



© CC BY Коллектив авторов, 2018
УДК 616.71-006:612.821.017.2+616-092.11

О. Ю. Щелкова^{1,3*}, Е. Б. Усманова², И. А. Горбунов³, Е. А. Сушенцов⁴

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева», Санкт-Петербург, Россия

² International Preschool

³ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

⁴ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н. Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ К БОЛЕЗНИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ

Резюме

Статья отражает результаты эмпирического исследования и теоретического осмысления взаимодействия механизмов психологической адаптации к болезни и основных параметров качества жизни в условиях хронического соматического заболевания. Исследованы 139 больных, страдающих разными формами онкологического поражения костей опорно-двигательного аппарата, находящихся на лечении в Национальном медицинском исследовательском центре онкологии им. Н. Н. Блохина. Использованы психодиагностические методы «Большая пятерка», «Способы совладающего поведения», «Тест смысложизненных ориентаций», «Тип отношения к болезни», а также «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36), «Опросник качества жизни» EORTC QLQ-C30 с дополнительным модулем BM-22 для больных с опухолью костей; для оценки объективного соматического статуса пациентов использовали индекс Карновского и шкалу ECOG-ВОЗ (из медицинской документации). Выполнен кластерный, факторный, а также многофакторный дисперсионный анализ данных, который показал влияние выделенных «профилей» (кластеров) личности («Невротическая личность», «Зрелая, адаптированная личность», «Личность с высоким уровнем самосознания и ответственности», «Социально-дезадаптированная личность») на обобщенные факторы качества жизни («Жизненная активность», «Оптимальное качество жизни в условиях болезни», а также фактор «Желудочно-кишечные симптомы», отражающий соматизацию психологических проблем в ситуации болезни). Результаты исследования показывают, что интегрированное изучение механизмов психологической адаптации и характеристик качества жизни в условиях болезни открывает новые пути психологической помощи и социальной реабилитации онкологических больных, так как позволяет учитывать в каждом случае влияние «профиля личности» на отдельные домены качества жизни.

Ключевые слова: психологическая адаптация к болезни, качество жизни, «профиль» личности, опухоль костей, психологическое сопровождение, реабилитация

Щелкова О. Ю., Усманова Е. Б., Горбунов И. А., Сушенцов Е. А. Психологическая адаптация к болезни и качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей. Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 2018;25(3):62–72. DOI: 10.24884/1607-4181-2018-25-3-62-72.

* Автор для связи: Ольга Юрьевна Щелкова, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева», 192019, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3. E-mail: Olga.psy.pu@mail.ru.

© CC BY Composite authors, 2018
UDC 616.71-006:612.821.017.2+616-092.11

Olga Yu. Shchelkova^{1,3*}, Ekaterina B. Usmanova², Ivan A. Gorbunov³, Evgeny A. Sushentsov⁴

¹ Federal State Budgetary Institution «V. M. Bekhterev National Medical Psychoneurological Research Institute», Russia, St. Petersburg

² International Preschool

³ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «St. Petersburg State University», Russia, St. Petersburg

⁴ Federal State Budgetary Institution «N. N. Blokhin National Medical Research Centre of Oncology» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Russia, Moscow

PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BONE TUMOR

Summary

The article reflects the results of empirical research and theoretical understanding of the interaction of mechanisms of psychological adjustment to the disease and the main parameters of quality of life in chronic somatic disease. We examined 139 patients suffering from different forms of oncological damage of bones of the musculoskeletal system, who treated in «N. N. Blokhin National Medical Research Centre of Oncology». Such psychodiagnostic methods as «BIG 5», «Ways of coping», «Purpose-in-Life Test», «Questionnaire of relation to disease «TOBOL», «SF-36 Health Status Survey», «Quality of Life Questionnaire» EORTC QLQ-C30 with additional module BM-22 for patients with bone tumor were used; Karnofsky scale and ECOG-WHO scale (from

medical records) were used to assess the objective somatic status of patients. Cluster, factor and multifactorial dispersion analysis of data was performed, which showed the influence of the selected «profiles» (clusters) of personality («Neurotic person», «Mature, adapted person», «Person with a high level of self-consciousness and responsibility», «Socially maladjusted personality») on the generalized factors of quality of life («Life activity», «Optimal quality of life in the conditions of disease», as well as the factor «Gastrointestinal problems», reflecting the somatization of psychological problems in the situation of the disease). The results of the study show that the integrated study of the mechanisms of psychological adaptation and characteristics of the quality of life in the conditions of the disease opens up new ways of psychological care and social rehabilitation of cancer patients, as it allows to take into account in each case the influence of «the profile of personality» on individual domains of quality of life.

Keywords: psychological adjustment to the disease, quality of life, profile of personality, bone tumor, psychological support, rehabilitation

Shchelkova O. Yu., Usmanova E. B., Gorbunov I. A., Sushentsov E. A. Psychological adjustment and quality of life in patients with bone tumor. *The Scientific Notes of Pavlov University*. 2018;25(3):62–72. (In Russ.). DOI: 10.24884/1607-4181-2018-25-3-62-72.

* **Corresponding author:** Olga Yu. Shchelkova, The St. Petersburg Psychoneurological Research Institute named by V. M. Bekhterev, 3 Behtereva street, St. Petersburg, Russia, 192019. E-mail: Olga.psy.pu@mail.ru.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время проблеме психической адаптации придается особое значение в связи с возрождением интереса к теории стресса [1–4]. Изучение психической адаптации человека с позиций современной клинической психологии предполагает рассмотрение ее как сложной динамической функциональной системы, включающей биологический, психологический и социальный уровни и направленной на поддержание устойчивого взаимодействия индивида с окружающей средой, как системный процесс активного приспособления психики человека к условиям окружающей его физической и социальной среды, а также результат этого процесса [5–8]. В свою очередь, процесс активного приспособления предполагает сознательное саморегулирование поведения человека, в основе которого лежит субъективная индивидуально-личностная оценка происходящих с ним событий [6].

Это положение послужило основанием для выделения в целостной системе психической адаптации подсистемы психологической адаптации. По современным представлениям, психологическая адаптация включает в себя комплекс приспособительных психологических образований, таких как стратегии и ресурсы совладающего со стрессом поведения (копинг), психологическая защита, а в случае развившегося заболевания — «внутренняя картина болезни», формирующаяся на основе субъективного отражения болезни в психике человека; значительное влияние на механизмы психологической адаптации оказывают личностные особенности индивида. Существенно также то, что система психологической адаптации к болезни неразрывно связана с механизмами психической компенсации [9–12].

Важно подчеркнуть, что среди механизмов психологической адаптации изучение именно «внутренней картины болезни» (ВКБ) [13–15] имеет особое значение, так как позволяет понять личностный смысл заболевания [16] и то, каким образом личность «встраивает» болезнь в течение своей жизни, т. е. адаптируется к ней. Понятием, способным наиболее обобщенно отразить психологическое содержание ВКБ — знание о болезни, понимание роли и влияния болезни на социаль-

ное функционирование, эмоциональные состояние, поведение человека в условиях болезни, — является введенное В. Н. Мясищевым [17] понятие отношения к болезни, которое для заболевшего человека приобретает важное адаптивное значение [9]. В отношении пациента к болезни выражаются неповторимость его личности, опыта, актуальной жизненной ситуации и особенности самого заболевания. В связи с этим психологический анализ отношения к болезни позволяет описать все основные психические феномены, в которых проявляется реакция личности на заболевание [18].

