МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9

О. Ю. Щелкова, Е. Б. Усманова

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ

Санкт-Петербургский государственный университет, Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9.

Статья посвящена исследованию связанного со здоровьем качества жизни и психологических характеристик 119 пациентов с опухолевым поражением костей: остеосаркомой (n = 41), гигантоклеточной опухолью (n = 31), хондросаркомой (n = 30) и метастатическим поражением костей (n = 17). Выполнен сравнительный анализ качества жизни, особенностей эмоционального состояния, отношения к болезни и способов копинга среди пациентов четырех клинических групп. Использовались психологические методики: «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36), «Опросник качества жизни» EORTC QLQ-C30 с дополнительным модулем BM-22, «Доминирующее состояние», «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ), «Способы совладающего поведения». Полученные результаты выявили различия в параметрах качества жизни, особенностях эмоционального состояния, реагирования на болезнь, а также совладания со стрессом пациентов с опухолевым поражением костей и могут быть использованы при разработке программ психологического сопровождения и психосоциальной реабилитации онкологических больных с фокусированием на проблемах, характерных для пациентов каждой нозологической группы. Библиогр. 13 назв. Табл. 6.

Ключевые слова: качество жизни, эмоциональное состояние, отношение к болезни, копинг, опухоль костей, остеосаркома, хондросаркома, гигантоклеточная опухоль, метастазы в кости, психологическое сопровождение, реабилитация.

QUALITY OF LIFE AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH BONE TUMOR

O. Yu. Schelkova, E. B. Usmanova

St. Petersburg State University, 7/9, Universitetskaya nab., St. Petersburg, 199034, Russian Federation

The article is devoted to study of health-related quality of life and psychological characteristics in 119 patients with bone tumor. The diagnoses are osteosarcoma (41 persons), giant cell tumor (31 persons), chondrosarcoma (30 persons) and metastatic bone lesion (17 persons). Comparative analysis of quality of life, features of emotional condition, relation to disease and coping strategies in four clinical groups of patients was carried out. The psychological methods were: “SF-36 Health Status Survey”, Quality of Life Questionnary-Core 30 of European Organization for Research and Treatment Cancer with module Bone Metastases 22, “Prevalent emotional condition”, “The type of relation to disease”, “Coping strategies”. The results revealed differences in quality of life, features of emotional experience, relation to disease and coping characteristics in patients with bone tumor. These results can be used in designing programs of psychological accompaniment and psychosocial rehabilitation for oncological patients with focusing on the problems those are specific for each nosological group. Refs 13. Tables 6.

Keywords: quality of life, emotional condition, relation to disease, coping, bone tumor, osteosarcoma, chondrosarcoma, giant cell tumor, metastatic bone lesion, psychological support, rehabilitation.

Введение

В течение последних десятилетий в мировой науке отмечается рост числа исследований, посвященных связанному со здоровьем качеству жизни (КЖЗ). Особенно выделяется интерес исследователей к КЖЗ и внутренней картине болезни онкологических больных в связи с объективной тяжестью заболевания, витальной угрозой, нередко сопровождающей болезненный процесс, и частотой распространения психологических проблем среди онкологических пациентов [1].

Проблема качества жизни онкологических больных в разных нозологических группах разработана в неравной степени. Существует немалое количество исследований, посвященных изучению КЖЗ больных раком молочной железы, раком простаты, колоректальным раком и раком легкого [2; 3; 4, p. 10]. Однако проблема КЖЗ пациентов с опухолевым поражением костей является мало разработанной. При этом тяжесть лечения, включающего хирургическое вмешательство с применением эндопротезирования, и в ряде случаев прохождение курсов полихимиотерапии, а также серьезные физические ограничения, являющиеся его следствием, значительно влияют на КЖЗ пациентов с опухолевым поражением костей. Стоит также отметить, что большинство пациентов относятся к трудоспособной группе населения (от 18 до 60 лет). Таким образом, исследование КЖЗ больных с опухолевым поражением костей является актуальной проблемой в современной науке.

В понятии КЖЗ в системном (интегрированном и взаимодействующем) виде представлены все основные параметры функционирования личности — физические, психологические, социальные [5; 6].

При этом параметры КЖЗ при опухолевом поражении костей, как и в случае других хронических соматических заболеваний, предположительно связаны как с объективыми клиническими, так и с субъективно-личностыми характеристиками больных. Однако в литературе встречается крайне мало исследований, затрагивающих проблему КЖЗ больных с опухолевым поражением костей. В то же время знание особенностей КЖЗ и психологических характеристик больных, с ним связанных, при разных нозологических формах опухолей костей может помочь правильно организовать психологическое сопровождеие лечебного процесса и психосоциальную реабилитацию больных.

Цель исследования — сравнить основные параметры качества жизни и психологические характеристики больных с первичным и вторичным опухолевым поражением костей.

