

Для цитирования: Зубкова Ю.Н., Курмуков И.А., Обухова О.А., Кашия Ш.Р. Особенности психиатрического интервью с онкологическими больными. Сибирский онкологический журнал. 2019; 18(4): 85–91. – doi: 10.21294/1814-4861-2019-18-4-85-91.

For citation: Zubkova Yu.N., Kurmukov I.A., Obukhova O.A., Kashia Sh.R. Psychiatric interview of patients with cancer. Siberian Journal of Oncology. 2019; 18(4): 85–91. – doi: 10.21294/1814-4861-2019-18-4-85-91.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ

Ю.Н. Зубкова, И.А. Курмуков, О.А. Обухова, Ш.Р. Кашия

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации, г. Москва, Россия  
Россия, г. Москва, 115478, ул. Каширское шоссе, 24. E-mail: kostenay@mail.ru

### Аннотация

**Актуальность.** Психиатру консультативной службы онкологического стационара в рамках единственной встречи и без возможности сбора данных объективного анамнеза и катamnестических сведений необходимо составить диагностическое представление об уровне нарушений психического функционирования пациента. **Цель исследования** – анализ современных методик оценки психопатологических расстройств в онкологии. **Материал и методы.** Обзор индексируемых в PubMed публикаций, посвященных анализу защитных механизмов, оценке стиля преодоления проблем, реакциям совладания с острым и хроническим стрессом, способам функционирования семей онкологических больных. **Результаты.** Описаны модифицированные психосоматические интервью, применяемые у онкологических больных, стили привязанности, копинг-стратегии, защитные механизмы. Представлена таксономическая система наиболее часто встречающихся психических расстройств в современной психонкологии. **Заключение.** Модифицированное психиатрическое интервью, в ходе которого объективно оцениваются защитные механизмы, стили преодоления проблем, реакции совладания с острым и хроническим стрессом, способы функционирования семьи онкологического пациента, позволяет по результатам первой и часто единственной встречи получить важную информацию о возможном психопатологическом состоянии. Мультидименсионный диагностический подход помогает оценить участие разнообразных повреждающих факторов в текущем психическом статусе пациента. Формирование заключения психиатра-консультанта в терминах таксономических систем международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), или диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – DSM) позволяет предоставить информацию лечащему врачу-онкологу в стандартизированном и однозначно интерпретируемом виде.

**Ключевые слова:** онкология, психоонкология, психосоматика, астения, стили привязанности, копинг-стратегии, типы поведения в болезни, депрессия, злокачественные новообразования.

## PSYCHIATRIC INTERVIEW OF PATIENTS WITH CANCER

Yu.N. Zubkova, I.A. Kurmukov, O.A. Obukhova, Sh.R. Kashia

N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology,  
Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia  
24, Kashirskoye shosse, 115478-Moscow, Russia. E-mail: kostenay@mail.ru

### Abstract

**Background.** Psychiatrists providing consultation in cancer centers need to understand the patient's mental health without possibility of collecting data on the objective case history and follow-up. **Purpose:** to analyze the modern methods of assessment of psychopathological disorders in cancer patients. **Material and Methods.** Publications indexed in PubMed and devoted to the analysis of defense mechanisms, strategies

for overcoming challenges, responses to acute and chronic stress, and support for family members of cancer patients were analyzed. **Results.** Modified psychosomatic interviews used for cancer patients, attachment styles, coping strategies, and defense mechanisms were described. The taxonomic system of the most common mental disorders in modern psycho-oncology was presented. **Conclusion.** The modified psychiatric interview, during which the defense mechanisms, coping styles, coping reactions with acute and chronic stress, methods of functioning of cancer patient's family are assessed, allows a psychiatrist to obtain essential information about psychopathological status of a patient within the first (and often the only) appointment. A multidimensional diagnostic approach helps to assess the involvement of various damaging factors in a patient's current mental status. Conclusion made by a psychiatrist in terms of the taxonomic systems of the International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems (ICD) or the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) allows him to provide information to an oncologist in a uniquely interpretable (standardized) form.

