

*Г.Ю. Васильєва***ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ СФЕРИ**

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Ключевые слова: жінки, злоякісні новоутворення, репродуктивна сфера, емоційні порушення, психокорекційні заходи

Надання медичної допомоги хворим, які страждають на злоякісні новоутворення - одне з найактуальніших завдань сучасної медицини в Україні. На сьогоднішній день на обліку в онкологічних установах перебувають понад 960 тисяч хворих, щорічно реєструються більше 160 тисяч нових випадків захворювань на злоякісні новоутворення та прогнозується їх зріст понад 200 тисяч до 2020 року (Бюлетень національного Канцер-Реєстру України, 2010-2011) [1]. Онкологічні захворювання органів жіночої репродуктивної сфери є найбільш частими в структурі онкологічної патології жінок та складають до 35% усіх випадків [2]. Крім того, зростаючий останнім часом інтерес до цієї проблеми пов'язаний також і зі значним омолодженням контингенту хворих [2, 3]. На сучасному етапі розвитку онкології велика увага стала

приділятися не тільки соматичному стану пацієнтів, але й психологічному та психіатричному аспектам цієї патології [4-9]. Не менш значущим стресом, ніж власне онкологічне захворювання, для пацієнток є калічащі операції та зміна зовнішнього вигляду внаслідок ендокринних порушень.

Серед хворих на рак репродуктивної сфери значну частину складають жінки працездатного віку, що обумовлює підвищені вимоги до їх комплексної реабілітації, включаючи ефективну корекцію супутніх емоційних порушень [10], що обумовило проведення цього дослідження, метою якого стало вивчення емоційного стану пацієнток, які страждають на злоякісні новоутворення органів репродуктивної сфери, і розробка методів психотерапевтичної корекції емоційних порушень у комплексі реабілітаційних заходів.

Матеріал та методи дослідження

У відповідності з поставленою метою було обстежено 210 онкологічно хворих жінок: 68 хворих на рак тіла ($32,4 \pm 3,2\%$) та 85 ($40,5 \pm 3,4\%$) – шийки матки, і 57 пацієнток із злоякісними пухлинами яєчників ($27,1 \pm 3,1\%$). У 13 жінок ($6,2 \pm 1,7\%$) онкологами було діагностовано першу стадію пухлинного процесу, у 88 ($41,9 \pm 3,4\%$) – другу стадію та у 109 ($51,9 \pm 3,4\%$) – третю стадію.

За тривалістю онкологічного захворювання усі досліджувані пацієнтки були розподілені наступним чином: найбільш численною виявилася група хворих із тривалістю пухлинного процесу менш 1 року – 105 жінок ($50,0 \pm 3,4\%$); від 1-го до 3-х років – 61 пацієнтка ($29,1 \pm 3,1\%$); від 3-х до 5-ти років – 36 хворих ($17,1 \pm 2,6\%$) та більше 5-ти років – 8 жінок ($3,8 \pm 1,3\%$).

Всі обстежені пацієнтки знали або здогадувалися про характер свого захворювання, і у всіх випадках було отримано інформовану згоду на їх участь в дослідженні. Діагностика клінічної

форми основного захворювання здійснювалася фахівцями-онкологами. Крім цього, пацієнтки проходили комплексне соматичне і неврологічне обстеження в стандартному обсязі. Аналізувалися також дані суб'єктивного і об'єктивного (зі слів родичів) анамнезу, амбулаторних карт та медичних карт стаціонару онкохворих. Критеріями виключення були наявність важких супутніх соматичних захворювань, додаткових екозогеній (інтоксикації, професійні шкідливості, черепно-мозкові травми в анамнезі), ендогенної психічної патології, органічного ураження головного мозку (в т.ч. метастатичного генезу).

Для клінічної верифікації, визначення ступеню виразності тривожно-депресивних розладів та оцінки їх редукції протягом терапії нами використовувалися розгорнуте комплексне клінічне структуроване інтерв'ю відповідно до діагностичних критеріїв Розділу V за МКХ-10, а також шкали Монтгомері-Асберг MADRS (S.A.Montgomery, M.Asberg, 1979) [11] та Гам-

ільтона НАМ-А (М.Hamilton, 1959) [12].

