

Депрессия и рак: основные направления международных исследований

Блинков А.Н.

Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, Москва

Резюме. В обзорной статье раскрываются проблемы распространенности, диагностики, этиопатогенеза, последствий и психосоциального лечения депрессии у пациентов онкологического профиля согласно данным зарубежной литературы. Показано, что проявления эмоционального дистресса у онкологических пациентов значительно выше, тогда как распространенность большого депрессивного расстройства сравнима с показателями общей популяции. Депрессия может развиваться как реакция на постановку диагноза рака, посредством активизации нейроиммуноэндокринных механизмов реагирования на стресс, и может быть следствием биологических изменений, сопровождающих опухолевый процесс и его лечение. На современном этапе развития психосоциального лечения данного контингента больных все чаще разрабатываются и применяются программы доступной комплексной помощи пациентам, состоящие из нескольких модулей и проводимые непрофессионалами в области психического здоровья.

Ключевые слова: депрессия, диагностика, иммунитет, онкология, патогенез, последствия, психосоциальная терапия, рак, расстройства депрессивного спектра.

Depression and Cancer (literature review)

Blinkov A.N.

The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration under the President of the Russian Federation, Moscow

Summary. Current review describes the issues of prevalence, diagnosis, pathogenesis, implications, and psychosocial treatment of depression in oncology patients. The prevalence of emotional disorders in oncology patients is significantly higher while the prevalence of major depressive disorder is comparable to the numbers presented among general population. The depression can occur as a psychological reaction of personality in response to the diagnosis of cancer, due to specific neuro-immuno-endocrine mechanisms related to this stress factor, and can be developed in the course of biological changes, caused by the progressive malignant process and its chemotherapy treatment. Modern comprehensive psychosocial care programs for oncology patients with depression have been designed and consist of several modules. These therapeutic programs are applied in clinical practice and mostly delivered by nonprofessionals in the field of mental health.

Key words: cancer, implications, depression, depressive spectrum disorders, diagnosis, immunity, oncology, pathogenesis, psychosocial treatment.

Согласно отчету Международного агентства по изучению рака при ВОЗ (The International Agency for Research on Cancer, IARC), в 2018 году во всем мире было зарегистрировано примерно 18,1 миллиона новых случаев рака и 9,6 миллионов смертей от рака [8]. В 2017 году в РФ было зафиксировано 617 177 впервые выявленных случаев, при этом на конец 2017 года в территориальных онкологических учреждениях России состояли на учете 3 630 567 пациентов [1]. Депрессия остается недооцененной сопутствующей патологией у онкологических больных, что имеет тяжелые последствия как в виде ухудшения общего самочувствия и снижения качества жизни пациентов, так и учащения рецидивов, повышения показателей смертности и увеличения экономических расходов системы здравоохранения на оказание помощи пациентам с коморбидной психической и онкологической патологией.

Только около половины пациентов с раком, у которых обнаруживается тяжелая или умеренная депрессия, готовы обращаться за профессиональной помощью [12], однако, у большинства этих

больных депрессию либо не диагностируют, либо не предоставляют им соответствующее необходимое лечение [62]. Отчет ВОЗ продемонстрировал, что терапевтический разрыв (разница между числом тех, у кого диагностировано заболевание, и тех, кто получил соответствующую помощь) при большой депрессии и дистимии достиг 56% [39], кроме того, целый ряд психоонкологических исследований выявил сходные данные, свидетельствующие о значительных пробелах в лечении психических расстройств у больных раком [44]. Соответственно, требуется своевременная и точная диагностика и основанное на доказательности лечение коморбидных психических расстройств с целью не только повысить качество жизни, но также снизить неблагоприятные эффекты влияния аффективной патологии на течение рака, продолжительность пребывания в стационаре, увеличить приверженность лечению, его эффективность, и выживаемость пациентов, тем самым улучшая прогноз основного заболевания [33].

Данная статья содержит обзор данных зарубежной литературы, в частности, о распростра-

ненности депрессии, особенностях ее диагностики, патогенезе, последствиях и лечении у пациентов с раком, и ставит своей целью повысить информированность специалистов, работающих в онкологической службе, по вопросу коморбидных эмоциональных расстройств и, тем самым, повысить качество оказываемой помощи онкологическим больным.

В России также проводятся исследования в этом направлении [2, 3], и это является предметом отдельного анализа.

1. Распространенность

Распространенности расстройств настроения среди онкологических больных посвящен большой массив зарубежной литературы, однако, этот вопрос до сих пор является дискуссионным по ряду причин.

Прежде всего, в публикациях представлен широкий разброс изучаемых диагностических категорий. Во многих исследованиях стали применять расширенные диагностические критерии психических расстройств, чтобы собрать информацию о спектре экспрессии изучаемых состояний. В связи с использованием концепции спектра депрессивных расстройств показатели депрессии в изучаемых выборках пациентов выросли до 20%, в то время как только для большого депрессивного расстройства значения распространенности в популяции составили 13.2% в течение жизни и 5.2% в течение 12-ти месяцев [70]. Концепция спектра подразумевает, что у многих людей в общей популяции могут наблюдаться отдельные депрессивные симптомы и/или подпороговые состояния, не достигающие степени тяжести или не удовлетворяющие временному критерию продолжительности специфических расстройств настроения, описанных в системе DSM-V [5] или МКБ-10 [87]. Несмотря на то, что эти подпороговые расстройства могут выявляться в продромальном периоде большого депрессивного расстройства [23], служить предикторами его последующей манифестации [49] или оставаться в рамках проявлений нормальной грусти и клинической картины легкой депрессии [48], они в то же время могут вызвать значительные страдания, профессиональные и личностные затруднения [63] и при хроническом течении, что требует отдельного клинического внимания, даже характеризоваться повышенным риском суицидальной активности [31].

При исследовании распространенности депрессии среди больных раком «депрессия» рассматривалась как собирательное понятие, чаще всего изучалась распространенность эмоциональных расстройств, включались симптоматический и продромальный уровень, помимо большого депрессивного расстройства учитывались легкая депрессия, дистимия, расстройства адаптации и тревожные расстройства, а также широко понимаемый эмоциональный дистресс, измеренные с помощью рейтинговых шкал [54]. Фактически, термин «депрессия» указывает на широкий спектр состоя-

ний, начиная от преходящего нормального чувства грусти, печали в ответ на неблагоприятное событие (диагноз рака) до очень тяжелого, ухудшающего общее функционирование синдрома [9].

