diseases, they lie in one of the first places in the disease structure, disability and mortality prevalence. There has been proposed the synergetic OD conception including three prenosological fractals: predisposition - an oncogenic family, latent - oncogenic diathesis, initial - precancer, and three nosological fractals: a full-scale clinical picture, chronization and an outcome. The multidisciplinary team medico-psycho-socio-spiritual program of preventive-corrective and medical-rehabilitation aid has been grounded.

**Key words:** synergetics, oncology, bio-psycho-socio-spiritual conception, somatogenesis, psychogenesis, sociogenesis, animogenesis, multidisciplinary team

### Библиографическая ссылка:

Сидоров П. И., Совершаева Е. П. Синергетическая биопсихосоциодуховная концепция социальной эпидемии онкологических заболеваний // Экология человека. 2015. № 4. С. 47–57.

Sidorov P. I., Sovershaeva E. P. Synergetic Bio-psycho-socio-spiritual Conception of Social Epidemic of Oncology Diseases. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2015, 4, pp. 47-57.

По частоте и распространенности онкологические заболевания (ОЗ) занимают одно из первых мест в общей структуре инвалидности и смертности. Они поражают население, как правило, в активном трудоспособном возрасте, что наносит большой экономический ущерб государству. Уровень заболеваемости населения злокачественными новообразованиями во многом обусловлен демографическими и экологическими факторами, вредными привычками, нарушениями питания и др.

Задачей статьи является концептуально-методологическое обоснование синергетической биопсихосоциодуховной концепции ОЗ и мультидисциплинарной программы помощи.

### Стресс и онкологическая патология

Давно установлена взаимосвязь между риском развития ОЗ и стрессом. Отмечается, что началу опухолевого роста часто предшествует жизнь, полная стрессов, особенно с чувством одиночества и утраты, что характерно для рака шейки матки, лейкозов и лимфомы. Началу рака мочевого пузыря предшествуют более медленно протекающие длительные и

отрицательно окрашенные события. Многочисленные исследования посвящены попыткам установить связь между личностными особенностями и подверженностью онкологическим заболеваниям. Отмечается, что больные раком легкого в меньшей степени способны разряжать свои эмоции. Они не склонны к быстрому проявлению своих эмоций. Другие исследователи полагают, что больные раком чрезмерно используют свои защитные механизмы отрицания и регрессии. Психосоциальные факторы играют важную роль в опосредовании иммунологических механизмов предрасположенности и течения опухолевого процесса [5, 7, 10, 30].

В крупном метаанализе, объединившем 165 исследований, было показано, что стресс-опосредованные психологические факторы ассоциированы с более высокой частотой возникновения ОЗ в здоровой популяции. Тяжелые жизненные события ассоциированы с более высокой смертностью и более низкой выживаемостью у онкологических больных. Чувствительность людей к стрессу, негативные эмоциональные реакции, низкие показатели качества жизни связаны с более высокой частотой возникновения ОЗ, а также

более низкой выживаемостью. В работе было также показано, что психологические факторы ассоциированы с более высокой частотой возникновения рака легкого и с более неблагоприятным прогнозом при раке молочной железы, легких, головы, шеи, гепатобилиарной системы, при лейкозах и лимфомах [22].

Имеется связь личности с возникновением или предотвращением онкологической патологии. Риск развития рака связан с такими особенностями личности, как эмоциональная лабильность, экстраверсия, чрезмерное подавление чувств, а также депрессия и безнадёжность. Тревога и нейротизм защищают от ОЗ. Острый стресс, снижая эффективность иммунной системы, способствует возникновению рака. Увеличение уровня кортикостероидов, которое имеет место при депрессии, снижает клеточный иммунитет и способствует развитию ОЗ. Кортикостероидные гормоны, связанные с тревогой и нейротизмом, наоборот, способствуют укреплению защитных сил организма. Индивидуальные различия и генетические факторы могут оказывать существенное влияние на проявление соответствующих показателей.

Депрессия способствует возникновению ОЗ. Существует психологическая «подготовленность» почвы к развитию рака. По образному выражению P. Revidi [цит. по 9], рак молочной железы нередко представляет «пассивное самоубийство» в результате чувства вины и депрессии. Сдержанность проявления эмоций, подавление половых инстинктов могут быть отнесены к этиологическим факторам развития рака молочной железы. Бессонница, неуверенность в себе, психические травмы могут привести к развитию рака в сроки от 1 до 15 лет. Онкологическое заболевание можно рассматривать как болезнь адаптации к стрессу и иммунодепрессии. Раку молочной железы часто предшествуют длительные депрессии и дисфории. Эти больные чаще бездетны и заторможены в сексуальном плане.

У взрослых ОЗ является проявлением потери надежды на достижение жизненных целей, а также проблем сексуальности, брака и материнства.

Вопрос о специфичности психологических феноменов и психопатологических нарушений при ОЗ различной локализации занимает исследователей в течение многих лет [5, 28]. Так, при раке легкого наблюдается продолжительный латентный период болезненных ощущений и отсутствие определенных явлений со стороны нервно-психической сферы. Затем быстро развивается чувство тревоги, страха и вместе с тем вялости. При экзофитном раке шейки матки определяется ощущение внезапного постарения. Онкологическое заболевание печени сочетается с онкологическими и гипнагогическими феноменами, а желудочно-кишечного тракта — чаще и длительнее вызывает ипохондрические установки.

Психогенные реакции наблюдаются у женщин, страдавших в прошлом неврозами и вегетативной неустойчивостью. Наряду с тревожно-депрессивным

синдромом и пониженным фоном настроения главной психической травмой является ощущение утраты привлекательности и боязни распада семьи.

Заболевание раком молочной железы сопровождается тяжелым психологическим стрессом. У таких больных возникает чувство потери женственности и, как следствие, неполноценности и ущербности. Больная ощущает угрозу для жизни и страх перед возможной социальной изоляцией. Перед каждой такой пациенткой встает задача: приспособиться к новой жизненной ситуации и сформировать адекватное отношение к собственной личности и своему здоровью. Онкологическое заболевание приводит к изменению жизненной позиции, трансформирующей ее мотивационную сферу. На диагностическом этапе основным смыслообразующим мотивом является выживание; предоперационном — сохранение здоровья, выживание; послеоперационном — социального выживания; отдаленных этапах лечения — социального становления. Осознание больными ОЗ его последствий опосредуется отношением к ним их ближайшего социального окружения. Неадекватные взаимоотношения приводят к появлению тенденции разрыва социальных связей и контактов, уходу в болезнь и изоляции. Существенную роль играют сексуальные расстройства при опухолях половой сферы и после радикальных операций в связи с этим.

