

Секция «Клиническая психология (патопсихология, психосоматика и психология телесности)»

Вклад личностных факторов и репрезентации болезни в качество жизни и астенизацию пациентов с нейроэндокринными опухолями

Научный руководитель – Рассказова Елена Игоревна

Чмиль Анна Курбандурдыевна

Аспирант

Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, Факультет психологии, Кафедра нейро-и патопсихологии, Москва, Россия

E-mail: chmilanna2000@gmail.com

Нейроэндокринные опухоли (НЭО) – группа злокачественных новообразований, которые происходят из нейроэндокринных клеток. Они вырабатывают гормонально активные вещества, которые приводят к появлению специфических симптомов [6]. Эти опухоли и их лечение могут негативно сказываться на качестве жизни и приводить к возникновению астении – субъективного чувства физической, эмоциональной и/или когнитивной усталости [5;8].

Цель данного исследования – оценка вклада личностных факторов и репрезентации болезни в качество жизни, а также астенизацию пациентов с нейроэндокринными опухолями.

Методы. Исследование включало опросник восприятия болезни IPQ-R [3]; опросник депрессивного состояния PHQ-9 [2]; госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS [1]; опросник качества жизни (QLQ-C30) [7]; пятифакторный опросник личности [4].

Результаты. Выборка включала 49 пациентов (37 женщины, 12 мужчин) в возрасте от 25 до 67 лет (среднее значение – 50,35) с нейроэндокринными опухолями различной локализации.

Было обнаружено, что репрезентация болезни значимо связана с благополучием пациентов. По результатам корреляционного анализа представления о длительности заболевания связаны с депрессией ($r=0,414$, $p<0,01$), тревогой ($r=0,456$, $p<0,01$), качеством жизни ($r=-0,461$, $p<0,01$), ролевым ($r=-0,492$, $p<0,01$) и эмоциональным функционированием пациентов ($r=-0,3223$, $p<0,05$). Представления о цикличности связаны с дистрессом ($r=0,291$, $p<0,05$). Представления о последствиях связаны с депрессией ($r=0,311$, $p<0,05$), тревогой ($r=0,436$, $p<0,05$), качеством жизни ($r=-0,392$, $p<0,01$), эмоциональным функционированием ($r=-0,387$, $p<0,01$). Представления о личном контроле в заболевании связаны с дистрессом ($r=-0,356$, $p<0,05$), тревогой ($r=-0,289$, $p<0,05$) и депрессией ($r=-0,412$, $p<0,01$), качеством жизни ($r=0,437$, $p<0,01$), физическим ($r=0,289$, $p<0,05$) и эмоциональным функционированием ($r=0,344$, $p<0,05$). Представления о контроле лечения связаны с дистрессом ($r=-0,334$, $p<0,05$), тревогой ($r=-0,430$, $p<0,01$) и депрессией ($r=-0,457$, $p<0,01$), качеством жизни ($r=0,388$, $p<0,01$), ролевым ($r=0,285$, $p<0,05$) и эмоциональным функционированием ($r=0,346$, $p<0,05$). Понимание болезни связано с дистрессом ($r=-0,449$, $p<0,01$), тревогой ($r=-0,410$, $p<0,01$) и депрессией ($r=-0,441$, $p<0,01$), качеством жизни ($r=0,499$, $p<0,01$), а также с эмоциональным ($r=0,369$, $p<0,01$) и когнитивным функционированием ($r=0,351$, $p<0,05$). Эмоциональная репрезентация связана с дистрессом ($r=0,519$, $p<0,01$), тревогой ($r=0,607$, $p<0,01$) и депрессией ($r=0,437$, $p<0,01$), качеством жизни ($r=-0,453$, $p<0,01$), ролевым ($r=-0,302$, $p<0,05$), эмоциональным ($r=-0,457$, $p<0,01$) и социальным функционированием ($r=-0,290$, $p<0,05$).

В результате иерархического регрессионного анализа для оценки вклада личностных особенностей и репрезентации болезни в тревогу и депрессию, стресс и качество жизни было

обнаружено, что личностные связаны с депрессией ($p < 0,05$, $F = 2,94$, ст.св: 5 и 43, процент объясняемой дисперсии 25,5%), тревогой ($p < 0,01$, $F = 4,852$, ст.св: 5 и 43, процент объясняемой дисперсии 36,1%), эмоциональным функционированием ($p < 0,05$, $F = 3,958$, ст.св: 5 и 43, процент объясняемой дисперсии 31,5%) и когнитивным функционированием ($p < 0,05$, $F = 4,101$, ст.св: 5 и 43, процент объясняемой дисперсии 32,3%).

