

Психологическая адаптация и качество жизни пациентов, перенесших ампутацию нижней конечности в связи с онкологическим заболеванием

Оригинальная статья

Щелкова О.Ю.^{1,2}, Яковлева М.В.¹, Усманова Е.Б.³, Сушенцов Е.А.³, Софронов Д.И.³

¹ Санкт-Петербургский государственный университет, Россия,

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

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

Резюме. Пациенты, переживающие тяжелую ситуацию онкологического заболевания и потери конечности, не изучены в психологическом плане, что ограничивает возможности целенаправленной психологической помощи и социальной реабилитации. Целью работы стало изучение клинко-психологического статуса, стратегий и личностных ресурсов совладания со стрессом болезни, основных параметров качества жизни (КЖ) пациентов, перенесших ампутацию нижней конечности в связи с онкологическим заболеванием (группа 1, n=24, мужчины — 62,5%, средний возраст 47,25±3,17), в сопоставлении с пациентами, перенесшими ампутацию вследствие других соматических заболеваний, не сопровождающихся актуальной витальной угрозой (группа 2, n=15, мужчины — 93,3%, средний возраст 59,67±2,27), а также с нормативными психодиагностическими данными. Использованы методы клинической и психологической диагностики, в т. ч. «Стратегии совладающего поведения», «Большая пятерка», «Смысложизненные ориентации», «Специализированный опросник качества жизни при онкологической патологии» (QLQ-C30). Установлено, что функциональные возможности (p<0,01), объективная (p<0,001) и субъективная (p<0,001) выраженность болевого синдрома, трудовая занятость (p=0,05) имеют худшие показатели в группе 1 по сравнению с группой 2; при этом оценка КЖ в группах больных не различается и не соответствует экспертной оценке (превосходит ее); наиболее высоко пациенты оценивают когнитивную и эмоциональную активность; наиболее низко — физическую и ролевую, финансовое положение. В структуре копинга пациентов группы 1 первое место занимает стратегия «Поиск социальной поддержки»; значение шкал «Дистанцирование» (p=0,05), «Бегство-избегание» (0,1<p<0,05), «Положительная переоценка» (p<0,05) выше, чем в группе 2, но ниже средних нормативных значений. В структуре личности пациентов группы 1 преобладают «Самосознание» (p=0,01) и «Личностные ресурсы» (0,1<p<0,05) по сравнению с пациентами группы 2, а также «Экстраверсия» (0,1<p<0,05), «Самосознание» (p<0,001) и «Эмоциональная стабильность» (p<0,05) — по сравнению с тестовой «нормой». В ценностно-смысловой сфере личности показатели шкал «Цели» (p<0,01), «Процесс» (p<0,01) «Результат» (p<0,01) в группе 1 выше, чем в группе 2; интернальность выше, чем в нормативной выборке мужчин (0,1<p<0,05) и женщин (p<0,01). Полученные результаты могут быть использованы в процессе реабилитации онкоортопедических больных.

Ключевые слова: онкоортопедия, ампутация нижней конечности, качество жизни, копинг-стратегии, личностные копинг-ресурсы, локус контроля

Информация об авторах:

Щелкова Ольга Юрьевна — e-mail: Olga.psy.pu@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9444-4742>

Яковлева Мария Викторовна — e-mail: m.v.yakovleva@spbu.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5035-4382>

Усманова Екатерина Бахромовна — e-mail: usmanovakate@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4853-308X>

Сушенцов Евгений Александрович — e-mail: crcspine@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3672-1742>

Софронов Денис Игоревич — e-mail: mdsofronov@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9557-3685>

Как цитировать: Щелкова О.Ю., Яковлева М.В., Усманова Е.Б., Сушенцов Е.А., Софронов Д.И. Психологическая адаптация и качество жизни пациентов, перенесших ампутацию нижней конечности в связи с онкологическим заболеванием. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2022; 56:1:79-94. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-79-94>.

Конфликт интересов: О.Ю. Щелкова является членом редакционной коллегии

Автор, ответственный за переписку: Яковлева Мария Викторовна — e-mail: m.v.yakovleva@spbu.ru, mariaiakovleva@mail.ru

Corresponding author: Maria V. Iakovleva — e-mail: m.v.yakovleva@spbu.ru, mariaiakovleva@mail.ru

Psychological adaptation and quality of life of patients who underwent lower limb amputation due to cancer

Research article

Shchelkova OYu.^{1,2}, Iakovleva MV.¹, Usmanova EB.³, Sushentsov EA.³, Sofronov DI.³

¹Saint Petersburg State University, Russia

²V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

³N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russia

Summary. Patients who face a stressful situation related to cancer and loss of a limb have not been thoroughly studied from a psychological perspective, what limits the possibilities of targeted psychological assistance and social rehabilitation. In this regard, the aim of the research was to study the clinical and psychological status, strategies and personal resources for coping with the stress of the disease, as well as the main parameters of the quality of life (QoL) of patients who underwent lower limb amputation due to cancer (group 1, n = 24, men — 62.5%, average age 47.25 ± 3.17), in comparison with patients amputated due to other somatic diseases not accompanied by an actual vital threat (group 2, n = 15, men — 93.3%, average age 59.67 ± 2.27), as well as with normative psychodiagnostic data. Methods of clinical and psychological diagnostics were used, including “Ways of Coping Questionnaire”, “Big V Questionnaire”, “Purpose in Life Test”, EORTC “Quality of Life of Cancer Patients Questionnaire” (QLQ-C30). It was found that functional capability (p<0.01), objective (p<0.001) and subjective (p<0.001) severity of pain syndrome, as well as employment (p=0.05) have the lowest indicators in group 1 compared with group 2; at the same time, the levels of QoL in both groups of patients do not differ and do not correspond the expert assessment, exceeding it; patients rate their cognitive and emotional activity most highly; the lowest, physical and role activity, and financial impact. In the structure of coping of group 1, the strategy “Seeking for social support” predominates; the values of the scales “Distancing” (p=0.05), “Escape-avoidance” (0.1<p<0.05), “Positive reappraisal” (p<0.05) are higher than in group 2, but lower than average normative values. In the personality of patients in group 1, “Conscientiousness” (p=0.01) and “Openness” (0.1<p<0.05) prevail in comparison with patients in group 2, as well as “Extraversion” (0.1<p<0.05), “Conscientiousness” (p<0.001) and “Emotional stability / Neuroticism” (p<0.05) — compared with the mean values of the test. The indicators of the scales “Meaning of life” (p<0.01), “Fullness of life” (p<0.01), “Life satisfaction” (p<0.01) in group 1 are higher than in group 2; patients’ internality is higher than in the control sample of men (0.1<p<0.05) and women (p<0.01). The results obtained can be used in the process of rehabilitation of orthopedic cancer patients.

Keywords: oncoorthopedics, lower limb amputation, quality of life, coping strategies, personal coping resources, locus of control

Information about the authors:

Olga Yu. Shchelkova — e-mail: Olga.psy.pu@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9444-4742>

Maria V. Iakovleva — e-mail: m.v.yakovleva@spbu.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5035-4382>

Ekaterina B. Usmanova — e-mail: usmanovakate@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4853-308X>

Evgeny A. Sushentsov — e-mail: crcspine@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3672-1742>

Denis I. Sofronov — e-mail: mdsofronov@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9557-3685>

To cite this article: Shchelkova OYu, Iakovleva MV, Usmanova EB, Sushentsov EA, Sofronov DI. Psychological adaptation and quality of life of patients who underwent lower limb amputation due to cancer. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2022; 56:1:79-94. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-79-94>.

Conflict of interest: Olga Yu. Shchelkova is a member of the editorial board.

Современная психологическая наука в целостной многоуровневой (биологической, психологической, социальной) функциональной системе психической адаптации человека [4, 5, 22] выделяет подсистему психологической адаптации, которая включает в себя комплекс приспособительных психологических образований, к числу которых относятся когнитивно-поведенческие стратегии преодоления стресса, внешние (социальные) и внутренние (психологические) ресурсы копинга, а также психологическая защита [11, 14]. К механизмам психологической адаптации в случае возникновения заболевания относят «внутреннюю картину болезни» и «тип отношения к болезни», так как в этих кон-

структах проявляется системный ответ личности на болезнь [8, 10].

Одновременно отношение пациента к своему заболеванию и социально-психологической ситуации, сложившейся в связи с ним, составляет существо субъективно-личностного компонента понятия качества жизни, связанного со здоровьем (КЖЗ) [32]. В теоретическом плане и концепция КЖЗ, и концепция психической адаптации строятся на основе биопсихосоциальной парадигмы в медицине и медицинской психологии [7]; в практическом плане изучение КЖЗ по сути означает изучение тех объективных ограничений, которые накладывает болезнь на функционирование больного, и тех субъективно-личностных

реакций, эмоциональных состояний, ценностно-мотивационных и поведенческих характеристик, которые формируются в условиях болезни и обеспечивают психологическую адаптацию личности к болезни.

