

ПРОФИЛЬ ЛИЧНОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ

О.Ю. Щелкова^{1,2}, Е.Б. Усманова³, А.К. Валиев³,
О.А. Обухова³, Д.И. Софронов³

¹ Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, Россия

² Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург, Россия

³ Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина, г. Москва, Россия

Аннотация. Экспериментальное обоснование гипотезы о возможности выделения определенных личностных профилей (кластеров) пациентов с опухолевым поражением костей опорно-двигательного аппарата; о существовании закономерной взаимосвязи между профилями личности пациентов и основными параметрами качества жизни при опухолевом поражении костей опорно-двигательного аппарата. **Цель:** изучение взаимосвязи профилей личности и основных параметров качества жизни пациентов с опухолевым поражением костей. **Материалы и методы.** В статье представлены данные эмпирического исследования 120 пациентов с опухолевым поражением костей: остеосаркомой (n = 41), гигантоклеточной опухолью (n = 31), хондросаркомой (n = 30) и метастатическим поражением костей (n = 18). Использовались: «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36), «Опросник качества жизни» EORTC QLQ-C30 с дополнительным модулем VM-22 для больных с опухолью костей, а также тесты личности «Большая пятерка», «Способы совладающего поведения» «Тест смысловых ориентаций». Выполнены кластерный, факторный, а также многофакторный дисперсионный анализ данных. **Результаты.** В исследовании выявлена взаимосвязь выделенных профилей (кластеров) личности («Адаптирующая личность», «Зависимая личность», «Ответственная и независимая личность», «Эгоцентричная и отчужденная личность») с общей оценкой качества жизни, связанного со здоровьем, и с отдельными параметрами качества жизни при опухолевом поражении костей. **Заключение.** Полученные данные могут быть использованы при разработке программ психологического сопровождения и психосоциальной реабилитации онкологических больных с фокусированием на проблемах, характерных для пациентов в связи с преобладающим профилем личности.

Ключевые слова: качество жизни, кластеры, опухоль костей, психологическое сопровождение, реабилитация.

Введение

В современных условиях доминирования биопсихосоциального подхода в понимании здоровья и болезни человека качество жизни (КЖ) при хронических соматических заболеваниях (КЖЗ) выступает как «... интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного» [1]. В рамках личностно-ориентированной (гуманистической) и адаптационной парадигмы медицины и медицинской психологии КЖЗ рассматривается с системных позиций как «... интегрированное единство взаимосвязанных элементов, взаимодействие которых обеспечивает функционирование и развитие человека в изменяющихся условиях за

счет механизмов адаптации и компенсации» [2]. Такое понимание КЖЗ способствует прогрессивному возрастанию числа исследований в этой области и утверждению представления о КЖЗ как о важнейшем критерии эффективности лечения и реабилитации больных¹.

В рамках онкопсихологии как самостоятельного направления современной клиниче-

¹ Качество жизни – важнейший критерий эффективности лечения и реабилитации онкологических больных / Т.Ю. Семиглазова, К.О. Кондратьева, В.А. Чулкова и др. // Руководство «Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов» / под ред. А.М. Беляева, В.А. Чулковой, Т.Ю. Семиглазовой, М.В. Рогачева. СПб.: Любавич, 2017. С. 10–32.

ской психологии (Тарабрина, 2010; Онкопсихология ..., 2017) увеличивается число исследований, посвященных изучению КЖЗ пациентов с онкологической патологией [1, 3–6], в том числе пациентов, страдающих опухолевым поражением костей [7–10].

Онкологическая ортопедия, изучающая опухоли опорно-двигательного аппарата, является одним из важнейших и инновационных направлений в современной онкологии. По данным М.Д. Алиева и Е.А. Сушенцова (2012), заболеваемость в России саркомами костей составляет 1,03 случая на 100 тыс. населения и 1,81 случай на 100 тыс. населения – саркомами мягких тканей. В 60–70 % случаев у всех онкологических больных развиваются метастазы в кости, которые также требуют онкоортопедической поддержки, а это около одного миллиона больных в год. Современные протоколы лечения больных с саркомами костей высокой степени злокачественности позволяют достигнуть выживаемости до 75 %, органосохранные операции выполнять в 85 % случаев, а в детской онкоортопедии выживаемость достигает 85 % и органосохранное лечение выполняется у 95 % детей [11]. Учитывая благоприятный прогноз, пациенты с опухолями опорно-двигательного аппарата нуждаются в разработке актуальных программ функциональной, социальной и психологической реабилитации для улучшения качества жизни и адаптации в обществе.

При этом во всех современных исследованиях КЖЗ обсуждаются не только клинические и социальные аспекты существования пациента в ситуации онкологического заболевания; акцент делается на субъективно-личностном, смысловом плане переживания болезни² [12, 13].

В ранее проведенном исследовании была показана взаимосвязь отношения к болезни и качества жизни пациентов с опухолевым поражением костей [14]. Выявлены также нозоспецифические взаимосвязи отношения болезни и качества жизни больных при разных формах опухолевого поражения костей [15]. Полученные результаты позволили предположить, что личностные особенности пациентов, имплицитно включенные в характер реа-

гирования на болезнь, также имеют взаимосвязь с основными параметрами качества жизни при опухолевом поражении костей.

В связи с этим были выдвинуты основные гипотезы настоящего исследования: 1) о возможности выделения определенных личностных профилей (кластеров) пациентов с опухолевым поражением костей опорно-двигательного аппарата; 2) о существовании закономерной взаимосвязи между профилями личности пациентов и основными параметрами качества жизни при опухолевом поражении костей опорно-двигательного аппарата.

Цель исследования: изучить взаимосвязь личностных профилей и качества жизни пациентов с опухолевым поражением костей опорно-двигательного аппарата.

Материал исследования

Материал исследования составили данные психологического исследования 120 пациентов с опухолевым поражением костей. В группу вошли 41 пациент с остеосаркомой (С 40 – здесь и далее по МКБ-10), 30 пациентов с хондросаркомой (С 40), 31 пациент с гигантоклеточной опухолью D 48.0 и 18 пациентов со вторичным опухолевым поражением костей, а именно метастазами в кости при светлоклеточном раке почки (С 64), находящихся на лечении в хирургическом отделении опухолей опорно-двигательного аппарата НИИ клинической онкологии и в отделении вертебральной и тазовой хирургии Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н. Блохина.

Большинство пациентов с остеосаркомой – мужчины (25 человек – 61 %), женщин в этой группе больных – 39 % (16 человек). Средний возраст лиц, страдающих остеосаркомой, составляет 26,7 года. Среди пациентов с гигантоклеточной опухолью кости (ГКО) ситуация обратная: преобладают женщины (18 человек – 58,1 %), мужчины составляют 41,9 % (13 человек). Средний возраст пациентов с ГКО – 36,1 года.