При проведенні аналізу отриманих результатів дослідження нами були використані мето-

ди біостатистики у ліцензійних пакетах статистичного аналізу «MedStat» (Ю.Е.Лях, В.Г.Гурьянов, 2004) і «Statistica 5.5» (StatSoft Inc., 1999) [13].

Результати дослідження та їх обговорення

У 152 жінок з онкологічною патологією органів репродуктивної сфери ($72,4 \pm 3,1\%$) були виявлені неспсихотичні психічні розлади, які представлені депресивними порушеннями у рамках симптоматичних депресивних розладів ($F 06.32; 31,0 \pm 3,2\%$), а також розладів адаптації – пролонгованої депресивної ($F 43.21; 5,2 \pm 1,5\%$) і змішаної тривожно-депресивної реакції ($F 43.22; 11,4 \pm 2,2\%$). Переважно анкіозні порушення представлені симптоматичними тривожними розладами ($F 06.4; 11,4 \pm 2,2\%$) і розладами адаптації у вигляді реакцій з переважанням тривоги ($F 43.23; 13,3 \pm 2,3\%$). У $27,6 \pm 3,1\%$ досліджених пацієнток емоційні порушення не сягали клінічного рівня, що дозволило віднести їх до групи психіатричної норми ($Z 85$).

Найбільш характерними клінічними ознаками емоційних порушень у пацієнток, які страждали на злоякісні новоутворення репродуктивної сфери, були пригнічений настрій зі смутком, відчуттям туги і безнадії, втратою інтересу до навколишніх подій, які поєднувались з ангедонією і відсутністю ініціативи, вираженням зниження загальної активності і підвищеною стомлюваністю навіть при незначному зусиллі, зниженням здатності до зосередження, негативною переоцінкою попереднього життєвого досвіду з її проекцією в майбутнє, а також були присутніми об'єктивні ознаки психомоторної загальмованості або ажитації.

У більшості жінок були виявлені ознаки не тільки депресивних, але і тривожних розладів – у їх висловлюваннях чітко звучали тривожні побоювання щодо можливих невдач в лікуванні пухлинного процесу, онкохворі акцентували увагу на практично постійному відчутті хвилювання або невизначеної небезпеки, очікуванні нещастя не тільки з собою, але і близькими, неможливості розслабитися, наявності нав'язливих думок про характер свого захворювання, спогади про хірургічне (гістеректомія, оваріектомія) і консервативне (поліхіміо-/променева терапія) лікування у формі так званих інвазивних переживань (flashback) та «вторгнення думок». Нав'язливі думки посилювалися у вечірньо-нічний час, що перешкоджало засинанню, або віддзеркалювалося у структурі сновидінь. Крім того, порушення сну характеризувалися жахливими сновидіннями, переривчастим сном,

раннім пробудженням з неможливістю заснути. При цьому пацієнтки наголошували на прагненні уникнення ситуацій, прямо або побічно пов'язаних із онкологічною хворобою.

Домінування симптомів позитивної афективності було властиве хворим з початковими стадіями пухлинного процесу і пацієнтам, які пройшли успішний курс лікування. У пацієнтів з нещодавно виявленими злоякісними новоутвореннями виразність, стійкість і різноманітність тривожних побоювань, адресованих своєму соматичному стану, дозволяли говорити про тривожно-іпохондричні порушення. Практично у всіх пацієнток виявлялася астенична симптоматика, яка проявлялася загальною слабкістю, нездужанням, швидкою стомлюваністю, труднощами при зосередженні, низькою продуктивністю розумової та фізичної праці. Однак на ранніх стадіях онкологічного захворювання астеничні прояви були помірно вираженими і, в істотній мірі, коливалися паралельно динаміці основного онкологічного захворювання. По мірі прогресування захворювання і, особливо, у випадку невдачі проведеного протипухлинного лікування в структурі депресивних порушень починали проявлятися ознаки негативної афективної з вираженим астено-апатичним симптомокомплексом. Деякі пацієнтки зізнавалися в існуванні думок про безперспективність життя і бажання смерті, як способі рятування від вже існуючих або очікуваних в найближчому майбутньому мук, однак активних дій до їх реалізації нами виявлено не було.