В связи с этим возникает необходимость сочетанного изучения показателей КЖ пациента в условиях болезни и психологических механизмов адаптации к ней [24]. Это в значительной степени касается онкологических заболеваний в силу их хронического и жизнеопасного характера, тяжелого лечения и связанной с этим высокой стрессогенностью. Представляется, что именно при таких заболеваниях актуальным является выявление не только признаков нарушений психической адаптации [9], но и факторов, способствующих ее успешности, среди которых важное значение имеют личностные и средовые ресурсы преодоления стресса болезни [16, 18].

Особую категорию онкологических больных представляют пациенты, перенесшие ампутацию в связи с опухолевым поражением костей и мягких тканей нижней конечности. Эта категория пациентов в психологическом плане мало изучена, хотя очевидно, что они находятся в ситуации хронического интенсивного стресса, связанного с потерей конечности и с онкологическим заболеванием. В немногочисленных исследованиях показано снижение не только активности и трудоспособности больных после ампутации, но и психологической и социальной адаптации, а также КЖ в целом [21, 23, 25, 27, 28, 46]. Большинство же работ в этой области посвящено изучению мотивации ношения протеза после ампутации, которое улучшает мобильность и жизненное функционирование пациентов [31, 41, 47]. Очевидно, что область психологии больных, подвергающихся ампутации, требует дальнейшего изучения. Одним из направлений исследований может стать сравнение психологической адаптации и КЖ больных, перенесших ампутацию вследствие онкологического заболевания и других тяжелых соматических заболеваний и травм, не сопровождающихся, однако, актуальной витальной угрозой. Настоящее исследование нацелено на получение предварительных (в силу ограниченности выборки) данных в названном направлении и является продолжением серии работ авторов по изучению качества жизни пациентов с ортопедическими заболеваниями [19, 23, 25].

Цель: изучить клинико-психологический статус, стратегии и личностные ресурсы совладания со стрессом (копинг), а также основные параметры КЖ пациентов, перенесших ампутацию нижней конечности (АНК) в связи с онкологическим заболеванием, проведя сравнительное исследование с группой госпитального контроля и с тестовой «нормой».

Задачи:

1) изучить основные клинические, социально-демографические характеристики и приверженность восстановительному лечению пациентов, перенесших АНК в связи с онкологическим забо-

леванием, в сравнении с пациентами, перенесшими ампутацию в связи с неонкологическим заболеванием;

2) выявить особенности качества жизни, личностные ресурсы и стратегии преодоления стресса болезни пациентов, перенесших АНК в связи с онкологическим заболеванием, проведя сравнительный анализ с группой неонкологических больных, перенесших АНК, а также с нормативными психодиагностическими данными.

Материалы и методы

Методы исследования. В соответствии с задачами исследования для определения клинических, социальных и психологических особенностей, а также основных параметров КЖ пациентов двух клинических групп использовался комплекс методов клинической и психологической диагностики.

Клиническая диагностика наряду с другими медицинскими методами, применяемыми в ортопедии, включала использование ряда диагностических шкал. Для субъективной оценки выраженности болевых ощущений использовалась 10-градусная визуально-аналоговая шкала интенсивности боли VAS Pain (Visual Analogue Scale [42]). Для объективной врачебной оценки выраженности болевого синдрома использовалась пятибалльная шкала (0–4) [45]. Общее состояние пациента (10–100 баллов: от «очень тяжелое состояние» до «признаков заболевания и жалоб нет») оценивалось по шкале, предложенной D.A. Karnofsky [33]. Оценка функционального результата хирургического лечения (от 0 до 5 баллов) проводилась по шкале «Musculoskeletal Tumor Society» (MSTS) в позициях «Боль», «Функция», «Эмоциональное восприятие», «Применение дополнительных средств», «Ходьба», «Походка» [29].

Клинико-психологическая часть диагностического комплекса включала предварительную беседу, в ходе которой от каждого пациента было получено информированное согласие на участие в психологическом исследовании; использовалось также структурированное интервью для изучения социальных позиций пациентов, отношения к болезни и приверженности восстановительному лечению после операции.

Психометрическая часть комплекса включала следующие методики:

1. Тест-опросник «Стратегии совладающего поведения» (ССП) направлен на выявление способов психологического преодоления стрессовых и проблемных для личности ситуаций [6]. Методика SSP является адаптированным (с получением нормативных данных на отечественной выборке) опросником «Способы копинга» («The Ways of Coping Questionnaire» — WOSQ [34]), в основу которого положена когнитивная теория стресса и копинга. Опросник SSP содержит 8 шкал, соответствующих основным копинг-стратегиям. Результаты исследования с помощью методики SSP выражаются в стандартизованных Т-баллах при

среднем значении $M=50$ и стандартном отклонении $\delta=10$.

2. Личностный опросник «Большая пятёрка» (BIG V) [15], направленный на выявление индивидуально-психологических особенностей и структуры личности, основу которой, согласно «пятифакторной модели личности», составляют пять глобальных (универсальных и высоко обобщенных) факторов. Он адаптирован (с получением нормативных значений на отечественной выборке) [26].

3. Тест-опросник «Смыслжизненные ориентации» (СЖО) [13] используется для выявления ценностно-мотивационной направленности личности и содержит две группы шкал. В первую группу входят шкалы, отражающие смыслжизненные ориентации, которые соотносятся с временной перспективой, а во вторую — шкалы, характеризующие внутренний локус контроля (интернальность), с которым осмысленность жизни тесно связана. Автором методики СЖО получены статистические характеристики шкальных оценок на отечественной нормативной выборке мужчин и женщин.

4. «Специализированный опросник качества жизни при онкологической патологии» (QLQ-C30), разработанный Группой оценки качества жизни при Европейской организации лечения и исследования рака [30] и апробированный во многих международных [37] и отечественных [3, 20, 23, 25] исследованиях. Опросник состоит из общей шкалы, пяти функциональных шкал, трех симптоматических шкал и шести одиночных пунктов, отражающих отдельные соматические симптомы, а также финансовые затруднения, связанные с болезнью и лечением.

Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS 25.0 и Excel XP. Различия количественных показателей психодиагностических методик, полученных в группе 1, с нормативными тестовыми показателями определялись с помощью одновыборочного Т-критерия; различия психодиагностических показателей между клиническими группами определялись с помощью однофакторного дисперсионного анализа ANOVA; был проведен частотный анализ градаций номинативных признаков с помощью χ^2 Пирсона.

Характеристика выборки. С помощью методов психологической и клинической диагностики исследовано 39 больных, находящихся на лечении в отделе общей онкологии НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина. В соответствии с задачами исследования пациенты были разделены на две группы: группа 1 (основная) — пациенты, перенесшие АНК в связи онкологическим заболеванием; группа 2 (контрольная) — пациенты, перенесшие АНК в связи с неонкологическим заболеванием. Таким образом, главным критерием разделения больных на группы 1 и 2 стало наличие в их актуальном статусе реальной витальной угрозы.

Группы были исследованы по широкому спектру клинических, социально-демографических и

психодиагностических характеристик (всего 97) в период восстановительного лечения и стационарного этапа реабилитации после АНК. Во всех случаях с помощью методов математической статистики определялись значимые различия между основной группой и контрольной группой.

В Табл. 1 представлены основные демографические характеристики пациентов, составивших группы сравнения.

Математико-статистический анализ выявил значимые различия между группами 1 и 2 по средним показателям возраста ($p=0,008$) и по частоте встречаемости лиц мужского и женского пола ($\chi^2=11,893$; $p=0,001$): в группе 2 средний возраст пациентов был больше и мужчины составили подавляющее большинство.

Социальные характеристики

Уровень образования пациентов основной группы превосходил соответствующий уровень пациентов контрольной группы: наибольшую ее часть составили лица с высшим (55,6%) и со средним специальным (33,3%) образованием; в группе 2 преобладали пациенты со средним специальным образованием (50,0%), доля лиц, имеющих высшее образование, составила 12,5%. Различия по этому показателю имеют тенденцию к статистической значимости ($\chi^2=4,832$; $p=0,089$).

На момент госпитализации в группе 1 и в группе 2 сохранили прежний профессиональный статус незначительное количество пациентов (12,5% и 13,3% соответственно); в обеих группах большинство пациентов утратило работоспособность в связи с основным заболеванием: в группе 1 процент лиц, имеющих I группу инвалидности составил 50,0%, II группу — 30,0%, III группу — 10%; в группе 2 50,0% пациентов имели II группу инвалидности, в этой группе существенно выше процент лиц, имеющих III (в т. ч. с правом работы) группу инвалидности — 50,0%. Различия между группами 1 и 2 по частоте встречаемости групп инвалидности статистически значимы ($\chi^2=7,817$; $p=0,050$). Таким образом, в группе лиц, ампутированных в связи с онкологическим заболеванием (основной), уровень образования оказался выше, а трудовой статус — ниже, чем в группе лиц, прошедших АНК в связи с неонкологическими заболеваниями.

