

О.Ю. Щелкова¹, Е.Б. Усманова², Е.А. Сушенцов³

Психологическая диагностика в онкоортопедической клинике

¹Санкт-Петербургский государственный университет, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург,

²Психологический центр «International Preschool», Москва

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

В статье анализируются основные этапы развития и задачи психологического исследования в онкоортопедической клинике — нового, быстро развивающегося направления в отечественной клинической психологии. Показано, что методология психологического исследования на начальном этапе представляла собой реализацию базисных принципов психологической диагностики в медицине — принципов углубленного индивидуализированного исследования, нацеленного на раскрытие переживаний и особенностей пациента с целью оказания адекватной психологической помощи и мобилизацию ресурсов личности и социального окружения на преодоление болезни. Второй этап связан с анализом взаимосвязи и взаимовлияния механизмов адаптации к болезни и качества жизни при данном виде патологии. На примере эмпирического психодиагностического исследования 139 больных с опухолевым поражением костей показано влияние «профилей» (кластеров) личности на основные параметры качества жизни. Третий этап развития методологии психологической диагностики обусловлен развитием хирургических технологий в этой области медицины, резко меняющих функциональные возможности пациентов. В частности, представлены основные задачи психологического исследования больных с опухолевым поражением костей таза, перенесших эндопротезирование с применением аддитивных технологий, а также пациентов с опухолевым поражением костей позвоночника, перенесших разные виды хирургического лечения — ламэктомию и вертебропластику (на базе НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина).

Введение

В настоящее время в мировой науке представлено значительное число работ, посвященных изучению психологических аспектов онкологических заболеваний. Во многих публикациях описаны распространенность и выраженность психологических трудностей и

психических нарушений среди онкологических больных, объективные и субъективные характеристики качества жизни при этой патологии [13, 16]. В современной зарубежной литературе представлены отдельные работы, посвященные изучению психологических характеристик и качества жизни при опухолях костей опорно-двигательного аппарата [39, 40, 41, 42, 48]. Ряд исследований отражают результаты сравнительного исследования качества жизни пациентов с опухолью костей после органосохранной операции и ампутации [28, 43]; представлены также работы по изучению качества жизни пациентов с опухолевым поражением костей таза [36, 44] и позвоночника [30, 32], которые подвергаются обширному хирургическому вмешательству, последствия которого резко изменяют привычный образ жизни, социальное функционирование и психологическое состояние пациента. Так, в работе А. Salunke et al. [44] делается акцент на важности для достижения наилучших функциональных результатов и поддержания качества жизни на оптимальном уровне правильно выбранной тактики лечения и адекватного объема хирургического вмешательства для пациентов с опухолевым поражением таза. М. Colman et al. [32] в исследовании, посвященном изучению качества жизни пациентов с метастатическим поражением позвоночника, приводят результаты, свидетельствующие о большем снижении качества жизни по показателю «интенсивность боли» в группе больных, прошедших хирургическое лечение, по сравнению с пациентами, лечение которых проводилось методами радиотерапии. О. Barzilai et al. [30] рассматривают факторы, прогнозирующие существенное улучшение качества жизни пациентов с опухолевым поражением позвоночника после хирургического лечения. К таким факторам относятся, в частности, неврологический дефицит, ограничения физической активности в связи с состоянием здоровья до операции и женский пол.

Анализ современного состояния психологической диагностики в онкологической клинике позволяет сделать вывод о том, что исследования в клинике онкоортопедии представляют новое,

быстро развивающееся направление в отечественной клинической психологии, и к настоящему времени уже наметились три основные этапа развития методологии психологической диагностики в клинике опухолевого поражения костей опорно-двигательного аппарата.

Первый этап — традиционный, на котором, как и в случае другой онкологической патологии [14, 15], происходит интенсивное внедрение идей и методов клинической психологии в лечебно-восстановительный процесс, анализируется широкий круг индивидуально- и социально-психологических характеристик пациентов, основные параметры их качества жизни с целью поиска опор для профессиональной психологической помощи в условиях хронического заболевания, резко ограничивающего жизненные возможности и перспективы человека. В соответствии с методологией и традициями клинкопсихологического подхода в психодиагностике, предполагающего углубленный и индивидуализированный характер исследования, сочувственное отношение к пациенту, особое внимание уделяется раскрытию отношения к болезни и лечению, а также личностного смысла заболевания, его места и значения в ценностно-смысловой системе пациента [1, 4, 17].