Среди пациентов с хондросаркомой и метастазами в кости подавляющее большинство – мужчины (24 человека – 80 % и 14 человек – 77,8 % соответственно). Женщины составляют 20 и 22,2 % (шесть и четыре человека соответственно). Средний возраст в этих группах выше, чем в предыдущих: 45,37 года для пациентов с хондросаркомой и 54,88 года – для больных с метастатическим поражением костей.

² Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. СПб.: Речь, 2011. 271 с.

По параметру длительности заболевания самый долгий период течения болезни отмечается в группе больных с метастазами в кости: 25,4 месяца с момента постановки диагноза и 25,8 месяца с момента появления симптомов. При этом у пациентов с метастатическим поражением костей отмечен самый короткий промежуток времени между появлением симптомов и постановкой диагноза: диагноз ставится практически незамедлительно с момента появления симптоматики.

Достаточно длительное время лечатся пациенты с остеосаркомой и хондросаркомой. В группе больных остеосаркомой с момента постановки диагноза проходит в среднем 16,7 месяца и 20,5 месяца с момента появления симптомов. В группе больных с хондросаркомой эти периоды составляют 18,0 месяцев и 31,9 месяца соответственно. Самыми короткими временными промежутками характеризуется заболевание в группе пациентов с ГКО: 8,1 месяца с момента постановки диагноза и 12,7 месяца с момента появления симптомов.

В процессе лечения у пациентов с ГКО ни в одном случае не наблюдалось тяжелых осложнений, у 28 больных (90,3 %) отмечались незначительные осложнения и у трех человек (9,7 %) осложнения полностью отсутствовали. В группе пациентов с остеосаркомой с тяжелыми осложнениями столкнулись четыре человека (10 %), незначительные осложнения наблюдались у 25 человек (62,5 %) и у 11 человек (27,5 %) осложнения отсутствовали.

Лечебный процесс проходил сложнее у пациентов с хондросаркомой и метастатическим поражением костей. У 9 пациентов с хондросаркомой (30 %) отмечались тяжелые осложнения, у 17 (56,7 %) – незначительные и у четырех человек (13,3 %) осложнения отсутствовали. При этом большинство больных с метастазами в кости в процессе лечения столкнулись с тяжелыми осложнениями (16 человек – 88,9 %) и у двух человек (11,1 %) отмечались незначительные осложнения.

Клиническая оценка общего состояния пациентов с опухолевым поражением костей по шкалам Карновского [16] и ECOG показала различия в объективном соматическом статусе пациентов с первичным опухолевым поражением костей и метастатическим: соматический статус больных с остеосаркомой, ГКО и хондросаркомой значительно лучше статуса пациентов с метастазами в кости. Индекс Карновского в группе больных с остеосаркомой составляет

$80 \pm 1,79$, ECOG – $1,23 \pm 0,1$; в группе больных с ГКО – $78,89 \pm 2,2$ и $1,41 \pm 0,1$ соответственно. В группе больных хондросаркомой оценка по шкале Карновского – $80,5 \pm 2,15$, по шкале ECOG – $1,4 \pm 0,12$; в группе больных с метастатическим поражением костей индексы составляют $71,18 \pm 2,63$ и $2,12 \pm 0,12$.

Методы исследования

Для изучения основных параметров качества жизни использовались: 1) «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36) [17]; 2) усовершенствованный «Опросник качества жизни» EORTC QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire Core-30), разработанный группой оценки качества жизни (Study Group on Quality of Life) при Европейской организации лечения и исследования рака (EORTC – European Organization for Research and Treatment Cancer) [18, 19]; 3) Дополнительный модуль VM-22, предназначенный для оценки КЖЗ пациентов с опухолевым поражением костей [18, 19]. Для изучения личностно-характерологических и мотивационно-поведенческих особенностей пациентов использовались: тест-опросники «Большая пятерка» (BIG V)³ [20], «Способы совладающего поведения» (ССП)⁴, а также «Тест смысловых ориентаций» (СЖО)⁵.

Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS 20.0 и Excel XP. Использовались критерий χ^2 Пирсона, а также кластерный, факторный и многофакторный дисперсионный анализ.

Результаты

На первом этапе комплексного исследования психологических факторов КЖ больных с опухолевым поражением костей было выявлено снижение его основных показателей по сравнению с нормативными данными, а также различия показателей между отдельными нозологическими группами. Показано, что пациенты с ГКО характеризуются более низкими показате-

³ Яничев Д.П. Когнитивные аспекты самовосприятия личностных черт у пациентов с невротической и невротоподобной симптоматикой: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2006. 26 с.

⁴ Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. СПб.: Речь, 2010. 192 с.

⁵ Леонтьев Д.А. Тест смысловых ориентаций (СЖО). М.: Смысл, 2006. 15 с.

лями КЖЗ по сравнению с больными остеосаркомой и хондросаркомой при сходном объективном соматическом статусе и хирургическом лечении в приблизительно одинаковом объеме: больным с ГКО свойственна пониженная субъективная оценка общего состояния здоровья и социальной активности, а также более значительные ограничения в выполнении повседневной деятельности в связи с общим физическим состоянием и распространенными болевыми ощущениями [7]. Выявлено также, что КЖЗ пациентов с метастатическим поражением костей снижено по сравнению с КЖЗ больных с первичным опухолевым поражением костей по ряду параметров, к которым относятся: общее состояние здоровья, физическая, ролевая и социальная активность; для пациентов этой группы характерны более распространенные и интенсивные болевые ощущения, большее ограничение активности, одышка и бессонница, что согласуется с более низким объективным соматическим статусом больных с метастазами по сравнению с пациентами, страдающими первичным опухолевым поражением костей⁶.

С помощью факторного анализа была проведена редукция многочисленных показателей «Опросника качества жизни» EORTC QLQ-C30 и дополнительного модуля VM-22, позволившая выделить четыре фактора КЖ, связанные с опухолевым поражением костей: Фактор 1 – «Снижение активности в связи с болевым синдромом», Фактор 2 – «Снижение КЖЗ в связи с расстройствами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)», Фактор 3 – «Улучшение КЖЗ за счет повышения социально-экономических факторов», Фактор 4 – «Отсутствие психосоматических жалоб» [15].

На следующем этапе были изучены и сопоставлены психологические характеристики больных с опухолевым поражением костей, составивших четыре клинические группы. Показано, что личностные особенности и способы совладающего поведения пациентов с опухолью костей не отличаются от нормативных данных. В то же время в структуре ценностно-мотивационной сферы пациентов с опухолью костей определялся высокий общий уровень осмысленности жизни, который оказался выше средненормативных данных. Были выявлены

нозоспецифические психологические особенности. Оказалось, что пациенты с метастатическим поражением костей более, чем пациенты других групп, склонны ставить цели на будущее; пациенты с остеосаркомой воспринимают процесс своей жизни как более эмоционально насыщенный и наполненный смыслом, чем больные других нозологических групп; для них также более свойственны такие личностные черты, как мягкость, добросердечность и доверчивость, а также широкий круг интересов и богатое воображение; в структуре стресс-преодолевающего поведения по сравнению с пациентами других групп преобладают стратегии уклонения, отрицания болезни [21].

