

Г. Ю. Васильєва

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

## ОЦІНКА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ ОСОБЛИВОСТЯМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО РЕАГУВАННЯ НА ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЯКІСТЮ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ

У статті наведені результати вивчення психологічного реагування пацієнтів, що страждають на злоякісні новоутворення, на той факт, що має місце важка соматична патологія та необхідність проведення комплексного специфічного протипухлинного лікування, та якості їх життя. Виявлено взаємозв'язок між зниженням рівня якості життя та соціального функціонування хворих та наявністю дезадаптивних варіантів психологічного реагування на онкологічне захворювання.

*Ключові слова:* хворі на злоякісні новоутворення, внутрішня картина хвороби, типи реагування на онкологічне захворювання, якість життя та рівень соціального функціонування за методикою SF-36

Досягнення сучасної онкології дозволяють не лише добиватися поліпшення результатів спеціального протипухлинного лікування, але й роблять надзвичайно актуальними питання психотерапевтичного супроводу пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями під час лікувально-реабілітаційного процесу, який спрямований на формування у онкохворих адекватних реакцій до захворювання та створення реалістичного ставлення до лікування. Успішна реалізація цього можлива лише за умови вивчення «внутрішньої картини хвороби» як складного комплексу переживань та уявлень пацієнта про своє захворювання, причини його виникнення та наслідки. Проблемі вивчення типу реагування на соматичну хворобу присвячено багато робіт, однак дослідження цього питання у хворих з онкологічною патологією, незважаючи на високу актуальність, на жаль залишаються поодинокими [1, 2]. Крім того, надзвичайно важливим на сучасному етапі розвитку онкології постають питання якості життя пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями [3], оскільки саме критерій якості життя є незалежним та вельми значимим прогностичним чинником для оцінки ефективності протипухлинної терапії, толерантності хворого до лікування і виживаності [3, 4].

Мета дослідження — вивчення взаємозв'язку між особливостями реагування на захворювання та якістю життя й рівнем соціального функціонування онкологічних хворих.

Дослідження ґрунтується на вивченні емоційного стану 450 хворих на злоякісні новоутворення різної локалізації, які перебували на лікуванні у Донецькому обласному протипухлинному центрі. Усі пацієнти знали або здогадувалися про характер свого захворювання та дали інформовану згоду на свою участь у дослідженні. Критеріями включення були наявність онкологічного захворювання й однотиповість протипухлинних лікувальних заходів. З дослідження було виключено пацієнтів із екзогенно-органічними (в т. ч. метастатичним) ураженнями головного мозку, ендогенною психічною патологією та за віком старших за 60 років.

У дослідження увійшли пацієнти з онкологічною патологією шлунково-кишкового тракту (новоутворення шлунка та усіх відділів товстої кишки) — 138 хворих (30,6 ± 2,2 %), онкогінекологічною (новоутворення жіночої статеві сфери — матки і яєчників) — 210 пацієнток (46,7 ± 2,4 %) та

онкоурологічною патологією (новоутворення нирок, сечового міхура та простати) — 102 пацієнти (22,7 ± 1,9 %).

У 39 хворих (8,7 ± 1,3 %) онкологами було виявлено I стадію пухлинного процесу, у 183 пацієнтів (40,7 ± 2,3 %) — II стадію, у 221 онкохворих (49,1 ± 2,4 %) — III стадію та у 7 осіб (1,5 ± 0,6 %) — IV стадію.

234 пацієнта (52,0 ± 2,4 %) страждали на злоякісні новоутворення менш ніж 1 рік, у 125 осіб (27,8 ± 2,1 %) тривалість онкологічного захворювання була від 1 року до 3-х, у 91 онкохворого (20,2 ± 1,7 %) — більше 3 років.