В соответствии с этим, в ранее проведенных исследованиях был изучен психологический статус (эмоциональное состояние, особенности личности, копинг-стратегии, смысло-жизненные ориентации) пациентов с опухолевым поражением костей в сопоставлении с психологическими характеристиками больных с другой онкологической патологией [18], изучены основные параметры качества жизни [19, 20] и их связь с психологическими характеристиками пациентов с разными формами опухолевого поражения костей [25], влияние отношения к болезни на качество жизни таких пациентов [23, 45], а также специфика взаимосвязи этих конструктов (качество жизни и отношение к болезни) при разных нозологических формах онкоортопедической патологии [24].

На втором этапе в русле дальнейшего развития методологии психологической диагностики в соматической клинике [2, 6, 12] рассматриваются подходы к изучению субъективного аспекта качества жизни при хронических заболеваниях в интеграции с описанными ранее механизмами психологической адаптации болезни [3, 7, 8]. Таким образом, в настоящее время актуальным является рассмотрение в системном единстве — т.е. в единстве и взаимодействии [10] — различных аспектов психического и социального функционирования пациента, характеризующих качество жизни в условиях болезни, и механизмов психологической адаптации.

Примером эмпирического исследования¹, проведенного в рамках названной парадигмы, является изучение качества жизни и механизмов психологической адаптации к болезни 139 больных (мужчины — 84 чел., 60,43%; женщины — 55 чел., 39,56%; средний возраст $M=36,06\pm 1,6$ лет) разными формами онкологического поражения костей опорно-двигательного аппарата (42 пациента с остеосаркомой (C40), 10 пациентов с саркомой Юинга (C40), 32 пациента с хондросаркомой (C40), 32 пациента с гигантоклеточной опухолью D (48,0) и 23 пациента с вторичным опухолевым поражением костей, а именно метастазами в кости при светлоклеточном раке почки (C64) [11], которые находились на лечении в «Национальном медицинском исследовательском центре онкологии им. Н.Н. Блохина». Использованы психодиагностические методы, направленные на изучение стратегий и личностных ресурсов совладания со стрессом болезни: «Способы совладающего поведения» [3], «Большая пятерка» [26], «Тест смысло-жизненных ориентаций» [9], «Тип отношения к болезни» [5]), а также методы исследования качества жизни: «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36) [46], «Опросник качества жизни» EORTC QLQ-C30 с дополнительным модулем VM-22 для больных с опухолью костей [27,34]; для оценки объективного соматического статуса пациентов использовались Индекс Карновского [37] и Шкала Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG-ВОЗ) (из медицинской документации), отражающие объективный соматический статус больных; учитывались такие клинические характеристики, как длительность заболевания с момента постановки диагноза и с момента появления симптомов, стадия, статус лечения (первичное, рецидив, прогрессирование), динамика течения заболевания, осложнения, тип хирургического лечения (органосохранная операция или ампутации конечности), объективный соматический статус. Выполнены факторный, кластерный, а также многофакторный дисперсионный анализ данных.

С помощью факторного анализа (методом главных компонент с вращением VARIMAX) было проведено сведение всей совокупности шкальных оценок четырех психодиагностических методик к 5 обобщенным факторам, объясняющим максимальное количество дисперсии изученных психологических характеристик (пятифакторная модель объясняла 69% дисперсии всех 30 психодиагностических показателей) и

¹ Исследование проведено при поддержке РФФИ (Грант № 17-36-00011 «а1»). Результаты исследования (с презентацией статистических данных в полном объеме) были представлены в докладе на научно-практической конференции с международным участием «Поляковские чтения – 2018 (к 90-летию Ю.П. Полякова)», а также кратко отражены в тезисах доклада (Усманова Е.Б., Щелкова О.Ю., 2018).

