

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

Anikina I.I.

Assistant professor,
Department of psychiatry, psychology and sexology,
Lviv National Medical University,
Lviv, Ukraine

DEPRESSIVE, ANXIOUS AND PSYCHOGENIC DISORDERS IN BREAST CANCER PATIENTS: CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES, APPROACHES TO DIAGNOSIS (LITERATURE REVIEW).

Анікіна Інна Ігорівна

асистент кафедри психіатрії, психології та сексології,
Львівський національний медичний університет,
Львів, Україна

ДЕПРЕСИВНІ, ТРИВОЖНІ ТА ПСИХОГЕННІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ: КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ (ЛІТЕРАТУРНИЙ ОГЛЯД).

Annotation. The article is devoted to the literary review of non-psychotic psychiatric disorders in breast cancer patients. The increase in the prevalence of breast cancer in women and the significant rejuvenation of the disease leads to an increase in the number of patients with pathological reactions manifesting in connection with this disease. The expressed negative reactions to the disease provoke mental disorders (depression, anxiety, phobias, etc.) and are of particular importance in the aspect of integrated diagnostics, which is a prerequisite for adequate therapeutic tactics in cancer pathology and directly affect the quality of life of patients.

Анотація. Статтю присвячено літературному огляду непсихотичних психічних розладів у хворих на рак молочної залози. Ріст поширеності захворювань на рак молочної залози у жінок та значне омолодження даної хвороби призводить до збільшення кількості пацієнтів із патологічними реакціями, що маніфестують у зв'язку з даним захворюванням. Виражені негативні реакції на хворобу провокують психічні розлади (депресію, тривогу, фобії, тощо) та набувають особливого значення в аспекті інтегрованої діагностики, яка є передумовою до адекватної лікувальної тактики при онкологічній патології і безпосередньо впливають на якість життя пацієнток.

Key words: breast cancer, depression, anxiety, psychogenic reactions, diagnosis, clinic.

Ключові слова: рак молочної залози, депресія, тривога, психогенні реакції, діагностика, клініка.

1. Спектр депресивних розладів. Від 3 до 38% хворих на рак, у тому числі на рак молочної залози (далі – РМЗ), мають депресію [1-8]. Широкий діапазон поширеності цього розладу пов'язаний з різноманітними уявленнями про депресивні прояви у таких пацієнтів, відсутністю єдиних методологічних підходів при проведенні досліджень [2,3]. Існують думки, що поширеність депресії у даній категорії пацієнтів вища, ніж в загальній популяції [3,4]. Особливо висока поширеність гіпотимії на пізніх етапах онкологічного захворювання. В термінальній стадії раку депресія розвивається у третини пацієнтів (M. Hotoř, M. Henderson, 2007), а за даними M. Weckmann (2010) у 75% [6,8].

РМЗ належить до онкологічних патологій при яких часто розвивається депресія [11]. За даними проведеного порівняльного дослідження у 34% пацієнток з діагностованим РМЗ виявлена депресія легкого ступеня тяжкості [12]. Результати іншого дослідження у якому визначали рівень депресії у 505 хворих на РМЗ жінок показали, що у 20,59% обстежених спостерігалася депресія тяжкого ступеня [13]. Прояви важкості депресії при цьому є вагоміші протягом першого року після

встановлення діагнозу. Відмічено, що хворі з низьким рівнем доходу, незаможним сімейним статусом, рецидивами РМЗ, психічними розладами в анамнезі були більш схильні до тяжкої депресії. У іншому, подібному дослідженні, водночас, автори не встановили значущого зв'язку між депресією і стадією захворювання, видом хірургічного втручання і лікування при РМЗ [14]. У дослідженнях Кузнецова А. А. (2008) [11] серед пацієнтів з РМЗ депресія була виявлена у 52,5% обстежених, при цьому 5% мала тяжку депресію. Автор виявив, що найбільш високі показники проявлялись у: порушеннях сну, стомлюваності, втрати ваги і втрати сексуального потягу.

В якості факторів ризику маніфестації депресії, пов'язаної зі злоякісними новоутворами, розглядають важкість соматичного стану, інвалідність, наявність сильного болю, функціональні обмеження, молодий вік (M. Potash, W. Breitbart, 2002) [12], побічні ефекти терапії, лікування медикаментами, що провокують депресивні розлади [12,13]. Наявність депресії в анамнезі хворої належить також до числа значних факторів ризику (D. Kissane и соавт., 1998; N. Kadan-Lottick и соавт., 2005; K. Miller, M. Massie,

2006) [13, 14]. Існують думки, що значний вклад у формування афективних розладів у онкологічних хворих вносить конституційна схильність [15]. Виявлено, що афективні нозогенні реакції поєднуються з преморбідними характерологічними аномаліями, які переважно відносяться до розладів особистості тривожного і афективного кластерів (Д. Э. Выборных, С. В. Иванова, В. Г. Савченко, 2011) [16].

Формування депресії негативно впливає на перебіг онкологічного процесу, сприяє його прогресуванню [17-20]. Депресія знижує якість життя, скорочує його тривалість, посилює біль і інші соматичні симптоми, подовжує терміни госпіталізації, знижує комплаєнс, негативно впливає на соціальні взаємовідносини [21, 22].

Виявлення, діагностика і терапія депресії в онкології є складною і недостатньо вирішеною проблемою. Серйозною перешкодою для ефективного лікування депресії є оманлива думка, що для хворих на рак сум і знижений настрій є природнім станом, який відповідно не потребує лікування [22].

Депресія спостерігається на всіх етапах перебігу онкологічних захворювань, проте існує думка про залежність депресивних проявів від стадії хвороби. Депресивні стани можуть формуватися ще на додіагностичному етапі і інтерпретуватися в якості продрому, психіатричної «маски» основного захворювання (С. Boyd і співавт., 2012) [23]. У пацієнтів з депресією на початкових стадіях захворювання спостерігається вищий відсоток летальності порівняно з недепресивними хворими. Депресія є предиктором пізнішого звертання пацієнтів за спеціалізованою медичною допомогою. Частіш за все афективні розлади є у вигляді легких астено-депресивних, депресивно-іпохондричних (В. Я. Семке, 1999), а також тривожно-депресивних розладів (А. Е. Коровин, 1999; С. Б. Марасанов, Р. Н. Виноградова, 2003).

В більшості випадків депресія маніфестує на етапі діагностики злоякісного новоутвору. Розвиток депресії відбувається за механізмом гострої тривожно-депресивної реакції на стрес. У клінічній картині на першому плані виявляється тривога, ажитація, плаксивість, відчуття безвиході і безпорадності. Подібні прояви свідчать про важкість афективних розладів і небезпеку суїциду (N. Alcalar 2012) [24]. Афективні розлади супроводжуються проявами соматизації з формуванням спільних з основною соматичною патологією симптомів. До клінічної структури тривожно-депресивної реакції додаються інсормнічні розлади. В симптомокомплексі депресії домінують песимістичні думки щодо несприятливого наслідку захворювання, невідворотності смерті, перспектив лікування [25].