После статистического контроля особенностей личности отношение к болезни пациентов с нейроэндокринными опухолями связано с уровнем стресса ($p < 0,05$, $F = 3,54$, ст.св: 6 и 42, процент объясняемой дисперсии 33,6%, изменение $R^2 = 0,159$), депрессией ($p < 0,05$, $F = 4,081$, ст.св: 6 и 42, процент объясняемой дисперсии 36,8%, изменение $R^2 = 0,113$), тревогой ($p < 0,01$, $F = 7,14$, ст.св: 6 и 42, процент объясняемой дисперсии 50,5%, изменение $R^2 = 0,144$), качеством жизни ($p < 0,05$, $F = 3,07$, ст.св: 6 и 42, процент объясняемой дисперсии 30,5%, изменение $R^2 = 0,162$), физическим ($p < 0,05$, $F = 1,495$, ст.св: 6 и 42, процент объясняемой дисперсии 17,6%, изменение $R^2 = 0,083$), ролевым ($p < 0,01$, $F = 2,905$, ст.св: 6 и 42, процент объясняемой дисперсии 29,3%, изменение $R^2 = 0,225$) и эмоциональным функционированием ($p < 0,05$, $F = 4,327$, ст.св: 6 и 42, процент объясняемой дисперсии 38,2%, изменение $R^2 = 0,067$), но не связано с когнитивным и социальным функционированием.

Астения является частым симптомом, встречающимся у пациентов с онкологическими заболеваниями, поэтому для проверки гипотезы о вкладе репрезентации заболевания в астению мы провели иерархический регрессионный анализ. На первом шаге модель, в которой астения предсказывается на основе возраста, стадии заболевания, пола и вида лечения, является не значимой. Однако после добавления на втором шаге репрезентации болезни модель становится значимой, так, понимание болезни ($p < 0,05$, $F = 1,674$, ст.св: 6 и 42, процент объясняемой дисперсии 19,3%, изменение $R^2 = 0,098$) и представления о последствиях ($p < 0,05$, $F = 2,241$, ст.св: 7 и 41, процент объясняемой дисперсии 27,7%, изменение $R^2 = 0,084$) связаны с астенией у пациентов с нейроэндокринными опухолями.

Таким образом, личностные черты могут предсказывать особенности эмоционального реагирования пациентов на свое заболевание, однако после статистического контроля личности репрезентация болезни связана не только с эмоциональным реагированием и тем, как пациенты оценивают свой уровень стресса в связи с болезнью, но и с качеством жизни, физическим и ролевым функционированием, а также с уровнем астенизации. То есть то, как пациенты оценивают свое заболевание, что они думают о нем, может предсказывать их общее благополучие, а также уровень астении.

Источники и литература

- 1) Морозова М. А. и др. Валидация русскоязычной версии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии в общей популяции //Профилактическая медицина. – 2023. – Т. 26. – №. 4. – С. 7-14.
- 2) Погосова Н. В. и др. Русскоязычная версия опросников РНQ-2 и 9: чувствительность и специфичность при выявлении депрессии у пациентов общемедицинской амбулаторной практики //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – Т. 13. – №. 3. – С. 18-24.
- 3) Рассказова Е. И. Русскоязычная версия опросника восприятия болезни Р. Мосс-Моррис и др.: апробация на выборке больных с непсихотическими депрессиями //Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2016. – №. 1. – С. 123-142.
- 4) Хромов А. Б. Пятифакторный опросник личности: Учебно-методическое пособие //Курган: Изд-во КГУ. – 2000.
- 5) "NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cancer-Related Fatigue" (PDF) (Version 2.2024). National Comprehensive Cancer Network.

- 6) Haugland T., DeVon H. A. Symptoms, Psychosocial Factors, and Health-related quality of life in patients with neuroendocrine tumors: an integrative review //Cancer Nursing. – 2019. – Т. 42. – №. 4. – С. E36-E46.
- 7) Kaasa S. et al. The EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30): validity and reliability when analysed with patients treated with palliative radiotherapy //European journal of cancer. – 1995. – Т. 31. – №. 13-14. – С. 2260-2263.
- 8) Lai S. Cancer related fatigue and cancer cachexia are the consequence of endocrine failure caused by persistent stress //Medical Hypotheses. – 2019. – Т. 123. – С. 60-62.