

УДК 616-006:616.89

*О.А. Ревенок, О.О. Зайцев, О.П. Олійник, Т.В. Леміщенко***СУЧАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ У ПСИХООНКОЛОГІЇ**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: онкологічні захворювання, психоонкологія, психотерапія

Лікування онкологічних захворювань по-свідовно розвивалось і пройшло через стадії застосування хірургії, променевої терапії, хіміо-терапії. Паралельно розвивалися психосоматичні концепції і клінічні дослідження в психіатрії. У 1950р. А.Sutherland став першим психіатром, що працював в онкологічному стаціонарі Меморіального онкологічного центру Слоана-Кеттеринга в Нью-Йорку. У Європі R.Feigenberg (1970р.) починав роботу в Королівському госпіталі Стокгольма, S.Greer (1971р.) з Королівського марсденського госпіталю Лондона і F.Van Dam (1977р.) заснували групу вивчення якості життя в онкології (EORTC Quality of Life Study Group). У США J.Holland (1977р.) розширила дослідження в Меморіальному центрі Слоана-Кеттеринга; А.Weisman (1978р.) почав дослідження термінальних стадій рака в рамках спеціального проекту («Омега») у Бостоні. Підставами для більшості з цих досліджень було загальносвітове обговорення, чи варто онкологічним хворим говорити правду про їхній стан. Активна публічна підтримка з боку споживачів медичної до-

помогі призвела до збільшення частки психо-соціальних послуг, помножених на дослідницькі традиції в області психології і зростаючі потреби в якісних альтернативах, на противагу численним неперевіреному психотерапевтичним підходам. Екзистенціальні і духовні проблеми також підкреслювали значну невідповідність між потребами умираючих пацієнтів і можливістю надання їм посиленої допомоги. Відповідно, у цьому напрямку і розвивалися психосоціальні служби. Яких же висот досяг прогрес за другу половину ХХ століття, якщо психоонкологія на початку ХХІ століття виділилась в окрему спеціальність?

У цій статті з позицій доказової медицини проаналізовані матеріали завершених робіт в області психоонкології, отриманих з узагальнених даних метааналізу і систематизованих оглядів, з метою показати найсучасніший рівень практичних підходів в області психосоматики і психотерапії, який охоплює континуум від попередження онкологічних захворювань, через лікування до виживання чи смерті з важкими втратами.

**Матеріали та методи дослідження**

Методологічне забезпечення включало пошук досліджень з епідеміології, етіології, попередження онкологічних захворювань, психічних і екзистенціальних порушень, психотерапії, подовження три-

валості життя і факторам, що впливають на тривалість життя пацієнтів, нейрокогнітивним ефектам онкологічної терапії у різних базах даних (PubMed, Embase, Cochrane, Ovid Medline, Psychinfo).

**Результати та їх обговорення**

Депресивні розлади зустрічаються у 10–25% пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Проте, за даними різних наукових досліджень, поширеність депресивних розладів варіює від 7–21% в одному систематичному огляді [1] до 58% в іншому [2]. Більшість епідеміологічних досліджень мають певні обмеження внаслідок клінічної неоднорідності досліджуваних груп та певних методологічних труднощів (мінливість типів і стадій пухлин, амбулаторні/стаціонарні

пацієнти, обсяг вибірок і розходження застосованих оціночних інструментів). Однак, коли соматичні симптоми (такі як слабкість і втрата апетиту), швидше за все викликані власне онкологічним захворюванням або терапією [3], підмінюються когнітивними симптомами депресії, показники поширеності депресивних розладів залишаються високими [4]. Найчастіше питання: «Чи є у вас депресія?» у когорті пацієнтів, що отримують паліативну допомогу, позитивне май-

же у 100% випадків [5]. За допомогою таких інструментів, як госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), симптоми тривоги виявляються у 15–28% пацієнтів [6]. Оцінка тривожних симптомів з використанням напівструктурованого інтерв'ю показала, що на частку генералізованого тривожного розладу припадає 1,7–2,3%, на розлад адаптації – 3,9–4,2%, фобічний розлад – 6,9% і панічний розлад – 1,3% [7]. При прагматичному підході до оцінки дистресу використовують візуальні аналогові шкали. Дистрес, розглянутий як перевищення граничного рівня більш 4 балів, відповідає значенню показника тривоги HADS, що дорівнює чи перевищує 15 балів, і виявляється у 19% пацієнтів, включених у мультицентрове дослідження [8]. Таким чином, дистрес є нестигматизуючим методом оцінки психосоціальної тяжкості онкологічного захворювання.