За умови компенсації соматичного стану після позитивних ефектів хіміо- та променевої терапії прояви депресії і тривоги зменшуються, а їх виявлення потребує ретельного психопатологічного аналізу [26]. Загострення

проявів онкологічного процесу супроводжується мінімізацією дисоціативної симптоматики та посиленням проявів тривожно-депресивних розладів з фіксацією на тих чи інших функціональних розладах, побоюванням катастрофічно швидкого прогресування захворювання [27]. Клінічні прояви можуть набувати характеру дисфоричної депресії (частіше у осіб з дисоціативними, пограничними, істеричними розладами особистості), спровокованої необхідністю додаткових обстежень, повторних курсів лікування [28]. На першому плані в клінічній картині виявляються тужливо-зловний афект, похмурі невдоволення, дратівливість. Можливі спалахи гніву, що супроводжуються або актами агресії стосовно родичів чи медичного персоналу, або проявляються слізливостю і скаргами на соматичне неблагополуччя. Формування депресій у онкологічних хворих пов'язане з підвищеним ризиком самогубства [29].

Припускають, що неспсихотичні психічні розлади при онкологічних процесах можна розглядати в рамках посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (Д. Э. Выборных и соавт., 2011; M. Stuber и соавт., 1994). Депресії в рамках ПТСР формуються найчастіше на пізніх стадіях онкологічного процесу, а також в умовах тривалих госпіталізацій (K. Philbrick і співавт., 2012) [30]. Депресивні розлади при злоякісних новоутвореннях відрізняє характер психогенного комплексу – персистуючі (насильницькі, багаторазово повторювані), яскраві, образні спогади про травмуючі події, пов'язані з процесом діагностики, оперативними втручаннями, реанімаційними і терапевтичними процедурами [31].

На основі трансонологічної ритмологічної моделі депресій ряд дослідників (А. Б. Смулевич, Е. Б. Дубницка, 2012) виділяють форми з конкуруючими ритмами: соматореактивна дистимія, ендормна депресія, соматореактивна циклотимія [26,27].

Соматореактивна дистимія на перших етапах може перебігати за типом нозогенних депресій, однак у міру хроніфікації і прогресування онкологічного захворювання (метастазування злоякісної пухлини), приєднання ускладнень хіміо- і променевої терапії депресія пролонгується і затягується на термін більше 2 років [31]. Така динаміка може бути пов'язана також з конституційною схильністю (розладом особистості афективного, тривожного типу), соціальними і іншими факторами. Перебіг дистимії виявляє виразний паралелізм з динамікою соматичного статусу – в міру прогресування проявів основного захворювання збільшуються і афективні розлади. У структурі синдрому на перший план виступають стійкі персоніфіковані прояви гіпотимії – схильність до «нудьги», песимізм, ангедонія; характерні скарги на біль, втому, безсилля, труднощі концентрації, дратівливість, невдоволення власною долею і обставинами, що

склалися [32]. У ряді випадків виявляються явища соматизації (L. Grassi і співавт., 2007) з іпохондричними тенденціями [33].

При ендормній депресії поряд з психогенним змістом виявляються вітальні прояви, властиві циркулярній меланхолії: відчуття туги, тиску за грудиною, ідеї малоцінності та виявляється підпорядкованість клінічних проявів циркадному ритму (порушення циклу «сон-неспанья») [34]. Більш, ніж у половині випадків пік поганого самопочуття припадає на ранок, послаблення симптоматики відбувається до вечора. Можливий інвертований ритм з максимальним проявом депресії у вечірній або денний час. Важлива роль у формуванні ендормних депресій належить конституційній схильності. При цьому основний внесок в структуру схильності належить розладам особистості афективного кола чи тим, які пов'язані з розладами афективного спектру. Як показали дослідження, (Л.Н. Анісімова, 2013), серед розладів особистості, що визначають преморбід онкологічних хворих з ендормними депресіями, в 40% випадків виявляються афективні аномалії особистості (гіпертиміки, циклоїди), в 35% - розлади особистості тривожного типу, а в 20% - шизоїдного типу. Дебют і завершення депресивного епізоду даного типу депресій підпорядковуються ритму перебігу онкологічного захворювання: маніфестація афективних розладів припадає на активний період основної хвороби, зворотний розвиток збігається з ремісією після оперативного втручання і/або хіміотерапії.

Соматореактивна циклотимія пов'язана з соматичним захворюванням та дебютує після виявлення злоякісного новоутворення. За маніфестним депресивним епізодом зазвичай слідує гіпоманія [35,36]. Інверсія афекту з розвитком гіпоманії пов'язана з позитивними зрушеннями в перебігу онкологічного захворювання – досягнення стійкої ремісії, інформація про сприятливий прогноз, редукція симптоматики з поліпшенням загального самопочуття. В структурі депресивного епізоду, реєструються вітальна туга, тривога, апатія, ангедонія, циркадний ритм і інші феномени типового соматичного синдрому (депресивна анорексія, аменорея, зниження лібідо) [37]. У структурі депресивних епізодів персистує тривожно-фобічна симптоматика, асоційована з онкологічною патологією; типові короткочасні епізоди актуалізації тривоги (за типом неврозу очікування) перед черговим візитом до лікаря, обстеженням та ін. Гіпоманіакальна активність зосереджена на профілактичних заходах і оздоровчих процедурах. В рамках гіпоманіакального епізоду відзначається прискорення асоціативних і психомоторних процесів із загальним підвищенням вітального тону і гіперактивністю. В картині афективних епізодів зберігається виразний нозогенний комплекс [38, 39].

Проведено дослідження [29], щодо залежності проявів депресії від віку жінок з РМЗ, у якому серед

хворих на РМЗ виділяти такі вікові групи, як: 35-45 років, 46-55 років, 56 і більше років, що зумовлено характером емоційних переживань, які виникають у хворих на РМЗ внаслідок появи захворювання. Встановлено, що жінки від 35 до 45 років найбільше хвилювалися з приводу майбутнього зовнішнього вигляду та порушення стосунків з чоловіком (особистісних та сексуальних). Жінки від 46 до 55 років частіше концентрували свою увагу на втраті працездатності, зміні стосунків з людьми та боязні бути тягарем для близьких, у хворих від 56 і більше років переважав страх самотності, смерті, а також страх бути тягарем для інших.

