

І. І. Анікіна

ДИЗАЙН ТА МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ВАРІАНТІВ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ, ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇЛьвівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів
anikinainna@yandex.ua

Актуальність. Публікацію присвячено актуальній проблемі сучасної психіатрії – діагностиці неспсихотичних психічних розладів у жінок, хворих на рак молочної залози, після мастектомії.

Мета. Опис алгоритму застосування діагностичного інструментарію для виявлення та оцінки варіантів неспсихотичних психічних розладів у жінок, хворих на рак молочної залози (РМЗ), після мастектомії.

Матеріали та методи. Досліджено вибірку зі 130 пацієток з верифікованим діагнозом раку молочної залози (шифр С.50 згідно з МКХ-10), які перебували на стаціонарному обстеженні та лікуванні у Львівському державному онкологічному регіональному лікувально-діагностичному центрі та перенесли оперативне втручання – мастектомію. Обстеження складалося з двох блоків: 1) розширеного анамнестичного інтерв'ю; 2) проведення батареї тестів (Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, Шихана, Гамільтона, Монтгомері, Р. Б. Кеттела, EGOG – Карновського, ТОБОЛ).

Результати дослідження. Проведене обстеження (анамнестичне інтерв'ю та інструментальне анкетування у «нульовий день») дозволило виокремити три групи пацієток, з яких сформовано порівняльні групи: 1. Група з переважаючою депресивною симптоматикою (n=27); 2. Група з переважаючими тривожно-депресивними станами (n=63); 3. Група з переважаючими тривожно-фобічними станами (n=40), з подальшим диференційованим призначенням психотерапевтичного / психофармакологічного лікування.

Висновки. Запропонований алгоритм діагностичного інструментарію для виявлення неспсихотичних психічних розладів дозволяє виявити та розрізнити спектр цих станів, оцінити параметри якості життя жінки, хворої на рак молочної залози, після мастектомії; враховує соціокультуральні аспекти психологічного опрацювання повідомлення про онкопатологію та прогностично допоможе ефективно та диференційовано призначити необхідні методи їх психотерапевтичної та фармакологічної корекції за принципом «мінімальної достатності».

Ключові слова:
рак молочної залози,
неспсихотичні психічні
розлади, діагностика,
діагностичний
інструментарій.

Актуальність. Питання якості життя (ЯЖ) пацієнтів з онкопатологією впродовж останніх десятиліть залишається актуальним [1–3]. Онкологічні захворювання з огляду на тяжкість їх перебігу, симптомів та ускладнень як самої хвороби, так і цитостатичної терапії, призводять до значних обмежень у фізичному, психоемоційному та соціальному житті хворих [1, 4–6]. Тому в онкології важливо не тільки домогтися специфічного результату лікування, але й допомогти пацієнту вести повноцінне життя, зберігати фізичну активність, душевний комфорт та можливість соціального функціонування [1, 3].

Інформація щодо вказаних наслідків онкопатології формує негативне психологічне ставлення до захворювання, яке характеризується як вкрай загрозливе та небезпечне, що призводить до ризику розвитку психологічних та психопатологічних дезадаптивних станів, соціальної стигматизації хворих. Психопатологічний

спектр при онкопатології, згідно з статистичними даними 2015–2016 рр., свідчить про вагому частку неспсихотичних психічних розладів: депресивний розлад – 9,6–25,6 %, тривожний – 8,6–20,4 %, фобічний – 6,9 %, розлад адаптації – 22–75 %, розлад особистості – 7 % [7]. За даними різних літературних джерел, існують труднощі у діагностуванні цих станів, зумовлені необґрунтованим штучним навантаженням пацієнтів взаємодублюючими оцінювальними тестами та шкалами, або ж, навпаки, нівелюванням наявного діагностичного психоінструментарію з переважною опорою у діагностиці на «власну інтуїцію» та лікарський досвід [7, 8]. Одним із перших кроків до вирішення цієї проблеми є розробка діагностичного інструментарію, який допоможе коротко, чітко, зрозуміло для лікаря будь-якої спеціальності описати захворювання і дати відповіді на запитання, що відбувається з пацієнтом на психологічному та психопатологіч-

ному рівнях і як йому можна допомогти, що і визначає актуальність даної публікації.