Как и в случае с показателями качества жизни, с помощью факторного анализа вся совокупность психодиагностических показателей (личностных характеристик), полученных с помощью представленных выше тест-опросников, была сведена в шесть основных факторов, отражающих психологический статус пациентов с опухолевым поражением костей. Факторизации подверглись следующие психодиагностические показатели (шкальные оценки): «Экстраверсия», «Самосознание», «Сотрудничество», «Эмоциональная стабильность», «Личностные ресурсы» (BIG V); «Конфронтация», «Дистанцирование», «Самоконтроль», «Поиск социальной поддержки», «Принятие ответственности», «Бегство-избегание», «Планирование решения проблемы», «Положительная переоценка» (ССП); «Цели в жизни», «Процесс жизни», «Результативность жизни», «Локус контроля – Я», «Локус контроля – Жизнь», «Общий показатель осмысленности жизни» (СЖО); всего 19 показателей. Результаты факторного анализа представлены в табл. 1.

В результате факторного анализа были получены 6 факторов личности: «Осмысленность жизни» (D = 30,0), «Готовность к кооперации» (D = 9,9), «Социальная зависимость» (D = 8,2), «Ресурсы для взаимодействия с проблемой» (D = 7,7), «Экстрапроекция ответственности» (D = 7,3) «Положительная переоценка» (D = 6,4)⁷.

⁶ Shchelkova O.Yu. Usmanova E.B. Quality of life in patients with primary and metastatic bone tumors // Books of proceedings. International Psychological Applications Conference and Trends. Budapest, Hungary. 29 April-1 May 2017. P. 4–8.

⁷ Усманова Е.Б. Психологические факторы качества жизни больных с опухолевым поражением костей: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет, 2016. 26 с.

Характеристики, входящие в факторы личности
Characteristics of personality factors

Психодиагностические показатели (характеристики личности) Psychodiagnostic data (personality characteristics)	Фактор 1 Factor 1	Фактор 2 Factor 2	Фактор 3 Factor 3	Фактор 4 Factor 4	Фактор 5 Factor 5	Фактор 6 Factor 6
Экстраверсия Extroversion	0,161	0,073	0,549	0,120	0,280	-0,235
Самосознание, организованность Self-awareness, organization	0,249	0,573	0,258	0,382	0,093	-0,186
Готовность к согласию, сотрудничество Willingness to consent, cooperation	0,304	0,796	0,100	0,007	0,024	0,028
Эмоциональная стабильность Emotional stability	0,473	-0,304	-0,024	0,349	-0,138	-0,087
Личностные ресурсы Personal resources	0,107	0,772	-0,099	0,015	0,112	0,247
Цели в жизни Purposes in life	0,786	0,223	0,135	0,210	0,093	0,178
Процесс жизни Life process	0,828	0,151	0,046	0,035	0,087	0,100
Результативность жизни Life performance	0,824	0,296	0,032	0,031	0,013	0,048
Локус контроля – эго Locus of Control – ego	0,842	0,092	0,058	0,195	0,002	0,127
Локус контроля – жизнь Locus of control – life	0,844	-0,026	0,022	0,034	0,080	0,001
Конфронтация Confrontation	-0,036	0,030	0,026	0,044	0,868	0,042
Дистанцирование Distance	-0,085	-0,030	-0,506	-0,301	-0,027	-0,663
Самоконтроль Self-control	-0,1302	0,079	-0,396	0,578	-0,349	-0,133
Поиск социальной поддержки Social Support Search	0,060	0,048	0,864	-0,095	-0,088	0,049
Принятие ответственности Acceptance of responsibility	-0,286	-0,208	0,098	-0,015	-0,680	-0,010
Бегство–избегание Escape	-0,207	-0,064	-0,019	-0,824	-0,053	-0,100
Планирование решения проблемы Problem Planning	0,424	0,007	0,029	0,599	0,350	0,125
Положительная переоценка Positive revaluation	0,257	0,148	-0,119	-0,055	0,054	0,790

Примечание: полужирный шрифт – значение, превышающее 0,45.

Note: in bold – a value greater than 0.45.

Выделение профилей личности

На настоящем этапе исследования в результате кластерного анализа были выделены личностные профили пациентов, содержащие устойчивые психологические характеристики, отраженные в полученных ранее шести факторах. Результаты кластерного анализа представлены на рис. 1.

Как показано на рис. 1, в результате кластерного анализа были выделены четыре группы пациентов с опухолью костей.

В первую группу вошли больные (72 человека), обладающие высоким уровнем личностных ресурсов, склонные к согласию, сотрудничеству и реагирующие в трудной ситуации с применением стратегии положительной переоценки. Этот кластер назван «Адаптирующаяся личность» ($D = 60,4$).

Вторую группу «Зависимая личность» ($D = 26,7$) составили пациенты (60 человек), для которых характерен низкий уровень личностных ресурсов, низкий уровень взаимо-

действия с проблемой, низкая осмысленность жизни и высокая социальная зависимость.

В третью группу «Ответственная и независимая личность» ($D = 29,7$) вошли пациенты (64 человека), не склонные перекладывать ответственность на других, обладающие низким уровнем социальной зависимости, но при этом не склонные к положительной переоценке проблемной ситуации.

Четвертую группу «Эгоцентричная и отчужденная личность» ($D = 49,8$) составили пациенты (58 человек) с высоким уровнем осмысленности жизни, склонные к экстрапроекции ответственности и характеризующиеся низким уровнем взаимодействия с проблемой.

Взаимосвязь профилей личности и качества жизни, связанного с общим состоянием здоровья

В дальнейшем для изучения взаимосвязи выделенных профилей личности (кластеров)

