

8. Українське студентство у пошуках ідентичності : монографія / за ред. В. Л. Арбеніної, Л. Г. Сокур'янської. – Х. : ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2012. – 520 с.
Ukrainske studentstvo u poshukakh identychnosti : monohrafiia [Ukrainian students in search of identity] / za red. V. L. Arbieninnoi, L. H. Sokurianskoi. – Kh. : KhNU im. V. N. Karazina, 2012. – 520 s.
9. Хазратова Н. В. Психологія відносин особистості й держави : монографія. – Луцьк : РВВ «Вежа» Волин. держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 2004. – 276 с.
Khazratova N. V. Psykholohiia vidnosyn osobystosti i derzhavy : monohrafiia [Psychology of relationship between the individual and the state]. – Lutsk : RVV “Vezha” Volyn. derzh. un-tu im. Lesi Ukrinky, 2004. – 276 s.
10. Allen E. Likert Scales and Data Analyses / E. Allen, C. Seaman // Quality Progress. – 2007. – № 40. – Р. 64–65.

УДК 159.9.075

Б. В. Плескач

Received September 22, 2015;

Revised December 16, 2016;

Accepted April 26, 2016.

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ШКАЛИ КОРЕКЦІЇ ТА А-ФАКТОРУ СТАНДАРТИЗОВАНОГО БАГАТОФАКТОРНОГО МЕТОДУ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТОСТІ В РОБОТІ З ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИМИ ХВОРИМИ

У статті розглянуто валідність та надійність опитувальника на основі шкали Корекції та А-фактору зі складу ММРІ. Запропоновано опитувальник на основі модифікованих шкал, ключі до нього, уточнено нормативні значення. Валідність шкал перевірялась на основі вивчення взаємозв'язку з опитувальником ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера–Ханіна, методикою «Особистісний диференціал», методом портретних виборів Л. Сонді. Опитано 90 майже здорових осіб та 30 онкогематологічних хворих. Доведено високу прогностичну валідність шкали Корекції та А-фактору для діагностики високої ситуативної та особистісної тривоги. Діагностика онкогематологічних хворих за допомогою А-фактору дає змогу ідентифікувати пацієнтів з проблемою тривоги. Так, всі пацієнти зі значенням вище 50Т за А-фактором потребували психологічної підтримки або мали конкретні психологічні скарги та просили допомоги. Також виявлено, що значення модифікованої шкали Корекції пов'язані з

вдачею або невдачею медичного лікування онкогематологічних хворих (за даними медичної документації). Так, у пацієнтів із значеннями вище 50Т за шкалою К лікування зазвичай було неефективним (спостерігалась прогресія хвороби, об'єм пухлини істотно не змінився або пацієнт помер від ускладнень у процесі лікування). При значеннях менше 50Т за шкалою К спостерігалась стабілізація хвороби, часткова або повна ремісія. Результати спостереження та дані за іншими методами психодіагностики показали, що пацієнти за шкалою К вище 50Т потребували психологічної підтримки, мали глибинні потреби в отриманні співчуття та розуміння до себе, мали завищену самооцінку, були схильні відмовлятися від зовнішньої допомоги (скоріше через бажання виглядати сильним). Отримані результати пояснюються з позицій теорії систем, згідно з якою неможливість адаптації до захворювання на психологічному та соціальному рівнях викликає дезадаптацію біологічної системи організму, яка супроводжується прогресією захворювання. При високому рівні тривоги, поганому самопочутті, відсутності психологічного запиту, психологічна допомога пацієнтам зі значеннями К вище 50Т може бути побудована на принципі підтримання самоповаги, налагодження взаємовигідних соціальних стосунків з близькими, емпатичної особистісної підтримки. Перспективним здається продовжити вивчення взаємозв'язку між шкалою К та ефективністю лікування онкогематологічних хворих на більшій вибірці.

Ключові слова: психоонкологія, тривожність, MMPI, теорія систем.