Состоят в браке более половины пациентов, имеют детей более 60% пациентов в каждой группе. Различия между группами по этим показателям не значимы.

Клинические характеристики

Причиной АНК в группе 1 явились онкологические заболевания длинных костей и мягких тканей конечностей, среди которых преобладали остеосаркома костей бедра и голени, хондросаркома, липосаркома мягких тканей голени, саркома мягких тканей бедра и др. Причиной АНК в группе 2 стали разнообразные заболевания и патологические состояния: атеросклероз артерий нижних конечностей, хронический остеомиелит, са-

Таблица 1. Демографические характеристики изученных больных
Table 1. Demographic characteristics of the studied patients

Демографические характеристики	Группа 1 (n=24)		Группа 2 (n=15)	
	Чел.	%	Чел.	%
Пол: Мужчины	15	62,50	14	93,30
Женщины	9	37,50	1	6,70
Средний возраст (лет)	47,25±3,17		59,67±2,27	

Таблица 2. Средняя оценка выраженности болевого синдрома
Table 2. Mean values of the severity of pain syndrome

Шкалы	Группа 1 (n=24)		Группа 2 (n=15)		Значимость различий
	М	δ	М	δ	
Шкала VAS Pain	5,37	1,60	2,57	2,14	p=0,000
Шкала Watkins	1,79	0,79	0,64	0,84	p=0,000

Таблица 3. Функциональный результат по шкале MSTS
Table 3. Functional result on the MSTS scale

Характеристика	Группа 1 (n=24)		Содержательная интерпретация	Группа 2 (n=15)		Содержательная интерпретация	Значимость различий
	М	δ		М	δ		
Боль	3,20	0,92	Умеренная	4,43	0,54	Незначительная	p=0,006
Функция	0,90	0,74	Значительные ограничения	3,57	1,14	Восстанавливающаяся функция	p=0,000
Эмоциональное восприятие	3,20	1,48	Удовлетворительное	3,57	1,27	Удовлетворительное	–
Дополнительные средства	0,22	0,67	2 костыля или клюшки	3,43	2,07	Ортез	p=0,001
Ходьба	2,80	1,03	С ограничениями	4,43	0,79	Частичные ограничения	p=0,003
Походка	0,40	0,97	Выраженные нарушения	3,86	0,90	Заметна особенность	p=0,000

харный диабет, варикозное расширение вен нижних конечностей и венозный тромбоз; 3 человека перенесли АНК в связи с травмами.

В Табл.2 представлены средние значения субъективной оценки выраженности боли по визуально-аналоговой 10-градусальной шкале VAS Pain и средние значения экспертной оценки (лечащим врачом) выраженности болевого синдрома по шкале Watkins, а также значимость различий между группами 1 и 2.

Получены высоко статистически значимые различия между субъективной и объективной оценками выраженности боли в группах. В обоих случаях преобладали оценки пациентов основной группы. При этом значение шкалы Watkins в группе 1 соответствовало градации «Постоянный прием ненаркотических анальгетиков», в группе 2 — «Периодический прием ненаркотических анальгетиков».

Средняя оценка общего состояния пациентов по 100-балльной шкале Karnofski в группе 1 составила 76,00±3,06 баллов (соответствует градации «обслуживает себя полностью, но нетрудоспособен»); в группе 2 — 82,50±6,48 (соответствует градации «сохраняет активность с трудом, есть симптомы»); различия между группами статистически не значимы.

В Табл. 3 представлен функциональный результат лечения по шкале MSTS (экспертная оценка врача).

По пяти из шести позиций, характеризующих функциональный результат лечения и реабилитации после АНК по шкале MSTS, получены высоко статистически значимые различия между сравниваемыми группами больных. Во всех случаях функциональный результат оказался хуже в группе больных с онкологической патологией (группа 1).

Таким образом, анализ формализованных показателей общего состояния пациентов, выраженности болевого синдрома и качества функционального результата лечения и реабилитации больных, перенесших АНК, показал существенное снижение изученных показателей в группе больных с онкологическим поражением костей и мягких тканей нижних конечностей по сравнению с группой больных с другими хроническими соматическими заболеваниями и травмами.

Результаты психологического исследования

Приверженность лечению

С помощью структурированного интервью были проанализированы психосоциальные компоненты послеоперационного лечения — комплаентность пациента и взаимоотношения с лечащим врачом. Результаты частотного анализа показали, что большинство пациентов обеих групп проходят все необходимые обследования, строго и «в основном» выполняют назначения врача, касающиеся лекарственного лечения; проявляют заинтересованность в получении информации о болезни, прогнозе, методах лечения, и по этим пунктам интервью («Отношение к обследованиям», «Отношение к приему препаратов», «Поиск информации о болезни и лечении») статистически значимых различий между группами не выявлено.

В то же время отношение к рекомендациям врача по соблюдению режима и ограничению физической активности, а также взаимоотношения с лечащим врачом имеют близкие к статистической значимости различия между группами. Так, в группе 1 большинство пациентов следует предписанному режиму строго (60,0%) и в основном (40,0%); в группе 2 следуют рекомендациям врача строго лишь 12,5%, в основном — 75,0%, а 12,5% больных начинают соблюдать рекомендованный режим, только «когда становится плохо» ($\chi^2=4,809$; $p=0,090$). При анализе характера взаимоотношений с лечащим врачом выявлено, что в группе 1 эти отношения характеризуют как доверительные 80,0% больных; как эмоционально нейтральные — 20,0% больных; в группе 2 большинство пациентов (62,5%) имеет нейтральные («нормальные») взаимоотношения с врачом и 37,5% — доверительные ($\chi^2=3,378$; $p=0,066$).

Таким образом, при в целом комплаентном отношении пациентов к стационарному лечению и реабилитации после АНК в группе пациентов с онкологической патологией выявлена большая приверженность рекомендациям врача по соблюдению режима и ограничению физической активности, также в этой группе чаще встречаются доверительные отношения с лечащим врачом, чем в группе больных, страдающих другими хроническими соматическими заболеваниями.

Копинг-стратегии

Стратегии копинга (стресс-преодолевающего поведения) изучались с помощью тест-опросника ССП. В Табл.4 приведены статистические харак-

теристики его шкал для пациентов двух клинических групп, а также нормативные данные, полученные авторами адаптации методики на российской выборке ($n=1627$) [6]. В соответствии с задачами исследования показаны статистически значимые различия между пациентами, перенесшими АНК в связи с онкологической (группа 1) и неонкологической (группа 2) патологией, а также различия между группой 1 и тестовой «нормой».

При анализе показателей ССП выявлены статистически значимые различия между двумя сравниваемыми группами больных по шкале «Положительная переоценка», а также тенденции к статистически значимым различиям по шкалам «Дистанцирование» и «Бегство-избегание». Во всех случаях средние шкальные оценки преобладали в группе 1 по сравнению с группой 2. Таким образом, пациентам, перенесшим АНК в связи с опухолевым заболеванием, в большей степени, чем неонкологическим больным после АНК свойственно использование когнитивных и поведенческих приемов снятия эмоционального напряжения в связи со стрессом болезни: таких как 1) придание объективно неблагоприятной ситуации положительного смысла, связанного с получением нового опыта или посттравматическим личностным ростом («Положительная переоценка»), 2) обесценивание ситуации, мысленное переключение на приятные или нейтральные темы («Дистанцирование»), 3) «уход» от реальности, в т. ч. с использованием медикаментозных средств (снотворных) («Бегство-избегание»).

Анализ структуры копинга пациентов двух групп показывает, что в группе 1 первое ранговое место занимает шкала «Поиск социальной поддержки», предполагающая использование внешнего ресурса для совладания с жизненными трудностями, вызванными ситуацией болезни и лечения; в группе 2 максимальную среднюю оценку имеет шкала «Принятие ответственности». В то же время необходимо отметить, что все шкалы ССП, составляющие «профиль» копинг-поведения пациентов обеих групп, располагаются ниже средненормативного уровня (50 Т-баллов), а показатели некоторых шкал находятся за пределами нижней границы нормативного диапазона или приближаются к ней (40 Т-баллов). Это свидетельствует об общем невысоком уровне использования сознательно выбранных способов совладания со стрессом больных, перенесших АНК, по сравнению со «средней нормой».

