

ЎСМА КАСАЛЛИКЛАРИДА ДЕПРЕССИЯ ВА ХАВОТИРЛИ ХОЛАТЛАРНИ ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР.

У.Т.Рустамов

Резюме: Саратон касаллиги билан оғриган беморларнинг камида 25-30 фоизи руҳий бузилишлардан азият чекмоқда, шунинг учун психотроп дорилар онкологияда узоқ вақтдан бери муваффақиятли қўлланилган. Психофармакологик препаратлар саратоннинг ўзи ва терапиянинг ножўя таъсирлари (уйқунинг бузилиши, иштаҳани йўқотиш, оғриқ, кўнгил айланиши, чарчоқ ва бошқалар) билан боғлиқ аломатлар учун асосий ёки ёрдамчи даволаш сифатида ҳам қўлланилади. Психотроп препаратларни қўллаш беморларнинг ҳаёт сифатига салбий таъсир кўрсатадиган аломатларни нишонга олиш имконини беради. Бироқ, психотроп препаратларни буюришда дори воситаларининг ўзаро таъсири ва ён таъсири билан боғлиқ муаммолар мавжуд.

Калит сўзлар: психоонкология, психофармакотерапия, саратон билан боғлиқ аломатлар, паллиатив ёрдам, ҳаёт сифати, онкология

Эпидемиологик тадқиқотлар натижаларига кўра соматоген, психоген ёки руҳий бузилишлар ўсма касалларининг деярли ярмида учрайди [1-3]. Касалликларнинг бундай бирлаштирилган шакллари онколог, психиатр, психотерапевт иштирокида диагностика ва даволашга комплекс ёндашувни талаб қилади. Амалда, онкологик клиникада психиатрнинг маслаҳати аниқ психотик ҳолатларга эга бўлган беморларга шошилиш ёрдам кўрсатишга қаратилган бўлиб бу - соматоген, реактив таъсирни олдини олишга қаратилган. Чегарадош бузилишларга одатда етарлича ташхис қўйилмайди ва шахс диққатини қаратилиши талаб қилинади. [4]. Кўпинча, хафли ўсма касалликлари бўлган беморларда чегара хавотир ва депрессив бузилишлар мавжуд [3, 5-7]. Ҳар хил оғирликдаги депрессия 20-30% ҳолларда аниқланади (1-77% оралиғида) [6, 8]. Хавотир аломатлари, турли муаллифларнинг фикрига кўра, беморларнинг 24-38 фоизида мавжуд [9, 10]. Бундан ташқари, хавотирли ва депрессия юқори даражадаги шахс хусусиятини кўрсатиб, умумий ҳолатлар, уларнинг ҳар хил ўсма турлари бўйича улуши 9,3 дан 20,2 гача [7]. Биргаликда хавотирланиш ва депрессив касалликлар асосий касалликнинг бориши ва прогнозига салбий таъсир кўрсатмоқда - улар даволанишга берилишни пасайтиради, кимёвий терапия самарадорлигини пасайтиради, ўсма жараёнининг тескари ривожланишига тўсқинлик қилади, шахс ижтимоий мослашувнинг касалликдан кейин тикланишига тўсқинлик қилади ва ўз жонига қасд қилиш ва эрта ўлим эҳтимолини оширади [11, 12]. Ўсма касаллигида хавотирли ва тушкунлик кенг тарқалганига қарамай, уларни аниқлаш ва даволаш билан боғлиқ масалалар ҳалигача