Психические перегрузки, которые создают основу психоиммунологических нарушений в переработке психоэмоционального стресса, в комплексе с личностными особенностями являются психосоматическим фактором в этиологии рака. Установлено влияние эмоционально значимых, психотравмирующих жизненных событий и недостаточного преодоления внутреннего конфликта на иммунную систему. Канцерогены и психосоциальные факторы имеют синергетическую связь, дополняя и усиливая друг друга.

Таким образом, в литературе имеются многочисленные данные о влиянии стрессовых факторов на возникновение ОЗ, в связи с чем заболевания данной группы можно относить к группам не только психосоматических, но и социальных эпидемий.

Эпидемические масштабы распространенности ОЗ могут оцениваться как: **социальная эпидемия** — возникновение в коллективе или на территории случаев (вспышки) с частотой, существенно превышающей обычно ожидаемую. Социальные эпидемии переходят в разряд **деструктивных**, когда начинают угрожать общественному здоровью и национальной безопасности всей страны в целом. В этом случае включаются **механизмы генерализации, расширенного и неконтролируемого воспроизводства**, раскручивая интенсивность эпидемического процесса до пандемии, охватывающей не только страны, но и континенты [12]. Если при социальных эпидемиях преобладают ранние формы ОЗ, то при деструктивных социальных эпидемиях — хронические типы течения, а при пандемиях — исходные состояния и осложнения.

**Синергетика онкологических заболеваний**

Синергетическая модель формирования ОЗ представлена в табл. 1. Динамика формирования ОЗ включает фракталы: predisposition — онкогенная семья, латентный — онкогенный диатез, инициальный — предраковые состояния, развернутой клинической картины ОЗ, хронизации — формы и типы течения ОЗ, исхода — соматоневрологические осложнения онкологического заболевания.

*Фрактал онкогенной семьи* является начальным при формировании ОЗ. Нарушения семейных взаимоотношений и распределения ролей могут способствовать формированию данной патологии.

Термин «раковая» семья впервые введен в 1913 году. К «раковым семьям» причислена семья Наполеона. В течение многих поколений предки и потомки французского императора умирали от рака желудочно-кишечного тракта. Они стали классическим образцом «раковой» семьи, войдя как пример во все учебники по онкогенетике [1].

Следующим является фрактал *онкогенного диатеза* — нарушение психической адаптации организма к внешней среде или пограничное состояние, которое может трансформироваться в ОЗ под влиянием экзогенных (стресс) и/или эндогенных (генетически обусловленные аномалии) факторов. Он является одним из вариантов специфического диатеза или предрасположения в общей группе недифференцированных психических диатезов.

У человека, имеющего онкогенный диатез, при воздействии внешних или внутренних факторов риска развиваются *предраковые состояния*. Например, к предраковым заболеваниям желудочно-кишечного тракта относятся: 1) предраковые заболевания желудка (атрофический гастрит, атрофически-гиперпластический гастрит, язвы желудка, особенно плохо рубцующиеся, полипы желудка, особенно множественные, гипертрофический полиаденоматозный

гастрит); 2) предраковые заболевания кишечника (полипы тонкой и толстой кишки, особенно множественные, язвы и псевдополипы при язвенном колите, длительно протекающие воспалительные процессы прямой кишки — проктит и трещины заднего прохода); 3) предраковые заболевания поджелудочной железы (аденомы поджелудочной железы, кисты, хронический панкреатит).

Воздействие специфичных для ОЗ факторов риска в дальнейшем может привести к развитию *клинической картины впервые возникшего ОЗ*.

К факторам риска возникновения ОЗ относятся: хронические стрессы, отрицательные эмоции, депрессия; курение; нарушения питания; контакт с канцерогенами (мышьяк, асбест, диоксины, тяжелые металлы, полихлорвинил и др.); радиационное облучение.

*Различные формы и типы течения ОЗ* отражают многовариантные особенности развития болезни. Особенности течения и формы ОЗ зависят от воздействия психологических и социальных, этических и соматических факторов. Течение заболевания может быть медленно прогрессирующим или быстро прогрессирующим, приводящим к быстрому развитию исхода.

К *соматоневрологическим осложнениям ОЗ* относят соматические осложнения, а также психические расстройства невротического и психотического уровней, являющиеся следствием влияния на психику соматического заболевания. Соматоневрологические осложнения являются исходом длительно текущего ОЗ.

Далее остановимся на каждом из векторов синергетической модели ОЗ. **Соматогенез** (онтогенетическое развитие систем и функций организма) онкологического заболевания предполагает в первом фрактале наличие наследственной предрасположенности.

Известно примерно 50 наследственных форм рака. Эти же формы могут быть и ненаследственными, а

Таблица 1

**Фрактальная динамика развития социальной эпидемии онкологических заболеваний**

Вектор онтогенеза	Донозологические фракталы			Нозологические фракталы		
	Предиспозиция: онкогенная семья	Латентный: онкогенный диатез	Инициальный: предраковые состояния	Развернутая клиническая картина ОЗ/социальная эпидемия	Хронизация: типы и формы течения ОЗ/деструктивная социальная эпидемия	Исход: соматоневрологические осложнения/пандемия
Соматогенез	Наследственная отягощенность	Склонность к патологическим физиологическим реакциям	Предболезненные нарушения	Развитие ОЗ	Формы и типы течения заболевания	Соматические осложнения
Психогенез	Психофизиологическая диспозиция	Преморбидные личностные особенности	Психосоматические реакции	Соматоформные нарушения	Психосоматические нарушения	Соматопсихотические нарушения
Социогенез	Дисгармония семейных отношений	Дисгармония социализации личности	Нарушение значимых социальных отношений	Преходящая социальная дисфункция	Социальная декомпенсация	Социальная дезадаптация (инвалидность)
Анимогенез	Духовно-нравственная дефицитарность семьи	Дисгармония формирования нравственных чувств	Деформация нравственного облика	Деструкция духовно-нравственной позиции	Вероятность аморальных поступков	Возможность противоправного поведения

спорадическими. Предрасположенность к раку наследуется как обычный Менделевский доминантный признак с той или иной степенью пенетрантности и возникновением в более раннем возрасте, чем спорадические формы. Среди наследственных раков известны самые разные формы — карциномы различной локализации, нейробластомы, нейрофиброматоз, множественные эндокринные неоплазии [7].