Своєчасне розпізнавання і правильна кваліфікація емоційних розладів в онкологічній практиці набувають реальний сенс лише у поєднанні з їх ефективною корекцією, що відноситься до важливих чинників підвищення якості лікувально-реабілітаційних заходів у пацієнток, які страждають на злоякісні новоутворення органів репродуктивної сфери.

Основною метою психокорекційних втручань є зниження рівня тривоги і депресії, позбавлення пацієнток від відчуття безнадійності, пов'язаної з маніфестацією, рецидивом і/або метастазуванням онкологічної патології, допомогти пацієнткам більш адекватно оцінити значення психотравмуючих подій, долати біль, песимістичне сприйняття ситуації, пов'язаної з хворобою, ско-

регувати ірраціональні установки, виділити адекватні цілі, мобілізувати зусилля, редукувати страх рецидиву і смерті, сформулювати нові перспективи поза хворобою.

Оскільки лікування психоонкологічних розладів передбачає не тільки усунення симптомів, а й корекцію терапевтично несприятливих особистісних особливостей пацієнток і повернення йому його соціально-рольових функцій (сімейних, професійних, міжособистісних та ін.) нами був розроблений інтегративний терапевтичний комплекс, що включає методи психотерапевтичного і психофармакологічного втручання в поєднанні з призначенням протипухлинного лікування основного захворювання, який сприяв зміні ставлення пацієнтів до свого стану і підвищував комплайнс терапевтичних схем.

В організаційному плані нами застосовувалася консультаційно-сднальна модель надання медичної допомоги [14], яка передбачала спільну курацію пацієнтів онкологом і психіатром/психотерапевтом. Ця модель забезпечує не тільки прямий контакт з пацієнтами, які готові до психотерапевтичної та психіатричної інтервенції, але і плідну співпрацю з фахівцями онкологічного профілю.

Психофармакотерапія емоційних порушень проводилася за принципом монотерапії і диференційованого використання антидепресантів останніх генерацій, які мають високі показники ефективності, переносимості та безпеки при застосуванні їх у поєднанні з хіміотерапією в онкологічних хворих. Такий підхід пов'язаний з прагненням до мінімізації побічних ефектів і давав можливість активно залучати пацієнтів до психотерапевтичного процесу, тим самим сприяв більш швидкій дезактуалізації хворобливих хвилювань і відновлення психоемоційного стану. Перевага використання антидепресантів останніх генерацій (СІЗЗС, ІЗЗСН, НаССА та МТ) для корекції несприятливих психічних розладів у пацієнток, які страждають на злоякісні новоутворення органів репродуктивної сфери, на нашу думку, пов'язана з наступними факторами: мінімальний вплив на холінергічні, б-адренергічні і гістамінові рецептори мозку, що обумовлює незначний спектр побічних дій цієї групи препаратів; можливість одноразового прийому протягом доби; високий терапевтичний індекс; відсутність необхідності індивідуального підбору дозування; висока біодоступність препаратів, яка забезпечує більш ранній антидепресивний ефект; "морфінзберегаюча" дія антидепресантів (потенціювання анальгезуючо-

го ефекту при хронічному больовому синдромі у онкологічних хворих, пов'язаному як з безпосереднім ураженням нервових волокон, так і з невропатіями); не знижується активність препаратів при їх тривалому застосуванні, в т.ч. при підтримуючій терапії соматично ослаблених пацієнток; мінімальні показники міжлікарської взаємодії з протипухлинними препаратами [15, 16]. Тривалість купіруючого етапу терапії складала в середньому 8 тижнів, що обумовлено проявом виразного антидепресивного ефекту не раніше ніж через 4-6 тижнів безперервного прийому препарату, підтримуюча терапія тімоаналептиками тривала до 6-9 місяців.

Психотерапія жінок, які страждали на злоякісні новоутворення репродуктивної сфери, здійснювалася відповідно до концепції Б. В. Михайлова (2002) [14], будувалася на загальних принципах, однак мала і ряд специфічних особливостей відповідно до контингенту хворих та умов спеціалізованого протипухлинного стаціонару – диференційоване поєднання патогенетичної, симптоматичної і профілактичної спрямованості психотерапевтичних заходів при проведенні як індивідуальних, так і групових («палатних») форм роботи з онкохворими з використанням методів раціональної, когнітивно-поведінкової психотерапії, короткострокової позитивної психотерапії і методів психічної саморегуляції (цілеспрямованого самонавіювання, позитивної креативної візуалізації з підтримкою аудіальної модальності сприйняття спеціально підібраними музичними композиціями і звуками природи в стані прогресивної міорелаксації по Джекобсону), а також активне залучення до лікувального процесу членів сімей онкохворих (у рамках проведення сімейної психотерапії).

