

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

И.Е. Куприянова¹, С.А. Тузиков², Е.С. Гураль¹

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, г. Томск¹

ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, г. Томск²

634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4, e-mail: redo@mail.tomsknet.ru¹

В обзоре литературы обсуждается роль психических расстройств в онкологической практике, их виды и распространенность, особенности клинической картины. Рассматриваются проблемы применения лекарственных средств и психоактивных веществ как факторов развития психических расстройств в онкологической практике. Представлены исследования, в которых показаны клинические и психологические проблемы (боль, страх, тревога), снижающие качество жизни у пациентов, страдающих раком. Дискутируются данные фармако- и психотерапии при купировании психопатологии.

Ключевые слова: психическое здоровье, онкопатология, качество жизни, фармако- и психотерапия.

LIFE QUALITY AND MENTAL DISORDERS IN CANCER PATIENTS

I.E. Kupriyanova¹, S.A. Tuzikov², E.S. Gural¹

Research Institute of Mental Health, Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences, Tomsk¹

Cancer Research Institute, Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences, Tomsk²

4, Aleutskaya Street, Tomsk-634014, Russia, e-mail: redo@mail.tomsknet.ru¹

The review discusses the role of mental disorders in oncology practice, their types, prevalence and clinical features. Problems of using drugs and psychoactive substances as a factor in the development of mental disorders in cancer patients are also considered in this review. Studies showing clinical and psychological problems (pain, fear, anxiety) that reduce the quality of life in cancer patients have been presented. Results of pharmaco- and psychotherapy in relieving psychopathology are discussed.

Key words: mental health, cancer, life quality, pharmaco and psychotherapy.

Борьба с онкологическими заболеваниями – приоритетная проблема мирового здравоохранения в XXI веке [7, 14]. Ежегодно регистрируется более 5 млн новых случаев злокачественных новообразований. Так, например, в США, по прогнозам аналитиков, онкологическое заболевание разовьется у каждой третьей женщины и у каждого второго мужчины [16]. Рак является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности в мире, при этом рак легких, желудка, толстой и прямой кишки, по данным МАИР, занимает лидирующие позиции по заболеваемости и причинам смерти в 182 странах мира [7, 16, 19, 34].

Приблизительно у одного из четырех онкологических больных диагностируется психическое расстройство [8]. Установление онкологического диагноза вызывает сложный комплекс физиологических и психологических проблем, который, в свою очередь, может способствовать формирова-

нию депрессии и тревожности у пациентов [18]. Действительно, наиболее распространенными психическими расстройствами являются тревожные и депрессивные, а именно расстройство адаптации (до 68 % среди опрошенных) и клиническая депрессия (до 13 %) [13]. Тревожные и депрессивные расстройства в целом встречаются чаще у пациентов со злокачественными опухолями, чем у их сверстников, не имеющих онкологической патологии [20].

Тревожными расстройствами страдают 7,6 % пациентов с поздними стадиями рака [1, 36]. По данным R. Kessler [21], 4,8 % пациентов с метастатическими новообразованиями имеют генерализованное тревожное расстройство по критериям DSM-IV. В большинстве случаев тревожные расстройства развиваются у молодых женщин с поздними стадиями, имеющих более тяжелое физическое состояние, вне

зависимости от места нахождения (дома, в хосписе или стационаре) и вида проводимого противоопухолевого лечения.

У больных, относящихся к IV клинической группе, в сочетании с тревожными расстройствами снижаются когнитивные качества: они замыкаются в себе, меньше общаются с близкими, не доверяют лечащим врачам, предполагают, что доктора не видят в них целостную личность, испытывают выраженный дискомфорт, задавая вопросы о состоянии своего здоровья, и не чувствуют себя в силах понять эту информацию. Такие пациенты склонны верить, что предложенное лечение будет бесполезным, и убеждены, что терапия хронических болей проводится недостаточно хорошо. Все эти факторы снижают приверженность пациентов к лечению [36].