В латентном фрактале соматогенеза ОЗ можно отметить наличие склонности к патологическим физиологическим реакциям при стрессовых ситуациях.

Предболезненные нарушения нами обозначены как функциональное расстройство, так как оно может и не перейти в стадию развитого заболевания. Далее следует развернутая клиническая картина впервые возникшего ОЗ.

Формы и типы течения ОЗ зависят от воздействия внешних и внутренних факторов, в связи с чем возможно относительно благоприятное течение заболевания или лабильное, с частыми ухудшениями. Конечным фракталом соматогенеза ОЗ является IV стадия.

**Психогенез** (онтогенетическое развитие психических функций) ОЗ в первом фрактале представлен психофизиологической диспозицией, предполагающей наличие специфических врожденных особенностей, которые могут способствовать развитию заболевания. Второму фракталу психогенеза присущи преморбидные личностные особенности, среди них можно отметить эмоциональную лабильность, экстраверсию, чрезмерное подавление чувств, а также депрессию и безнадежность.

В инициальный период ОЗ возможны психосоматические реакции, проявляющиеся жалобами на единичные симптомы со стороны соматического состояния с длительностью расстройства от нескольких минут до нескольких дней и не нарушающие функции органа. При дальнейшей психической травматизации происходит трансформация психосоматических реакций в соматоформные нарушения, которые также являются функциональными, но продолжаются более длительно (более 6 месяцев) и сопровождаются повторяющимися, множественными и клинически значимыми жалобами. В данном фрактале также возможны нозогенные реакции на факт впервые обнаруженного ОЗ, проявляющиеся тревожной и астенической, фобической и депрессивной симптоматикой.

Оценки распространенности нозогенных реакций у онкологических пациентов варьируют в широких пределах — от 20 до 100 %. Нозогении у онкологических пациентов имеют сложную синдромальную структуру, которая отражает «двойной» тип реакции с разной пропорцией тревожно-депрессивных и диссоциативных расстройств. Нозогенные реакции различаются при различных формах онкологической патологии. Так, при раке желудка преобладают диссоциативные нозогенные реакции при слабо выраженных признаках латентной тревоги, а при раке матки и придатков — аффективные нозогенные реакции [8, 16].

В дальнейшем возможен переход в психосоматические нарушения, которые уже носят хронический и необратимый характер.

В самом последнем фрактале, говорящем об исходе заболевания, возникают соматопсихические нарушения, являющиеся следствием влияния на психику длительно текущего ОЗ.

Основными проблемами для терминальных больных являются астенодепрессивные состояния (41,2 % всех причин обращения), нарушения семейного микроклимата (31,1 %), острые психотические нарушения и страх смерти (5,1 %) [16].

**Социогенез** (онтогенетическое развитие социальных ролей и отношений) ОЗ начинается с дисгармонии семейных отношений. Дисгармония может быть связана с нарушениями одного или нескольких видов семейных отношений: психологических (открытость, доверие, забота друг о друге, взаимная моральная и эмоциональная поддержка), психофизиологических (половые отношения), социальных (распределение ролей, материальная зависимость, авторитет, руководство), культурных (национальные и религиозные традиции и обычаи). Все эти виды отношений влияют на воспитание ребенка в семье. Вследствие дисгармонии семейных отношений может в дальнейшем возникнуть дисгармония социализации личности. Именно в семье ребенок усваивает большую часть имеющихся в обществе социальных отношений. Нарушенные семейные отношения будут образцом для усвоения и приведут к формированию дисгармонии личности. В дальнейшем это может привести к нарушению значимых социальных отношений во взрослом состоянии, которые станут стрессогенным фактором.

В стадии развернутой клинической картины ОЗ могут возникать преходящие социальные дисфункции, связанные с необходимостью изменения образа жизни. При тяжелом течении заболевания возможно наличие социальной декомпенсации, которая проявляется в нарушении семейных, профессиональных и других социальных отношений. В исходе заболевания возникает социальная дезадаптация, связанная с выходом на инвалидность, утратой социального статуса, профессиональных и личных перспектив.

**Анимогенез** (онтогенетическое духовно-нравственное развитие личности) ОЗ начинается во фрактале предиспозиции с духовно-нравственной дисгармонии, дефицитарности или амбивалентности семейных отношений, создающих осознаваемое или неосознаваемое психоэмоциональное напряжение.

Латентный фрактал онкогенного диатеза представлен дисгармонией и дисхронозом формирования и развития основных нравственных чувств: веры и ответственности, совести и долга, чести и достоинства. Это проявляется замедлением и нарушением моральной социализации и развития личности в любом возрастном периоде.

В инициальном фрактале становятся заметными ранние деформации нравственного облика, проявляющиеся недостаточностью выдержки и терпения,

гуманности и милосердия, скромности и тактичности. Это создает предпосылки для возможного развития синдрома деморализации [12] и синдрома комплекса деструктивного профессиогенеза [11], клиническая картина которых в каждом конкретном случае и фрактале формируется и дополняется коморбидными и ассоциированными расстройствами в сомато-, психо- и социогенезе.

Фрактал развернутой клинической картины ОЗ проявляется деструкцией духовно-нравственной позиции: начинающимся снижением способности различия добра и зла, проявлений дружеской привязанности и любви, снижением сопротивления и возможным отказом от борьбы и продолжения жизненных испытаний, сопряженных в восприятии больного с драматичным и мучительным исходом.

Фракталы хронизации и исхода ОЗ характеризуются нарастанием всех проявлений синдрома деморализации.

Таким образом, синергетическая методология ментальной медицины позволяет системно учитывать все внутренние и внешние факторы в развитии ОЗ и организовать наиболее раннюю превентивно-коррекционную работу еще в донозологических фракталах.

**Медико-психосоциодуховная помощь онкологическим больным**

На основе синергетической методологии ментальной медицины нами [31] разработана мультидисциплинарная программа помощи больным, включающая

четыре блока: медицинский и психологический, духовно-нравственный и социальный (табл. 2).