**Key words:** oncology, psycho-oncology, psychosomatics, asthenia, attachment styles, coping strategies, types of behavior in the disease, depression, malignant neoplasms.

## Введение

В современной медицине пациент, страдающий онкологическим заболеванием и имеющий показания для психиатрической консультации, находится в сфере компетенции психосоматической медицины. Поводом для консультации могут быть как психические расстройства, так и психологические особенности личности пациента, в том числе измененный психический статус, тревога, депрессия, злоупотребление лекарственными средствами, суицидальный риск, неспособность к принятию решений и другие нарушения поведения, которые могут негативно сказаться на результативности противоопухолевого лечения. В специфических условиях психоонкологии и консультативной контактной психиатрии первичная консультация часто бывает единственной. Поэтому процесс клинко-психопатологического исследования должен быть мультидименсионным. Во-первых, необходимо собрать информацию обо всех возможных аспектах онкологического заболевания и его лечении. Во-вторых, при обследовании, важнейшей составной частью которого является психиатрическое интервью, следует сделать акцент на выявлении наиболее часто присутствующих у онкологических больных психических расстройств, нарушений поведения и отношения к своему заболеванию. В-третьих, если предлагается психофармакологическое вмешательство, обязательным является участие в лечении не только самого пациента, но и членов его семьи, и медицинского персонала.

## Модификация психиатрического интервью применительно к практике психоонкологии

При осмотре пациента рекомендуется брать за основу психосоматическое интервью под редакцией М. Groves и Р. Muskin [1]. Однако принимая во внимание известную частоту психических расстройств у онкологических больных и дефицит времени и ресурсов на обследование, S. Spencer [2] предложил дополнить его несколькими параметрами, оценка которых позволяет быстро выявить наиболее типичные нарушения, свойственные

этой категории больных. Модифицированное психосоматическое интервью, основные положения которого приведены в табл. 1, позволяет уже при первом осмотре пациента дифференцировать возможные ненормальные и неадекватные реакции от нормальных и адаптивных аспектов психологической и поведенческой реакции больного злокачественным новообразованием.

## Исследование стиля привязанности

При проведении психиатрической консультации в области онкологии и паллиативной помощи R. Maunder и J. Hunter [3, 4] уделяют особое внимание определению стиля привязанности. Они предлагают рассматривать стили привязанности как интегральный конструкт, определяющий индивидуальные реакции на стресс и, как следствие, опосредующий его влияние на психосоматическое здоровье. J. Bowlby ввел понятие внутренней рабочей модели (internal working model). Он предположил, что в процессе взаимодействия с другими людьми и миром индивид конструирует рабочие модели важнейших аспектов этого мира, с помощью которых он воспринимает и интерпретирует разные события. Рабочая модель определяет эмоции и поведение в ситуации, воспринимающейся как угрожающая [5–7]. Развитие этих идей K. Bartholomew и L.M. Horigowitz предполагает, что рабочие модели состоят из образа себя и образа другого, которые могут быть в общем положительными или отрицательными [8]. Сформированный в ранних отношениях со значимыми фигурами стиль привязанности будет определять взгляды пациента на себя и его ожидания от действий врачей и среднего медперсонала. У пациентов, имеющих тяжелые медицинские диагнозы, R. Maunder и J. Hunter описали четыре возможных варианта привязанности: безопасный (secure attachment), беспокойный, избегающий, болезненный, которые связаны с поведением в болезни, отношениями с медперсоналом (комплаенсом) и поэтому прямо влияют на результат лечения [9]. В паллиативной помощи, когда целью является улучшение качества жизни, стили привязанности описываются как критически важный детерминант