Одновременно отношение пациента к своему заболеванию и социально-психологической ситуации, сложившейся в связи с ним, составляет существо субъективно-личностного домена качества жизни, связанного со здоровьем (КЖЗ), — многоуровневого феномена, активно изучающегося в последние десятилетия. Концепция КЖЗ, как и концепция психической адаптации, в теоретическом и методологическом плане строится на основе биопсихосоциальной, а также гуманитарной парадигм в медицине и медицинской психологии [19]. В практическом плане изучение КЖЗ, по сути, означает изучение тех объективных ограничений, которые накладывает болезнь на жизненное функционирование больного, а также тех субъективно-личностных реакций, эмоционально-аффективных состояний и мотивационно-поведенческих характеристик, которые формируются в условиях болезни и обеспечивают психологическую адаптацию личности к болезни.

В связи с этим возникло предположение о необходимости сочетанного изучения показателей качества жизни пациента в условиях болезни и психологических механизмов адаптации к ней, тем более что до последнего времени в работах клинических психологов в значительно большей степени представлены признаки нарушений психической адаптации у больных хроническими соматическими заболеваниями, а не факторы, обеспечивающие ее успешность. В частности, при изучении больных онкологическими заболеваниями лишь немногие работы посвящены изучению психологического процесса интеграции болезни в жизненный путь человека, а также факторов, способствующих ему [15, 20–22].

Выполненные в этом направлении психологические исследования больных с онкологическим поражением костей крайне малочисленны [23–26]. Практически отсутствуют исследования, в интегрированном виде рассматривающие механизмы психологической адаптации к болезни (индивидуально-типологические особенности личности, ценностно-мотивационная направленность, способы и ресурсы совладания со стрессом, тип отношения к болезни) и качество жизни больных с опухолевым поражением костей. Это послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования состоит в изучении взаимосвязи механизмов психологической адаптации к болезни и качества жизни пациентов с опухолевым поражением костей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материал исследования составили данные психологического исследования 139 пациентов с опухолевым поражением костей. В группу вошли 42 пациента с остеосаркомой (С40), 10 пациентов с саркомой Юинга (С40), 32 пациента с хондросаркомой (С40), 32 пациента с гигантоклеточной опухолью D (48.0) и 23 пациента со вторичным опухолевым поражением костей, а именно — метастазами в кости при светлоклеточном раке почки (С64) (Международная статистическая классификация болезней 10-го пересмотра, МКБ-10, 1995 г.). Пациенты находились 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.

Распределение больных с опухолевым поражением костей по полу и возрасту приведено в табл. 1.

Как видно из данных табл. 1, большинство пациентов с остеосаркомой, хондросаркомой и метастатическим поражением костей — мужчины, в то время как в группе больных саркомой Юинга и пациентов с ГКО преобладают женщины. Разные группы пациентов характеризуются разным средним возрастом: больные саркомой Юинга и остеосаркомой — молодые люди, средний возраст в этих группах составляет

26 и 27 лет. Пациенты с ГКО и хондросаркомой — люди среднего возраста, при этом больные ГКО в среднем моложе пациентов с хондросаркомой, средний возраст в этих группах — 36 и 45 лет соответственно. Пациенты с метастатическим поражением костей представляют самую старшую группу, средний возраст в которой составляет 55 лет.

Клинические характеристики пациентов, включенные в анализ, содержат 8 показателей: длительность заболевания с момента постановки диагноза и с момента появления симптомов, стадия, статус лечения, динамика течения заболевания, осложнения, тип хирургического лечения (органосохранная операция или ампутация конечности), объективный соматический статус. Значимые различия между группами пациентов обнаруживаются по последнему фактору — «Объективный соматический статус». В табл. 2 приведены результаты клинической оценки общего состояния пациентов с опухолевым поражением костей по шкалам Карновского [27] и Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG-ВОЗ), полученные из медицинской документации и отражающие объективный соматический статус больных.

Как видно из данных табл. 2, объективный соматический статус больных первичными опухолями костей (остеосаркома, саркома Юинга, ГКО и хондросаркома) приблизительно одинаков и значительно лучше соматического статуса пациентов с метастатическим поражением костей.

Для изучения основных параметров качества жизни использовали: 1) «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36) [28–29]; 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) [30–31]; 3) дополнительный модуль BM-22, предназначенный для оценки КЖЗ пациентов с опухолевым поражением костей [30, 31]. Для изучения личностно-характерологических и мотивационно-поведенческих особенностей пациентов использовали тест-опросники «Большая

Таблица 1

Демографические характеристики пациентов с опухолевым поражением костей

Table 1

Demographic characteristic in patients with bone tumors

Демографические характеристики	ОстеоСа (n = 42)		Са Юинга (n = 10)		ГКО (n = 32)		ХондроСа (n = 32)		Mts (n = 23)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пол:										
мужчины	26	62	2	20	14	44	25	80	17	74
женщины	16	38	8	80	18	56	7	20	6	26
Средний возраст, лет	26,7±1,9		26±2,0		36,06±1,6		45,37±0,89		54,88±1,4	

Примечание: здесь и далее ОстеоСа — группа пациентов с остеосаркомой; Са Юинга — группа пациентов с саркомой Юинга; ГКО — группа больных с гигантоклеточной опухолью; ХондроСа — группа пациентов с хондросаркомой; Mts — группа пациентов с метастатическим поражением костей.

пятерка» (BIG V) [32–33], «Способы совладающего поведения» (ССП) [1], «Тест смысловых ориентаций» (СЖО) [34]. Для изучения типа отношения к болезни применяли методику «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) [35].

Математико-статистическую обработку данных проводили с помощью программ «SPSS 20.0» и «Excel XP». Использовали критерий χ^2 Пирсона, а также кластерный, факторный и многофакторный дисперсионный анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На первом этапе статистической обработки данных, чтобы увеличить надежность произведенных измерений и минимизировать вероятность появления статистических результатов, случайно выходящих за границы уровня значимости, необходимо было произвести их редукцию к небольшому количеству факторов, объясняющих максимальное количество дисперсии изученных психологических характеристик.

По 30-шкальным оценкам 4 психологических методик (BIG V, ССП, СЖО, ТОБОЛ) была проведена факторизация (методом главных компонент с вращением VARIMAX), позволившая выделить 5 обобщенных факторов, отражающих личностно-характерологические, мотивационно-поведенческие особенности и отношение к болезни изученных пациентов, т. е. психологических характеристик, составляющих суть понятия «адаптация личности к болезни» (далее – факторы адаптации). 5-факторная модель объясняет 69 % дисперсии всех 30 показателей. 1-й фактор объясняет 21 % дисперсии, 2-й – 14 %, 3-й – 14 %, 4-й – 10 % и 5-й – 9 %.

В табл. 3 приведены результаты факторного анализа психодиагностических показателей.

Как видно из данных табл. 3, 1-й фактор, получивший название «Осмысленность жизни и интернальность», имеет максимальные связи со всеми шкалами методики «Смысловые ориентации» (СЖО).

2-й фактор – «Эмоционально-негативное отношение к болезни» – имеет максимальные связи с параметрами ипохондрического, меланхолического,

астенического и эгоцентрического типов отношения к болезни (методика ТОБОЛ).