Одна из самых актуальных проблем в этой области — отграничение «нормального» депрессивного состояния от клинически значимого расстройства. Так, например, в последние 20 лет был тщательно описан и изучен феномен «деморализации», который также является частью расстройств депрессивного спектра, но не диагностируется как расстройство согласно критериям МКБ [87] и DSM [5]. J.M. de Figueiredo (1993) [15] четко определил различия между деморализацией и большой депрессией, указывая на то, что в то время как пациенты с большим депрессивным расстройством воспринимают источник дистресса внутри самих себя, испытывают чувство вины, ангедонии, существенное снижение мотивации и повседневной активности, те люди, у которых выявляется деморализация (фрустрация, огорчение в ответ на проблемные жизненные ситуации), воспринимают источник дистресса вне себя, не чувствуют вины, не демонстрируют ангедонии и, хотя бывают не уверены, куда следует направить свои действия, уровень мотивации остается неизменным.

Сложность представляет также разграничение тревожных и депрессивных симптомов. Предполагается, что только небольшое число форм депрессии — в том числе, мягкие или легкие — случаются при отсутствии значительной тревоги [85]. На практике специалисты имеют дело с высокой степенью перекрытия депрессивных и тревожных симптомов при измерении с помощью самоотчетов и клинических рейтинговых шкал. На диагностическом уровне присутствует очень высокая степень коморбидности между депрессивными и тревожными расстройствами [85].

Соответственно, в зависимости от того, насколько широкий спектр психопатологии принимался во внимание при исследовании распространенности депрессии среди больных раком, настолько был большим и разброс в полученных показателях — как правило, в мета-анализах приводится цифра от 1% до 69% [51]. Соответственно, если в исследованиях рассматривались все расстройства депрессивного спектра, то цифры достигали 69%; распространенность депрессии, определяемой с помощью критериев DSM [5] и МКБ [87], составляла 8.4%-16.5%, что значительно отличается от соответствующих показателей в общей популяции. Данные результаты отражают мнение о том, что скрининг дистресса концептуально схож со скринингом всех расстройств эмоций и настроения, но отличается от скрининга только клинической депрессии [54].

Еще несколько факторов могут способствовать широкому разбросу данных распространенности: (1) использование для оценки депрессии различных инструментов, имеющих различные психометрические свойства; (2) использование различных критериев для определения депрессии как психи-

ческого расстройства и (3) различия между изучаемыми группами онкологических больных, в частности, по типу рака, стадии и методу лечения [51, 83].

Общепризнанным фактом считается то, что при использовании полу- и структурированных диагностических интервью показатель распространенности большого депрессивного расстройства получается меньше, чем при использовании методов самоотчета [40, 54]. Так, А.М. Krebber и соавт. (2014) [40] по результатам проведенного мета-анализа сообщали о показателе распространенности депрессии у больных раком 13%, при применении клинических интервью, и 17% — при использовании Госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Похожие результаты были получены в одной из самых цитируемых работ в этой области — А.М. Mitchell и соавт. (2011) [54] провели мета-анализ 66 исследований с целью определения распространенности депрессии у больных раком в онкологических, гематологических и паллиативных условиях. Они сообщили о показателе совокупной распространенности большой депрессии в условиях не-паллиативной помощи, равном 16.3%, измеренном посредством психиатрических интервью с опорой на критерии DSM-IV [5] или МКБ-10 [87].

Полученную разницу можно объяснить тем, что диагностические интервью являются стандартизированными инструментами и используют более строгие критерии для оценки клинической депрессии по сравнению с самоотчетами. Последние разработаны для измерения повышенного риска развития или оценки тяжести депрессии, а не собственно диагностики депрессивного расстройства [82], поэтому они могут переоценить наличие депрессии.

Однако, у пациентов с симптомами депрессии оценка с помощью диагностических интервью может привести к недостаточному распознаванию потребности в психологической поддержке [76], в свою очередь, это опасно тем, что лечение будет недостаточным, так как две трети случаев позитивного скрининга могут в последующем развиться в клинически выраженную депрессию, если их оставить без соответствующей терапии [86]. Более того, стандартизированные диагностические интервью занимают много времени и поэтому являются относительно дорогостоящими, что затрудняет их повседневное использование в онкологии.

Что касается различий, обусловленных типом рака, стадией и проводимыми вмешательствами, то распространенность депрессии была самой высокой во время лечения — в пределах от 14% до 27%. В первый год после постановки диагноза показатели распространенности составляли от 9% до 21%, и от 8% до 15% — через 1 год и более [40]. Одни из самых высоких значений эмоционального дистресса наблюдаются у больных с раком легкого и поджелудочной железы, низких — с раком кожи; в целом, диагнозы с более плохим прогнозом и высоким бременем приводят к са-

мым высоким показателям распространенности расстройств депрессивного спектра [91].

2. Диагностика депрессии в онкологической практике

За последние 20 лет совершенствовались как сами инструменты скрининга депрессии у больных раком, так и алгоритмы его проведения [83]. В настоящее время рекомендуют проводить опросы в комнатах ожидания или посредством компьютера, а также применяют тач-скрин технологии оценки психосоциального дистресса в амбулаторных условиях [4]. Кроме того, возможны алгоритмические подходы, при которых скрининг начинается с простых методов, и затем, только при необходимости, двигаются к более сложным и точным. Данные методы также предлагают комбинировать с помощью компьютерного компьютерной программы тестирования, опираясь на банк вопросов и основанный на доказательствах алгоритм принятия решения, в рамках которого каждый последующий вопрос регулируется в зависимости от полученного ответа на предыдущий вопрос [74].

В настоящее время чаще всего первоначально используют простые, валидизированные инструменты, выполнение которых не занимает более 5 минут, и которые проводятся онкологами или заполняются самими пациентами, а далее, при необходимости, применяют полуструктурированные клинические интервью, проводимые уже профессионалами в области психического здоровья.