Відповідно до міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду, виявлені емоційні розлади у онкологічних хворих виражені депресивними порушеннями в рамках симптоматичних депресивних розладів (F 06.32) (138 пацієнтів, 44,1 ± 2,8 %), а також розладів адаптації — пролонгованої депресивної реакції (F 43.21) (34 пацієнти, 10,9 ± 1,7 %) і змішаної тривожно-депресивної (F 43.22) реакції (46 пацієнтів, 14,7 ± 2,0 %). Переважно анксіозні порушення виражені симптоматичними тривожними розладами (F 06.4) (33 пацієнти, 10,5 ± 1,7 %) і розладами адаптації у вигляді реакцій з переважанням тривоги (F 43.23) (62 пацієнти, 19,8 ± 2,5 %). У 137 пацієнтів (30,4 ± 2,1 %) емоційні порушення не досягали клінічного рівня, що дозволило віднести їх до групи умовної психіатричної норми (Z 85).

Для визначення типу психологічного реагування у онкологічних хворих було використано методику для вивчення типу ставлення до хвороби («ТОБОЛ») [5] на підставі типології, запропонованої А. Е. Лічко і Н. Я. Івановим (1980) [6], яка дозволяє діагностувати 12 типів реагування на захворювання. Для узагальнювального аналізу отриманих результатів усі типи ставлення до хвороби були об'єднані в три блоки. Перший блок включає гармонійний, ергопатичний і анозогностичний типи відносини до хвороби, при яких психічна і соціальна адаптація істотно не порушується. У другий (тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний та апатичний типи) і третій блоки (сенситивний, егоцентричний, паранойяльний та дисфорічний типи) включені типи реагування на хворобу, які характеризуються наявністю психічної дезадаптації у зв'язку із захворюванням і розрізняються переважно інтрапсихічною або інтерпсихічною спрямованістю реагування на хворобу.

Для вивчення якості життя (ЯЖ) було використано російську версію опитувальника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey-36) [7—9], який дозволяє проаналізувати показники якості життя та рівень соціального функціонування онкологічних хворих за такими шкалами:

1. Physical Functioning (PF) — фізичне функціонування, яке відбиває ступінь, в якій здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень.

2. Role-Physical (RP) — вплив фізичного стану на роліве функціонування: роботу, виконання повсякденної діяльності.

3. Bodily Pain (BP) — інтенсивність больового синдрому та його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю.

4. General Health (GH) — загальний стан здоров'я: оцінка хворим стану свого здоров'я на момент бесіди та перспектив лікування.

5. Vitality (VT) — життєва активність.

6. Social Functioning (SF) — соціальне функціонування.

7. Role-Emotional (RE) — вплив емоційного стану на рольове функціонування, передбачає оцінку міри, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності, включаючи великі витрати часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості і тому подібне.

8. Mental Health (MH) — оцінка психічного здоров'я (характеризує настрій — наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій).

Усі шкали формують два інтегральні показники: «фізичний компонент здоров'я» (Physical health — PH 1) і «психологічний компонент здоров'я» (Psychological health — PH 2). «Фізичний компонент здоров'я» складають шкали: фізичне функціонування; рольове функціонування, обумовлене фізичним станом; інтенсивність болю і загальний стан здоров'я. «Психологічний компонент здоров'я» складається з таких шкал: психічне здоров'я; рольове функціонування, обумовлене емоційним станом; соціальне функціонування і життєва активність. При цьому показники за кожною шкалою можуть варіювати від 0 до 100 балів (більше число балів відповідало вищій оцінці за вибраною шкалою).

Статистичну обробку отриманих результатів проводили в пакеті Medstat з використанням стандартних статистичних методів, рангового однофакторного аналізу Крускала — Уолліса, множинних порівнянь (за критерієм Данна), а також для виявлення взаємозв'язку між отриманими результатами — кореляційний аналіз з використанням непараметричного коефіцієнта кореляції Спірмена.

Аналіз отриманих результатів виявив, що у хворих на злоякісні новоутворення найчастіше діагностувався змішаний тип реагування на захворювання з певними особливостями відповідно до етапу лікувально-діагностичного процесу. У загальній ранговій оцінці домінували тривожний ( $68,7 \pm 2,2$  %), неврастенічний ( $62,4 \pm 2,3$  %), меланхолічний ( $48,4 \pm 2,4$  %) сенситивний ( $33,8 \pm 2,2$  %) та іпохондричний ( $30,7 \pm 2,2$  %) типи ставлення до хвороби, що свідчить про інтрапсихічну спрямованість особистісного реагування на хворобу та обумовлює порушення як соціальної адаптації онкологічних хворих з цими типами реагування, так і поведінки: характерні реакції за типом дратівливої слабкості на тлі тривожно-депресивного настрою та «заглиблення у хворобу» з відмовою від боротьби за одужання.