Таблица 1

**Основные положения модифицированного психосоматического интервью [2]**

Медицинская область	<ul style="list-style-type: none"> <li>– История онкологического заболевания: диагноз, фаза, стадия, тип прошлого и текущего лечения, побочные эффекты.</li> <li>– Другие медицинские заболевания.</li> <li>– Соматический статус: текущие соматические симптомы (боль, сон, аппетит и пищевые проблемы, усталость, вегетативные симптомы).</li> <li>– Социальный статус (образование, текущая производственная вовлеченность).</li> <li>– Семейное положение.</li> </ul>
Психиатрическая область	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Основные жалобы пациента, их длительность; причины для оценки психического статуса пациента и других вовлеченных лиц (семья, ухаживающий персонал).</li> <li>– Симптомы, испытываемые пациентом (тревога, беспокойство, депрессия, подозрительность, иллюзии, галлюцинации, изменения сна, концентрации, памяти, суицидальное и агрессивное поведение), тяжесть и продолжительность симптомов.</li> </ul>
Прошлая психиатрическая история	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Предыдущие психопатологические эпизоды и психиатрические расстройства, природа и диагностика; продолжительность, отягчающие факторы; полученное лечение (ПФТ: дозы препаратов, эффективность, побочные эффекты, продолжительность лечения, приверженность терапии; психотерапия: тип, продолжительность, приверженность).</li> <li>– История суицидальных попыток и агрессивного поведения.</li> <li>– История алкогольного и лекарственного злоупотребления (тип, количество, частота употребления, паттерны и пути употребления, толерантность и абстинентный синдром).</li> <li>– Предыдущие психиатрические госпитализации.</li> </ul>
Личная и интерперсональная история	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Индивидуальное психологическое развитие.</li> <li>– Функционирование (семья, сексуальность, работа, межличностные взаимоотношения).</li> <li>– Культуральные, религиозные и духовные верования.</li> <li>– Жизненные события (наиболее важные события в жизни пациента, травматический опыт и невзгоды)</li> <li>– Поведенческие стили (индивидуальные стили совладания с жизненными событиями, с особым акцентом на стресс от онкологического заболевания).</li> <li>– Социальная поддержка (поддержка от близких и других интерперсональных связей; природа, количество, интенсивность и качество имеющейся поддержки).</li> </ul>
Семейная история	<ul style="list-style-type: none"> <li>– История психических заболеваний среди членов семьи.</li> <li>– История алкогольного или лекарственного злоупотребления.</li> <li>– История суицидального и насильственного поведения.</li> </ul>

терапевтических отношений [10]. Определенные копинг-стратегии (стратегии совладания) мыслей, верований (убеждений), поведения в ответ на стрессовое событие были описаны у онкопациентов в лонгитудинальном исследовании G. Watson [11]. В исследовании было показано, что некоторые копинг-стили дезадаптивны и связаны с неправильной приспособляемостью к болезни. Они часто свидетельствуют об имеющейся психопатологии. Механизмы защиты, являясь автоматическими интрапсихическими (внутриличностными) психологическими процессами, посредством которых индивид имеет дело с психологическими угрозами или конфликтами между желаниями и реальностью, при должной их оценке могут информировать врача о конкретном пациенте, объясняя его эмоциональный и поведенческий ответ на процесс диагностики и лечения онкологического заболевания. В табл. 2 представлено описание стилей привязанностей, копинг-стратегий и защитных механизмов, характерных для онкологических пациентов.

**Типы личности, имеющие важнейшее клиническое значение у онкологических больных**

Со стилями привязанности неразрывно связаны формирование типов личности и способы совлада-

ния индивида со стрессом. Эволюция личностных качеств, частично выводимых из стилей привязанности и копинг-стратегий, предоставляет важную информацию о том, как пациент воспринимает онкозаболевание [12, 13]. Не вдаваясь в детали оценки личности, следует отметить, что в настоящее время при психосоматических расстройствах определены некоторые важнейшие конструкции: тип D (distressed), тип C, алексетимия [14–16].