Також виявлено, що в 35-45 років переважна більшість жінок була з легким рівнем депресії, при цьому в цій групі діагностувалася найбільша кількість жінок без депресії, та найчастіше виявлявся ергопатичний тип ставлення до хвороби порівняно з іншими віковими групами. В 46-55 років спостерігався помірний рівень депресії, а також діагностувався високий показник вираженої депресії. У цих хворих переважали тривожний та обсесивно-фобічний типи ставлення до хвороби. В 56 і більше років переважна більшість жінок мали легкий рівень депресії, а іпохондричний тип ставлення до хвороби спостерігався в цьому віці частіше, ніж в інших групах [29].

Окрему групу хворих на РМЗ з депресією становлять пацієнти після мастектомії. Виявлено, що від 25% до 65% жінок після мастектомії спостерігається тяжка депресія та велика частота суїцидальних думок [30-41]. Втрата молочної залози у даному випадку є не тільки фізичним недоліком, але і тяжкою психічною травмою, що впливає на поведінку жінки в побуті і суспільстві [31]. Тут основну роль відіграють труднощі примирення з своєю зовнішністю, втратою молочної залози, страх рецидиву. Депресія після мастектомії належить до проявів постмастектомічного синдрому [32, 34]. Тривожно-депресивні реакції у жінок, які страждають естроген-рецепторпозитивним РМЗ, формуються частіше після радикальної резекції молочної залози, ніж після мастектомії (И.В. Архипова, Н.П. Кокорина, 2009) [42].

На депресивні розлади при РМЗ після мастектомії впливають формування «посткастраційного синдрому» («припливи» жару до голови, грудей, парестезії), наявність фантомного болю в проекції віддаленої частини молочної залози і зміни образу тіла [39-41]. Пов'язані з перенесеною операцією рубці, зміни фігури і зовнішнього вигляду і, відповідно, менша жіночність і привабливість, а також сексуальні дисфункції, можуть виступати в якості основних факторів розвитку депресії (А. Begovic-Juhant і співавт., 2012) [43].

Окремими авторами [37,38] проведено дослідження визначення характеристики депресивного стану у жінок з постмастектомічним синдромом з різними типами ставлення до хвороби. Клінічні прояви депресії було зафіксовано у 61%

респондентів з раціональним типом ставлення до хвороби (з них – у 66% – з інтрапсихічним та у 34% – з інтерпсихічним варіантами).

Депресія при РМЗ погіршує виживання пацієнтів [44]. З'ясовано, що у жінок з РМЗ, у яких згодом розвинулась депресія на 45% був вищим ризик смерті, на відміну від жінок, у яких депресія не відмічалася. Жінки з уже існуючим діагнозом депресії на момент виявлення РМЗ також показали пониження виживання, але це було пов'язано, головним чином, з такими чинниками, як літній вік на момент встановлення діагнозу та низьким соціально-економічним статусом. У цілому, 55% всіх жінок із депресією були живими через п'ять років після діагностики РМЗ у порівнянні з 75% пацієнок без депресії [44, 45].

Дослідники з Данії [45] виявили, що жінки з депресією в анамнезі також мають більш низькі шанси на виживання з РМЗ, ніж пацієнти без проблем психічного здоров'я. У дослідженні взяли участь більше 45 000 жінок з ранньою стадією РМЗ. 13% пацієнок, які раніше отримували антидепресанти померли протягом п'яти років після встановлення діагнозу раку, в порівнянні з 11% жінок, які ніколи не приймали ліки від депресії. Жінки, які страждають від депресії, з меншою ймовірністю починають або продовжують рекомендовані методи лікування. Встановлено, що у жінок з депресією в анамнезі на 14% більший ризик померти від РМЗ через недотримання рекомендацій з лікування. Окрім того, доведено, що деякі антидепресанти знижують ефективність препаратів від РМЗ, якщо вони приймаються одночасно [45].

2. Спектр тривожних розладів. Емоційні розлади при онкологічній патології проявляються тривогою різного ступеня вираженості [47-50]. Тривожні розлади – найпоширеніший вид психічних розладів, які суттєво впливають на якість життя пацієнтів та спричиняють значне його погіршення [51]. Сумарно тривожні розлади відносяться до групи найбільш поширених психіатричних розладів [52]. Попри те, що тривожні розлади сприймаються як «легкі» психіатричні порушення, їх вплив на якість життя може бути дуже суттєвим, тому адекватне і вчасне виявлення цих розладів та надання належної допомоги – надзвичайно важливе завдання системи охорони психічного здоров'я, особливо у хворих онкологічного профілю.

Більше половини хворих на РМЗ проявляють ситуаційну тривожність [51, 52], відчують емоційний дискомфорт, тривожно відносяться до майбутнього і виявляють фобічні реакції. Вони відчують внутрішню почуття напруженості, виявляють симптоми ажитації, безцільного занепокоєння, відчують незадоволеність з приводу своєї особистості, життя і долі в цілому. У 49% хворих на рак формуються нові або актуалізуються старі страхи і фобії. У цих же людей виявляється сильний страх перед майбутнім [54].

При аналізі включених в патогенез онкологічного захворювання різних психологічних

чинників перш за все виділяється патогенна роль негативних емоцій [55]. Патогенність емоцій в даному випадку визначається силою переживання, інтенсивністю і специфічністю [56]. При тяжких хронічних захворюваннях з вітальною загрозою, наприклад при онкологічних захворюваннях, емоційні розлади розглядають також в контексті сомато-психічних співвідношень, пов'язаних з ситуацією хвороби [57]. Аналіз емоцій у цьому випадку проводиться відповідно до таких понять, як «ставлення до хвороби», «внутрішня картина хвороби». При цьому важливо проводити аналіз цілого ряду чинників: когнітивного компоненту (переробка інформації про хворобу та прогноз), емоційного компоненту (реакція на стрес) і цілого ряду поведінкових розладів, зумовлених психосоціальними аспектами (А.Е. Личко, Білобівка Р.І. та співавт.) [53].

РМЗ має фруструючий вплив, різко блокує актуальні соціальні потреби та створює ситуацію вітальної загрози і невизначеності прогнозу [43]. Стан тривалої тривоги не тільки знижує життєвий тонус і погіршує якість життя пацієнок, але і в ряді випадків може бути причиною повернення хвороби, зокрема, шляхом розвитку психогенної імунодепресії [43].

Особливістю тривожних розладів у жінок з РМЗ після мастектомії є поєднання рис характерних для цього розладу при тяжкій соматичній патології та при операційному стресі. На відміну від терапевтичної патології, при якій патогенним для психічної діяльності стає стан тривалої хронічного захворювання, і зміна системи відносин особистості відбувається поступово, у рамках хірургічної патології відзначається значимість психологічного операційного стресу [54-56]. Найчастішим проявом операційного стресу є тривога, при цьому вона є як передопераційною так і післяопераційною [57].