Було виявлено певні особливості типу реагування на онкологічне захворювання від клінічного варіанту неспсихотичних психічних розладів. Так, у пацієнтів із симптоматичними розладами (F 06.32, F 06.4) достовірно частіше діагностувався змішаний тривожно-меланхолічно-неврастенічний тип внутрішньої картини хвороби ( $62,6 \pm 3,72$  %). У пацієнтів із розладами адаптації (F 43.21, F 43.22, F 43.23) — тривожно-сенситивний ( $36,6 \pm 4,1$  %), тривожно-іпохондричний ( $27,5 \pm 3,9$  %) та меланхолічно-іпохондричний ( $23,9 \pm 3,6$  %), що проявлялося у надмірному зосередженні на суб'єктивних відчуттях, неспокої і пригніченому настрої. Наявність тривожного компонента була обумовлена тяжкістю стану і невизначеністю прогнозу захворювання, а поєднання декількох методів протипухлинного лікування суб'єктивно сприймалося хворими як показник «несприятливості» перебігу захворювання.

У онкологічних хворих, які увійшли до групи умовної психіатричної норми (Z 85) типовим був ергопатично-

анозогностичний варіант ставлення до захворювання ( $78,1 \pm 3,5$  %), який відбивав прагнення пацієнтів подолати страшну хворобу, неприйняття ролі хворого, збереження ціннісної структури і активного соціального функціонування без виразних проявів психічної і соціальної дезадаптації.

У онкохворих на діагностичному етапі достовірно частіше спостерігався змішаний тривожно-меланхолічно-сенситивний тип. Пацієнти відчували загальний неспокій, виражену тривогу, відчуття повної безнадійності, безперспективності існування, думки про несприятливість перебігу хвороби з постійною фіксацією уваги на своєму самопочутті і суб'єктивних хворобливих відчуттях: прислухалися до функціонування ураженого органу, інтерпретували невизначені і невиразні відчуття як симптоми розповсюдження пухлинного процесу і метастазування у внутрішні органи. Висловлювали побоювання відносно можливих ускладнень під час проведення діагностичних процедур, неефективності протипухлинного лікування, занадто переймалися через враження від специфіки онкологічного діагнозу на оточуючих та надмірно турбувалися, що через захворювання їх будуть вважати неповноцінними, зневажати та уникали спілкування, побоювалися стати тягарем для родини.

У пацієнтів, які перебували на передопераційному етапі, діагностувався змішаний тривожно-сенситивно-іпохондричний тип психологічного реагування, який проявлявся у тривожному очікуванні оперативного втручання, побоюванні можливих фатальних ускладнень втручання, страх можливої смерті в процесі операції і ускладнень, пов'язаних з дією наркозу, а також калічущих наслідків від подібного роду лікування. Пацієнти категорично вимагали від лікарів надання гарантій успішності оперативного втручання, наполягали на власному виборі хірурга, що оперуватиме. Типовою для цього періоду була поява у структурі типу ставлення до хвороби нав'язливостей у вигляді всякого роду захисних ритуальних дій, особливої уваги до змісту сновидінь, різних прикмет і т. п.

У хворих на злоякісні новоутворення, які перебували на післяопераційному етапі протипухлинного лікування, домінували тривожно-іпохондрично-неврастенічні варіанти реагування на захворювання. Такі особливості внутрішньої картини хвороби пов'язані не тільки із спадом емоційного напруження після тривалої психотравмуючої ситуації, але і перебільшеними побоюваннями про можливий прогноз післяопераційного періоду, страхом розвитку віддалених ускладнень, невпевненістю у відновленні порушених оперативним втручанням функцій організму і вираженою фіксацією на стані свого здоров'я. Характерна поведінка за типом «дратівливої слабкості»: части спалахи дратівливості, особливо при болях, неприємних відчуттях, невдачах лікування. Негативні емоції виливаються на оточуючих, після чого хворий відчуває розкаяння.