Pleskach B. V. Opportunities of Use the Correction Scale and the A-factor from MMPI in the Patients with Oncohematological Diseases. The article is devoted to study the validity and reliability of the questionnaire based on the scale Correction and the A-factor of the MMPI. A modified text of the questionnaire, keys for it, and updated normative values were proposed. The validity of the scales was verified by studying the relationship with Spielberger anxiety test, Semantic (personal) differential, and Soudy test. It was surveyed 90 healthy people and 30 oncohematological patients. It has proved a high validity of the scale Correction and the A-factor for the diagnosis of high level of situational and personal anxiety. Application of construct in oncohematologic patients showed possible use of A factor scale for revealing of patients with anxiety problems. Thus, all patients with A factor scale data > 50T needed psychological help or had a specific psychological complaints and asked for help. It was revealed also that modified K scale value associated with success of medical treatment (according to data of medical documentation). Thus, treatment of patients with K scale value > 50T usually was not effective. It was observed progression of the disease, or patient death. Results of treatment of patients with K scale value < 50T were disease stabilization, complete or partial remission. Data of observations and others psychodiagnostic methods have shown that patients with values of K above 50T needed psychological support, had deep needs for empathy in understanding themselves, an increased self-assessment, preferred to reject the aid of others (most likely due with the desire to look strong). Obtained results we can explain using the System theory. According to it, inability to adapt to the disease on the psychological and social levels causing a disadaptation of the

biological subsystem organism, which is accompanied by a progression of the disease. Psychological help for patients with K scale value $> 50T$ which also observed high level of anxiety, bad feeling, absence of psychological request can be based on maintenance of self-assessment, establishment of mutually beneficial relationships with relatives, empathic personal support. It is promising of prolongation of the study an association between K scale value and treatment effectiveness on more representative group of oncohematological patients.

Keywords: psychooncology, anxiety, MMPI, systems Theory.

Плескач Б. В. Возможности использования шкалы Коррекции и А-фактора СМИЛ в работе с онкогематологическими больными. В статье рассматривается валидность и надежность вопросника на основе шкалы Коррекции и А-фактора из состава СМИЛ. Предложен вопросник на основании модифицированных шкал, ключи к нему, уточнены нормативные значения. Валидность шкал проверялась на основании изучения взаимосвязей с вопросником ситуационной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина, методикой «Личностный дифференциал», методом портретных выборов по Л. Сонди. Опрошено 90 практически здоровых людей и 30 онкогематологических больных. Доказана высокая валидность шкалы Коррекции и А-фактора для диагностики высокой ситуационной и личностной тревожности. Диагностика онкогематологических пациентов с помощью А-фактора может быть использована для выявления пациентов с проблемой тревоги. Так, все пациенты со значениями за А-фактором выше $50T$ нуждались в психологической помощи или имели конкретные психологические жалобы и просили о помощи. Также установлено что значения шкалы К связаны с успехом или неуспехом медицинского лечения (по данным медицинской документации). Так, у пациентов со значениями по шкале К выше $50T$ лечение, как правило, было неэффективным (наблюдалась прогрессия болезни, объем опухоли существенно не изменился или пациент умер от осложнений). При значениях шкалы К меньше $50T$ наблюдалась стабилизация болезни, частичная или полная ремиссия. Результаты наблюдения и данные по другим методикам психодиагностики показали, что пациенты со значениями К выше $50T$ нуждались в психологической поддержке, имели глубинные потребности в получении сочувствия по отношению к себе, имели завышенную самооценку, были склонны отказываться от внешней помощи (скорее всего в связи с желанием выглядеть сильным). Полученные результаты объясняются с позиции теории систем, согласно которой невозможность адаптации к заболеванию на психологическом и социальном уровнях вызывает дезадаптацию биологической системы организма, которая сопровождается прогрессией заболевания. При высоком уровне тревоги, плохом самочувствии, отсутствии психологического запроса, психологическая помощь пациентам со значениями К выше $50T$ может быть построена на принципе поддержания самооценки, налаживания взаимовыгодных социальных отношений с близкими, эмпатической личностной поддержки. Перспективным выглядит продолжение исследования взаимосвязи между шкалой К и эффективностью лечения онкогематологических больных на большей выборке.

Ключевые слова: психоонкология, тревожность, СМИЛ, теория систем.

Постановка наукової проблеми та її значення. Сучасні дослідження показують, що високий рівень тривожності та дистресу корелює з порушенням функції імунної системи, негативно відображається на процесі лікування і є одним із факторів, пов'язаних із низьким виживанням онкологічних хворих після лікування [6–8]. З іншого боку, є результати, які доводять позитивний вплив психологічного втручання на зменшення ймовірності рецидиву хвороби [4]. Тому важливо виявити групи пацієнтів, які мають високий ступінь психологічного дистресу, щоб надати їм психологічну допомогу.