Передопераційна тривога є типовою психологічною реакцією на повідомлення про необхідність проведення хірургічної операції. Вона виражається в постійному занепокоєнні, непосидючості, неможливості зосередитися на чому-небудь, порушенні сну [57]. Тривога проектується в майбутнє, відбиваючи очікування на якість операції, майбутнього стану, задоволеності тим, що погодився на операцію. Післяопераційна тривога, що клінічно може бути ідентичною передопераційної, пов'язана з перенесенням операційним стресом, з порівнянням очікувань і реальності. Вважається, що існує зв'язок між рівнем тривоги в передопераційному і післяопераційному періодах [58].

І високий, і низький рівень тривоги перед операцією сприяє формуванню дезадапційних психічних станів після неї. Кузнецова А. А. (2008) при визначенні тривоги у жінок з РМЗ виявила високий рівень особистісної та ситуативної тривоги. При порівняльному аналізі показників ситуативної та особистісної тривоги у пацієнок були виявлені достовірні відмінності за показниками загальної тривоги, емоційного

дискомфорту і фобічного компоненту – всі показники вищі в структурі особистісної тривоги. Автором зроблено висновок, що для даної групи хворих характерна особистісна схильність до підвищеної емоційної чутливості та «хронічних» страхів, які періодично зростають у залежності від внутрішнього стану або загострення зовнішньої ситуації. Найбільший внесок в ситуаційну тривогу вносили песимістичне оцінювання перспектив, проблемність у сфері соціальних контактів і астенічний компонент; встановлено кореляційні зв'язки між рівнями депресії та тривоги, що проявляються у взаємному потенціюванні.

Проведено дослідження проявів тривоги у жінок з РМЗ та плановою мастектомією на різних етапах лікування [58]. Встановлено, що при поступленні пацієнтки в стаціонар відмічався високий рівень реактивної тривоги, який закономірно збільшувався зі зменшенням рівня психологічної компенсації. На етапі перед операцією у хворих актуалізовувались переживання, обумовлені діагнозом, лікуванням і його перспективами. Перед операцією у жінок з РМЗ рівень реактивної тривоги знижувався, однак залишався достатньо високим. У післяопераційному періоді для пацієнток був також характерний високий рівень реактивної тривоги, достовірних відмінностей цього показника щодо попереднього етапу не встановлено.

Перед випискою зі стаціонару в хворих поставала емоційна проблема переживання ставлення до майбутнього: у багатьох був страх виникнення рецидиву і метастазів, які можуть привести до болісної смерті. У цей період відбувалося переосмислення та зміна соціальної ролі, і виникали труднощі в прийнятті відповідальності за своє подальше життя, особливо тяжко це переживалося тими хворими, які в процесі лікування не прагнули до співпраці з лікарем, а лише пасивно підпорядковувались йому. До виписки рівень особистісної тривоги залишався високим у всіх жінок, а рівень реактивної тривоги знижувався [59].

Для оцінки психоемоційного стану жінок, хворих на РМЗ використовують різноманітні методи дослідження, що складаються з ряду методик: самооцінка особистості, що характеризує параметри самопочуття, активності й настрою, методика Ч. Спілберга – Ю. Ханіна [60], які дають змогу визначити рівень реактивної і особистісної тривоги; методика М. Гамільтона [61, 62], котра характеризує ступінь вираженості депресії й тривоги.

3. Спектр психогенних реакцій. Вплив на людину онкологічного захворювання, окрім патогенного соматичного статусу, включає і широкий спектр психологічних реакцій [63, 64]. З одного боку, діагноз хвороби перетворює один тільки факт захворювання на тяжку психічну травму, яка здатна сформувати психічні порушення психогенного характеру (психогенії) [66]. З іншого боку, онкологічну патологію можна розглядати як один з найбільш тяжких в соматичному плані

чинник, що суттєво впливає на психічну діяльність та формує соматогенні психічні розлади [67]. В онкологічних хворих на всіх етапах лікування спостерігаються певні психогенні реакції, що відрізняються за своїми клінічними проявами та вираженістю [68-70]. За ступенем глибини ці реакції поділяють на три типи: легкого, середнього та тяжкого ступеня прояву.

У психологічних дослідженнях вивчалися різноманітні аспекти впливу онкологічного захворювання на людину. Як «психологічні канцерогени» описані різноманітні психотравмуючі життєві події, психологічні проблеми у зв'язку із втратою об'єкта та пов'язані з цим страхи, порушення здатності до вираження емоцій, складність у подоланні конфліктів, стан безнадії, що тривало існує, пригніченості та відчаю [70]. У низці робіт досліджений «психологічний профіль онкологічного хворого» [71, 72]. Виявлено, що у багатьох пацієнтів спостерігаються такі риси як домінування дитячої позиції у комунікації, тенденція до екстерналізації локусу контролю, висока нормативність у ціннісній сфері, значний поріг сприйняття негативних ситуацій, складність розуміння сутності ознак у когнітивній сфері. Встановлено, що реакція на стрес залежить від структури особистості, або, так званого, психологічного преморбиду і від того, яке значення події надається суб'єктом [73].

Е. Kubler-Ross описала п'ять типових фаз процесу, які проходить хворий від початку встановлення діагнозу та на етапах лікування тяжкого захворювання [74]: шок, фаза заперечення, агресії, депресії та фаза прийняття (примирення). У фазі шоку свідомість хворого наповнюється картиною невідвортної загибелі. За нею йде фаза заперечення, витіснення ситуації. У фазі агресії отримана інформація визнається, і особистість реагує пошуком причини і винних. За стадією агресії йде стадія «торгівлі». Хворий вступає у переговори (внутрішні діалоги з Богом, долею) за продовження свого життя. Фаза депресії проявляється зниженням настрою, згадуванням минулих образ та незавершених конфліктів, домінуючим у її формуванні є переживання втрати звичного укладу життя, крах планів на майбутнє. На зміну приходить стадія примирення з долею, момент переоцінки цінностей. Людина приймає відповідальність за всі обставини свого захворювання і свого існування. Ці стадії можуть проходити не у строгій послідовності і можуть змінювати черговість.

Деякими авторами вивчалися психоемоційні реакції та поведінка онкологічних хворих, пов'язані з лікуванням [75-77]. Оперативне лікування онкологічної хвороби, поряд з позитивним протипухлинним ефектом (видалення або зменшення маси пухлини), може приводити до формування видимих фізичних дефектів, втрати органу, тоді як побічними ефектами хіміотерапії є зниження когнітивної функції, імунітету, потенції у пацієнтів [77]. Такі негативні наслідки лікування сприяють відмові частини хворих від терапії.