У найчисельнішому дослідженні поширеності дистресу (n=4496), проведеному з використанням опитувальника Brief Symptom Inventory, встановлено, що інтенсивність дистресу досягала клінічно значимого рівня в 35,1% випадків [9]. Рівень дистресу був вищим у пацієнтів з раком легенів (43,4%) і мозку (42,7%), в той час як при онкологічному ураженні гінекологічних органів (29,6%), передміхурової залози (30,5%) і товстого кишечника (31,6%) його рівень був значно нижчим. При раці підшлункової залози відзначали найвищі рівні депресії (56,3%) і тривоги (56,7%).

«Захисними факторами» психосоціального дистресу були: сімейний статус, високий рівень сукупного доходу і літній вік пацієнтів. Найбільш піддані дистресу були люди з низьким рівнем доходу, недостатньою соціальною підтримкою, молодого або старечого віку (80–90 років) [9]. Стадія онкологічного захворювання не є предиктором психосоціальної уразливості. Наприклад, у перехресному дослідженні 503 пацієнтів з ранніми і запущеними стадіями раку молочної залози (РМЗ), поширеність психосоціального дистре-

су не мала статистично значимих розходжень в обох групах досліджуваних [10]. В іншому дослідженні якості життя пацієнтів з різними стадіями хронічного лімфолейкозу також не було виявлено значимих розходжень [11].

Іншою областю запобігання онкологічних захворювань, що особливо розвилася після виділення психоонкології в окрему спеціальність, є генетичне консультування. Метааналіз 12 досліджень жінок з підвищеним ризиком розвитку РМЗ, показав, що генетичне консультування ефективно знижує загальний рівень тривоги ( $r=-0,17$ ,  $p<0,01$ ) і підвищує ступінь прийняття ризику основного захворювання ( $r=0,56$ ,  $p<0,01$ ) з тенденцією до зниження рівня психологічного дистресу ( $r=-0,17$ ,  $p=0,056$ ) [22]. В іншому дослідженні із застосуванням генетичного консультування у випадках (21) сімейного раку було виявлено поліпшення поінформованості з підвищенням точності сприйняття ризику захворювання і короткочасним зниженням переживань і тривоги [23]. Проте, недостатня стандартизація сучасного генетичного консультування вимагає розробки нових методологічних підходів.

В одному систематизованому дослідженні стратегій совладання (дух боротьби, безпорадність/безнадійність, заперечення, уникання) не виявлено будь-яких зв'язків між стратегіями совладання і виживаємістю. Це дозволило висунути припущення про те, що для поліпшення прогнозу захворювання не слід нав'язувати пацієнтам визначений стиль совладання з хворобою [24]. При аналізі співвідношень між психосоціальними факторами і початком РМЗ були виявлені низькі показники значимості заперечення/репресії ( $g=0,38$ ), сепарації/досвіду втрати ( $g=0,29$ ), стресових життєвих ситуацій ( $g=0,25$ ) і типу особистості, що уникає ( $g=0,19$ ). Однак інтерпретацію подібних матеріалів утрудняють методологічні проблеми (наявні припущення не пояснюють можливих причин, не оцінені зміни особистісних факторів під впливом надії на поліпшення захворювання) [25].

Таблиця 1

**Ефективність психотерапії при лікуванні тривоги і депресивних розладів в онкологічних хворих (Sheard, Maguire, 1999)**

Вид психотерапевтичного впливу	Тривога (n=1023)	Депресія (n=1101)
Індивідуальна психотерапія	0,27	0,30
Групова терапія	0,69	0,54
Психоосвітні програми	1,59	0,94
Релаксаційна терапія	0,21	0,03

Проте, нестача соціальної підтримки є достовірним чинником ризику підвищеної смертності [26]. У ретроспективному дослідженні 32268 жінок віком більше 65 років, виявлено, що запущені стадії раку значно частіше діагностувались в групі незаміжніх жінок, а такі пацієнтки з раком I чи II стадії були менш схильні до адекватної терапії. Навіть при контролі вибірки по стадії захворювання й отриманому лікуванню ризик смертності від РМЗ був вищим у групі незаміжніх жінок [27].