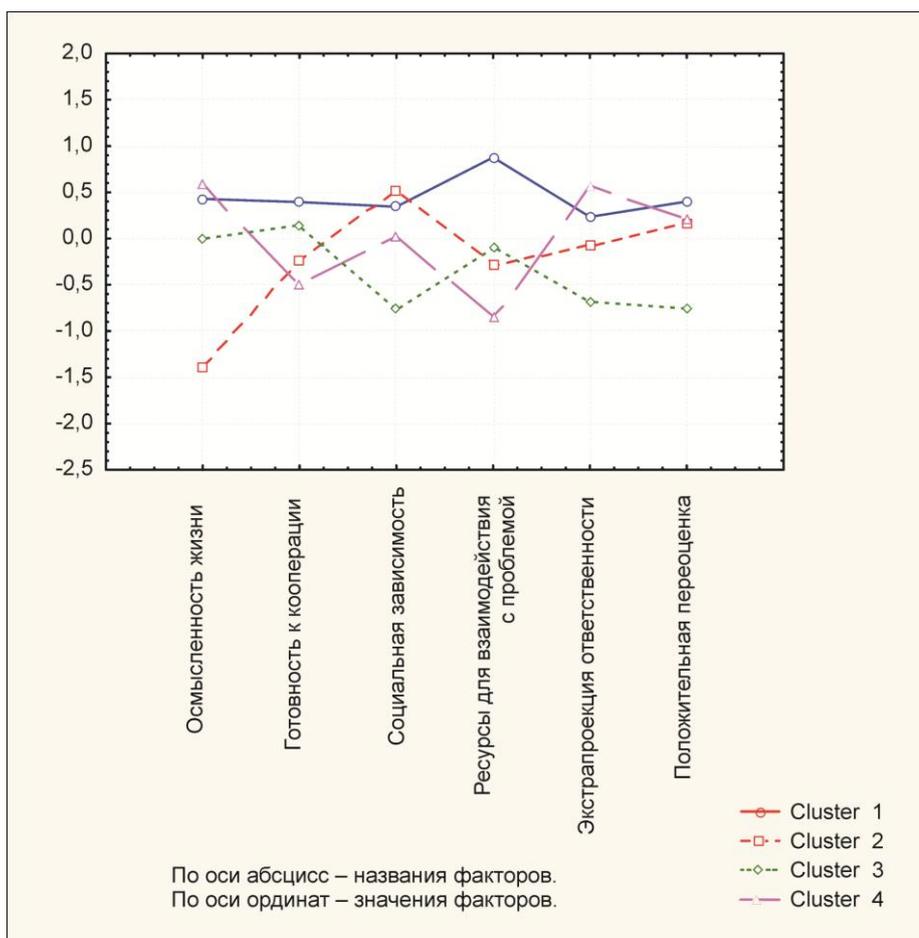


Рис. 1. Кластеры личностных характеристик пациентов с опухолью костей
Fig. 1. Clusters of personality characteristics in patients with bone tumors

с общей оценкой качества жизни, связанного со здоровьем, отраженной в показателях восьми шкал методики «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36), был проведен дисперсионный анализ, результаты которого представлены на рис. 2.

Как показано на рис. 2, пациенты, относящиеся к первому кластеру «Адаптирующаяся личность», обладают наиболее высокими показателями КЖЗ по сравнению с группами больных, относящихся к другим личностным кластерам; исключение составляет показатель субъективной оценки физической активности (SF-1). Таким образом,

наилучшие показатели качества жизни в условиях опухолевого поражения опорно-двигательного аппарата имеют пациенты, которые, несмотря на объективное и субъективное (отраженное в самосознании) снижение физической активности, в максимальной степени используют личностные ресурсы и конструктивные копинг-стратегии для адаптации к хроническому жизнеопасному заболеванию. Результаты исследования позволяют заключить, что способность пациентов в трудной ситуации опереться на свои собственные ресурсы, взять на себя ответственность за преодоление ситуации тяжелой бо-

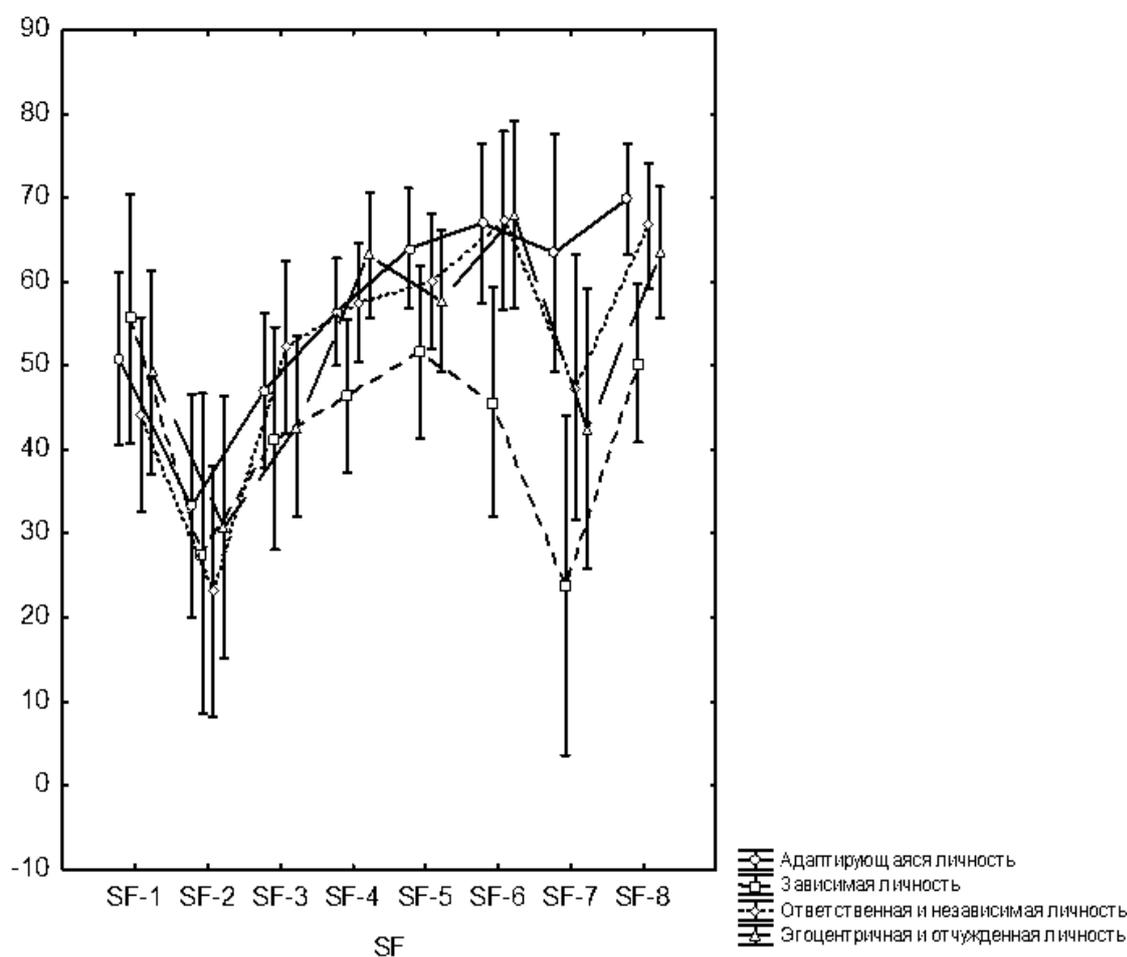


Рис. 2. Взаимосвязь профилей личности и КЖ, связанного с общим состоянием здоровья
Fig. 2. Interconnection between personality profiles and QOL associated general health

Примечание: на этом рисунке и далее приняты обозначения шкал методики SF-36: SF-1 – Физическая активность; SF-2 – Роль физических проблем; SF-3 – Боль; SF-4 – Общее здоровье; SF-5 – Жизненная активность; SF-6 – Социальная активность; SF-7 – Роль эмоциональных проблем; SF-8 – Психическое здоровье.

Note: in this figure and further, the scales of the SF-36 methodology are accepted as follows: SF-1 – Physical functioning; SF-2 – Role-physical; SF-3 – Bodily pain; SF-4 – General health; SF-5 – Vitality; SF-6 – Social functioning; SF-7 – Role-emotional; SF-8 – Mental health.