Синергетическая модель формирования ОЗ требует внедрения мультидисциплинарных бригадных форм организации профилактики и коррекции, лечения и реабилитации. Превентивно-коррекционные мероприятия реализуются в первых трех донозологических фракталах, а лечебно-реабилитационные — в трех нозологических, составляя единый мультидисциплинарный протокол помощи больным ОЗ в рамках синергетической методологии ментальной медицины. В бригаду входят онколог, психотерапевт, клинический психолог, специалисты по социальной работе и биоэтике.

Об этом же говорят авторы интернационального руководства «Психоонкология» [29], объединённые убеждённо в том, что адекватную помощь при злокачественных новообразованиях может оказать только полипрофессиональная команда, куда наряду с онкологами должны входить психиатры, психологи, психотерапевты и врачи паллиативной медицины. Тесная мультидисциплинарная интеграция возможна только в рамках методологии психосоматической медицины, обеспечиваемой моделью консультативной помощи (consultation-liaison), а также совместными научными, практическими и учебными проектами, способствующими повышению комплаентности и адгерентности пациентов, укреплению звеньев цепи «больной — ухаживающий за ним близкий». Особо подчеркивается необходимость своевременного

Таблица 2

**Программа медико-психосоциодуховной помощи больным онкологическими заболеваниями**

Блок	Донозологические фракталы			Нозологические фракталы		
	Предиспозиция: онкогенная семья	Латентный: онкогенный диатез	Инициальный: предраковые состояния	Развернутая клиническая картина ОЗ/социальная эпидемия	Хронизация: формы и типы течения ОЗ/деструктивная социальная эпидемия	Исход: соматоневрологические осложнения/пандемия
Медицинский	Включение лиц с наследственной предрасположенностью в группу риска, раннее профилактическое обследование	Выявление лиц, склонных к патологическим физиологическим реакциям	Диагностика при профосмотрах предболезненных нарушений; медикаментозные и немедикаментозные воздействия	Постановка диагноза ОЗ, назначение и проведение терапии, оперативного лечения (по показаниям), профилактика осложнений	Контроль за соматическим состоянием; адекватная терапия заболеваний, профилактика осложнений	Соматоневрологическая реабилитация и/или паллиативная помощь
Психологический	Выявление лиц со специфическими психофизиологическими особенностями и включение их в группу риска	Коррекция личностных особенностей, повышение стрессоустойчивости	Коррекция психосоматических реакций, психотерапия	Коррекция соматоформных нарушений, психотерапия, психофармакотерапия	Коррекция психосоматических нарушений, психотерапия, психофармакотерапия	Психологическая реабилитация и/или паллиативная помощь
Социальный	Выявление и коррекция дисгармонии семейных отношений	Коррекция социализации личности	Гармонизация значимых социальных отношений	Адаптация к заболеванию, коррекция межличностных проблем	Профессиональная и семейная адаптация	Социальная реабилитация и/или паллиативная помощь
Духовно-нравственный	Скрининг и коррекция «морального климата» семьи	Коррекция формирования и развития нравственных чувств	Коррекция формирования нравственного облика	Реконструкция нравственной позиции	Реконструкция нравственного поведения	Духовно-нравственная реабилитация и/или паллиативная помощь

распознавания явлений деморализации («чувства безнадежности и объективной некомпетенции») и депрессии, которые не должны расцениваться как «психологически понятные» состояния, а становятся поводом для тимоаналептической терапии.

**Медицинский блок** в векторе соматогенеза включает оказание помощи специалистами общей практики, хирургами, онкологами, а при возникновении осложнений — узкими специалистами (химиотерапевты, радиологи, пластические хирурги). **Психологический блок** помощи в векторе психогенеза предполагает участие специалистов, занимающихся психическим здоровьем: психотерапевтов, клинических психологов, психиатров. **Социальная помощь** оказывается в векторе социогенеза с участием специалистов по социальной работе. **Духовно-нравственный блок** в векторе анимогенеза реализуется с участием семьи и референтного окружения в микросоциальной и производственной среде, с использованием современных методов и форм образования и воспитания взрослых и детей, коучинга и тренинга личностного роста, подключением экспертов и консультантов корпоративных служб ментального здоровья и этических комитетов в случаях угрозы возникновения деструктивного профессиогенеза (моббинг, боссинг, трудовые конфликты и др.) и необходимости медиации, духовных наставников из официальных российских конфессий, участия в программах общественных организаций родственников и больных ОЗ, волонтерских и социальных движений, профсоюзных и ветеранских организаций.

Синергетическая концепция формирования заболевания позволяет обосновать организацию *первичных профилактических мероприятий еще во фрактале предиспозиции*, где мероприятия направлены на выявление наследственной, психофизиологической предрасположенности и на этико-психологическую гармонизацию семейных отношений.

В *латентном фрактале* мероприятия направлены на выявление патологических физиологических реакций, коррекцию социализации личности, преморбидных особенностей. Диагностика патологических физиологических реакций должна заключаться в исследовании соматического статуса, имеющих нарушения в моральной социализации личности и преморбидных личностных особенностей.

Первичная профилактика рака включает нормализацию питания и образа жизни, борьбу с курением, предупреждение воздействия канцерогенов, повышение устойчивости организма к вредным факторам у практически здоровых людей [2].

В *инициальном фрактале* при развитии предраковых состояний необходима своевременная диагностика и коррекция, включая предупреждение синдрома комплекса деструктивного профессиогенеза и синдрома деморализации. С целью раннего выявления /предупреждения развития ОЗ необходимы регулярные профосмотры и обследования.

Во *фрактале развернутой клинической картины* ОЗ требуется ранняя квалифицированная медицинская и психологическая, духовно-нравственная и социальная помощь.

При возникновении *исходного состояния* ОЗ с развитием соматопсихических осложнений пациентам оказывается паллиативная помощь.

**Медицинский блок программы** представлен в руководствах по онкологии [7, 29] и не требует специального обсуждения в статье.

Для коррекции коморбидных психических расстройств могут использоваться психотропные препараты.

У онкологических пациентов эффективно применение антидепрессантов разных классов, включая трициклические антидепрессанты (ТЦА), ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗ) при терапии разных форм депрессивных расстройств. При терапии тревожно-депрессивных расстройств у пациентов со злокачественными новообразованиями может использоваться эфевелон (венлафаксин) и эсциталопрам — антидепрессанты с отчетливым анксиолитическим действием. Препараты обладают благоприятным профилем переносимости и высоким уровнем безопасности. Терапия тревожных нозогенных реакций у больных онкологического стационара может проводиться с использованием афобазола [3, 10, 17].