3-й фактор – «Социально-дезадаптивное отношение к болезни» – имеет максимальные связи с параметрами неврастенического, паранойяльного, дисфорического типов отношения к болезни (методика ТОБОЛ).

4-й фактор – «Стремление к саморазвитию и кооперативность» – имеет максимальные связи с показателями шкал «Сотрудничество» и «Личностные ресурсы» (методика BIG V).

5-й фактор – «Толерантность к стрессу болезни» – имеет максимальные отрицательные связи с параметрами тревожного и сенситивного отношения к болезни (методика ТОБОЛ).

После построения факторной модели экстраполировали значения факторов по первичным шкалам с помощью регрессионных уравнений для каждого испытуемого, что позволило в дальнейшем анализировать именно эти факторные оценки, которые являются более надежными измерениями.

Для выделения наиболее часто встречающихся вариантов психологических «профилей» как устойчивого сочетания выделенных факторов адаптации был использован кластерный анализ (метод k-средних). Количество групп (кластеров – «профилей»), на которые разделилась выборка пациентов (139 человек), было достаточным для того, чтобы дисперсия каждого из факторов личностной адаптации достоверно ($p < 0,01$) зависела от фактора группы (однофакторный ANOVA). В результате кластерного анализа с использованием выделенных факторов адаптации было получено 4 личностных «профиля» (кластера) пациентов с опухолевым поражением костей. В 1-й кластер вошли 14 человек, во 2-й – 46 человек, в 3-й – 52, в 4-й – 27 человек. На рис. 1 отражены средние значения по вычисленным факторам адаптации в каждой группе (кластере) больных, обладающих схожими психологическими характеристиками. Оценка по фактору по своим параметрам соответствует z-шкалам со средним 0 и стандартным отклонением 1.

1-й «профиль» (кластер), характеризующийся самыми высокими значениями по фактору «Эмо-

Таблица 2

Объективный соматический статус пациентов с опухолью костей

Table 2

Objective somatic status in patients with bone tumors

Индекс Карновского/ шкала ECOG-ВОЗ	ОстеоСа (n = 42), А	Са Юинга (n = 10), В	ГКО (n = 32), С	ХондроСа (n = 32), D	Mts (n = 23), E	Достоверные различия
	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m	
Индекс Карновского	80±1,79	79±1,8	78,89±2,2	80,5±2,15	71,18±2,63	AE*** BE*** CE*** DE***
Шкала ECOG-ВОЗ	1,23±0,1	1,3±0,2	1,41±0,1	1,4±0,12	2,12±0,12	AE*** BE*** CE*** DE***

Примечание: здесь и далее * – $0,05 < p < 0,1$; ** – $p < 0,05$; *** – $p < 0,01$. В индексе Карновского большие значения шкальных оценок соответствуют лучшим характеристикам состояния больного. Максимальная оценка по всем шкалам – 100. Для шкалы ECOG-ВОЗ наилучшее состояние соответствует 0, а наихудшее – 4.

Таблица 3

Факторы адаптации пациентов с опухолевым поражением костей

Table 3

Factors of adjustment in patients with bone tumors

Психодиагностический показатель	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5
Тревожный тип (ТОБОЛ-4)	–0,159351	0,329997	0,354630	0,116322	–0,651192
Ипохондрический тип (ТОБОЛ-5)	–0,005450	0,839618	0,130946	0,051286	–0,180998
Неврастенический тип (ТОБОЛ-6)	–0,155839	0,287268	0,807873	–0,051841	–0,247800
Меланхолический тип (ТОБОЛ-7)	–0,160694	0,859933	0,198002	–0,000511	–0,047540
Апатический тип (ТОБОЛ-8)	–0,267734	0,803079	0,038916	–0,046759	–0,007828
Сензитивный тип (ТОБОЛ-9)	–0,026199	0,119758	0,112202	–0,064387	–0,827125
Эгоцентрический тип (ТОБОЛ-10)	–0,091333	0,556918	0,483656	–0,075290	–0,269623
Паранойяльный тип (ТОБОЛ-11)	–0,027663	0,164325	0,816392	0,020580	–0,129950
Дисфорический тип (ТОБОЛ-12)	–0,243396	0,024461	0,850544	–0,110360	0,075708
Сотрудничество (BIG V-3)	0,326633	–0,001847	–0,162581	0,713803	0,055476
Личностные ресурсы (BIG V-5)	0,136123	0,036945	–0,064111	0,802078	–0,028599
Цели в жизни (СЖО-1)	0,822184	–0,127289	–0,059107	0,244696	0,021972
Процесс жизни (СЖО-2)	0,785219	–0,146387	–0,229518	0,129231	0,052768
Результативность жизни (СЖО-3)	0,775997	–0,111897	–0,268716	0,253086	0,090591
Локус контроля – Я (СЖО-4)	0,870600	–0,140096	–0,075154	0,044862	0,057418
Локус контроля – Жизнь (СЖО-5)	0,847054	–0,074750	–0,018369	–0,044575	0,038838

ционально-негативное отношение к болезни (интрапсихическое)», получил условное название «Неврротическая личность» — личность с высокой интрапсихической конфликтностью и негативным эмоциональным фоном.

2-й личностный «профиль», получивший высокие значения по фактору «Стремление к саморазвитию и кооперативность» и по фактору «Толерантность к стрессу болезни», был назван «Зрелая, адаптированная личность».

3-й личностный «профиль», характеризующийся высокими значениями по фактору «Осмысленность жизни и интернальность», назван «Личность с высоким уровнем самосознания и ответственности».

4-й «профиль», для которого характерны высокие значения по фактору «Социально-дезадаптивное отношение к болезни», назван «Социально-дезадаптированная личность».

На следующем этапе с помощью факторного анализа (метода главных компонент с вращением VARIMAX) была проведена редукция показателей «Краткого общего опросника оценки статуса здоровья» (SF-36), «Опросника качества жизни» EORTC QLQ-C30 и Дополнительного модуля BM-22, позволившая выделить 3 обобщенных фактора качества жизни пациентов с опухолевым поражением костей. Полученная 3-факторная модель объясняет $\approx 52\%$ дисперсии переменных,

указанных в табл. 4. 1-й фактор объясняет $\approx 24\%$ дисперсии, 2-й — $\approx 21\%$ и 3-й — $\approx 7\%$.

В 1-й фактор с максимально высокими положительными весами вошли такие характеристики КЖ, как физическая активность, ролевая активность и социальная активность (методика QLQ-C30); максимально низкий вес имеют показатели КЖ, отражающие плохое физическое состояние пациентов — слабость и нарушения сна. Этот фактор назван «Жизненная активность».

Во 2-й фактор с максимально высокими весами вошли практически все (6 из 8) показатели КЖ, измеряемые методикой SF-36, направленной на самооценку пациентом общего состояния здоровья и его влияния на различные сферы жизнедеятельности, а также показатели «Общее состояние здоровья», «Эмоциональная активность», «Социальная активность» и «Психосоциальные аспекты» (методики QLQ-C30 и BM22). Очевидно, что этот фактор показывает отсутствие выраженных жизненных проблем, связанных с текущим заболеванием и лечением. Этот фактор получил название «Оптимальное качество жизни в условиях болезни».