Метою публікації є опис алгоритму застосування діагностичного інструментарію для виявлення та оцінки варіантів непсихотичних психічних розладів у жінок, хворих на рак молочної залози (РМЗ), після мастектомії.

Матеріали та методи дослідження

Ми вивчали вибірку зі 130 пацієнток з верифікованим діагнозом раку молочної залози (шифр С.50 згідно з МКХ-10), які перебували на стаціонарному лікуванні у Львівському державному онкологічному регіональному лікувально-діагностичному центрі та перенесли оперативне втручання – мастектомію. Обстеження складалося з двох блоків: 1) розширеного анамнестичного інтерв'ю; 2) проведення батареї тестів (Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, Шихана, шкали депресії Гамільтона, Монтгомері, Р. Б. Кеттла, EGOG – Карновського, ТОБОЛ).

Результати та їх обговорення

На первинному етапі роботи сформована суцільна скринінгова вибірка з 200 жінок зі встановленим діагнозом РМЗ, яким була проведена мастектомія, що надали інформовану письмову згоду на участь у обстеженні та лікуванні згідно з Законом України «Про психіатричну допомогу». При відборі пацієнтів за віком ми користувались стандартним для сучасних досліджень інтервалом у 18–65 років (середній вік обстежених склав $57,47 \pm 0,58$ років). Задля досягнення однорідності вибірки весь контингент цих хворих оцінювали за наступними **критеріями виключення** з дослідження:

Верифікований діагноз шизофренічного спектра в доморбідний, по відношенню до раку молочної залози, період;

1. Верифікований діагноз афективного спектра, що є ендегенним по суті (біполярний афективний розлад, рекурентна депресія тощо);

2. Пацієнти із гетерономною (невідповідною до афекту) психотичною симптоматикою;

3. Пацієнти з органічним ураженням центральної нервової системи (виражений психоорганічний синдром будь-якого типу), пароксизмальними станами в анамнезі;

4. Пацієнти з актуальним прийомом призначених до поступлення в стаціонар ліків (наприклад, стероїдів), які могли при застосуванні чинити побічну дію у вигляді зміни афекту, когніції тощо;

5. Тяжка супутня декомпенсована соматична патологія.

Згідно з критеріями виключення з дослідження вибуло 70 пацієнток: 4 пацієнтки з діагностованим захворюванням шизофренічного спектра; 21 – з ендегенним афективним захворюванням (17 на час огляду мали ознаки рекурентної депресії, 4 – гіпоманії); 5 – з маячними ідеями відношення та персекуторного змісту на фоні пригніченого настрою; 9 – з перенесеними в анамнезі тяжкими черепно-мозковими травмами з втратою свідомості (у 3 з них спостерігали експлозивний варіант психоорганічного синдрому, у 6 – змішаний); 11 пацієнток до госпіталізації у стаціонар приймали ліки, що можуть змінювати афективний фон та когніцію (у 9 з них у формі «самолікування» та поліпрагмації); 21 пацієнтка мала декомпенсовану супутню соматичну патологію (12 – цукровий діабет 2 типу, 3 – вузловий гіпертиреоз, 6 – ішемічну хворобу серця з НК та ДН II–III ст.).

Відтак, у подальший протокол роботи включено 130 пацієнток. Після досягнення комплаєнсу проводили ґрунтовне обстеження кожної з пацієнток, що складалося з двох блоків:

1. Розширеного анамнестичного інтерв'ю;

2. Проведення батареї тестів для:

- визначення рівня особистісної та ситуативної тривоги;

- оцінки депресивного статусу (варіанту і вираженості);

- оцінки психометричної та соціокультуральної особистості хворої на РМЗ жінки;

- оцінки якості життя жінки з РМЗ та оцінки варіанту опрацювання повідомлення про РМЗ.

За вищеописаним сценарієм пацієнток оглядали тричі (вперше – у «нульовий» день знайомства «лікар – пацієнт», вдруге і втретє – через місяць і через 12 місяців відповідно). При цьому розширене двогодинне анамнестичне інтерв'ю проводилося в «нульовий» день у повному об'ємі, при двох подальших зустрічах – за скороченим планом (до 30 хв). Батарея тестів проводилася у повному об'ємі у часі кожного візиту.