Следующие короткие методы были валидизированы для использования непосредственно в группе онкобольных: один вопрос, заданный устно (single verbal item), PHQ1 (Patient Health Questionnaire—1 (Оценка состояния здоровья пациента—1)), PHQ2 (Patient Health Questionnaire—2 (Оценка состояния здоровья пациента—2), два устных вопроса (two verbal items), Краткий опросник симптомов-18 (Brief Symptom Inventory-18, BSI-18), Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS), Инструмент скрининга Хорнхейда (Hornheide Screening Instrument), Опросник общего здоровья—9 (General Health Questionnaire—9), Шкала депрессии Бека (BDI, короткая версия) и Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (подробное описание методов дано в статье [14]).

Чувствительность и специфичность различных шкал варьируют в зависимости от используемых пороговых значений и клинического состояния пациента. Ни один из инструментов, используемых на сегодняшний день, не признан безоговорочно предпочтительным по сравнению с другими. Тем не менее, следует отметить, что в большинстве исследований чувствительность и специфичность ультракоротких инструментов (состоящих только из одного или двух вопросов, «плохое настроение» и «потеря интереса или удовольствия») оказались как минимум такими же хорошими, как и для более длинных методов [55].

Диагностика депрессии достаточно сложна и поэтому изолированное использование любого инструмента скрининга не может обеспечить абсолютную точность. Основная ценность этих методов в том, что они позволяют с высокой степенью достоверности идентифицировать пациентов, не страдающих депрессией, и, следовательно, сосредоточить усилия онкологов, психологов, психиатров на получении более точных данных у тех людей, которые в ходе скрининга обнаружили положительные оценки.

Полуструктурированное интервью является золотым стандартом диагностики депрессии. Чаще всего в исследованиях распространенности депрессии среди онкологических больных используются следующие клинические интервью:

- **Clinical Interview Schedule-Revised (CIS-R)** — это полностью структурированный диагностический инструмент, разработанный для использования интервьюерами-непрофессионалами без клинического опыта. Интервью основано на диагностических критериях МКБ-10 [45];
- **Composite International Diagnostic Interview (CIDI)** — это всестороннее, полностью структурированное интервью, предназначенное для использования подготовленными непрофессиональными интервьюерами для оценки психических расстройств в соответствии с критериями МКБ-10 и DSM-IV [67];
- **Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)** — это полуструктурированное интервью, предназначенное для использования в клинике, в научных целях и в популяционных исследованиях, оно определяет, соответствует ли пациент DSM-IV критериям какого-либо психического расстройства.

При применении полуструктурированных клинических интервью выявлялись умеренные показатели синдромальной депрессии у пациентов с раком, что подтверждает предположение о том, что депрессия не является неизменным осложнением рака и распространена только, когда объединены все подтипы расстройств настроения и связанные с ними другие эмоциональные нарушения [54].

Патогенез

Вопрос этиопатогенеза депрессии при раке рассматривается с двух основных сторон. Есть сведения, что ранее переживаемые стрессы и депрессивные симптомы могут спровоцировать начало, а также определяют прогрессирование рака [66]. В то же время, депрессия может возникнуть как реакция на диагноз онкологического заболевания, особенно при наличии плохого прогноза, поскольку диагноз рака сам по себе является тяжелым стрессом [75]. В обоих случаях рассматривается вопрос наличия затяжного и/или тяжелого стресса, который, как показывают исследования

последних лет, способен изменить реакцию иммунной системы, которая, в свою очередь, влияет на уязвимость к болезни и способствует ее развитию [13]. В литературе подробно анализируются как психологические, так и биологические этиологические аспекты.

Психологические и социальные причинные факторы. Депрессия может быть результатом стресса, который превышает способность человека адаптироваться к изменениям в жизни. Стресс, в свою очередь, может быть вызван знанием диагноза, неопределенностью, последствиями, которые диагноз и процесс лечения рака могут оказывать на работу пациента, семью, внешний вид, независимость и финансовое состояние [75]. Люди с неадаптивными копинг стратегиями, имеющие психические расстройства в анамнезе и коммуникативные затруднения особенно подвержены риску развития депрессии [60].

Биологические каузальные факторы. Ряд исследований показал, что психологический стресс может регулировать различные части клеточного иммунного ответа по типу отрицательной обратной связи. Связь между ЦНС и иммунной системой происходит через химические посредники, секретируемые нервными клетками, эндокринными органами и иммунными клетками, а психологические стрессоры могут нарушить эти взаимосвязи (например, [29]).

Доказательства интеракции между ЦНС и эндокринной и иммунной системами получены из наблюдений, что нейротрансмиттеры, такие как норадреналин, серотонин, дофамин и ацетилхолин; нейропептиды, такие как энкефалины, субстанция Р, вазоактивный интестинальный пептид, кортикотропин-релизинг фактор и нейропептид Y; нейрогормоны, такие как гормон роста, адренкортикотропин и пролактин; и гормоны надпочечников, такие как кортикостероиды и адреналин влияют на иммунную функцию как *in vivo*, так и *in vitro*, и рецепторы для этих молекул присутствуют на лимфоцитах и макрофагах [34, 71]. Нейроэндокринная и иммунная системы имеют общие сигнальные медиаторы и рецепторы, что позволяет предположить, что мозг играет иммунорегуляторную роль, а иммунная система реализует сенсорную функцию (например, [30]).

Во время острого и хронического стресса активируется гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось, что ведет к высвобождению медиаторов, которые, в свою очередь, подавляют некоторые неспецифические и специфические части иммунного ответа, включая активность NK-клеток, фагоцитоз, продукцию воспалительных цитокинов (т.е. интерлейкин 2, интерферон γ и фактор некроза опухоли) и цитотоксическую активность T-клеток, которые ставят под угрозу наиболее важные факторы иммунного ответа, направленные против развития опухолей [56]. Более того, другие релевантные биологические процессы, на которые воздействует стресс, такие как увеличение повреждения ДНК, накопле-

ние соматических мутаций, изменения в репликации ДНК и ингибирование апоптоза могут быть вовлечены в возникновение и определять исход некоторых типов рака [37].