Диагностика психических и психосоматических расстройств, психофармакотерапия и бригадная работа должны проводиться с позиции комплексного категориального и дименсионального подхода [20]. Так, для лечения дименсии «подавленность/деморализация» предлагается использовать антидепрессанты из группы трициклических, серотонинергических, двойного действия (венлафаксин, дулоксетин, миртазапин, миансерин); для коррекции расстройств дименсии «тревога/напряжение» рекомендуются анксиолитики (преимущественно бензодиазепинового ряда); при расстройствах круга «раздражительность/компульсивность» — флуоксетин или низкие дозы кломипрамина или amitриптилина в сочетании с психологическими интервенциями; расстройства «делирий/спутанность сознания» предлагается купировать антипсихотиками (низкие и средние дозы классических — хлорпромазин, галоперидол или современных — рисперидон, оланзапин, кветиапин, арипипразол); расстройства круга навязчивостей и ипохондрической озабоченности — серотонинергическими антидепрессантами или низкими/средними дозами кломипрамина.

Обладающее депрессиогенными свойствами химиотерапевтическое лечение требует применения антидепрессантов в профилактических целях. D. Kissane, M. Doolittle [26] рекомендуют пароксетин и сертралин для предотвращения депрессии, обычно развивающейся после назначения интерферонов при лечении меланомы. Серотониновый синдром расценивается

как серьёзное осложнение терапии антидепрессантами (ингибиторы моноаминоксидазы), применяемой в сочетании с опиатами. Обращается внимание на гематотоксические побочные эффекты трициклических антидепрессантов и некоторых серотонинергических (флуоксетин, сертралин), усиливающих нейтропению, связанную с химиотерапией. Дополнительными показаниями к назначению антидепрессантов и нейролептиков в онкологии являются: усиление действия анальгетиков (венлафаксин, дулоксетин, трициклические антидепрессанты); облегчение «приливов» при гормонотерапии у мужчин и женщин (венлафаксин и мirtазапин); редукция тошноты и рвоты; повышение аппетита и массы тела, что предотвращает раковую кахексию (галоперидол, оланзапин); снижение выраженности зуда при почечной недостаточности или холестазах (пароксетин, мirtазапин). Подчеркивается безопасное сочетание применяемых в химиотерапии тамоксифена и иринотекана с венлафаксином и мirtазапином, тогда как применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетин, пароксетин, сертралин) в рамках комбинированной терапии нежелательно.

Выбор подходов к использованию психотропных средств для некоторых категорий (деморализация, напряжение) опирается на достаточно спорные критерии и психологические паттерны, которые не могут представлять собой целевые симптомы или мишени для назначения психотропных средств. Например, напряжение может наблюдаться как при бредовом синдроме, так и при тревожном расстройстве, а вследствие этого требует различных подходов к лечению: в первом случае будут предпочтительны антипсихотики, во втором — анксиолитики и антидепрессанты с анксиолитическими свойствами [6]. Можно добавить, что предложенная нами многомерная медико-психосоциодуховная методология ментальной медицины позволяет радикально повысить индивидуализацию и эффективность любого превентивно-коррекционного или лечебно-реабилитационного маршрута [31].

**Психологический блок программы.** Новой группой задач, стоящих перед психоонкологией, является психотерапевтическое сопровождение генетического консультирования и выявления предрасположенности к наследственным формам рака, проведения превентивного медикаментозного и хирургического лечения, снижающих риск развития заболевания (пример, Анжелина Джоли). А. Burton-Chase et al. [21] подчеркивают, что не только выявление онкозаболевания у пациента, но даже информация о том, что у него имеются мутации в определённых генах и риск его развития (например, некоторых типов меланом, рака молочной железы и яичников, простаты, колоректального рака и др.), может негативно влиять на качество жизни человека. В этой связи становится понятным нежелание некоторых родственников больных наследственными формами рака подвергаться генетическому обследованию. Коррекция такого дисфункционального поведения

требует усиления психолого-психотерапевтической и психообразовательной деятельности, которые могут снизить уровень тревоги и депрессии у таких потенциальных пациентов.

При ОЗ известно использование поведенческого и реалистического подходов в психотерапии. Показана эффективность групповых психотерапевтических методик в работе с пациентами с онкологической патологией с целью коррекции психоэмоциональных нарушений, контроля над болью, тревогой, рвотой и другими симптомами [9, 10].

В целом в клинической практике помощи онкологическим больным преобладает эклектический подход к консультированию с комбинированием элементов поддерживающе-экспрессивной терапии горя и экзистенциальной терапии, психодинамической, когнитивно-бихевиоральной и межличностной терапии [8]. Страх рецидива, совладание с нерешительностью и поведенческие подходы к терапии фобий и травматических симптомов хорошо поддаются воздействию когнитивно-бихевиоральной терапии, тогда как совладание с изменениями, переходом ролей, смыслом жизни и межличностных отношений более поддаются поведенческой психотерапии. Более ранние модели оказания помощи онкологическим больным включают семейную психотерапию, направленную на гнев, адаптивное совладание и устойчивость.

Различные компоненты вербальной рациональной и суггестивной психотерапии должны гармонично сочетаться с чувством эмпатии, сочувственным отношением, эмоциональной выдержанностью и корректностью. С помощью групповой психотерапии можно сформировать адекватную внутреннюю картину болезни, изменить отрицательные психологические установки, добиться активации больных для выхода из депрессивного состояния, снизить личностную тревожность, способствовать выработке новых позитивных ориентиров.

В работе с больными может использоваться трансперсональный подход к подготовке осознания психологической и духовной неизбежности смерти как реальности. Модель исходит из сопоставления пациента с его собственной смертностью и предполагает, что больной имеет определённый уровень трансперсонального развития, связанный с размерами осведомленности и персональной перспективой смерти, и что пропорция соотношения этих двух размеров может оказывать сильное влияние на психосоциальную реальность, когда пациент испытывает свою сопоставимость со смертью.

Широко рекомендованы различные суггестивные техники. Эффективным является применение гипноза с целью ослабления боли в терминальных стадиях болезни и улучшения эмоционального состояния, при реакциях тревоги и депрессии, вины и гнева, страха смерти и боли [9, 10].

