

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ

Н.П. Отрощенко, І.П. Отрощенко, П.О. Отрощенко

Мета: аналіз діагностики та лікування депресії у хворих на рак шийки матки (РШМ).

Матеріали і методи. Під наглядом перебували 67 жінок з депресією, хворих на рак шийки матки. Вказаним хворим було проведено клінічне обстеження, а також клініко-психопатологічні, клініко-динамічні, катанестичні та інші методи обстеження. Комплексна програма лікування хворих включала променеву терапію в поєднанні з психофармакотерапією та психотерапією.

Результати. У хворих виявлено неспихотичну депресію з переважаючим тривожно-депресивним і субдепресивним розладом. Поліпшення психічного стану відзначалося у всіх хворих: повна редукція депресивної симптоматики виявлена у 7,3% хворих, значне поліпшення – у 20,9%, неповна редукція симптоматики – у 44,9%, незначне поліпшення – у 26,9% хворих.

Висновки. Для підвищення ефективності діагностики та лікування хворих на депресію при РШМ під час проведення спеціальної терапії необхідно залучати до їх обстеження та лікування психіатрів, психотерапевтів, включати до програми підготовки спеціалістів, які беруть участь у проведенні зазначених діагностичних та лікувальних заходів, знань про застосування на практиці сучасних психофармакотерапевтичних та психотерапевтичних підходів.

**Ключові слова:** депресія, рак шийки матки, променева терапія, психофармакотерапія, психотерапія.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DEPRESSION IN PATIENTS WITH CERVICAL CANCER

N. Otroshchenko, I. Otroshchenko, P. Otroshchenko

Subject: analysis of diagnosis and treatment programs for depression in patients with cervical cancer (CC).

Materials and methods. Under supervision there were 67 women with depression, patients with cervical cancer. All of these patients were examined clinically, psychopathologically and other methods. A comprehensive program of treatment of patients included radiation therapy combined with pharmacotherapy and psychotherapy.

Results. The patients were diagnosed with psychotic depression prevalence of anxiety and depressive disorders and subdepressive. After radiation therapy combined with pharmacotherapy and psychotherapy in all patients showed improvement in mental status: complete reduction of depressive symptoms – 7.3% of patients, a significant improvement – 20.9% of cases, incomplete reduction of symptoms – 44.9%, a slight improvement – 26.9% of cases.

Conclusions. To improve depression diagnosis and treatment efficacy in patients with cervical cancer, should be involved in their examination and treatment of psychiatrists, psychotherapists, include training programs, participating in the conduct of diagnostic and therapeutic measures, knowledge of the practical application of advanced diagnostic, psycho pharmacological and psychotherapeutic approaches.

**Key words:** depression, cervical cancer, radiotherapy, psychopharmacotherapy, psychotherapy.

УДК 616-009.7-036.12:612.821

О.М. Авраменко

ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ  
У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ:  
ВІД КОМПЛЕКСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДО КОМПЛЕКСНОЇ КУРАЦІЇ

Український науково-дослідний інститут  
соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

onavramenko@gmail.com

**Ключові слова:**

непсихотичні психічні розлади, хронічний біль, депресія, тривога, хвороблива поведінка, діагностика, терапія.

**Актуальність.** Багатьма дослідженнями доведено, що афективні розлади депресивного і тривожного спектрів дуже часто співіснують з хронічним болем, сприяючи його катастрофізації. Але співвідношення непсихотичних психічних розладів і хронічного болю в діагностиці і терапії поєднаних станів вивчені лише частково, дослідження з цього питання тривають.

**Методи і матеріали.** Було досліджено 135 пацієнтів з хронічним больовим синдромом, поділених на три основні і одну контрольну групи: ОГ1 – R52.1-2+F32-33; ОГ2 – R52.1-2+F41.0-1; ОГ3 – R52.1-2+F41.2-3, F43.22 і КГ – R52.1-2. Усі пацієнти були обстежені з використанням «Мультимодальної карти обстеження психосоматичного пацієнта з хронічним болем».

**Результати.** Було визначено основні принципи курації пацієнтів з психічними розладами і хронічним больовим синдромом: одночасність діагностики психічних розладів з хронічним больовим синдромом; покерованість алгоритму комплексної діагностики; мультивалентність діагностичних (психічний розлад, хронічний біль, хвороблива поведінка) і лікувальних (біологічні, психологічні і соціальні) мішеней; динамічний моніторинг індикаторів якості.