Цитокины интерлейкин 1, фактор некроза опухоли (TNF) α , интерферон α и интерферон γ , секретируемые активированными иммунными клетками могут, в свою очередь, изменять функцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси [38, 41].

Взаимовлияния эмоций и иммунных функций могут лежать в основе изменений восприимчивости к инфекционным заболеваниям или развития злокачественных опухолей [68]. Иными словами, хронический стресс, чем и является по своей сути депрессия с ее соответствующими изменениями в организме, может способствовать началу и прогрессированию некоторых форм рака, в основном ассоциированных с вирусами [61]. В то же время и сам диагноз рака, его последствия и лечение, могут быть тяжелым стрессом для пациента, приводя к активизации нейроиммунноэндокринных механизмов развития депрессии [66].

Последствия

Расстройства настроения у онкологических больных приводят к многочисленным негативным последствиям, среди которых чаще всего выделяют: а) повышенные показатели смертности от рака; б) плохой комплаенс; в) более высокий риск суицида; г) ухудшение качества жизни [35]; д) увеличение времени пребывания в стационаре и использования ресурсов здравоохранения [11, 52].

Факт того, что большое депрессивное расстройство ассоциировано с худшей выживаемостью больных раком был подтвержден во многих исследованиях [64]. В одной работе [42] было показано, что смертность от рака среди всех групп психиатрических пациентов была на 39% выше у мужчин и на 24% выше у женщин. В частности, для расстройств настроения показатели смертности были на 25% выше у пациентов с депрессивными симптомами, и на 39% выше у пациентов с диагностированными большим депрессивным расстройством или легкой депрессией [64].

Нужно отметить, что подобная связь большого депрессивного расстройства с худшей выживаемостью была обнаружена не только среди онкологических больных, но и среди пациентов с другими соматическими заболеваниями, в особенности, с сердечно-сосудистыми [25].

Относительно механизмов, посредством которых депрессия может повысить риск смертности онкологических больных, высказывалось несколько гипотез, требующих, однако, дальнейшего уточнения. Рак у психиатрических пациентов может выявляться на более поздней стадии, учитывая возможные сложности с доступом к медицинской помощи, включая программы скрининга рака [42]. Депрессия запускает патофизиологические механизмы через изменения нейроэндокринных и иммунных функций, влияющих на

риск летального исхода (например, дисрегуляция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, особенно суточные колебания кортизола и мелатонина) [37, 80]. Пациенты с депрессией могут реже придерживаться рекомендаций по ведению здорового образа жизни: они могут реже заниматься регулярными физическими упражнениями или другими формами физической активности, могут чрезмерно курить и употреблять алкогольные напитки [27]. Наконец, из-за развившейся депрессии больные с раком могут не придерживаться предписанных схем приема лекарств или пропускать посещения онколога [18].

Вопросы нонкомплаенса среди онкологических больных с расстройствами депрессивного спектра обсуждался во многих исследованиях (например, [17]) в виду того, что приверженность медикаментозному лечению была признана ключевой проблемой в отношении исходов данных заболеваний. В одной из работ [16] рассматривалась степень принятия адъювантной химиотерапии пациентами с раком молочной железы, у которых имелась сопутствующая депрессия. Только 51.3% больных основной группы придерживались назначенного лечения по сравнению с 92.2% контрольной группы.

Риск суицида в онкологическом контексте в 1.95-2.8 раз выше, чем в общей популяции, при этом есть доказательства, что анатомия рака связана с разными показателями риска и разной частотой самоубийств (например, [53]). Тем не менее, данный вопрос остается дискуссионным, однако, наиболее высокий риск суицидов в ряде работ соотносят с раком легких, желудка и головного мозга. Хотя причины, по которым определенные типы рака ассоциированы с повышенной частотой самоубийств, неизвестны, возможно, что у пациентов с раком легких к этому приводит плохой прогноз. Есть и другие факторы, влияющие на повышение риска суицида у больных раком, такие как мужской пол [90] и более старший возраст [65], тем не менее, они те же, что и в общей популяции [78]. Суицидальный риск у онкологических пациентов самый высокий в первые годы сразу после постановки диагноза рака, но он остается повышенным в течение более чем 15 лет по сравнению с показателями суицидов среди населения в целом [53].

Психосоциальные интервенции

В имеющейся литературе по вопросам терапии онкологических больных с депрессией подчеркиваются важность и необходимость оказания им психологической поддержки либо в форме психосоциальной помощи, либо в форме психотерапии. Наиболее часто применяемые вмешательства представлены в Табл.1.

Помимо перечисленных в таблице подходов, были разработаны формы психотерапии с четко определенными мишенями и подробными руководствами для применения у пациентов с онкологическими заболеваниями, включая такие методи-

Таблица 1. Table 1. Description of psychotherapeutic interventions (по материалам [46])	
Тип	Описание
Психообразование [22]	Предоставление информации, разработанной с целью повышения осведомленности, увеличения объема знаний и снижения неопределенности и, тем самым, повышения уровня психологического благополучия.
Релаксационный тренинг [77]	Обучение навыкам облегчения физического и умственного напряжения при помощи медитативных упражнений, техник прогрессирующей мышечной релаксации, или использования управляемых умственных образов.
Проблемно-решающая терапия [43]	Фокусирование на создании, применении и оценке решений выявленных проблем.
Когнитивно-поведенческая терапия [72]	Ориентация на выявление, проработку и изменение дезадаптивных мыслей и поведения, с целью уменьшить негативные эмоции и способствовать психологической адаптации.
Интерперсональная терапия [19]	Фокусирование на проблемах межличностных взаимодействий и отношений, акцент на таких областях, как горе, ролевые переходы, разногласия или интерперсональный дефицит, с целью снижения уровня дистресса и формирования психологической адаптации.
Поддерживающая экспрессивная (психодинамическая) терапия [50]	Фокусирование на передаче и обработке субъективного опыта, и на совместном создании смысла в рамках терапевтических отношений с целью снижения уровня дистресса и формирования психологической адаптации (например, смыслоцентрированная терапия, терапия достоинства).