Соціальна підтримка і стресові життєві ситуації, незалежно один від одного, впливають на емоційний стан пацієнта: найбільш підданими психосоціальному дистресу виявляються люди з мінімальним рівнем соціальної підтримки і негативними стресовими впливами (смерть члена родини, розлучення/роздільне проживання, важке захворювання тощо) [28]. Більш того, у проспективному 8-річному дослідженні American Changing Life Study (n=3617) надані докази того, що спільний вплив життєвих подій і хронічного стресу вірогідно пов'язаний із соціально-економічним статусом і показником смертності. На думку американських дослідників, низькі доходи і рівень освіти є чіткими предикторами незадовільного стану здоров'я [29].

Однак наводяться й інші дані про те, що стресові життєві події (за винятком смерті чоловіка), не пов'язані з показником ризику смерті від РМЗ [30]. У двох великих дослідженнях з використанням показників частоти онкологічних захворювань не виявлено взаємозв'язку між вдівством чи розлученням і ризиком розвитку РМЖ [31, 32]. Але у третьому дослідженні такий зв'язок був виявлений [33].

В оглядовому дослідженні P.Butow підкреслюються методологічні складності, що впливають на інтерпретацію наукових даних. «Доказ зв'язку між стресовими життєвими подіями і РМЖ» є суперечливим й абсолютно непереконливим [34]. Відповідно, результати сучасних досліджень практично цілком розвінчали міф про стрес як про причину раку.

У результаті аналізу психотерапевтичних втручань при лікуванні онкологічних захворювань отримані незаперечні свідчення ефективності психотерапії, яка знижує рівень дистресу, тривоги і депресії [35–38]. Психотерапевтичні впливи дають більший ефект, але змін в рівні знань досягти легше, ніж домогтися зниження рівня депресії. Групова терапія в основному більш ефективна ніж терапія індивідуальна (табл. 1). Ефект збільшується в залежності від

досвіду психотерапевта, при цьому ефективність більш тривалих занять значно вища [38]. У цілому в клінічній практиці переважає еkleктичний підхід до консультування з поєднанням елементів підтримуючої експресивної терапії горя, екзистенціальної терапії з психодинамічною, когнітивно-біхевіоральною (КБТ) та міжособистісною психотерапією (МПТ). Страх рецидиву, оволадання з нерішучістю і поведінкові підходи до розуміння фобій і травматичних симптомів добре піддаються впливу КБТ, тоді як оволадання з втратою і змінами, переходом ролей, сенсом життя і міжособистісних відносин більш піддаються МПТ. Більш ранні моделі надання допомоги онкологічним хворим включали сімейну терапію, спрямовану на гнів і адаптивну стійкість.

Застосування підтримуючої експресивної групової терапії у жінок з метастатичним РМЖ підвищило їх тривалість життя у середньому на 18 місяців [39]. У той час результати двох інших рандомізованих досліджень когнітивної терапії [40, 41] не підтвердили ці дані. Вивчення результатів психосоціальних втручань при змішаних типах раку (лімфома, меланома, шлунково-кишковий рак, рак легенів, лейкоз) показали, в однаковій мірі, як наявність, так і відсутність впливу на тривалість життя. Потенційні механізми збільшення тривалості життя включають: адекватне ставлення до протиракового лікування, поліпшення турботи про себе і власне здоров'я, руйнування біологічних основ захворювання та збільшення захисних можливостей організму. Наявність депресивної симптоматики пов'язують із зниженням тривалості життя, можливо, через погіршення турботи про себе і некомплаєнтності таких пацієнтів. Оптимізація прихильності до протиракової терапії виявилась релевантною стосовно подовження тривалості життя в дослідженні J.Richardson [41], тоді як D.Spiegel [42] наводить дані, що не підтверджують цей висновок.

Середні показники п'ятирічної виживаємості онкологічних хворих складають 64%. У США осіб, що вижили після раку більш 10,1 млн. чоловік, що складає близько 3,5% населення країни [43]. Уразливість до утворення різних вторинних пухлин серед такого контингенту наближається до 16% від усіх знову виявлених пухлин разом з рецидивами [42]. Усе це обґрунтовує застосування довгострокових психологічних програм, спрямованих на продовження тривалості життя при онкологічних захворюваннях. Дослідження якості життя при тривалих термі-

нах виживаємості після РМЖ показало гарні показники по всіх ознаках [44]. Чим вища якість життя, тим триваліше виживання. Важливо те, що у пацієнтів з депресією виявлялось зниження якості життя у поєднанні з виразним больовим синдромом, сексуальними порушеннями, вегетативними і секреторними розладами. Предиктори високої якості життя включали гарний функціональний стан, відсутність потреби в хіміотерапії, достатню соціальну підтримку і високий рівень доходу.