Больные с распространенным раком, имеющие тревожные расстройства, принимают анксиолитики по назначению врача не чаще, чем пациенты с распространенным раком, не имеющие тревожных расстройств. Только 17 % пациентов, по данным M. Miovic, S. Block [25], с прогрессирующим раком обсуждали проблемы психического здоровья со специалистом после установления онкологического диагноза, и только половина пациентов, имеющих признаки серьезных психических расстройств, была проконсультирована соответствующим специалистом в области психического здоровья. При этом люди, страдающие онкологическими заболеваниями, в целом имеют более высокий суицидальный риск. Типичным выражением страдания у таких пациентов являются суицидальные мысли [9, 22], которые, по данным исследователей, беспокоят от 10 до 20 % онкологических больных [11, 33].

Все эти факторы свидетельствуют в пользу необходимости скрининга психических расстройств. Тем не менее онкологические службы часто не в состоянии признать значимость эмоционального дистресса и депрессии у своих пациентов [24]. Лишь менее половины больных, которые имеют умеренную и тяжелую депрессию, принимают антидепрессанты, хотя это состояние поддается лечению и у смертельно больных людей [27]. Рассматриваемое явление обусловлено несколькими причинами. Во-первых, низкой осведомленностью онкологического персонала о проблеме психического здоровья. Во-вторых, отсутствием налаженных связей между психиатрической и онко-

логической службами. Кроме того, пациенты могут подвергнуть остракизму идею самостоятельного обращения к специалисту в области психического здоровья [25].

Лекарственные средства и психоактивные вещества как факторы развития психических расстройств в онкологической практике

При сборе анамнеза важно учитывать не только наличие предшествующего психического расстройства или экзистенциальный стресс, связанный с осознанием собственной смертности, но и то, что некоторые лекарственные средства могут спровоцировать психическое расстройство. Некоторые химиотерапевтические препараты (винкристин, винбластин, прокарбазин и L-аспарагиназа) predisполагают к развитию депрессии у больных раком [23, 29, 30, 35]. Ифосфамид может спровоцировать галлюциноз, при лечении которого рекомендуется титрование галоперидолом [15].

Исследователями задокументирована взаимосвязь между потреблением алкоголя и новообразованиями головы, шеи, молочной железы, печени, поджелудочной железы, колоректальным раком. Алкоголизм чаще встречается в онкологической практике, чем другие формы злоупотребления психоактивными веществами, но злоупотребление запрещенными наркотическими веществами (героин, кокаин и др.) вызывает больше внимания со стороны врачей, что, в первую очередь, связано с озабоченностью по поводу потенциальных проблем в управлении хроническими болями, вследствие толерантности к обезболивающим препаратам у наркоманов [5].

J.S. Maxmen, N.G. Ward [24] считают, что у 53 % пациентов, страдающих алкоголизмом, может развиваться энцефалопатия Вернике, а у 65 % – Корсаковский психоз, поэтому необходимо соблюдать бдительность при оценке когнитивных нарушений у пациентов с раком и сопутствующим алкоголизмом. По данным тех же авторов, алкогольный делирий наблюдается примерно у 5–15 % пациентов в состоянии алкогольной абстиненции. Во время дезинтоксикационной терапии возникают симптоматическая депрессия и тревога [10]. Алкогольная зависимость в целом представляет собой фактор риска для развития суицидального поведения. Депрессия у людей с сопутствующим алкоголизмом протекает очень тяжело, поэтому уменьшение симптомов депрессии и алкогольной

зависимости значительно улучшает качество жизни пациентов [12, 29].

Факторы, снижающие качество жизни у пациентов, страдающих раком, и их роль в развитии психопатологии

Пациенты, перенесшие рак, в отличие от своих сверстников, не имеющих онкологического диагноза, сообщают о более низком качестве жизни [4]. У большинства больных возникают побочные эффекты во время активного лечения рака, а отсроченные побочные эффекты могут возникать через месяцы и даже годы после окончания активного этапа лечения [1, 3].