Эффективно сочетание психотерапии (когнитивная психотерапия с целью формирования адекватной внутренней картины болезни и методы релаксации

для снятия психоэмоционального напряжения) и рефлексотерапии (лазеропунктура, аурикулопунктура, электропунктура). Отмечена эффективность применения прогрессивной мышечной релаксации, работы с направлением мысленных образов и релаксационного тренинга с биологической обратной связью. В литературе имеется также описание применения музыкотерапии. Музыка вызывает резонанс в эмоционально-жизненном опыте и способствует регуляции боли [14, 29].

В качестве экономически целесообразной стратегии С. Pitceathly et al. [28] предлагают принять в Великобритании четырехуровневую систему психолого-психотерапевтической поддержки в онкологии. *На первой ступени* психологической поддержкой и налаживанием эффективных коммуникаций занимается весь медицинский персонал и социальные работники, параллельно выявляются пациенты, нуждающиеся в психотерапевтической и психиатрической помощи. *На второй ступени* подключаются специалисты широкого профиля, обученные оказанию психосоциальной помощи с применением определённых методик (групповая или индивидуальная суппортивная терапия и т. п.). *На третьем этапе* при неэффективности предшествующих воздействий к работе привлекаются профессионалы — специально аккредитованные и прошедшие определённые тренинги психологи. И наконец, *на четвертой ступени* оказывается помощь нуждающимся в наблюдении и лечении у психотерапевтов и психиатров. Психотерапевтический арсенал используемых средств включает когнитивно-поведенческую, когнитивно-аналитическую и гипнотерапию.

Для помощи терминальным онкологическим больным используется и позитивная психотерапия. Так, у пациентов хосписа установлены положительные изменения психоэмоционального статуса, снижение болевого синдрома, улучшение взаимоотношений в семье. В группе терминальных онкологических больных на первый план выходит индивидуальная и семейная психотерапия, так как именно у этих пациентов чаще всего возникает психическая аутоизоляция, малодоступность контакту и окружающим людям.

Знание психологом и врачом паллиативной помощи репертуара психологических защит, свойственных конкретному больному, помогает эффективно прогнозировать реакцию личности на известие о приближении смерти и наиболее эффективно оказать необходимую помощь, исходя из имеющихся в распоряжении пациента социальной поддержки, исходного духовного уровня, социокультурального контекста и остающегося времени [32].

Таким образом, при онкологических заболеваниях является востребованным применение всех видов психотерапии: она может существенно улучшить психоэмоциональное состояние больных, уменьшить проявления болевого синдрома и других соматических жалоб, связанных с болезнью, нормализовать семейные отношения, что повышает качество жизни пациентов.

**Социальный блок программы.** Большое значение имеет проведение активной медико-социальной реабилитации больным с ОЗ. Она включает в себя решение таких вопросов, как подбор и проведение противоболевой терапии, купирование других синдромов, проведение химио-, гормоно-, лучевой терапии, выполнение паллиативных операций. В этот период решаются и социальные проблемы, такие как обучение больного навыкам кормления, ухода за телом, гастро- и трахеостомой; организуется быт больного и его досуг.

Все проводимые мероприятия по паллиативной медицине, психосоциальной реабилитации дают определённый эффект, удается продлить жизнь существенной части больных и улучшить их качество жизни.

Семейная поддержка является важнейшим и принципиальным фактором в реадaptации пациентов с онкологической патологией. Роль семейных взаимоотношений возрастает в случаях появления у онкологических больных психологических проблем и психических расстройств. Лица, получающие химиотерапию, нуждаются в «более теплом отношении в семьях» по сравнению с пациентами, перенесшими оперативное вмешательство по поводу опухолей. При мастэктомии у жены существенна роль социально-психологической помощи со стороны мужа. Отмечена значимость сексуально-эстетического фактора, способного вызвать неадекватные реакции мужа и спровоцировать появление психогенных психических нарушений [4].

Приоритетом и мишенью социотерапии является семья больного, процесс её адаптации к болезни, представляющий «череду надежд и разочарований». Ведущую роль при этом играет «семейная резистентность», или «упругость» (family resilience). Семья является динамической системой, подверженной влиянию различных факторов, которые могут как снижать, так и повышать изначально свойственную каждой семье сопротивляемость серьёзной болезни. Среди разнообразных коммуникативных стилей, направленных на снижение напряжения в семье, L. Bilder [19] подчеркивает универсальность «активного слушания», побуждающего пациента к откровенности и стремлению не замалчивать «больные вопросы» из страха «расстроить близких» или причинить им боль.

Одним из вариантов стратегии психосоциальной помощи пациентам хосписа и их семьям является модель на основе позитивной психотерапии. Можно выделить такие базовые направления психосоциальной реабилитации, как работа с пациентами, работа с семьями пациентов, работа с сотрудниками. Концепция позитивной психотерапии рассматривает всю деятельность человека как самоактуализацию в следующих сферах: «Тело/Ощущения», «Работа/Достижения», «Семья/Контакты», «Фантазия/Будущее». Эта концепция является основой для разработки программы психосоциальной реабилитации.

Для пациентов основными жалобами и мотивами обращения за социально-психологической помощью были: страх, тревога, эмоциональная лабильность,

проблемы в партнерских и семейных отношениях, меняющихся вследствие болезни. Во время работы с пациентами обсуждались четыре сферы деятельности применительно к конкретным проблемам.

Следующее направление реабилитации и/или паллиативной помощи — работа с семьями пациентов. Важно не терять контакт с членами семьи умершего пациента, так как именно в это время у них часто возникает депрессия. Помощь заключается и в лечебно-консультативной работе с семьями, и вощерении желания помогать живущим рядом больным, что позволяет вновь обрести душевную гармонию.

Специфические условия работы оказывают значительное влияние на сотрудников. Нередко вся тяжесть эмоциональной поддержки больного приходится на них. Таким образом, психопрофилактическая помощь сотрудникам — важное направление работы.

Позитивный подход помогает наиболее полно и системно разрабатывать реабилитационные маршруты для выделенных контингентов, отвечая насущным психологическим, лечебным и социальным требованиям.