Розширене анамнестичне інтерв'ю відбувалося за наступною, уніфікованою для всіх пацієнток, схемою і включало в себе детальну співбесіду з пацієнткою (за можливості – і з її родичами), опрацювання даних наявних архівних історій хвороби. При зборі сімейного анамнезу, окрім з'ясування особливостей сімейного життя та конфліктних моментів, отримували відомості про батьків і найближчих членів сім'ї пацієнта. При цьому звертали увагу на характерологічні особливості батьків та інших членів родини, їх стосунки між собою та з пацієнтом. Детально з'ясовували ставлення пацієнта до найближчого оточення, дитячі переживання, пов'язані зі стосунками в сім'ї та сімейними традиціями. Ця частина анамнезу була необхідною також і для з'ясування «стилю сімейних стосунків» та його порівняння з «позасімейним стилем» (у стаціонарі, в стосунках з лікарями). Збір особистого анамнезу полягав як і у з'ясуванні біографічних даних, відомостей про перенесені захворювання, умови життя, так і ранніх спогадів пацієнтки, важливих подій в її житті, особливості реакції на них, адаптації до нових життєвих умов. Досліджували процес становлення особистості пацієнтки, її зацікавленість, життєвих поглядів, мрій, планів, тобто вивчали суб'єктивну реальність особистості. Брало до уваги специфіку стосунків пацієнтки з важливими особами в житті, особами протилежної статі. Детально з'ясовували вплив конфліктних, стресових, адаптаційних моментів на психологічне самопочуття пацієнтки в різні періоди життя (в тому числі, фіксували наявність періодів зниженого настрою, тривоги та фобій, їх зв'язок із життєвими подіями, особливості суб'єктивного емоційного та когнітивного опрацювання цих станів. Досліджували історію захворювання в контексті життєвих обставин, за яких виник розлад (наявність РМЗ) з уточненням наявності/відсутності симптомів актуального психічного розладу в минулому. З'ясовували зв'язок депресивних симптомів та тривоги з іншими психотравмуючими ситуаціями і обставинами та їх відображення в клінічній картині

невротичного розладу. Під час другого та третього візитів детально вивчали особливості клінічної динаміки, видозміну симптомів впродовж 12 місяців перебігу хвороби, ефективність застосованих методів терапії та їх вплив на якість життя. Особливу увагу приділяли також дослідженню суб'єктивних переживань наявної у пацієнтки хвороби, власним інтерпретаціям актуальних симптомів із врахуванням усіх психопатологічних особливостей стану. Особливо вивчали особливості стосунків пацієнтів з лікарями, їх здатність до терапевтичної співпраці, настанови пацієнтів, пов'язані з процесом лікування і видужання.

З метою визначення рівня особистісної та ситуативної тривоги в обстежених пацієнтках з РМЗ застосовували опитувальник Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна. Додатково тривожний спектр уточнювали з використанням шкали тривоги Шихана. Верифікацію ступеня вираженості депресивного синдрому здійснювали з використанням шкал депресії Гамільтона з 21 пункта та Монтомєрі. Психометричні та соціокультуральні особливості особистості хворої на РМЗ жінки з'ясували за допомогою застосування психодіагностичного тесту Р. Б. Кеттєла.

Оцінку якості життя (performance status) досліджуваних проводили з використанням шкал ВООЗ – ECOG та Карновського, а оцінку варіанту ставлення до повідомлення про РМЗ встановлювали з використанням методики «тип відношення до хвороби» (ТОБОЛ, А. Е. Личко, Н. Я. Іванов, 1980; Р. І. Білобровка, 1995) [9–12].

Проведене обстеження (анамнестичне інтерв'ю та інструментальне анкетування у «нульовий день») розмежувало три групи пацієнток, з яких сформовано відповідні порівняльні групи: 1. Група з переважаючою депресивною симптоматикою (n=27); 2. Група з переважаючими тривожно-депресивними станами (n=63); 3. Група з переважаючими тривожно-фобічними станами (n=40). Це дозволило призначити диференційоване лікування корелятивно до актуального психосоматичного стану пацієнток згідно з сучасними уніфікованими клінічними протоколами, затвердженими МОЗ України, з подальшою оцінкою психосоматичного стану в кінці першого місяця та через рік лікування, враховуючи принцип «мінімальної достатності».

Для наочності описаного методологічного підходу наводимо його структурно-логічну схему (рис. 1).