Для всех пациентов, страдающих раком, характерны такие осложнения, как боли, чувство усталости и эмоционального истощения [28]. В течение оставшейся жизни, независимо от исходной стадии заболевания, они испытывают экзистенциальный стресс [40]. В Канаде при обследовании 913 пациентов, страдающих раком, были получены следующие данные: 94 % пациентов беспокоили один или несколько симптомов, ухудшающих качество жизни. Чаще всего наблюдались состояние усталости – 78 %, чувство тревоги – 77 %, депрессия – 59 % и нарушения сна – 55%. При этом пациенты были склонны выражать недовольство качеством лечения побочных симптомов, а не темпами лечения рака как такового [2].

Для обеспечения удовлетворительного качества жизни пациентов, страдающих раком (включая физическое и психологическое состояние), необходимо управлять симптомами, вызванными опухолевым процессом и побочными действиями терапии, на всем протяжении лечения [3]. Эмоциональные трудности у людей, перенесших рак, вызваны страхом по поводу рецидива или метастазирования онкологического процесса. Так называемый страх рецидива испытывают от 22 до 99 % выживших.

По данным V. Potter et al. [31], около трети пациентов, несмотря на прием анальгетиков, беспокоил клинически выраженный болевой синдром. Из них многие убеждены в том, что у всех онкологических больных возникают боли, которые не поддаются лечению. Они предполагают, что назначаемая терапия недостаточно эффективна и вызывает привыкание (по аналогии с опиатами). Кроме того, необходимо учитывать, что часть пациентов обращается к альтернативной медицине (иглоукалывание, ароматерапия и др.), а некоторые

не сообщают о беспокоящих их болях из-за боязни показаться «плохим пациентом». Болевой синдром снижает социальное функционирование. Авторы не выявляют какой-либо корреляции между частотой и интенсивностью возникновения болевого синдрома у онкологических больных в зависимости от пола. Восстановление от физических и психологических последствий рака не происходит одновременно. Кроме того, медицинские работники должны знать, что не все мужчины (или женщины) соответствуют социальным стереотипам мужественности (или женственности) [32].

Терапия психических расстройств в онкологической практике

Ученые и врачи отдают должное не только современным высокотехнологичным способам лечения, но и простейшим правилам ведения здорового образа жизни, создавая методические пособия для пациентов и медицинского персонала, а также новые реабилитационные программы [6, 26, 32]. На сегодняшний день наиболее эффективной для лечения психических расстройств у пациентов с онкологическими заболеваниями является психотерапия в сочетании с психотропными препаратами либо без них, в зависимости от степени тяжести расстройства (психотропные препараты используются в общепринятых дозировках).

В онкологической практике широко применяются экзистенциальная психотерапия, когнитивно-поведенческая и гипнотерапия [37]. Психотерапия может быть групповой и индивидуальной [38, 39]. Некоторые авторы не довольствуются имеющимися направлениями психотерапии и создают новые течения, яркий пример – Mindfulness-Based Stress Reduction (дословно Снижение стресса на основе внимательности). Это синтетическая программа, использующая различные медитативные и философские направления (хатха-йога, тхеравада и др.), которая была разработана в 1979 г. профессором Массачусетского университета Дж. Кабат-Зинном в качестве дополнительного метода лечения в клиниках и медицинских центрах, для облегчения состояния пациентов, страдающих соматическими, психосоматическими и психическими расстройствами, в том числе для уменьшения болевого синдрома. На сегодняшний день MBSR активно применяется в психонкологии для снижения симптомов тревоги и депрессии, а также для обучения навыкам борьбы с этими состояниями [17].

Существует мнение о том, что установление диагноза «рак» может спровоцировать развитие психических расстройств, а психологические факторы способствуют прогрессированию онкологического процесса. Следуя этой логике, можно предположить, что психотерапевтическая поддержка будет способствовать выживаемости пациентов. Ведение онкологических больных должно иметь преемственный характер не только между врачами различной специализации, но и между медицинским персоналом клиники в целом, а также между лечебными учреждениями, в которых пациент наблюдается. В силу ранимости и хрупкости психики таких пациентов следует подчеркнуть важность соблюдения врачебной этики и деонтологии, поскольку любое неосторожное слово, тем более резкость или критика другого специалиста могут быть неправильно истолкованы пациентом, вызвать депрессивную или параноидную реакцию, что, в свою очередь, ведет к снижению приверженности к лечению.