отражающим личностно-характерологические, мотивационно-поведенческие особенности, а также отношение к болезни изученных пациентов, то есть психологические характеристики, участвующие в механизмах адаптации личности к болезни. Это следующие факторы («факторы адаптации»): «Осмысленность жизни и интернальность», «Эмоционально-негативное (интрапсихическое) отношение к болезни», «Социально-дезадаптивное (интерпсихическое) отношение к болезни», «Толерантность к стрессу болезни».

Для выделения наиболее часто встречающихся вариантов психологических «профилей», как устойчивого сочетания выделенных факторов адаптации, был использован кластерный анализ (метод k-средних), в результате которого было получено четыре личностных «профиля» (кластера) пациентов с опухолевым поражением костей, обладающих схожими психологическими характеристиками: «Невротическая личность» — личность с высокой интрапсихической конфликтностью и негативным эмоциональным фоном (14 чел.), «Зрелая, адаптированная личность» (46 чел.), «Личность с высоким уровнем самосознания и ответственности» (52 чел.), «Социально дезадаптированная личность» (27 чел.).

Затем с помощью факторного анализа (метода главных компонент с вращением VARIMAX) была проведена редукция показателей, отражающих основные параметры качества жизни, связанного со здоровьем, в том числе отражающие ограничения жизнедеятельности и симптомы, вызванные непосредственно опухолевым поражением костей, а также субъективное отношение к ситуации болезни. Была получена трехфакторная модель, объясняющая $\approx 52\%$ дисперсии переменных (шкальных оценок опросников качества жизни); в нее вошли следующие факторы качества жизни: «Жизненная активность», «Оптимальное качество жизни в условиях болезни», «Желудочно-кишечные симптомы (психосоматический фактор)».

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) было взято 3 обобщенных фактора качества жизни, а управляющим фактором выступал «профиль личности», выделенный с помощью кластерного анализа (кластер личности). Был обнаружен достоверный многомерный эффект (Λ Wilks=0,832 F=4,308 df=(6,270) $p < 0,001$) влияния «профиля» (кластера) лично-

сти на три фактора качества жизни. В частности, на фактор «Оптимальное качество жизни в условиях болезни» достоверное влияние оказывают кластеры «Личность с высоким уровнем самосознания и ответственности» и «Зрелая, адаптированная личность». Одновременно кластеры «Невротическая личность» и «Социально дезадаптированная личность» определяют снижение по фактору «Оптимальное качество жизни в условиях болезни» и увеличение значений фактора «Желудочно-кишечные симптомы», предположительно психосоматического характера.

Таким образом, результаты проведенного исследования показывают тесную связь механизмов психологической адаптации к болезни и качества жизни пациентов с онкологическим заболеванием костей. Выявлено, что существенное влияние на качество жизни в условиях болезни оказывают «профили» личности (кластеры), интегрирующие такие психологические особенности пациентов, как черты личности, ее ценностно-смысловую и мотивационную направленность, копинг, 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 [6]. В связи с этим есть основания утверждать, 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.

Третий этап — перспективы развития методологии психологической диагностики в клинике онкоортопедии — предполагает дальнейшую интеграцию медико-биологических, клинических, психологических и социальных факторов адаптации личности к болезни и лечению. В частности, в современных условиях необходимо учитывать возможности и эффекты высокотехнологического лечения (в том числе с применением 3D-технологий), резко меняющие характер жизнедеятельности и отношение к ней пациентов с опухолевым поражением костей. Так, в последние годы увеличивается число публикаций, посвященных новым методам хирургического лечения пациентов с опухолевым поражением костей таза [29, 33, 41, 44]. Также появляются новые методы хирургического лечения опухолевого поражения позвоночника [31, 35, 47]. В связи с этим пациенты с опухолевым поражением костей таза и позвоночника, которые в недавнем прошлом причислялись к группе не-

излечимых и получали лишь симптоматическое лечение, облегчающее состояние, но не способное продлить годы жизни и улучшить качество жизни, в настоящее время могут пройти высокотехнологическое лечение с применением новейших методов, таких как эндопротезирование с применением аддитивных технологий. Новые возможности хирургии открывают перспективы существенного продления жизни и значимого улучшения ее качества у этой категории больных. Это обуславливает необходимость изучения основных параметров качества жизни и эмоционального статуса пациентов с опухолевым поражением таза и позвоночника, а также формирования программ психологической помощи пациентам данной группы в процессе лечения и программ психосоциальной реабилитации. Поэтому третий — современный — этап развития психологической диагностики в онкоортопедической клинике связан со значительным изменением возможностей лечения и восстановления больных с данной патологией.