Також мають місце особливості психологічного реагування онкологічних хворих в залежності від етапу лікувального процесу: діагностичного, передопераційного та післяопераційного (у разі проведення хірургічного втручання), виписки зі стаціонару, катанестичного, рецидиву та продовження хвороби, паліативного лікування. Специфічними є страхи хворих, що стосуються рецидиву та продовження хвороби, переживання, пов'язані з усвідомленням та переоцінкою сенсу життя та смерті [78].

Існують різні класифікації типів особистісної реакції хворих на своє захворювання [78-84]. Умовно їх можна розділити на три групи: медико-психологічні, психіатричні та соціально-психологічні [85].

Реакції на інформацію про захворювання в першу чергу залежать від "значення хвороби" для хворого [81]. При цьому можливі такі основні варіанти:

1) хвороба - погроза або виклик, а тип реакцій - протидія, тривога, відхід або боротьба (іноді параноїчна); 2) хвороба - втрата, а відповідні типи реакцій: депресія або іпохондрія, розгубленість, горе, спроба привернути до себе увагу, порушення режиму; 3) хвороба - виграш або порятунок, а типи реакцій при цьому: байдужність, життєрадісність, порушення режиму, ворожість щодо лікаря; 4) хвороба - покарання, при якому виникають реакції типу пригніченості, сорому, гніву.

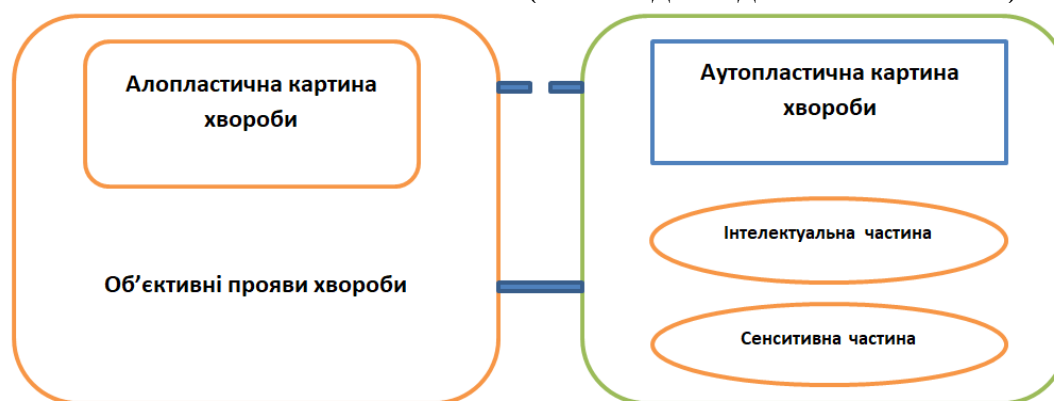
Традиційно виділяють три головні типи реакції пацієнта на хворобу: стенична, астенична і раціональна [80]. При активній життєвій позиції хворого стосовно лікування й обстеження говорять про стеничну реакцію на захворювання. Є, однак, і негативна сторона цього типу реагування, тому що

хворий може бути мало здатним до виконання необхідних обмежень стереотипу життя, які вимагає хвороба та лікувальний процес. При астеничній реакції на захворювання у хворих спостерігається нахил до песимізму, але вони відносно легко, ніж хворі зі стеничною реакцією, психологічно пристосовуються до захворювання. При раціональному типі реакції має місце реальна оцінка ситуації і раціональний відхід від фрустрації [83].

Одним з перших відчуттів суму, переживань та настроїв хворого разом з його власним уявленням про хворобу під назвою аутопластичної картини хвороби описав Goldscheider A. (1929). Він виділяв два рівні аутопластичної картини хвороби: «сенситивний», який базується на відчуттях та пов'язаних з ними переживаннях та «інтелектуальний», який базується на відомостях про хворобу, якими володіє сам хворий. Близьким є поняття внутрішньої картини хвороби російського психолога Лурия Р.А. (1935), який послуговувався у своїх міркуваннях моделлю внутрішньої картини хвороби. Під цією моделлю розумілося «...все те, що відчуває та переживає хворий, вся маса його відчуттів... його загальне самопочуття, самоспостереження, його уявлення про свою хворобу, про її причини... - цілий світ хворого, який складається з досить складних поєднань сприйняття та відчуття, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань та травм». Автор дотримувався поділу внутрішньої картини хвороби на два рівні (інтелектуальний та синсетивний), але особливе значення надавав інтелектуальному, який суттєво впливає на перебіг патологічних процесів (Схема 1).

Схема 1.

ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ХВОРОБИ (ЗА ГОЛЬДШЕЙДЕРОМ А. І ЛУРІЯ Р.)



Білобровка Р. (1995) поглибив вчення про розуміння поняття «внутрішня картина хвороби» (у площині визначень Гольдшейдера А. та Лурії Р.), запропонувавши авторську схему аналізу внутрішньої картини хвороби [87]. Автор рекомендує звертати увагу на такі структурні елементи особистості, як характерологічні риси, тип вищої нервової діяльності, емоційний тип реагування, рівень інтелекту, рівень інформованості, ціннісні орієнтації, віра в себе,

системи психологічного захисту, вольві процеси. На думку Білобровки Р., взаємодія цих чинників формує уявлення хворого про норму та патологію даного розладу, оцінки прогнозу та формування моделей поведінки в умовах наявних порушень та психологічні механізми захисту (Схема 2). Важливий висновок автора є той, що виходячи з цієї концепції лікування соматичного хворого повинно обов'язково враховувати внутрішню картину хвороби шляхом застосування принципів



Подібні проблеми розроблялися й іншими дослідниками, якими були запропоновані наступні терміни: «переживання хвороби» Шевалев Е.А. (1936), Ковалев В.В. (1972), «свідомість хвороби» Краснушкин Е.К. (1950), Рохлин Л.Л. (1957), Познанский А.С. (1966), «позиція до хвороби» Фрумкин Я.П., Мизрухин И.А. (1970); «нозогенна реакція» (Фільц О.О., 1992) – гіпнозогенія, еонозогенія, гіпернозогенія. Використовуючи в якості основного поняття «аутопластична картина хвороби» Vondracek V. (1969), Kopesny R., Bouchal M. (1982) пропонують наступну класифікацію її типів: нормальна, зневажлива, заперечуюча, нозофобна, іпохондрична, нозофільна, утилітарна. Вугпе D.G. (1982) зазначав, що реакція на хворобу залежить від характеру та прогнозу захворювання, особливе місце відводив осмисленню хвороби.

Одним з цікавих поглядів до вивчення суб'єктивної сторони захворювання містяться в роботах Lipowski (1983). Він пропонує свою типологію «психосоціальних реакцій на хворобу», виділяючи в них три компоненти: реакція на інформацію про захворювання, емоційні реакції на хворобу, реакції подолання хвороби.

ВИСНОВКИ.