Таким образом, вопросы психического здоровья при онкологических заболеваниях являются актуальными до настоящего времени. Исследователи выявляют широкий спектр расстройств психиатрического плана, хотя ранее традиционным сопутствующим заболеванием считалась только депрессия. В онкологической практике встречаются различные психические расстройства, наиболее распространенными из которых являются депрессии и расстройства тревожно-фобического спектра. Онкологический процесс вместе с тяготами лечения вызывает такие побочные действия, как болевой синдром, страх рецидива, которые, безусловно, снижают качество жизни пациентов. Скрининг психических расстройств, поддерживающая психотерапия, в отдельных случаях психофармакотерапия необходимы на всех этапах ведения пациентов, страдающих раком.

ЛИТЕРАТУРА

1. Попов Д.Н., Тузилов С.А., Афанасьев С.Г., Гольдберг В.Е. Качество жизни больных раком желудка IV стадии на этапах паллиативного комбинированного лечения // Сибирский онкологический журнал. 2004. № 4. С. 26–31.
2. Ashbury F.D., Findlay H., Reynolds B., McKerracher K.A. A Canadian survey of cancer patients' experiences: are their needs being met? // J. Pain Symptom Manage. 1998. Vol. 16 (5). P. 298–306.
3. Barbera L., Seow H., Howell D., Sutradhar R., Earle C., Liu Y., Stitt A., Husain A., Sussman J., Dudgeon D. Symptom burden and performance status in a population based cohort of ambulatory cancer patients // Cancer. 2010. Vol. 116 (24). P. 5767–5776. doi: 10.1002/cncr.25681.
4. Beckjord E.B., Arora N.K., McLaughlin W., Oakley-Girvan I., Hamilton A.S., Hesse B.W. Health-related information needs in a large and diverse sample of adult cancer survivors: implications for cancer care // J. Cancer Surviv. 2008. Vol. 2 (3). P. 179–189. doi: 10.1007/s11764-008-0055-0.
5. Blot W.J. Alcohol and cancer // Cancer Res. Vol. (7 Suppl.). 1992. P. 2119–2123.
6. Bondarenko V.P., Kornilov A.U., Choyzonov E.C., Balackaya L.N. The automatized rehabilitation complex based on biofeedback for speech rehabilitation of oncological patients with larynx cut out // Specom 2005 proceedings: 10th Intern. Conf. speech and computer. Patras, 2005. P. 707–711.
7. Boyle P., Smans M. Atlas of Cancer Mortality in the European Union and the European Economic Area, 1993–1997 // IARC Scientific Publication, 2008. № 159.
8. Brintzenhofe-Szoc K.M., Levin T.T., Li Y., Kissane D.W., Zabora J.R. Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: Prevalence by cancer type // Psychosomatics. 2009. Vol. 50 (4). P. 383–391. doi: 10.1176/appi.psy.50.4.383
9. Brown S.A., Inaba R.K., Gillin J.C., Schuckit M.A., Stewart M.A., Irwin M.R. Alcoholism and affective disorder: clinical course of depressive symptoms // Am. J. Psychiat. 1995. Vol. 152 (1). P. 45–52.