Сравнительный анализ показателей ССП в группе 1 и в нормативной выборке выявил статистически значимые и близкие к ним различия по тем же шкалам, что и при сравнении групп 1 и 2: «Дистанцирование», «Бегство-избегание», «Положительная переоценка». Однако в этом случае среднegrupповые показатели пациентов оказались ниже нормативных. Снижение показателей стратегий, направленных на когнитивное отстранение от проблемы, преуменьшение ее значимости («Дистанцирование») или на снятие напряжения, вызванного стрессогенной ситуацией, пу-

Таблица 4. Статистические характеристики шкальных оценок методики ССП пациентов двух клинических групп и здоровых
Table 4. WCQ mean values in patients of two clinical groups and a healthy sample

Шкалы методики ССП	Группа 1		Группа 2		Значимость различий	Норма (N)		Т-критерий и значимость различий (между группой 1 и нормой)
	М	δ	М	δ		М	δ	
Конфронтация	47,41	6,23	43,38	18,61		50,00	10,00	–
Дистанцирование	45,41	9,70	36,25	12,44	p=0,056	50,00	10,00	T=-1,950 p=0,069
Самоконтроль	47,59	13,71	42,38	13,21		50,00	10,00	–
Поиск социальной поддержки	49,94	10,45	40,88	8,74		50,00	10,00	–
Принятие ответственности	47,77	9,97	48,87	18,47		50,00	10,00	–
Бегство-избегание	44,82	9,06	37,87	10,11	p=0,098	50,00	10,00	T=-2,355 p=0,032
Планирование решения проблемы	47,41	10,21	43,13	11,83		50,00	10,00	–
Положительная переоценка	40,18	16,09	26,25	2,66	p=0,025	50,00	10,00	T=-2,518 p=0,023

Таблица 5. Статистические характеристики шкальных оценок методики BIG V пациентов двух клинических групп и здоровых
Table 5. The BIG V questionnaire mean values in patients of two clinical groups and a healthy sample

Шкалы методики BIG V	Группа 1		Группа 2		Значимость различий	Норма		Т-критерий и значимость различий (между группой 1 и нормой)
	М	δ	М	δ		М	δ	
Экстраверсия	29,83	4,38	27,63	7,35		27,90	4,50	T=1,872 p=0,079
Самосознание, организованность	34,33	4,90	27,88	6,51	p=0,010	26,60	5,70	T=6,697 p=0,000
Сотрудничество	32,11	5,75	29,00	4,47		32,90	3,40	–
Эмоциональная стабильность	27,61	6,18	24,88	4,12		24,40	5,50	T=2,206 p=0,041
Личностные ресурсы	29,50	6,88	24,38	6,80	p=0,091	31,00	4,30	–

Прим. Распределение средних шкальных оценок методики BIG V [26].

Note. Distribution of the average scale values of the BIG V questionnaire [26].

тем использования поведенческих приемов и лекарственных средств («Бегство-избегание»), свидетельствует о том, что лица, перенесшие АНК в связи с онкологическим заболеванием, в большей степени, чем здоровые, настроены на активное и сознательное преодоление жизненных проблем (реже прибегают к неконструктивным стратеги-

ям ухода от проблемы). Одновременно результаты методики ССП показывают, что по сравнению со здоровыми лицами пациенты, перенесшие АНК, в стрессогенных ситуациях в меньшей степени готовы находить в них положительные стороны, связанные с получением нового опыта, саморазвитием («Положительная переоценка»).

Базисные черты личности

Изучение базисных черт личности проводилось с помощью опросника «Большая пятерка» (BIG V). В Табл.5 приведены результаты сопоставления его средних шкальных оценок у пациентов группы 1 и группы 2, а также различия между группой 1 и тестовой «нормой», полученной на российской выборке (n=131 чел.) [26].

Статистически значимые и близкие к ним различия между группами 1 и 2 получены по средним оценкам шкал «Самосознание, организованность» и «Личностные ресурсы»: в обоих случаях преобладали оценки пациентов группы 1. Этот результат свидетельствует о том, что пациенты, перенесшие АНК в связи с онкологическим заболеванием, в большей степени, чем пациенты, ампутированные в связи с другими хроническими соматическими заболеваниями, оценивают себя как целеустремленных, организованных, дисциплинированных, ответственных людей, склонных добиваться поставленной цели, не подвергаясь влиянию отвлекающих факторов. Одновременно пациенты группы 1 больше, чем пациенты группы 2, ориентированы на поиск новой информации, более заинтересованы в самосовершенствовании и в получении нового опыта, более толерантны к новому, менее привержены стереотипам.

Полученному результату сравнительного анализа соответствует сопоставление средних оценок названных шкал в каждой из клинических групп с распределением средних шкальных оценок методики BIG V в нормативной выборке (прим. к табл. 5): в группе 1 показатель шкалы «Самосознание, организованность» находится на уровне «Выше среднего», в группе 2 — на среднем уровне; в группе 1 показатель шкалы «Личностные ресурсы» соответствует верхней границе значения «Ниже среднего» и приближается к средним значениям, в группе 2 — полностью соответствует значению «Ниже среднего».

Определенные различия между группами 1 и 2 выявлены также при рассмотрении соотношения показателей отдельных шкал методики BIG V («профиля личности») в каждой группе. В группе 1 показатели практически всех шкал представлены на уровне средних значений; исключение составляет шкала «Самосознание, организованность, показатель которой соответствует значению «Выше среднего». Полученный результат свидетельствует о хорошей сбалансированности и умеренной выраженности отдельных черт в структуре личности при преобладании волевых характеристик организованности и целеустремленности. В группе 2 три из пяти шкал методики BIG V имеют средние значения, а шкалы «Сотрудничество» (готовность к кооперации, доброжелательное и открытое отношение к людям) и «Личностные ресурсы» — значения «Ниже среднего».

Следующий этап анализа предполагал сравнение шкальных оценок методики BIG V, полученных в группе 1, с нормативными данными. Табл. 5 показывает, что статистически значимые и близкие к ним различия получены по шкалам «Экс-

траверсия», «Самосознание, организованность», «Эмоциональная стабильность». Во всех случаях показатели пациентов оказались выше, чем средненормативные: больные, перенесшие ампутацию в связи с опухолевым поражением костей и мягких тканей нижней конечности, более открыты и общительны, более организованные и целеустремленные, более эмоционально стабильны (менее нейротичны), чем «средняя норма».

Смысложизненные ориентации

Методика СЖО использовалась в настоящем исследовании для характеристики ценностно-мотивационной направленности личности, связанной с осознанием смысла жизни, а также для выявления личностных ресурсов преодоления жизненных трудностей («внутренних» копинг-ресурсов). Как и в случае других психодиагностических опросников (ССП и BIG V), в Табл.6–8 показаны статистически значимые различия между пациентами, перенесшими АНК в связи с онкологической (группа 1) и неонкологической (группа 2) патологией, а также различия между группой 1 и тестовой «нормой». Разница состоит в том, что автор методики представил средненормативные значения шкальных оценок СЖО отдельно по выборкам российских мужчин (n=100) и женщин (n=100) [13]. Соответственно, сравнение оценок пациентов группы 1 с «нормой» проводилось отдельно в подгруппах пациентов разного пола.

Статистически значимые различия между группой 1 и группой 2 получены по показателям методики СЖО, характеризующим отношение пациентов к временной перспективе: оценки шкал СЖО пациентов группы 1 выше. Полученный результат показывает, что лица, перенесшие АНК в связи с онкологической патологией, по сравнению с пациентами без онкологического диагноза, имеют более определенные, наполненные более глубоким смысловым содержанием «цели в жизни», более удовлетворены ее эмоциональной насыщенностью и смысловой наполненностью в настоящем («процесс»), а также пройденным отрезком жизни, его осмысленностью, продуктивностью и самореализацией («результативность»).

В Табл.7 приведены результаты сравнительного анализа показателей методики СЖО мужчин клинической группы 1 и тестовой «нормы», полученной на российской выборке мужчин.

Было установлено, что показатели смысловых ориентаций мужчин, перенесших АНК в связи с онкологическим заболеванием, вполне соответствуют нормативным данным: из пяти показателей методики СЖО только по одному выявлена тенденция к статистически значимым различиям — уровень интернальности («локус контроля — Я»), способности и готовности брать на себя ответственность за события собственной жизни в группе пациентов оказался выше, чем в нормативной выборке.

В Табл.8 приведены результаты сравнительного анализа показателей методики СЖО женщин клинической группы 1 и тестовой «нормы», полученной на российской выборке женщин.