В 3-й фактор с максимально высоким весом вошел только один показатель КЖ — «Диарея» (методика QLQ-C30). Фактор получил соответствующее название «Желудочно-кишечные симптомы». Учитывая характер изучаемой патологии (опухолевые

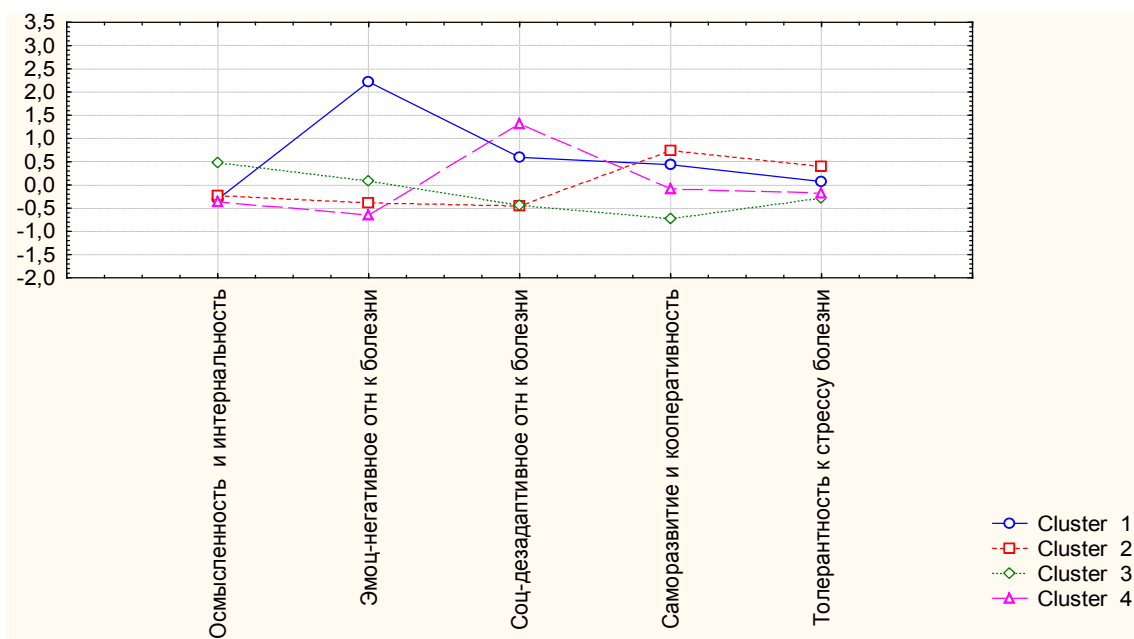


Рис. 1. Личностные «профили» (кластеры) пациентов с опухолевым поражением костей
 Fig. 1. Personal «profiles» (clusters) of patients with bone tumors

Таблица 4

Факторы качества жизни пациентов с опухолевым поражением костей

Table 4

Factors of quality of life in patients with bone tumors

Показатель (шкала) опросников качества жизни	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
SF-2 Физическая активность	0,290573	0,601727	0,137697
SF-3 Роль физических проблем	0,522302	0,427928	0,034608
SF-4 Роль эмоциональных проблем	0,216414	0,597433	-0,046624
SF-5 Социальная активность	0,349185	0,767735	-0,060042
SF-6 Боль	0,154132	0,778316	-0,016176
SF-7 Жизненная активность	0,224438	0,612998	-0,235602
SF-8 Психическое здоровье	0,219980	0,726867	-0,200692
QLQ-1 Общее состояние здоровья	0,431610	0,621630	-0,178989
QLQ-2 Слабость	-0,682712	-0,438616	0,081803
QLQ-4 Боль	-0,843175	-0,255371	0,035827
QLQ-6 Бессонница	-0,740602	-0,145676	0,273473
QLQ-9 Диарея	0,085893	-0,146310	0,670688
QLQ-11 Физическая активность	0,513781	0,432551	0,323145
QLQ-12 Ролевая активность	0,643665	0,402593	0,201359
QLQ-13 Эмоциональная активность	0,355873	0,564422	-0,219341
QLQ-15 Социальная активность	0,503289	0,511399	0,076947
BM22-1 Локализация боли	-0,670780	-0,134087	0,079941
BM22-2 Характер боли	-0,831299	-0,118220	0,045897
BM22-3 Ограничения активности	0,839194	0,285101	0,054471
BM22-4 Психосоциальные аспекты	0,307074	0,525572	0,164932

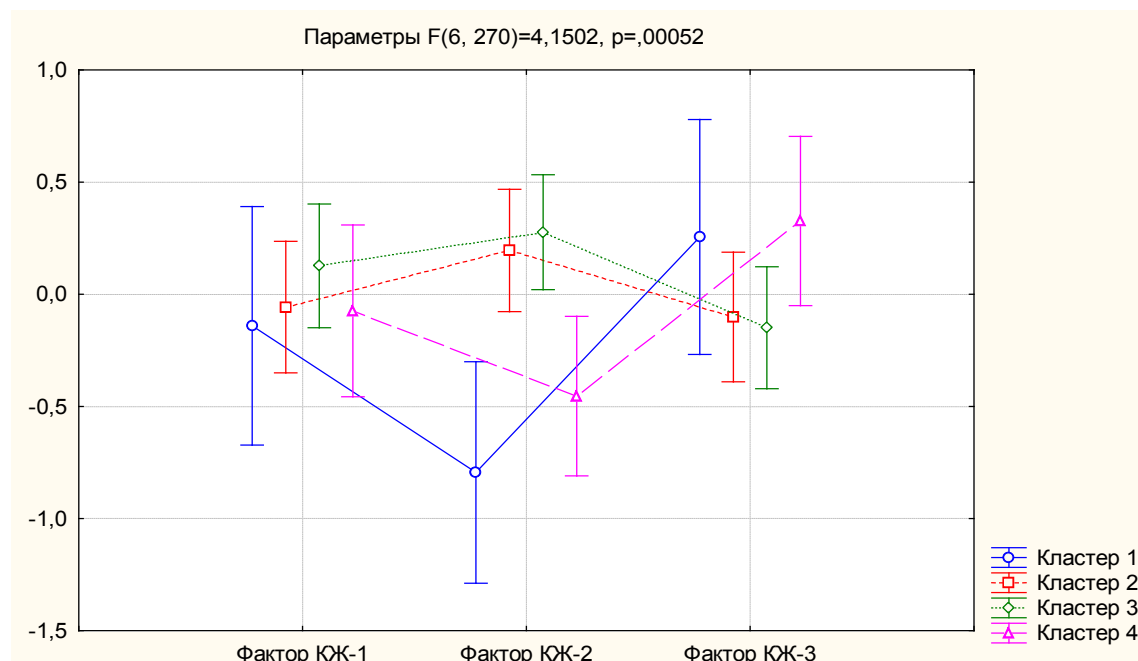


Рис. 2. Влияние личностных «профилей» на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей
Fig. 2. The effect of personal profiles on quality of life in patients with bone tumors

поражения костей), не имеющей прямой связи с органическими изменениями желудочно-кишечного тракта, можно предположить функциональный (психосоматический) характер этих симптомов.