10. Cherny N.I., Coyle N., Foley K.M. The treatment of suffering when patients request elective death // J. Palliat.Care.1994. Vol. 10 (2). P. 71–79.
11. Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M., Mowchun N., Lander S., Levitt M., Clinch J.J. Desire for death in the terminally ill // Am. J. Psychiatry. 1995. Vol. 152 (8). P. 1185–1191.
12. Cornelius J.R., Salloum I.M., Mezzich J., Fabrega H. Jr., Ehler J.G., Ulrich R.F., Thase M.E., Mann J.J. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism // Am. J. Psychiat. 1995. Vol. 152(3). P. 358–364.
13. Costa G., Salameo M., Gil F. Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer (Validity of the questionnaire MOS-SSS of social support in neoplastic patients) // Med. Clin. 2007. Vol. 128 (18). P. 687–691.
14. Curado M.P., Edwards B., Shin H.R. et al. Cancer Incidence in Five Continents, Volume IX IARC Scientific Publication, 2009. № 160.
15. DiMaggio J.R., Brown R., Baile W.F., Schapira D. Hallucinations and ifosfamide-induced neurotoxicity // Cancer. J. 1994. Vol. 73 (5). P. 1509–1514.
16. Ferlay J., Parkin D.M., Steliarova-Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008 // Eur. J. Cancer. 2010. Vol. 46 (4). P. 765–781.
17. Fish J.A., Ettridge K., Sharplin G.R., Hancock B., Knott V.E. Mindfulness-based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness based programme on psychological distress and quality of life // Eur. J. Cancer Care (Engl). 2014. Vol. 23(3). P. 413–421.
18. Grassi L., Biancosino B., Marmai L., Rossi E., Sabato S. Psychological factors affecting oncology conditions // Adv. Psychosom. Med. J. 2007. Vol. 28. P. 57–71.
19. Husmann G. Krebs in Deutschland: 2005/2006; Häufigkeiten und Trends; eine gemeinsame Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts und der Gesellschaft der Epidemiologischen Krebsregister in Deutschland // Robert Koch-Inst. GEKID, Berlin, Saarbrücken, 2010.
20. Jadoon N.A., Munir W., Shahzad M.A., Choudhry Z.S. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study // BMC Cancer. 2010. Vol. 10. P. 594. doi: 10.1186/1471-2407-10-594.
21. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Merikangas K.R., Walters E.E. Prevalence, severity and comorbidity of 12 month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Arch. Gen. Psychiatry. 2005. Vol. 62 (6). P. 617–627.
22. Lu D., Fall K., Sparén P., Ye W., Adami H.O., Valdimarsdóttir U., Fang F. Suicide and suicide attempt after a cancer diagnosis among young individuals // Ann. Oncol. J. 2013. Vol. 24 (12). P. 3112–3117. doi: 10.1093/annonc/mdt415.
23. Mainio A., Hakko H., Niemela A., Koivukangas J., Räsänen P. Depression and functional outcome in patients with brain tumors: a population-based 1-year follow-up study // J. Neurosurg. 2005. Vol.103 (5). P. 841–847.