хал қилинмаяпти. Ушбу муаммо, асосан, онкологик марказларида чегарадаги рухий касалликларни текшириш алгоритмлари ва беморларга психиатрик ва психологик ёрдам кўрсатишнинг хизмат модели ишлаб чиқилмаганлиги билан боғлиқ [13-15]. Онкологларнинг бемор ҳиссиётларни тан олиш эҳтимоли паст, бу борада беморларнинг озгина қисми малакали ёрдам олади [16]. Кўпгина мутахассислар, шу жумладан онкологлар безовталиқ, депрессив кайфият ва беморларнинг ўз жонига қасд қилиш ҳақидаги фикрларини одамнинг ташхис қўйиш фактига нисбатан "нормал" психологик реакцияси деб билишади [17]. Аффектив патологияни аниқлаш баъзи бир ўсма ва депрессия аломатларини вазн йўқотиш, иштаҳани йўқотиш, анергия ва астеник аломатлар билан қоплаши билан мураккаблашади. Бундан ташқари, асосий депрессив эпизоднинг стандартлаштирилган мезонлари (DSM-4, МКБ-10 таснифларига мувофиқ) кўпинча диагностика воситалари сифатида ишлатилади, бу эса чегаравий аффектив бузилишларни ташхислаш имкониятини чеклайди [18]. Касалхона шаротида депрессия ва хавотирни ташхислаш учун махсус таёргарликсиз ва компютер тахлилисиз амалга оширилиши мумкин булган қисқача рухиятни баҳоловчи шкалаларни куллашга тугри келади. PUB MED, MEDLINE ва CINACLN электрон маълумотлар базаларида келтирилган 2008 йилдан 2013 йилгача бўлган нашрларнинг метанализ-таҳлил натижаларига кўра, энг оммабоп тарози - бу Profile of Mood States-Short Form (POMS-SF), Distress Thermometer (DT), Hospital Anxiety and Depression (HADS) [19]. HADS ёки касалхонада хавотирлилиниш ва депрессия ўлчови (HADS) таркибида хавотир ва депрессия аломатларини баҳолаш учун иккита кичик ўлчам мавжуд, уларнинг ҳар бири 7 моддадан иборат. Симптомларнинг оғирлиги бўйича умумий баллар 0 дан 21 баллгача. Хавотир ёки тушқунлиқнинг чегара кўринишларининг мавжудлигини кўрсатувчи кўрсаткич 8 дан 10 гача бўлган умумий балл (пастки ўлчовларда); Клиник жиҳатдан аҳамиятли хавотир ва тушқунлиқ 10 дан юқори кўрсаткичлар билан белгиланади. HADS соматик беморларда аффектив ва хавотирли касалликларини скрининг қилиш учун энг қулай ўз-ўзини сўраш воситасидир [22]. Ушбу ўлчовни ўсма касалларини мунтазам текширувларига киритиш амбулатория амалиёти ва касалхонада ҳиссий касалликларни ташхислашда ёрдам бериши мумкин [23]. Ўсма касаллигида хавотирли-депрессив ҳолатларни кам баҳолашининг сабаби, бу, беморлар ва уларнинг оилалари рухий белгилар аломатлари тўғрисида хабардорлигининг пастлиги ва ўсма касалларида уларнинг пайдо бўлиш хавфининг ошиши ҳисобланади [24, 25]. Шу билан бирга, онкологларнинг ўзи камдан-кам ҳолларда психотроп дориларни буюрадилар. Улар асосан антимиметик ва аналгетик моддалар сифатида ишлатилади [4, 26]. Адабиётларда ошқозон-ичак трактининг симптомлари - кўнгил айниши, қусиш, химиотерапия оқибатида антипсихотиклар галоперидол ва оланзапинни қўллашнинг ижобий тажрибаси ҳақида маълумотлар мавжуд. Галоперидол билан даволаш қўшилганда, бу таъсир 47% ҳолларда,