В дальнейшем для выявления взаимосвязи качества жизни в условиях болезни и личностных «профилей» (кластеров), объединяющих в себе характеристики психологической адаптации личности к болезни, был проведен многомерный дисперсионный анализ с повторными измерениями (MANOVA repeated measures). В качестве зависимых переменных (повторных измерений) были взяты 3 обобщенные оценки качества жизни, вычисленные с помощью факторного анализа (факторы КЖ), а управляющим фактором выступал «Профиль личности», выделенный кластерным анализом (кластер личности). Был обнаружен достоверный многомерный эффект (Lambda Wilks = 0,832; $F = 4,308$; $df = (6,270)$; $p < 0,001$) влияния «профиля» (кластера) личности на три фактора качества жизни. Результаты дисперсионного анализа приведены на рис. 2.

Рис. 2 показывает, что, исходя из данных одномерных эффектов, было выявлено наиболее достоверное влияние кластера личности на 2-й фактор КЖ («Оптимальное качество жизни в условиях болезни»). Наиболее отличающимся по этому фактору, исходя из анализа PostHoc-критериев, является кластер 3 «Личность с высоким уровнем самосознания и ответственности». Также было выявлено наиболее достоверное влияние на 2-й фактор КЖ («Оптимальное качество жизни в условиях болезни») 2-го кластера личности «Зрелая, адаптированная личность».

С другой стороны, 1-й кластер личности («профиль») «Невротическая личность» и 4-й кластер «Социально-дезадаптированная личность» определяют снижение КЖ по фактору «Оптимальное качество жизни в условиях болезни» и одновременно увеличивают риск появления «Желудочно-кишечных симптомов», предположительно, психосоматического характера.

Таким образом, результаты проведенного исследования показывают тесную связь механизмов психологической адаптации к болезни [9–12] и качества жизни пациентов с онкологическим заболеванием костей. Выявлено, что существенное влияние на качество жизни в условиях болезни, отраженное в самосознании больного, оказывают психологические образования, условно названные «профили» личности (кластеры), интегрирующие такие психологические конструкторы, как особенности личности, ее ценностно-смысловая и мотивационная направленность, а также отношение к болезни, которое, в свою очередь, определяется характером болезненного процесса, типологическими психологическими особенностями и характеристиками социально-психологической ситуации, в которой находится пациент [35].

Выявлено, в частности, что оптимально возможное качество жизни в условиях жизнеопасного и объективно ограничивающего возможности жизнедеятельности онкологического заболевания имеют пациенты, составившие кластеры «Личность с высоким уровнем самосознания и ответственности» и «Зрелая, адаптированная личность». Как было показано, эти кластеры («профили» личности) составили пациенты с высоким уровнем осмыслен-

ности жизни и интернальным локусом контроля, способные активно участвовать в лечебном процессе и реабилитации, осознавая свою ответственность за их эффективность в целом и за то, как складывается их жизнь в условиях болезни. Одновременно им свойственно стремление к саморазвитию, получению нового опыта, знаний, а также социальных контактов (кооперативность, сотрудничество), которые они целенаправленно используют для борьбы с болезнью и адаптации к жизни. Этому способствует «толерантность к стрессу болезни», проявляющаяся в отсутствии неоправданного тревожного отношения к болезни, дезорганизующего конструктивную комплаентную активность пациента в процессе лечения, а также уверенная позиция в отношениях с окружающими, отсутствие опасений по поводу их негативных оценок, отвержения.

С другой стороны, наиболее низкое качество жизни, особенно в сферах повседневной активности и ограничивающего влияния расстройств желудочно-кишечного тракта (диареи), имеют пациенты, составившие кластеры «Невротическая личность» и «Социально-дезадаптированная личность». В первом случае речь идет о личностях с преимущественно негативным эмоциональным фоном, как известно, усиливающим субъективное ощущение соматического неблагополучия (в данном случае — желудочно-кишечной дисфункции), и соответствующими типами отношения к болезни — ипохондрическим, меланхолическим, астеническим, имеющими интрапсихическую направленность [35]; кроме того, в этот кластер вошли лица с эгоцентрическим типом отношения к болезни, склонные к драматизации жалоб и к соматизации психологических проблем и переживаний.

Во втором случае кластер интегрирует лиц с дезадаптивными типами отношения к болезни, характеризующимися резко негативным (подозрительным, ревнивым, завистливым, деспотичным и др.) отношением к окружающим — с паранойальным и дисфорическим типами, а также с неврастеническим типом, проявляющимся в межличностных отношениях феноменами «раздражительной слабости» — реакциями раздражения, капризами, упреками с последующей сменой экстрапунитивных выпадов, раскаянием и сожалением.

Следует отметить, что в ранее проведенных исследованиях авторами показана взаимосвязь основных параметров качества жизни и психологических характеристик (эмоционального состояния, особенностей личности, копинг-стратегий, смысловых ориентаций) больных разными нозологическими формами опухолевого поражения костей (остеосаркома, хондросаркома, гигантоклеточная опухоль, метастатическое поражение) [23]. Выявлена взаимосвязь качества жизни и отношения к болезни при этих формах [36]. Показано в целом влияние отношения к болезни на качество жизни

пациентов с опухолевым поражением костей [37]. Настоящее исследование ставило своей целью объединить ранее использованные методические подходы и рассмотреть в интегрированном виде характеристики личности и отношения к болезни, представляющие кластеры («профили» личности, ответственные за психологическую адаптацию к болезни), в их взаимосвязи с качеством жизни больных с опухолевым поражением костей. Подобная интеграция открывает новые пути психологической помощи и оптимизации качества жизни больных, так как учитывает основные реперные точки — проблемы, переживания и особенности, которые могут стать объектом психологического вмешательства при данном виде онкологической патологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках онкопсихологии как самостоятельного направления современной клинической психологии [38] увеличивается число исследований, посвященных изучению КЖЗ пациентов с онкологической патологией [20, 39], в том числе пациентов, страдающих опухолевым поражением костей [24 — 25, 40]. При этом во всех современных исследованиях КЖЗ обсуждаются не только клинические и социальные аспекты существования пациента в ситуации онкологического заболевания; акцент ставится на субъективно-личностном, смысловом плане переживания болезни [15, 21]. Центральным параметром качества жизни, связанного со здоровьем, выступает личностный смысл заболевания и удовлетворенность пациента своим эмоциональным состоянием, межличностным взаимодействием, экономическим положением и др. [19]. В связи с этим возникло предположение о том, что механизмы психологической адаптации к опухолевому поражению костей опорно-двигательного аппарата, резко меняющего объективные характеристики жизненного функционирования пациентов, оказывают влияние на субъективную оценку пациентом своего качества жизни в условиях онкологического заболевания.

Результаты исследования 139 пациентов 5 нозологических форм опухолевого поражения костей показали, что личностные «профили» пациентов, интегрирующие представленные в научной литературе основные параметры психологической адаптации к болезни, в значительной степени определяют качество жизни, связанное со здоровьем. Такие психологические характеристики, как наличие целей в будущем, переживание эмоциональной насыщенности жизни, удовлетворенность самореализацией, представление о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями, убежденность в том, что человек способен контролировать свою жизнь (интернальный локус контроля), высокий уровень осознанности, так же, как готовность к сотрудничеству и самосовершен-

ствованию, получению нового опыта, соответствующим более высоким показателям КЖЗ. В то же время преувеличение тяжести болезни, склонность реагировать на болезнь по типу «раздражительной слабости», концентрация на болезненных ощущениях, а также паранойяльное и дисфорическое отношение к болезни соответствуют снижению КЖЗ пациентов с опухолевым поражением костей.