24. Maxmen J.S., Ward N.G. Substance-related disorders // *Essential Psychopathology and its Treatment*. W.W. Norton and Company, New York, 1995. P. 132–172.
 25. Miovic M., Block S. Psychiatric Disorders in Advanced Cancer // *Cancer J.* 2007. Vol. 110 (8). P. 1665–1676.
 26. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors // *C.A. Cancer J. Clin.* 2012. Vol. 62 (4). P. 275–276. doi: 10.3322/caac.21146
 27. O'Mahony S., Goulet J., Kornblith A., Abbatiello G., Clarke B., Kless-Siegel S., Breitbart W., Payne R. Desire for hastened death, cancer pain and depression: report of a longitudinal observational study // *J. Pain Symptom Manage.* 2005. Vol. 29 (5). P. 446–457.
 28. Patrick D.L., Ferketich S.L., Frame P.S., Harris J.J., Hendricks C.B., Levin B., Link M.P., Lustig C., McLaughlin J., Reid L.D., Turrisi A.T. 3rd, Unützer J., Vernon S. National Institutes of Health State-of-the- Science Panel. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: symptom management in cancer: pain, depression, and fatigue, July 15-17, 2002 // *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* 2004. Vol. 32 P. 9–16.
 29. Pirl W.F., Siegel G.I., Goode M.J., Smith M.R. Depression in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer: a pilot study // *Psychooncology J.* 2002. Vol. 11 (6). P. 518–523.
 30. Potash M., Breitbart W. Affective disorders in advanced cancer // *Hematol. Oncol. Clin. North. Am. J.* 2002. Vol. 16 (3). P. 671–700.
 31. Potter V.T., Wiseman C.E., Dunn S.M., Boyle F.M. Patient barriers to optimal cancer pain control // *Psychooncology. J.* 2003. Vol.12 (2). P. 153–160.
 32. Rock C.L., Doyle C., Demark-Wahnefried W. et al. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors // *C.A. Cancer J. Clin.* 2012. Vol. 62(4). P. 243–274.
 33. Seale C., Addington H.J. Euthanasia: why people want to die earlier // *Soc. Sci. Med.* 1994. Vol. 39 (5). P. 647–654.
 34. Siegel R., Ward E., Brawley O., Jemal A. Cancer statistics, 2011 // *Cancer J. Clin.* 2011. Vol. 61 (4). P. 212–236. doi: 10.3322/caac.20121
 35. Skarstein J., Bjelland I., Dahl A.A., Laeding J., Fosså S.D. Is there an association between hemoglobin, depression, and anxiety in cancer patients? // *J. Psychosom. Res.* 2005. Vol. 58 (6). P. 477–483.
 36. Sollner W., DeVries A., Steixner E., Lukas P., Sprinzel G., Rumpold G., Maislinger S. How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? // *Br. J. Cancer.* 2001. Vol. 84 (2) P. 179–185.
 37. Spencer R., Nilsson M., Wright A., Pirl W., Prigerson H. Anxiety disorders in advanced cancer patients // *Cancer J.* 2010. Vol. 116 (7). P. 1810–1819. doi: 10.1002/cncr.24954.
 38. Spiegel D. Transformations: hypnosis in brain and body // *Depress Anxiety. J.* 2013. Vol. 30 (4). P. 342–353.
 39. Spiegel D., Butler L.D., Giese-Davis J., Koopman C., Miller E., DiMiceli S., Classen C.C., Fobair P., Carlson R.W., Kraemer H.C. Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial // *Cancer J.* 2007. Vol.110 (5). P. 1130–1138.
 40. Vehling S., Lehmann C., Oechsle K., Bokemeyer C., Krüll A., Koch U., Mehnert A. Is advanced cancer associated with demoralization and lower global meaning? The role of tumor stage and physical problems in explaining existential distress in cancer patients // *Psycho-Oncology J.* 2012. Vol. 21 (1). P. 54–63. doi: 10.1002/pon.1866.
- Поступила 13.12.13
- ### REFERENCES
1. Popov D.N., Tuzikov S.A., Afanas'ev S.G., Gol'dberg V.E. Life quality of patients with stage IV gastric cancer during the period of palliative combined treatment // *Sibirskij onkologicheskij zhurnal.* 2004. № 4. P. 26–31.
 2. Ashbury F.D., Findlay H., Reynolds B., McKerracher K.A. A Canadian survey of cancer patients' experiences: are their needs being met? // *J. Pain Symptom Manage.* 1998. Vol. 16 (5). P. 298–306.
 3. Barbera L., Seow H., Howell D., Sutradhar R., Earle C., Liu Y., Stitt A., Husain A., Sussman J., Dudgeon D. Symptom burden and performance status in a population based cohort of ambulatory cancer patients // *Cancer.* 2010. Vol. 116 (24). P. 5767–5776. doi: 10.1002/cncr.25681.