**Висновки.** Визначені підходи до курації психічних розладів у пацієнтів з хронічним больовим синдромом забезпечують раннє втручання, особливо у пацієнтів з гострим болем/загостренням психічного розладу, а також урахування гетерогенності пацієнтів і особливості терапевтичної відповіді, що забезпечує ефективність комплексного втручання.

На сьогоднішній день визнано, що виникнення і розвиток хронічного больового синдрому є результатом складної взаємодії між біологічним, психологічним та соціальним впливом, у тому числі переконанням пацієнтів щодо їх самоефективності, відстеженням власних тілесних відчуттів,

опануванням сімейних конфліктів або наявності соціальної підтримки [1–4]. Якщо пацієнти, наприклад, демонструють неадекватні поведінкові або когнітивні відповіді на гострі епізоди болю, він може стати хронічним, впливаючи таким чином на тривалість лікування в цілому [5].

Психічне і фізичне здоров'я нерозривно пов'язані. Особи, що страждають на психічні захворювання, мають більший ризик виникнення широкого спектра хронічних фізичних (соматичних) захворювань. І навпаки, пацієнти з хронічними соматичними захворюваннями мають депресію і тривогу удвічі частіше, ніж населення загалом. Співіснування психічних та фізичних розладів може значно понизити якість життя і призвести до збільшення тривалості захворювання і погіршення стану здоров'я [6]. Ця ситуація також породжує економічні витрати для суспільства внаслідок зниження продуктивності праці і розширення використання медичних послуг. Розуміння зв'язків між розумом і тілом є першим кроком у розробці стратегій зі зниження захворюваності на коморбідні стани (одночасно психічне і хронічне соматичне захворювання), адекватної біопсихосоціальної підтримки таких осіб.

Особи з хронічними соматичними захворюваннями часто відчують емоційний стрес і хронічний біль, а ці обидва чинники пов'язані з розвитком депресії і тривоги. Досвід набуття інвалідності також може спричинити стрес та ізолювати пацієнтів від соціальної підтримки. Існує низка доказів, що зі збільшенням симптоматики хронічного соматичного захворювання зростає ймовірність проблем з психічним здоров'ям [7]. Тому не дивно, що пацієнти з хронічними соматичними захворюваннями, за даними самозвіттів, часто наголошують на поганому психічному здоров'ї [8].

Суперечливими, наприклад, є дані щодо поширеності соматичних захворювань, що супроводжуються болем, у осіб з психотичними психічними розладами. За результатами цілої низки досить давно проведених досліджень [9], у людей з серйозними психічними хворобами виявився нижчий рівень захворюваності на артрит, ніж серед населення загалом, що пояснювалося можливим зниженням ризику розвитку артриту у пацієнтів з шизофренією через генетичні особливості, протизапальні побічні ефекти антипсихотичних препаратів, а також переважно сидячий спосіб життя, пов'язаний з інституціоналізацією захворювання. Проте було висловлено думку, що у людей з серйозними психічними захворюваннями показники поширеності артриту насправді можуть бути заниженими, через зниження ймовірності звітності щодо болю [9]. Нещодавно проведений аналіз даних медичного страхування в Сполучених Штатах Америки підтвердив цю теорію; дослідження показало значно вищі шанси розвитку артриту серед людей, які страждають на шизофренію, ніж у загальній популяції [10]. Для порівняння, пацієнти з артритом мають значно вищий ризик розвитку розладів настрою і тривоги [11]. Ці показники є найвищими серед молодших вікових груп і також пов'язані з досвідом наявності частого або хронічного болю.

На основі результатів багатьох досліджень переконливо доведено, що афективні розлади як депресивного, так і тривожного спектра дуже часто співіснують з хронічним болем, сприяючи його катастрофізації [1–6, 9, 12]. Тим не менше, співвідношення щодо перебігу цих непсихотичних психічних розладів і вираженістю хронічного болю з його впливом на якість життя пацієнтів з коморбідною патологією вивчені лише частково