Материалы и методы

Для реализации цели исследования использовались: 1) «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36) [5; 7]; 2) усовершенствованный «Опросник качества жизни» EORTC QLQ-C30 (Quality of Life Questionnary 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) [8; 9]; 3) дополнительный модуль BM-22, предназначенный для оценки КЖЗ пациентов с опухолевым поражением костей [8; 9]; 4) опросник «Доминирующее состояние» (для изучения эмоционального состо-

яния больных с опухолевым поражением костей) [10]; 5) методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (для исследования когнитивного, аффективного и мотивационо-поведенческого компонентов отношения к болезни) [11]; 6) опросник «Способы совладающего поведения» (для изучения стратегий стресс-преодолевающего поведения (копинга) [12].

Материал исследования составили данные психологического исследования 119 пациентов с первичным опухолевым поражением костей (C40, D48.0 по Международной статистической классификации болезней 10-го пересмотра) и метастазами в кости скелета светлоклеточного рака почки (C64 по Международной статистической классификации болезней 10-го пересмотра) [13], находящихся на лечении в хирургическом отделении опухолей опорно-двигательного аппарата НИИ клинической онкологии и в отделении вертебральной и тазовой хирургии Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина.

В соответствии с целью и задачами исследования пациенты были разделены на четыре группы, в зависимости от диагноза: первую группу составили больные остеосаркомой (C40); во вторую группу вошли пациенты с гигантоклеточной опухолью (ГКО) (D48.0); третью группу составили больные хондросаркомой (C40); четвертую — пациенты с метастазами (mts) в кости скелета светлоклеточного рака почки (аденокарцинома) (C64).

В табл. 1 представлены социально-демографические и клинические характеристики пациентов с опухолевым поражением костей.

Таблица 1. **Социально-демографические и клинические характеристики пациентов с первичным и метастатическим опухолевым поражением костей**

Социально-демографические и клинические характеристики		**Пациенты с остеосаркомой (*n* = 41) A**	**Пациенты с ГКО (*n* = 31) B**	**Пациенты с хондросаркомой (*n* = 30) C**	**Пациенты с mts в кости скелета (*n* = 17) D**
Пол	Мужской	25 чел. (61%)	13 чел. (42%)	24 чел. (80%)	13 чел. (76 %)
	Женский	16 чел. (39%)	18 чел. (58%)	6 чел. (20%)	4 чел. (24%)
Средний возраст		26,7 года	36,06 года	45,37 года	54,88 года
Средняя длительность заболевания		16,68 мес.	8,06 мес.	18,73 мес.	25,47 мес.
Статус лечения	Первичное лечение	31 чел. (76%)	24 чел. (77%)	23 чел. (77%)	17 чел. (100%)
	Рецидив	5 чел. (12%)	6 чел. (20%)	6 чел. (20%)	0
	Ремиссия (контроль)	5 чел. (12%)	1 чел. (3%)	1 чел. (3%)	0
Хирургическое лечение	Отсутствует	2 чел. (5%)	1 чел. (3%)	0	0
	Органосохранная операция с аллопластикой	2 чел. (5%)	13 чел. (42%)	15 чел. (50%)	14 чел. (82%)
	Резекция с эндопротезированием	34 чел. (82%)	16 чел. (52%)	12 чел. (40%)	3 чел. (18%)
	Ампутация	3 чел. (8%)	1 чел. (3%)	3 чел. (10%)	0

Как видно из табл. 1, большинство пациентов с остеосаркомой, хондросаркомой и метастатическим поражением костей относятся к мужскому полу, в то время как большинство больных ГКО — женщины. Средний возраст пациентов с остеосаркомой составляет 27 лет, средний возраст больных ГКО — 36 лет, пациентов с хондросаркомой — 45 лет, средний возраст пациентов с метастатическим поражением костей составляет 55 лет.

Средняя длительность заболевания с момента постановки диагноза в группе больных остеосаркомой равняется 16 месяцам, в группе пациентов с ГКО — 8 месяцам, среди больных хондросаркомой — 18 месяцам, для группы пациентов с метастатическим поражением костей средняя продолжительность заболевания составляет 25 месяцев.

Большинство больных всех групп госпитализированы на первичное лечение для проведения оперативного вмешательства.

Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS 20.0 и Excel XP.

Результаты исследования

В табл. 2 приведены результаты сравнительного исследования основных показателей КЖЗ больных разными формами опухоли костей.