В соответствии с этим в рамках разработки методов восстановления костных дефектов у онкологических больных после эндопротезирования с применением аддитивных технологий коллективом авторов — сотрудников Санкт-Петербургского государственного университета и Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н. Блохина — предложена программа изучения психологических и социальных аспектов высокотехнологичного хирургического лечения при опухолевом поражении костей таза и позвоночника.

Целью исследования, которое могло бы конкретизировать основные направления психологической помощи и социальной реабилитации больных с опухолевым поражением костей опорно-двигательного аппарата, является определение наиболее значимых психологических, социальных и клинических (связанных с особенностями заболевания и оперативного лечения) факторов оптимизации качества жизни больных. Протокол исследования включает также задачи и методы психологической диагностики на разных этапах лечения и реабилитации. Так, конкретными задачами психологического исследования данной категории пациентов при использовании названных методов лечения могут стать:

1) изучение основных характеристик функционального состояния и основных ограничений жизнедеятельности (включая субъективную оценку интенсивности болевых ощущений, объективную врачебно-экспертную оценку болевого синдрома, оценку функции ходьбы и др.) больных с опухолевым поражением костей таза в период до и после эндопротезирования с применением аддитивных технологий;

2) изучение динамики основных параметров качества жизни (включая субъективную удовлетворенность физическим, психическим и социальным функционированием) больных, перенесших эндопротезирование в связи с онкологическим поражением костей таза;

3) изучение взаимосвязи клинических характеристик (характер опухоли — злокачественная, доброкачественная, метастатическая; характер прогноза; объем хирургического лечения; интра- и послеоперационные осложнения и др.) и основных параметров качества жизни больных с онкологическим поражением костей таза в восстановительном периоде после эндопротезирования;

4) изучение психологических характеристик (особенности эмоционального состояния, личности, мотивационно-смысловой сферы и системы значимых отношений, включая комплаенс и зоны максимальной социальной фрустрированности, стратегии стресс-преодолевающего поведения, и их взаимосвязи с основными параметрами качества жизни пациентов с опухолевым поражением костей таза, перенесших хирургическое лечение.

5) изучение взаимосвязи психологических, социальных, клинических характеристик с основными параметрами качества жизни больных с опухолевым поражением костей позвоночника.

6) сопоставление динамики параметров качества жизни (включая основные объективные ограничения и субъективную удовлетворенность жизненным функционированием) пациентов с опухолевым поражением костей позвоночника, перенесших разные виды хирургического лечения — ламинэктомию и вертебропластику.

7) определение с помощью методов математической статистики клинических, социальных и психологических характеристик, наиболее значимых для оптимизации качества жизни больных с опухолевым поражением костей таза и позвоночника после перенесенного высокотехнологичного хирургического лечения.

8) разработка на основании результатов эмпирического исследования основных направлений психологического сопровождения и оптимизации качества жизни больных с опухолевым поражением костей таза и позвоночника после высокотехнологичного хирургического лечения (эндопротезирования с использованием 3D-технологий, ламинэктомии, вертебропластики).

Реализация этих задач, на наш взгляд, не только соответствует современному технологическому уровню онкоортопедии, но и поднимает психологическую диагностику в этой области на новый методологический уровень, так как предполагает изучение психологического статуса и качества жизни пациентов в неразрывной связи с клиническими характеристиками, особенностями

ми и эффектами проведенного лечения, обеспечивая тем самым индивидуализированный, понимающий и раскрывающий подход к каждому пациенту, соответствующий лучшим традициям отечественной медицинской психологии [22].