Аналізуючи отримані нами за методикою MOS SF-36 дані, ми виявили, що якість життя пацієнтів, які страждають на злоякісні новоутворення, виявилася значно зниженою за всіма шкалами опитувальника. Детальне вивчення структури ЯЖ у онкохворих виявило найбільш низькі показники за шкалами «соціальна активність» ( $20,0 \pm 1,2$  балів), «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» ( $25,0 \pm 0,7$  балів), «інтенсивність фізичного болю» ( $35,0 \pm 1,2$  балів) й «життєва активність» ( $35,0 \pm 0,8$  балів). Таким чином, низьку якість життя пацієнтів, які страждають на злоякісні новоутворення, було обумовлено переважно за рахунок значного зниження психологічного компонента здоров'я, який склав  $32,5 \pm 1,2$  балів. Наявність фізичних

проблем (у т. ч. болю) сприяло формуванню обмежувальної поведінки в повсякденній діяльності.

Нами також було проведено оцінку якості життя онкопациєнтів, в яких було виявлено неспихотичні психічні розлади (табл. 1). Найгіршим сприйняття ЯЖ виявилось онкопациєнтами із симптоматичними депресивними й тривожними розладами, що пояснюється, на нашу думку, комбінацією факторів соматогенного й психогенного характеру. По-перше, наявність онкологічного захворювання: стадія й локалізація пухлинного процесу, основні клінічні прояви сприяли досить істотним обмеженням практично у всіх сферах життя пацієнтів, які у свою чергу

в деяких випадках виявилися більш значимими для пацієнта, ніж навіть саме фізичне неблагополуччя. По-друге, значно впливало на ЯЖ відчуття життєвого неблагополуччя в соціальному й емоційному аспектах. Більшість пацієнтів хвилювала необхідність тривалого протипухлинного лікування (курси поліхіміо- і променевої терапії), проведення діагностичних інструментальних досліджень, несприятливі зміни зовнішності, пов'язані із проявами як самого захворювання, так і спеціального лікування. Істотний вплив на ЯЖ пацієнтів виявили й такі фактори, як наявність підтримки з боку родини, родички, друзів і медичного персоналу протипухлинного центру.

Таблиця 1

Показники якості життя онкохворих із неспихотичними психічними розладами

	F 06.32 (n = 138)	F 06.4 (n = 33)	F 43.21 (n = 34)	F 43.22 (n = 46)	F 43.23 (n = 62)	Z 85 (n = 137)	рівень значимості відмінностей, p
PF	28,0 ± 0,5	42,0 ± 0,7	35,0 ± 0,9	42,5 ± 0,5	50,0 ± 0,4	65,0 ± 0,6	< 0,001*
RP	20,0 ± 0,5	35,0 ± 0,7	30,0 ± 1,2	40,0 ± 0,9	50,0 ± 1,3	70,0 ± 1,4	< 0,001*
BP	20,0 ± 0,6	30,0 ± 1,2	35,0 ± 1,0	40,0 ± 0,5	50,0 ± 0,6	65,0 ± 2,2	< 0,001*
GH	25,0 ± 0,6	50,0 ± 0,9	30,0 ± 0,9	40,0 ± 0,6	45,0 ± 0,4	60,0 ± 0,7	< 0,001*
VT	20,0 ± 0,4	30,0 ± 0,8	44,0 ± 0,8	50,0 ± 0,8	52,0 ± 0,5	68,0 ± 1,5	< 0,001*
SF	30,0 ± 1,0	40,0 ± 1,1	45,0 ± 0,9	50,0 ± 0,7	50,0 ± 0,5	65,0 ± 0,7	< 0,001*
RE	20,0 ± 0,5	20,0 ± 0,7	55,0 ± 0,4	60,0 ± 1,4	65,0 ± 0,8	65,0 ± 1,3	< 0,001*
MH	25,0 ± 0,8	40,0 ± 0,9	45,0 ± 0,8	45,0 ± 0,5	50,0 ± 0,4	70,0 ± 0,8	< 0,001*
PH 1	23,5 ± 0,9	39,5 ± 0,4	32,5 ± 0,7	40,7 ± 1,3	48,7 ± 0,5	65,0 ± 1,5	< 0,001*
PH 2	23,5 ± 1,3	32,5 ± 0,8	47,5 ± 1,2	51,3 ± 0,6	54,2 ± 0,9	67,0 ± 1,3	< 0,001*