Таблица 2. **Показатели качества жизни, связанного с общим статусом здоровья, пациентов с первичным и метастатическим опухолевым поражением костей**

Шкалы «Краткого общего опросника оценки статуса здоровья» (SF-36)	Пациенты с остеосаркомой (*n* = 41) A	Пациенты с ГКО (*n* = 31) B	Пациенты с хондросаркомой (*n* = 30) C	Пациенты с mts в кости скелета (*n* = 17) D	Достоверные различия
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m	
Общее здоровье (GH)	59,73 ± 3,19	58 ± 2,6	58,63 ± 3,75	49,24 ± 6,19	AD*
Физическая активность (PF)	49,38 ± 4	41,77 ± 4,88	53,83 ± 6,6	41,76 ± 8,61	
Роль физических проблем (RP)	33,13 ± 6,11	22,58 ± 6,7	40 ± 8,14	20,59 ± 8,9	BC* CD*
Роль эмоциональных проблем (RE)	47,5 ± 6,93	48,39 ± 7,99	58,89 ± 8,08	35,29 ± 10,81	CD*
Социальная активность (SF)	65,63 ± 4,41	60,89 ± 4,55	69,17 ± 5,2	55,88 ± 7,08	CD*
Боль (BP)	52,75 ± 4,82	47,48 ± 4,97	47,07 ± 5,02	36,24 ± 4,7	AD*** BD* CD*
Жизненная активность (VT)	62,13 ± 3,53	60,48 ± 2,8	63,67 ± 4,42	47,35 ± 5,8	AD** BD** CD**
Психическое здоровье (MH)	65,6 ± 3,27	61,29 ± 2,82	64 ± 3,93	60,24 ± 6,03	

Примечания. В графе «Достоверные различия» знак «*» соответствует уровню статистической значимости $0,05 < p < 0,1$; ** — $p < 0,05$; *** — $p < 0,01$.

В методике SF-36 большие значения шкальных оценок соответствуют лучшим характеристикам качества жизни. Например, высокие оценки по шкале «Боль» означают, что болевой синдром лишь незначительно ограничивает жизнедеятельность и социальное поведение больных. Максимальная оценка по всем шкалам — 100 баллов.

Согласно данным, представленным в табл. 2, больные с метастатическим поражением костей значительно ниже оценивают общее состояние своего здоровья и перспективы лечения, чем пациенты с остеосаркомой. Больные хондросаркомой характеризуются меньшим влиянием физического состояния на повседневную ролевую деятельность, чем больные ГКО и пациенты с метастазами. При этом больные с метастатическим поражением костей более ограничены в повседневной деятельности и социальной активности в связи с ухудшением эмоционального состояния, чем пациенты с хондросаркомой. В то же время, больных с метастазами характеризует большее ограничение активности, обусловленное интенсивностью боли, и более выраженное утомление, чем больных остальных групп.

В табл. 3 представлены результаты изучения качества жизни, связанного с первичным и метастатическим опухолевым поражением костей.

Таблица 3. **Показатели качества жизни, связанного с тяжелым поражением опорно-двигательного аппарата (опухоль костей)**

Шкалы «Усовершенствованного опросника качества жизни» EORTC QLQ C-30	**Пациенты с остеосаркомой (*n* = 41) A**	**Пациенты с ГКО (*n* = 31) B**	**Пациенты с хондросаркомой (*n* = 27) C**	**Пациенты с mts в кости скелета (*n* = 17) D**	**Достоверные различия**
	M ± m	**M ± m**	**M ± m**	**M ± m**	
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Общее состояние здоровья (QL2)	56,3 ± 3,46	47,85 ± 4	52,78 ± 5,96	14,22 ± 3,51	AD*** AB* BD*** CD***
Физическая активность (PF2)	65,69 ± 3,67	63,23 ± 4,04	68,64 ± 4,77	58,04 ± 6,26	CD*
Ролевая активность (RF2)	56,91 ± 5,34	52,15 ± 5,49	62,35 ± 6,1	56,86 ± 8,21	CD*
Эмоциональная активность (EF)	70,73 ± 3,69	69,62 ± 4,22	70,06 ± 4,45	74,51 ± 5,87	
Когнитивная активность (CF)	84,96 ± 3,16	82,26 ± 3,51	81,48 ± 4,28	60,78 ± 7,5	
Социальная активность (SF)	64,63 ± 5,6	56,45 ± 5,01	72,84 ± 5,81	47,06 ± 7,97	BC** CD**
Слабость (FA)	41,19 ± 3,97	41,58 ± 3,99	41,98 ± 5,25	46,41 ± 6,82	AD*
Тошнота и рвота (NV)	8,13 ± 2,64	5,38 ± 2,14	3,7 ± 2,28	10,78 ± 3,6	
Боль (PA)	39,43 ± 5,03	52,15 ± 5,87	49,38 ± 6,31	64,2 ± 6,33	AB* AD** BD** CD**
Одышка (DY)	21,14 ± 4,68	12,9 ± 4,06	18,52 ± 5,83	60,78 ± 7,93	AD**
Бессонница (SL)	33,33 ± 5,14	35,48 ± 5,65	44,44 ± 7,02	49,1 ± 8,39	
Потеря аппетита (AP)	24,39 ± 4,41	33,33 ± 5,44	20,99 ± 6,05	15,69 ± 5,98	AD* BD* CD*
Констипация (CO)	13,82 ± 4,25	15,05 ± 4,4	17,28 ± 5,25	9,8 ± 4,9	
Диарея (DI)	4,88 ± 1,89	6,45 ± 3,3	7,41 ± 3,31	45,1 ± 7,18	
Финансовые затруднения (FI)	56,1 ± 5,33	59,14 ± 6,23	53,09 ± 6,35	82,35 ± 11,07	AD* BD* CD*