і продовжують досліджуватися в теперішній час. Так, нещодавно були представлені дані дослідження SCOPE (Stepped Care to Optimize Pain care Effectiveness) щодо подовжнього аналізу (триразове обстеження: первинне, через 3 місяці, через 12 місяців) якості ступеневої допомоги 250 пацієнтам первинної ланки з хронічним скелетно-м'язовим болем і афективними розладами [12]. Автори намагались визначити ступінь впливу депресії, катастрофізації болю і тривоги на подальше зменшення інтенсивності болю, втручань щодо болю і інвалідизації, пов'язаної з больовими феноменами. Було виявлено, що клінічно значимі позитивні зміни в два стандартних відхилення (standart deviation) для кожного предиктора, а саме депресії, катастрофізації болю і тривоги, привели до зменшення інтенсивності болю або розміру ефекту інтерференції відповідно на 0,45; 0,3; і 0,12. Також було відмічено зменшення загальної кількості днів непрацездатності, спричинених хронічним болем, відповідно на 14, 12 і 6%. Причому зменшилася ймовірність (високий ризик) інвалідизації (яка визначалась як  $\geq 10$  «больових» днів непрацездатності протягом останніх 4 тижнів), відповідно на 43, 30 і 28%.

Автори зробили висновок, що всі три зазначені афективні психопатологічні стани суттєво впливають на перебіг хронічного болю, як при погіршенні стану, так і при його поліпшенні. Отже, лікування цих розладів психіки, як зазначено у висновках дослідження, є виправданою оптимізацією специфічних методів терапії хронічного болю для підвищення загальної ефективності комплексного втручання. Варто зауважити, що у наведеному дослідженні автори дотично підтвердили меншу курабельність тривожних розладів у пацієнтів з хронічним болем, порівняно з депресивними, але не визначали окремі чинники більшої резистентності коморбідної патології.

Окремою темою є застосування опіоїдів для зменшення/усунення болю. Незважаючи на наявність чітко визначених критеріїв їх призначення, доз і тривалості терапії, питання ефективності і безпеки цього велими специфічного лікування залишаються актуальними. Дослідники наголошують на необхідності мультикомпонентної біопсихосоціальної оцінки стану пацієнта (холістичний психосоматичний підхід) і мультимодальному плануванню терапії з акцентом на першочергове просування мети функціонального відновлення на фоні дотримання безпеки за допомогою постійного чіткого зв'язку з пацієнтом, у якого сформована позиція на ресоціалізацію [13].

На необхідності одночасної курації біологічних і психологічних аспектів болю наголошують багато дослідників [14], зважаючи на їх складну взаємодію, яка модулює, підтримує і змінює больовий досвід пацієнта, в тому числі залежно від наявності і вираженості афективних розладів [15–24]. Психотерапевтичні й психококорекційні методи втручання відіграють важливу роль у мультидисциплінарній курації завдяки їх ефективності та відсутності небажаних ефектів, притаманих медикаментозній терапії. Відомо, що досвід хронічного болю на фоні загального дискомфорту з приєднанням тривоги, депресії і безсоння, негативно впливає на якість життя пацієнта. Психотерапевтичне втручання через різні меха-

нізми діє на трьох рівнях, що є тісно взаємопов'язаними. По-перше, це лікування власне коморбідних до хронічного больового синдрому психічних розладів (наприклад, депресії та тривоги); по-друге, це вирішення певних психологічних проблем, наявність яких формує і підтримує хворобливу поведінку, перешкоджаючи відновленню функціонування; по-третє, це зміна сприйняття болю через активацію спадних стримуючих систем управління болем. Хворобливий досвід болю часто призводить до неадекватних змін у системі стресорного реагування, в процесі сну – пильнування, а також у процесах пізнання, настрою і мотивації, що в комплексі впливає на поведінку пацієнта [20, 25, 26]. З іншого боку, психотерапевтичні й психокорекційні втручання здатні позитивно впливати на зазначені процеси, сприяючи їх адаптивній перебудові (наприклад, біологічний зворотний зв'язок) і/або змінюючи негативні думки і відношення до болю і/або створюючи нові стратегії подолання труднощів болю і больової поведінки [27, 28].

**Метою** нашого дослідження було визначити оптимальний алгоритм поєднаних хворобливих станів і розробити принципи надання допомоги особам, що страждають на неспихотичні психічні розлади на фоні хронічного больового синдрому.