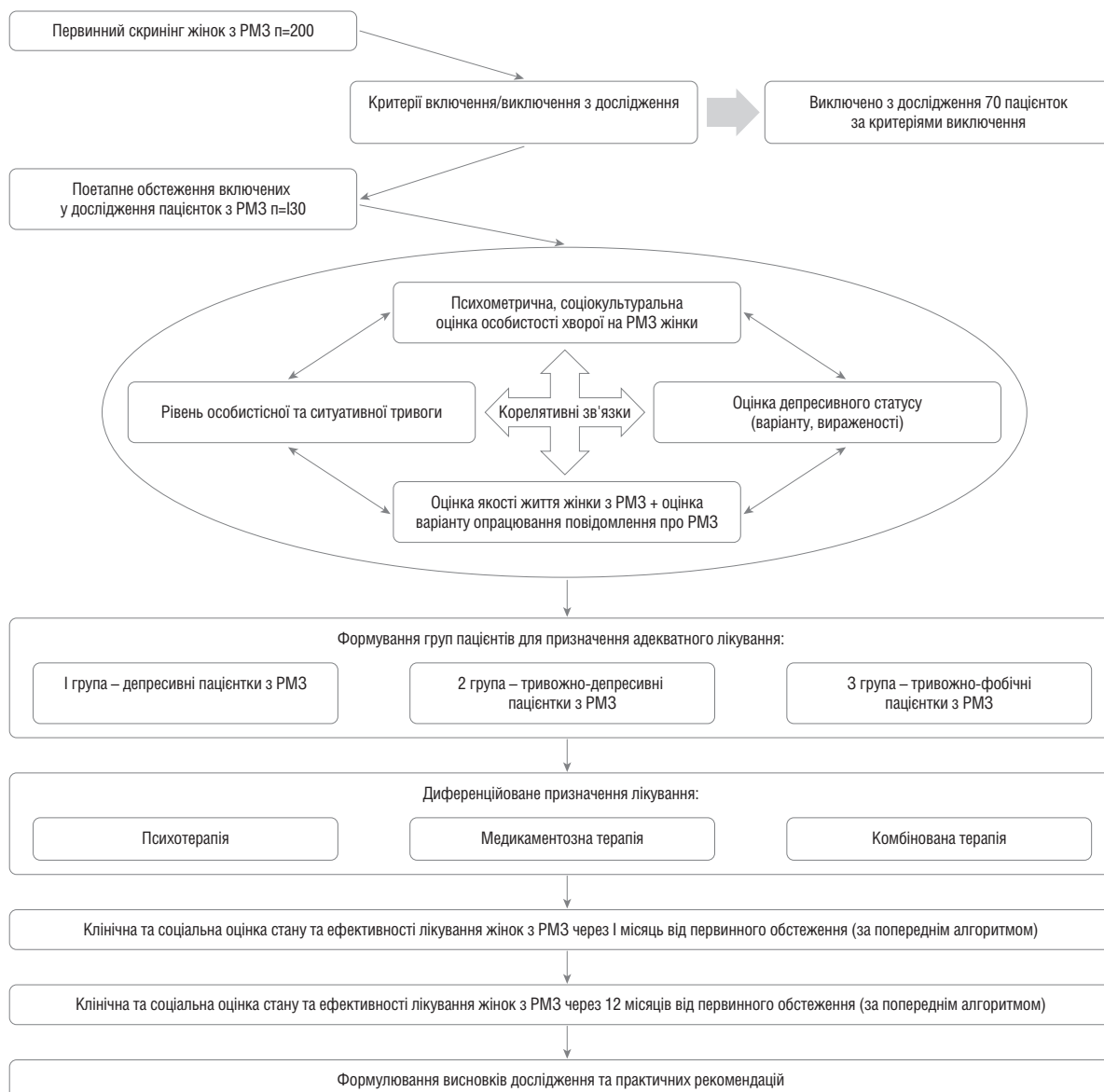


Рис. 1. Структурно-логічна схема дослідження

Висновки

1. Запропонований алгоритм застосування діагностичного інструментарію для виявлення неспихотичних психічних розладів у жінок з РМЗ дозволяє послідовно комплексно з'ясувати спектр цих станів (депресивний, тривожно-депресивний, тривожно-фобічний варіанти), оцінити параметри якості життя жінки з РМЗ після мастектомії та врахувати соціокультуральні аспекти психологічного опрацювання повідомлення про онкопатологію.