Окончание табл. 3

1	2	3	4	5	6
Шкалы модуля QLQ-BM22					
Локализация боли (BMPS)	18,54 ± 1,97	24,67 ± 3,32	22,93 ± 4,05	30,2 ± 3,23	AB* AD***
Характер боли (BMPC)	25,47 ± 4,88	32,96 ± 4,68	33,78 ± 5,34	38,56 ± 5,98	AD*
Ограничения активности (BMFI)	67,07 ± 4,4	60,97 ± 3,94	62,67 ± 5,34	45,34 ± 5,93	AD*** BD** CD**
Психосоциальные аспекты (BMPA)	45,8 ± 3,46	43,15 ± 3,44	49,33 ± 3,56	43,46 ± 5,34	

Примечания. В графе «Достоверные различия» знак «*» соответствует уровню статистической значимости $0,05 < p < 0,1$; ** — $p < 0,05$; *** — $p < 0,01$.

В методике EORTC QLQ C-30 для функциональных шкал и шкалы общего статуса здоровья наилучшее состояние пациента соответствует 100% (или баллов), а наихудшее состояние — 0. Для всех симптоматических шкал наилучшее состояние соответствует 0, а наихудшее — 100 баллам [9].

Данные специализированного опросника QLQ C-30, представленные в табл. 3, согласуются с данными общего опросника качества жизни SF-36, дополняя их. Опросник QLQ C-30, чувствительный к особенностям качества жизни непосредственно онкологических больных, выявляет различия в общем состоянии здоровья пациентов сравниваемых групп: больные с метастатическим поражением костей оценивают свое здоровье гораздо хуже пациентов других групп. При этом больные ГКО характеризуются сниженным общим состоянием здоровья по сравнению с больными остеосаркомой.

Больные хондросаркомой обладают большей физической и ролевой активностью, чем пациенты с метастазами, что согласуется с данными, представленными выше. Социальная активность пациентов с хондросаркомой выше, чем больных с метастазами, кроме того, согласно результатам данного опросника, больные хондросаркомой обладают также большей социальной активностью, чем пациенты с ГКО.

Кроме того, больные с метастатическим поражением костей больше страдают слабостью и одышкой, чем пациенты с остеосаркомой. В то же время у больных с метастазами болевые ощущения интенсивней, чем у пациентов всех остальных групп. При этом больные ГКО испытывают более интенсивную боль, чем пациенты с остеосаркомой.

Помимо этого, больные с метастатическим поражением костей сталкиваются с большими финансовыми затруднениями, чем больные остальных групп. Однако больные с метастазами меньше других пациентов испытывают проблемы с аппетитом.

Согласно представленным данным модуля BM-22, больные ГКО и пациенты с метастатическим поражением костей испытывают более распространенные болевые ощущения, чем больные остеосаркомой, кроме того, у больных с метастазами боль носит более интенсивный характер, чем у пациентов с остеосаркомой. Также, по данным модуля, ограничение активности, связанное непосредственно с пораже-

нием костей, среди больных с метастазами выше, чем среди пациентов остальных групп.

В табл. 4 представлены результаты исследования доминирующего эмоционального состояния больных с первичным и метастатическим опухолевым поражением костей.

Таблица 4. **Показатели доминирующего эмоционального состояния пациентов с первичным и метастатическим опухолевым поражением костей**

Шкалы методики «Доминирующее состояние» (ДС)	Пациенты с остеосаркомой (*n* = 41) A	Пациенты с ГКО (*n* = 30) B	Пациенты с хондросаркомой (*n* = 29) C	Пациенты с mts в кости скелета (*n* = 17) D	Достоверные различия
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m	
Активное-пассивное отношение к жизненной ситуации	47,66 ± 2,09	43,5 ± 1,92	42,28 ± 1,81	44,47 ± 3,2	AB* AC**
Тонус высокий — низкий	28,85 ± 2,24	29,67 ± 1,84	28,55 ± 2,75	33,18 ± 4,7	
Спокойствие — тревога	24,37 ± 1,86	28,6 ± 2,09	25,24 ± 2,67	25,82 ± 3,64	AB*
Устойчивость — неустойчивость эмоционального тона	30,24 ± 2,1	28,2 ± 1,96	29,52 ± 2,7	28,7 ± 4,7	
Удовлетворенность — неудовлетворенность жизнью	42,1 ± 2,68	45,47 ± 2,14	38,28 ± 2,58	35,94 ± 4,93	BC** BD*
Положительный — отрицательный образ самого себя	30,44 ± 1,79	27,6 ± 1,35	24,76 ± 1,68	25,76 ± 3,29	AC**