Примітка: PF — фізична активність; RP — роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності; BP — інтенсивність фізичного болю; GH — загальне сприйняття здоров'я; VT — життєва активність; SF — соціальна активність; RE — роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності; MH — психічне здоров'я; PH 1 — фізичний компонент здоров'я; PH 2 — психологічний компонент здоров'я.

Як видно з табл. 1, істотне зниження якості життя пацієнтів із симптоматичними розладами мало дифузійний характер за рахунок низьких показників, що стосуються як фізичної (PH 1<sub>F 06.32</sub> — 23,5 ± 0,9 балів; PH 1<sub>F 06.4</sub> — 39,5 ± 0,4 балів) (роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності й інтенсивність фізичному болю), так і емоційної сфер життя (PH 2<sub>F 06.32</sub> — 23,5 ± 1,3 балів; PH 2<sub>F 06.4</sub> — 32,5 ± 0,8 балів) (життєва активність і роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності).

Трохи вищим виявився рівень ЯЖ в онкохворих із тривожно-депресивними порушеннями в рамках розладів адаптації, ніж в групі пацієнтів із симптоматичними розладами. Пацієнти з розладами адаптації відзначали незадоволеність переважно фізичним компонентом здоров'я (PH 1<sub>F 43.21</sub> — 32,5 ± 0,7 балів; PH 1<sub>F 43.22</sub> — 40,7 ± 1,3 балів; PH 1<sub>F 43.23</sub> — 48,7 ± 0,5 балів). Якість життя онкологічних хворих, емоційні порушення яких не досягли клінічного рівня, виявилось зниженим, але у вірогідно меншому ступені, ніж в пацієнтів з неспихотичними психічними розладами (PH 1<sub>Z 85</sub> — 65,0 ± 1,5 балів; PH 2<sub>Z 85</sub> — 67,0 ± 1,3 балів).

Інтегральні показники якості життя онкопациєнтів з неспихотичними психічними розладами, залежно від локалізації пухлинного процесу наведено в таблиці 2.

Аналізуючи ці дані, слід зазначити, що найгірше сприйняття як фізичного, так і психологічного компонентів здоров'я в структурі ЯЖ у групі хворих з онкогінекологічною патологією виявилось в пацієнток із симптоматичними депресивними розладами (PH 1 — 23,5 ± 0,9 балів; PH 2 — 20,3 ± 0,6 балів) і пролонгованими депресивними реакціями в рамках розладів адаптації (PH 1 — 27,5 ± 0,7 бала;

PH 2 — 42,5 ± 0,4 балів). Значне зниження ЯЖ у групі хворих з онкологічною патологією ШКТ було виявлено в пацієнтів із тривожними розладами в рамках симптоматичних (PH 1 — 36,5 ± 0,4 балів; PH 2 — 32,1 ± 0,9 балів) і адаптаційних розладів (PH 1 — 46,8 ± 1,4 балів; PH 2 — 50,3 ± 0,6 балів). Найбільше зниження ЯЖ у групі пацієнтів з онкоурологічною патологією відзначено в осіб із змішаними тривожно-депресивними реакціями (PH 1 — 40,3 ± 0,4 балів; PH 2 — 45,2 ± 1,3 балів).