2. Використання даного діагностичного алгоритму дозволяє ефективно та диференційовано призначати необхідні методи їх психотерапевтичної та фармакологічної корекції за принципом «мінімальної достатності».

3. Додатково дозволяє оцінити тип відношення до захворювання, на підставі якого можна варіативно на нього впливати, що прогностично може покращити цілісний лікувальний вплив.

Список використаної літератури

- Смикодуб О. І. Проблеми якості життя хворих онкологічного профілю та сучасні можливості їх вирішення / О. І. Смикодуб, Л. В. Радзієвська // Онкологія. – 2001. – Т. 3, № 2–3. – С. 220–226.
- Волошин П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди / П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 1 (82). – С. 5–11.
- Psychological factors affecting oncology conditions / L. Grassi, B. Biancosino, L. Marmai [et al.] // Adv. Psychosom. Med. – 2007. – Vol. 28. – P. 57–71.
- Брюзгин В. В. Качество жизни онкологических больных – проблема сегодняшнего дня / В. В. Брюзгин // Тезисы II съезда онкологов стран СНГ, 23–26 мая 2000 г., г. Киев // Experimental oncology. – 2000. – Vol. 22, Suppl. – №1325.
- Переводчикова Н. И. Обеспечение качества жизни больных в процессе противоопухолевой терапии / Н. И. Переводчикова // Терапевтический архив. – 1996. – Т. 68, № 10. – С. 37–41.
- Штутин С. А. Роль поддерживающей терапии в повышении качества жизни онкологических больных / С. А. Штутин, С. А. Бубнов, С. В. Фесивская // Тезисы II съезда онкологов стран СНГ, 23–26 мая 2000 г., г. Киев // Experimental oncology. – 2000. – Vol. 22, Suppl. – №1354.
- Мухаровська І. Р. Медико-психологічний паспорт захворювання онкологічного профілю / І. Р. Мухаровська // Медична психологія. – 2015. – Т. 10, № 4 (40). – С. 15–19.
- Psycho-Oncology / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et al.]. – Oxford: Oxford University press, 2010. – 745 p.
- Анікіна І. І. Рівні реактивної та особистісної тривожності у жінок, які перенесли мастектомію з приводу раку молочної залози / І. І. Анікіна // Acta Medica Leopoliensia. – 2014. – Т. 20, № 1. – С. 30–35.
- Анікіна І. І. Рівень якості життя та самооцінка тривоги у жінок, які перенесли мастектомію з приводу раку молочної залози / І. І. Анікіна // Acta Medica Leopoliensia. – 2014. – Т. 20, № 2. – С. 34–39.

- 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 / Білобровка Ростислав Іванович; Харківський ін-т удосконалення лікарів. - X., 1995. – 187 с.
- Внутрішня картина подружньої дисгармонії при істинних та уявних сексуальних розладах у чоловіків та її психотерапевтична корекція [Текст]: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук: 14.08.18 / Білобровка Ростислав Іванович; Харківський ін-т удосконалення лікарів. - X., 1995. – 25 с.