Шкалы методики BIG V	Значения шкальных оценок				
	Низкие	Ниже среднего	Средние	Выше среднего	Высокие
Экстраверсия	≥ 22	23–26	27–30	31–34	≤ 35
Самосознание	≥ 18	19–21	22–30	31–35	≤ 36
Сотрудничество	≥ 29	30–31	32–36	37–38	≤ 39
Эмоциональная стабильность	≥ 14	15–18	19–27	28–32	≤ 33
Личностные ресурсы	≥ 22	23–29	30–34	35–37	≤ 38

Таблица 6. Статистические характеристики шкальных оценок методики СЖО пациентов двух клинических групп

Table 6. The PIL Test mean values of patients in two clinical groups

Шкалы методики СЖО	Группа 1		Группа 2		Значимость различий
	М	δ	М	δ	
Цели в жизни	30,79	4,86	24,88	3,56	p=0,005
Процесс жизни	31,05	5,73	24,75	4,06	p=0,009
Результативность жизни	26,00	5,70	19,00	3,78	p=0,004
Локус контроля — Я	25,95	6,71	26,75	5,80	–
Локус контроля — жизнь	32,57	8,83	31,00	5,12	–

Таблица 7. Статистические характеристики шкальных оценок методики СЖО у мужчин клинической группы 1 и здоровых

Table 7. The PIL Test mean values in men of group 1 and healthy men

Шкалы методики СЖО	Группа 1		Норма		Т-критерий и значимость различий
	М	δ	М	δ	
Цели в жизни	31,86	4,60	32,90	5,92	–
Процесс жизни	33,71	7,23	31,09	4,44	–
Результативность жизни	28,29	6,68	25,46	4,30	–
Локус контроля — Я	24,57	4,20	21,13	3,85	2,169 p=0,073
Локус контроля — жизнь	32,57	8,83	30,14	5,80	–

Таблица 8. Статистические характеристики шкальных оценок методики СЖО у женщин клинической группы 1 и здоровых

Table 8. The PIL Test mean values in women of group 1 and healthy women

Шкалы методики СЖО	Группа 1		Норма		Т-критерий и значимость различий
	М	δ	М	δ	
Цели в жизни	30,17	5,10	29,38	6,24	–
Процесс жизни	29,50	4,25	28,80	6,14	–
Результативность жизни	24,67	4,87	23,30	4,95	–
Локус контроля — Я	26,75	7,89	18,58	4,30	3,588 p=0,004
Локус контроля — жизнь	32,00	4,40	28,70	4,30	–

У женщин клинической группы 1 все показатели методики СЖО превышают соответствующие показатели нормативной группы, что свидетельствует о ценностно-смысловой наполненности жизни пациенток, перенесших АНК в связи с онкологической патологией. Однако статистически значимые различия получены по одному показателю: в клинической группе как женщин, так и мужчин показатель интернальности личности («локус-контроля — Я») превосходит соответствующий показатель тестовой «нормы», отражая их ощущение способности управлять значимыми событиями жизни и нести за них ответственность.

Качество жизни, связанное со здоровьем

Основные параметры КЖЗ пациентов основной и контрольной групп изучались с помощью «Специализированного опросника качества жизни при онкологической патологии» (QLQ-C30), и хотя пациенты, составившие группу 2, страдают другой (неонкологической) патологией, оценива-

емые параметры КЖ релевантны их состоянию, так как отражают объективные ограничения и субъективно-личностное отношение, связанные с тяжелым соматическим заболеванием. В Табл.9 приведены результаты сопоставления общего показателя КЖЗ, показателей функциональных и симптоматических шкал опросника QLQ-C30 в двух группах больных, перенесших АНК.

Общий показатель КЖЗ в обеих группах соответствует среднему уровню; статистически значимых различий по показателям функциональных шкал между группами не выявлено. В каждой группе пациенты наиболее высоко оценивают такие аспекты жизни в условиях болезни, как когнитивная и эмоциональная активность, наиболее низко — общую физическую и ролевую активность, недостаточность которых проявляется в невозможности поддерживать прежний уровень и частоту межличностного общения с референтным

Таблица 9. Статистические характеристики шкальных оценок методики QLQ C-30 у пациентов двух клинических групп
Table 9. The QLQ C-30 mean values in patients of two clinical groups

Шкалы опросника QLQ C-30		Группа 1		Группа 2		Значимые различия
		М	δ	М	δ	
QL-2	Общая оценка качества жизни	47,37	17,18	51,28	26,53	–
Функциональные шкалы						
PF-2	Физическая активность	54,73	30,27	55,39	22,01	–
RF-2	Ролевая активность	39,47	37,77	57,69	33,36	–
EF	Эмоциональная активность	74,12	20,01	67,30	25,56	–
CF	Когнитивная активность	78,07	19,29	74,35	25,11	–
SF	Социальная активность	51,75	29,34	64,10	28,74	–
Симптоматические шкалы						
FA	Слабость	52,04	24,58	36,75	19,45	p=0,071
NV	Тошнота и рвота	8,77	14,02	8,97	18,77	–
PA	Боль	50,88	31,66	32,05	27,60	p=0,093
DY	Одышка	15,79	23,22	35,90	31,80	p=0,047
SL	Нарушения сна	43,86	24,98	30,77	31,81	–
AP	Потеря аппетита	33,33	27,21	33,33	30,43	–
CO	Констипация	22,81	33,43	28,21	35,61	–
DI	Диарея	8,77	18,73	15,38	25,87	–
FI	Финансовые затруднения	43,86	31,53	46,15	28,99	–

Примечание: шкалы опросника QLQ C-30 нормированы; максимальная оценка по каждой шкале — 100. Шкалы имеют разную направленность: в функциональных шкалах более высокая оценка соответствует более высокому уровню КЖ в условиях болезни; в симптоматических шкалах и одиночных пунктах, напротив, более высокому уровню КЖ соответствует меньшая шкальная оценка.

Note. The QLQ C-30 questionnaire scales are standartized; the maximum score for each scale is 100. In functional scales, a higher score corresponds to a higher QoL level; in symptomatic scales and single items, on the contrary, a higher QoL level corresponds to lower scale indexes.

окружением и выполнять свои ролевые функции в значимых сферах жизни (семья, работа и др.).

Статистически значимые и близкие к ним различия между группами получены по показателям трех симптоматических шкал: слабость и болевые ощущения в большей степени беспокоят и ограничивают жизненное функционирование пациентов группы 1, одышка — пациентов группы 2. Пациенты обеих групп в наибольшей степени не удовлетворены изменением своего финансового положения в связи с болезнью, а также повышенной утомляемостью и другими астеническими проявлениями. В целом полученный «профиль» КЖ, построенный на основе субъективной оценки общего состояния здоровья и ограничений жизнедеятельности, связанных с болезнью, по экспертной оценке, не вполне соответствует объективно оцениваемому состоянию здоровья и функциональных возможностей больных — превосходит его.

Обсуждение результатов

Настоящее психологическое исследование проведено в рамках инновационного направления современной медицины — онкологической ортопедии, занимающейся лечением пациентов с опухолями опорно-двигательного аппарата. Актуальность направления обусловлена распространенностью и инвалидизирующим характером онкоортопедической патологии: в России на 100 тыс. населения заболеваемость саркомами костей составляет 1,03, саркомами мягких тканей — 1,81. В 60–70% случаев у всех онкологических больных развиваются метастазы в кости, которые также требуют онкоортопедической поддержки, а это около 1 млн. больных в год [2].

Современные протоколы лечения больных с саркомами костей высокой степени злокачественности позволяют достигать выживаемости до 75%. Учитывая благоприятный прогноз, пациенты с опухолями опорно-двигательного аппарата нуждаются в разработке актуальных программ функциональной, социальной и психологической реабилитации для улучшения КЖ 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 болезни и психологическом совладании с ним [7, 18].

В соответствии с этим коллективом авторов — сотрудников СПбГУ и НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина — предложена психосоциальная модель качества жизни онкологических больных после АНК [25]. Реализация этой модели, интегрирующей объективные показатели общего физического и функционального состояния больных после ампутации, а также субъективные показатели КЖ, индивидуально-типологические и социально-психологические характеристики па-

циентов, может создать основу для внедрения в клинику программ психологического сопровождения больных в предоперационном, послеоперационном и реабилитационном периодах. В методологическом плане предложенная интегративная модель предполагает сочетанный анализ механизмов психологической адаптации к болезни и субъективной оценки КЖЗ [24] и может быть применена для исследования пациентов с другими тяжелыми хроническими заболеваниями [14]. Эмпирическая проверка этой модели на одной из самых сложных групп онкоортопедических больных составила одну из задач настоящего исследования.

Онкологические больные, перенесшие АНК, представляют особый класс больных, в чьем личностно-психологическом статусе отражаются и витальная угроза, связанная с заболеванием, и последствия калечащей операции. Стрессогенность ситуации обязывает психологов и врачей не только находить и купировать патологические изменения в этом статусе, но и выявлять «опоры» реабилитации, так как современные принципы терапии во многом ориентированы на мобилизацию и активацию резервов больного человека. Именно в этом ключе выполнено настоящее исследование, целью которого было определение стратегий и личностных ресурсов психологической адаптации личности к болезни и КЖ больных, перенесших АНК, — онкологических в сопоставлении с больными без онкологического диагноза, а также в сравнении с тестовой «нормой», полученной на российской выборке здоровых лиц.