**Духовно-нравственный блок программы.** Этика взаимоотношений врача и пациента в онкологии требует, чтобы врач, информируя больного о диагнозе, прогностически оценил его реакцию, потребности и ожидания пациента и его семьи; помог составить оптимальный план действий, обеспечивающий самостоятельность больного без избыточной гиперпротекции; подсказал интернет-адреса ресурсов, посвящённых проблемам конкретного пациента и помогающих мобилизовать адаптивные поведенческие стратегии [18].

Скрининг и коррекция морального климата онкогенной семьи осуществляются в ходе семейной психо- и социотерапии, реализующих задачи этико-психологической гармонизации межличностных отношений и духовно-нравственного развития семьи.

Коррекция формирования и развития основных нравственных чувств и морального облика проводится по всем духовно-нравственным модальностям личности, из которых может развиваться синдром деморализации [12] и синдромокомплекс деструктивного профессиогенеза [11], с учетом индивидуальных характерологических особенностей пациента и его микросреды, коморбидных и ассоциированных расстройств. В рамках раннего вмешательства и медиации обеспечивается сопровождение адаптивного профессиогенеза, осуществляется профилактика боссинга и моббинга, деэтизации и дегуманизации профессионального сознания.

Реконструкция нравственной позиции и поведения в рамках сформированного синдрома деморализации требует привлечения ресурсов тренинга этики делового общения, коучинга и духовных (религиозных) практик, терапии творческим самовыражением [13, 15].

Духовно-нравственная паллиативная поддержка реализует задачи невелирования пессимистическо-катастрофических установок.

Наиболее исследован аспект деморализации, когда пациент перемещается далеко за пределы уныния, в

область, которая описывается как «капитуляция», потеря смысла и цели жизни, вместе с сопутствующей этому состоянию беспомощностью и субъективной недееспособностью может усугублять желание ускоренной смерти [25]. Деморализация с потерей смысла жизни в условиях паллиативного лечения, после трансплантации сердца, при эндокринных нарушениях, поражениях двигательных нейронов или при раке встречается в 14–38 % случаев [7, 9, 23, 24].

Для коррекции синдрома деморализации рекомендуются экзистенциальные психотерапевтические интервенции: суппортивно-экспрессивные, гуманистические и смыслоцентрированные [24].

Таким образом, системный подход к помощи больным онкологической патологией в рамках синергетической методологии ментальной медицины позволяет ее организовать с учетом индивидуальных этико-психологических и медико-социальных особенностей пациентов, что воплощается в персонифицированных блочно-модульных протоколах и маршрутах, составляющих единую программу противостояния социальным онкоэпидемиям.

#### Список литературы

1. Акуленко Л. В., Угаров И. В. Медицинская генетика / под ред. О. О. Янушевича, С. Д. Арутюнова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. 208 с.
2. Беспалов В. Г. Индивидуальная профилактика рака. СПб. : Питер, 2001. 192 с.
3. Иванов С. В. Возможности применения современного анксиолитика пробазола в психосоматике // Психические расстройства в общей медицине. 2009. № 1. С. 3–9.
4. Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика. 5-е изд. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. 570 с.
5. Моисеенко В. М., Чулкова В. А. Психоонкология : пособие для врачей. СПб., 2007. 38 с.
6. Мясникова Л. К. Рецензия на книгу «Психоонкология» // Психические расстройства в общей медицине. 2013. № 3. С. 68–72.
7. Онкология : национальное руководство / под ред. Чиссова В. И., Давыдова М. И. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. 576 с.
8. Психоонкология: состояние на 2006 г. // Психические расстройства в общей медицине. 2007. № 3. С. 59–65.
9. Сидоров П. И., Великолуг А. Н. Медико-социальная реабилитация в онкологии. Архангельск : Изд-во СГМУ, 2006. 363 с.
10. Сидоров П. И., Новикова И. А. Ментальная медицина : руководство. М. : ГЭОТАР-Медиа. 2014. 728 с.
11. Сидоров П. И. Адаптивный профессиогенез как приоритет корпоративной службы ментального здоровья // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2014. № 2. С. 13–25.
12. Сидоров П. И. Механизмы социальных эпидемий и синергетика эффективного ответа // Психическое здоровье. 2014. № 5. С. 32–44.
13. Сидоров П. И. Духовно-нравственные ресурсы психиатрии и ментальной медицины // Психическое здоровье. 2014. № 6. С. 22–39.
14. Сидоров П. И. Ресурсы и направления ментальной превентологии // Экология человека. 2014. № 10. С. 31–43.

15. Сидоров П. И. Религиозные ресурсы психиатрии и ментальной медицины // Психическое здоровье. 2014. № 12. С. 65–76.

16. Смуглевич А. Б., Иванов С. В., Бескова Д. А., Шафигуллин М. Р. Нозогенные реакции у больных раком желудка // Психические расстройства в общей медицине. 2007. № 3. С. 4–10.

17. Смуглевич А. Б. Психические расстройства в клинической практике. М.: Медпресс-информ, 2011. 720 с.

18. Baile W., Constantini A. Отличия традиционного подхода к общению в медицине и модели общения, сфокусированного на взаимоотношениях // Psycho-Oncology. London, 2013.

19. Bilder L. Рак – семейное мероприятие: болезнь пациента – взгляд глазами семьи // Psycho-Oncology. London, 2013.

20. Biondi M., Pasquini M. Психофармакотерапия в онкологии // Psycho-Oncology. London, 2013.

21. Burton-Chase A., Gritz E., Peterson S. Особенности генетического консультирования и выявления предрасположенности к «наследственным ракам» // Psycho-Oncology. London, 2013.

22. Chida Y. et al. Dostress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? // Nature Reviews Clinical Oncology. 2008. Vol. 5, N 6. P. 466–475.

23. Clarke D. M., Kissane D. M., Trauer T., Smith G. C. Demoralization, anhedonia and grief in patients with severe physical illness // World Psychosom. 2004. Vol. 73. P. 78–83.

24. Constantini A., Levenson J., Bersani E. Психологические и психопатологические реакции на онкологическое заболевание // Psycho-Oncology. London, 2013.

25. Graudi S., Fabbri S., Tossani E. et al. Psychological evaluation after cardiac transplantation: the integration of different criteria // Psychother. Psychosom. 2001. Vol. 70. P. 176–183.

26. Kissane D., Doolittle M. Депрессия и деморализация // Psycho-Oncology. London, 2013.

27. Kissant D. W., Wein S., Love A. et al. The demoralization scale, a report of its development and preliminary validation // J. Palliat. Care. 2004. Vol. 20. P. 269–276.