Аналіз досліджень цієї проблеми. Виявлення в онкологічних пацієнтів тривожних порушень, які потребують спеціального лікування, вважається одним із пріоритетних завдань [11]. Золотим стандартом в їх діагностиці є напівструктуроване психіатричне інтерв'ю, проте навчання лікарів-онкологів способів проведення психіатричної діагностики не завжди можливе [11]. Тому розробляються анкетні методи для самозаповнення пацієнтами, націлені на діагностику тривожних розладів, та адаптуються вже наявні.

Однак дослідження показують, що методи самооцінки симптомів дають помилку при роботі з онкологічними хворими. Опитувальник якості життя онкологічних хворих (EORTC QLQ-C30) може бути використаний для комплексної оцінки стресу, в тому числі психологічного. Проте окремі дослідники виявили, що, заповнюючи EORTC QLQ-C30, пацієнти часто намагаються справити більш позитивне враження про свій стан, ніж є насправді [12]. Опитувальник HADS при застосуванні в онкологічних хворих для визначення рівня тривоги та депресії також виявив своє обмеження порівняно з психіатричним інтерв'ю [10]. У зв'язку з цим актуальне використання особистісних методик для визначення рівня тривожності, котрі зосереджені на непрямих ознаках тривоги.

Мета статті – вивчення можливостей використання окремих шкал із Стандартизованого багатофакторного методу дослідження особистості (MMPI) для діагностики тривоги та апробація цього методу на вибірці онкогематологічних хворих. Серед шкал MMPI був обраний Перший додатковий фактор або А-фактор, який призначений не лише для визначення тривоги, а й діагностує стан загального емоційного стресу, хронічні труднощі адаптації [1, с. 138]. Для покращення точності визначення тривожності додано запитання шкали Корекції (К) [1, с. 195, 142]. Були поставлені такі **завдання**: 1) уточ-

нити нормативні значення обраних шкал; 2) перевірити надійність та валідність використання А-фактору та шкали К для діагностики тривоги; 3) провести апробацію опитувальника на вибірці онкогематологічних хворих; 4) вивчити зв'язок між показниками за А-фактором, шкалою Корекції з ефективністю лікування захворювання (згідно з медичною документацією).

Методи та методики дослідження. Текст основного опитувальника на основі шкали Корекції й А-фактору та інструкція до нього представлені на сайті Електронної бібліотеки НАПН України за адресою <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/10199>. Нормативні значення для шкал, які досліджувались, отримані на вибірці майже здорових осіб. Валідність методики перевірялась на основі кореляцій з опитувальником ситуативної та особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна, Особистісним диференціалом та методом портретних виборів Л. Сонді в модифікації Л. М. Собчик. Надійність методики оцінювалась за допомогою обчислення коефіцієнта внутрішньої узгодженості альфа (α) Кронбаха.

Дослідження психометричних особливостей використання опитувальника здійснено на вибірці, яка складала 120 осіб: 90 майже здорових та 30 онкогематологічних хворих. Розподіл за віком склав від 16 до 60 років (в середньому $26 \pm 1,02$ роки, медіана 21 рік). Серед опитаних – 51 чоловік та 69 жінок.

Статистична обробка даних здійснювалась за допомогою пакету SPSS Statistics 17.0.

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. У процесі перевірки внутрішньої узгодженості шкали К виявилось, що три з 30 запитань погіршували її надійність. Так, α Кронбаха, обчислена для 30 запитань шкали корекції, становила 0,654. Після вилучення питань, які виявили негативну кореляцію зі шкалою, α склала 0,721, що відповідає рекомендованому значенню $\alpha \geq 0,7$. Зважаючи на це, для обчислення шкали «К» доцільно використовувати модифікований ключ та норми.