ки, как: *Редукция стресса, основанная на осознанности (Mindfulness)* [69], *Поведенческая активация* [32], *Управляемые образы / визуализация* [73], *Гипноз* [47].

В последнее время стали разрабатываться организационные стратегии для повышения качества терапии депрессий у больных раком, такая необходимость возникла из-за того, что, как было показано, ведение соматических пациентов с депрессивными расстройствами зачастую проходит неадекватно — с ошибками на этапе диагностики депрессии, назначении корректного соответствующего и основанного на доказательной базе плана терапии, или с отсутствием последующего наблюдения для контроля достижения результата, эффективности лечения [28]. Стал применяться формат так называемой совместной, интегративной помощи — разноплановые структурированные организационные интервенции, реализуемые менеджером по уходу (чаще всего это непрофессионал), осуществляющим связь между пациентом и, например, психиатром [84], врачом общей практики [36] или онкологом [20]. Такие интегративные программы могут включать в себя систематический скрининг пациентов с депрессией, применение антидепрессантов и разнообразные психосоциальные техники [26].

Примером такой комплексной интервенции служит программа «Лечение депрессии у людей с раком» (Depression Care for People with Cancer — DCPC) [81]. Она состоит из 10 индивидуальных сессий на протяжении трех месяцев, содержание сессий включает в себя 1) предоставление информации о депрессии и ее лечении (включая назначение антидепрессантов); 2) проблемно-решающую терапию с целью научить пациентов копинг стратегиям, разработанным для преодоления чувства беспомощности;

и 3) общение с каждым онкологом и врачом общей практики, которые ведут данных онкологических пациентов с депрессией, на тему тактики ведения большого депрессивного расстройства. DCPC продемонстрировала высокую эффективность в лечении депрессии и улучшении качества жизни депрессивных больных с раком, но не было никаких доказательств значимого влияния на выживаемость [57].

Несмотря на определенный дефицит рандомизированных клинических исследований применения психосоциальных и психотерапевтических вмешательств [88], существует ряд доказательств их позитивного влияния на снижение тревоги, депрессии, психологического дистресса и повышение качества жизни (например, [16]).

Давно продолжается дискуссия о том, улучшает ли психиатрическое или психологическое лечение выживаемость пациентов с раком. Результаты двух значимых исследований, опубликованных 20 лет назад, показали, что такое лечение действительно улучшает показатели выживаемости [21, 79]. Однако, недавние систематические обзоры [59, 89] указывают на неубедительность подобных выводов, обнаруживая небольшие эффекты только в определенных подгруппах пациентов или только в определенный период времени после постановки диагноза рака. В частности, сообщалось, что психообразовательные интервенции для больных раком на ранней стадии, по-видимому, имеют позитивное влияние на выживаемость, особенно, если их проводят медицинские работники [59]. Таким образом, на сегодняшний день не найдено существенных подтверждений тому, что психотерапевтические интервенции повышают выживаемость больных раком.

В некоторых исследованиях было показано, что снижение влияния психологического стресса

са благодаря факторам социальной поддержки, включая наличие социальной сети или психологическое вмешательство, снижает частоту метастазирования [21, 24].

Остаются не до конца ясными механизмы, посредством которых психотерапия приводит к таким результатам, однако, некоторые исследования вмешательств, способствующих редукции депрессии, показали, что они нормализуют потенциальные медиаторы, такие как кортизол, и, таким образом, могут замедлять прогрессирование болезни [80]. Кроме того, в последнее время стали появляться работы, в которых было обнаружено, что психосоциальные интервенции могут улучшить иммунную функцию (например, пролиферацию лимфоцитов) и уменьшить маркеры воспаления у пациентов с раком (например, [15, 58]). При этом было высказано предположение [16], что изменения иммунитета, вызванные психосоциальными вмешательствами, не влияют на тяжесть симптомов и функциональное состояние больных; эти трансформации индуцируют изменения в поведении, особенно способствуя снижению уровня дистресса.

Таким образом, требуется дальнейшее изучение вопросов оценки эффективности психосоциальных и психотерапевтических интервенций в терапии онкологических пациентов с депрессией, в том числе, с целью выявления наиболее эффективных в лечении тех или иных групп онкологических больных (в зависимости от стадии течения болезни, прогноза, формы типа рака и пр.).

Заключение

Среди онкологических больных широко распространены расстройства эмоций и настроения, однако, большое депрессивное расстройство

встречается с такой же частотой, как и в общей популяции.

Для диагностики расстройств депрессивного спектра используются короткие инструменты скрининга, которые, в большей мере, оценивают уровень эмоционального дистресса, но, тем не менее, они позволяют выявить уязвимые группы больных и сосредоточить усилия профессионалов на пациентах, которые нуждаются в оказании дополнительной психиатрической помощи. Для более точной диагностики психических расстройств, включая большое депрессивное расстройство, используются полуструктурированные клинические интервью, однако, их проведение экономически невыгодно и их трудно адаптировать в рутинных условиях оказания помощи онкобольным.

Депрессия может способствовать возникновению и прогрессированию рака, также как и постановка онкологического диагноза может способствовать развитию депрессии, при этом в обоих случаях имеет место затяжной и/или тяжелый стресс, который активизирует нейроэндокринные и иммунные патогенетические механизмы.

Последствия развития депрессивного расстройства у больных раком разнообразны и включают, в том числе, повышение показателей смертности и плохой комплаенс.