оланзапин кўшганда еса 70% самарадорлик қайд этилган [27, 28]. Худди шу мақсадда бензодиазепин транквилизаторлари ҳам қўлланилади. Онкологик амалиётда оғриқни йўқотиш учун антидепрессантлар кўпинча қўлланилади. Трициклик антидепрессантлар (ТЦА), селектив серотонинни қайтариб олиш ингибиторлари (СИОЗС) ва селектив серотонин ва нореппинефринни қайтариб олиш ингибиторлари (СИОЗС) оилаларининг айрим аъзолари ёрдамчи аналгетик сифатида ўрганилган. Ушбу тадқиқотлар давомида амитриптилин, дезипрамин, флуоксетин ва венлафаксин нейропатик оғриқни даволашда энг юқори самарадорлиги билан ажралиб туриши таъкидланди [31-34]. Охирги иккита дори СИОЗС синфининг вакиллари. Амитриптилиннинг аналгетик таъсири кунлик дозаларда 25 дан 100 мг гача, венлафаксин - кунига 37,5 мг дозада намоён бўлди. Хусусан, венлафаксин қисман ва тотал мастэктомиядан сўнг оғриқни, шунингдек операциядан кейинги даврда аёлларда сурункали оғриқ синдромини сезиларли даражада камайитириши исботланган [34]. Яқинда СИОЗС гуруҳидан циталопрамда аниқ оғриққа қарши таъсир аниқланди [35]. Сўнгги йилларда ўсма касаллигининг айрим шакллари комплекс даволашга қўшилиш учун ўз танловини мослаштирган ҳолда ТЦА ларнинг янги хусусиятлари топилди. ТЦАлар одамнинг ичак карсиномаси ҳужайраларига ва баъзи нейроэндокрин ўсмаларга цитотоксик дозага боғлиқ таъсир кўрсатишга қодир эканлиги аниқланди [36, 37]. Кломипрамин митохондрия нафасни бостирувчи IPSB-18 анапластик астроситома ҳужайраларига қарши антинеопластик хусусиятларини кўрсатди [38]. СИОЗС ларнинг айрим вакиллари антипролифератив фаолликни ҳам намоёйиш етишди. Ушбу фармакологик гуруҳнинг турли хил дори-дармонларини синовдан ўтказишда энг аниқ таъсир пароксетин ва сертралинда аниқланди. Иккала антидепрессант ҳам одамнинг колоректал карсинома ҳужайраларида дозага боғлиқ ўсишни чеклашига олиб келди [39]. Экспериментда олинган фактлар онкологик клиникада антидепрессантларнинг ўсмага қарши хусусиятларини ўрганиш учун энг яқин истиқболларни белгилашга имкон беради. Ўсма касаллигида депрессив ва хавотирли касалликларини даволаш учун антидепрессантлардан фойдаланиш тўғрисидаги маълумотлар ҳали ҳам кам ва ноаниқ [40]. Маҳаллий амалиётда гинекологик соҳа ва ошқозон-ичак трактининг онкологик касалликлари билан кечадиган депрессияни даволашда сертралин (стимулотон) ва циталопрам (сипраamil) самарадорлиги ўрганилди. 56 ҳафталик терапия давомида кунлик дозаси 25 дан 100 мг гача бўлган сертралин (стимулотон) бачадон ва қўшимчалар ўсмасига чалинган беморларда енгил ва ўртача даражадаги депрессия эпизодларини енгиллаштирадиган самарали восита бўлиб чиқди. Клиник таъсир гипотимия, хавотирли касалликлари ва вегетатив стабиллашувчи таъсирнинг пасайиши билан намоён бўлди. 8 ҳафталик ўрганиш якунларига кўра, респондентларнинг улуши 86,2% ни ташкил этди. Шу билан бирга, препарат яхши таъсир қилинган ва антиопухол агентлари билан ўзаро

таъсир қилишнинг исталмаган белгилари йўқ эди [41]. Бошқа ижобий антидепрессантни СИОЗ гуруҳидан циталопрам (сипраamil) тайинлаш билан ҳам ижобий натижаларга эришилди. Препарат 10 ҳафта давомида 20 мг дозада киритилди. Ошқозон-ичак трактининг малигн неоплазмалари ва депрессив эпизод билан (МКБ-10 бўйича Ф32.1). 10 кунлик терапиядан сўнг вазиятнинг сезиларли даражада энгиллашиши кузатилди. Циталопрам билан даволанишнинг 3-ойининг ўрталарига келиб, беморларнинг аксариятида депрессив симптомларнинг сезиларли яхшиланиши ёки тўлиқ пасайиши қайд этилди [42]. Муаллифларнинг фикрига кўра циталопрам тайинлаш ўсимта жараёнининг дастлабки босқичларида, муваффақиятли жарроҳлик муолажаси ёки химиотерапия билан, руҳий тушкунлик хавотир белгилари, ипохондрия ва астения билан биргаликда бўлган тақдирда афзалроқдир. Антидепрессантларни малигн неоплазмалар ва улардан келиб чиқадиган депрессияларда қўллаш самарадорлиги ва хавфсизлиги бўйича рандомизацияланган плацебо назорати остида ўтказилган тадқиқотлар сони ҳали ҳам оз, уларнинг атиги 6 таси бор [12]. Пароксетин юқори дозада алфа интерферон олган меланомали беморларда катта депрессияни даволашда самарали эканлиги исботланган [43]. Пароксетин билан даволанган беморларнинг атиги 5%, плацебо гуруҳидаги 35% билан солиштирганда, депрессиянинг оғирлиги сабабли алфа интерферон билан даволаш тўхтатилди. Трициклик антидепрессант миансерин [44, 45] ёрдамида кўкрак беzi ўсмасида катта депрессия белгиларининг сезиларли даражада пасайиши кузатилди. Флуоксетин кўкрак, гинекологик ва қон ўсмаси билан касалланган беморларда катта депрессияни даволашда самарасиз эканлиги исботланган. Тадқиқот гуруҳидаги 5 ҳафталик терапиядан сўнг умумий ГСТД балининг пасайиши назорат гуруҳидаги кўрсаткичдан фарқ қилмади [46]. Шу билан бирга, препаратнинг юқори дозаларини (кунига 20 мг дан ортик) қўллаган ҳолда 5 ҳафтадан кўпроқ давом этган иккита бошқа тадқиқотлар ўпка, сут безлари, қон, ошқозон-ичак тракти, бачадон ўсмасига чалинган беморларда депрессияни даволашда флуоксетин самарадорлигини тасдиқлади [47, 48]. Баъзи нашрларда ўсма касаллигида эмоционал бузилишларни даволашда турли фармакологик гуруҳларнинг антидепрессантлари самарадорлигини қиёсий таҳлил натижалари келтирилган. Ж. Ҳолланд ва бошқаларнинг фикрига кўра. [31] трициклик антидепрессант десипрамин ва ССРИ гуруҳининг вакили флуоксетин кўкрак беzi ўсмасига чалинган беморларда депрессив симптомларнинг солиштирма пасайишини таъминладилар. Г. Пезелла ва бошқ. (2001) шунингдек, амитриптилин (ТСА) ва пароксетин (ССРИ) таъсири ўртасида кўкрак беzi ўсмасига чалинган 185 беморга дори-дармонларни буюришда сезиларли фарқ йўқлигини аниқладилар. Шу билан бирга, Е. Кансуртаран (2008) норадренергик ва ўзига хос серотонергик антидепрессант миртазапиннинг имипрамин (ТСА) дан 53 ўсма касаллигида депрессия ва хавотирли белгиларини камайитиришда аниқ устунлигини