Заключение. В современных условиях повышенного внимания общества к проблемам и успехам онкологии, к новым методам лечения, обеспечивающим не только выживаемость, но существенное улучшение качества жизни больных, остро встают вопросы адекватного психологического сопровождения лечебного процесса, индивидуализированной психологической помощи и повышения комплаентности больных на всех этапах лечения. На модели пациентов онкоортопедической клиники предпринята попытка проанализировать развитие методологии психологической диагностики в этой области медицины. Анализ показал, что, как и в случае другой онкологической патологии (и соматической медицины в целом), первый этап предполагает комплексное психологическое исследование, построенное на базисных принципах отечественной клинической психологии и включающее: 1) изучение актуального психического состояния и выявление реактивно-личностных образований в связи с заболеванием и социально-психологическими факторами, его сопровождающими; 2) изучение «внутренней картины болезни», ее эмоционально-аффективного, когнитивного и мотивационно-поведенческого компонентов, личностного смысла заболевания и роли отношения к болезни в системе значимых отношений личности; 3) выявление комплекса защитных и совладающих со стрессом болезни механизмов — неосознаваемых и вполне осознаваемых и активных стратегий психологического преодоления (копинга), а также обеспечивающих состояние их внутренних (личностных) и средовых ресурсов; 4) анализ основных параметров качества жизни больных как результирующей объективных условий существования личности в условиях болезни и субъективного отражения их в самосознании и эмоциональной сфере пациента [2, 4, 22].

Второй этап развития методологии психологической диагностики в онкоортопедической клинике предполагает выявление психологических факторов качества жизни при данной патологии, то есть сочетанный анализ основных параметров качества жизни и механизмов психологической адаптации к болезни с попыткой выделения личностных «профилей» (кластеров), определяющих снижение или, напротив, оптимизацию качества жизни по отдельным доменам.

Третий этап обусловлен быстрым развитием хирургических технологий в онкоортопедической клинике, требующих адаптации подходов к

психологической диагностике и психологической помощи пациентам, релевантных новой клинической ситуации. В настоящее время на базе НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина разрабатывается программа психологической диагностики пациентов, перенесших высокотехнологичное хирургическое лечение. Представленные выше цель и задачи психологического исследования составляют ядро такой программы, требующей дальнейшей эмпирической проверки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии. — Курск: КГМУ, 2011. — 572 с.
2. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. — СПб.: Речь, 2011. — 271 с.
3. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Со- владение со стрессом: теория и психодиагностика. — СПб.: Речь, 2010. — 192 с.
4. Вассерман Л.И., Дубинина Е.А., Щелкова О.Ю. Меди- цинская психодиагностика: современная методология исследования и интеграционные процессы в психоло- гии и медицине // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2014 а. — № 4 (27). URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
5. Вассерман Л.И., Карпова Э.Б., Иовлев Б.В., Вукс А.Я. Психологическая диагностика типов отношения к бо- лезни // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: Коллект. моногр. / Науч. ред. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. — СПб.: Скифия-принт, 2014б. — Гл. 15. — С. 214-237.
6. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Ме- тодология медицинской психодиагностики: биопсихо- социальный подход, концепция адаптации и гумани- стическая психология // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: Кол- лект. моногр. / Науч. ред. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. — СПб.: Скифия-принт, 2014в. — Гл. 1. — С. 12-24.
7. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая за- щита личности в условиях здоровья и болезни. — СПб: Изд-во СПбГМУ, 2009. — 136 с.
8. Клиническая психология и психотерапия. 3-е изд. / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2012. — 944 с.
9. Леонтьев Д.А. Тест смысло-жизненных ориентаций. — 2-е изд. — М.: Смысл, 2006. — 15 с.
10. Ломов Б. Ф. Системность в психологии: Избранные психологические труды. — М.: Изд-во Московск. пси- хологич. ин-та, 2003. — 424 с.
11. Международная статистическая классификация бо- лезней и проблем, связанных со здоровьем. — Же- нева: издательство «Медицина». — 1995.
12. Михайличенко Т.Г., Щелкова О.Ю. Методология из- учения психологической адаптации пациентов с аутоиммунными заболеваниями печени в период ожидания трансплантации органа // Вестник Юж- но-Уральского государственного университета. Се- рия «Психология». — 2017. — Т.10. — № 1. — С. 121-138.

13. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство // А.М. Беляев и коллектив авторов / Ред. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. — СПб.: Любавич, 2017. — 352 с.
14. Пестерева Е.В., Чулкова В.А., Карицкий А.П., Семиглазова Т.Ю. К исследованию качества жизни онкологических больных // Вопросы онкологии. — 2012. — Т. 36. — № 3. — С. 217-223.
15. Психологические исследования онкологических больных // Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство / Ред. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. — СПб.: Любавич, 2017. — Гл . 6. — С. 104-158 с.
16. Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С., и др. Онкопсихология. — М.: Институт психологии РАН, 2010. — 176 с.
17. Тхостов А.Ш. Психология телесности. — М.: Смысл, 2002. — 288 с.
18. Усманова Е.Б. Психологическая адаптация к болезни пациентов со злокачественными новообразованиями костей // Вестник психотерапии. — 2014. — № 52. — С. 51-58.
19. Усманова Е.Б. Сравнительный анализ качества жизни и отношения к болезни у пациентов с лимфомой Ходжкина и остеосаркомой // Вестник ЮУрГУ, Серия «Психология». — 2013. — Т. 6. — № 2. — С. 116-120.
20. 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.
21. Усманова Е.Б., Щелкова О.Ю. Влияние личностных профилей на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей // Поляковские чтения — 2018 (к 90-летию Ю.П. Полякова). Научно-практическое издание. Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием 15-16 марта 2018 г/ под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной, С.Н. Ениколопова. — М.: ООО «Сам Полиграфист», 2018. — С. 340-342.
22. Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика в медицине (системное исследование): Автореф. дисс. докт. психол. наук. — СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет, 2009. — 49 с.
23. Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б. Влияние отношения к болезни на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей // Вопросы онкологии. — 2017а. — Т. 63. — № 1. — С. 115-121.
24. Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б. Качество жизни и отношение к болезни при разных формах опухолевого поражения костей // Петербургский психологический журнал. — 2017б. — № 19. — С. 1-38.
25. Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б. Качество жизни и психологические характеристики больных с опухолевым поражением костей // Вестник Санкт-Петербургского университета, Серия 12. — 2015 а. — Вып. 3. — С. 64-76.
26. Яничев Д.П. Когнитивные аспекты самовосприятия личностных черт у пациентов с невротической и неврозоподобной симптоматикой: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. — СПб.: СПбГУ, 2006. — 156 с.
27. 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. — P. 365-375.
28. Aksnes L.H., Bauer H.C., Jebesen N.L. et al. Limb-sparing surgery preserves more function than amputation: a Scandinavian sarcoma group study of 118 patients // J. Bone Joint. Surg. Br. — 2008. — Vol. 90(6). — P. 786-794.
29. Angelini A., Drago G., Trovarelli G. Infection after surgical resection for pelvic bone tumors: an analysis of 270 patients from one institution // Clin. Orthop. Relat. Res. — 2014. — Vol. 472(1). — P. 349-359.
30. Barzilai O., McLaughlin L., Amato MK. Predictors of quality of life improvement after surgery for metastatic tumors of the spine: prospective cohort study // Spine J. — 2018. —Vol. 18(7). — P. 1109-1115.
31. Carl H.M., Ahmed A.K., Abu-Bonsrah N. Risk factors for wound-related reoperations in patients with metastatic spine tumor // J. Neurosurg. Spine. — 2018. — Vol. 28(6). — P. 663-668.
32. Colman M.W., Karim SM., Lozano-Calderon SA. Quality of life after en bloc resection of tumors in the mobile spine // Spine J. — 2015. — Vol. 15(8). — P. 1728-1737.
33. Coupal TM., Pennycooke K., Mallinson PI. The Hopeless Case? Palliative Cryoablation and Cementoplasty Procedures for Palliation of Large Pelvic Bone Metastases // Pain Physician. — 2017. — Vol. 20(7). — P. 1053-1061.
34. Fayers P., Aaronson N., Bjordal K., Sullivan M. QLQ C-30 Scoring Manual / EORTC Study Group on Quality of Life. Brussels, 1995. — 50 p.
35. Jeszenszky DJ., Haschtmann D., Pröbstl O. Tumors and metastases of the upper cervical spine (C0-2). A special challenge // Orthopade. — 2013. — Vol. 42(9). — P. 746-754.
36. Haidukewych GJ. Metastatic disease around the hip: maintaining quality of life // J. Bone Joint Surg Br. — 2012. — P. 22-25.
37. 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.
38. Klaff R., Berglund A., Varenhorst E. Clinical characteristics and quality-of-life in patients surviving a decade of prostate cancer with bone metastases // BJU Int. — 2015. — Vol. 117 (6). — P. 904-913.
39. Mason G.E, Aung L., Gall S., Meyers P.A., Butler R., Krüg S., Kim M., Healey J.H, Gorlick R. Quality of life following amputation or limb preservation in patients with lower extremity bone sarcoma // Front. Oncol. — 2013. — Vol. 14. — P. 203-210.
40. Morishige M., Muramatsu K., Tominaga Y. Surgical treatment of metastatic femoral fractures: achieving an improved quality of life for cancer patients // Anticancer Res. — 2015. — Vol. 35(1). — P. 427-432.
41. Pellerin O., Medioni J., Vulser C. Management of painful pelvic bone metastasis of renal cell carcinoma using embolization, radio-frequency ablation, and cementoplasty: a prospective evaluation of efficacy and safety // Cardiovasc. Intervent. Radiol. — 2014. — Vol. 37(3). — P. 730-736.
42. Perisano C., Scaramuzza L., De Santis V. Quality of life following surgical treatment of lower limb metastases in long bone // J Biol Regul Homeost Agents. — 2015. — Vol. 29(2). — P. 501-507.
43. Robert R.S, Ottaviani G., Huh W.W., Palla S., Jaffe N. Psychosocial and functional outcomes in long-term survivors

