

Г.Ю. Васильєва

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

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ

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, причинах його виникнення та наслідків. 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.

Матеріал та методи дослідження

Дослідження ґрунтується на вивченні емоційного стану 450 хворих на злоякісні новоутворення різної локалізації, які знаходилися 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 однотипність протипухлинних лікувальних заходів. З дослідження було виключено пацієнтів із екзогенно-органічними (в т.ч. метастатичним) ураженнями головного мозку, ендогенною психічною патологією та за віком старше 60 років.

В 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 пацієнта (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 склала від 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 представлені 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 представлені 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 досягли клінічного рівня, що дозволило віднести їх до групи умовної психіатричної норми (Z 85).

Для визначення типу психологічного реагування у онкологічних хворих було використано методика для вивчення типу відношення до хвороби («ТОБОЛ») [5] на підставі типології, запропонованої А.Е. Лічко і Н.Я. Івановим (1980 р.) [6], яка дозволяє діагностувати 12 типів реагування на захворювання. Для узагальнювального аналізу отриманих результатів усі типи відношення до хвороби були об'єднані в три блоки. Перший блок включає гармонійний, ергопатичний і анозогностичний типи відношення до хвороби, при яких психічна і соціальна адаптація істотно не порушується. У другий (тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний та апатичний типи) і третій (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 нами 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 наступними 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 рольове функціонування: роботу, виконання повсякденної діяльності.

3. Bodily Pain (BP) – інтенсивність болювого 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 об'єму роботи, зниження її якості і тому подібне.

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

Всі 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 наступних 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 результа-

тами – кореляційний аналіз з використанням непараметричного коефіцієнта кореляції Спірмена.

Результати та їх обговорення

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±2,2%), неврастенічний (62,4±2,3%), меланхолічний (48,4±2,4%) сенситивний (33,8±2,2%) та іпохондрічний (30,7±2,2%) типи відношення 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 драгівливої 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 непсихотичних 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±3,72%). У пацієнтів із розладами адаптації (F 43.21, F 43.22, F 43.23) – тривожно-сенситивний (36,6±4,1%), тривожно-іпохондрічний (27,5±3,9%) та меланхолічно-іпохондрічний (23,9±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 відношення до захворювання (78,1±3,5%), який відбивав прагнення пацієнтів подолати страшний хворобу, не-

прийняття ролі хворого, збереження ціннісної структури і активного соціального функціонування без виразних проявів психічної і соціальної дезадаптації.

У онкохворих, які знаходилися на діагностичному етапі, достовірно частіше спостерігався змішаний тривожно-меланхолічно-сенситивний тип. Пацієнти випробували 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 уникати спілкування, побоювалися стати тягарем для родини.

У пацієнтів, які знаходилися на передопераційному етапі, діагностувався змішаний тривожно-сенситивно-іпохондрічний 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 калічующих наслідків від подібного роду лікування. Пацієнти категорічно вимагали від лікарів надання гарантій успішності оперативного втручання, наполягали на власному виборі оперуючого хірурга. Типовою для цього періоду була поява у структурі типу відношення 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 знаходилися на післяопераційному етапі протипухлинного лікування, домінували тривожно-іпохондрічно-неврастенічні варіанти реагування на захворювання. Такі

особливості внутрішньої картини хвороби пов'язані не тільки із спадом емоційної напруги 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»: часті спалахи дратівливості, особливо при болях, неприємних відчуттях, невдачах лікування. Негативні емоції виливаються на оточуючих, після чого хворий випробовує розкаяння.

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

Нами також було проведено оцінку якості життя онкопацієнтів, в яких було виявлено неспсихотичне 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 неспсихотичними 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*
MN	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; MN - психічне здоров'я; PH 1 - фізичний компонент здоров'я; PH 2 - психологічний компонент здоров'я.

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

Трохи вище 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 F 43.21 -

32,5±0,7 балів; РН 1_{F 43.22} - 40,7±1,3 балів; РН 1_{F 43.23} - 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 неспсихотичними психічними розладами (РН 1_{Z 85} - 65,0±1,5 балів; РН 2_{Z 85} - 67,0±1,3 балів).

Інтегральні показники якості життя онкопацієнтів з неспсихотичними психічними розладами, залежно від локалізації пухлинного процесу представлено в таблиці 2.

Таблиця 2

Інтегральні показники ЯЖ онкохворих з неспсихотичними 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)	РН 1	25,2±0,8	23,5±0,9	28,0±0,4
	РН 2	23,3±1,3	20,3±0,6	25,5±0,8
F 06.4 (n=33)	РН 1	36,5±0,4	37,5±1,3	41,5±0,5
	РН 2	32,1±0,9	34,5±0,8	38,0±0,9
F 43.21 (n=34)	РН 1	34,2±0,3	27,5±0,7	38,5±1,2
	РН 2	45,7±1,2	42,5±0,4	49,0±1,4
F 43.22 (n=46)	РН 1	40,8±0,7	42,6±1,3	40,3±0,4
	РН 2	52,4±1,4	50,3±0,6	45,2±1,3
F 43.23 (n=62)	РН 1	46,8±1,4	48,7±0,5	50,3±0,6
	РН 2	50,3±0,6	54,2±0,9	56,6±0,8
Z 85 (n=137)	РН 1	66,5±0,7	68,1±1,3	72,5±0,8
	РН 2	60,5±1,3	65,3±1,5	70,0±1,6

Примітка. РН 1 – фізичний компонент здоров'я; РН 2 – психологічний компонент здоров'я.