Тип D (страдающие): отрицательная аффективность и социальное торможение, состоящее в общей склонности к бедствиям; негативные эмоции высокой степени (тревога, депрессия, вина/стыд, беспокойство, гнев, одиночество, склонность чрезмерно реагировать на стрессовые ситуации, скрывать свои чувства от других; опасения по поводу неодобрения и отказа; отсутствие уверенности в себе).

Тип C: отрицание или подавление собственных чувств (особенно гнева) и/или невозможность их вентиляции; склонность соответствовать социальным стандартам; терпение, неуверенность, кооперативность и умиротворение с социальными и семейными отношениями и соблюдение внешних авторитетов; забота об удовлетворении чужих потребностей и недостаточное участие в удовлетворении собственных потребностей, стремление к самоотверженности.

Таблица 2

**Стили привязанности, копинг-стратегии и защиты, выявляемые при онкологических заболеваниях**

Стили привязанности	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Тревожная привязанность (anxious-preoccupied): зависимость, усиленная выразительность, потребность поддерживать эмоциональную и физическую близость к фигурам привязанности (например, членам семьи, медицинскому персоналу); чувство личной хрупкости и гиперчувствительности к угрозе, вызванной злокачественной опухолью; высокий уровень воспринимаемого стресса.</li> <li>– Избегающе-отвергающий (dismissive-avoidant attachment): искажение близости, фигуры привязанности считаются несущественными и признаки личной уязвимости или бедствия подавлены симптомами, сведенными к минимуму или сообщенными слишком поздно; возможное вмешательство в сотрудничество с медицинским персоналом (например, недоверие или нетерпение к профессионалам).</li> <li>– Тревожно-избегающий (fearful-avoidant attachment): высокая тревога привязанности и высокая склонность к избеганию (характерная для избегания от угрозы) с несостоятельным сочетанием страдания и недопущения медицинской помощи, амбивалентность по отношению к медицинскому персоналу.</li> </ul>
Методы совладания (копинг-стратегии)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Безднадежность: склонность сдаваться и чувствовать себя в растерянности от онкологического заболевания, с неспособностью реагировать и возвращаться к привычной жизни.</li> <li>– Тревожная озабоченность: склонность быть крайне обеспокоенным онкологическим заболеванием и его последствиями, позволяя болезни доминировать над жизнью; внимание сосредоточено на теле.</li> </ul>
Защитные механизмы	<p>Невротическая защита:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– конверсия (выражение непризнанного эмоционального расстройства в виде физического симптома);</li> <li>– контроль (тенденция к контролю окружающей среды, чтобы избежать или уменьшить беспокойство; потеря контроля вызывает беспокойство).</li> </ul> <p>Незрелая (пограничная) защита:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– пассивная агрессия (косвенное и пассивное выражение гнева);</li> <li>– «отыгрывание вонне» (прямое выражение импульса или желания);</li> <li>– проекция (атрибуция неприемлемого импульса или идеи другим);</li> <li>– оценка (обесценение других);</li> <li>– отрицание (отказ признать болезненные реальности).</li> </ul> <p>Психотическая защита:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– патологическое отрицание (отказ от противостояния в связи с непризнанием реальности, диссоциативная реакция);</li> <li>– иллюзия проекции (экстернализация конфликтов; реальное тестирование минимально или отсутствует).</li> </ul>