References

- Smykodub, O. I., & Radziievska, L. V. (2001). Problemy yakosti zhyttia khvorykh onkologichnoho profilu ta suchasni mozlyvosti yikh vyrishennia [Problems of the quality of life of cancer patients and the ways to resolve these problems]. *Onkologhiia – Oncology*, vol. 3, no. 2–3, pp. 220–226. (In Ukrainian).
- Voloshyn, P. V., & Maruta, N. O. (2015). Stratehiia okhrony psykhhichnoho zdorov'ia naselennia Ukrainy: suchasni mozlyvosti ta pereshkody [The Strategy of Mental Health Care of the population of Ukraine: contemporary opportunities and obstacles]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 23, issue 1 (82), pp. 5–11. (In Ukrainian).
- Grassi, L., Biancosino, B., Marmai, L., Rossi, E., & Sabato, S. (2007). Psychological factors affecting oncology conditions. *Advances in Psychosomatic Medicine*, vol. 28, pp. 57–71. DOI: 10.1159/000106797
- Brjuzgin, V. V. (2000). Kachestvo zhizni onkologicheskikh bol'nykh – problema segodnjashnego dnja [Quality of life of cancer patients – today's problem]. *Jekspierimental'naja onkologija – Experimental oncology*, vol. 22, suppl., pp. no.1325. (In Russian).
- Perevodchikova, N. I. (1996). Obespechenie kachestva zhizni bol'nykh v processe protivopuholevoj terapii [Ensuring the quality of life of patients in the process of antitumor therapy]. *Tерапевтический архив – Therapeutic archive*, vol. 68, issue 10, pp. 37–41. (In Russian).
- Shtutin, S. A., Bubnov, S. A., & Fesivskaja, S. V. (2000). Rol' podderzhivajushhej terapii v povyshenii kachestva zhizni onkologicheskikh bol'nykh [The role of maintenance therapy in improving the quality of life of cancer patients]. *Jekspierimental'naja onkologija – Experimental oncology*, vol. 22, suppl., pp. no.1354. (In Russian).
- Mukharovska, I. R. (2015). Medyko-psykhologichnyi pasport zakhvoriuvannia onkologichnoho profilu [Medical psychological passport of cancer]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, vol. 10, no. 4 (40), pp. 15–19. (In Ukrainian).
- Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Lederberg, M. S., Loscalzo, M. J., & MccorKle, R. S. (Eds.). (2010). *Psycho-Oncology* (2nd ed.). Oxford: Oxford University press, 745 p.
- Anikina, I. I. (2014). Rivni reaktyvnoi ta osobystisnoi tryvozhnosti u zhinok, yaki perenesly mastektomiiu z pryvodu raku molochnoi zalozy [Levels of state and trait anxiety in women after mastectomy for breast cancer]. *Acta medica Leopoliensia*, vol. 20, issue 1, pp. 30–35. (In Ukrainian).
- Anikina, I. I. (2014). Riven yakosti zhyttia ta samootsinka tryvohy u zhinok, yaki perenesly mastektomiiu z pryvodu raku molochnoi zalozy [Quality of life and anxiety selfassessment in women after mastectomy for breast cancer]. *Acta medica Leopoliensia*, vol. 20, issue 2, pp. 34–39. (In Ukrainian).
- Bilobryvka, R. I. (1995). Vnutrishnia kartyna podruznoi dysharmonii pry istynnykh ta uiaivnykh seksualnykh rozladakh u cholovikiv ta yii psykhoterapevtychna korektsiia [The internal picture of conjugal disharmony with true mental and sexual disorders in men and its psychotherapeutic correction]. *Candidate's thesis*, Kharkiv, 187 p. (In Ukrainian).
- Bilobryvka, R. I. (1995). Vnutrishnia kartyna podruznoi dysharmonii pry istynnykh ta uiaivnykh seksualnykh rozladakh u cholovikiv ta yii psykhoterapevtychna korektsiia [The internal picture of conjugal disharmony with true mental and sexual disorders in men and its psychotherapeutic correction]. *Extended abstract of Candidate's thesis*, Kharkiv, 25 p. (In Ukrainian).

ДИЗАЙН І МЕТОДОЛОГІЯ ІССЛЕДОВАНИЯ ВАРИАНТОВ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

И. И. Аникина

Актуальность. Публикация посвящена актуальной проблеме современной психиатрии – диагностике неспихотических психических расстройств у женщин, больных раком молочной железы, после мастэктомии.

Цель. Описание алгоритма применения диагностического инструментария для выявления и оценки вариантов неспихотических психических расстройств у женщин, больных раком молочной железы (РМЖ), после мастэктомии.

Материалы и методы. Исследована выборка из 130 пациенток с верифицированным диагнозом рака молочной железы (шифр C.50 согласно МКБ-10), находившихся на стационарном лечении во Львовском государственном онкологическом региональном лечебно-диагностическом центре и перенесших оперативное вмешательство – мастэктомию. Обследование состояло из двух блоков: 1) расширенного анамнестического интервью; 2) проведения батареи тестов (Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина, Шихана, шкала депрессии Гамильтона, Монтгомери, Р. Б. Кеттела, ЕГОГ – Карновского, ТООБЛ).