лезни и готовность сотрудничать с окружающими, не пытаясь получить от них спасение или снисхождение, переложить ответственность за свое состояние, являются теми определяющими факторами, которые существенно улучшают качество жизни при опухолевом поражении костей. В этой ситуации особое значение приобретает характерная для больных данной группы высокая частота использования копинг-стратегии «положительная переоценка», которая позволяет им найти возможности для духовного роста, саморазвития в условиях болезни, воспринять ее как часть жизни и продолжать бороться, принимая онкологический диагноз как данность.

Самые низкие показатели КЖЗ (за исключением показателя субъективной оценки физической активности (SF-1) имеют пациенты, составившие кластер «Зависимая личность» (см. рис. 2). Таким образом, основные параметры качества жизни оказываются сниженными в случаях, если больные не готовы встретиться с проблемой и принять ситуацию тяжелого заболевания, пытаются переложить на близких груз проблем, связанных с лечением, отстраниться от преодоления болезни. Можно также предположить, что типичное в данном случае принятие пациентом позиции «жертвы» и использование окружающих в качестве ресурса для решения сложившейся проблемной ситуации могут приводить к концентрации на болевых ощущениях, их субъективном усилении, преувеличению тяжести болезни, затягиванию и затруднению процессов лечения и реабилитации. Низкий уровень осмысленности жизни в этом случае сопутствует неготовности пациентов пересмотреть свой взгляд на происходящее, приняв необходимость своего активного участия в выздоровлении. Очевидно, что в силу выраженности личностно обусловленных нозофильных тенденций (склонности к «уходу в болезнь» и манипулированию близкими) пациенты данной группы должны являться объектами психологического (психотерапевтического) вмешательства.

У пациентов, вошедших в кластер «Ответственная и независимая личность», по сравнению с пациентами других групп, оказались сниженными показатели такого аспекта КЖЗ, как субъективная оценка физической активности. Можно предположить, что в данной группе пациентов осознание тяжести си-

туации без видения выхода из нее может блокировать активность, снижая качество жизни и создавая ощущение беспомощности и физической немощности. Этому может способствовать неготовность пациентов данной группы к использованию конструктивного копинга положительной переоценки проблемной ситуации.

Группа пациентов, составивших кластер «Эгоцентричная и отчужденная личность», имеет наиболее низкие показатели КЖЗ, отражающие наличие эмоциональных проблем в связи с состоянием здоровья, а также сниженную удовлетворенность своим актуальным психическим состоянием. В данной группе пациентов высокая осмысленность жизни, дающая яркую картину происходящего, сочетается со склонностью перекладывать ответственность на других и неготовностью встречаться с существующими трудностями. Таким образом, в данном случае есть основания для формирования внутриличностного конфликта и соответствующих психогенных реакций, так как преодоление тяжелой болезни возможно только при активном участии и вовлеченности пациента в процесс лечения и выздоровления⁸. Попытки не участвовать в преодолении болезни, переложив ответственность за происходящее на близких, ведут к снижению качества жизни в связи с эмоциональными проблемами и неудовлетворенностью своим психическим состоянием.

В целом результаты факторного и кластерного анализа характеристик личности показали, что пациенты, вошедшие в кластеры «Адаптирующаяся личность» и «Зависимая личность», значительно отличаются от пациентов других групп по фактору осмысленности жизни. Можно предположить, что именно осмысленность и наличие целей в жизни в наибольшей степени определяют взаимосвязь индивидуально-психологических характеристик пациентов с опухолевым поражением костей и качества жизни, связанного со здоровьем: больные, характеризующиеся высоким общим уровнем осмысленности жизни, отличаются наиболее высоким уровнем КЖЗ среди других групп больных с опухолевым поражением костей.

⁸ Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Л.: Медицина, 1984. 192 с.

Взаимосвязь профилей личности и качества жизни при онкологической патологии костей

На следующем этапе исследования была изучена взаимосвязь профилей личности (кластеров) и показателей качества жизни при онкологической патологии в целом и непосредственно при опухолевом поражении костей. Для решения этой задачи был проведен дисперсионный анализ, результаты которого представлены на рис. 3.

Как показано на рис. 3, в результате дисперсионного анализа выявлена значимая (на уровне $p = 0,007$ по LSD-критерию Фишера) взаимосвязь профилей «Зависимая личность» и «Эгоцентричная и отчужденная личность» с фактором «Улучшение КЖЗ за счет повышения социально-экономических факторов». Более наглядно характер этой взаимосвязи представлен на рис. 4.

У пациентов с опухолевым поражением костей, входящих в кластер «Зависимая личность» (см. рис. 4), КЖЗ снижено по фактору, связанному с социально-экономическими ас-

пектами их жизни. Можно предположить, что зависимость и ожидание помощи от окружающих распространяются у данной категории больных преимущественно на сферу социального функционирования и финансово-экономическую сферу.

Пациенты, входящие в кластер «Эгоцентричная и отчужденная личность», характеризуются высоким уровнем КЖЗ по данному фактору. Можно предположить, что пациенты, привыкшие опираться на себя, даже оказавшись в ситуации тяжелого заболевания, рассчитывают на собственные ресурсы и не ожидают значительной помощи от окружающих в решении их социальных и финансово-экономических проблем.

Заключение

В серии ранее проведенных исследований, посвященных изучению взаимосвязи психологических факторов с основными параметрами качества жизни при опухолевом поражении костей, были получены данные, указывающие на тесное взаимодействие характеристик лич-