Полученные в настоящем исследовании результаты могут быть использованы при планировании психотерапевтических программ, программ пре- и постоперационного психологического сопровождения, а также ресоциализирующих мероприятий для пациентов с опухолевым поражением костей. В более широком контексте изучение психологической адаптации к болезни и качества жизни данной категории больных может способствовать укреплению позиций современной клинической психологии в лечебно-восстановительном процессе. Активно взаимодействуя с другими системными концепциями клинической психологии — концепцией личности как системы отношений и построенной на ее основе патогенетической концепцией неврозов и психотерапии [17], концепцией функционального диагноза [41] и концепцией социальной реабилитации больных [42], изучаемые конструкты — психологическая адаптация к болезни и качество жизни больных — в значительной степени расширяют теоретический аппарат психологии и способствуют еще большему сближению медицины и психологии.

Исследование проведено при финансовой поддержке РФФИ (рег. № № 17-36-00011 «а1»).

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов.

Conflict of interest

Authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вассерман Л. И., Абабков В. А., Трифонова Е. А.* Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. — СПб.: Речь, 2010. — 192 с.
2. *Lazarus R. S.* Stress and the coping: An anthology. — 2 ed. — N.-Y.: Columbia Univ. Press, 1985. — 437 p. Doi: 10.1007/978-94-015-7129-6_24.
3. *Davis S. K.* Emotional intelligence and attentional bias for threat-related emotion under stress // *Scand. J. Psychol.* — 2018. — Vol. 22. — P. 1–10. Doi: 10.1111/sjop.12439.
4. *Reduced Orexin System Function Contributes to Resilience to Repeated Social Stress / L. A. Grafe, D. Eacret, J. Dobkin, S. Bhatnagar // eNeuro.* — 2018. — Vol. 16. — № 5 (2). — P. 1–13. Doi: 10.1523/eneuro.0273-17.2018.
5. *Березин Ф. Б.* Психическая и психофизиологическая адаптация человека. — Л.: Наука, 1988. — 267 с.
6. *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства: учеб. пособие. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2000. — 495 с.
7. *Беребин М. А., Вассерман Л. И.* Системный подход и теория функциональных систем в изучении психической адаптации как медико-психологической проблемы // *Мед. психол. в практ. здравоохранении.* — СПб.: СПбМАПО, 2003. — С. 29–34.
8. *de Wolff M., Ersbøll A. S., Hegaard H. et al.* Psychological adaptation after peripartum cardiomyopathy: A qualitative study // *Midwifery.* — 2018. — Vol. 52. — P. 52–60. DOI: 10.1016/j.midw.2018.03.012.
9. *Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О. и др.* Шизофрения: уязвимость — диатез — стресс — заболевание. — СПб.: Гиппократ+, 2004. — 336 с.
10. *Исаева Е. Р.* Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. — СПб.: СПбГМУ, 2009. — 136 с.
11. *Клиническая психология и психотерапия.* — 3-е изд. / под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2012. — 944 с.
12. *Михайличенко Т. Г., Щелкова О. Ю.* Методология изучения психологической адаптации пациентов с аутоиммунными заболеваниями печени в период ожидания трансплантации органа // *Вестн. Южно-Урал. гос. ун-та. Сер.: Психология.* — 2017. — Т. 10, № 1. — С. 121–138.
13. *Лурия П. А.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. — 4-е изд. — М.: Медицина, 1977. — 112 с.
14. *Николаева В. В.* Внутренняя картина болезни как феномен телесности // *Психосоматика: телесность и культура.* Ч. 3 / под ред. В. В. Николаевой. — М.: Академ. проект, 2009. — С. 101–174.
15. *Василенко Т. Д.* Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии. — Курск: КГМУ, 2011. — 572 с.
16. *Тхостов А. Ш.* Психология телесности. — М.: Смысл, 2002. — 288 с.
17. *Мясищев В. Н.* Личность и неврозы. — Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. — 224 с.
18. *Иовлев Б. В., Карпова Э. Б.* Психология отношений. Концепция В. Н. Мясищева и медицинская психология. — СПб.: Сенсор, 1999. — 76 с.
19. *Вассерман Л. И., Трифонова Е. А.* Методология исследования связанного со здоровьем качества жизни // *Психолог. диагностика расстройств эмоц. сферы и личности: коллект. монография / науч. ред. Л. И. Вассерман, О. Ю. Щелкова.* — СПб.: Скифия-принт, 2014. — С. 30–43.
20. *К исследованию качества жизни онкологических больных / Е. В. Пестерева, В. А. Чулкова, А. П. Карицкий, Т. Ю. Семиглазова // Вопр. онкол.* — 2012. — Т. 36, № 3. — С. 217–223.
21. *Сирота Н. А., Московченко Д. В., Ялтонский В. М. и др.* Беспокойство о прогрессировании онкологического заболевания: современные теоретические концепции и подходы // *Мед. психол. в России.* — 2016. — № 6 (41). URL: <http://mprj.ru> (дата обращения 30.04.2018).
22. *Geue K., Brähler E., Faller H. et al.* Prevalence of mental disorders and psychosocial distress in German adolescent and young adult cancer patients (AYA) // *Psychooncology.* — 2018. — P. 70–83. DOI: 10.1002/pon.4730.
23. *Щелкова О. Ю., Усманова Е. Б.* Качество жизни и психологические характеристики больных с опухолевым поражением костей // *Вестн. Санкт-Петербург. ун-та. Сер.: 12.* — 2015. — Вып. 3. — С. 64–76.
24. *Paredes T., Pereira M., Moreira H. et al.* Quality of life of sarcoma patients from diagnosis to treatments: predictors and longitudinal trajectories // *Eur. Journ. of Oncological Nurses.* — 2011. — Vol. 15 (5). — P. 492–499. DOI: 10.1016/j.ejon.2011.01.001.
25. *Mason G. E., Aung L., Gall S.* Quality of life following amputation or limb preservation in patients with lower extremity bone sarcoma // *Front Oncology.* — 2013. — Vol. 14 (3). — P. 210–216. DOI: doi.org/10.3389/fonc.2013.00210.

26. Shchelkova O. Yu., 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: doi.org/10.11621/psr.2015.0103.

27. Karnofsky D. A., Burchenal J. H. The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer // Evaluation of Chemotherapeutic Agents / MacLeod C.M. (Ed). – Columbia Univ Press, 1949. – 196 p. DOI: 10.3322/canjclin.18.2.72.

28. Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Щелкова О. Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: науч.-практ. рук-во. – СПб.: Речь, 2011. – 271 с.

29. 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. DOI: 10.1097/00007632-200012150-00008.

30. 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 // Journ. of National Cancer Institute. – 1993. – Vol. 85. – P. 365–375. DOI: 10.1016/0959-8049(94)90535-5.

31. QLQ C-30 Scoring Manual / P. Fayers, N. Aaronson, K. Bjordal, M. Sullivan; EORTC Study Group on Quality of Life. – Brussels, 1995. – 50 p. DOI: 10.1002/0470846283.ch7.

32. Первин Л., Джонс О. Психология личности: теория и исследования / пер. с англ. – М.: Аспект-Пресс, 2001. – 607 с.