1. Визначення депресивних проявів у хворих на РМЗ переважно проводиться при наявності активних скарг характерних для цього розладу, коли депресія є уже вираженого ступеня важкості. Легкі симптоми депресії переважно не беруться до уваги, оскільки сум та туга вважаються природним станом пацієнтки з цим захворюванням. Для виявлення депресивних проявів використовують розширене анамнестичне інтерв'ю та психологічне чи психіатричне консультування з застосуванням специфічних тестів та опитувальників. Доцільно проводити виявлення депресивних проявів за мінімальних скарг як самих пацієнток, так і їх родичів, а також у жінок з депресією в анамнезі. Таким чином, значна роль у неможливості повернення до звичного життя жінок з РМЗ після мастектомії належить депресії. Незважаючи на

досягнення останніх років щодо визначення ролі депресивних розладів у клінічній картині РМЗ, актуальними є подальші дослідження діагностично-терапевтичних підходів цих розладів, оскільки вони зустрічаються зі значною частотою серед хворих та потребують специфічного лікування.

2. Тривога – вагомий фактор якості життя хворих, в зв'язку з чим рання психологічна діагностика особливостей емоційної сфери жінок з РМЗ дозволить прогнозувати можливі варіанти особистісних емоційно-забарвлених реакцій в системі значущих відносин особистості в процесі хвороби і відповідним чином організувати психопрофілактичні втручання. Принципово важливим є вивчення структури тривожних станів, що дозволить підвищити ефективність психокорекційних заходів в даних хворих.

3. На реакцію особистості і пролонгацію цієї реакції впливає ряд чинників, з-поміж яких вирізняють характер діагнозу, зміну фізичної повноцінності і зовнішності, зміни положення в сім'ї чи суспільстві; життєві обмеження чи позбавлення, пов'язані з хворобою, а також необхідність у оперативному лікуванні. Налаштування індивіда на одужування чи хворобу отримує важливе, якщо не головне, значення для розвитку і перебігу раку молочної залози.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.

1. Car J, Zycińska J, Lasota W. Assessment of psychological distress and depression in cancer patients. *Przegl. Epidemiol.* 2012;66(4):689-95.
2. Jafari A, Goudarzian AH, Bagheri Nesami M. Depression in Women with Breast Cancer: A Systematic Review of Cross-Sectional Studies in Iran. *Asian Pac. J Cancer Prev.* 2018;19(1):1-7.
3. Смулевич АБ. Депрессии в онкологической практике (клиника, типологическая дифференциация). *Психиатрия Психические расстройства в общей медицине.* 2013;34-8.

4. Полещук НВ. Депрессивные расстройства при патологии молочной железы. Бюллетень сибирской медицины. 2008;5:92-95.
5. Abou Kassm S, Hlais S, Khater C, Chehade I, Haddad R, Chahine J [et al.]. Depression and religiosity and their correlates in Lebanese breast cancer patients. Psychooncology. 2018;27(1):99-105.
6. Bener A, Alsulaiman R, Doodson L, Agathangelou T. Depression, Hopelessness and Social Support among Breast Cancer Patients: in Highly Endogamous Population. Asian Pac J Cancer Prev. 2017;18(7):1889-1896.
7. Purkayastha D, Venkateswaran C, Nayar K, Unnikrishnan UG. Prevalence of Depression in Breast Cancer Patients and its Association with their Quality of Life: A Cross-sectional Observational Study. Indian J Palliat Care. 2017;23(3):268-273.
8. Yang M, Chen W, Gao X, Liu S, Shi S, Xie B. Prevalence and correlates of major depressive disorders in breast cancer survivors in Shanghai. China Psychooncol. 2012;21:1331-1337.
9. Hotopf M, Henderson M. Palliative care. In: Handbook of Liason Psychiatry. Cambridge University Press. 2007;592-616.
10. Weckmann M. Psychiatric care at the ends of life; hospice and palliative medicine. In: Psychosomatic medicine. An introduction to consultation – liason psychiatry. Ed.: J.Amos, R.Robinson 2010;226-34.
11. Кузнецова АА. Психодиагностика эмоционально-аффективных расстройств у женщин с онкологической патологией. [Электронный ресурс]. Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2008; Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/psihodiagnostika-emotsionalno-afektivnyh-rasstroystv-u-zhenschin-s-onkologicheskoy-patologiy>
12. Potash M, Breitbart W. Affective disorders in advanced cancer. Hematol Oncol Clin N Am 2002;16:671-700.
13. Passik SD, Lavery AE. Recognition of depression and methods of depression screening in people with cancer. In: Depression and cancer. Ed.: D.Kissane, M.Maj, N.Sartorius. Wiley-Blackwell 2011;81-100.
14. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. A report from the coping with cancer study. Cancer 2005;104:2872-81.
15. Miller K, Massie MJ. Depression and anxiety. Cancer J 2006;12:388-439.
16. Выборных ДЭ, Иванов СВ, Савченко ВГ. Нозогенные реакции у больных с заболеваниями системы крови. Психич. расстройства в общей медицине. 2011;3-4:4-10.
17. Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. Biol Psychiatr 2003;54:269-82.
18. Mulick A, Walker J, Puntis S, Burke K, Symeonides S, Gourley C [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; doi: 10.1016/S2215-0366(18)30061-0.
19. Litzelman K, Keller AO, Tevaarwerk A, DuBenske L. Adequacy of Depression Treatment in Spouses of Cancer Survivors: Findings From a Nationally Representative US Survey. J Gen Intern Med. 2018; doi: 10.1007/s11606-018-4331-z.
20. Yang L, Korhonen K, Moustgaard H, Silventoinen K, Martikainen P. Pre-existing depression predicts survival in cardiovascular disease and cancer. J Epidemiol Community Health. 2018; doi: 10.1136/jech-2017-210206.
21. Dujmović A, Marčinko D, Bulić K, Kisić H, Duduković M, Mijatović D. Quality of Life and Depression Among Female Patients Undergoing Surgical Treatment for Breast Cancer: A Prospective Study. Psychiatr Danub. 2017;29(3):345-350.
22. Hart TL, Charles ST, Gunaratne M, Baxter NN, Cotterchio M, Cohen Z. Symptom Severity and Quality of Life Among Long-term Colorectal Cancer Survivors Compared With Matched Control Subjects: A Population-Based Study. Dis Colon Rectum. 2018;61(3):355-363.
23. Boyd CA, Benarroch-Gampel J, Sheffield KM, Han Y, Kuo Y-F, Riall TS [et al.]. The effect of depression on stage at diagnosis, treatment, and survival in pancreatic adenocarcinoma. Surgery 2012;152(3):403-13.
24. Alcalar N, Ozkan S, Kucucuk S, Aslay I, Ozkan M. Association of coping style, cognitive errors and cancer-related variables with depression in women treated for breast cancer. Jpn J Clin Oncol 2012;42(10):940-7.
25. Kemuel L., Philbrick KL, Rundell JR, Netzel PJ [et al.]. Clinical manual of psychosomatic medicine. 2nd ed. American Psychiatric Association. 2012;564.
26. Смулевич АБ. Депрессии в общей медицине. Bookstar; 2001:256.
27. Смулевич АБ, Дубницкая ЭБ, Читлова ВВ. Общие вопросы неврологии и психиатрии. Расстройства личности и депрессия. Журнал неврологии и психиатрии. 2012;9:4-11.
28. Grassi L, Biancosino B, Marmai L et al. Psychological Factors Affecting Oncology Conditions. In: Psychological Factors Affecting Medical Conditions. Eds. P.Porcelli, N.Sonino. AN Classification for DSM-V. Adv Psychosom Med Basel Karger 2007;28:57-71.
29. Психодіагностика в роботі соматичних лікувальних закладів <http://works.doklad.ru/view/krhgc7IV2GQ/all.html>
30. Біскін ЮА, Одинець ТЄ. Характеристики психоемоційного стану та якості життя у жінок з постмастектомічним синдромом з різними типами ставлення до хвороби. Український журнал медицини, біології та спорту. 2016;2(2):24-27.
31. Кондаков АВ. Реабилитация женщин после мастэктоми, Вместе против рака. [Электронный ресурс]. 2005;1: Режим доступа: http://www.vmpr.ru/index.php%3Foption%3Dcom_content%26view%3Darticle%26id%3D403%26Itemid%3D523
32. Polednak AP. Suicide among breast cancer patients who have had reconstructive surgery: a