 4. Beckjord E.B., Arora N.K., McLaughlin W., Oakley-Girvan I., Hamilton A.S., Hesse B.W. Health-related information needs in a large and diverse sample of adult cancer survivors: implications for cancer care // *J. Cancer Surviv.* 2008. Vol. 2 (3). P. 179–189. doi: 10.1007/s11764-008-0055-0.
 5. Blot W.J. Alcohol and cancer // *Cancer Res.* Vol. (7 Suppl.). 1992. P. 2119–2123.
 6. Bondarenko V.P., Kornilov A.U., Choyzonov E.C. Balackaya L.N. The automatized rehabilitation complex based on biofeedback for speech rehabilitation of oncological patients with larynx cut out // *Specom 2005 proceedings: 10th Intern. Conf. speech and computer.* Patras, 2005. P. 707–711.
 7. Boyle P., Smans M. Atlas of Cancer Mortality in the European Union and the European Economic Area, 1993-1997 // *IARC Scientific Publication*, 2008. № 159.
 8. Brintzenhofe-Szoc K.M., Levin T.T., Li Y., Kissane D.W., Zabora J.R. Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: Prevalence by cancer type // *Psychosomatics.* 2009. Vol. 50 (4). P. 383–391. doi: 10.1176/appi.psy.50.4.383.
 9. Brown S.A., Inaba R.K., Gillin J.C., Schuckit M.A., Stewart M.A., Irwin M.R. Alcoholism and affective disorder: clinical course of depressive symptoms // *Am. J. Psychiat.* 1995. Vol. 152 (1). P. 45–52.
 10. Cherny N.I., Coyle N., Foley K.M. The treatment of suffering when patients request elective death // *J. Palliat. Care.* 1994. Vol. 10 (2). P. 71–79.
 11. Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M., Mowchun N., Lander S., Levitt M., Clinch J.J. Desire for death in the terminally ill // *Am. J. Psychiatry.* 1995. Vol. 152 (8). P. 1185–1191.
 12. Cornelius J.R., Salloum I.M., Mezzich J., Fabrega H. Jr., Ehler J.G., Ulrich R.F., Thase M.E., Mann J.J. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism // *Am. J. Psychiat.* 1995. Vol. 152(3). P. 358–364.
 13. Costa G., Salamero M., Gil F. Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer (Validity of the questionnaire MOS-SSS of social support in neoplastic patients) // *Med. Clin.* 2007. Vol. 128 (18). P. 687–691.
 14. Curado M.P., Edwards B., Shin H.R. et al. Cancer Incidence in Five Continents, Volume IX IARC Scientific Publication, 2009. № 160.
 15. DiMaggio J.R., Brown R., Baile W.F., Schapira D. Hallucinations and ifosfamide-induced neurotoxicity // *Cancer. J.* 1994. Vol. 73 (5). P. 1509–1514.
 16. Ferlay J., Parkin D.M., Steliarova-Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008 // *Eur. J. Cancer.* 2010. Vol. 46 (4). P. 765–781.
 17. Fish J.A., Ettridge K. Sharplin G.R., Hancock B., Knott V.E. Mindfulness-based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness based programme on psychological distress and quality of life // *Eur. J. Cancer Care (Engl).* 2014. Vol. 23(3). P. 413–421.
 18. Grassi L., Biancosino B., Marmai L., Rossi E., Sabato S. Psychological factors affecting oncology conditions // *Adv. Psychosom. Med. J.* 2007. Vol. 28. P. 57–71.
 19. Husmann G. Krebs in Deutschland: 2005/2006; Häufigkeiten und Trends; eine gemeinsame Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts und der Gesellschaft der Epidemiologischen Krebsregister in Deutschland // *Robert Koch-Inst. GEKID, Berlin, Saarbrücken; 2010.*
 20. Jadoon N.A., Munir W., Shahzad M.A., Choudhry Z.S. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study // *BMC Cancer.* 2010. Vol. 10. P. 594. doi: 10.1186/1471-2407-10-594.
 21. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Merikangas K.R., Walters E.E. Prevalence, severity and comorbidity of 12 month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2005. Vol. 62 (6). P. 617–627.
 22. Lu D., Fall K., Sparén P., Ye W., Adami H.O., Valdimarsdóttir U., Fang F. Suicide and suicide attempt after a cancer diagnosis among young individuals // *Ann. Oncol. J.* 2013. Vol. 24 (12). P. 3112–3117. doi: 10.1093/annonc/mdt415.