Таким чином, основним завданням інтегративного психотерапевтичного комплексу у програмі сучасних реабілітаційних заходів для жінок, які страждають на злоякісні новоутворення репродуктивної сфери, було формування максимально адаптивних (в рамках ресурсів особистості) способів реагування на хворобу, які не супроводжувалися запереченням реальності захворювання, відмовою від лікування та іншими порушеннями комплаєнтності. Для реалізації цієї мети ми орієнтувалися на наступні мішені психотерапевтичного впливу: зниження інтенсивності тривожних і депресивних переживань, гармонізація сприйняття власної хвороби, спрямована на зменшення почуття безсилля і формування менш катастрофічного образу хвороби, створення в онкологічних хворих позитивного

настрою на проходження протипухлинного лікування та активну боротьбу з захворюванням, подолання у хворих жінок синдрому відсутності сенсу життя і адаптація самих пацієнток та їх близьких до нових життєвих умов, розв'язання внутрішньосімейних конфліктів, прямо або побічно пов'язаних із захворюванням.

Розроблений нами комплекс психокорекційних заходів на тлі спеціального протипухлинного лікування був застосований у 77 онкопацієнток з неспсихотичними психічними розладами (терапевтична група). Пацієнткам груп порівняння (І група порівняння - 75 онкохворих із неспсихотичними психічними розладами, які відмовилися від психокорекції, ІІ група порівняння - 58 жінок без психічної патології) проводилося тільки лікування основного онкологічного захворювання. Ефективність запропонованої системи корекції емоційного стану онкохворих жінок оцінювалася по завершенні купіруючого етапу терапії - через 8 тижнів за допомогою самооцінки пацієнтками свого емоційного стану в поєднанні з неструктурованим клінічним інтерв'ю та об'єктивної (стандартизованої) оцінки виразності тривоги і депресії до і після корекції.

79,4±3,2% жінок терапевтичної групи відмітили різного ступеня виразності позитивну динаміку в редукції емоційних порушень (істотне поліпшення відзначили 41,9±3,8% пацієнтів) та у 20,6±3,2% онкохворих цієї групи тривожно-депресивна симптоматика продовжувала утримуватися. В І групі порівняння суб'єктивне поліпшення емоційного стану відзначили лише 28,6±3,9% пацієнток, причому у більшості ж жінок цієї групи (52,9±4,0%) змін в емоційному стані відзначено не було, а 8,5±2,3% хворих відмітили підсилення тривожно-депресивних розладів. У ІІ групі порівняння, в яку увійшли онкопацієнтки, емоційні порушення яких не досягли рівня клінічно виражених психічних розладів, стабілізацію емоційного стану на тлі проведеної спеціальної протипухлинної терапії відзначили 71,5±3,8% жінок.

Крім суб'єктивної оцінки пацієнтками свого емоційного стану ефективність розробленого нами лікувального комплексу оцінювалася в динаміці за допомогою шкал депресії Монтгомері-Асберг (MADRS) і тривоги Гамільтона (HAM-A). Так, в терапевтичній групі нами відзначено достовірне зменшення виразності симптомів тривоги і депресії, що знайшло відображення в зниженні середнього балу виразності як депресивної (за шкалою MADRS на 49,1±9,4% від початкового рівня - до 17,5±1,1

балів), так і тривожної симптоматики (за шкалою HAM-A на 57,1±7,6% від початкового рівня - до 18±1,6 балів).

Редукція вихідного сумарного балу більше 50% за шкалою депресії Монтгомері-Асберг (MADRS) була відзначена у 41,9±3,9% пацієнток, які страждають злоякісними новоутвореннями, і за шкалою тривоги Гамільтона (HAM-A) - у 40,6±3,9% онкопацієнтів.