Таблица 3

**Зоны ментального функционирования, оцениваемые при проведении MSE-теста**

1. Общее описание	<p>(а) внешний вид: возраст, рост, вес, положение, манера одеваться, чистота и уход, зрительный контакт, физические аномалии (связанные с раком или другими причинами),</p> <p>(б) отношение: подход пациента к процессу собеседования и взаимодействие с врачом</p>
2. Сенсорное восприятие и познание	<p>(а) уровень сознания,</p> <p>(б) бдительность, ориентация (лицо, место, время, ситуация), способность фокусироваться, внимание и концентрация, память (например, регистрация, краткосрочная, долгосрочная)</p>
3. Двигательное поведение	уровень активности и возбуждения, двигательная активность (ненормальные движения, тики, позы)
4. Язык и речь	Скорость, ритм, объем, количество, акцент, гибкость, беглость и артикуляция
5. Аффекты и настроение	Текущее субъективное устойчивое эмоциональное состояние, описываемое пациентом (настроение), и выводы эксперта о качестве эмоционального состояния пациента на основе объективного наблюдения (аффекта)
6. Мышление	<p>(а) процесс: ассоциации пациента и поток идей (например, неопределенность, непоследовательность, косвенность, тангенциальность, неологизмы, персеверация, полет идей, свободные или индивидуальные ассоциации и противоречивые высказывания),</p> <p>(б) содержание: спонтанно выраженные тревоги пациента, проблемы, мысли и импульсы (например, размышления, навязчивые идеи, компульсии, фобии, идеи подтверждения, заблуждения, суицидальные или самонадеянные мысли)</p>
7. Перцептивное восприятие	возможные нарушения восприятия (например, деперсонализация и дереализация, иллюзии и галлюцинации)
8. Инсайты	Осознание пациентом внутренних (ум) и внешних реалий (окружающая среда, другие люди), его проблем и их последствий
9. Суждение	Способность рассматривать и формулировать мнения, взвешивая и сравнивая относительные ценности различных вопросов, понимая, есть ли болезнь и предлагаемое лечение

Примечание: MSE – Mental State Examination.

Алексетимия: трудность выявления и различения чувств и телесных ощущений, вызванных эмоциональным возбуждением; сложность описания своих чувств другим людям; трудности в различении и оценке эмоций других людей, с неэмпатичными и неэффективными эмоциональными ответами; сжатые имажинальные процессы, нехватка фантазий; ориентированный на стимул, внешне-ориентированный стиль. Алекситимический конструкт связывает восприимчивость к заболеваниям с продолжительными состояниями эмоционального возбуждения, но, скорее, подчеркивая не интрапсихические конфликты – генераторы эмоционального возбуждения, а дефицит в когнитивной обработке эмоций, которые остаются недифференцированными и плохо регулируются [17].

### Оценка психического статуса

Во время интервью проводится оценка психического статуса (Mental State Examination,

MSE) (табл. 3). Оценка психического статуса характеризуется сбором данных, основанных на наблюдении и исследовании психологических и поведенческих состояний пациента с точки зрения признаков и симптомов, собранных во время встречи с пациентом. В психоонкологии оценка психического статуса проводится так же, как при оценке пациентов в области психиатрической или психосоматической медицины.

Психиатрическое интервью и MSE обычно дополняются рядом тестов, разработанных в психоонкологии [18]. Их использование также может помочь подтвердить диагноз путем оценки нескольких областей функционирования пациента. Помимо психических симптомов, производят оценку психосоциального функционирования, качества жизни, наличия нейропсихологических и когнитивных проблем, а также стилей привязанности и копинг-стратегии.