Примечание. В графе «Достоверные различия» знак «*» соответствует уровню статистической значимости $0,05 < p < 0,1$; ** — $p < 0,05$.

По данным, представленным в табл. 4, больные остеосаркомой склонны к более активному и оптимистическому отношению к жизненной ситуации, более готовы к преодолению препятствий, чем больные ГКО и хондросаркомой. Важно отметить, что пациенты с остеосаркомой характеризуются более молодым возрастом, чем больные остальных групп, что может влиять на большую выраженность у этих пациентов стремления преодолеть препятствия и ощущения сил для этого.

Согласно полученным результатам, по шкале «Спокойствие — тревога» больные с опухолевым поражением костей также характеризуются низкими значениями, что позволяет сделать вывод о повышенной склонности пациентов испытывать беспокойство в широком круге жизненных ситуаций, видеть угрозу благополучию без четкой оценки причин, предчувствовать будущую угрозу без ясного осознания ее источников. Тем не менее стоит отметить, что больные ГКО более уверены в своих силах и возможностях, чем пациенты с остеосаркомой.

Низкие значения по шкале «Устойчивость — неустойчивость эмоционального тона», характерные для пациентов с опухолевым поражением костей, свидетельствуют о сниженной эмоциональной устойчивости больных, изменчивости настроения и повышенной раздражительности пациентов, а также о преобладании у них негативного эмоционального тона.

По шкале «Удовлетворенность — неудовлетворенность жизнью» для больных с опухолевым поражением костей характерны низкие оценки. Согласно полученным результатам, пациенты с опухолью костей не удовлетворены жизнью в целом,

низко оценивают личностную успешность; для них характерно неполное самораскрытие, отсутствие ощущения внутренней опоры, а также уход в сомнения, позволяющий уклониться от необходимости делать жизненный выбор. При этом больные ГКО более, чем пациенты с хондросаркомой и больные с метастатическим поражением костей, удовлетворены своей жизнью и готовы брать на себя ответственность за происходящее с ними.

Низкие оценки, характерные для пациентов с опухолевым поражением костей, по шкале «Положительный — отрицательный образ самого себя» свидетельствуют о высокой критичности в оценке себя и стремлении быть искренними, кроме того, эти данные говорят о негативном отношении к себе, которое у пациентов с хондросаркомой выражено более, чем у больных остеосаркомой.

В табл. 5 приведены результаты изучения типов отношения к болезни пациентов с первичным и метастатическим опухолевым поражением костей.

Таблица 5. **Отношение к болезни пациентов с первичным и метастатическим опухолевым поражением костей**

Тип отношения к болезни (шкалы ТОБОЛ)	Пациенты с остеосаркомой (n = 41) A	Пациенты с ГКО (n = 30) B	Пациенты с хондросаркомой (n = 30) C	Пациенты с mts в кости скелета (n = 16) D	Достоверные различия
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m	
Гармоничный	11,73 ± 3,18	21,3 ± 3,55	21,47 ± 3,7	14,71 ± 3,71	AB** AC**
Эргопатический	25,56 ± 2,09	28,97 ± 2,87	28,87 ± 3,06	21,81 ± 4,14	BD*
Анозогнозический	11,85 ± 3,07	16,77 ± 3,5	13,3 ± 2,98	5,33 ± 2,15	AD* BD*** CD**
Тревожный	9,15 ± 1,9	13,03 ± 1,73	13,27 ± 1,93	9,43 ± 2,7	AB* AC*
Ипохондрический	9,73 ± 1,15	9,43 ± 1,78	11,1 ± 1,48	10,57 ± 2,39	
Неврастенический	7,61 ± 0,95	9,93 ± 1,26	8,17 ± 1,01	7,1 ± 2,38	AB*
Меланхолический	4,15 ± 0,7	4,13 ± 1,22	4,47 ± 1,1	3,76 ± 1,36	
Апатический	4,24 ± 0,74	3,73 ± 0,92	4,47 ± 0,71	3,48 ± 0,99	
Сенситивный	18,88 ± 1,5	20,2 ± 1,36	20,27 ± 2,05	13 ± 2,82	AD* BD** CD**
Эгоцентрический	8,1 ± 0,78	11,1 ± 1,13	9,43 ± 0,91	7,33 ± 1,92	AB*BD*
Паранойяльный	5,46 ± 0,75	7,2 ± 0,98	5,53 ± 0,97	5,1 ± 1,5	
Дисфорический	3,76 ± 0,78	5,93 ± 1,3	3,06 ± 0,78	3,86 ± 1,97	AB* BC*

Примечание. В графе «Достоверные различия» знак «*» соответствует уровню статистической значимости $0,05 < p < 0,1$; ** — $p < 0,05$; *** — $p < 0,01$.