Для отримання сирих балів за шкалою К обчислювалась загальна сума балів за таким ключем: відповідь «неправильно» враховувалась як один бал у відповідях на запитаннях 1, 3, 5, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 30, 33, 35, 42, 44, 49, 50, 51, 60. Далі обчислювались стандартизовані Т-бали, окремо для чоловіків та жінок, за формулою 1:

$$T = 50 + (10 \times (X - M)) / \delta, \quad (1)$$

де: X – сирі бали, отримані через обчислення результатів конкретного опитаного за ключем; M – медіальні значення, отримані в дослідженні; δ – стандартне відхилення, отримане в дослідженні

Для вимірювання значення А-фактору ми відібрали 36 питань з 39, запропонованих Л. М. Собчик [1], внутрішня узгодженість такої шкали склала 0,862. Ключ для обчислення «сирих» балів за А-фактором такий: один бал нараховувався при відповіді «**правильно**» на запитання 2, 4, 6, 7, 9, 14, 16, 25, 26, 27, 29, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 47, 48, 49, 52, 53, 54, 56, 58, 59, 61, 62, 63 та при відповіді «**неправильно**» на питання 46. Обчислення Т-балів також здійснювалося за формулою 1.

При обстеженні майже здорових осіб отримали такі нормативні показники:

- за шкалою К: чоловіки ($M = 12$; $\delta = 3,95$); жінки ($M = 12,5$; $\delta = 4,75$);
- за А-фактором: чоловіки ($M = 15$; $\delta = 6,1$); жінки ($M = 11$; $\delta = 6,25$).

Нормативні значення опитувальника Ч. Спілбергера склали: для ситуативної тривоги $M = 39$, $\delta = 8,67$; для особистісної $M = 41$, $\delta = 8,8$.

Норми факторів Особистісного диференціалу отримали такі: «Оцінка» ($x = 1,86$; $\delta = 0,77$); «Сила» ($x = 0,79$; $\delta = 0,81$); «Активність» ($x = 0,87$; $\delta = 1,12$).

Вивчення взаємозв'язків між шкалою К та опитувальником Спілбергера–Ханіна у майже здорових осіб виявило існування обернено пропорційних кореляцій з ситуативною ($r = -0,473$; $p < 0,001$) та особистісною тривожністю ($r = -0,507$; $p < 0,001$). Особи з низькою ситуативною тривожністю отримували за шкалою К в середньому $54,6 \pm 2,45T$, що достовірно відрізнялось від осіб з високою ситуативною тривогою, які отримали $43,3 \pm 2,05T$ ($F = 5,48$; $p < 0,01$). Особи з низькою особистісною тривожністю отримали за шкалою К в середньому $58,3 \pm 2,44 T$ -балів, що достовірно відрізнялось від значень, які отримали особи з нормальними ($47,4 \pm 1,6T$) та високими ($44,3 \pm 2,02T$) балами за особистісною тривожністю ($F = 12,78$; $p < 0,001$). Отримані дані свідчать, що значення менші 45Т за шкалою К вказують на існування в опитуваного високої особистісної тривожності, тобто схильності сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливих, особливо тих, що стосуються оцінки рівня компетенції суб'єкта.

Вивчення зв'язку між шкалою Корекції та факторами Особистісного диференціалу виявило прямо пропорційну кореляцію з фактором Оцінки ($r = 0,294$; $p < 0,01$). Особи з високим рівнем самооцінки отримали в середньому $53,55 \pm 1,67$ Т-балів за шкалою корекції, що достовірно вище, ніж кількість стандартизованих балів у осіб з низькою самооцінкою ($45,26 \pm 2,44$ Т; $F = 4,89$; $p < 0,01$). Це свідчить, що особи з високою самооцінкою (усвідомлюють себе як носіїв соціально-позитивних рис) мають схильність до завищених балів по шкалі К (схильні давати соціально-бажані відповіді).

Виявлені кореляції між шкалою К та реакціями h^+ ($r = 0,427$; $p < 0,01$) й s^- ($r = 0,466$; $p < 0,01$) за тестом Л. Сонді. Особи з позитивною h^+ реакцією ($h^+ \geq 2$) отримували в середньому $55,78 \pm 1,94$ Т за шкалою К, що достовірно вище, ніж у осіб, які мали розряджену, амбівалентну або негативну реакції за фактором h ($47,12 \pm 1,89$ Т; $F = 10,24$; $p < 0,01$). Це означає, що особам з завищеними показниками по шкалі К притаманні такі особистісні властивості: інфантильні риси, намагання уникнути конфронтації, провідні потреби – отримання співчуття та розуміння до себе, утворення глибокої прив'язаності.