Для лечения депрессии у онкологических больных разработано множество психотерапевтических / психосоциальных методов и техник, однако, на современном этапе все чаще используются интегративные подходы с привлечением непрофессионалов. Психотерапия высокоэффективна у онкобольных в отношении редукции дистресса, в частности, приводит к улучшению иммунологических показателей, однако вопрос о ее влиянии на повышение выживаемости требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. — 250 с. [Kaprin A.D., Starinsky V.V., Petrova G.V. Zlokachestvennii novoobrazovaniya v Rossii v 2017 (zabolevaemost i smertnost). M.: MNI OI im. P.A. Herzen, phialial FGBU Radiologii Minzdrava Rossii; 2018: 250.]
2. Грушина Т.И., Ткаченко Г.А. Психологический дистресс у больных раком молочной железы после различных видов противоопухолевого лечения. Опухоли женской репродуктивной системы. 2016; 12(1):56-62. [Grushina T.I., Tkachenko G.A. Psychological distress in patients with breast cancer after various types of antitumor treatment. Tumors of the female reproductive system. 2016; 12(1):56-62.]
3. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. — СПб: Любавич, 2017:352 с. [Oncopsychology for oncologists and medical psychologists. Manual. A.M. Belyaev, V.A. Chulkova, T.Yu. Semiglazova, M.V. Rogachev. St. Petersburg: Lyubavich, 2017:352 p].
4. Allenby A., Matthews J., Beresford J., McLachlan S.A. The application of computer touch-screen technology in screening for psychosocial distress in an ambulatory oncology setting. Eur. J. Cancer Care. 2002; 11(4):245-253.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596.744053.
6. Andersen B.L., Farrar W.B., Golden-Kreutz D. et al. Distress reduction from a psychological intervention contributes to improved health for cancer patients. Brain, Behavior, and Immunity. 2007; 21(7):953-961. doi: 10.1016/j.bbi.2007.03.005.
7. Antoni M.H. Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. Brain, Behavior, and Immunity. 2013; 30:88-98. doi: 10.1016/j.bbi.2012.05.009.

8. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J. Clin.* 2018; 68(6):394–424. doi: 10.3322/caac.21492.
9. Caruso R., GiuliaNanni M., Riba M.B. et al. Depressive spectrum disorders in cancer: diagnostic issues and intervention. A critical review. *Curr. Psychiatry Rep.* 2017; 19(6):33. doi: 10.1007/s11920-017-0785-7.
10. Colleoni M., Mandala M., Peruzzotti G. et al. Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet.* 2000; 356(9238):1326–1327. doi: 10.1016/S0140-6736(00)02821-X.
11. Compen F.R., Adang E.M.M., Bisseling E.M. et al. Exploring associations between psychiatric disorder, psychological distress, and health care utilization in cancer patients. *Psychooncology.* 2018; 27(3):871–878. doi: 10.1002/pon.4591.
12. Curry C., Cossich T., Matthews J.P. et al. Uptake of psychosocial referrals in an outpatient cancer setting: improving service accessibility via the referral process. *Support Care Cancer.* 2002; 10:549–555. doi: 10.1007/s00520-002-0371-2.
13. Danese A., Lewis J.S. Psychoneuroimmunology of early-life stress: the hidden wounds of childhood trauma? *Neuropsychopharmacology.* 2017; 42(1):99–114. doi: 10.1038/npp.2016.198.
14. Dauchy S., Dolbeault S., Reich M. Depression in cancer patients. *EJC Suppl.* 2013; 11(2):205–215. doi: 10.1016/j.ejcsup.2013.07.006.
15. de Figueiredo J.M. Depression and demoralization: phenomenologic differences and research perspectives. *Compr. Psychiatry.* 1993; 34(5):308–311. doi: 10.1016/0010-440x(93)90016-w.
16. de la Torre-Luque A., Gambará H., López E., Cruzado J.A. Psychological treatments to improve quality of life in cancer contexts: A meta-analysis. *Int. J. Clin. Health Psychol.* 2016; 16(2):211–219. doi: 10.1016/j.ijchp.2015.07.005
17. de Souza B.F., Pires F.H., Dewulf Nde L. et al. Patients on chemotherapy: depression and adherence to treatment. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2013; 47(1):61–68. doi: 10.1590/s0080-62342013000100008.
18. DiMatteo M.R., Lepper H.S., Croghan T.W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch. of Internal. Med.* 2000; 160:2101–2107. doi: 10.1001/archinte.160.14.2101.
19. Donnelly J.M., Kornblith A.B., Fleishman S. et al. A pilot study of interpersonal psychotherapy by telephone with cancer patients and their partners. *Psychooncology.* 2000; 9(1):44–56.
20. Ell K., Xie B., Quon B. et al. Randomized controlled trial of collaborative care management of depression among low-income patients with cancer. *J. Clin. Oncol.* 2008; 26(27):4488–4496. doi: 10.1200/JCO.2008.16.6371.
21. Fawzy I.F., Fawzy N.W., Hyun C.S. et al. Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1993; 50:681–689. doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820210015002.
22. Fawzy, F.I., Fawzy, N.W., Canada, A.L. Psycho-educational intervention programs for patients with cancer. In A. Baum & B. L. Andersen (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer.* Washington, DC, US: American Psychological Association. 2001; 235–267.
23. Fogel J., Eaton W.W., Ford D.E. Minor depression as a predictor of the first onset of major depressive disorder over a 15-year follow-up. *Acta Psychiatr. Scand.* 2006; 113(1):36–43. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00654.x.
24. Garssen B., Goodkin K. On the role of immunological factors as mediators between psychological factors and cancer progression. *Psychiatry Res.* 1999; 85:51–61. doi: 10.1016/s0165-1781(99)00008-6.
25. Gathright E.C., Goldstein C.M., Josephson R.A., Hughes J.W. Depression increases the risk of mortality in patients with heart failure: A meta-analysis. *J. Psychosom. Res.* 2017; 94:82–89. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.01.010.
26. Gilbody S., Bower P., Fletcher J. et al. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch. Intern. Med.* 2006; 166(21):2314–2321. doi: 10.1001/archinte.166.21.2314
27. Gilman S.E., Sucha E., Kingsbury M. et al. Depression and mortality in a longitudinal study: 1952–2011. *CMAJ.* 2017; 189(42):1304–1310. doi: 10.1503/cmaj.170125.
28. Greenberg D.B. Barriers to the treatment of depression in cancer patients. *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* 2004; 32:127–135. doi: 10.1093/jncimonographs/lgh019.
29. Gunnar M., Quevedo K. The neurobiology of stress and development. *Annu. Rev. Psychol.* 2007; 58:145–173. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085605.
30. Hass H.S., Schauenstein K. Immunity, hormones, and the brain. *Allergy.* 2001; 56:470–477. doi: 10.1034/j.1398-9995.2001.056006470.x.
31. Holmstrand C., Engström G., Träskman-Bendz L. Disentangling dysthymia from major depressive disorder in suicide attempters' suicidality, comorbidity and symptomatology. *Nord. J. Psychiatry.* 2008; 62(1):25–31. doi: 10.1080/08039480801960164.
32. Hopko D.R., Armento M.E., Robertson S.M. et al. Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: randomized trial. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2011; 79(6):834–49. doi: 10.1037/a0025450.
33. Jacobsen P.B., Wagner L.I. A new quality standard: The integration of psychosocial care into routine cancer care. *J. Clin. Oncol.* 2012; 30:1154–1159. doi: 10.1200/JCO.2011.39.5046.
34. Kalat J.W. *Biological Psychology* (13th ed.). Cengage Learning US, 2019:624p.
35. Kang D.H., Park N.J., McArdle T. Cancer-Specific Stress and Mood Disturbance: Implications for Symptom Perception, Quality of Life, and Immune Response in Women Shortly after Diagnosis of Breast Cancer. *ISRN Nurs.* 2012; 608039. doi: 10.5402/2012/608039.