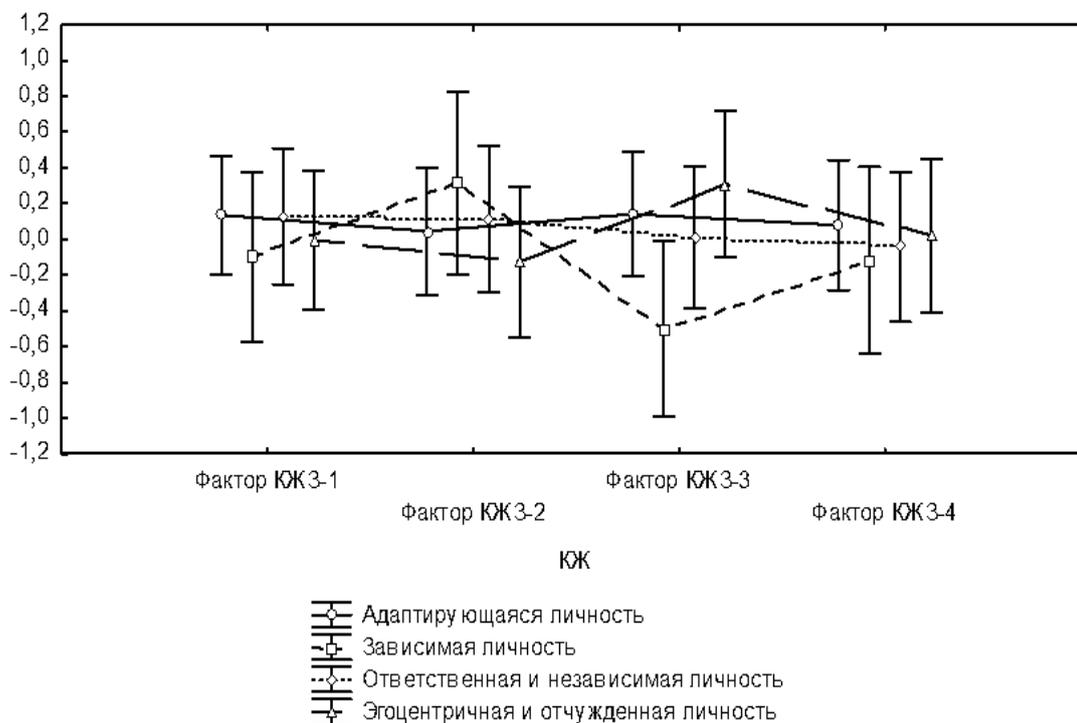


Рис. 3. Взаимосвязь профилей личности и КЖЗ, связанного непосредственно с опухолью костей
Fig. 3. Interconnection between personality profiles and QoL associated with bone tumors

Примечание. На рисунке приняты обозначения: Фактор КЖЗ-1 – «Снижение активности в связи с болевым синдромом»; Фактор КЖЗ-2 – «Снижение КЖЗ в связи с расстройствами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)»; Фактор КЖЗ-3 – «Улучшение КЖЗ за счет повышения социально-экономических факторов»; Фактор КЖЗ-4 – «Отсутствие психосоматических жалоб».

Note. КЖЗ-1 factor – “Decrease in activity due to pain syndrome”; КЖЗ-2 factor – “Reduction of QoL due to gastrointestinal tract disorders”; КЖЗ-3 factor – “Improvement of QoL by increasing socio-economic factors”; КЖЗ-4 factor – “Absence of psychosomatic complaints”.

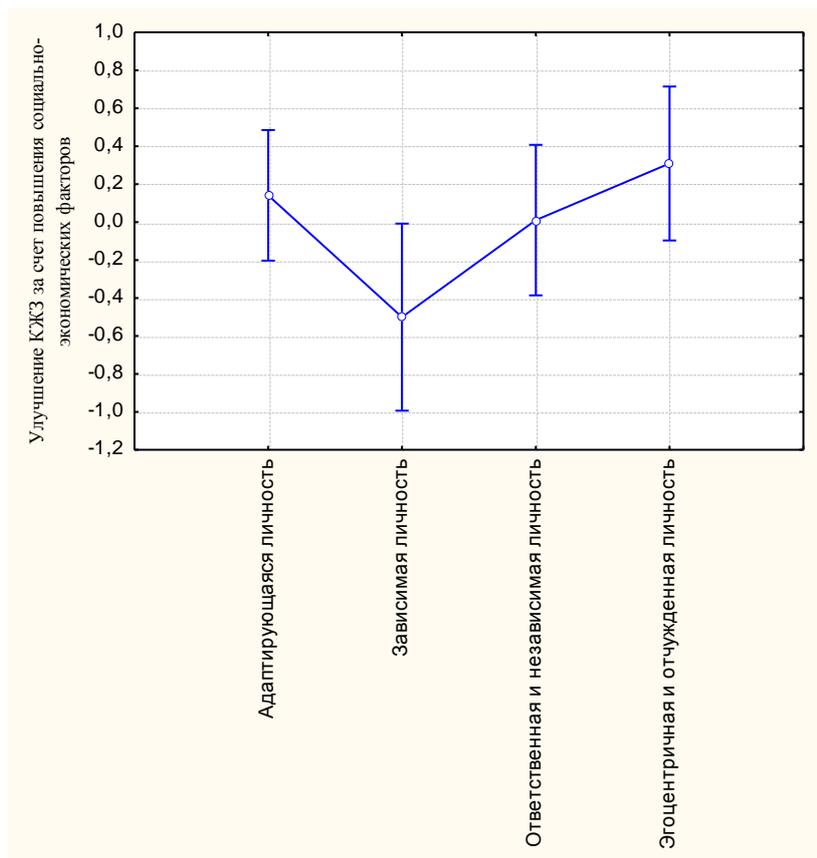


Рис. 4. Взаимосвязь профилей личности с фактором «Улучшение КЖЗ за счет повышения социально-экономических факторов»
Fig. 4. Interconnection between personality profiles and “Improvement of QoL by increasing socio-economic factors” factor

ности и типа отношения к болезни с субъективной оценкой качества жизни пациентов при этой патологии [14, 15, 22]. Выявлено, в частности, что такие характеристики личности, как высокая осмысленность жизни, высокий уровень личностных ресурсов, склонность к сотрудничеству и реагирование в трудной ситуации с применением стратегии положительной переоценки соответствуют более высокому КЖЗ. При этом низкий уровень личностных ресурсов и низкий уровень взаимодействия с проблемой, низкая осмысленность жизни и высокая социальная зависимость соотносятся со снижением КЖЗ.

На настоящем этапе исследования изучалась взаимосвязь с КЖЗ не отдельных личностных характеристик (типологических характеристик черт, особенностей ценностной, мотивационной и поведенческой сфер личности), а целостных профилей личности (кластеров), выделенных в изученной группе больных ($n = 120$) с помощью математико-статистических процедур.

Результаты настоящего исследования подтверждают и дополняют ранее полученные данные об особом значении мотивационно-смысловой сферы личности для качества жизни пациентов, страдающих опухолевым поражением костей. Так, именно по фактору осмысленности жизни отличаются от других групп пациенты с высокими показателями общего КЖЗ (пациенты, вошедшие в кластер «Адаптирующаяся личность») и с низкими показателями КЖЗ (пациенты, вошедшие в кластер «Зависимая личность»).

При изучении взаимосвязей профилей личности и КЖ, связанного непосредственно с онкологической патологией костей, показано, что профиль личности определяет отношение к такому важному параметру качества жизни, как финансово-экономическое состояние пациента в условиях хронического инвалидизирующего заболевания, требующего существенных затрат на лечение и поддержание жизнедеятельности. В этих условиях пациенты, вошедшие в кластер «Зависимая лич-

ность», преувеличенно склонны рассчитывать на социальную поддержку, в то время как пациенты, вошедшие в кластер «Эгоцентричная и отчужденная личность», занимают противоположную позицию.