33. Яничев Д. П. Когнитивные аспекты самовосприятия личностных черт у пациентов с невротической и невротоподобной симптоматикой: дис. ... канд. псих. наук. – СПб.: СПбГУ, 2006. – 156 с.

34. Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентаций. – 2-е изд. – М.: Смысл, 2006. – 15 с.

35. Психологическая диагностика типов отношения к болезни / Л. И. Вассерман, Э. Б. Карпова, Б. В. Иовлев, А. Я. Вукс // Психолог. диагностика расстройств эмоцион. сферы и личности: коллект. монография. Гл. 15 / науч. ред. Л. И. Вассерман, О. Ю. Щелкова. – СПб.: Скифия-принт, 2014. – С. 214–237.

36. Щелкова О. Ю., Усманова Е. Б. Качество жизни и отношение к болезни при разных формах опухолевого поражения костей // Петербург. психолог. журн. – 2017. – № 19. С. 1–38.

37. Щелкова О. Ю., Усманова Е. Б. Влияние отношения к болезни на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей // Вопр. онкол. – 2017. – Т. 63, № 1. – С. 115–121.

38. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов: руководство / ред. А. М. Беляев, В. А. Чулкова, Т. Ю. Семиглазова, М. В. Рогачев. – СПб.: Любавич, 2017. – 352 с.

39. Семиглазова Т. Ю. и др. Качество жизни – важнейший критерий эффективности лечения и реабилитации онкологических больных // Онкопсихология: руководство. Гл. 1 / ред. А. М. Беляев, В. А. Чулкова, Т. Ю. Семиглазова, М. В. Рогачев. – СПб.: Любавич, 2017. – С. 10–32.

40. 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.

41. Воловик В. М. О функциональной диагностике психических заболеваний // Новое в теории и практике реабилитации психически больных. – Л.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1985. – С. 26–32.

42. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных – повышение качества их жизни (теоретико-методологические аспекты) // Психосоц. реабилитация и качество жизни. – СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2001. – С. 24–28.

REFERENCES

1. 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 Russ.).

2. Lazarus R.S. Stress and the coping: An anthology. – 2 ed. N.Y.: Columbia Univ. Press, 1985. 437 p. DOI: 10.1007/978-94-015-7129-6_24.

3. Davis S.K. Emotional intelligence and attentional bias for threat-related emotion under stress // *Scand J Psychol.* 2018. V. 22. P. 1-10. DOI: 10.1111/sjop.12439.

4. Grafe L.A., Eacret D., Dobkin J., Bhatnagar S. Reduced Orexin System Function Contributes to Resilience to Repeated Social Stress. *eNeuro.* 2018. V. 16; 5(2). P. 1-13. DOI: 10.1523/eneuro.0273-17.2018.

5. Berezin F.B. Psihicheskaya i psyhofiziologicheskaya adaptaziya cheloveka. [Mental and psychophysiological adaptation of a person]. Leningrad. Nauka. 1988. 267 p. (In Russ.).

6. Aleksandrovskiy Yu. A. Pogranichnyye psikhicheskiye rastroystva: Uchebnoye posobiye. [Borderline mental disorders: Textbook]. 3-th edition. Moscow. Medicina. 2000. 495p. (In Russ.).

7. Berebin M.A., Wasserman L.I. Sistemnyy podkhod i teoriya funktsional'nykh sistem v izuchenii psikhicheskoy adaptatsii kak mediko-psikhologicheskoy problem. [The system approach and the theory of functional systems in the study mental adaptation as a medical and psychological problem]. *Meditsinskaya psikhologiya v prakticheskom zdavookhraneni.* [Medicine psychology in practical health care]. Saint Petersburg. 2003: 29-34. (In Russ.).

8. de Wolff M, Ersbøll AS, Hegaard H, Johansen M, Gustafsson F, Damm P, Midtgaard J. Psychological adaptation after peripartum cardiomyopathy: A qualitative study // *Midwifery.* 2018. V. 52 P. 52-60. DOI: 10.1016/j.midw.2018.03.012.

9. Kotsyubinskiy A.P., Skorik A.I., Aksenova I.O. et al. Shizofreniya: uyazvimost' – diatez – stress – zabolevaniye. [Schizophrenia: Vulnerability - Diathesis - Stress – Disease]. Saint Petersburg: Hippocrate +, 2004. 336 p. (In Russ.).

10. Isaeva E.R. Koping-povedeniye i psikhologicheskaya zashchita lichnosti v usloviyakh zdorov'ya i bolezni. [Coping behavior: analysis of age and gender differences on the example of Russia's population]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta - TSPU Bulletin*, 2009, no. 11 (89): 144-147. (In Russ.).

11. Klinicheskaya psikhologiya i psikhoterapiya. [Clinical psychology and psychotherapy]. 3-th edition / Edited by M. Pierre, U. Baumann. Saint Petersburg: Piter, 2012. 944 p. (In Russ.).

12. Mikhaylichenko T.G., Shchelkova O.YU. Metodologiya izucheniya psikhologicheskoy adaptatsii patsiyentov s autoimmunnymi zabolevaniyami pecheni v period ozhidaniya transplantatsii organa. [Methodology of studying psychological adaptation of patients with autoimmune liver diseases while waiting for transplantation]. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology.* 2017, vol. 10, no. 1: 121-138. (in Russ.) DOI: 10.14529/psyl70112.

13. Luriya R.A. Vnutrennyaya kartina bolezni i trogenyye zabolevaniya. [Internal image of disease and trogenic diseases]. 4-th edition. Moscow: Medicina, 1977. 112 p. (In Russ.).

14. Nikolaeva V.V. Vnutrennyaya kartina bolezni kak fenomen telesnosti [Internal image of disease as a phenomenon of body reality]. *Psikhosomatika: telesnost' i kul'tura* [Psychosomatics: corporeality and culture] / Edited by V.V. Nikolaeva. Part 3. Moscow: Akademicheskii Proyekt, 2009: 101-174. (In Russ.).

15. Vasilenko T.D. Zhiznenny put' lichnosti: vremya i smysl chelovecheskogo bytiya v norme i pri somaticheskoy patologii. [Life Path of Person: Time and Meaning of Human Being in Normal and Somatic Pathology]. Kursk, 2011. 572 p. (in Russ.).