таъкидлади. Онкологик амалиётда антидепрессантлардан фойдаланганда уларнинг ножўя таъсирлари ва дори воситаларининг ёрдамчи терапия билан ўзаро таъсирини ёдда тутиш керак. Кўнгил айланиши химиотерапиянинг кенг тарқалган ёт таъсиридир. Ўсма касаллигида хавотир ва депрессияни даволашнинг психотерапевтик усуллари қўллаш бўйича кўрсатмалар тўғрисидаги маълумотлар ҳали ҳам кам ва қарама-қарши. Психотерапиянинг эмоционал бузилишлар ва ўсма касалликларида таъсирини ўрганишга бағишланган 129 та нашр этилган мақолалардан фақат 24 таси хавотирлили-депрессив ҳолатларга эга беморларда улардан фойдаланишнинг мақсадга мувофиқлиги ва фойдасини тасдиқлади [49]. Ушбу натижаларнинг аксариятини турли хил психотерапия техникаси ва процедураларидан фойдаланганлиги сабабли таққослаш қийин. Шунга қарамай, когнитив-хулқ-атвор психотерапияси энг самарали деб тан олинган. Унинг афзалликлари кўкрак, ошқозон-ичак тракти, мия, ўпка, простата, лимфома ўсмасига чалинган, радиация терапиясини олган ва қабул қилмаган беморларда депрессияни даволашда қайд этилган [50, 51]. Ўсма билан оғриган беморларда қўллаб-қувватловчи, когнитив-хулқ-атворли ва мослаштирилган муаммоли терапия таъсирининг олтига тегишли тадқиқотларининг мета-таҳлили депрессив симптомларнинг Оилавий, гуруҳий, индивидуал психотерапия, гипноздан муваффақиятли фойдаланиш тўғрисида алоҳида маълумотлар мавжуд [14, 53]. Психотерапевтик усуллар нафақат бўшашиш, стрессни енгиллаштириш, балки мослашувчан курашиш стратегиясини ишлаб чиқиш, ҳаёт сифатини яхшилашга ёрдам беради. Ҳаёт сифатини яхшилаш таъсири биринчи марта 1989 йилда Дэвид Шпигел томонидан тасвирланган [54], у кўкрак беши ўсмаси билан касалланган аёлларда ҳафталик гипноз курси билан гуруҳ психотерапиясини ўтказган. Терапиянинг мақсади оғриқни камайтириш ва мумкин бўлган қулай ҳолатга эришиш эди. Психотерапия олаётган беморлар гуруҳини психотерапия машғулотларида қатнашмаган беморлар гуруҳи билан солиштирганда (турли кўрсаткичлар, шу жумладан ўсма касаллигига қарши даволаниш билан солиштирганда). Натижалар қуйидагича қўлга киритилди: тест гуруҳининг беморлари нафақат ҳаёт сифатини оширибгина қолмай, балки уларнинг яшаш муддатини ҳам кўпайтирдилар. Баъзи бир кейинги тадқиқотлар узоқ муддатли прогнозни яхшилаш учун психологик ёрдам гуруҳлари бўлган беморларнинг ташрифи зарурлигини тасдиқлади. Шундай қилиб, ошқозон, жигар, ошқозон ости беши ва йўғон ичак ўсмаси бўйича операция қилинган 271 нафар беморни ўн йиллик кузатиш клиникада мунтазам терапия билан бирга мунтазам равишда психотерапевтик ёрдам олиб борган беморларнинг омон қолиш даражасини аниқлади [55]. Муҳим терапевтик таъсир рационал психотерапия билан таъминланади, масалан, беморларда, индивидуал равишда ёки шунга ўхшаш ташхис қўйилган беморлар гуруҳида юзага келадиган муаммоларни мунтазам муҳокама қилиш шаклида. Дарсларнинг мазмунли қисмининг хусусияти замонавий тиббиёт