У 51,3±3,9% хворих виявлено суб'єктивне поліпшення емоційного стану на тлі неповної редукції тривожно-депресивних розладів (депресивна і анкіозная симптоматика за шкалами MADRS і HAM-A відповідала легкому ступеню виразності емоційних порушень), що, вочевидь, пов'язано як з фруструючою дією сильного стресорного фактору (наявність важкого соматичного захворювання - злоякісної пухлини), так і зі зв'язаним з ним спеціальним лікувально-діагностичним процесом. Відповідно повна редукція тривожно-депресивної симптоматики в подібних умовах є малоймовірною, а реальною метою проведених психокорекційних заходів є досягнення максимально можливої і стійкою редукції психопатологічної симптоматики.

У 6,33±1,9% онкопацієнток корекція тривожно-депресивних порушень виявилася малоефективною, що було пов'язано, насамперед, з їх важким соматичним станом, обумовленим поширеністю пухлинного процесу - множинними метастатичними ураженнями кісткової тканини, печінок, легенів.

Клінічний ефект характеризувався суб'єктивним поліпшенням настрою, зниженням амплітуди коливань афективних розладів, редукцією ознак емоційної лабільності і проявів синдрому дратівливої слабкості, поліпшенням сну, підвищенням рівня продуктивності в повсякденних справах, зменшенням виразності тривоги і занепокоєння, зміною структури сприйняття онкологічного захворювання з редукцією дезадаптивних патернів відношення до хвороби і формуванням нових адаптивних способів подолання ситуації наявності злоякісного новоутворення, що супроводжувалось усвідомленням і прийняттям цього факту.

Крім того, під впливом розробленого нами терапевтичного комплексу онкопацієнтки помітили покращення суб'єктивного сприйняття якості життя. Підвищення задоволеності якістю життя, як фізичним, так і психологічним компонентами здоров'я онкопацієнток, які страждають на неспсихотичні психічні розлади, які взяли участь в інтегративному психокорекційному комплексі, на нашу

думку, пов'язано з одного боку з редукцією симптомів онкологічного захворювання, пов'язаних з виконанням радикальних оперативних втручань, поліпшенням загального соматичного стану, а з іншого боку – з нормалізацією емоційного стану, і, як наслідок, зі зміною ставлення до власного «Я» і навколишньої дійсності.

Таким чином, основним завданням інтегративного психотерапевтичного комплексу у програмі сучасних реабілітаційних заходів для жінок, які страждають на злоякісні новоутворення репродуктивної сфери, було формування максимально адаптивних (в рамках ресурсів особистості) способів реагування на хворобу, які не супроводжувалися запереченням реальності захворювання, відмовою від лікування та іншими порушеннями комплаєнтності. Для реалізації цієї мети ми орієнтувалися на наступні мішені психотерапевтичного впливу: зниження інтенсивності тривожних і депресивних переживань, гармонізація сприйняття власної хвороби, спря-

мована на зменшення почуття безсилля і формування менш катастрофічного образу хвороби, створення в онкологічних хворих позитивного настрою на проходження протипухлинного лікування та активну боротьбу з захворюванням, подолання у хворих жінок синдрому відсутності сенсу життя і адаптація самих пацієнток та їх близьких до нових життєвих умов, розв'язання внутрішньосімейних конфліктів, прямо або побічно пов'язаних із захворюванням.

Крім того, доцільно сумісне використання психофармакологічних та психотерапевтичних заходів при лікуванні непсихотичних психічних розладів у пацієнток, які страждають на злоякісні новоутворення репродуктивної сфери, в умовах спеціалізованого протипухлинного центру. Такий підхід, будучи дестигматизуючою формою психіатричної допомоги, сприяв не тільки усуненню емоційного дистресу, а й терапевтично сприятливо впливав на динаміку основного онкологічного захворювання.

А.Ю. Васильєва

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН, КОТОРЫЕ СТРАДАЮТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

В статье представлены данные о эмоциональных нарушениях у женщин, страдающих злокачественными новообразованиями органов репродуктивной сферы, а также направления и методы психофармако- и психотерапевтической коррекции эмоциональных нарушений в комплексе реабилитационных мероприятий. Оценена эффективность разработанной системы психокоррекции непсихотических психических расстройств у женщин с опухолями репродуктивной сферы. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 4 (31). — С. 71-76).