16. Tkhostov A.S.H. *Psikhologiya telesnosti*. [Psychology of corporeality]. Moscow: Smysl, 2002. 288 p. (In Russ.).
17. Myasishchev V.N. *Lichnost' i nevrozy*. [Personality and Neuroses]. Leningrad: Leningrad University publ., 1960. 224 p. (In Russ.).
18. Iovlev B.V., Karpova E.B. *Psikhologiya otnosheniy*. Kontseptsiya V.N. Myasishcheva i meditsinskaya psikhologiya. [Psychology of relations. The concept of V.N. Myasishcheva and medical psychology]. Saint-Petersburg: Sensor, 1999. 76 p. (In Russ.).
19. Vasserman L.I., Trifonova Ye.A. *Metodologiya issledovaniya svyazannogo so zdorov'yem kachestva zhizni*. [Methodology for the study of health-related quality of life]. *Psikhologicheskaya diagnostika rasstroystv emotsional'noy sfery i lichnosti*. [Psychological Diagnostics of Emotional and Personality Disorders]. Edited by L.I. Vasserman, O. Yu. Shchelkova. Saint-Petersburg: Skifiya-print, 2014: 30–43. (In Russ.).
20. Pestereva Ye. V., Chulkova V.A., Karitskiy A.P., Semiglazova T.YU. *K issledovaniyu kachestva zhizni onkologicheskikh bol'nykh* [Study of quality of life in oncological patients]. *Voprosy onkologii*. [Problems in oncology]. 2012. 36, № 3: 217–223. (In Russ.).
21. Sirota N.A., Moskovchenko D.V., Yaltonskiy V.M. et al. *Bespokoystvo o progressirovani onkologicheskogo zabolevaniya: sovremennyye teoreticheskiye kontseptsii i podkhody* [Anxiety about the progression of cancer: modern theoretical concepts and approaches]. *Medicinskâ psikhologîâ v Rossii*. [Medicine psychology in Russia]. 2016. Vol. 6 (41). URL: <http://mprj.ru> (30.04.2018). (In Russ.).
22. Geue K., Brähler E., Faller H., Härter M., Schulz H., Weis J., Koch U., Wittchen HU, Mehnert A. *Prevalence of mental disorders and psychosocial distress in German adolescent and young adult cancer patients (AYA)*. *Psychooncology*. 2018: 70–83. DOI: 10.1002/pon.4730.
23. Shchelkova O.Yu., Usmanova E.B. *Kachestvo zhizni i psikhologicheskkiye kharakteristiki bol'nykh s opukholevym porazheniyem kostey*. [Quality of life and psychological characteristics in patients with bone tumor]. *Vestnik of Saint-Petersburg University*. 2015. Vol. 12, № 3: 64–76. (In Russ.).
24. Paredes T., Pereira M., Moreira H., Simões M.R., Canavarró M.C. *Quality of life of sarcoma patients from diagnosis to treatments: predictors and longitudinal trajectories*. *Europe Journal of Oncological Nurses*. 2011. Vol. 15 (5): 492–499. DOI: 10.1016/j.ejon.2011.01.001.
25. Mason G.E., Aung L., Gall S. *Quality of life following amputation or limb preservation in patients with lower extremity bone sarcoma*. *Front Oncology*. 2013. Vol. 14 (3): 210–216. DOI: doi.org/10.3389/fonc.2013.00210.
26. Shchelkova O.Yu., 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): 22–31. DOI: doi.org/10.11621/pir.2015.0103.
27. Karnofsky D.A., Burchenal J.H. *The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer // Evaluation of Chemotherapeutic Agents / MacLeod C.M. (Ed)*. Columbia Univ Press, 1949. 196 p. DOI: 10.3322/canjclin.18.2.72.
28. Wasserman L.I., Trifonova E.A., Shchelkova O.Yu. *Psikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya 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 Russ.).
29. 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. DOI: 10.1097/00007632-200012150-00008.
30. 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: 365–375. DOI: 10.1016/0959-8049(94)90535-5.
31. Fayers P., Aaronson N., Bjordal K., Sullivan M. *QLQ C-30 Scoring Manual / EORTC Study Group on Quality of Life*. Brussels, 1995. 50 p. DOI: 10.1002/0470846283.ch7.
32. Pervin L., John O. *Personality: Theory and Research*. Moscow: Aspect-Press, 2001. 607 p.
33. Yanichev D.P. *Kognitivnyye aspekty samovospriyatiya lichnostnykh chert u patsiyentov s nevroticheskoy i nevrozopodobnoy simptomatikoy*: Ph.D.: 19.00.04. [Cognitive aspects of self-perception of personality traits in patients with neurotic and neurosis symptoms]. Saint Petersburg: Saint Petersburg State University, 2006. 156 p. (In Russ.).
34. Leont'yev D.A. *Test smyslozhiznennykh orientatsiy*. [Test of meaningful orientations]. 2-th edition. Moscow: Smysl, 2006. 15 p. (In Russ.).
35. Wasserman L.I., Iovlev B. V., Karpov E.B., Vuks A.Y. *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni* [Psychological diagnostics of attitude to the disease]. St. Petersburg, NIPNI im. V.M.Bekhtereva Publ., 2005. 32 p. (In Russ.).
36. Shchelkova O.Yu., Usmanova E.B. *Kachestvo zhizni i otnosheniya k bolezni pri raznykh formakh opukholevogo porazheniya kostey* [Quality of Life and the Attitude to the Disease among Patients with the Different Bone Tumor Types]. *Peterburgskiy psikhologicheskii zhurnal*. [Petersburg Psychological Journal]. 2017. № 19: 1–38. (In Russ.).
37. Shchelkova O.Yu., Usmanova E.B. *Vliyaniye otnosheniya k bolezni na kachestvo zhizni patsiyentov s opukholevym porazheniyem kostey*. [Influence of attitude to disease on quality of life of patients with bone tumor]. *Voprosy onkologii*. [Problems in oncology]. 2017. Vol. 63, № 1: 115–121. (In Russ.).
38. *Onkopsikhologiya dlya vrachey-onkologov i meditsinskikh psikhologov. Rukovodstvo* [Oncopsychology for oncologists and medical psychologists. Textbook]. A.M. Belyaev et al. / Edited by A.M. Belyaev, V.A. Chulkova, T.Yu. Semiglazova, M.V. Rogachev. Saint Petersburg: Lyubavich, 2017. 352 p. (In Russ.).
39. Semiglazova T.YU. et al. *Kachestvo zhizni – vazhnyshiy kriteriy effektivnosti lecheniya i reabilitatsii onkologicheskikh bol'nykh* [Quality of life as the most important criterion of treatment efficiency and rehabilitation in oncological patients]. *Oncopsychology. Textbook / Edited by A.M. Belyaev, V.A. Chulkova, T.Yu. Semiglazova, M.V. Rogachev*. Chapter 1. Saint-Petersburg: Lyubavich, 2017. pp. 10–32. (In Russ.).
40. Usmanova E.B., Sushentov E.A., Shchelkova O.Yu. *Kachestvo zhizni patsiyentov s opukholevymi kostey*. [Quality of life in patients with bone tumors]. *Bone and soft tissue sarcomas, tumors of the skin*. 2015. № 1: 55–61. (In Russ.).
41. Volovik V.M. *O funktsional'noy diagnostike psikhicheskikh zabolevaniy* [About functional diagnostics of mental diseases]. *Novoye v teorii i praktike reabilitatsii psikhicheskikh bol'nykh*. [New in the theory and practice of rehabilitation in patients with mental diseases]. St. Petersburg, NIPNI im. V. M. Bekhtereva Publ., 1985: 26–32. (In Russ.).
42. Kabanov M.M. *Reabilitatsiya psikhicheskikh bol'nykh – povysheniye kachestva ikh zhizni (teoretiko-metodologicheskkiye aspekty)* [Rehabilitation in patients with mental diseases – improving the quality of life (theoretical and methodological aspects)]. *Psikhosotsial'naya reabilitatsiya i kachestvo zhizni*. [Psychosocial rehabilitation and quality of life]. St. Petersburg: NIPNI im. V.M.Bekhtereva Publ., 2001: 24–28. (In Russ.).

Дата поступления статьи 15.06.2018 г.

Дата публикации статьи 30.08.2018 г.