23. Mainio A., Hakko H., Niemela A., Koivukangas J., Räsänen P. Depression and functional outcome in patients with brain tumors: a population-based 1-year follow-up study // *J. Neurosurg.* 2005. Vol. 103 (5). P. 841–847.
24. Maxmen J.S., Ward N.G. Substance-related disorders. // *Essential Psychopathology and its Treatment.* W.W. Norton and Company, New York, 1995. P. 132–172.
25. Miovic M., Block S. Psychiatric Disorders in Advanced Cancer // *Cancer J.* 2007. Vol. 110 (8). P. 1665–1676.
26. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors // *C.A. Cancer J. Clin.* 2012. Vol. 62 (4). P. 275–276. doi: 10.3322/caac.21146.
27. O'Mahony S., Goulet J., Kornblith A., Abbatiello G., Clarke B., Kless-Siegel S., Breitbart W., Payne R. Desire for hastened death, cancer pain and depression: report of a longitudinal observational study // *J. Pain Symptom Manage.* 2005. Vol. 29 (5). P. 446–457.
28. Patrick D.L., Ferketich S.L., Frame P.S., Harris J.J., Hendricks C.B., Levin B., Link M.P., Lustig C., McLaughlin J., Reid L.D., Turrisi A.T. 3rd, Unützer J., Vernon S. National Institutes of Health State-of-the- Science Panel. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: symptom management in cancer: pain, depression, and fatigue, July 15-17, 2002 // *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* 2004. Vol. 32 P. 9–16.
29. Pirl W.F., Siegel G.I., Goode M.J., Smith M.R. Depression in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer: a pilot study // *Psychooncology J.* 2002. Vol. 11 (6). P. 518–523.
30. Potash M., Breitbart W. Affective disorders in advanced cancer // *Hematol. Oncol. Clin. North. Am. J.* 2002. Vol. 16 (3). P. 671–700.
31. Potter V.T., Wiseman C.E., Dunn S.M., Boyle F.M. Patient barriers to optimal cancer pain control // *Psychooncology. J.* 2003. Vol. 12 (2). P. 153–160.
32. Rock C.L., Doyle C., Demark-Wahnefried W. et al. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors // *C.A. Cancer J. Clin.* 2012. Vol. 62(4). P. 243–274.
33. Seale C., Addington H.J. Euthanasia: why people want to die earlier // *Soc. Sci. Med.* 1994. Vol. 39 (5). P. 647–654.
34. Siegel R., Ward E., Brawley O., Jemal A. Cancer statistics, 2011 // *Cancer J. Clin.* 2011. Vol. 61 (4). P. 212–236. doi: 10.3322/caac.20121.
35. Skarstein J., Bjelland I., Dahl A.A., Laading J., Fosså S.D. Is there an association between hemoglobin, depression, and anxiety in cancer patients? // *J. Psychosom. Res.* 2005. Vol. 58 (6). P. 477–483.
36. Sollner W., DeVries A., Steixner E., Lukas P., Sprinzel G., Rumpold G., Maislinger S. How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? // *Br. J. Cancer.* 2001. Vol. 84 (2) P. 179–185.
37. Spencer R., Nilsson M., Wright A., Pirl W., Prigerson H. Anxiety disorders in advanced cancer patients // *Cancer J.* 2010. Vol. 116 (7). P. 1810–1819. doi: 10.1002/cncr.24954.
38. Spiegel D. Transformations: hypnosis in brain and body // *Depress Anxiety. J.* 2013. Vol. 30 (4). P. 342–353.
39. Spiegel D., Butler L.D., Giese-Davis J., Koopman C., Miller E., DiMiceli S., Classen C.C., Fobair P., Carlson R.W., Kraemer H.C. Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial // *Cancer J.* 2007. Vol. 110 (5). P. 1130–1138.
40. Vehling S., Lehmann C., Oechsle K., Bokemeyer C., Krüll A., Koch U., Mehnert A. Is advanced cancer associated with demoralization and lower global meaning? The role of tumor stage and physical problems in explaining existential distress in cancer patients // *Psycho-Oncology J.* 2012. Vol. 21 (1). P. 54–63. doi: 10.1002/pon.1866.