## Матеріали та методи дослідження

За умови отримання інформованої згоди нами було залучено до дослідження 135 осіб з хронічним больовим синдромом (коди стану за МКХ–10 R52.1, R52.2), які отримували лікування у відділенні функціональної неврології Клінічної лікарні «Феофанія» ДУС і склали клінічний матеріал дослідження. Усі пацієнти були обстежені за критеріями МКХ–10 на наявність депресивного епізоду – великого депресивного розладу (ВДР), тривожного розладу (ТР) та тривожно-депресивного розладу (ТДР). До основної групи увійшли 99 пацієнтів, які на фоні хронічного больового синдрому (ХБС) мали неспихотичні психічні розлади тривожно-депресивного спектра, визначені за МКХ–10. За результатами обстеження пацієнтів було поділено на три групи: ОГ1 – ХБС+ВДР (R52.1-2+F32-33) кількістю 32 особи; ОГ2 – ХБС+ТР (R52.1-2+F41.0-1) кількістю 34 особи; ОГ3 – ХБС+ТДР (R52.1-2+F41.2-3, F43.22) кількістю 33 особи. До групи контролю (КГ) увійшли особи з ХБС без психічних розладів неспихотичного регістру, їх кількість становила 36 осіб. Були використані соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-феноменологічний, клініко-психопатологічний, патопсихологічний і статистичний методи дослідження.

Усі пацієнти були обстежені з використанням «Мультимодальної карти обстеження психосоматичного пацієнта з хронічним болем» з визначенням основних демографічних та анамнестичних даних, а також отриманням даних за наступними шкалами: для діагностики психічних розладів та психопатологічних феноменів – Госпітальна шкала тривоги та депресії HAM-D; для верифікації психосоціальних особливостей пацієнтів з хронічним больовим синдромом – Мак-Гіловський больовий опитувальник (McGill Pain Questionnaire), що визначав сенсорну, емоційну і кількісну складові больового синдрому; Вест Хейвен-Йель – багатовимірний опи-

тувальник болю (West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventor (WHYMPI)), що визначав психосоціальні зміни, пов'язані з переживанням хронічного страждання; шкала катастрофізації хронічного болю Pain catastrophizing scale (PCS); шкала комплексної оцінки SPAASMS, де S – бали для болю, P – рівні фізичної активності, A – додаткові знеболювальні препарати, A – додатковий візит до лікаря, S – показники сну, M – показники настрою, S – побічні ефекти); шкала DIRE для прогнозування доцільності й ефективності тривалого застосування опіоїдної аналгезії з приводу ХБС неонкологічного генезу. Додатково для динамічного спостереження за ефективністю комплексного втручання ми оцінювали якість життя пацієнтів за одноіменною шкалою SF-36.

## Результати та їх обговорення

За даними обстеження ми виявили певну тенденцію до переважання осіб більш старшого віку в групі ОГ1 (з депресивними розладами) та молодшого віку в групі ОГ2 (з тривожними розладами). Проживання у родині, особливо зі сприятливим психологічним кліматом, було певним запобіжником (тенденція, але не достовірна) неспихотичного психічного розладу (НПР) у пацієнтів з ХБС. Низький рівень трудової зайнятості був асоційований з наявністю депресивних та тривожно-депресивних, але не суто тривожних розладів. Вид соматичної обтяженості та окремі характеристики ХБС не мали достовірного впливу на формування хворобливої больової поведінки, але стаж больового синдрому, частота загострень і кількість вогнищ болю мали тенденцію до збільшення у пацієнтів з депресивними та тривожно-депресивними НПР [29, 30].

Ми також отримали наступні дані за шкалою DIRE для пацієнтів з ХБС неонкологічного генезу в її стандартній інтерпретації: пацієнти з ХБС із контрольної групи (КГ) були придатні до довготривалої опіоїдної аналгезії (їм показана така терапія). Враховуючи загальний бал, а також окремо бали за субшкалами факторів ризику, невіддатливості та ефективності лікування, вони не були схильні до формування хворобливої поведінки. Навпаки, пацієнти з НПР на фоні ХБС не були придатні (їм не рекомендована така терапія) для довготривалої опіоїдної аналгезії та мали схильність до формування хворобливої поведінки, особливо при поєднанні тривоги й депресії (ОГ3). На нашу думку, отримані результати дозволяють рекомендувати розширення сфери клінічного використання шкали DIRE для визначення хворобливої поведінки у пацієнтів з ХБС [31, 32].

Також ми визначили, що наявність у пацієнтів з ХБС супутніх психічних розладів у вигляді ВДР (ОГ1), ГТР (ОГ2) та ТДР (ОГ3) суттєво впливала на безпосередню та відтерміновану ефективність лікування. Супутня афективна патологія обумовлювала формування у пацієнтів з ХБС хворобливої больової поведінки, починаючи з трансформації актуальної життєвої стратегії на обмежувальну та завершуючи хворобливою деформацією життєвих цілей, що негативно впливало на якість лікування загалом [33, 34].