Особи з вираженою реакцією s^- ($s^- \geq 2$) в середньому отримували за шкалою К $57,79 \pm 1,57$ Т, що достовірно вище за значення ($49 \pm 2,88$ Т), яке отримали опитані з розрядженою, амбівалентною або позитивною реакцією за фактором s ($F = 8,03$; $p < 0,01$). Тобто особам із завищеними значеннями за шкалою корекції притаманні такі особливості: нерішучість, залежність, конформність, співчуття до оточення схильність до самообмеження та глибокої прив'язаності.

Наявність достовірних позитивних кореляційних зв'язків А-фактору з показниками ситуаційної ($r = 0,522$; $p < 0,001$) та особистісної тривоги ($r = 0,650$; $p < 0,001$) опитувальника Ч. Спілбергера підтверджує його валідність для визначення наявності тривоги. Так, особи з високою ситуативною тривогою мали за А-фактором достовірно вищі значення ($56,79 \pm 2,04$ Т), ніж опитані з середніми ($48,86 \pm 1,81$ Т) та низькими ($44,37 \pm 2,22$ Т) значеннями за опитувальником Спілбергера–Ханіна ($F = 8,16$; $p < 0,01$). Така ж закономірність стосується і особистісної тривоги – опитані з високою особистісною тривогою мали середнє значення за А-фактором $56,47 \pm 1,84$ Т, що достовірно відрізняється від осіб з низькою особистісною тривогою ($41,5 \pm 1,94$ Т; $F = 17,33$; $p < 0,001$). Тобто завищені значення (> 55 Т) за А-фактором вказують на існування високої особистісної та ситуативної тривоги.

Щоб практично використовувати А-фактор для діагностики рівня тривоги, доцільно орієнтуватися на середньомедіальні значення. Згідно з отриманими результатами 93 % анкетованих з високою ситуаційною та 83 % осіб з високою особистісною тривогою за опитувальником Спілбергера–Ханіна мають значення за А-фактором вище 50Т. Проте вірогідність, що анкетований із значеннями вище середніх не має високої тривоги та тривожності, становить близько 50 %.

А-фактор виявив значимі обернено пропорційні кореляції з факторами Оцінки ($r = -0,271$; $p < 0,01$), Сили ($r = -0,302$; $p < 0,01$) та Активності ($r = -0,233$; $p < 0,05$) методики «Особистісний диференціал». Особи з заниженими значеннями за фактором Оцінки отримали в середньому $55,15 \pm 2,51Т$ балів за А-фактором, що достовірно вище за значення ($47,47 \pm 1,47Т$), яке отримали особи з завищеними показниками за фактором Оцінки ($F = 4,28$; $p < 0,05$). Особи з заниженими значеннями за фактором Сили мали в середньому вищі значення за А-фактором ($54,13 \pm 2,02Т$) порівняно з анкетованими, які мали завищені значення за фактором Сили ($46,8 \pm 1,65Т$; $F = 4,18$; $p < 0,05$). За фактором Активності не вдалося статистично достовірно розмежувати бали за А-фактором.

Отримані дані про зв'язок А-фактору з факторами особистісного диференціалу показують, що особи з завищеними балами ($> 55Т$) схильні до самокритики, невдоволені собою, залежні від оцінок та ставлень оточення, мають складності в дотриманні власної стратегії поведінки, з високою ймовірністю є інтровертами.

Зв'язок між шкалою Корекції та А-фактором обернено пропорційний ($r = -0,711$; $p < 0,001$). На початку дослідження планувалось додавати значення шкали Корекції до значень А-фактору для більш точної діагностики тривожності, як це передбачається в обчисленні значень за основними шкалами ММРІ [1]. Проте побудовані таким чином шкали не мали достовірних кореляцій з опитувальником Спілбергера–Ханіна.

Порівняння здорових осіб та онкогематологічних хворих за значеннями шкали К та «А-фактору» не виявило достовірних розбіжностей. Середні значення двох вибірок однакові та становлять для шкали К $50,15 \pm 1,05Т$ і $48,76 \pm 1,84Т$ відповідно; для А-фактору – $50,76 \pm 1,06Т$ та $48,62 \pm 2,9Т$ відповідно; $p > 0,05$.