Полученные на настоящем этапе исследования данные могут способствовать более углубленному пониманию особенностей поведения пациентов с опухолевым поражением костей в лечебном процессе. В частности, обе выявленные позиции пациентов в отношении помощи социального окружения в решении финансово-экономических проблем, связанных с болезнью и лечением, могут представлять «мишени» психологического вмешательства, так как и формирование зависимой позиции, чрезмерных ожиданий по отношению к окружающим (свойственное «Зависимым личностям»), и неспособность использования внешних ресурсов в проблемной ситуации (свойственная «Эгоцентричным и отчужденным личностям») не являются оптимальными, хотя последняя оказывает положительное влияние на субъективную оценку качества жизни, связанного со здоровьем. Анализ совокупности полученных данных, указывающих на сложные взаимосвязи профилей личности и параметров качества жизни, может сделать процесс психологического сопровождения лечебного процесса при опухолевом поражении костей более обоснованным и целенаправленным, иметь существенный психотерапевтический эффект и в конечном итоге способствовать социальной реабилитации и оптимизации качества жизни больных.

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Исследование проведено при финансовой поддержке РФФИ (Рег. № 19-013-00154 А).

Литература

1. Новик А.А., Ионова Т.И. *Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп». 2007. 320 с.*
2. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. *Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине // Сибирский психологический*

журнал. 2007. № 26. С. 112–119. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=12689081>

3. Koller M., Lorenz W. *Quality of life: a deconstruction for clinicians // JR. Soc. Med. 2002. Vol. 95. P. 481–488. DOI: 10.1258/jrsm.95.10.481*

4. Tineke V. *Denial and quality of life in lung cancer patients. Amsterdam: Publ. house of the University of Amsterdam. 2009. P. 10–18. URL: <https://www.aup.nl/en/book/9789085550266/denial-and-quality-of-life-in-lung-cancer-patients>*

5. *Quality of life among young women with breast cancer: Study from a tertiary institute in south India / B. Dubashi, E. Vidhubala, S. Cyriac, T.G. Sagar // Indian Journal of Cancer. 2010. Vol. 47 (2). P. 142–147. DOI: 10.4103/0019-509X.63005*

6. Fagundes C.P., Lindgren M.E., Kiecolt-Glaser J.K. *Psychoneuroimmunology and Cancer: Incidence, Progression, and Quality of Life. In: Carr B., Steel J. (eds) Psychological Aspects of Cancer. Springer, Boston, MA. 2013. DOI: 10.1007/978-1-4614-4866-2_1*

7. Усманова Е.Б., Сушенцов Е.А., Щелкова О.Ю. *Качество жизни пациентов с опухолями костей // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. 2015. № 1. С. 55–61. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=23766043>*

8. *Quality of life in young patients after bone tumor surgery around the knee joint and comparison with healthy controls / W.P. Bekkering, T.P.M. Vliet Vlieland, H.M. Koopman et al. // Pediatric Blood Cancer. 2010. Vol. 54 (5). P. 738–745. DOI: 10.1002/pbc.22439*

9. *Quality of life of sarcoma patients from diagnosis to treatments: predictors and longitudinal trajectories / T. Paredes, M. Pereira, H. Moreira et al. // Europe Journal of Oncological Nurses. 2011. Vol. 15 (5). P. 492–499. DOI: 10.1016/j.ejon.2011.01.001*

10. *Quality of life following amputation or limb preservation in patients with lower extremity bone sarcoma / G.E. Mason, L. Aung, S. Gall et al. // Front Oncology. 2013. Vol. 3. P. 210–216. DOI: 10.3389/fonc.2013.00210*

11. Алиев М.Д., Сушенцов Е.А. *Современная онкоортопедия // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. 2012. № 4. С. 3–10. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=18486529>*

12. Василенко Т.Д. *Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бы-*

тия в норме и при соматической патологии. Курск: Изд-во Курского гос. мед. ун-та, 2011. 575 с. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=20065639>

13. Беспокойство о прогрессирующем онкологическом заболевании: современные теоретические концепции и подходы / Н.А. Сирота, Д.В. Московченко, В.М. Ялтонский и др. // Медицинская психология в России. 2016. Т. 8, № 6. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=28142046>

14. Shchelkova O.Y., Usmanova E.B. Quality of life and relation to disease in patients with bone sarcoma. *Psychology in Russia: State of the Art*. 2015. Vol. 8 (1). P. 22–31. DOI: 10.11621/pir.2015.0103

15. Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б. Качество жизни и отношение к болезни при разных формах опухолевого поражения костей // Петербургский психологический журнал. 2017. № 19. С. 1–38. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29823015>

16. Karnofsky D.A., Burchenal J.H. *The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer* / MacLeod C.M. (Ed), *Evaluation of Chemotherapeutic Agents*. Columbia University Press, 1949. – P. 196.

17. *SF-36 Health survey manual and interpretation guide* / J.E. Ware, K.K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute. 1993. 11 p.

18. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. *The European organisation for research and treatment of cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology* // *Journal of National Cancer Institute*. 1993. Vol. 85 (5). P. 365–375. DOI: 10.1093/jnci/85.5.365

19. *QLQ C-30 Scoring Manual / EORTC Study Group on Quality of Life* / P. Fayers, N. Aaronson, K. Bjordal, M. Sullivan. Brussels, 1995. 50 p.

20. Первин Л., Джонс О. Психология личности: Теория и исследования / пер. с англ. М.С. Жам-кочьян; под ред. В.С. Магуна. М.: Аспект-Пресс, 2001. 607 с.

21. Щелкова О.Ю. Качество жизни и психологические характеристики больных с опухолевым поражением костей / О.Ю. Щелкова, Е.Б. Усманова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. 2015. № 3. С. 64–76. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=24356751>

Щелкова Ольга Юрьевна, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9); старший научный сотрудник, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3); Olga.psy.pu@mail.ru

Усманова Екатерина Бахромовна, медицинский психолог, Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина (Россия, 115478, Москва, Каширское шоссе, д. 23); usmanovakate@ya.ru

Валиев Аслан Камрадинович, руководитель отделения общей онкологии, Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина (Россия, 115478, Москва, Каширское шоссе, д. 23)

Обухова Ольга Аркадьевна, заведующий отделением медицинской реабилитации, Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина (Россия, 115478, Москва, Каширское шоссе, д. 23)

Софронов Денис Игоревич, научный сотрудник, Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина (Россия, 115478, Москва, Каширское шоссе, д. 23); mndsofronov@mail.ru

Поступила в редакцию 5 мая 2020 г.; принята 1 ноября 2020 г.