Комплексна курація, на нашу думку, має передбачати: зменшення/усунення болю, покращення функціонального стану, зменшення/усунення депресії та інших психопатологічних феноменів, зменшення/усунення

небажаних ефектів та побічної дії препаратів, зменшення/усунення залежності від психоактивних речовин та відновлення нехворобливої життєвої стратегії пацієнтів з ХБС.

Тобто, діагностичними мішенями для пацієнта з ХБС має бути як сам ХБС, так і ймовірні непсихотичні психічні розлади (депресивні, тривожні, тривожно-депресивні), а також хвороблива больова поведінка (рис. 1).

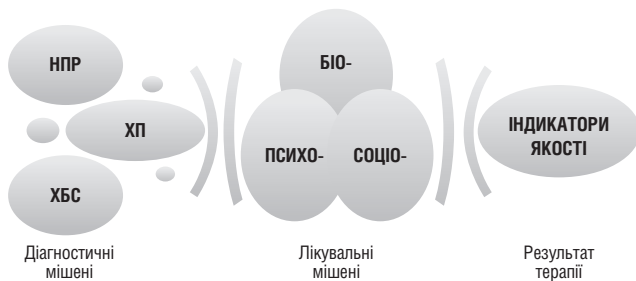


Рис. 1. Діагностично-лікувальний континуум щодо пацієнтів з непсихотичними психічними розладами (ННР) і хронічним больовим синдромом (ХБС) з можливою хворобливою поведінкою (ХП)

Отримані в результаті запровадження діагностичного алгоритму (рис. 2) мішені терапії (лікувальні мішені) відповідно до визначеного дефіциту актуальних ресурсів поділяються на біологічні, психологічні та соціальні з відповідним одночасним трикомпонентним втручанням.

Біологічна складова передбачає запровадження медикаментозного лікування згідно з існуючими стандартами, з урахуванням показань/протипоказань за даними діагностичного алгоритму (перевага першочерговій психотерапії, урахування бар'єрів терапії, рівня комплаєнсу й обмежень щодо застосування опіоїдів).

Психологічна складова включає психотерапевтичні й психокорекційні втручання, починаючи з низькоінтенсивних (самопоміага) і завершуючи високоспеціалізованими – когнітивно-біхевіоральною психотерапією (КБТ), залежно від їх доступності. Окремим обов'язковим компонентом виступає психоосвіта щодо особливостей поєднаної психосоматичної патології та методів її лікування, з акцентом на дотриманні терапевтичного альянсу. Психологічне втручання застосовується одночасно з біологічним або передує йому.

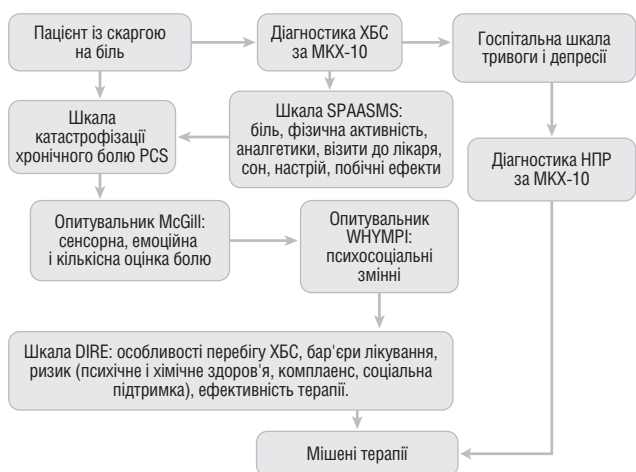


Рис. 2. Алгоритм комплексної діагностики пацієнтів з непсихотичними психічними розладами на фоні хронічного больового синдрому

Соціальна складова може вважатися підґрунтям щодо інших мішеней терапії і являє собою соціальну підтримку на мікро- (родина, близькі друзі), мезо- (колеги, знайомі, референтна група) та макрорівні (вирішення соціальних питань державними/благодійними/волонтерськими інституціями).

Індикаторами якості в такій комплексній курації має бути насамперед шкала комплексної оцінки SPAASMS, а також якість життя пацієнтів з непсихотичними психічними розладами і хронічним больовим синдромом.