28. Pitceathly C., Watson M., Cawthorn A. Консультирование и специфическое психологическое лечение // Psycho-Oncology. London, 2013.

29. Psycho-Oncology. London, 2013. 376 p.

30. Sadock B. J., Kaplan H. I., Sadock V. A. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, 2007. 1470 p.

31. Sidorov P. I. From bullying to pandemy of terrorism: synergetic bio-psycho-socio-spiritual methodology of Mental health protection // Handbook on Bullying: Prevalence, Psychological impacts and intervention Strategies. N Y : NOVA Science Publishers, 2014. P. 177–214.

32. Stiefel F., Krenz S. [Психологическая поддержка умирающих больных] // Psycho-Oncology. London. 2013.

### References

1. Akulenko L. V., Ugarov I. V. *Meditinskaya genetika* [Medical Genetics]. Eds. O. O. Yanushevich, S. D. Arutyunov. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2011, 208 p.

2. Bespalov V. G. *Individual'naya profilaktika raka* [Cancer individual prevention]. Saint Petersburg, Piter Publ., 2001, 192 p.

3. Ivanov S. V. *Vozmozhnosti primeneniya sovremennogo anksiolitika probazola v psikhosomatike* [Possibilities of use of modern anxiolytic Probazol in psychosomatics].

*Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine* [Mental Disorders in General Medicine]. 2009, 1, pp. 3-9. [in Russian]

4. Mendelevich V. D. *Psikhiatricheskaya propedeutika* [Psychiatric Propedeutics]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2014, 570 p.

5. Moiseenko V. M., Chulkova V. A. *Psikhoonkologiya. Posobie dlya vrachei* [Psycho-oncology. Guide for Doctors]. Saint Petersburg, 2007, 38 p.

6. Myasnikova L. K. Review of the book “Psycho-Oncology”. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine* [Mental Disorders in General Medicine]. 2013, 3, pp. 68-72. [in Russian]

7. *Onkologiya. Natsional'noe rukovodstvo* [Oncology. National Guide]. Eds. Chissov V. I., Davydov M. I. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2014, 576 p.

8. Psycho-oncology: state in 2006. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine* [Mental Disorders in General Medicine]. 2007, 3, pp. 59-65. [in Russian]

9. Sidorov P. I., Velikolug A. N. *Mediko-sotsial'naya rehabilitatsiya v onkologii* [Medical-social rehabilitation in Oncology]. Arkhangelsk, 2006, 363 p.

10. Sidorov P. I., Novikova I. A. *Mental'naya meditsina. Rukovodstvo* [Mentality Medicine. Guide]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2014, 728 p.

11. Sidorov P. I. Adaptive physiogenesis as priority of corporate Mentality Medicine Service. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V. M. Bekhtereva* [Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2014, 2, pp. 13-25. [in Russian]

12. Sidorov P. I. Mechanisms of social epidemics and synergetics of effective response. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014, 5, pp. 32-44. [in Russian]

13. Sidorov P. I. Spiritual-moral resources of Psychiatry and Mentality Medicine. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014, 6, pp. 22-39. [in Russian]

14. Sidorov P. I. Resources and Lines of Mentality Preventology. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2014, 10, pp. 31-43. [in Russian]

15. Sidorov P. I. Religious resources of Psychiatry and Mentality Medicine. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014, 12, pp. 65-76. [in Russian]

16. Smulevich A. B., Ivanov S. V., Beskova D. A., Shafigullin M. R. *Nozogennye reaktsii u bolnykh rakom zheludka* [Nosogenic reactions in patients with stomach cancer]. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine* [Mental Disorders in General Medicine]. 2007, 3, pp. 4-10. [in Russian]

17. Smulevich A. B. *Psikhicheskie rasstroistva v klinicheskoi praktike* [Mental disorders in clinical practice]. Moscow, Medpress-inform Publ., 2011, 720 p.

18. Baile W., Constantini A. Differences of the traditional approach to communication in medicine and models of communication focused on interrelationships. In: *Psycho-Oncology*. London, 2013.

19. Bilder L. Cancer - family affair: patient's disease - in family opinion. In: *Psycho-Oncology*. London, 2013.

20. Biondi M., Pasquini M. Psychopharmacotherapy in oncology. In: *Psycho-Oncology*. London, 2013.

21. Burton-Chase A., Gritz E., Peterson S. Features of genetic consulting and detection of aptitude to “hereditary cancer”. In: *Psycho-Oncology*. London, 2013.

22. Chida Y. et al. Dostress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nature Reviews Clinical Oncology*. 2008, 5 (6), pp. 466-475.

23. Clarke D. M., Kissane D. M., Trauer T., Smith G. C. Demoralization, anhedonia and grief in patients with severe physical illness. *World Psychosom*. 2004, 73, pp. 78-83.

24. Constantini A., Levenson J., Bersani E. Psychological and psychopathological responses to oncologic disease. In: *Psycho-Oncology*. London, 2013.

25. Graudi S., Fabbri S., Tossani E. et al. Psychological evaluation after cardiac transplantation: the integration of different criteria. *Psychother. Psychosom.* 2001, 70, pp. 176-183.

26. Kissane D., Doolittle M. Depression and demoralization. In: *Psycho-Oncology*. London, 2013.

27. Kissant D. W., Wein S., Love A. et al. The demoralization scale, a report of its development and preliminary validation. *J. Palliat. Care.* 2004, 20, pp. 269-276.

28. Pitceathly C., Watson M., Cawthorn A. Consulting and specific psychological treatment. In: *Psycho-Oncology*. London, 2013.

29. *Psycho-Oncology*. London, 2013, 376 p.

30. Sadock B. J., Kaplan H. I., Sadock V. A. Synopsis

of Psychiatry: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, 2007, 1470 p.

31. Sidorov P. I. From bullying to pandemy of terrorism: synergetic bio-psycho-socio-spiritual methodology of Mental health protection. *Handbook on Bullying: Prevalence, Psychological impacts and intervention Strategies*. N Y, NOVA Science Publishers, 2014, pp. 177-214.

32. Stiefel F., Krenz S. Psychological support of dying patients. In: *Psycho-Oncology*. London, 2013.

**Контактная информация:**

Сидоров Павел Иванович – академик РАН, ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Адрес: 163001, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51

E-mail: pavelsidorov13@gmail.com