ютуқларига ва беморнинг ҳар қандай даволаш турининг самарасига эришишда фаол ролининг аҳамиятига қаратилган [56]. Чалғитувчи терапия кенг қўлланилади - муסיкий терапия, касбий терапия [57]. Муסיкий терапиянинг беморларнинг психологик ҳолатига таъсирини тасодифий бошқариладиган 30 та синовдан ўтказилган мета-таҳлил оғриқ интенсивлигининг пасайиши, хавотир даражаси, кайфиятнинг яхшиланиши (аммо депрессив симптомларнинг пасайиши эмас), шунингдек, ҳаёт кўрсаткичларига ижобий таъсир кўрсатмоқда [58]. Энг барқарор таъсирга комплекс даволаш, шу жумладан психотроп дорилар билан терапия ва психотерапевтик таъсирни амалга ошириш орқали эришилади [49, 60]. Психотроп дори-дармонларни қабул қилиш психотерапевт билан алоқани осонлаштиради, беморнинг психорекция ишига максимал даражада таъсир қилиши учун шароит яратади. Муайян усуллар ва психотерапевтик стратегияларни танлаш беморнинг шахсий хусусиятлари, онкологик касалликнинг хусусиятлари ва клиник психопатологик куринишлари билан белгиланади. Ўсма касаллигини даволашда психотерапевтик даволанишнинг умумий тенденцияси унинг доимий, умрбод режимидир [41, 55]. Шундай қилиб, хавотир ва депрессив касалликларни ташхислаш ўз жонига қасд қилиш хавфи, асосий касалликнинг бориши ва прогнозига салбий таъсир кўрсатиши сабабли ўсма касалларига ёрдам кўрсатишни ташкил этишнинг муҳим йўналиши ҳисобланади. Хавотир ва депрессия аломатларини скрининг қилиш учун қулай ва содда восита ГСТД ўз-ўзини сўровномасидир. Бундай текширув клиникани алмаштирмайди, аммо бу онкологларни беморларда эмоционал бузилишларни аниқлашга ва мутахассислар - психиатрлар, психотерапевтларни жалб қилишга ундаши мумкин. Ўсма касаллигида хавотир ва депрессив касалликларни даволаш бўйича ёндашувлар ишлаб чиқилмоқда. Шу билан бирга, психофармакологик воситаларни қўллаш бўйича тавсиялар дориларнинг самарадорлиги ва хавфсизлигини рандомизациялашган, плацебо-назорат остида, икки марта кўр-кўрона ўрганиш натижаларига асосланган бўлиши керак. Онкопатологияда бундай тадқиқотларнинг етишмаслиги ҳали тегишли даволаш алгоритмларини ишлаб чиқишга имкон бермайди. Ўсма касаллигида хавотирли ва депрессив аломатларни чеклаш ва олдини олиш учун психотерапия усуллариининг имкониятлари етарлича ўрганилмаган. Бу, асосан, ўсма касалларига тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этиш тизимида мустақил функция сифатида психотерапиянинг етишмаслиги билан боғлиқ. Онкологлар, психиатрлар ва психотерапевтларнинг илмий ва амалий фаолияти бирлаштирилган бўлса, ўсма касаллигида хавотирли-депрессив касалликларни ташхислаш ва даволашнинг долзарб муаммосини ҳал қилиш мумкинлиги аниқ.

Адабиётлар:

1. Ромасенко В.А., Скворцов К.А. Нервно-психические нарушения при раке. М.; 1961.

2. Смулевич А.Б., Андриющенко А.В., Бескова Д.А. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентровой программы "Синтез"). Психические расстройства в общей медицине. 2009; 1: 4—11.

5. Барденштейн Л.М., Вельшер Л.З., Аверьянова С.В. Психологические особенности больных раком молочной железы как прогностический фактор. Российский медицинский журнал. 2011; 5: 13—7.