Таблица 4

### Классификация наиболее часто выявляемых психических расстройств у онкологических пациентов по МКБ-10 и DSM-5

DSM-5	МКБ-10
Тревожные расстройства 300.29: Специфические фобии (боязнь крови, насекомых, повреждений, ситуативные)	Невротические, стресс-связанные и соматоформные расстройства F40: Тревожно-фобическое расстройство F41: Другие тревожные расстройства F43: Реакция на тяжелый стресс (включая ПТСР) и расстройства адаптации F45: Ипохондрическое расстройство (включая боязнь заболеваний: легочного туберкулеза, венерических болезней, онкологических заболеваний)
Депрессивные расстройства 296: Большое депрессивное расстройство (единичный эпизод, текущее) 293: Депрессивное расстройство вследствие других медицинских состояний Лекарственно индуцированное депрессивное расстройство	Аффективные расстройства настроения F32: Депрессивный эпизод F33: Рекуррентное депрессивное расстройство
Расстройство, связанное с травмами и стрессом 309: Расстройства адаптации (с депрессивным настроением, с тревогой, смешанное, тревожно-депрессивное, с нарушениями поведения, со смешанными нарушениями: эмоций и поведения) 309.81: Посттравматическое стрессовое расстройство	См. выше невротические, стрессовые и соматоформные расстройства
Соматические симптомы и связанные расстройства 300.7: Болезненно-тревожное расстройство 316: Психологические факторы, вызванные другими медицинскими состояниями	Поведенческие синдромы, ассоциированные с психологическими нарушениями и физическими факторами F54: Психологические и поведенческие факторы, ассоциированные с расстройствами или заболеваниями, классифицируемые в других рубриках
Нейро-когнитивные расстройства 293: Делирий (вследствие других медицинских состояний; вследствие множественных причин)	Органические, включая симптоматические ментальные расстройства F05: Делирий, не вызванный алкоголем и другими психоактивными веществами F06: Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью

Примечание: МКБ-10 – Международная классификация болезней.; DSM-V – пятое издание Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам.

**Условия, которые могут быть в центре клинического внимания**

Проблемы, связанные с семейным воспитанием	Другие уточненные проблемы, связанные с воспитанием ребенка (код V61.20; Z62.820). Ребенок, затронутый дистрессом родительских отношений (код V61.29, Z 62.898)
Проблемы, связанные с первичной группой поддержки	Отношения с супругом или интимным партнером (код V61.10; Z63.0). Неосложненная утрата (код V68.82; Z63.4)
Профессиональные проблемы	Другие проблемы, связанные с занятостью (код V62.29, Z56.9)
Экономические проблемы	Низкий доход (код V 60.2; Z59.6). Недостаточное социальное страхование или социальная поддержка (код V60.2, Z59.7)
Другие проблемы, связанные с социальной средой	Фаза жизненных проблем (код V62.89, Z60.0). Проблемы, связанные с адаптацией к изменению образа жизни (код V60.3; Z60.2)
Другие обращения в службу здравоохранения для консультирования и медицинских консультаций	Сексуальное консультирование (код V65.49, Z70.9). Другие консультации (код V65.40, Z 71.9)
Проблемы, связанные с другими психосоциальными, личными и экологическими обстоятельствами	Религиозные или спиритуальные проблемы (код V62.89; Z65.8) Другие проблемы, связанные с психосоциальными обстоятельствами (код V63.9; Z75.3)
Проблемы, связанные с доступом к медицинскому и другому медицинскому обслуживанию	Невозможность или недоступность медицинских учреждений (код V63.9, Z75.3). Несоблюдение режима лечения (код V15.81, Z91.19)

**Медицинская и психосоциальная оценка**

Психоонкология является частью мультидисциплинарного подхода к оценке состояния пациентов с новообразованиями. Скрининг общего медицинского состояния, приема лекарственных средств помогает уточнить факторы, которые могут быть связаны с этиологией психического расстройства или могут давать клиническую информацию для выбора психофармакологического лечения. По результатам собеседования, MSE и психологических диагностических инструментов выставляется рабочий диагноз и выбирается возможная психофармакологическая стратегия.

**Заключение по результатам клинико-психопатологического исследования онкологического больного: некоторые проблемы формулировки диагноза**

Если диагноз в психосоматической медицине формулируется только в терминах, стандартно применяемых в психиатрии, результат консультации не всегда достигает конечной цели, поскольку формулировка может содержать термины, неясные и даже неверно понимаемые врачами иных специальностей. Иногда консультативные заключения психиатра трудно стратифицировать по принятым в отечественной медицине принципам, в том числе в связи с необходимостью учета социальных факторов. Важнейшим инструментом таксономии, используемым для классификации психопатологических признаков и симптомов, является МКБ-10. В табл. 4 приведены наиболее распространенные психические расстройства, о которых нам сообщает психоонкологическая литература; таксономические единицы МКБ-10 соотнесены с таксономией DSM.