Исследование показало, что построенный на основе субъективной оценки состояния здоровья и ограничений жизнедеятельности, связанных с болезнью, «профиль» КЖ онкологических больных после ампутации не вполне соответствует (превосходит) объективной оценке состояния здоровья и функциональных возможностей больных (показателям общего состояния по шкале Karnofski, выраженности болевого синдрома по шкале Watkins, функциональному результату лечения по шкале MSTs). Такой результат, по видимому, обусловлен действием механизмов психологической защиты как признанных способов психологической адаптации личности к стрессу и согласуется с мнением [17] о типичных для больных соматическими заболеваниями с витальной угрозой способах психологической защиты, среди которых ведущую роль занимают вытеснение субъективно значимых отрицательных переживаний и уход от проблем.

В настоящем исследовании выявлено статистически значимое преобладание копинг-стратегий «Дистанцирование» (от проблемы) и «Бегство-избегание», а также «Положительная переоценка» (негативного события) в группе перенесших АНК онкологических больных по сравнению с больными без онкологического диагноза. В немногочисленных зарубежных исследованиях онкологических больных после ампутации также показано взаимовлияние оценки КЖ и особенностей ко-

пинга [43]. Несоответствие субъективной хорошей оценки КЖ и объективной оценки состояния здоровья и жизненных возможностей онкологических больных, перенесших АНК, косвенно подтверждается их большей по сравнению с контрольной группой комплаентностью и эмоциональной привязанностью к лечащему врачу, так как в специально проведенных исследованиях показано, что ухудшение КЖ значительно влияет на приверженность восстановительному лечению после ампутации [40].

Изучение личностных ресурсов копинга в группе онкологических больных, перенесших АНК, подтвердило возможность посттравматического личностного роста у таких пациентов, отмеченную в ряде исследований [39, 44]. В «профиле» личности пациентов этой группы среди других базисных черт преобладает «самосознание, организованность»: соответствующий показатель выше средних нормативных значений; по сравнению с контрольной группой повышен также показатель «личностные ресурсы», отражающий стремление пациентов к изменению ситуации, поиску нового. Получены значимые различия с пациентами неонкологического профиля по отношению к временной перспективе: в группе онкологических больных выявлена большая удовлетворенность смысловой наполненностью своего прошлого, настоящего и будущего; кроме того, выявлено преобладание показателей интернальности («Локус контроля — Я») при сопоставлении с нормативными данными мужчин и женщин. Полученные результаты могут быть осмыслены в контексте высказывания о том, что пациенты после ампутации подвергаются огромному стрессу, боли и переживанию горя, однако у них есть большая надежда на восстановление независимости после ампутации [38].

Таким образом, результаты настоящего исследования подтвердили необходимость сочетанного изучения механизмов психологической адаптации и КЖ онкоортопедических больных, так как их показатели потенцируют и конкретизируют друг друга, позволяя увидеть целостную картину существования личности в условиях жизнеопасного заболевания и перенесенной ампутации. Исследования в этом направлении будут продолжены для накопления числа наблюдений.

В перспективе можно выделить еще одно направление психологических исследований в области хирургической онкоортопедии. Таковым может стать сопоставление психологического статуса и КЖ онкологических пациентов, перенесших калечащую операцию АНК и органосохраняющую операцию изолированной регионарной химиотерапевтической перфузии, позволяющую локально воздействовать на пораженную опухолью область с помощью очень высоких концентраций химиопрепаратов без системных побочных эффектов [1, 35]. Вопреки ожиданиям первые сопоставительные исследования не показали убедительных различий КЖ пациентов после ампутаций и после перфузий [20, 36].

Заключение

Основные результаты, полученные при реализации задач настоящего исследования, позволяют сделать выводы, которые, однако, являются предварительными, требующими проверки на увеличенной выборке пациентов и в динамике лечебно-реабилитационного процесса.

1. Общее физическое состояние, функциональные возможности и выраженность болевого синдрома после АНК, измеренные с помощью используемых в онкоортопедии клинических шкал, имеют худшие значения в группе больных с онкологическим поражением костей и мягких тканей нижних конечностей по сравнению с группой пациентов с другими хроническими соматическими заболеваниями и травмами.

2. Социальные характеристики в сравниваемых группах пациентов в целом сопоставимы, однако в группе лиц, перенесших ампутацию в связи с онкологическим заболеванием, уровень образования выше, а трудовой статус — ниже, чем в группе лиц, прошедших АНК в связи с неонкологическими заболеваниями.

3. Приверженность послеоперационному лечению и реабилитации в условиях стационара в обеих группах больных достаточно высока; особенно это касается лекарственного комплаенса. Несмотря на большую приверженность рекомендациям врача по соблюдению режима и ограничению физической активности, а также более доверительные отношения с лечащим врачом выявлены в группе онкологических больных.

4. При изучении механизмов психологической адаптации к болезни установлено, что уровень «профиля» совладающего поведения обеих групп больных, перенесших АНК, несколько ниже среднего нормативного уровня: пациенты реже используют спектр сознательно выбранных копинг-стратегий по сравнению со «средней нормой».

5. В структуре копинга пациентов, перенесших АНК в связи с онкологическим заболеванием, первое ранговое место занимает копинг «Поиск социальной поддержки», направленный на привлечение внешнего ресурса совладания со стрессом болезни. В этой группе по сравнению с неонкологическими больными преобладают когнитивные и поведенческие стратегии снятия эмоционального напряжения в связи со стрессом болезни «Дистанцирование» и «Бегство-избегание», а также стратегия «Положительная переоценка», показатели которых, однако, значительно ниже средних нормативных значений.

6. Анализ психологических («внутренних») ресурсов совладания со стрессом болезни показал, что в структуре личности больных, перенесших АНК в связи с онкологической патологией, в большей степени, чем пациентов, подвергшихся ампутации в связи с другими хроническими соматическими заболеваниями, представлены черты целеустремленности, организованности, дисциплинированности, ответственности, а также стремление к самосовершенствованию и получение

нию нового опыта: в основной группе показатели шкал «Самосознание» и «Личностные ресурсы» выше соответствующих показателей контрольной группы; при этом показатель шкалы «Самосознание» соответствует значению «Выше среднего» в системе нормативного распределения шкальных оценок методики BIG V.

7. При исследовании ценностно-смысловой сферы личности в группе больных, перенесших ампутацию в связи с онкологическим заболеванием, по сравнению с пациентами без онкологического диагноза выявлены более определенные, наполненные более глубоким смысловым содержанием жизненные цели; большая удовлетворенность эмоциональной насыщенностью и смысловой наполненностью жизни в настоящем, а также большая удовлетворенность пройденным отрезком жизни, его осмысленностью и продуктивностью, отраженные в показателях методики СЖО «Цели в жизни», «Процесс жизни», «Результативность жизни».

8. В группе как мужчин, так и женщин, перенесших ампутацию в связи с онкологическим заболеванием, показатель интернальности (шкала «Локус-контроля — Я» методики СЖО) превосходит соответствующий показатель в нормативных выборках мужчин и женщин, объективируя тем самым ощущение способности управлять значи-

мыми событиями жизни и нести за них ответственность, свойственное этой группе пациентов.

9. Субъективная оценка КЖЗ в двух группах больных, перенесших АНК, по общему показателю и основным параметрам не различается: пациенты каждой группы наиболее высоко оценивают такие аспекты жизни в условиях болезни, как когнитивная и эмоциональная активность; наиболее низко — физическая и ролевая активность, а также финансовое положение. Среди симптомов, ограничивающих жизненное функционирование, пациенты обеих групп особо выделяют астенические проявления («слабость»); различия между группами определены по трем симптоматическим шкалам: слабость и болевые ощущения в большей степени беспокоят пациентов с онкологической патологией, одышка — больных другими хроническими соматическими заболеваниями.

В завершение хочется выразить уверенность в том, что, несмотря на предварительный характер результатов исследования, полученная психологическая информация уже сейчас может быть интегрирована в общую схему лечения и реабилитации онкоортопедических больных.

Исследование поддержано грантом РФФИ Рег. № 20-013-00573.

This research was supported by the Russian Foundation for Basic Research (RFBR), grant № 20-013-00573.