11. Зотов П.Б., Уманский С.М., Ганцев Ш.Х. Суицидальные действия больных злокачественными новообразованиями. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2005; 2: 99—101.

41. Самушия М.А., Мустафина Е.А. Нозогении (психогенные реакции) у женщин со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы. Психические расстройства в общей медицине. 2007; 2(3): 11—6.

42. Резник А.М., Миронычев Г.Н., Арбузов А.Л., Дзюба К.В., Назаралиева А.А. Применение ципрамила при депрессии у больных с онкологическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2004; 104(9): 39—42.

56. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. Психофармакологические и психокоррекционные аспекты реабилитации онкологических больных. Журнал клинической психоонкологии. 2003; 3: 18—23.

REFERENCES 1. Romasenko V.A., Skvortsov K.A. Nervous and Psychic Disorders in Cancer Patient. Moscow; 1961. (in Russian)

2. Smulevich A.B., Andryushchenko A.V., Beskova D.A. Psychic disorders in oncology (results of the multicenter program "Synthesis"). Psikhicheskie Rasstroystva v Obshchey Meditsine. 2009; 1: 4—11. (in Russian)

3. Wein S., Sulkes A., Stemmer S. The oncologist's role in managing depression, anxiety, and demoralization with advanced cancer. Cancer J. 2010; 16(5): 493—9. 4. Pasquini M., Biondi M., Costantini A., Cairoli F., Ferrarese G., Picardi A. et al. Detection and treatment of depressive and anxiety disorders among cancer patients: feasibility and preliminary findings from a liaison service in an oncology division. Depress. Anxiety. 2006; 23(7): 441—8.

5. Bardenshteyn L.M., Vel'sher L.Z., Aver'yanova S.V. Psychological features of patients with breast cancer as predictive factor. Rossiyskiy Meditsinskiy Zhurnal. 2011; 5: 13—7. (in Russian)

6. Onitilo A.A., Nietert P.J., Egede L.E. Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. Gen. Hosp. Psychiatry. 2006; 28(5): 396—402.

7. Brintzenhofe-Szoc K.M., Levin T.T., Li K., Kissane D.W., Zabora J.R. Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. Psychosomatics. 2009; 50(4): 383—91.

8. Rhondali W., Perceau E., Berthiller J., Saltel P., Trillet-Lenoir V., Tredan O. et al. Frequency of depression among oncology outpatients and association with other symptoms. Support. Care Cancer. 2012; 20(11): 2795—802.

9. Delgado-Guay M., Parsons H., Li Z., Palmer J., Bruera E. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in a palliative care setting. *Support. Care Cancer*. 2009; 17(5): 573—9.
10. Yu L.S., Chojniak R., Borba M. A., Girão D. S., Lonrenço M. T. Prevalence of anxiety in patients awaiting diagnostic procedures in an oncology center in Brazil. *Psychooncology*. 2011; 20(11): 1242—5.
11. Zotov P.B., Umanskiy S.M., Gantsev Sh.Kh. Suicide actions of patients with malignant tumors. *Sibirskiy Vestnik Psikhiiatrii i Narkologii*. 2005; 2: 99—101. (in Russian)
12. Laoutidis Z.G., Mathiak K. Antidepressants in the treatment of depression/depressive symptoms in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2013; 13: 140—8.
13. Baillet F. The organization of psycho-oncology. *Cancer Radiother*. 2002; 6(Suppl 1): 214s—8s.
14. Breitbart W., Poppito S., Rosenfeld B., Vickers A. J., Li Y., Abbey J. et al. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *J. Clin. Oncol*. 2012; 30(12): 1304—9.
15. Akizuki N. The role of psycho-oncology in cancer care in Japan. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2010; 112(12): 1210—5.
16. Travado L., Grassi L., Gil F., Ventura C., Martins C. Southern European Psycho-Oncology Study Group. Physician-patient communication among Southern European cancer physicians: the influence of psychosocial orientation and burnout. *Psychooncology*. 2005; 14: 661—70.
17. Passik S.D., Dugan W., McDonald M.V., Rosenfeld B., Theobald D.E., Edgerton S. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J. Clin. Oncol*. 1998; 16(4): 1594—600.
18. Patrick D.L., Ferketich S.L., Frame P.S., Harris J.J., Hendricks C.B., Levin B. et al. National Institutes of Health State-of-the-Science Panel. Management in Cancer: Pain, Depression, and Fatigue. *J. Natl. Cancer Inst*. 2003; 95(15): 1110—7.
19. Yeh M.L., Chung Y.C., Hsu M.Y., Hsu C.C. Quantifying psychological distress among cancer patients in interventions and scales: a systematic review. *Curr. Pain Headache Rep*. 2014; 8(3): 399.
20. 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(21): 1464—88.
21. Mitchell A.J. Short screening tools for cancer-related distress: a review and diagnostic validity meta-analysis. *J. Natl. Compr. Canc. Netw*. 2010; 8(4): 487—94.
22. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand*. 1983; 67(6): 361—70.
23. Mackenzie L.J., Carey M.L., Sanson-Fisher R.W., D'Este C.A., Paul C.L., Yoong S.L. Agreement between HADS classifications and single-item screening questions for anxiety and depression: a cross-sectional survey of cancer patients. *Ann. Oncol*. 2014; 25(4): 889—95.
24. Quill T.E., Arnold R.M., Platt F. "I wish things were different": expressing wishes in response to loss, futility, and unrealistic hopes. *Ann. Intern. Med*. 2001; 135: 551—5.