Согласно данным, представленным в табл. 5, преобладающим типом отношения к болезни в группе пациентов с первичным опухолевым поражением костей является «уход в работу» (эргопатический тип).

У больных хондросаркомой и ГКО чаще встречается более гармоничный тип отношения к болезни, чем в группе пациентов с остеосаркомой, что мо-

жет быть связано с преобладанием у больных остеосаркомой стратегии стресс-преодолевающего поведения «Избегание», как будет показано в табл. 6.

Таблица 6. **Показатели стратегий стресс-преодолевающего поведения пациентов с первичным и метастатическим опухолевым поражением костей**

Шкалы методики «Способы совладающего поведения» (ССП)	Пациенты с остеосаркомой (n = 40) A	Пациенты с ГКО (n = 31) B	Пациенты с хондросаркомой (n = 26) C	Пациенты с mts в кости скелета (n = 16) D	Достоверные различия
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m	
Конфронтация	49,05 ± 1,57	47,42 ± 1,6	47 ± 2,43	48,5 ± 2,51	
Дистанцирование	49,68 ± 1,54	49,39 ± 2,07	48,12 ± 2,78	50,75 ± 2,68	
Самоконтроль	48,73 ± 1,63	47,84 ± 2,08	45 ± 2,86	48,63 ± 3,37	
Поиск социальной поддержки	48,45 ± 2,03	49 ± 1,82	46,5 ± 2,07	55,88 ± 2,42	AD** BD** CD***
Принятие ответственности	45,1 ± 1,85	47,81 ± 1,56	44,12 ± 1,97	48,19 ± 2,62	BC*
Бегство — избегание	52,48 ± 1,14	48,19 ± 1,84	47 ± 2,55	50,06 ± 2,74	AB** AC**
Планирование решения проблемы	48,8 ± 1,81	47,13 ± 1,89	47,58 ± 2,39	52,25 ± 3,1	BD*
Положительная переоценка	51,45 ± 1,87	47,81 ± 1,92	47,38 ± 2,19	55 ± 2,54	AB* AC* BD** CD**

Примечание. В графе «Достоверные различия» знак «*» соответствует уровню статистической значимости $0,05 < p < 0,1$; ** — $p < 0,05$; *** — $p < 0,01$.

Среди больных ГКО более распространен «уход в работу», чем среди пациентов с метастатическим поражением костей. В группе пациентов с метастазами наиболее редко встречается отрицание болезни (анозогнозический тип) по сравнению с другими группами больных.

Также, согласно полученным результатам, среди больных остеосаркомой чаще встречается тревожный тип отношения к болезни, чем среди пациентов с хондросаркомой и ГКО, что согласуется с данными опросника «Доминирующее состояние», которые свидетельствуют о большей склонности пациентов с остеосаркомой испытывать беспокойство, чем это характерно для пациентов с ГКО. Возможно, непрерывная тревога в отношении неблагоприятного течения болезни и возможных осложнений провоцирует у больных остеосаркомой тенденцию отрицать тяжесть болезни и фантазировать насчет результатов лечения, что мешает пациентам данной группы реалистично оценивать свое состояние и реагировать на болезнь по гармоничному, адаптивному, типу.

Кроме того, полученные результаты позволяют заключить, что в группе пациентов с ГКО чаще встречаются неврастенический и эгоцентрический типы отношения к болезни, чем среди больных остеосаркомой, что свидетельствует о склонности пациентов с ГКО вести себя по типу «раздражительной слабости» и искать «вторичную выгоду» от своего заболевания. Также среди пациентов

с ГКО значимо чаще встречается дисфорический тип отношения к болезни, чем в группе больных саркомой: пациентам с ГКО свойственно мрачное настроение, зависть и агрессия по отношению к здоровым.

Больные с метастатическим поражением костей наименее склонны к чрезмерной ранимости и уязвимости, озабоченности тем, какое впечатление на окружающих производит их заболеваие (сензитивный тип), по сравнению с больными других групп.

В табл. 6 представлены результаты исследования способов совладающего поведения пациентов с опухолевым поражением костей.