36. Katon W., Von Korff M., Lin E. et al. Stepped Collaborative Care for Primary Care Patients with Persistent Symptoms of Depression: a randomized trial. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1999; 56(12):1109–1115. doi: 10.1001/archpsyc.56.12.1109.
37. Kiecolt-Glaser J.K., Robles T.F., Heffner K.L. et al. Psycho-oncology and cancer: psychoneuroimmunology and cancer. *Ann. Oncol.* 2002; 13:165–169. doi: 10.1093/annonc/mdf655.
38. Kim Y.K., Maes M. The role of the cytokine network in psychological stress. *Acta Neuropsychiatr.* 2003; 15:148–155. doi: 10.1034/j.1601-5215.2003.00026.x.
39. Kohn R., Saxena S., Levav I., Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *B. World Health Organ.* 2004; 82:858–866. doi: /S0042-96862004001100011.
40. Krebber A.M., Buffart L.M., Kleijn G. et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psychooncology.* 2014; 23(2):121–130. doi: 10.1002/pon.3409.
41. Kronfol Z., Remick D.G. Cytokines and the brain: implications for clinical psychiatry. *Am. J. Psychiatry.* 2000; 157:683–694. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.683.
42. Lawrence D., Holman C.D., Jablensky A.V. et al. Excess cancer mortality in Western Australian psychiatric patients due to higher case fatality rates. *Acta Psychiatr. Scand.* 2000; 101(5):382–388. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.101005382.x
43. Lee Y.H., Chiou P.Y., Chang P.H., Hayter M. A systematic review of the effectiveness of problem-solving approaches towards symptom management in cancer care. *J. Clin. Nurs.* 2011; 20(1-2):73–85. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03401.x.
44. Levav I. The treatment gap of depression in persons with cancer. *Asian Pac. J. Cancer P.* 2010; 11:117–119.
45. Lewis G., Pelosi A.J., Araya R. et al. Measuring psychiatric disorders in the community: a standardised assessment for use by lay interviewers. *Psychol. Med.* 1992; 22:465–486. doi: 10.1017/s0033291700030415.
46. Li M., Fitzgerald P., Rodin G. Evidence-based treatment of depression in patients with cancer. *J. Clin. Oncol.* 2012; 30(11):1187–1196. doi: 10.1200/JCO.2011.39.7372.
47. Lioffi C., White P. Efficacy of clinical hypnosis in the enhancement of quality of life of terminally ill cancer patients. *Contempor. Hypnosis.* 2001; 18(3):145–160. doi: 10.1002/ch.228.
48. Maj M. When does depression become a mental disorder? *Br. J. Psychiatry.* 2011; 199(2):85–86. doi: 10.1192/bjp.bp.110.089094.
49. Markkula N., Marola N., Nieminen T. et al. Predictors of new-onset depressive disorders—Results from the longitudinal Finnish Health 2011 Study. *J. Affect. Disord.* 2017; 208:255–264. doi: 10.1016/j.jad.2016.08.051.
50. Martínez M., Arantzamendi M., Belar A. et al. 'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliat. Med.* 2017; 31(6):492–509. doi: 10.1177/0269216316665562.
51. Massie M.J. Prevalence of depression in patients with cancer. *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* 2004; 32:57–71. doi: 10.1093/jncimonographs/lgh014.
52. Mausbach B.T., Irwin S.A. Depression and health-care service utilization in patients with cancer. *Psychooncology.* 2017; 26(8):1133–1139. doi: 10.1002/pon.4133.
53. Misono S., Weiss N.S., Fann J.R. et al. Incidence of suicide in persons with cancer. *J. Clin. Oncol.* 2008; 26:4705–4707. doi: 10.1200/JCO.2007.13.8941.
54. Mitchell A.J., Chan M., Bhatti H. et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011; 12:160–174. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X.
55. Mitchell A.J., Meader N., Davies E. et al. Meta-analysis of screening and case finding tools for depression in cancer: evidence based recommendations for clinical practice on behalf of the depression in cancer care consensus group. *J. Affect. Disord.* 2012; 140:149–160. doi: 10.1016/j.jad.2011.12.043.
56. Moynihan J.A. Mechanisms of stress-induced modulation of immunity. *Brain Behav. Immun.* 2003; 17(suppl):11–16.
57. Mulick A., Walker J., Puntis S. et al. Does depression treatment improve the survival of depressed patients with cancer? A long-term follow-up of participants in the SMaRT Oncology-2 and 3 trials. *Lancet Psychiatry.* 2018; 5(4):321–326. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30061-0.
58. Oh P.J., Jang E.S. Effects of psychosocial interventions on cortisol and immune parameters in patients with cancer: A meta analysis. *J. Korean Acad. Nurs.* 2014; 44(4):446–57. doi: 10.4040/jkan.2014.44.4.446.
59. Oh P.J., Shin S.R., Ahn H.S., Kim H.J. Meta-analysis of psychosocial interventions on survival time in patients with cancer. *Psychol. Health.* 2016; 31:396–419. doi: 10.1080/08870446.2015.1111370.
60. Okamura M., Yamawaki S., Akechi T. et al. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Jpn. J. Clin. Oncol.* 2005; 35:302–309. doi: 10.1093/jjco/hyi097.
61. Palermo-Neto J., Massoco C.O., Fávare R.C. Effects of maternal stress on anxiety levels, macrophage activity, and Ehrlich tumor growth. *Neurotoxicol. Teratol.* 2001; 23:497–507.
62. Passik S.D., Dugan W., McDonald M.V. et al. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J. Clin. Oncol.* 1998; 16:1594–1600. doi: 10.1200/JCO.1998.16.4.1594.
63. Paykel E.S., Brugha T., Fryers T. Size and burden of depressive disorders in Europe. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2005; 15(4):411–423. doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.008.
64. Pinquart M., Duberstein P.R. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychol. Med.* 2010; 40:1797–1810. doi: 10.1017/S0033291709992285.
65. Rasic D.T., Belik S.L., Bolton J.M. et al. Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in