A. Vasylyeva

EFFECTIVE CORRECTION OF EMOTIONAL DISORDERS IN FEMALE PATIENTS, SUFFERING FROM CANCER GYNAECOLOGIC LOCALISATION

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

The article presents data about emotional disturbances in female patients, suffering from cancer gynaecologic localization. And directions and methods psychopharmac- and psychotherapeutic correction emotional condition in the rehabilitation complex for female patients, suffering from gynaecologic cancer. The efficiency of the developed system psychocorrection of nonpsychotic mental disorders of women with tumors of reproductive system. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 71-76).

Література

1. Рак в Україні, 2010-2011 р.р. // Бюлетень Національного канцер-реєстру. — 2012. — №13. — 111 с. — Режим доступу: <http://www.ucr.gs.com.ua/dovidb0/index.htm>
2. Карселадзе А.И. Вопросы эпидемиологии и диагностики рака яичников/ А.И. Карселадзе // Практич. онкол. — 2000. - № 4. — С. 21-28.
3. Комкова Е. П. Неврно-психические расстройства у онкологических больных (лечебно-реабилитационные аспекты) / Е. П. Комкова, Ю. А. Магарилл, Н. П.Кокорина, А. С. Сергеев // Сибирский онкол. Журн. — 2009. - № 2 (32). — С.40-43.
4. Петров Д. С. Психопатологическое состояние и его динамика в результате операции и краткосрочной психотерапии у больных опухолевой патологией матки / Д. С. Петров, Б. Ю. Володин, Е. П. Куликов // Диагностика и лечение онкологических заболеваний основных локализаций: межрегион. сб. науч. тр. / под

- ред. проф. Е.П. Куликова. — Рязань: Узорочье, 2006. — С.182-184.
5. Sukegawa A. Post-traumatic stress disorder in patients with gynecologic cancers / A. Sukegawa, E. Miyagi, R. Suzuki // J. Obstet. Gynecol. Res. - 2006. — Vol. 32, N 3. — P. 349-353.
6. Смулевич А.Б. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентровой программы «СИНТЕЗ») / А. Б. Смулевич, А. В. Андрищенко, Д. А. Бескова // Психические расстройства в общей медицине. — 2009. — № 1. — С.4-11.
7. Andrykovski M. Affective, cognitive and behavioral response to an abnormal ovarian cancer screening test result: a longitudinal case control study / M. Andrykovski, E. J.Pavlik // Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. — 2006. — Vol. 151. — P. 65.
8. Ell K. Cancer treatment adherence among low-income women with breast or gynecologic cancer: a randomized controlled trial of patient navigation / K. Ell, B. Vourlekis, B. Xie, F. R. Nedjat-Haiem et

al. // Cancer. – 2009. – Vol. 115(19). – P. 4606–4615.

9. Kьchler Th. Impact of psychotherapeutic support for patients with gastrointestinal cancer undergoing surgery: 10-year survival results of a randomized trial / Th. Kьchler [et. al.] // Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology. – 2007. – Vol. 25. – P. 2702-2708.

10. Харченко Е. Н. Комплексная терапия психопатологических расстройств у онкологических больных в соотношении с разными видами оперативного вмешательства / Е. Н. Харченко, О. С. Чабан, С. Г. Бугайцов // Архів психіатрії. – 2002. - № 3. – С. 158-163.

11. Montgomery S. A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S. A. Montgomery, M. Asberg // Br. J. Psychiatry. – 1979. – Vol. 134.

12. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating / M.

Hamilton // Br. J. Med. Psychol. – 1959. – Vol. 32. – P. 50-55.

13. Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г. Хоменко В.Н., Панченко О.А. Основы компьютерной биостатистики. Анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat. – Д.: Папакица Е.К., 2006. – 214с.

14. Психотерапия в общесоматической медицине (Клиническое руководство) / [Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев]. – Харьков, 2002. – 108 с.

15. Ермаков Н. Б. Лечение болевого синдрома в онкологической практике / Н. Б. Ермаков, Э. А. Жаврид // Рецепт. – 2001. – Vol. 17 (3). – P. 40–45.

16. Miller A. The effectiveness of antidepressants in the treatment of chronic non-cancer pain – a review / A. Miller, J. Rabe-Jablonska / Psychiatr Pol. – 2005. – Vol. 39 (1). – P. 21–32.

Поступила в редакцию 18. 08.2012