По данным, представленным в табл. 6, для больных с опухолевым поражением костей характерно умеренное использование стратегий стресс-преодолевающего поведения, без преобладания определенной стратегии: все показатели шкал методики ССП во всех группах не выходят за границы условного нормативного диапазона (Т = 50 ± 10). Однако выявлены различия между группами больных.

Пациенты с метастатическим поражением костей более склонны к поиску социальной поддержки, чем больные остальных групп. Пациенты с метастазами используют возможность привлечения внешних (социальных) ресурсов в проблемной ситуации. Пациенты с ГКО более склонны признавать свою роль в возникновении проблемы и ответственность за ее решение, чем больные хондросаркомой, что согласуется с данными опросника «Доминирующее состояние».

При этом также необходимо обратить внимание на преобладание у больных остеосаркомой стратегии «Бегство — избегание», рассматриваемой как неадаптивная, по сравнению с больными ГКО и хондросаркомой, что также может влиять на оценку КЖЗ пациентами данной группы.

Для больных с метастазами более характерен способ совладания со стрессом по типу планирования решения проблемы, чем для пациентов с ГКО. Пациенты с остеосаркомой и метастатическим поражением костей более склонны реагировать на стресс положительной переоценкой проблемной ситуации, чем больные ГКО и хондросаркомой.

Заключение

Таким образом, сравнительный анализ качества жизни, доминирующего эмоционального состояния, отношения к болезни и стратегий совладающего поведения в группах пациентов с различными нозологическими формами опухолей костей позволяет выделить основные особенности пациентов разных групп и сделать вывод о возможных направлениях психотерапевтической работы в каждой нозологической группе.

Больные с метастатическим поражением костей отличаются сниженным качеством жизни по сравнению с пациентами, у которых диагностированы первичное опухолевое поражение костей, по параметрам физической активности, возможности выполнять повседневную деятельность и не ограничивать свои социальные контакты в связи с заболеванием и по параметру общего состояния здоровья, а также по интенсивности болевых ощущений, что соответствует объективному соматическому статусу пациентов данной группы. При этом важно отметить, что качество жизни больных с метастатическим поражением костей по параметру эмо-

ционального состояния выше соответствующего параметра у больных с первичным опухолевым поражением костей, что можно объяснить, обратившись к данным исследования отношения к болезни и способов совладающего поведения пациентов. В группе больных с метастатическим поражением костей значимо реже, чем в группе пациентов с первичным опухолевым поражением костей, встречается отрицание болезни и чрезмерная ранимость и уязвимость в связи с заболеванием, что, кроме улучшения КЖЗ по параметру эмоционального состояния, может обеспечивать высокую комплаентность данной группы больных. Помимо этого, в группе пациентов с метастатическим поражением костей превалируют адаптивные копинг-стратегии поиска социальной поддержки, планирования решения проблемы и положительной переоценки, что также положительно влияет на качество жизни пациентов и на их взаимодействие с лечащим врачом.

Также, согласно результатам проведенного исследования, для всей группы больных с первичным опухолевым поражением костей характерна повышенная тревожность, низкая эмоциональная устойчивость и реагирование на болезнь «уходом в работу». При разработке программы психологической помощи пациентам данной группы представляется целесообразным в первую очередь фокусирование на работе с тревогой и эмоциональной неустойчивостью.

Для больных остеосаркомой характерно преобладание стратегии стресс-преодолевающего поведения по типу избегания. Таким образом, программа психологического сопровождения этих пациентов может включать работу с неадаптивной стратегией стресс-преодолевающего поведения и формирование навыков конструктивого совладания со стрессом болезни.

Следует также отметить, что для больных хондросаркомой характерно негативное отношение к себе и неудовлетворенность своей жизнью. Психологическое консультирование больных данной группы может включать работу с самооценкой и формирование готовности больных изменять свою жизнь, делая ее более удовлетворительной для себя.

При исследовании качества жизни больных ГКО было выявлено снижение КЖЗ больных по параметрам общего состояния здоровья, роли физических проблем, социальной активности и интенсивности боли по сравнению с пациентами, у которых диагностирована остео- и хондросаркома. При этом объективный соматический статус больных ГКО и объем хирургического вмешательства не отличаются от соответствующих показателей больных саркомой костей. Полученные результаты отражают влияние психологического состояния пациентов на оценку ими своего КЖЗ.

Среди пациентов с ГКО значимо чаще, чем среди пациентов остальных групп, встречается неврастенический, эгоцентрический и паранойяльный типы отношения к болезни, что говорит о склонности больных ГКО вести себя по типу «раздражительной слабости», использовать невротические механизмы «ухода в болезнь» и «условной выгодности» болезни для разрешения жизненных трудностей, а также использовать механизм «экстрапроекции вины», приписывая возможные осложнения халатности или злому умыслу врачей и персонала. Психологическая помощь пациентам данной группы может включать работу по формированию адаптивного типа отношения к болезни и улучшения комплаентности в этой группе больных.