Вищевикладене дозволило визначити основні принципи курації пацієнтів з психічними розладами і хронічним больовим синдромом: **одночасність** діагностики психічних розладів з хронічним больовим синдромом; **покроковість** алгоритму комплексної діагностики; **мультивалентність** діагностичних (психічний розлад, хронічний біль, хвороблива поведінка) і лікувальних (біологічні, психологічні і соціальні) мішеней; динамічний **моніторинг** індикаторів якості.

## Висновки

Принципи терапії непсихотичних психічних розладів у пацієнтів з хронічним больовим синдромом (одночасність, покроковість, мультивалентність мішеней, моніторинг) були визначені в межах мультидисциплінарного психосоматичного підходу на підставі отриманих даних дослідження. Визначення психосоматичної коморбідності і біопсихосоціальних ресурсів пацієнтів лягло в основу подальшої терапії. Покроковий діагностичний алгоритм дозволив верифікувати наявність і тяжкість депресивних, тривожних і тривожно-депресивних розладів; а також сформувані біопсихосоціальні лікувальні мішені з наголосом на хворобливій больовій поведінці. Важливими чинниками ефективності терапії є раннє втручання, особливо у пацієнтів з гострим боєм/загостренням психічного розладу, а також урахування гетерогенності пацієнтів і особливості терапевтичної відповіді. Динамічний моніторинг індикаторів якості за допомогою шкал SPAASMS і якості життя пацієнтів з непсихотичними психічними розладами і хронічним больовим синдромом визначає ефективність комплексного втручання.

## Список використаної літератури

- Flor H. Biopsychosocial models of pain. In: Dworkin RH, Breitbart WS, editors. *Psychosocial Aspects of Pain: A Handbook for Health Care Providers* / H. Flor, C. Hermann. – Seattle: IASP Press, 2004. – P. 47–75.
- Gatchel R. J. *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* / R. J. Gatchel, D. C. Turk. – Guilford Press, 1999.
- The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions / R. J. Gatchel, Y. B. Peng, M. L. Peters [et al.] // *Psychol. Bull.* – 2007. – Vol. 133. – P. 581–624.
- Linton S. J. A Review of Psychological Risk Factors in Back and Neck Pain / S. J. Linton // *Spine.* – 2000. – Vol. 25. – P. 1148–1156.
- Meredith P. A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model / P. Meredith, T. Ownsworth, J. Strong // *Clin. Psychol. Rev.* – 2008. – Vol. 28. – P. 407–429.
- Patten S. B. Long-Term Medical Conditions and Major Depression in the Canadian Population / S. B. Patten // *Canadian Journal of Psychiatry.* – 1999. – Vol. 44 (2). – P. 151–157.
- Carney C. P. Medical Comorbidity in Women and Men with Schizophrenia: A Population-Based Controlled Study / C. P. Carney, L. Jones, R. F. Woolson // *Journal of General Internal Medicine.* – 2006. – Vol. 21 (11). – P. 1133–1137.
- Prevalence of the Metabolic Syndrome in Patients with Schizophrenia: Baseline Results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Schizophrenia Trial and Comparison with National Estimates from NHANES III / J. P. McEvoy [et al.] // *Schizophrenia Research.* – 2005. – Vol. 80 (1). – P. 19–32.