- population-based study. Psychosomatics. 2007;48(2):178-9.
33. Мереуцэ И. Депрессия после мастэктомий. [Электронный ресурс]. 2014; Режим доступа: <http://gisap.eu/ru/node/45204>.
34. Dujmović A, Marčinko D, Bulić K, Kisić H, Duduković M, Mijatović D. Quality of Life and Depression Among Female Patients Undergoing Surgical Treatment for Breast Cancer: A Prospective Study. *Psychiatr Danub*. 2017;29(3):345-350.
35. Chen W, Lv X, Xu X, Gao X, Wang B. Meta-analysis for psychological impact of breast reconstruction in patients with breast cancer. *Breast Cancer*. 2018; doi: 10.1007/s12282-018-0846-8.
36. Kim MS, Kim SY, Kim JH, Park B, Choi HG. Depression in breast cancer patients who have undergone mastectomy: A national cohort study. *PLoS One*. 2017;12(4):e0175395. doi: 10.1371/journal.pone.0175395.
37. Nishimura D, Kosugi S, Onishi Y, Ihara N, Wakaizumi K, Nagata H [et al.]. Psychological and endocrine factors and pain after mastectomy. *Eur J Pain*. 2017;21(7):1144-1153.
38. Timman R, Gopie JP, Brinkman JN, Kleijne A, Seynaeve C, Menke-Pluymers MB [et al.]. Most women recover from psychological distress after postoperative complications following implant or DIEP flap breast reconstruction: A prospective long-term follow-up study. *PLoS One*. 2017;12(3):e0174455. doi: 10.1371/journal.pone.0174455.
39. Xiao F, Song X, Chen Q, Dai Y, Xu R, Qiu C, Guo Q. Effectiveness of Psychological Interventions on Depression in Patients After Breast Cancer Surgery: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Clin Breast Cancer*. 2017;17(3):171-179.
40. Zhang C, Hu G, Biskup E, Qiu X, Zhang H, Zhang H. Depression Induced by Total Mastectomy, Breast Conserving Surgery and Breast Reconstruction: A Systematic Review and Meta-analysis. *World J Surg*. 2018; doi: 10.1007/s00268-018-4477-1.
41. Zhong T, Hu J, Bagher S, Vo A, O'Neill AC, Butler K [et al.]. A Comparison of Psychological Response, Body Image, Sexuality, and Quality of Life between Immediate and Delayed Autologous Tissue Breast Reconstruction: A Prospective Long-Term Outcome Study. *Plast Reconstr Surg*. 2016;138(4):772-80.
42. Архипова ИВ, Кокоркина НП. Клинические и реабилитационные аспекты психических расстройств у женщин с диагнозом рак молочной железы на этапе хирургического лечения. Психические расстройства в общей медицине. 2009;1:20-22.
43. Begovic-Juhant A, Chmielewski A, Iwuagwu S, Chapman LA. Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 2012;30:446-60.
44. Депрессия повышает риск смерти от рака груди [Электронный ресурс]. Вестник здоров'я. 2015; Режим доступа: 201544671/depressiya-povyshaet-risk-smerti-ot-raka-grudi.html
45. Депрессия снижает шансы на выживание с раком груди [Электронный ресурс]. 2016; Режим доступа: <http://s-aibolita.ru/depressiya-snizhaet-shansy-na-vyzhivanie-s-rakom-grudi/>
46. Busby J, Mills K, Zhang SD, Liberante FG, Cardwell CR. Selective serotonin reuptake inhibitor use and breast cancer survival: a population-based cohort study. *Breast Cancer Res*. 2018;20(1):4.
47. Ktistaki P, Alevra N, Voulgari M. Long-Term Survival of Women with Breast Cancer. Overview Supportive Care Needs Assessment Instruments. *Adv Exp Med Biol*. 2017;989:281-284.
48. Salakari M, Pylkkänen L, Sillanmäki L, Nurminen R, Rautava P, Koskenvuo M, Suominen S. Social support and breast cancer: A comparative study of breast cancer survivors, women with mental depression, women with hypertension and healthy female controls. *Breast*. 2017;35:85-90.
49. Vodermaier A, Linden W, Rnic K, Young SN, Ng A, Ditsch N, Olson R. Prospective associations of depression with survival: a population-based cohort study in patients with newly diagnosed breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2014;143(2):373-84.
50. Гарданова ЖР, Чернов АВ, Абдуллин ИИ. Взаимосвязь уровня тревожности с копинг-стратегиями и выраженностью психологических защитных механизмов по сравнению с людьми, больными другими онкологическими заболеваниями. Вестник науки и образования. 2016;9:97-101.
51. Park EM, Gelber S, Rosenberg SM, Seah DSE, Schapira L, Come SE, Partridge AH. Anxiety and Depression in Young Women With Metastatic Breast Cancer: A Cross-Sectional Study. *Psychosomatics*. 2018;doi: 10.1016/j.psych.2018.01.007.
52. Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB [et al.]. *Psycho-Oncology* – Oxford University press; 2010:745.
53. Внутрішня картина подружньої дисгармонії при істинних та уявних сексуальних розладах у чоловіків та її психотерапевтична корекція [Текст] : дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук: 14.08.18 / Білобрівка Ростислав Іванович ; Харківський ін-т удосконалення лікарів. Харків; 1995: 187.
54. Alkan A, Guc ZG, Senler FC, Yavuzsen T, Onur H, Dogan M [et al.]. Breast cancer survivors suffer from persistent postmastectomy pain syndrome and posttraumatic stress disorder (ORTHUS study): a study of the palliative care working committee of the Turkish Oncology Group (TOG). *Support Care Cancer*. 2016;24(9):3747-55.
55. Sherman KA, Woon S, French J, Elder E. Body image and psychological distress in nipple-sparing mastectomy: the roles of self-compassion and appearance investment. *Psychooncology*. 2017;26(3):337-345.
56. Timman R, Gopie JP, Brinkman JN, Kleijne A, Seynaeve C, Menke-Pluymers MB [et al.]. Most women recover from psychological distress after postoperative complications following implant or DIEP flap breast reconstruction: A prospective long-term follow-up study. *PLoS One*. 2017;12(3): doi: 10.1371/journal.pone.0174455.
57. Geraybeyli GC, Mamedzade GF, Gasimov NV, Guliyeva TS, Munir K. Anxiety in women undergoing surgical treatment of breast cancer. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 2017;117(6):79-82.