25. Husson O., Mols F., van de Poll-Franse L.V. The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. *Ann. Oncol.* 2011; 22(4): 761—72.
26. Caruso R., Grass L., Nanni M.G., Riba M. et al. Psychopharmacology in psychooncology. *Curr. Psychiatry Rep.* 2013; 15(9): 393.
27. Hardly J.R., O'Shea A., White C., Gilshenan K., Welch L., Douglas C. The efficacy of haloperidol in the management of nausea and vomiting in patients with cancer. *J. Pain Symptom Manage.* 2010; 40(1): 111—6.
28. Vig S., Seibert L., Green M.R. Olanzapine is effective for refractory chemotherapy-induced nausea and vomiting irrespective of chemotherapy emetogenicity. *J. Cancer Res. Clin. Oncol.* 2014; 140(1): 77—82.
29. Razavi D., Delvaux N., Farvacques C., De Brier F., Van Heer C., Kaufman L. et al. Prevention of adjustment disorders and anticipatory nausea secondary to adjuvant chemotherapy: a double-blind, placebo-controlled study assessing the usefulness of alprazolam. *J. Clin. Oncol.* 1993; 11(7): 1384—90.
30. Malik I.A., Khan W.A., Qazilbash M., Ata E., Butt A., Khan M.A. Clinical efficacy of lorazepam in prophylaxis of anticipatory, acute, and delayed nausea and vomiting induced by high doses of cisplatin. A prospective randomized trial. *Am. J. Clin. Oncol.* 1995; 18(2): 170—5.
31. Holland J.C., Romano S.J., Heiligenstein J.H., Tepner R.G., Wilson M.G. A controlled trial of fluoxetine and desipramine in depressed women with advanced cancer. *Psychooncology.* 1998; 13: 291—300
32. Larid B., Colvin L., Fallon M. Management of cancer pain: basic principles and neuropathic cancer pain. *Eur. J. Cancer.* 2008; 44(8): 1078—82.
33. Saarto T., Wiffen P. J. Antidepressants for neuropathic pain. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2007; 17(4): CD005454.
34. Amr Y.M., Yousef A.A. Evaluation of efficacy of the perioperative administration of Venlafaxine or gabapentin on acute and chronic postmastectomy pain. *Clin J. Pain.* 2010; 26(5): 381—5
35. Rodriguez Vega S., Palao A., Torres G., Hospital A., Benito G., Pérez E. et al. Combined therapy versus usual care for the treatment of depression in oncologic patients: a randomized controlled trial. *Psychooncology.* 2011; 20(9): 943—52
36. Arimochi H., Morita K. Characterization of cytotoxic actions of tricyclic antidepressants on human HT29 colon carcinoma cells. *Eur. J. Pharmacol.* 2006; 541(1—2): 17—23.
37. Jahchem N.S., Dudley J.T., Mazur P.K., Flores N., Yang D., Palmerton A. et al. A drug repositioning approach identifies tricyclic antidepressants as inhibitors of small cell lung cancer and other neuroendocrine tumors. *Cancer Discov.* 2013; 3(12): 1364—77.
38. Higgins S.C., Pilkington G.J. The in vitro effects of tricyclic drugs and dexamethasone on cellular respiration of malignant glioma. *Anticancer Res.* 2010; 30(2): 391—7.
39. Gil-Ad I., Zolokov A., Lomnitski L., Taler M., Bar M., Luria D. et al. Evaluation of the potential anti-cancer activity of the antidepressant sertraline in human colon cancer cell lines and in colorectal cancer xenografted mice. *Int. J. Oncol.* 2008; 33(2): 277—86.