- of osteosarcoma: a comparison of limb-salvage surgery and amputation // *Pediatr Blood Cancer*. — 2010. — Vol. 54(7). — P. 990-999.
44. Salunke AA., Shah J., Warikoo V. Surgical management of pelvic bone sarcoma with internal hemipelvectomy: Oncologic and Functional outcomes // *J. Clin. Orthop. Trauma*. — 2017. — Vol. 8(3). — P. 249-253.
 45. Shchelkova O.Y., Usmanova E.B. Quality of life and relation to disease in patients with bone sarcoma // *Psychology in Russia: State of the Art*. — 2015. — Vol. 8. — P. 22-31.
 46. 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.
 47. Xue W., Guan XL., Wang ZP. Clinical application of anterior thoracoscopically assisted surgery with posterior one-stage total en block spondylectomy for thoracic spinal tumor // *Zhongguo Gu Shang*. — 2017. — Vol. 30(9). — P. 857-860.
 48. Yonemoto T., Ishii T., Takeuchi Y., Kimura K., Hagiwara Y., Iwata S., Tatezaki S.-I. Evaluation of Quality of Life (QOL) in Long-term Survivors of High-grade Osteosarcoma: A Japanese Single Center Experience // *Anticancer Research*. — 2007. — Vol. 27. — P. 3621-3624.

Поступила в редакцию 12.10.2018 г.

*O. Yu. Shchelkova*¹, *E. B. Usmanova*²,
*E. A. Sushentsov*³

Psychodiagnostics in oncoorthopedic clinic

¹Saint Petersburg State University, The St.Petersburg Psychoneurological Research Institute named by V.M. Bekhterev, Saint Petersburg

²International Preschool, Moscow

³N.N. Blokhin Cancer Research Center, Moscow

The article revealed main stages of development and tasks of psychological research in orthopedic clinic — new, rapidly developing direction in domestic clinical psychology. It is shown that the methodology of psychological research at the initial stage was implementation of basic principles of psychological diagnosis in medicine — principles of in-depth individualized research aimed at revealing experiences and characteristics of patient in order to provide adequate psychological assistance and mobilize resources of individual and social environment to cope the disease. The second stage is associated with analysis of interaction of mechanisms of adjustment to disease and quality of life in this type of pathology. On the example of empirical psychodiagnostic study in 139 patients with bone tumors the influence of “profiles “ (clusters) of personality on basic parameters of quality of life was shown. The third stage of development of the methodology of psychological diagnosis is due to development of surgical technologies in this field of medicine, dramatically changing functionality of patients. Among other factors, the main tasks of psychological research in patients with pelvic bone tumors underwent endoprosthetics using additive technologies are presented, as well as in patients with spine tumors, underwent different types of surgical treatment — laminectomy and vertebroplasty (in Blokhin Cancer Research Center).