Результаты исследования. Проведенное обследование (анамнестическое интервью и инструментальное анкетирование в «нулевой день») позволило выделить три группы пациенток, из которых сформированы сравнительные группы: 1. Группа с преобладающей депрессивной симптоматикой (n=27); 2. Группа с преобладающими тревожно-депрессивными состояниями (n=63); 3. Группа с преобладающими тревожно-фобическими состояниями (n=40), с последующим дифференцированным назначением психотерапевтического / психофармакологического лечения.

Выводы. Предложенный алгоритм диагностического инструментария для выявления неспихотических психических расстройств позволяет выявить и различить спектр этих состояний, оценить параметры качества жизни женщины, больной раком молочной железы, после мастэктомии; учитывает социокультуральные аспекты психологической обработки сообщения об онкопатологии и прогностически поможет эффективно и дифференцированно назначать необходимые методы их психотерапевтической и фармакологической коррекции по принципу «минимальной достаточности».

Ключевые слова: рак молочной железы, неспихотические психические расстройства, диагностика, диагностический инструментарий.

DESIGN AND METHODOLOGY OF THE STUDY OF THE VARIANTS OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS
IN WOMEN WITH BREAST CANCER AFTER MASTECTOMY

I. I. Anikina

Background. The publication is dedicated to a relevant issue of modern psychiatry – the diagnostics of non-psychotic mental disorders in women with breast cancer after mastectomy.

Objective. Presentation of the structure and sequence of application of diagnostic tools in an original diagnostic algorithm developed by the authors for revealing and evaluation of the variants of non-psychotic mental disorders in women with breast cancer following mastectomy.

Materials and methods. The study included 130 patients with a verified diagnosis of breast cancer (C50 code in ICD-10) undergoing examination and treatment (mastectomy) at the Lviv State Oncological Regional Treatment and Diagnostics Centre. The examination consisted of two parts: 1 – a comprehensive anamnestic interview; and 2 – a number of diagnostic tests (the Spielberger-Khanin Anxiety Scale, the Hamilton Depression Rating Scale, the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, the 16PF Questionnaire by R.B. Cattell, the ECOG score, the Karnofsky score, and the "TOBOL" score).

Results. The conducted survey (anamnesis interviews and questionnaires instrumental in "zero day") allowed to highlight three groups of patients, of which formed three comparative groups: 1. Depressive group, which in mental status and applied according to the battery of tests prevailed mainly depressive symptoms (n=27); 2. Anxious-depressive group (n=63); 3. The team with the superior anxious – phobic states (n=40). This approach to the diagnosis of the exact qualifications leading psychopathological register of mental activity proved further choice of optimal treatment (pharmacotherapy, psychotherapy) to its more rapid elimination, due the principle of "minimal sufficiency."

Conclusions. The proposed algorithm of diagnostics in order to reveal non-psychotic mental disorders is unified and easy to understand and use for psychiatrists and non-psychiatrists; it allows detecting the range of such mental states and evaluating the aspects of quality of life of women with breast cancer following mastectomy; it considers sociocultural aspects of psychological coping with the diagnosis of cancer, thus allowing to effectively and differentially recommend appropriate methods of psychological or pharmacological treatment due the principle of "minimal sufficiency."

Keywords: breast cancer, non-psychotic mental disorders, diagnostics, diagnostic tools.

Стаття надійшла до редакції 18.01.2017 р.

АНИКИНА Інна Ігорівна, старший лаборант кафедри психіатрії, медичної психології та сексології стоматологічного факультету Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; лікар-психіатр 3-го чоловічого клініко-діагностичного відділення КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня», м. Львів, Україна; e-mail: anikinainna@yandex.ua

АНИКИНА Інна Ігоревна, старший лаборант кафедры психиатрии, медицинской психологии и сексологии стоматологического факультета Львовского национального медицинского университета имени Даниила Галицкого; врач-психиатр 3-го мужского клинико-диагностического отделения КЗ «Львовская областная клиническая психиатрическая больница», г. Львов, Украина; e-mail: anikinainna@yandex.ua

ANIKINA Inna Igorivna, Senior Laboratory Assistant of the Department of Ppsychiatry, Medical Ppsychology and Sexology of the Danylo Halytsky Lviv National Medical University; Psychiatrist of the 3-d Psychiatric Department for men of the Lviv Regional Psychiatric Hospital, Lviv, Ukraine; e-mail: anikinainna@yandex.ua