40. Ng C.G., Boks M.P., Zainal N.Z., de Wit N.J. The prevalence and pharmacotherapy of depression in cancer patients. *J. Affect. Disord.* 2011; 131(1—3): 1—7.
41. Samushiya M.A., Mustafi na E.A. Nosogenic (psychogenic) reactions at women with malignant tumors of reproductive system. *Psikhicheskie Rasstroystva v Obshchey Meditsine.* 2007; 2(3): 11—6. (in Russian)
42. Reznik A.M., Mironychev G.N., Arbuzov A.L., Dzyuba K.V., Kazaralieva A.A. Application of cipramil for patients with gastrointestinal cancer and depression. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii im. S. S. Korsakova.* 2004; 104(9): 39—42. (in Russian)
43. Musselmatin D.L., Somerset W.I., Guo Y., Manatunga A.K., Porter M., Penna S. et al. A double-blind multicenter parallel-group study of paroxetine, desipramine or placebo in breast cancer patients (stages I, II, III, IV) with major depression. *J. Clin. Psychiatry.* 2006; 13: 288—96.
44. Costa D., Mogos I., Toma T. Efficiency of mianserin in the treatment of depression of women with cancer. *Acta Psychiatr. Scand.* 1985; 13(suppl. 320): 85—92.
45. van Heeringen K., Zivkov M. Pharmacological treatment of depression in cancer patients. A placebo-controlled study of mianserin. *Br. J. Psychiatry.* 1996; 169(4): 440—3.
46. Razavi D., Allilaire J.F., Smith M., Salimpour A., Verra M., Desclaux B. et al. The effect of fluoxetine on anxiety and depression symptoms in cancer patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996; 13: 205—10
47. Fisch M.J., Loehrer P.J., Kristeller J., Passik S., Jung S.H., Shen J. et al. Oncology Group Fluoxetine versus placebo in advanced cancer outpatients: a double-blinded trial of the Hoosier Oncology Group. *J. Clin. Oncol.* 2003; 21(10): 1937—43.
48. Navari R.M., Brenner M.C., Wilson M.N. Treatment of depressive symptoms in patients with early stage breast cancer undergoing adjuvant therapy. *Breast Cancer Res. Treat.* 2008; 13: 197—201.
49. Fisch M. Treatment of depression in cancer. *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* 2004; (32): 105—11.
50. Evans R.L., Connis R.T. Comparison of brief group therapies for depressed patients receiving radiation treatment. *Public Health Rep.* 1995; 110(3): 306—11.
51. Kuijer R.G., Buunk B.P., De Jong G.M., Ybema J.F., Sanderman R. Effects of a brief intervention program for patients with cancer and their partners on feelings of inequity, relationship quality and psychological distress. *Psychooncology.* 2004; 13(5): 321—34.
52. Akechi T., Okuyama T., Onishi J., Morita T., Furukawa T. A. Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2008; Issue 2: CD005537.
53. Jakuhovits E. Possibilities of hypnosis and hypnosuggestive methods in oncology. *Magy. Onkol.* 2011; 55(1): 22—31.
54. Spiegel D., Bloom J. K., Kraemer H. C., Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet.* 1989; 2: 888—91.
55. Küchler T., Bestmann B., Rappat S., Henne-Bnms P., Wood-Pauphinee S. Impact of psychotherapeutic support for patients with gastrointestinal cancer undergoing surgery: 10-year survival results of a randomized trial. *J. Clin. Oncol.* 2007; 25(19): 2702—8.

56. Bazhin E.F., Gnezdilov A.V. Psychopharmacological and psychological aspects of rehabilitation of oncological patients. *Zhurnal Klinicheskoy Psikhoonkologii*. 2003; 3: 18—23. (in Russian)
57. Pothoulaki M., MacDonald R., Flowers P. An interpretative phenomenological analysis of an improvisational music therapy program for cancer patients. *J. Music Ther.* 2012; 49(1): 45—67.
58. Bradt J., Dileo C., Grocke D., Magill L. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Sys. Rev.* 2011; 10(8): CD006911.
59. Kovács Z., Szabó C., Fülöp E. The therapy helps — psychosocial support of patients diagnosed with breast-cancer; reducing anxiety and depression. *Psychiat. Hung.* 2013; 28(4): 454—63.
60. Keller M.B., McCullough J.P., Klein D.N., Arnow B., Dunner D.L., Gelenberg A.J. et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N. Engl. J. Med.* 2000; 342: 1462—70.