Проте використання запропонованого опитувальника для діагностики психологічного стану онкологічних хворих виявилось корисним.

Онкологічні хворі (8 осіб, 26 % обстежених) з балами за А-фактором вище середньомедіальних ($> 50T$) потребували психологічної підтримки або мали конкретні психологічні скарги та просили допомоги. Виявлена частота порушень адаптації у онкогематологічних хворих збігається з сучасними даними. Так, серед хворих гострими формами лейкемії гострий стресовий розлад спостерігався у 14 % пацієнтів, ще у 18 % хворих діагностовано субсиндромну форму гострого стресового розладу [9].

Також знайдена обернено пропорційна кореляція між значеннями шкали Корекції та успішністю лікування ($r = -0,619$; $p < 0,05$). Так, пацієнти, які не відповіли на лікування, отримали в середньому $53 \pm 0,5$ Т-балів за шкалою К, а хворі із позитивною відповіддю (досягнута стабілізація процесу, часткова або повна ремісія) – $44,45 \pm 2,28T$ ($F = 7,47$; $p < 0,05$). Прогностичним успішності лікування слід вважати розподіл за середньомедіальними значенням шкали К (50Т). Потрібно зазначити, що тестування проводилося до початку лікування, коли ефект терапії неможливо було передбачити. Схожі результати отримали Е. М. Блумберг та ін. [5].

Виявлені в підгрупі майже здорових осіб кореляційні зв'язки між значенням за шкалою К та реакціями тесту Сонді дають змогу припустити, що пацієнти, які не відповіли на лікування, мали такі особистісні риси: залежність, намагання уникати конфронтації, конформність, схильність до самообмеження, завищену самооцінку (згідно з фактором Оцінки) – усвідомлення себе як носія соціально-позитивних рис; провідними є афіліативні потреби (в розумінні, співчутті, глибокій прив'язаності). Спостереження за такими пацієнтами показало, що вони мали глибинну потребу в отриманні підтримки, проте відкрито про це не повідомляли та від такої взаємодії відмовлялись. Очевидно, їхня поведінка була зумовлена особливістю їх «Я-концепції» (самоусвідомлення) та полягала в тому, що вони намагались демонструвати соціально ідеальні (бажані) особливості, носіями яких вони себе усвідомлювали.

Зв'язок між значеннями за шкалою К вище середньомедіальних ($> 50T$) та низькою ефективністю лікування можна пояснити підходом, що запропонував В. В. Соложенкін [2]. На його думку, прогресія хронічного соматичного захворювання пов'язана з тим, що хворий не здатний (відмовляється) адаптуватися до захворювання на соціаль-

ному та психологічному рівнях. Адаптація відбувається на біологічному рівні, що врешті-решт призводить до дезадаптації та прогресії хвороби. В. В. Соложенкін виділяє такі особливості хворих із психосоматичним типом адаптації: відмова від допомоги, ігнорування власних психологічних проблем, намагання зберегти свій соціальний рівень функціонування, демонстрація особистісної стабільності та сили, збіг ідеального та реального «Я». Виділені вченим особливості, характерні для психосоматичного типу пристосування до хронічного захворювання, збігаються з особливостями обстежених онкогематологічних пацієнтів зі значеннями за шкалою К вище 50Т.

Загалом значення за шкалою К вище 50Т балів ми пов'язуємо з потребою справляти на оточення добре враження. Ця особистісна риса описана як один із складників психологічного профілю онкологічних хворих (L. Temoshok). Зв'язок соціально бажаної стратегії поведінки з онкологічними захворюваннями підтверджується в найбільш сучасних дослідженнях [3].

Висновки та перспективи подальших досліджень. Виявлено, що онкогематологічні пацієнти із значенням за А-фактором вище 50Т мають зазвичай психологічні скарги тривожно-депресивного характеру та потребують допомоги психолога. Встановлено, що значення за шкалою К вище 50Т асоційовані з неефективністю лікування, що можна пояснити наявністю у пацієнтів психосоматичного типу адаптації до захворювання. Такі особи відзначаються суперечливими психологічними особливостями: м'якість, конформність, потреба у співчутті та розумінні, що об'єднані з намаганням відповідати ідеалізованим уявленням про себе та схильністю відмовлятися від зовнішньої допомоги. При високому рівні тривоги, поганому самопочутті, відсутності психологічного запиту психологічна допомога пацієнтам зі значеннями К вище 50Т може бути побудована на принципі підтримання самоповаги хворого, налагодження взаємовигідних соціальних стосунків пацієнта з близькими, організація та навчання психологічних способів каналізації травматичних емоцій, емпатичної особистісної підтримки. Перспективним, на нашу думку, буде продовжити вивчення взаємозв'язку між шкалою К та ефективністю лікування онкогематологічних хворих на більшій вибірці.