58. Чулкова ВА. Психологическое исследование личностных реакций на болезнь при раке молочной железы [Электронный ресурс]. дис. на здобуття наукового ступеня канд. псих. наук: 10.00.04; Харківський ін-т удосконалення лікарів. Санкт-Петербург; 1999:190. Режим доступу: <http://www.dissercat.com/content/psikhologicheskoe-issledovanie-lichnostnykh-reaktsii-na-bolezn-pri-rake-molochnoi-zhelezy#ixzz4V64dkuAc>
59. Малкіна-Пих ІГ. Психосоматика: Довідник практичного психолога. Москва: Ексмо; 2005:992.
60. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 1959; 32:50-55.
61. Чулкова ВА, Пестерева ЕВ. Клинико-психологические аспекты в онкологии. Вестник СПбГУ. 2010;12(1):91-99.
62. Akel R, El Darsa H, Anouti B, Mukherji D, Temraz S, Raslan R [et al]. Anxiety, Depression and Quality of Life in Breast Cancer Patients in the Levant. Asian Pac J Cancer Prev. 2017;18(10):2809-2816.
63. Villar RR, Fernández SP, Garea CC, Pillado MTS, Barreiro VB, Martín CG. Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. Rev Lat Am Enfermagem. 2017;25: doi: 10.1590/1518-8345.2258.2958.
64. Піонтковська ОВ. До питання психологічних особливостей хворих онкологічного профілю та їх психотерапії. Український вісник психоневрології. 2015; 23,2(83):83-85.
65. Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB. [et al.]. Psycho-oncology. N. Y.: Oxford University press; 2010:712.
66. Маркова МВ, Піонтковська ОВ, Мухаровська ІР. Алгоритм повідомлення діагнозу та «несприятливих» новин у клініці дитячої онкології (методичні рекомендації). Харків; 2013.
67. Маркова МВ, Мартинова ЮЮ. Особливості психоемоційного стану жінок, які перенесли мастектомію. Психічне здоров'я. 2013; 2(39):76-83.
68. Табачников СИ, Васильева АЮ. Оценка качества жизни больных, страдающих онкологической патологией. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2009; 3 (23):42-46.
69. Бугайцов СГ. Психопатологические расстройства у больных раком молочной железы и методы их психотерапевтической коррекции. Український медичний альманах. 2002; 5(4):14-17.
70. Яворська ТП. Особливості психоемоційного стану онкологічних пацієнтів, які перенесли хірургічне втручання з формуванням кишкової стоми. Медична психологія. 2012; 2:88-94.
71. Строяновська ОВ. Вікові особливості сприймання захворювання хворими на рак молочної залози. Вісник Харківського національного університету. Харків: Вид-во Харківського національного університету; 2002:183-187.
72. Жилиева ТВ, Касимова ЛН. Роль психических факторов в развитии злокачественных новообразований. Нижегородский медицинский журнал. 2007; 1:71-79.
73. Яворська ТП. Оцінка внутрішньоособистісного та психо-соціального компонентів адаптаційного потенціалу онкологічних пацієнтів, які перенесли хірургічне втручання з формуванням кишкової стоми. Психічне здоров'я. 2012;1 (34):13-20.
74. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. Київ: «София»; 2001:320.
75. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J [et al]. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA. 1983; 249:751—757.
76. Garssen B. Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. Clin Psychol Rev. 2004; 24(3):315—338.
77. Higginsona IJ, Costantinib M. Dying with cancer, living well with advanced cancer. European journal of cancer. 2008; 44(10):1414—1424.
78. Вассерман ЛИ, Трифонова ЕН, Федорова ВЛ. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией. Сибир. психол. журн. 2008;27:67-71
79. Психология больного и его реакция на болезнь [Электронный ресурс]. Под ред АФ Краснова. Сестринское дело. 2000;1: Режим доступу до ресурсу: <http://www.med24info.com/books/sestrinskoe-delo-tom-1/psihologiya-bolnogo-i-ego-reakciya-na-bolezn-18813.html>
80. Корнеева ВА, Величинская ОА, Кундер ЕВ. Преобладающий тип отношения к болезни у больных и их особенности. Вестник ВГМУ. 2010;9(4):34-39.
81. Невротичні розлади у хворих соматичного профілю [Електронний ресурс]. 2010; Режим доступу до ресурсу: <http://www.bestreferat.ru/referat-148203.html>.
82. Рогов ЕИ. Психология общения. Москва: ЭКСМ-Пресс; 2001:329.
83. Харчук ЕВ. Отношение к болезни у пациентов с сочетанием параноидной шизофрении и гипертонической болезни. Український медичний часопис. 2013;3(95): 5-6.
84. Ткаченко ГА, Миронова ЕЕ, Воротников ИК, Мамедов УР. Психологическое исследование изменения отношения больных раком молочной железы к гормональной терапии в процессе лечения. Вестник ФГБУ "РОНЦ им. НН Блохина". 2016;27(2):133-136.
85. Банщиков ВМ. Психотерапия. Москва; 1967:135.
86. Психічне реагування на хворобу та психологія соматичного пацієнта [Електронний ресурс]. 2017; Режим доступу до ресурсу: https://revolution.allbest.ru/psychology/00767226_0.html.
87. Білобрівка РІ. Внутрішня картина подружньої дисгармонії при істинних та уявних сексуальних розладах у чоловіків та її психотерапевтична корекція. Автореферат дисертації на здобуття вченого ступеня кандидата медичних наук. Харків; 1995:27:16-18.