В табл. 5 приведены другие возможные проблемы, связанные с онкологическими заболеваниями,

классифицируемые в МКБ-10 и DSM-V под рубрикой «Другие условия, которые могут быть в центре клинического внимания», до настоящего времени редко используемые в отечественной медицинской практике.

**Заключение**

Психиатр, консультирующий онкологического больного, должен уделить внимание изучению психологических и поведенческих признаков и симптомов. Применение критериев, обязательных для постановки психиатрического диагноза, должно быть сопряжено с оценкой стиля преодоления проблем, жизненными событиями, реакцией совладания с острым и хроническим стрессом, функционированием семьи. Во время диагностического интервью помимо психиатрических категорий должны учитываться индивидуально различное выражение эмоционального страдания и психосоциальные переменные, оказывающие негативное влияние на качество жизни и поведение пациентов. Мультидименсионный (многомерный) диагностический процесс помогает клиницистам в интеграции информации, полученной из классической психиатрической нозологии и психосоматически-ориентированных подходов. В результате лечащий врач-онколог должен получить от консультанта-психиатра информацию о клинических нарушениях, связанных с рядом психо-социальных переменных, наблюдаемых у пациента, причем информация эта должна быть донесена до онколога ясным и недвусмысленным образом. В связи с этим целесообразно использование таксономической системы МКБ-10, представляющей общий язык описания и классификации психических расстройств при онкологических заболеваниях.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Groves M.S., Muskin P.R. Psychological responses to illness. The American Psychiatric Publishing textbook of psychosomatic medicine: psychiatric care of the medically III. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2011. 45–67.
2. Spencer S.M., Carver C.S., Price A.A. Psychological and social factors in adaptation. Psycho-oncology. New York: Oxford University Press. 1998. 211–54.
3. Maunder R.G., Hunter J.J. Assessing patterns of adult attachment in medical patients. Gen Hosp Psychiatry. 2009 Mar-Apr; 31(2): 123–30. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2008.10.007.
4. Maunder R.G., Hunter J.J. A prototype-based model of adult attachment for clinicians. Psychodyn Psychiatry. 2012 Dec; 40(4): 549–73. doi: 10.1521/pdps.2012.40.4.549.
5. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books, 1969. 150.
6. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 2: Separation. New York: Basic Books, 1973. 251.
7. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 3: Loss, sadness and depression. New York: Basic Books, 1980. 320.
8. Bartholomew K., Horowitz L.M. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. J Pers Soc Psychol. 1991 Aug; 61(2): 226–44.
9. Maunder R.G., Hunter J.J. Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. Psychosom Med. 2001 Jul-Aug; 63(4): 556–67.
10. Tan A., Zimmermann C., Rodin G. Interpersonal processes in palliative care: an attachment perspective on the patient /clinicians relationship. Palliat. Med. 2005; 19: 143–50. doi: 10.1191/0269216305pm994oa.
11. Greer S., Watson M. Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance. Cancer Surv. 1987; 6(3): 439–53.
12. De Vries A.M., Forni V., Voellinger R., Stiefel F. Alexithymia in cancer patients: review of the literature. Psychother Psychosom. 2012; 81(2): 79–86. doi: 10.1159/000330888.
13. Mols F., Thong M.S., van de Poll-Franse L.V., Roukema J.A., Denollet J. Type D (distressed) personality is associated with poor quality of life and mental health among 3080 cancer survivors. J Affect Disord. 2012 Jan; 136(1–2): 26–34. doi: 10.1016/j.jad.2011.08.034.
14. Lumley M.A., Neely L.C., Burger A.J. The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problem. J Pers Assess. 2007; 89(3): 230–46. doi: 10.1080/00223890701629698.
15. Mols F., Denollet J. Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. Health Qual Life Outcomes. 2010 Jan 23; 8: 9. doi: 10.1186/1477-7525-8-9.
16. Zozulya A.A., Gabaeva M.V., Sokolov O.Y., Surkina I.D., Kost N.V. Personality, coping style, and constitutional neuroimmunology. J Immunotoxicol. 2008 Apr; 5(2): 221–5. doi: 10.1080/15476910802131444.
17. Bagby R.M., Parker J.D., Taylor G.J. Reassessing the validity and reliability of the MMPI Alexithymia Scale. J Pers Assess. 1991 Apr; 56(2): 238–53. doi: 10.1207/s15327752jpa5602\_5.
18. William F.P. Screening Instruments. Psycho-Oncology. A quick reference on the psychosocial dimensions of cancer symptom management. 2nd edition. New York: Oxford University Press. 2015.