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 (РН 1 - 23,5±0,9 балів; РН 2 - 20,3±0,6 балів) і пролонгованими депресивними реакціями в рамках розладів адаптації (РН 1 - 27,5±0,7 бала; РН 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 (РН 1 - 36,5±0,4 балів; РН 2 - 32,1±0,9 балів) і адаптаційних розладів (РН 1 - 46,8±1,4 балів; РН 2 - 50,3±0,6 балів). Найбільше зниження ЯЖ у групі пацієнтів з онкоурологічною патологією відзначено в осіб із змішаними тривожно-депресивними реакціями (РН 1 - 40,3±0,4 балів; РН 2 - 45,2±1,3 балів).

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 злякисними 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-кішковому тракті низькі показники якості життя (переважно психологічний компонент здоров'я), були кореляційно пов'язані із наявністю тривожно-іпохондрічного ($r=-0,279$ при $p=0,045$) та меланхолічно-іпохондрічного ($r=-0,362$ при $p=0,0254$) типів реагування на злякисну пухлину; у пацієнток 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.

Найніжчу 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 тісно 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-іпохондрічним ($r=-0,236$ при $p=0,048$ та $r=-0,335$ при $p=0,045$ відповідно) та меланхолічно-іпохондрічним ($r=-0,295$ 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 наступні 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 переважаючі дезадаптивних типів психологічного реагування на факт наявності злоякісної пухлини з домінуванням інтрапсихичної направленості внутрішньої картини хвороби. Враховуючи особливості виявлених типів реагування, можна припустити, що сформований тип відношення до онкологічного захворювання може виконувати різні функції, як захисну з одного боку, так і сприяючу розвитку неспихотичних 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 відношення до хвороби та негативно впливають на якість життя та соціального функціонування онкохворих.

Література

1. Володин Б.Ю., Петров С.С., Куликов Е.П., Петров Д.С., Володина Л.Н., Новиков В.В.

Внутренняя картина болезни и качество жизни больных с опухолевой патологией матки // Пал. мед. и реабил. – 2006. – № 1. – С.15-19.

2. Маркова М. В., Мартинова Ю. Ю. *Особенности внутренней картины хвороби пацієнток, які перенесли мастектомію // Chem Biol. – 2009 - Т.13, №1(46). – С. 48-52.*

3. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. *Понятие качества жизни больных онкологического профиля // Онкология. – 2000. – Т. 2. – № 1-2. – С.25-28.*

4. Browman G.P., Berrang T., Smith S. *Prognostic Tools for Cancer Survival: A Secondary Role for Quality-of-Life Measurement // 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, – 33с.*

6. Личко А.Е., Иванов И.Я. // *Журн. невропатол. и психиатр. – 1980. – № 8. – С.1195-1198.*

7. Ware J.E., Sherbourne C.D. *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection // Medical Care. – 1992. – Vol. 30. – P. 473-83.*

8. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. *SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1993.*

9. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Keller S.D. *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1994.*

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ОСОБЕННОСТЯМИ ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

А.Ю. Васильева

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

ESTIMATION OF INTERCOMMUNICATION BETWEEN FEATURES OF PERSONALITY REACTING ON DISEASE AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS SUFFERING FROM MALIGNANT NEOPLASM

A. Vasylyeva

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 дезадаптивних варіантів психологічного реагування на онкологічне захворювання.

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

УДК 616.89-071:362.121:616-08-039.57

В. А. Демченко

ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ МЕРЕЖІ В РАМКАХ МОДЕЛІ «ІНТЕГРОВАНОЇ МЕДИЦИНИ»

Міська психоневрологічна лікарня № 2 м. Києва

Ключові слова: психічні розлади, загально соматична мережа, надання допомоги

Проблема виявлення та лікування психічних розладів є актуальною не тільки для сучасної психіатрії, але й загалом для медицини. Проведені під егідою ВООЗ дослідження показали, що психопатологічні розлади в загальномедичній практиці становлять 30–57 %, а у пацієнтів, що одержують яку-небудь медичну допомогу амбулаторно, тривожно-депресивні розлади (ТДР) виявляються в 65 % випадків [1, 2, 4].

Світові дослідження доказової медицини, засновані на даних клінічної епідеміології, показали диференційовані рівні поширеності ТДР в різних субпопуляціях пацієнтів. Якщо підсумувати різні результати з 25 епідеміологічних робіт за останні 10 років, опубліковані в англо-американських і західноєвропейських журналах, то картина виглядає наступним чином: на 30 хворих, що звернулися до лікарів загальносоматичного профілю, доводиться на день 2-3 пацієнта з «великою» депресією і 7-8 з депресивними та/або тривожними симптомами; 10-12% постійних відвідувачів поліклініки є депресивними та/або тривожними пацієнтами; 24-46% стаціонарних хворих з соматичною патологією мають ТДР; 3-4% у

загальній популяції людей похилого віку старше 65 років страждає на ТДР і у 15% відзначаються тривожно-депресивні симптоми; 40-65% хворих у постінфарктний період мають депресивні симптоми і в 18-25% випадків у таких пацієнтів реєструється великий депресивний епізод; 18-20% хворих при ангіографічно верифікованій коронарній хворобі, а також 60% хворих після порушення мозкового кровообігу через 6 місяців хворіє на ТДР; 13% онкологічних хворих відповідає критеріям «великої» депресії, а 47 % має її явні клінічні ознаки; 40% з хворобою Паркінсона і 33% з хворобою Альцгеймера страждають на уніполярну депресію [3, 5, 8, 11].

Таким чином, на сьогодні в світі спостерігається стійка тенденція поширення психічних розладів серед пацієнтів загальносоматичної практики, що обумовлене як збільшенням розповсюдженості психічної патології, так і удосконаленням її діагностики.

Своєчасність виявлення психопатології визначає ефективність надання спеціалізованої психіатричної, а також комплексної сомато-психіатричної допомоги пацієнтам