- a large community sample. *Psychooncology*. 2008; 17:660–667. doi: 10.1002/pon.1292.
66. Reiche E.M., Nunes S.O., Morimoto H.K. Stress, depression, the immune system, and cancer. *Lancet Oncol*. 2004; 5(10):617–625. doi: 10.1016/S1470-2045(04)01597-9.
 67. Robins L.N., Wing J., Wittchen H.U. et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1988; 45:1069–1077. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800360017003.
 68. Robles T.F., Glaser R., Kiecolt-Glaser J.K. Out of Balance: A New Look at Chronic Stress, Depression, and Immunity. *Current Directions in Psychol. Sci.* 2005; 14(2):111–115. DOI: 10.1111/j.0963-7214.2005.00345.x.
 69. Rush S.E., Sharma M. Mindfulness-Based Stress Reduction as a Stress Management Intervention for Cancer Care: A Systematic Review. *J. Evid. Based Complementary Altern. Med.* 2017; 22(2):348–360. doi: 10.1177/2156587216661467.
 70. Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (2 Volume Set) Tenth, 2 Volume Set Edition. Lippincott Williams and Wilkins. 2017; 4997p.
 71. Sapolsky R.M. Stress hormones: good and bad. *Neurobiol. Dis.* 2000; 7(5):540–542. doi: 10.1006/nbdi.2000.0350.
 72. Serfaty M., King M., Nazareth I. et al. Manualised cognitive-behavioural therapy in treating depression in advanced cancer: the CanTalk RCT. *Health Technol. Assess.* 2019; 23(19):1–106. doi: 10.3310/hta23190.
 73. Serra D., Parris C.R., Carper E. et al. Outcomes of guided imagery in patients receiving radiation therapy for breast cancer. *Clin. J. Oncol. Nurs.* 2012; 16(6):617–623. doi: 10.1188/12.CJON.617-623.
 74. Smith A.B., Rush R., Velikova G. et al. The initial development of an item bank to assess and screen for psychological distress in cancer patients. *Psychooncology*. 2007; 16:724–732. doi: 10.1002/pon.1117.
 75. Smith R. Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). *Oncol. Lett.* 2015; 9(4):1509–1514. doi: 10.3892/ol.2015.2944.
 76. Sollner W., DeVries A., Steixner E. et al. How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *Br. J. Cancer*. 2001; 84:179–185. doi: 10.1054/bjoc.2000.1545.
 77. Song QH, Xu RM, Zhang QH, Ma M, Zhao XP. Relaxation training during chemotherapy for breast cancer improves mental health and lessens adverse events. *Int. J. Clin. Exp. Med.* 2013; 6(10):979–984.
 78. Spicer R.S., Miller T.R. Suicide acts in 8 states: Incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am. J. Public Health*. 2000; 90:1885–1891. doi: 10.2105/ajph.90.12.1885.
 79. Spiegel D., Bloom J.R., Kraemer H.C., Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*. 1989; 2:888–891. doi: 10.1016/s0140-6736(89)91551-1.
 80. Spiegel D., Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol. Psychiatry*. 2003; 54:269–282. doi: 10.1016/s0006-3223(03)00566-3.
 81. Strong V., Waters R., Hibberd C. et al. Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. *Lancet*. 2008; 372(9632):40–48. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60991-5.
 82. Trask P.C. Assessment of depression in cancer patients. *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* 2004; (32):80–92. doi: 10.1093/jncimonographs/lgh013.
 83. Vodermaier A., Linden W., Siu C. Screening for emotional distress in cancer patients: a systematic review of assessment instruments. *J. Natl. Cancer Inst.* 2009; 101:1464–1488. doi: 10.1093/jnci/djp336.
 84. Walker J., Sharpe M. Depression care for people with cancer: a collaborative care intervention. *Gen. Hosp. Psychiatry*. 2009; 31(5):436–441. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.05.010.
 85. Watson D. Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *J. Abnorm. Psychol.* 2005; 114(4):522–536. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.522.
 86. Weissman M.M., Neria Y., Gameroff M.J. et al. Positive screens for psychiatric disorders in primary care: a long-term follow-up of patients who were not in treatment. *Psychiatr. Serv.* 2010; 61:151–159. doi: 10.1176/ps.2010.61.2.151.
 87. WHO. In *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. World Health Organization: Geneva, 1993.
 88. Williams S., Dale J. The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: A systematic review. *Br. J. Cancer*. 2006; 94:372–390. doi: 10.1038/sj.bjc.6602949.
 89. Xia Y., Tong G., Feng R. et al. Psychosocial and behavioral interventions and cancer patient survival again: hints of an adjusted meta-analysis. *Integr. Cancer Ther.* 2014; 13:301–309. doi: 10.1177/1534735414523314.
 90. Yousaf U., Christensen M.L., Engholm G., Storm H.H. Suicides among Danish cancer patients 1971–1999. *Br. J. Cancer*. 2005; 92:995–1000. doi: 10.1038/sj.bjc.6602424.
 91. Zabora J., BrintzenhofeSzoc K., Curbow B. et al. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology*. 2001; 10(1): 19–28.

Сведения об авторе

Блинков Александр Николаевич — кандидат психологических наук, доцент Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ. E-mail: 5780604@mail.ru