Литература / References

1. Алиев М.Д., Долгушин Б.И., Демидов Л.В. и др. Опыт использования методики изолированной региональной химиотерапевтической перфузии конечностей. Поволжский онкологический вестник. 2012;2:35–44.
Aliiev MD, Dolgushin BI, Demidov LV et al. The experience of using the technique of isolated regional chemotherapeutic limb perfusion. Povolzhskii onkologicheskii vestnik. 2012;2:35–44. (In Russ.).
2. Алиев М.Д., Сушенцов Е.А. Современная онкоортопедия. Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. 2012;4:3–10.
Aliiev MD, Sushentsov EA. Oncoorthopedics today. Sarkomy kostei, myagkikh tkanei i opukholi kozhi. 2012;4:3–10. (In Russ.).
3. Белозер А.С., Дорофейков В.В., Петрова Н.Н. Влияние аффективных и нейрокогнитивных нарушений на качество жизни у больных раком яичников. Ученые записки ун-та им. П.Ф. Лесгафта. 2019;5(171):410–418.
Belozher AS, Dorodeykov VV, Petrova NN. Influence of affective and neurocognitive disorders on the quality of life in patients with ovarian cancer. Uchenye zapiski un-ta im. P.F. Lesgafta. 2019;5(171):410–418. (In Russ.).
4. Березин М.А., Вассерман Л.И. Системный подход и теория функциональных систем в изучении психической адаптации как медико-психологической проблемы. В кн.: Медицинская психология в практическом здравоохранении. СПб.: Изд. дом СПбМАПО. 2003:29–34.
Berebin M.A., Vasserman L.I. Sistemnyj podhod i teoriya funktsional'nyh sistem v izuchenii psikhicheskoy adaptatsii kak mediko-psihologicheskoy problemy. V kn.: Medicinskaya psihologiya v prakticheskom zdravooohranenii. SPb.: Izd. dom SPbMAPO. 2003:29–34. (In Russ.).
5. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука. 1988.
Berezin F.B. Psikhicheskaya i psikhofiziologicheskaya adaptatsiya cheloveka. L.: Nauka. 1988. (In Russ.).
6. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. и др. Психологическая диагностика совладающего со стрессом поведения. В кн.: Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности. Коллект. моногр. Науч. ред. Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. СПб.: Скифия-принт. 2014:323–345.
Vasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonova E.A. Psychological diagnosis of stress coping behavior. V kn.: Psihologicheskaya diagnostika sovladayushchego so stressom povedeniya. V kn.: Psihologicheskaya diagnostika rasstrojstv emocional'noj sfery i lichnosti. Kollekt. monogr. Nauch. red. L.I. Vasserman, O.Yu. Shchelkova. SPb.: Skifiya-print. 2014:323–345. (In Russ.).
7. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Методология исследования связанного со здоровьем качества жизни. В кн.: Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности. Коллект. моногр. Науч. ред. Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. СПб.: Скифия-принт. 2014:323–345. (In Russ.).

- серман, О.Ю. Щелкова. СПб.: Скифия-принт. 2014:30–43.
- Vasserman L.I., Trifonova E.A. Metodologiya issledovaniya svyazannogo so zdorov'em kachestva zhizni. V kn.: *Psikhologicheskaya diagnostika rasstrojstv emocional'noj sfery i lichnosti*. Kollekt. monogr. Nauch. red. L.I. Vasserman, O.Yu. Shchelkova. SPb.: Skifiya-print. 2014: 30–43. (In Russ.)
8. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология. СПб.: Сенсор. 1999.
Iovlev B.V., Karpova E.B. *Psikhologiya otnoshenii*. Kontseptsiya V.N. Myasishcheva i meditsinskaya psikhologiya. SPb.: Sensor. 1999. (In Russ.)
 9. Караваева Т.А. Стрессовые и адаптационные расстройства, развивающиеся в связи с онкологическими заболеваниями. В кн.: *Онкопсихология для врачей и медицинских психологов*. Руководство. Ред. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. СПб.: Изд-во АНО «Вопросы онкологии». 2018:218–226.
Karavaeva T.A. *Stressovye i adaptatsionnye rasstroistva, razvivayushchiesya v svyazi s onkologicheskimi zabolevaniyami*. V kn.: *Onkopsikhologiya dlya vrachei i meditsinskikh psikhologov*. Rukovodstvo. Red. A.M. Belyaev, V.A. Chulkova, T.Yu. Semiglazova, M.V. Rogachev. SPb.: Izd-vo ANO «Voprosy onkologii». 2018:218–226. (In Russ.)
 10. Карвасарский Б.Д., Назыров Р.К., Подсадный С.А. и др. Медицинская психология и реабилитация: история и современность. Психосоциальная реабилитация и качество жизни. 2001;137:203–210.
Karvasarskiy BD, Nazyrov RK, Podsadnyy SA et al. *Medical psychology and rehabilitation: history and modernity*. *Psikhosotsial'naya reabilitatsiya i kachestvo zhizni*. 2001;137:203–210. (In Russ.)
 11. Коцюбинский А.П. Биопсихосоциальная модель шизофрении. Психосоциальная реабилитация и качество жизни. 2001;137:230–241.
Kotsyubinskiy AP. *Biopsychosocial model of schizophrenia*. *Psikhosotsial'naya reabilitatsiya i kachestvo zhizni*. 2001;137:230–241. (In Russ.)
 12. Леонтьев Д.А. Тест смысловых ориентаций (СЖО). 2-е изд. М.: Смысл. 2006.
Leont'ev D.A. *Test smyslozhiznennykh orientatsii (SZhO)*. 2-e izd Moscow: Smysl. 2006. (In Russ.)
 13. Михайличенко Т.Г., Щелкова О.Ю. Методология изучения психологической адаптации пациентов с аутоиммунными заболеваниями печени в период ожидания трансплантации органа. Вестник Южно-Уральского гос. ун-та. Серия «Психология». 2017;10(1):121–138.
Mikhaylichenko TG, Shchelkova OYu. *Methodology of studying psychological adaptation of patients with autoimmune liver diseases while waiting for transplantation*. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gos. un-ta. Seriya «Psikhologiya»*. 2017;10(1):121–138. (In Russ.). doi:10.14529/psy170112
 14. Первин Л., Джон О. Психология личности: теория и исследования. пер. с англ. М.: Аспект-Пресс. 2001.
Pervin L., John O. *Psikhologiya lichnosti: teoriya i issledovaniya*. per. s angl. M.: Aspekt-Press. 2001. (In Russ.)
 15. Пестерева Е.В., Чулкова В.А., Карицкий А.П. и др. К исследованию качества жизни онкологических больных. Вопросы онкологии. 2012;36(3):217–223.
Pestereva EV, Chulkova VA, Karitskiy AP et al. *To the study of the quality of life of cancer patients*. *Voprosy onkologii*. 2012;36(3):217–223. (In Russ.)
 16. Петрова Н.Н. Соматогенная витальная угроза и адаптация. В кн.: *Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии*. Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения — 2004». СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та. 2004:238–253.
Petrova N.N. *Somatogenic vital threat and adaptation*. V kn.: *Aktual'nye problemy klinicheskoi psikhologii i psikhofiziologii*. Materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii «Anan'evskie chteniya — 2004». SPb.: Izd-vo SPbGU; 2004:238–253. (In Russ.)
 17. Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонский В.М. и др. Беспокойство о прогрессировании онкологического заболевания: современные теоретические концепции и подходы. Медицинская психология в России: электрон. науч. Журн. [mpj.ru]. MPRJ; 2016;6(41) [процитировано 15 ноября 2021]. Доступно: http://mpj.ru/archiv_global/2016_6_41/nomer03.php
Sirota N.A., Moskovchenko D.V., Yaltonskiy V.M., et al. *Concern about the progression of cancer: modern theoretical concepts and approaches*. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn.* [mpj.ru]. MPRJ; 2016;6(41). [accessed 15 November 2021]. Available: http://mpj.ru/archiv_global/2016_6_41/nomer03.php (In Russ.)
 18. Усманова Е.Б., Щелкова О.Ю., Кулага А.В. и др. Исследования качества жизни в онкоортопедической клинике. Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. 2019;11(4):31–35.
Usmanova EB, Shchelkova OYu, Kulaga AV et al. *Research of quality of life in oncoorthopedic clinic*. *Sarkomy kostei, myagkikh tkanei i opukholi kozhi*. 2019;11(4):31–35. (In Russ.)
 19. Усманова Е.Б., Щелкова О.Ю., Яковлева М.В. Исследование качества жизни больных с онкологическим поражением нижних конечностей при разных видах хирургического лечения. В кн.: *Проблемы теории и практики современной психологии*. Материалы XX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Иркутск, 23–24 апреля 2021 г. Иркутск: Иркутский гос. ун-т. 2021:270–273.
Usmanova E.B., Shchelkova O.Yu., Iakovleva M.V. *Issledovanie kachestva zhizni bol'nykh s onkologicheskim porazheniem nizhnikh konechnostey pri raznykh vidakh khirurgicheskogo lecheniya*. V kn.: *Problemy teorii i praktiki sovremennoy psikhologii*. Materialy XX Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem. Irkutsk, 23–24 aprilya 2021 g. Irkutsk: Irkutskiy gos. un-t. 2021:270–273.