Література

1. Собчик Л. Н. СМІЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности / Лидия Николаевна Собчик. – СПб. : Речь, 2007. – 224 с.

- Sobchik L. SMIL. Standartizirovannyiy mnogofaktornyiy metod issledovaniya lichnosti [SMIL (MMPI). A standardized method of multivariate study of personality] / L. Sobchik. – SPb. : Rech, 2007. – 224 p.
2. Соложенкин В. В. Типы взаимодействия с болезнью при хронических соматических заболеваниях / В. В. Соложенкин // II съезд терапевтов Киргизии : тезисы докл. – Фрунзе : [б. и.], 1988. – С. 14–15.
Solozhenkin V. V. Tipu vzaimodeystviya s boleznyu pri hronicheskikh somaticheskikh zabolevaniyah [Forms of interaction between disease in the case of chronic somatic diseases] / V. V. Solozhenkin // II Congress therapists of Kyrgyzstan : abstracts. – Frunze, 1988. – P. 14–15.
 3. Филатова Ю. В. Контексты ценностного отношения женщин к здоровью / Ю. В. Филатова // Вестн. Моск. гос. гуманит. ун-та им. М. А. Шолохова. Педагогика и психология. – 2011. – № 3. – С. 99–104.
Filatova Yu. V. Konteksty tseennostnogo otnosheniya zhenschin k zdorovyu [Contexts of valuable attitude to women's health] / Yu. V. Filatova // Vestn. Mosk. gos. gumanit. un-ta im. M. A. Sholohova. Pedagogika i psihologiya. – 2011. – № 3. – P. 99–104.
 4. Andersen B. L. Biobehavioral, immune, and health benefits following recurrence for psychological intervention participants / B. Andersen, L. Thornton, C. Shapiro et al. // Clinical Cancer Research. – 2010. – Vol. 16, № 12. – P. 3270–3278.
 5. Blumberg E. M. A possible relationship between psychological factors and human cancer / E. Blumberg, P. West, F. Ellis // Psychosomatic medicine. – 1954. – Vol. XVI, № 4. – P. 276–286.
 6. Chan C. Effects of depression and anxiety on mortality in a mixed cancer group: a longitudinal approach using standardised diagnostic interviews / Caryn Mei Hsien Chan, Wan Azman Wan Ahmad, Mastura MD Yusof et al. // Psycho-Oncology. – 2015. – Vol. 24, is. 6. – P. 718–725.
 7. Hamer M. Psychological distress and cancer mortality / M. Hamer, Y. Chida, G. Molloy // J. Psychosom. Res. – 2009. – Vol. 66. – P. 255–258.
 8. Hobfoll S. Posttraumatic stress symptoms predict impaired neutrophil recovery in stem cell transplant recipients / Stevan E. Hobfoll, James I. Gerhart, Alyson K. Zalta et al. // Psycho-Oncology. – 2015. – Vol. 24, is. 11. – P. 1529–1535.
 9. Rodin G. Traumatic stress in acute leukemia / Gary Rodin, Dora Yuen, Ashley Mischitelle et al. // Psycho-Oncology. – 2013. – Vol. 22, is. 2. – P. 299–307.
 10. Smith A. B. Rasch analysis of the dimensional structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale / A. Smith, E. Wright, R. Rush et al. // Psychooncology. – 2006 – Vol. 15, № 9. – P. 817–827.
 11. Stark D. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life / D. Stark, M. Kiely, A. Smith et al. // Journal of Clinical Oncology. – 2002. – Vol. 20, № 14. – P. 3137–3148.

12. Westerman M. J. Small-cell lung cancer patients are just “a little bit” tired: response shift and self-presentation in the measurement of fatigue / M. Westerman,
A. The, M. Sprangers et al. // Qual. Life Res. – 2007. – Vol. 16. – P. 853–861.