Таблиця 2

Інтегральні показники якості життя онкохворих з неспихотичними психічними розладами залежно від локалізації пухлинного процесу

		Онкологічна патологія ШКТ (n = 138)	Онкогінекологічна патологія (n = 210)	Онкоурологічна патологія (n = 102)
F 06.32 (n = 138)	PH 1	25,2 ± 0,8	23,5 ± 0,9	28,0 ± 0,4
	PH 2	23,3 ± 1,3	20,3 ± 0,6	25,5 ± 0,8
F 06.4 (n = 33)	PH 1	36,5 ± 0,4	37,5 ± 1,3	41,5 ± 0,5
	PH 2	32,1 ± 0,9	34,5 ± 0,8	38,0 ± 0,9
F 43.21 (n = 34)	PH 1	34,2 ± 0,3	27,5 ± 0,7	38,5 ± 1,2
	PH 2	45,7 ± 1,2	42,5 ± 0,4	49,0 ± 1,4
F 43.22 (n = 46)	PH 1	40,8 ± 0,7	42,6 ± 1,3	40,3 ± 0,4
	PH 2	52,4 ± 1,4	50,3 ± 0,6	45,2 ± 1,3
F 43.23 (n = 62)	PH 1	46,8 ± 1,4	48,7 ± 0,5	50,3 ± 0,6
	PH 2	50,3 ± 0,6	54,2 ± 0,9	56,6 ± 0,8
Z 85 (n = 137)	PH 1	66,5 ± 0,7	68,1 ± 1,3	72,5 ± 0,8
	PH 2	60,5 ± 1,3	65,3 ± 1,5	70,0 ± 1,6

Кореляційний аналіз отриманих в ході дослідження результатів дозволив виявити достовірно значущі зв'язки між типом особистісного реагування на онкологічне захворювання та оцінкою якості життя й рівня соціального функціонування пацієнтів. Так, найбільш несприятливі показники якості життя та соціального функціонування пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями різної локалізації були пов'язані з наявністю тривожного ( $r = -0,352$  при  $p = 0,032$ ), меланхолічного ( $r = -0,442$  при  $p = 0,05$ ) та неврастенічного ( $r = -0,318$  при  $p = 0,045$ ) типів особистісного реагування на онкологічне захворювання. У хворих з локалізацією пухлини в шлунково-кишковому тракті низькі показники якості життя (переважно психологічний компонент здоров'я), були кореляційно пов'язані із наявністю тривожно-іпохондричного ( $r = -0,279$  при  $p = 0,045$ ) та меланхолічно-іпохондричного ( $r = -0,362$  при  $p = 0,0254$ ) типів реагування на злоякісну пухлину; у пацієнок онкогінекологічного профілю — з тривожно-сенситивним ( $r = -0,294$  при  $p = 0,034$ ) та меланхолічно-егоцентричним ( $r = -0,422$  при  $p = 0,0034$ ) типами ВКХ; у осіб з онкоурологічною патологією — з меланхолічно-дисфорічним ( $r = -0,194$  при  $p = 0,03$ ) типом особистісного реагування на захворювання.

Найнижчу якість життя та соціального функціонування було виявлено у онкохворих з симптоматичними депресивними розладами, причому такі інтегральні показники якості життя як «фізичний компонент здоров'я» та «психологічний компонент здоров'я» були міцно пов'язані зі змішаним тривожно-меланхолічно-неврастенічним типом внутрішньої картини хвороби ( $r = -0,386$  при  $p = 0,0012$  та  $r = -0,318$  при  $p = 0,045$  відповідно).

У онкохворих з розладами адаптації нами було виявлено кореляційні зв'язки між інтегральними показниками якості життя (фізичним та психологічним компонентами здоров'я) та тривожно-сенситивним ( $r = -0,328$  при  $p = 0,031$  та  $0,453$  при  $p = 0,0011$  відповідно), тривожно-іпохондричним ( $r = -0,236$  при  $p = 0,048$  та  $r = -0,335$  при  $p = 0,045$  відповідно) та меланхолічно-іпохондричним ( $r = -0,295$  при  $p = 0,017$  та  $r = -0,383$  при  $p = 0,0001$  відповідно) типами особистісного реагування.

Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать про значне зниження якості життя та соціального функціонування хворих зі злоякісними новоутвореннями різної локалізації, які супроводжуються порушенням як фізичного, так й психологічного компонентів здоров'я. Найбільш низькими виявилися такі показники: роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, інтенсивність

фізичного болю і роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, що у свою чергу різко обмежує життєву активність пацієнтів і, як наслідок, обумовлює низький рівень соціальної адаптації онкохворих. При цьому у онкохворих нами було виявлено значне переважання дезадаптивних типів психологічного реагування на факт наявності злоякісної пухлини з домінуванням інтрапсихічної направленості внутрішньої картини хвороби. Враховуючи особливості виявлених типів реагування, можна припустити, що сформований тип ставлення до онкологічного захворювання може виконувати різні функції, як захисну з одного боку, так і таку, що сприяє розвитку несприятливих психічних порушень. Отже, специфіка діагнозу злоякісного новоутворення і особливості протипухлинного лікування обумовлюють патологічний вплив на емоційну сферу пацієнтів з подальшим формуванням порушення адаптації в рамках ставлення до хвороби та негативно впливають на якість життя та соціального функціонування онкохворих.

#### Список літератури

1. Внутренняя картина болезни и качество жизни больных с опухолевой патологией матки / [Володин Б. Ю., Петров С. С., Куликов Е. П. и др.] // Пал. мед. и реабил. — 2006. — № 1. — С. 15—19.
2. Маркова М. В. Особливості внутрішньої картини хвороби пацієнок, які перенесли мастектомію / Маркова М. В., Мартинова Ю. Ю. // Chem Biol. — 2009. — Т. 13, № 1(46). — С. 48—52.
3. Ионова Т. И. Понятие качества жизни больных онкологического профиля / Ионова Т. И., Новик А. А., Сухонос Ю. А. // Онкология. — 2000. — Т. 2. — № 1—2. — С. 25—28.
4. Browman G. P. Prognostic Tools for Cancer Survival: A Secondary Role for Quality-of-Life Measurement / Browman G. P., Berrang T., Smith S. // J. Clin. Oncol. — 2009. — Vol. 27(18). — P. 2902—2904.
5. Усовершенствованный вариант опросника для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ): Методические рекомендации / Сост. Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, Я. А. Вукс. — СПб., 2001, — 33 с.
6. Личко А. Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / Личко А. Е., Иванов И. Я. // Журнал невропатол. и психиатр. — 1980. — № 8. — С. 1195—1198.
7. Ware J. E. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection / Ware J. E., Sherbourne C. D. // Medical Care. — 1992. — Vol. 30. — P. 473—83.
8. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / [Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B.] // The Health Institute, New England Medical Center. — Boston, Mass, 1993.
9. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual / [Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., Keller S. D.] // The Health Institute, New England Medical Center. — Boston, Mass, 1994.

Надійшла до редакції 24.06.2010 р.

*А. Ю. Васильева*

#### **Оценка взаимосвязи между особенностями личностного реагирования на заболевание и качеством жизни у пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями**

*Украинский НИИ ССПН МЗ Украины, г. Киев*

В статье представлены результаты изучения психологического реагирования пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, на факт наличия тяжелой соматической патологии и необходимости проведения комплексного специфического противоопухолевого лечения, и качества их жизни. Выявлена взаимосвязь между снижением уровня качества жизни и социального функционирования больных и наличием дезадаптивных вариантов психологического реагирования на онкологическое заболевание.

**Ключевые слова:** пациенты, страдающие злокачественными новообразованиями, внутренняя картина болезни, типы реагирования на онкологическое заболевание, качество жизни.

*A. Vasylyeva*

#### **Estimation of intercommunication between features of personality reacting on disease and quality of life of patients, suffering from malignant neoplasm**

*Ukraine Research institute of social and forensic psychiatry and drug abuse, Ukraine Ministry of Public Health, Kyiv*

The results of study of the psychological reacting of patients, suffering from malignant neoplasm, on the fact of presence of heavy somatic pathology and necessity of lead through of specific antitumor treatment, and quality of their life are presented in the article. Intercommunication is exposed between the decline of level of quality of life and social functioning of patients and presence of disadaptive variants of the psychological reacting on an oncologic disease.

**Keywords:** patients, suffering from malignant neoplasm, types of reacting on an oncologic disease, quality of life.