PERSONALITY AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BONE TUMORS*

O.Yu. Shchelkova^{1,2}, Olga.psy.pu@mail.ru, ORCID 0000-0001-9444-4742

E.B. Usmanova³, usmanovakate@ya.ru, ORCID 0000-0002-4853-308X

A.K. Valiev³

O.A. Obukhova³

D.I. Sofronov³, mdsufronov@mail.ru, ORCID 0000-0001-9557-3685

¹ Saint Petersburg State University (7-9 Universitetskaya Embankment, Saint Petersburg, 199034, Russia)

² V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (3 Bekhtereva str., Saint Petersburg, 192019, Russia)

³ N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology (23 Kashirskoe shosse, Moscow, 115478, Russia)

Abstract. The paper aims to substantiate the hypothesis about the possibility of identifying personality profiles (clusters) in patients with bone tumors; as well as the existence of interconnection between personality profiles and the main parameters of quality of life in patients with bone tumors. **Aim. The purpose** is to study the interconnection between personality profiles and quality of life data in patients with bone tumors. **Materials and methods.** The article presents the data of empirical research in 120 patients with bone tumors. The diagnoses are the following: osteosarcoma (41 persons), giant cell tumor (31 persons), chondrosarcoma (30 persons) and bone metastases (18 persons). The psychological methods were: SF-36 Health Status Survey, Quality of Life Questionnaire – Core 30 of European Organization for Research and Treatment Cancer with the Bone Metastases 22 module, BIG 5, Ways of coping and Purpose-in-Life Test questionnaires. Cluster, factorial and multifactorial dispersing analysis was performed. **Results. The results** revealed the interconnection between personality profiles (“Adaptive person”, “Addicted person”, “Responsible and independent person”, “Egocentric and alienated person”) and the general assessment of quality of life associated with health and particular parameters of quality of life related to bone tumors. **Conclusion.** These results can be used in developing programs of psychological accompaniment and psychosocial rehabilitation for oncological patients with problems typical for a certain personality profile.

Keywords: quality of life, bone tumors, psychological support, rehabilitation.

Conflict of interest. The authors declares no conflict of interest.

The study was conducted with the financial support of the RFBR (Reg. no. 19-013-00154 A).

References

1. Novik A.A., Ionova T.I. *Guidelines for the study of the quality of life in medicine*. Ed. acad. RAMS Yu.L. Shevchenko. Moscow, CJSC “OLMA Media Group”. 2007: 320. (in Russ.).
2. Woiserman L.I., Trifonova E.A. Methodological issues in quality of life research in medicine. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal = Siberian Journal of Psychology*. 2007; 26: 112–119. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=12689081> (in Russ.).
3. Koller M., Lorenz W. Quality of life: a deconstruction for clinicians. *JR. Soc. Med.* 2002; 95: 481–488. DOI: 10.1258/jrsm.95.10.481
4. Tineke V. *Denial and quality of life in lung cancer patients*. Amsterdam: Publ. house of the University of Amsterdam. 2009: 10–18. <https://www.aup.nl/en/book/9789085550266/denial-and-quality-of-life-in-lung-cancer-patients>
5. Dubashi B., Vidhubala E., Cyriac S., Sagar T.G. Quality of life among young women with breast cancer: Study from a tertiary institute in south India. *Indian Journal of Cancer*. 2010; 47 (2): 142–147. DOI: 10.4103/0019-509X.63005

6. Fagundes C.P., Lindgren M.E., Kiecolt-Glaser J.K. Psychoneuroimmunology and Cancer: Incidence, Progression, and Quality of Life. In: Carr B., Steel J. (eds) *Psychological Aspects of Cancer*. Springer, Boston, MA. 2013. DOI: 10.1007/978-1-4614-4866-2_1
7. Usmanova E.B., Sushentsov E.A., Shchelkova O.Yu. Quality of life in patients with bone tumors. *Sarkomy kostei, myagkikh tkanei i opukholi kozhi = Bone and soft tissue sarcomas, tumors of the skin*. 2015; 1: 55–61. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=23766043> (in Russ.).
8. Bekkering W.P., Vliet Vlieland T.P.M., Koopman H.M. et al. Quality of life in young patients after bone tumor surgery around the knee joint and comparison with healthy controls. *Pediatric Blood Cancer*. 2010; 54 (5): 738–745. DOI: 10.1002/psc.22439
9. Paredes T., Pereira M., Moreira H. et al. Quality of life of sarcoma patients from diagnosis to treatments: predictors and longitudinal trajectories. *Europe Journal of Oncological Nurses*. 2011; 15 (5): 492–499. DOI: 10.1016/j.ejon.2011.01.001
10. Mason G.E., Aung L., Gall S. et al. Quality of life following amputation or limb preservation in patients with lower extremity bone sarcoma. *Front Oncology*. 2013; 3: 210–216. DOI: 10.3389/fonc.2013.00210
11. Aliev M.D., Sushentsov E.A. Oncoorthopedics today. *Sarkomy kostei, myagkikh tkanei i opukholi kozhi = Bone and soft tissue sarcomas, tumors of the skin*. 2012; 4: 3–10. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=18486529> (in Russ.).
12. Vasilenko T.D. *The life path of the individual: time and the meaning of human existence in normal and somatic pathology*. Kursk, KSMU. 2011: 575. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=20065639> (in Russ.).
13. Sirota N.A., Moskovchenko D.V., Yaltonsky V.M. et al. Anxiety about the progression of cancer: modern theoretical concepts and approaches. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii = Medical psychology in Russia*. 2016; 8 (6). <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=28142046> (in Russ.).
14. Shchelkova O.Y., Usmanova E.B. Quality of life and relation to disease in patients with bone sarcoma. *Psychology in Russia: State of the Art*. 2015; 8 (1): P. 22–31. DOI: 10.11621/pir.2015.0103
15. Shchelkova O.Yu., Usmanova E.B. Quality of life and the attitude to the disease among patients with the different bone tumor types. *Peterburgskii psikhologicheskii zhurnal = St. Petersburg Psychological Journal*. 2017; 19: 1–38. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29823015> (in Russ.).
16. Karnofsky D.A., Burchenal J.H. *The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer*. MacLeod C.M. (Ed), Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Columbia University Press. 1949: 196.
17. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. *SF-36 Health survey manual and interpretation guide*. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute. 1993: 11.
18. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. The European organisation for research and treatment of cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of National Cancer Institute*. 1993; 85 (5): 365–375. DOI: 10.1093/jnci/85.5.365
19. Fayers P., Aaronson N., Bjordal K., Sullivan M. QLQ C-30 Scoring Manual. EORTC Study Group on Quality of Life. Brussels. 1995: 50.
20. Pervin L., John O. Personality psychology: Theory and Research. Translated M. Zhamkochyan. Ed V.S. Magun. Moscow, Aspect-Press. 2001: 607.
21. Shchelkova O.Yu., Usmanova E.B. Quality of life and psychological characteristics in patients with bone tumor. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 12. Psikhologiya. Sotsiologiya. Pedagogika = Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology. Sociology. Pedagogy*. 2015; 3: 64–76. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=24356751> (in Russ.).

Received 5 May 2020; accepted 1 November 2020

ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Профиль личности и качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей / О.Ю. Щелкова, Е.Б. Усманова, А.К. Валиев и др. // Психология. Психофизиология. – 2021. – Т. 14, № 1. – С. 62–75. DOI: 10.14529/jpps210107

FOR CITATION

Shchelkova O.Yu., Usmanova E.B., Valiev A.K., Obukhova O.A., Sofronov D.I. Personality and Quality of Life in Patients with Bone Tumors. *Psychology. Psychophysiology*. 2021, vol. 14, no. 1, pp. 62–75. (in Russ.). DOI: 10.14529/jpps210107