- raznykh vidakh khirurgicheskogo lecheniya. V kn.: *Problemy teorii i praktiki sovremennoi psikhologii. Materialy XX Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem*. Irkutsk, 23–24 aprelya 2021 g. Irkutsk: Irkutskiy gos. un-t. 2021:270–273. (In Russ.).
20. Швальб П.Г., Калинин Р.Е., Сучков И.А. и др. Причины вторичных ампутаций у больных с хронической критической ишемией нижних конечностей после реконструктивных операций. *Новости хирургии*. 2010;18(1):41–45. Shval'b PG, Kalinin PE, Suchkov IA et al. Causes of secondary amputations in patients with chronic critical ischemia of the lower extremities after reconstructive surgery. *Novosti khirurgii*. 2010;18(1):41–45. (In Russ.).
 21. Щелкова О.Ю. Системный подход в медицинской психологии. В кн.: *Психодиагностика и психокоррекция*. Под ред. А.А. Александрова. СПб.: Питеер. 2008:84–114. Shchelkova O.Yu. Sistemnyi podkhod v meditsinskoi psikhologii. V kn.: *Psikhodiagnostika i psikhokorreksiya*. Pod red. A.A. Aleksandrova. SPb.: Piter. 2008:84–114. (In Russ.).
 22. Щелкова О.Ю., Исурина Г.Л., Усманова Е.Б. и др. Совладание со стрессом болезни и качество жизни пациентов, перенесших операцию в связи с опухолевым поражением позвоночника. *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях*. 2021;1:97–106. Shchelkova OYu, Isurina GL, Usmanova EB et al. Disease-related stress coping and quality of life in patients with surgically treated spinal tumors. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychainykh situatsiyakh*. 2021;1:97–106. (In Russ.). <https://doi.org/10.25016/2541-7487-2021-0-1-97-106>.
 23. Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б., Горбунов И.А. и др. Психологическая адаптация к болезни и качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей. *Ученые записки Санкт-Петербургского гос. медиц. ун-та им. акад. И.П. Павлова*. 2018;25(3):62–72. Shchelkova OYu, Usmanova EB, Gorbunov IA et al. Psychological adjustment and quality of life in patients with bone tumor. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gos. medits. un-ta im. akad. I.P. Pavlova*. 2018;25(3):62–72. (In Russ.). <https://doi.org/10.24884/1607-4181-2018-25-3-62-72>.
 24. Щелкова О.Ю., Яковлева М.В., Усманова Е.Б. и др. К разработке психосоциальной модели качества жизни онкологических больных после ампутации нижней конечности. *Вопросы онкологии*. 2021;67(4):559–568. Shchelkova OYu, Iakovleva MV, Usmanova EB et al. The development of quality of life psychosocial model in cancer patients after lower limb amputation. *Voprosy onkologii*. 2021;67(4):559–568. (In Russ.). <https://doi.org/10.37469/0507-3758-2021-67-4-559-568>.
 25. Яничев Д.П. Когнитивные аспекты самовосприятия личностных черт у пациентов с невротической и неврозоподобной симптоматикой: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. СПб. 2006. Yanichev D.P. Kognitivnye aspekty samovospriyatiya lichnostnykh chert u patsientov s nevroticheskoi i nevrozopodobnoi simptomatikoi. Avtoref. ... kaand.psikhol.nauk. SPb. 2006. (In Russ.).
 26. Balk EM, Gazula A, Markozannes G, et al. Psychometric Properties of Functional, Ambulatory, and Quality of Life Instruments in Lower Limb Amputees: A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2019;100(12):2354–2370. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.02.015>.
 27. Davie-Smith F, Paul L, Stuart W et al. The influence of socio-economic deprivation on mobility, participation, and quality of life following major lower extremity amputation in the West of Scotland. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2019;57(4):554–560. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2018.10.011>.
 28. Enneking WF, Dunham W, Gebhardt MC, et al. A System for the Functional Evaluation of Reconstructive Procedures After Surgical Treatment of Tumors of the Musculoskeletal System. *Clin Orthop Relat Res*. 1993;286:241–246.
 29. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K et al., on behalf of the EORTC Quality of Life Group. *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition)*. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer. 2001.
 30. Hafner BJ, Gaunaud IA, Morgan SJ, et al. Construct validity of the Prosthetic Limb Users Survey of Mobility (PLUS-M) in adults with lower limb amputation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2017;98(2):277–285. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.07.026>.
 31. Kaplan RM, Bush JW. Health-related quality of life for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*. 1982;1(1):61–80. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.1.1.61>.
 32. Karnofsky DA, Burchenal JH. *The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. Evaluation of Chemotherapeutic Agents*. Ed. by CM MacLeod. NY: Columbia University Press. 1949:191–205.
 33. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. NY: Springer. 1984.
 34. Martin-Tellez KS, van Houdt WJ, van Coevorden F et al. Isolated limb perfusion for soft tissue sarcoma: Current practices and future directions. A survey of experts and a review of literature. *Cancer Treat Rev*. 2020;88:102058. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2020.102058>.
 35. Mason GE, Aung L, Gall S, et al. Quality of life following amputation or limb preservation in patients with lower extremity bone sarcoma. *Front Oncol*. 2013;3:210.

- <https://doi.org/10.3389/fonc.2013.00210>
36. McKenzie L, van der Pol M. Mapping the EORTC QLQ C-30 onto the EQ-5D instrument: the potential to estimate QALYs without generic preference data. *Value Health*. 2009;12(1):167–171. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2008.00405.x>
 37. Norlyk A, Martinsen B, Kjaer-Petersen K. Living with clipped wings—Patients' experience of losing a leg. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2013;8:21891. <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.21891>.
 38. Oaksford K, Frude N, Cuddihy R. Positive coping and stress-related psychological growth following lower limb amputation. *Rehabil. Psychol*. 2005;50(3):266–277. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.50.3.266>
 39. Padovani MT, Martins R., Venâncio A, et al. Anxiety, depression and quality of life in individuals with phantom limb pain. *Acta Ortop Bras*. 2015;23(2):107–110. <https://doi.org/10.1590/1413-78522015230200990>.
 40. Roffman C, Buchanan J, Allison G. Predictors of non-use of prostheses by people with lower limb amputation after discharge from rehabilitation: development and validation of clinical prediction rules. *J Physiother*. 2014;60(4):224–231. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2014.09.003>
 41. Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. *Pain*. 1976;2(2):175–184.
 42. Silva RS, Guilhem DB, Batista KT, et al. Quality of life of patients with sarcoma after conservative surgery or amputation of limbs. *Acta Ortop Bras*. 2019; 27(2):276–280. <https://doi.org/10.1590/1413-785220192705219143>.
 43. Stutts LA, Stanaland AW. Posttraumatic growth in individuals with amputations. *Disabil. Health J*. 2016;9(1):167–171. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.07.005>
 44. Watkins RG, O'Brien JP, Draugelis R, et al. Comparisons of preoperative and postoperative MMPI data in chronic back pain patient. *Spine*. 1986;11(4):385–390. <https://doi.org/10.1097/00007632-198605000-00018>.
 45. Young M, McKay C, Williams S., et al. Time-related changes in quality of life in persons with lower limb amputation or spinal cord injury: protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2019;8(1):191. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1108-3>.
 46. Zidarov D, Swaine B, Gauthier-Gagnon C. Quality of life of persons with lower-limb amputation during rehabilitation and at 3-month follow-up. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90(4):634–645. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2008.11.003>.

Сведения об авторах

Щелкова Ольга Юрьевна — доктор психологических наук, профессор, профессор с возложенным исполнением обязанностей заведующего кафедрой медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета, старший научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева Минздрава России E-mail: o.shhelkova@spbu.ru, olga.psy.ru@mail.ru

Яковлева Мария Викторовна — кандидат психологических наук, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: m.v.yakovleva@spbu.ru, mariaiakovleva@mail.ru

Усманова Екатерина Бахромовна — кандидат психологических наук, клинический психолог отделения медицинской реабилитации Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России (Москва). E-mail: usmanovakate@yandex.ru

Сушенцов Евгений Александрович — кандидат медицинских наук, заведующий отделением онкоортопедии Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России (Москва). E-mail: crcspine@rambler.ru

Софронов Денис Игоревич — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения вертебральной онкологии Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России (Москва). E-mail: mdsofronov@mail.ru

Поступила 29.11.2021

Received 29.11.2021

Принята в печать 20.02.2021

Accepted 20.02.2021

Дата публикации 31.03.2022

Date of publication 31.03.2022