9. Patten S. B. *Mental Disorders in a Population Sample with Musculoskeletal Disorders* / S. B. Patten, J. V. A. William, J. L. Wang // *BMC Musculoskeletal Disorders* – 2006. – № 37 [www.biomedcentral.com](http://www.biomedcentral.com).
10. Kasperski M. A. *Collaborative Mental Health Care Network Interim Report Year II: 2002-2003* / M. A. Kasperski // *Ontario College of Family Physicians*. – 2003. – № 20.
11. Bédard M. *The Needs of Rural and Urban Young, Middle-Aged, and Older Adults with a Serious Mental Illness* / M. Bédard, C. Gibbons, S. Dubois // *Canadian Journal of Rural Medicine*. – 2007. – Vol. 12 (3). – P. 167–175.
12. *Beneficial Effects of Improvement in Depression, Pain Catastrophizing, and Anxiety on Pain Outcomes: A 12-Month Longitudinal Analysis* / E. L. Scott, K. Kroenke, J. Wu, Z. Yu // *The Journal of Pain : Official Journal of the American Pain Society*. – 2016. – Vol. 17(2). – P. 215–222.
13. *Management of patients with issues related to opioid safety, efficacy and/or misuse: a case series from an integrated, interdisciplinary clinic* / W. C. Becker [et al.] // *Addiction science & clinical practice*. – 2016. – Т. 11, № 1. – С. 1.
14. *Psychological Treatments and Psychotherapies in the Neurorehabilitation of Pain: Evidences and Recommendations from the Italian Consensus Conference on Pain in Neurorehabilitation* / G. Castelnuovo [et al.] // *Frontiers in psychology*. – 2016. – Т. 7.
15. Castelnuovo G. *Empirically supported treatments in psychotherapy: towards an evidence-based or evidence-biased psychology in clinical settings?* / G. Castelnuovo // *Front. Psychol.* – 2010. – Vol. 1. – P. 27.
16. Castelnuovo G. *Good communication and outcome after anaesthesia* / G. Castelnuovo // *Anaesthesia*. – 2013. – Vol. 68. – P. 1203–1204.
17. *A comprehensive, multispecialty approach to an acute exacerbation of chronic central pain in a tetraplegic* / E. Y. Chang, X. Zhao, D. M. Perret [et al.] // *Spinal Cord*. – 2014. – Vol. 52 (Suppl 1). – P. 17–18.
18. *Multidisciplinary management of multiple sclerosis symptoms* / P. Gallien, J. Gich, B. F. Sánchez-Dalmáu, W. Feneberg // *Eur. Neurol.* – 2014. – Vol. 72 (Suppl. 1). – P. 20–25.
19. Hussain A. *Interventional pain management for failed back surgery syndrome* / A. Hussain, M. Erdek // *Pain Pract.* – 2014. – Vol. 14. – P. 64–78.
20. Simons L. E. *Psychological processing in chronic pain: a neural systems approach* / L. E. Simons, I. Elman, D. Borsook // *Neurosci. Biobehav. Rev.* – 2014. – Vol. 39. – P. 61–78.
21. *Retrospective outcome analyses for headaches in a pain rehabilitation interdisciplinary program* / Y. Zheng, S. J. Tepper, E. C. Covington [et al.] // *Headache*. – 2014. – Vol. 54. – P. 520–527.
22. *Meta-analysis of placebo responses in central neuropathic pain: impact of subject, study, and pain characteristics* / J. J. Cragg, F. M. Warner, N. B. Finnerup [et al.] // *Pain*. – (2015). – [Epub ahead of print]. 10.1097/j.pain.0000000000000431
23. Durand G. *Medical management of failed back surgery syndrome in Europe: evaluation modalities and treatment proposals* / G. Durand, J. Girodon, F. Debais // *Neurochirurgie*. – 2015. – Vol. 61 (Suppl. 1). – P. 57–65.
24. *A pharmacological treatment algorithm for localised neuropathic pain [LNP]* / M. Al-legri, R. Baron, G. Hans [et al.] // *Curr. Med. Res. Opin.* – 2016. – Vol. 32. – P. 377–384.
25. *Wiech K. Pain, decisions, and actions: a motivational perspective* / K. Wiech, I. Tracey // *Front. Neurosci.* – 2013. – 7:46. 10.3389/fnins.2013.00046
26. *Cognition and emotional decision-making in chronic low back pain: an ERPs study during Iowa gambling task* / S. Tamburin, A. Maier, S. Schiff [et al.] // *Front. Psychol.* – 2014. – № 5:1350. 10.3389/fpsyg.2014.01350
27. *Assessment and treatment of psychosocial comorbidities in patients with neuropathic pain* / D. C. Turk, J. Audette, R. M. Levy [et al.] // *Mayo Clin. Proc.* – 2010. – Vol. 85. – P. 42–50.
28. Sturgeon J. A. *Psychological therapies for the management of chronic pain* / J. A. Sturgeon // *J. Psychol. Res. Behav. Manag.* – 2014. – Vol. 7. – P. 115–124.
29. Авраменко О. М. Оцінка якості життя, тривожності і депресії у пацієнтів із ревматоїдним артритом [Текст] / О. М. Авраменко, І. Ю. Головач, Л. І. Курінна // *Український ревматологічний журнал*. – 2014. – № 1 (55). – С. 23–39.
30. Авраменко О. М. Багатофакторна характеристика пацієнтів з непсихотичними психічними розладами і хронічними больовими синдромами [Текст] / О. М. Авраменко // *Архів психіатрії*. – 2015. – Т. 21, № 2 (81). – С. 82–88.
31. Авраменко О. М. Новий аспект застосування шкали DIRE у пацієнтів із хронічним больовим синдромом [Текст] / О. О. Хаустова, О. М. Авраменко // *Український медичний часопис*. – 2015. – № 4 (108). – С. 83–87.
32. Авраменко О. М. Хвороблива поведінка у пацієнтів з хронічним больовим синдромом [Текст] / О. М. Авраменко // *Архів психіатрії* – 2015. – Т. 21, № 1 (80). – С. 63–68
33. Авраменко О. М. Ефективність стандартного лікування пацієнтів з хронічним болем і супутніми психічними розладами з позиції хворобливої поведінки [Текст] / О. М. Авраменко // *Архів психіатрії* – 2014. – Т. 20, № 2 (77). – С. 86–89.
34. Менеджмент пациентов с хронической невропатической болью [Текст] / Е. А. Хаустова, О. Н. Авраменко, Д. Н. Сапон, В. Г. Безшейко // *Neuro NEWS*. – 2015. – № 7 (71). – С. 21–28

#### ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ: ОТ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ К КОМПЛЕКСНОЙ КУРАЦИИ

О. Н. Авраменко

Актуальность. Многими исследованиями доказано, что аффективные расстройства депрессивного и тревожного спектров очень часто сосуществуют с хронической болью, способствуя ее катастрофизации. Но соотношения непсихотических психических расстройств и хронической боли в диагностике и терапии изучены лишь частично и продолжают исследоваться.

Методы и материалы. Было обследовано 135 пациентов с хроническим больевым синдромом, которые были распределены на три основные и одну контрольную группы: ОГ1 – R52.1-2 + F32-33; ОГ2 – R52.1-2 + F41.0-1; ОГ3 – R52.1-2 + F41.2-3, F43.22 и КГ – R52.1-2. Все пациенты были обследованы с использованием «Мультимодальной карты обследования психосоматического пациента с хронической болью».

Результаты. Были определены основные принципы курации пациентов с психическими расстройствами и хроническим больевым синдромом: одновременность диагностики психических расстройств и хронического болевого синдрома; пошаговость алгоритма комплексной диагностики; мультивалентность диагностических (психическое расстройство, хроническая боль, болезненное поведение) и лечебных (биологические, психологические и социальные) мишеней; динамический мониторинг индикаторов качества.

Выводы. Предложенные нами подходы к курации психических расстройств у пациентов с хроническим больевым синдромом обеспечивают раннее вмешательство, особенно у пациентов с острой болью/обострением психического расстройства, а также учитывают гетерогенность пациентов и особенности терапевтического ответа, что обеспечивает эффективность комплексного вмешательства.

**Ключевые слова:** непсихотические психические расстройства, хроническая боль, депрессия, тревога, болевое поведение, диагностика, терапия.

#### PRINCIPLES OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS THERAPY IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN: FROM COMPLEX DIAGNOSTICS TO INTEGRATED CURE

O. Avramenko

Relevance. Many studies have shown that affective disorders (anxiety and depression spectrum) often coexist with chronic pain, helping her disasterization. But the ratio of non-psychotic mental disorders and chronic pain in the diagnosis and therapy is only partially explored and continues to explore.

Materials and Methods. It studied 135 patients with chronic pain syndrome, divided into three main and one control group: OG1 - R52.1-2 + F32-33; OG2 - R52.1-2 + F41.0-1; OG3 - R52.1-2 + F41.2-3, F43.22 and KG - R52.1-2. All patients were examined using «Multimodal survey maps psychosomatic patient with chronic pain»

Results. The basic principles of medical cure have been identified for patients with mental disorders and chronic pain: simultaneous diagnosis of mental disorders and chronic pain; step by step algorithm of complex diagnostics; multivalency diagnosis (mental illness, chronic pain, painful behavior) and treatment (biological, psychological and social) targets; dynamic monitoring of quality indicators.

Conclusions. Proposed approaches to cure of psychiatric disorders in patients with chronic pain provide early intervention, especially in patients with acute pain / exacerbation of mental disorders, as well as take into account the heterogeneity of patients and especially therapeutic response that ensures the effectiveness of complex interventions.

**Key words:** non-psychotic mental disorders, chronic pain, depression, anxiety, pain behavior, diagnosis, therapy.