Литература

1. *Касимова Л. Н., Жиряева Т. В.* Психопатологическая и социально-психологическая характеристика больных со злокачественными новообразованиями // Психические расстройства в общей медицине. 2009. № 1. С. 16–19.

2. *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. N 47 (1). P. 142–147.

3. *Fagundes C. P., Lindgren M. E., Kiecolt-Glaser J. K.* Psychoneuroimmunology and cancer: Incidence, Progression, and Quality of life // Psychological aspects of cancer. New York: Springer science, 2013. 405 p.

4. *Tineke V.* Denial and Quality of Life in Lung Cancer Patients. Amsterdam: Amsterdam University Press., 2009. 180 p.

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

6. The WHOQOL Group. What is quality of life? // World Health Forum. 1996. Vol. 17 (4). P. 354–356.

7. *Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B.* SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, M.A.: New England Medical Center, The Health Institute, 1993. 11 p.

8. *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 trilas in oncology // Journal of National Cancer Institute. 1993. Vol. 85. P. 365–375.

9. *Fayers P., Aarson N., Bjordal K., Sullivan M.* QLQ C-30 Scoring Manual. EORTC Study Group on Quality of Life. Brussels: [Б. и.], 1995. 50 p.

10. *Куликов Л. В.* Диагностика доминирующего настроения // Практикум по психологии здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. СПб.: Питер, 2005. С. 44–60.

11. *Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я.* Психологическая диагностика отношения к болезни. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. 32 с.

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

13. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Женева: «Медицина», 1995. 697 с.

References

1. Kasimova L. N., Zhiryaeva T. V. Psikhopatologicheskaia i sotsial'no-psikhologicheskaia kharakteristika bol'nykh so zlokachestvennymi novoobrazovaniiami [Psychiatric and psychosocial characteristics of patients with malignant tumors]. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine* [*Mental disorders in general medicine*], 2009, no. 1, pp. 16–19. (In Russian)

2. 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 J. Cancer*, 2010, no. 47 (1), pp. 142–147.

3. Fagundes C. P., Lindgren M. E., Kiecolt-Glaser J. K. Psychoneuroimmunology and cancer: Incidence, Progression, and Quality of life. *Psychological aspects of cancer*. Springer science, LLC, 2013, pp. 1–11.

4. Tineke V. *Denial and Quality of Life in Lung Cancer Patients*. Amsterdam, 2009. 10 p.

5. Wasserman L. I., Trifonova E. A., Schyolkova O. Yu. *Psikhologicheskaia diagnostika i korrektsiia v somaticheskoi klinike: nauchno-prakticheskoe rukovodstvo* [*Psychological diagnostics and correction in somatic clinic: scientific and practical guidance*]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2011. 271 p. (In Russian)

6. The WHOQOL Group. What is quality of life? *World Health Forum,* 1996, vol. 17 (4), pp. 354–356.

7. Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B. *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston, M.A., New England Medical Center, The Health Institute, 1993. 11 p.

8. 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 trilas in oncology. *J. Nat. Cancer lnst.*, 1993, vol. 85, pp. 365–375.

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

10. Kulikov L. V. Diagnostika dominiruiushchego nastroeniia [Guide to the methods of diagnosis of mental states, moods and feelings of the sphere]. *Praktikum po psikhologii zdorov'ia* [*Development and validation of methods*]. Ed. by G. S. Nikiforov. St. Petersburg, Piter Publ., 2003. 64 p. (In Russian)

11. Wasserman L. I., Iovlev B. V., Karpov E. B., Vuks A. Y. *Psikhologicheskaia diagnostika otnosheniia k bolezni* [*Psychological diagnostics of attitude to the disease*]. St. Petersburg, NIPNI im. V. M. Bekhtereva Publ., 2005. 32 p. (In Russian)

12. Wasserman L. I., Ababkov V. A., Trifonova E. A. *Sovladanie so stressom: teoriia i psikhodiagnostika* [*Coping theory and psychological testing*]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2010. 192 p. (In Russian)

13. *Mezhdunarodnaia statisticheskaia klassifikatsiia boleznei i problem, sviazannykh so zdorov'em* [*International statistical classification of diseases and problems with health*]. Geneva, Publishing House «Medicine», 1995. 697 p. (In Russian)

Статья поступила в редакцию 21 мая 2015 г.

Контактная информация

Щелкова Ольга Юрьевна — доктор психологических наук, профессор; Olga.psy.pu@mail.ru
Усманова Екатерина Бахромовна — соискатель; usmanovakate@ya.ru

Shchelkova Olga Yu. — Doctor of Psychology, Professor; Olga.psy.pu@mail.ru
Usmanova Ekaterina B. — applicant; usmanovakate@ya.ru