Двадцятирічне тривале дослідження жінок, які вижили після РМЖ, проведене А. Kornblith, показало, що більшість з них мало задовільний рівень адаптації: 5% повідомляли про достовірний дистрес, 15% – про два чи більше симптоми посттравматичних стресових розладів, 29% скаржилися на сексуальні проблеми, 39% – на лімфедему, 33% – на порушення чутливості. Сексуальні розлади у них зберігалися протягом багатьох років [45]. Пацієнти, що вижили при хворобі Ходжкіна, лейкозах і карциномі яєчка виявляли порівняно високу частоту сексуальних проблем [46]. Тривога з приводу можливого рецидиву («Дамоклов меч»), вторинного раку і соматичних симптомів виявляється приблизно в 1/3 осіб, що вижили після онкологічного захворювання, досить тривалий час. Тип лікування теж може впливати на якість життя. Є дані, що прицільно спрямоване лікування РМЖ чи лімфоми призводить до більш високої якості життя, ніж системна хіміотерапія. Мастектомія веде до погіршення якості життя в порівнянні з органозберігаючими операціями, але не у всіх дослідженнях. Літні пацієнтки, що вижили після РМЖ, вважають, що налагоджений процес взаємодії між лікарем і пацієнтом більш важливий для підвищення якості життя, ніж надання специфічного лікування.

С. Carver з співав. провели проспективне дослідження пацієнток із РМЖ протягом 5–13 років і виявили, що медичні показники практично не мають прогностичного значення. Віддалені результати якості життя визначаються оптимістичним настроєм, наявністю депресії, дистресу і соціальної підтримки [47]. Розвиток рецидиву онкологічного захворювання не пов'язаний з будь-якими показниками якості життя. Подібні дані, що відбиваються надалі на долі пацієнта, у черговий

раз змушують психонкологів проводити обстеження пацієнтів якнайшвидше.

У дослідженні The Childhood Cancer Survivor Study (n=9535) з використанням близнюкового контролю було показано, що 40% з тих, що вижили після раку, повідомляли про погіршення стану здоров'я як мінімум в одній із систем організму. Предикторами підвищеного ризику погіршення стану є певна локалізація пухлини (рак мозку, кісток, саркома), низький рівень доходу, низький рівень освіти і жіноча стать [48]. Важливу роль відіграє віковий фактор: серед дітей, що вижили після раку, показники смертності збільшуються до 10 разів (67% смертей у цій групі пов'язано з рецидивами пухлин). Найбільшому ризику піддаються дівчатка з діагнозом лейкозів і лімфомами, встановленим до 5-літнього віку.

Встановлення повної взаємодії між лікарем і пацієнтом сприяє поліпшенню надання особистісно-орієнтованої онкологічної допомоги. Хворі на рак пацієнти можуть згадати лише 25% інформації, яку онкологи вважають для них важливою [49]. Нестача інформації підвищує частоту депресії. Програми тренування навичок спілкування підтримують поведінкові зміни, а закріплюючі семінари сприяють збереженню отриманих навичок спілкування з пацієнтами на термін більш 2 років. До результатів тренінгів відносяться використання відкритих питань замість лідирування в ситуації, поліпшення реагування на емоційні сигнали, підвищена емпатія, використання узагальнень і здатність не перебивати пацієнта. Подібне поведіння лікарів призводить до полегшення прийняття рішення стосовно лікування і поліпшенню психологічної адаптації з боку пацієнта [50].

Висновок. Розвитку психонкології у світі сприяло виділення психосоматичної медицини в окрему спеціальність, а також розробка навчальних програм і залучення до них молодих активних психіатрів. По мірі розвитку психонкології будуть проводитися нові дослідження, присвячені запобіганню онкологічних захворювань, дисбалансу здоров'я, взаєминам між лікарем і пацієнтом, моделям надання паліативної допомоги тощо. Для використання в онкології будуть адаптовані й апробовані різні психотерапевтичні методики. Все це буде сприяти поліпшенню психонкологічної допомоги.

## СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ПСИХООНКОЛОГИИ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии, г.Киев

Данная статья посвящена актуальной проблеме современной психиатрии, а именно одному из ее важных разделов психосоматической медицине. Рассмотрен и дан подробный анализ основным направлениям в научных исследованиях в области психоонкологии. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 1 (21). — С. 50-55).

О.А. Revenok, O.O. Zaitsev, O.P. Oleynik, T.V. Lemshchenko

## MODERN RESEARCHES IN AREA PSYCHOONCOLOGY

Ukrainian Research institute of Social, Forensic Psychiatry and Drug Abuse, Kyiv

Article is devoted to an actual problem of modern psychiatry, one of its important sections psychosomatic to medicine. The detailed analysis is considered and given to the basic directions in scientific researches in area psychooncology. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 50-55).

### Література

1. Pirl W.F. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; 32–9.
2. Massie M.J. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; 57–71.
3. Jacobsen P.B., Donovan K.A., Weitzner M.A. Distinguishing fatigue and depression in patients with cancer. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2003; 8: 229–40.
4. Trask P.C. Assessment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; 80–92.
5. Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M., Lander S. "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. *Am J Psychiat* 1997; 154: 674–6.
6. Kerrihard T., Breitbart W., Dent R., Strout D. Anxiety in patients with cancer and human immunodeficiency virus. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1999; 4: 114–32.
7. Stark D.P., House A. Anxiety in cancer patients. *Br J Cancer* 2000; 83: 1261–7.
8. Jacobsen P.B., Donovan K.A., Trask P.C. et al. Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. *Cancer* 2005; 103: 1494–502.
9. Zabora J., Brintzenhogen K., Curbow B., Hooker C., Piantadosi S. The prevalence of psychosocial distress by cancer site. *Psychoncology* 2001; 10: 19–28.
10. Kissane D.W., Grabsch B., Love A. et al. Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Aust N Z J Psychiat* 2004; 38: 320–6.
11. Levin T., Li Y., Rai D. Quality of life, depression and anxiety in chronic lymphocytic leukemia during phases of "watchful waiting" and active treatment. *J Clin Oncol* (In press).
12. Glassman A.H., Stetner F., Walsh B.T. et al. Heavy smokers, smoking cessation, and clonidine. Results of a double-blind, randomized trial. *JAMA* 1988; 259: 2863–6.
13. Glassman A.H., Helzer J.E., Covey L.S. et al. Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA* 1990; 264: 1546–9.
14. Kalman D., Morissette S.B., George T.P. Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict* 2005; 14 (2): 106–23.
15. Leon J., Diaz F.J. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 2005; 76: 135–57.
16. Paperwalla K.N., Levin T.T., Weiner J., Saravay S.M. Smoking and depression. *Med Clin North Am* 2004; 88: 1483–94.
17. Sacco K.A., Bannon K.L., George T.P. Nicotinic receptor mechanisms and cognition in normal states and neuropsychiatric disorders. *J Psychopharmacol* 2004; 18: 457–74.
18. Hitsman B., Borrelli B., McChargue D.E. et al. History of depression and smoking cessation outcome: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 657–63.
19. Hughes J.R., Stead L.F., Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 4.
20. Lancaster T., Stead L.F. Individual behavioural counseling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 4.
21. Hughes J.R., Shiffman S., Callas P., Zhang J. A meta-analysis of the efficacy of over-the-counter nicotine replacement. *Tob Control* 2003; 12: 21–7.
22. Meiser B., Halliday J.L. What is the impact of genetic counselling in women at increased risk of developing hereditary breast cancer? A meta-analytic review. *Soc Sci Med* 2002; 54: 1463–70.
23. Braithwaite D., Emery J., Walter F. et al. Psychological impact of genetic counseling for familial cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96: 122–33.
24. Jones B.A., Kasl S.V., Howe C.L. et al. African-American/White differences in breast carcinoma: p53 alterations and other tumor characteristics. *Cancer* 2004; 101: 1293–301.
25. French D.B., Jones L.A. Minority issues in prostate disease. *Med Clin North Am* 2005; 89: 805–16.
26. Polite B.N., Dignam J.J., Olopade O.I. Colorectal cancer and race: understanding the differences in outcomes between African Americans and whites. *Med Clin North Am* 2005; 89: 1299–308.
27. Lannin D.R., Mathews H.F., Mitchell J. et al. Influence of socioeconomic and cultural factors on racial differences in late-stage presentation of breast cancer. *JAMA* 1998; 279: 1801–7.
28. Soler-Vila H., Kasl S.V., Jones B.A. Cancer-specific beliefs and survival: a population-based study of African-American and White breast cancer patients. *Cancer Causes Control* 2005; 16 (2): 105–14.
29. Soler-Vila H., Kasl S.V., Jones B.A. Prognostic significance of psychosocial factors in African-American and white breast cancer patients: a population-based study. *Cancer* 2003; 98: 1299–308.
30. Bach P.B., Schrag D., Brawley O.W. et al. Survival of blacks and whites after a cancer diagnosis. *JAMA* 2002; 287: 2106–13.
31. Holt C.L., Lukwago S.N., Kreuter M.W. Spirituality, breast cancer beliefs and mammography utilization among urban African American women. *J Health Psychol* 2003; 8: 383–96.
32. Moy B., Park E.R., Feibelmann S. et al. Barriers to repeat mammography: cultural perspectives of African-American, Asian, and Hispanic women. *Psychoncology*, 2005.
33. Fernandez M.E., Palmer R.C., Leong-Wu C.A. Repeat mammography screening among low-income and minority women: a qualitative study. *Cancer Control* 2005; 12 (Suppl. 2): 77–83.
34. Holland J., Lewis S. The human side of cancer: Living with hope, coping with uncertainty. New York: Harper Collins; 2000.
35. Petticrew M., Bell R., Hunter D. Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *BMJ* 2002; 325: 1066.
35. Donnelly J.M., Kornblith A.B., Fleishman S. et al. A pilot study of interpersonal psychotherapy by telephone with cancer patients and their partners. *Psychoncology* 2000; 9: 44–56.
36. Devine E.C., Westlake S.K. The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. *Oncol Nurs Forum* 1995; 22: 1369–81.
37. Meyer T.J., Mark M.M. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychol* 1995; 14: 101–8.
38. Sheard T., Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer* 1999; 80: 1770–80.
37. Spiegel D., Bloom J.R., Kraemer H.C., Gotthel E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2: 888–91.
38. Cunningham A.J., Edmonds C.V., Jenkins G.P., Pollack H., Lockwood G.A., Warr D. A randomized controlled trial of the effects of group psychological therapy on survival in women with metastatic breast cancer. *Psychoncology* 1998; 7: 508–17.
39. Edelman S., Bell D.R., Kidman A.D. A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psychoncology* 1999; 8: 295–305.
40. Goodwin P.J., Leszcz M., Ennis M. et al. The effect of group

psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med* 2001; 345: 1719–26.

41. Richardson J.L., Shelton D.R., Krailo M., Levine A.M. The effect of compliance with treatment on survival among patients with hematologic malignancies. *J Clin Oncol* 1990; 8: 356–64.

42. Kogon M.M., Biswas A., Pearl D. et al. Effects of medical and psychotherapeutic treatment on the survival of women with metastatic breast carcinoma. *Cancer* 1997; 80: 225–30. Jemal A, Murray T, Ward E et al. Cancer statistics, 2005. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 10–30.

43. Travis L.B., Rabkin C.S., Brown L.M. et al. Cancer survivorship – genetic susceptibility and second primary cancers: research strategies and recommendations. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98: 15–25.

44. Mols F., Vingerhoets A.J., Coebergh J.W., van de Poll-Franse L.V. Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *Eur J Cancer* 2005; 41: 2613–9.

45. Kornblith A.B., Herndon J.E. 2d, Weiss R.B. et al. Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer* 2003; 98: 679–89.

46. Casso D., Buist D.S., Taplin S. Quality of life of 5–10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 25.

47. Carver C., Smith R., Antoni M. et al. Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychol* 2005; 24 (5): 508.

48. Hudson M.M., Mertens A.C., Yasui Y. et al. Health status of adult long-term survivors of childhood cancer: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *JAMA* 2003; 290: 1583–92. Mertens AC, Yasui Y, Neglia JP et al. Late mortality experience in five-year survivors of childhood and adolescent cancer: the Childhood Cancer Survivor Study. *J Clin Oncol* 2001; 19: 3163–72.

49. Dunn S.M., Butow P.N., Tattersall M.H. et al. General information tapes inhibit recall of the cancer consultation. *J Clin Oncol* 1993; 11: 2279–85.

50. DiMatteo M.R., Giordani P.J., Lepper H.S., Croghan T.W. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care* 2002; 40: 794–811.

Поступила в редакцию 14.04.2009