Поступила/Received 23.11.18  
Принята в печать/Accepted 14.01.19

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Зубкова Юлия Николаевна**, врач-психиатр отделения функциональной диагностики и госпитальной терапии отдела интенсивной терапии, функциональной диагностики и реабилитации, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Москва, Россия). E-mail: kostenay@mail.ru. SPIN-код: 3110-8396. ORCID: 0000-0002-3521-731X.

**Курмуков Илдар Анварович**, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения интенсивной терапии и реанимации отдела интенсивной терапии, функциональной диагностики и реабилитации, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Москва, Россия). SPIN-код: 3692-5202. ORCID: 0000-0001-8463-2600.

**Обухова Ольга Аркадьевна**, кандидат медицинских наук, заведующая отделением реабилитации отдела интенсивной терапии, функциональной диагностики и реабилитации, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Москва, Россия). SPIN-код: 6876-7701. ORCID: 0000-0003-0197-7721.

**Кашия Шалва Робертович**, кандидат медицинских наук, заведующий отделом интенсивной терапии, функциональной диагностики и реабилитации, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Москва, Россия). SPIN-код: 6576-6302. ORCID: 0000-0001-8836-8763.

**Финансирование**

*Это исследование не потребовало дополнительного финансирования.*

**Конфликт интересов**

*Авторы объявляют, что у них нет конфликта интересов.*

## ABOUT THE AUTHORS

**Yulia N. Zubkova**, MD, Psychiatrist of the Department of Functional Diagnostics and Hospital Therapy of the Intensive Care Unit, Functional Diagnosis and Rehabilitation, N.N. Blokhin NMRC of Oncology of the Ministry of Health of the Russian Federation (Moscow, Russia). E-mail: kostenay@mail.ru. ORCID: 0000-0002-3521-731X.

**Ildar A. Kurmukov**, MD, PhD, the intensive care unit of the intensive care unit, functional diagnostics and rehabilitation, N.N. Blokhin NMRC of Oncology of the Ministry of Health of the Russian Federation (Moscow, Russia). ORCID: 0000-0001-8463-2600.

**Olga A. Obukhova**, MD, PhD, Head of the Rehabilitation Department of the Intensive Care Unit, Functional Diagnostics and Rehabilitation, N.N. Blokhin NMRC of Oncology of the Ministry of Health of the Russian Federation (Moscow, Russia). ORCID: 0000-0003-0197-7721.

**Shalva R. Kashiya**, MD, PhD, Head of the Department of Intensive Therapy, Functional Diagnostics and Rehabilitation, N.N. Blokhin NMRC of Oncology of the Ministry of Health of the Russian Federation (Moscow, Russia). ORCID: 0000-0001-8836-8763.

**Funding**

*This study required no funding.*

**Conflict of interest**

*The authors declare that they have no conflict of interest.*